

**POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE DROGAS EN CHILE**

Fundación Paz Ciudadana, Enero 2004

Autores:

Paula Hurtado

Ingeniero Comercial, con mención en economía, Pontificia Universidad Católica.

Ximena Sáez

Ingeniero Comercial, Pontificia Universidad Católica.

Edición:

Francisco José Folch V.

Diseño:

Francisca Lira G-P.

ÍNDICE

Presentación	5
I. Resumen Ejecutivo	7
II. Introducción	9
III. Legislación.	11
IV. Entidades públicas participantes.	15
V. Estrategia.	18
1. Fundamentos y evolución	18
2. Metas	19
3. Política de prevención	21
4. Política de asistencia de adictos	27
5. Política de control	34
6. Aspectos internacionales	40
VI. Presupuesto.	43
VII. Resultados obtenidos.	46
VIII. Desafíos y propuestas.	52
IX. Bibliografía.	57
Anexos.	59
1. Objetivos estratégicos, objetivos específicos e indicadores de resultado de la “Estrategia nacional sobre drogas 2003–2008”	59
2. Comunas que cuentan con el programa Previene	60
Agradecimientos	61

PRESENTACIÓN

El problema del consumo y tráfico de drogas es recurrente en todo el mundo, y el cómo controlarlo, una constante preocupación de las autoridades y la población. Al respecto, Chile ha dado pasos valiosos, como la instauración de una medición periódica del consumo en diversas poblaciones y la reformulación reciente de la estrategia nacional sobre drogas. Con todo, el problema está lejos de ser resuelto: la fracción de personas que consume en el país según la medición de 2002 fue mayor que la de 1994 (primera medición), a pesar de ser levemente inferior a la cifra del año 2000; el comercio ilegal de sustancias amenaza barrios y poblaciones; las cárceles reciben cada vez más personas —especialmente mujeres— condenadas por tráfico, y la oferta de programas de rehabilitación para adictos es insuficiente. Por eso, el debate sobre qué hacer está plenamente vigente, aunque continúa bastante teñido de prejuicios y escaso en argumentos objetivos.

Lo anterior movió a la Fundación Paz Ciudadana a investigar sobre políticas y programas de droga, siguiendo el esquema de trabajo que la institución ha usado para abordar otros ámbitos, esto es, comenzando por un estudio comparado que dé cuenta de la experiencia de países con más historia que el nuestro en la materia. Así, mediante el análisis técnico de las estrategias sobre drogas de cinco naciones del mundo, se buscó entregar un antecedente objetivo para la discusión y un aporte concreto a la formulación de las políticas públicas del país en materia de drogas.

Fruto de esta línea de trabajo fue la publicación del estudio “Políticas y programas de prevención y control de drogas en cinco países”, en julio de 2003, en el que se sistematiza la experiencia de Estados Unidos, Países Bajos, España, Reino Unido y Canadá en su combate al consumo y tráfico ilícito. Dicho estudio permitió dar a conocer una variedad de programas y alternativas disponibles, así como también consignar objetivamente los resultados obtenidos mediante ellos.

Con la publicación del presente volumen —en el que se revisa la experiencia chilena, siguiendo la misma metodología usada en el estudio internacional—,

finaliza la etapa de recopilación de antecedentes y sistematización de la evidencia, para dar paso a la etapa de debate y formulación de propuestas.

En términos generales, la investigación concluye que, dentro de la línea por la que ha optado, Chile está actuando razonablemente: hay una institucionalidad dedicada exclusivamente al tema; la acción se ordena y estructura en una estrategia nacional con una finalidad clara y conocida; hay un nivel adecuado de comprensión del fenómeno, gracias a la cantidad y calidad de estudios que se realizan periódicamente; la cobertura y diversidad de programas está incrementándose. Además, en ciertos aspectos en que aún hay carencias –como en la evaluación de resultados de las intervenciones-, se advierte voluntad de superarlas próximamente.

La comparación internacional, arroja una serie de similitudes entre Chile y los cinco países estudiados con anterioridad, tanto en la forma en que el Estado se organiza para enfrentar el fenómeno como en los programas específicos de prevención, asistencia de adictos y control. En algunos aspectos, nuestro país está comparativamente más atrasado –como en prevención en el ámbito laboral, por ejemplo-, mientras que en otros Chile se ha adelantado a países más desarrollados y con mayores recursos que el nuestro – como en el establecimiento de un sistema de monitoreo continuo del consumo de drogas en la población, por ejemplo-.

En conjunto, el estudio internacional y el volumen chileno buscan servir de antecedente para la discusión técnica sobre el problema de las drogas, y de soporte para las políticas públicas apropiadas.

Por ello, y avanzando hacia la etapa de formulación de propuestas, al final de esta publicación se consideran, preliminarmente, algunas proposiciones específicas para perfeccionar la forma en que Chile está respondiendo al fenómeno de las drogas. Entre ellas, destaca la necesidad de: (i) establecer un proceso continuo de perfeccionamiento de la estrategia, sobre la base de cuentas públicas anuales, que permitan consignar objetivamente el grado de avance en relación con las metas previamente definidas; (ii) avanzar en la descentralización; (iii) mejorar la gestión; (iv) priorizar la intervención del vínculo droga-delinuencia con programas especialmente dirigidos a los adictos en conflicto con la justicia; (v) incluir drogas legales e ilegales en la misma estrategia y bajo la misma institucionalidad; y, (vi) realizar algunos estudios que en otros países han sido claves para entender el fenómeno y definir rumbos de acción.

I. RESUMEN EJECUTIVO

A comienzos de la década de 1990 se creó el Consejo Nacional de Control de Estupefacientes, cuya primera misión consistió en la formulación de una política y un plan nacional de drogas. Ese plan fue lanzado en 1993 y, luego de ser aplicado por 10 años, en 2003 fue perfeccionado y convertido en la estrategia nacional que regirá hasta 2008. La finalidad definida es “*reducir el consumo y tráfico de drogas hacia 2008*”.

A continuación se resumen los elementos principales de la acción en los distintos campos.

- (i) **Prevención:** es la principal área de intervención, según lo determina la estrategia. La mayor parte del esfuerzo y presupuesto del Conace está concentrada en esta materia. La prevención apunta a evitar que los jóvenes comiencen a consumir y, al mismo tiempo, a retardar la edad de inicio. Se realiza en diversos ámbitos, siendo el escolar el más desarrollado; de hecho, se aplican programas desde el nivel preescolar hasta cuarto medio.
- (ii) **Asistencia de adictos:** las diversas modalidades de atención de adictos se clasifican en cuatro (primera respuesta, plan ambulatorio básico, plan ambulatorio intensivo y plan residencial en comunidades terapéuticas), según el nivel de abuso y la intensidad de la intervención. El Conace no ejecuta directamente ninguno de estos planes, pero presta asistencia técnica y financia una parte importante de las prestaciones; el 19% del presupuesto de la institución se destina al costeo de cupos. Por medio de la política de asistencia se busca que los consumidores problemáticos logren la abstinencia, pero se reconocen y valoran los éxitos intermedios, como la reducción del consumo y la minimización de los daños asociados. Así, el Conace financia cupos para tratamiento en centros que reconocidamente trabajan con el enfoque de reducción de daños y, también, en centros de corte más abstencionistas.
- (iii) **Control:** se orienta principalmente a impedir la fabricación y distribución de drogas, aunque también se controla la posesión y consumo ilegal. De los

detenidos durante 2002, 46% fue por tráfico y 51% por porte o consumo. El 14,5% de la población penal recluida en 2002 fue condenado por tráfico de drogas.

Respecto de los resultados obtenidos, destaca que la última medición de consumo en la población nacional –2002- sugiere un estancamiento en los niveles de consumo. No obstante, considerando que las mediciones anteriores describen una tendencia al alza, habrá que esperar dos años más para confirmar la existencia de un cambio efectivo. Las encuestas escolares, en cambio, indican un aumento en el consumo en dicha población. La última versión corresponde a 2001.

II. INTRODUCCIÓN

Por primera vez desde que se hacen encuestas nacionales sobre consumo de drogas en Chile, la medición de 2002 no mostró un alza. Tomando la prevalencia año –que Conace utiliza como principal indicador-, el consumo de marihuana y pasta base descendió respecto de la medición anterior (2000), y aunque el uso de cocaína aumentó, lo hizo en una magnitud no significativa. Habrá que esperar por lo menos dos años más para ver si el cambio de tendencia se mantiene, pero ésta es una señal positiva, que sugiere que el trabajo realizado en materia de drogas está comenzando a dar frutos.

En la implementación de políticas públicas antidrogas es posible distinguir énfasis diferentes: la visión abstencionista y la de reducción de daños. La primera aspira lograr una sociedad libre de drogas. Con este enfoque, es el consumo en sí el que causa los daños, por lo que se le da supremacía a la prevención primaria (evitar el consumo antes de que se presente) dentro de la estrategia. El Gobierno Federal de Estados Unidos y la mayoría de los países sudamericanos aborda el fenómeno de las drogas dando este acento a sus políticas. Por otra parte, la reducción de daños, cuyo principal propósito es disminuir los riesgos y daños asociados al consumo de drogas, distingue entre drogas duras y blandas, entre uso esporádico y uso abusivo, y presta especial atención a determinadas conductas de riesgo, como el compartir jeringas o ingerir sustancias o dosis desconocidas. Con todo, éste énfasis no implica que se renuncie a prevenir el consumo en primer término. Varios países de Europa Occidental y Canadá trabajan bajo ese paradigma. En su definición de metas y objetivos, la Estrategia Nacional sobre Drogas chilena se inclina por una postura más abstencionista, lo que se manifiesta en su finalidad expresa de reducir el consumo y el tráfico de drogas.

Lo anterior no desconoce, sin embargo, que algunas entidades trabajan en Chile bajo el concepto de reducción de daños –principalmente con poblaciones de alto riesgo, como niños de la calle, minorías sexuales, etc., las cuales también son apoyadas por el Conace. Es el caso de algunas comunidades terapéuticas del Hogar de Cristo y de la Corporación Caleta Sur.

Caracteriza a la política nacional en materia de drogas su énfasis en la prevención,

con una apuesta clara por favorecer la acción educativa por sobre la de rehabilitación y el control. Se argumenta que es más efectivo, menos costoso y éticamente más apropiado. En este sentido, se asemeja a la estrategia española, que también favorece ese tipo de intervención. Con todo, la acción en asistencia de adictos y reinserción ha ido progresivamente en aumento, como se aprecia en la evolución del número de atendidos mediante el convenio Conace-Fonasa¹.

Al revisar las diversas maneras en que los países enfrentan el fenómeno de las drogas², se observan importantes diferencias en el discurso y, como consecuencia, en las acciones emprendidas. Así, para unos las drogas son, principalmente, un asunto de salud pública; para otros, de seguridad; otros lo asumen como un asunto de moral. En Chile, todas esas ideas están presentes, pero dos elementos adicionales explican por qué en nuestro país las drogas son consideradas un problema que requiere una respuesta enérgica: primero, porque pueden destruir la familia, considerada el núcleo de la sociedad, y, en segundo lugar, porque dañan más a los niveles sociales más bajos.

El objeto del presente estudio es describir la estrategia chilena sobre drogas y analizar cuáles han sido sus resultados. Para ello, se revisan las políticas y los principales programas que se desarrollan en el país. Se estructura de la misma manera que el estudio "Políticas y programas de prevención y control de drogas en cinco países", publicado recientemente por la Fundación Paz Ciudadana. Un propósito explícito de este informe es permitir la comparación de la estrategia chilena con sus equivalentes de otros países. Consta de ocho capítulos, siendo los dos primeros el resumen y la presente introducción. Sigue el capítulo III, sobre la Ley de Drogas; el IV, sobre la organización del aparato público, el V presenta la estrategia propiamente tal. En ese capítulo se describen las metas y las acciones en las distintas áreas de intervención (prevención, asistencia de adictos y control). En el capítulo VI se presentan los recursos que se han destinado a su aplicación. En el capítulo VII se consignan los resultados obtenidos y, finalmente, en el VIII se hacen presenten algunas propuestas y comentarios de cierre.

¹ En 1999 fueron atendidas 311 personas y 2002 un total de 5.389. Para más detalles, ver sección "Asistencia de adictos".

² Ver "Políticas y programas de prevención y control de droga en cinco países", Fundación Paz Ciudadana, 2003.

III. LEGISLACIÓN

El principal cuerpo legal que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas en Chile es la Ley 19.366, que rige desde 1995, año en que se derogó la anterior Ley de Drogas.

En ella se definen las acciones que son consideradas delito o falta³, las sanciones asociadas, la competencia de las entidades públicas en cada caso, y los procedimientos a seguir.

Las sustancias que se controlan legalmente son especificadas en el reglamento contenido en el Decreto N°565 del Ministerio de Justicia, en el que se separan cuatro grupos de estupefacientes cuya fabricación, intercambio y consumo se restringen. El Cuadro N°1 presenta un resumen de esta información.

Cuadro N°1 Sustancias controladas por la legislación chilena sobre drogas

Categoría	Ejemplos
Productoras de dependencia, capaces de provocar graves efectos tóxicos o daños considerables a la salud pública	Anfetamina, Cannabis (resina), Cocaína, Heroína, Opio
Productoras de dependencia (física o síquica)	Cannabis (cáñamo), Coca (hoja), Metadona, Morfina
Especies vegetales productoras de sustancias estupefacientes o psicotrópicas	Cannabis sativa, Cacto peyote, Hongo psilocide
Precusores o sustancias químicas esenciales	Efedrina, Acetona, Tolueno, Piperonal
Hidrocarburos aromáticos cuya inhalación puede producir efectos nocivos para la salud	Benceno, Cloroformo, Trementina

Fuente: Decreto N° 565 del Ministerio de Justicia, Chile.

³ Las faltas son delitos para los cuales no procede una pena privativa de libertad de más de 60 días.

En cuanto a las acciones que son sancionadas y las penas asociadas, se establece que tanto la producción como el tráfico de sustancias controladas son considerados delitos y están sujetos a penas que van de 5 a 15 años de presidio y a multas de entre 40 y 400 unidades tributarias mensuales (UTM).

Más específicamente, en la legislación chilena son considerados delitos la elaboración, fabricación, transformación, preparación o extracción de drogas productoras de dependencia, capaces de provocar graves efectos tóxicos o daños considerables a la salud pública. También son delitos la siembra, plantación, cultivo o cosecha de especies vegetales productoras de sustancias estupefacientes o psicotrópicas, sin la debida autorización, o el desvío al tráfico ilícito de ciertas especies vegetales cultivadas con autorización sanitaria.

El tráfico de estas sustancias también es sancionado por la ley como delito, definiendo como traficantes a todos los que, sin contar con la autorización competente, importen, exporten, transporten, adquieran, transfieran, sustraigan, posean, suministren, guarden o porten consigo drogas controladas o las materias primas para su producción, a menos que justifiquen que están destinadas a la atención de un tratamiento médico o a su uso personal y exclusivo, próximo en el tiempo.

La elaboración, comercialización y posesión de precursores químicos también es controlada por este cuerpo legal.

Por su parte, tanto el consumo (en lugares públicas o concertadamente) como la posesión de drogas son consideradas faltas, por lo que están sujetos a sanciones menores, ya sean multas de entre 0,5 y 10 UTM, o asistencia obligatoria a programas de prevención hasta por 60 días. Como pena accesoria se puede imponer la suspensión de la licencia de conducir hasta por un lapso de seis meses. Adicionalmente, como ocurre en otros países, el tribunal tiene la facultad de conmutar estas sanciones por la realización de trabajos comunitarios con un máximo de ocho horas semanales, por un tiempo máximo no inferior al fijado por la sanción que se conmuta, ni superior al doble de ella. Sin embargo, esta norma es de escasa aplicación, por la carencia de una orgánica específica para ejecutar este tipo de medidas.

En el Cuadro N°2 se presentan las sanciones a que están expuestos los infractores de la Ley de Drogas.

Cuadro N°2 Delitos de drogas y sanciones

Categoría	Pena	Multa
Elaboración de drogas productoras de dependencia, capaces de provocar graves daños a la salud pública*	5 años 1 día a 15 años	40 a 400 UTM
Tráfico de tales sustancias o materias primas para su producción	5 años 1 día a 15 años	40 a 400 UTM
Cultivo de especies vegetales productoras de sustancias estupefacientes o psicotrópicas**	3 años 1 día a 10 años	40 a 400 UTM
Producción, tráfico o posesión de presursos químicos para la preparación de drogas	3 años 1 día a 10 años	40 a 400 UTM
Consumo de drogas en lugares públicos	Asistencia obligatoria a programas de prevención	0,5 a 10 UTM
Posesión de drogas en lugares públicos	Asistencia obligatoria a programas de prevención	0,5 a 10 UTM

* En el caso de otras drogas, el tribunal puede rebajar la pena hasta en dos grados

** A menos que se demuestre que están destinadas al consumo personal

Fuente: Ley 19.366

Un reglamento establece el listado de sustancias “capaces de provocar graves daños a la salud pública”. La ley faculta al juez a rebajar la pena hasta en dos grados, si las sustancias no están en el primer listado. Es el caso de la marihuana. Adicionalmente, en el caso de la posesión y el cultivo, el juez debe distinguir según si se trata de consumo personal o no, lo que determina la magnitud de la sanción.

Asimismo, la ley contempla una serie de factores que son considerados agravantes de las infracciones cometidas y que conducen al aumento de la pena en un grado, entre ellos, la utilización de personas exentas de responsabilidad penal, la utilización de violencia o engaño, la venta de drogas a menores de edad, entre otros. Por otro lado, la cooperación eficaz con la autoridad administrativa, policial o judicial, que conduzca a la detención de otros involucrados o que permita prevenir la perpetración de otros delitos, es considerada como circunstancia atenuante de la responsabilidad penal, lo que le permite al tribunal reducir la pena hasta en dos grados. La cooperación eficaz es también la única vía para que las penas puedan ser sustituidas por las medidas alternativas que establece la Ley 18.216, lo que está expresamente prohibido en el caso general.

Actualmente, está en tramitación un paquete de reformas a la legislación sobre drogas que incluye dos modificaciones principales: perfeccionar la legislación en materia de lavado y blanqueo de activos y, la creación de la figura del microtráfico, con sanciones inferiores a las aplicables por tráfico propiamente tal.

El primer punto fue abordado por medio de la Ley N° 19.913 que crea la Unidad de Análisis Financiero y que fue promulgada recientemente. Dicha unidad fue creada con el objeto de prevenir e impedir la utilización del sistema financiero y de otros sectores de la

actividad económica, para el blanqueo y lavado de activos provenientes del comercio ilegal de drogas, de actividad terrorista, venta ilegal de armas, etc. Originalmente, esto era parte del proyecto de la Ley de Drogas, pero se optó por separarla y tramitarla independientemente.

El proyecto de reforma de la Ley N° 19.366, por su parte, sigue en discusión. Ya fue aprobado por la Cámara de Diputados y está lista para ser discutida en la Sala del Senado, luego de que la Comisión de Constitución, Legislación y Justicia evacuara su primer informe.

Según dicha versión, se establecen penas entre 541 días y 5 años para el microtráfico, entendido como el porte o posesión de pequeñas cantidades de drogas no destinadas al uso personal y próximo en el tiempo (en la versión de la Cámara de Diputados la sanción comenzaba en 61 días). También se establece que, en vez de dos grados, la pena por tráfico o microtráfico sólo podrá ser rebajada en un grado, si la sustancia en cuestión no provoca graves daños a la salud. Se mantiene la prohibición de sustituir las penas de esta ley por las medidas alternativas de remisión condicional, reclusión nocturna y libertad vigilada (en la versión de la Cámara de Diputados sí se permitía esta sustitución)⁴.

Finalmente, cabe destacar que la legislación actual (y también el proyecto de reforma) establece explícitamente que los bienes y valores decomisados -o los recursos que de su venta se obtengan- deben pasar a formar parte del Fondo Nacional de Desarrollo Regional, para ser utilizados en programas de prevención y rehabilitación del uso de drogas. Este mismo fin se da a los fondos provenientes de las multas por infracciones relacionadas con drogas.

⁴ La ley actual sólo prohíbe la aplicación de las medidas de Libertad Vigilada y Reclusión Nocturna, porque entiende que la medida de Remisión Condicional de la Pena no es aplicable en función de la magnitud de las penas de reclusión establecidas para el tráfico. El proyecto actual prohíbe expresamente la aplicación de cualquiera de las tres medidas.

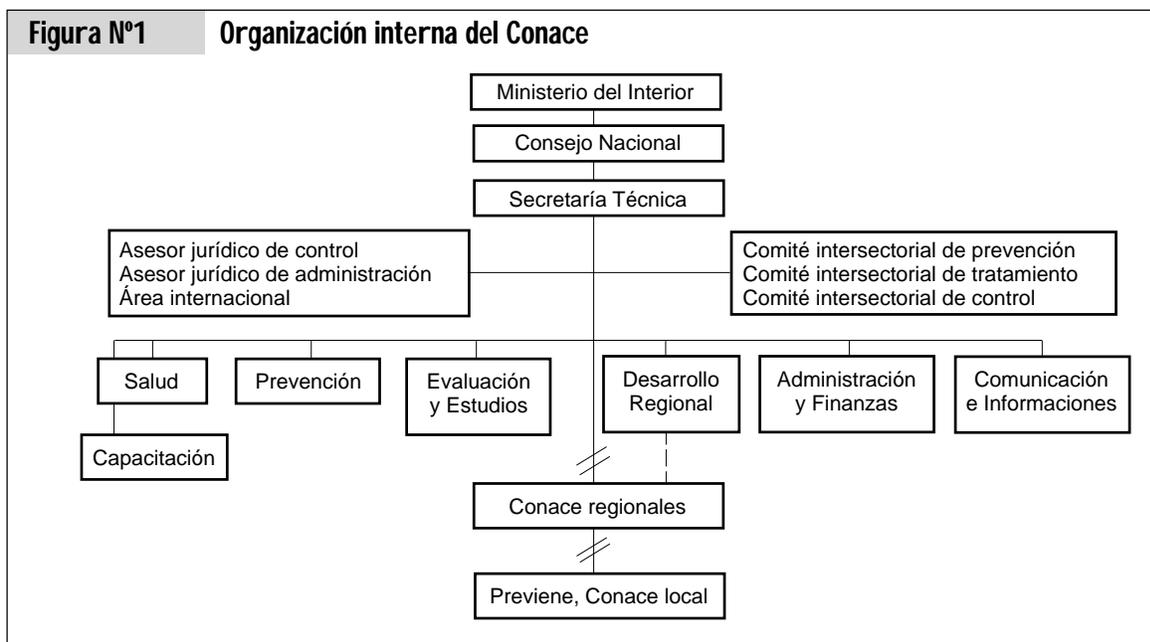
IV. ENTIDADES PÚBLICAS PARTICIPANTES

Como en todos los países, en Chile hay varias reparticiones públicas –ministerios, fuerzas armadas y de orden, servicios, etc.- que tienen algún grado de responsabilidad en el desarrollo e implementación de la estrategia sobre drogas. Las principales se reúnen en el Consejo Nacional de Control de Estupefacientes (Conace) que es una instancia interministerial que asesora al Presidente de la República en estas materias.

El Conace depende del Ministerio del interior y en él participan los ministros de Relaciones Exteriores, Defensa, Hacienda, Justicia, Educación, y Secretaría General de Gobierno, además del subsecretario del Interior. También cuenta con la participación de representantes de las Fuerzas Armadas y de Orden y de la Policía de Investigaciones, en adición a los Consejeros designados por el Presidente de la República.

La coordinación del trabajo dentro de esta entidad, así como también el contacto con las organizaciones civiles y ONG que trabajan en este campo, está a cargo de la Secretaría Ejecutiva, que, de acuerdo con las directrices que le imparte el subsecretario del Interior, realiza la función de promover la implementación del objetivo general de la institución, que es reducir el consumo y tráfico de drogas en el país.

La Figura N°1 presenta el organigrama de la institución, según publica su página web.

Figura N°1 Organización interna del Conace

Fuente: conacedrogas.cl , organigrama

El Conace ha definido su misión como “coordinar acciones para evitar y disminuir el consumo de drogas y reducir la oferta en el país”. Entre sus labores destaca el monitoreo constante de la realidad nacional por medio de encuestas nacionales y estudios en poblaciones específicas, el desarrollo de programas de prevención y tratamiento de diversa índole, la coordinación con los organismos de control de tráfico ilícito, la participación en foros internacionales y la difusión de información relevante a la comunidad. Para ello, trabaja en estrecha colaboración con entidades públicas y privadas participantes en la reducción del consumo y tráfico de drogas.

Cabe destacar que ha habido varias iniciativas para subir el rango del Conace a ministerio o servicio público. La última fue planteada por el senador Carlos Bombal en julio de 2003, y consistió en un proyecto de ley que reemplazaría al Conace por un Consejo Nacional para la Prevención y Control de Drogas, creado por una ley orgánica, y que se relacione con el Presidente por medio de su supervigilancia. En el esquema propuesto, el director del consejo tendría atribuciones similares a las de un jefe nacional de servicio. Independientemente de su participación en el consejo, varias reparticiones gubernamentales participan en la estrategia nacional sobre drogas.

En el control del tráfico, participan en tareas de fiscalización Carabineros de Chile, la Policía de Investigaciones, el Servicio Nacional de Aduanas, y la Armada de Chile. En la persecución penal participan los Tribunales de Justicia; y en el control del cumplimiento de las penas impuestas, Gendarmería de Chile.

En materia de prevención del consumo indebido, participan en forma directa el Ministerio de Educación, por medio de los programas y charlas escolares, el Servicio Nacional de Menores, por medio de los planes dirigidos a menores en situación de riesgo, el Servicio Nacional

de la Mujer, la Junta Nacional de Jardines Infantiles, y el Instituto Nacional de la Juventud, entre otros. Muchas municipalidades también destinan recursos a programas de prevención.

En materia de asistencia de adictos, el Ministerio de Salud participa en el tratamiento por medio de sus centros de atención, donde muchas veces se detecta a los individuos que requieren de asistencia profesional; además existen numerosas ONG y comunidades terapéuticas dedicadas a la atención de personas con problemas de adicción, entre otros. Las municipalidades han ido progresivamente ganando terreno en la aplicación de la política pública sobre drogas. Muchas de ellas han creado comisiones internas de droga y realizan diversas iniciativas, principalmente en el ámbito de la prevención. Además, la Asociación Chilena de Municipalidades (ACHM) tiene una Comisión en Prevención de Drogas que vela por que las autoridades municipales desempeñen un papel protagónico en esta materia, propiciando la capacitación permanente de los funcionarios, el establecimiento de redes dentro de la comuna y entre ellas, etc.

El Conace, por su parte, también apoya el trabajo de los municipios en materia de drogas, principalmente por medio del programa PREVIENE. Creado en 1999, hoy funciona en 88 comunas del país⁵, en las que reside cerca del 70% de la población. En 2003, el presupuesto del Conace contempló casi 2.000 millones de pesos para este programa, lo que corresponde al 20% del total de que dispone la institución. En el Recuadro N°1 se describe el programa.

Recuadro N°1 Programa PREVIENE, sistemas comunales de prevención de drogas

A pesar de su nombre, el ámbito de acción del programa PREVIENE va más allá de la prevención, abarcando también la asistencia de adictos y el control. Más que un programa, es la expresión local –comunal– de la política nacional sobre drogas. El objeto del PREVIENE es contribuir al diagnóstico de la realidad comunal en relación con el fenómeno de las drogas, para luego colaborar en el desarrollo y articulación de una política comunal para enfrentarlo.

Los actores involucrados en el programa son: (i) el Conace, que define los lineamientos técnicos, otorga asistencia técnica y financiera, y evalúa el programa; (ii) el municipio, que es la institución responsable de la implementación del programa en su comuna; (iii) el equipo del programa, que materializa la estrategia de intervención; y (iv) la Comisión Comunal, que es la instancia de articulación de los actores que intervienen en el tema drogas en el nivel comunal.

Entre los ámbitos de acción del programa destacan el educacional (coordinar la aplicación de los programas escolares), empresarial (motivar la creación de políticas y programas dentro de ellas), y familiar (ejecutar el programa "Prevenir en familia"), entre otros. El financiamiento de los programas específicos se realiza por medio de fondos concursables. Para el año 2003, el monto por proyecto no podía exceder \$1 millón 500 mil pesos, ni su duración superar los 6 meses.

Una evaluación, encargada por el Conace y publicada en abril de 2002, concluyó que el programa ha sido efectivo en cuanto a crear conciencia de este tema en las comunas, potenciar las redes existentes, y realizar actividades preventivas propiamente tal. Entre las debilidades del programa se mencionan el exceso de activismo sin metas claras, y la falta de seguimiento, evaluación y sistematización de las experiencias en el nivel local. La metodología incluyó elementos cualitativos y cuantitativos y analizó una muestra de 18 PREVIENE.

Otros países también han ideado programas similares que buscan llevar al ámbito local la implementación de la estrategia sobre drogas. Entre ellos, el Reino Unido, con los Equipos de Acción Antidrogas (DAT, por su sigla en inglés), y los Países Bajos, con el establecimiento de los Comités Tripartitos de Consulta que integran el alcalde, el jefe de la policía, y el fiscal jefe⁶.

⁵ En Anexo N°2 aparece el listado de comunas con Previene.

⁶ Ver "Políticas y programas de prevención y control de drogas en cinco países", Fundación Paz Ciudadana, 2003.

V. LA ESTRATEGIA

1. Fundamentos y evolución

El primer paso para definir una estrategia nacional sobre drogas fue la creación del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (Conace) en septiembre de 1990. Dicha instancia -de carácter interministerial y que asesora del Presidente de la República en estas materias- tuvo como primera tarea la elaboración de un plan nacional para abordar los problemas asociados al consumo y tráfico de drogas. Este trabajo demoró tres años y su fruto fue la “Política y Plan Nacional de Prevención y Control de drogas”, publicado en mayo de 1993. Anteriormente, las iniciativas públicas y privadas existentes funcionaban de manera aislada, sin que existiera una instancia aglutinadora ni una acción concertada para abordar el tema como país. De hecho, conseguirlo fue el objetivo planteado por esta primera política nacional.

Entre los logros obtenidos en esos años destaca el establecimiento de encuestas bianuales –nacional y escolar- que dan cuenta de la magnitud y evolución del consumo de drogas en Chile, además de mediciones de consumo en poblaciones específicas. También se desarrollaron y masificaron iniciativas de prevención y tratamiento en diversos ámbitos.

Con todo, con el paso del tiempo se detectaron debilidades en la acción, lo que, junto con la información que entregaban las encuestas –que indicaban una tendencia al alza en el consumo-⁷, movieron a las autoridades a replantear la estrategia y a elaborar un nuevo programa marco: la “Estrategia nacional sobre drogas 2003 – 2008”, dada a conocer en enero de 2003.

⁷ Cabe destacar que la última encuesta nacional de consumo correspondiente al año 2002 sugiere un cambio de tendencia pero estos resultados aún no habían sido dados a conocer cuando se presentó la nueva estrategia.

Dicha estrategia define la finalidad de la política (reducir el consumo y el tráfico), y plantea una serie de objetivos necesarios para su consecución. Además, establece los indicadores que se utilizarán para evaluar el grado de avance en esos objetivos. Internamente, Conace maneja un plan de acción en que se establecen las acciones concretas que se llevarán a cabo para materializar la estrategia.

Además, se reconoce la necesidad de un informe periódico que indique el nivel de avance en los objetivos propuestos y que sirva de evaluación de desempeño. En enero de 2004 fue presentado el informe correspondiente al año 2003.

Los fundamentos que guían la acción en materia de drogas se expresan en los cuatro principios orientadores definidos en la estrategia. Ellos son: (i) integralidad de la respuesta, (ii) corresponsabilidad en el plano nacional e internacional, (iii) equilibrio entre acciones de reducción de oferta y demanda, y (iv) participación social. En el Recuadro N°2 se explica en qué consiste cada uno de ellos, según la información extraída del documento oficial.

Recuadro N°2 Principios orientadores de la Estrategia Nacional sobre Drogas

- **Integralidad de la respuesta, condición indispensable para enfrentar el problema de la droga con eficacia.** *Supone asumir una mirada amplia y multidimensional, capaz de comprender la variedad de motivaciones y consecuencias del problema de las drogas. Las soluciones, por lo tanto, deben considerar la interrelación entre las distintas dimensiones.*
- **Corresponsabilidad, principio básico aplicable tanto en el plano internacional como en el interno.** *En el nivel internacional, este principio es la base orientadora de la acción bilateral o multilateral, y supone un compromiso ético y político en cuanto a solucionar en conjunto los problemas que atraviesan fronteras. En el nivel nacional, supone la cooperación entre los distintos actores que cumplen funciones en la reducción de la oferta y la demanda.*
- **Equilibrio entre las acciones destinadas a la reducción de la demanda y las dirigidas al control de la oferta.** *La estrategia nacional aborda con el mismo énfasis ambos problemas, en un marco de refuerzo recíproco de los efectos de estas acciones. Además, se buscará establecer relaciones de sinergia positiva, entre ellas y con las políticas sociales de largo aliento.*
- **Participación social.** *La estrategia nacional busca promover activamente el compromiso ciudadano, mediante el establecimiento de canales de comunicación que les permitan expresar sus ideas y participar tanto de la planificación como de la ejecución de los distintos programas.*

2. Metas y objetivos

La finalidad de la estrategia nacional sobre drogas es “reducir el consumo y tráfico de drogas hacia el año 2008”. Para su materialización, la autoridad ha definido seis metas globales, 13 objetivos estratégicos, 50 objetivos específicos y múltiples indicadores de resultados asociados a estos últimos. En conjunto, ellos definen el propósito que orienta la política chilena en materia de prevención y control de drogas.

Las metas globales son:

- (i) Disminuir la prevalencia anual de consumo de marihuana respecto del año 2002, en población menor de 18 años.
- (ii) Disminuir la prevalencia anual de consumo de cocaína respecto del año 2002, en población general.
- (iii) Disminuir la prevalencia anual de consumo de pasta base respecto del año 2002, en población joven de niveles socioeconómicos bajos.
- (iv) Disminuir la disponibilidad de drogas ilegales en el país.
- (v) Disminuir la producción de drogas, sean estas naturales o sintéticas.
- (vi) Disminuir el uso ilícito y desvío de sustancias químicas esenciales.

En la expresión de las metas globales conviene destacar algunas definiciones: (i) se elige como indicador de consumo la prevalencia anual, es decir, la fracción de personas que declara haber utilizado la droga, al menos una vez durante el año previo a la encuesta⁸; (ii) en reducción del consumo, se priorizan ciertas sustancias. Esto es una novedad, por cuanto en la política y plan nacional se hablaba de las drogas ilegales en general; (iii) se priorizan ciertos grupos objetivos en relación con el consumo de cada droga (los menores de 18 años, en el caso de la marihuana), y (iv) en represión del tráfico no se hace distinción según el tipo de sustancia ilegal⁹.

En el nivel más desagregado, se definen los objetivos estratégicos que se organizan según el ámbito al cual pertenecen. Siete son de reducción de demanda, tres de reducción de la oferta, dos relativos al desarrollo institucional y legal, y uno del ámbito internacional. A modo de referencia, se presentan dos de ellos, uno de reducción de la demanda y otro de reducción de oferta: (i) fortalecer y potenciar la capacidad de la familia como principal agente protector del consumo de drogas, (ii) impedir la distribución de drogas dentro del país y, evitar la utilización de nuestro territorio nacional como ruta de tránsito. Para cada objetivo estratégico se definen objetivos específicos que, a su vez, cuentan con uno o más indicadores de resultado. A modo de ejemplo, “reinsertar o insertar socialmente a personas con problemas asociadas al consumo de drogas que egresan de programas de tratamiento” es un objetivo específico, y “aumento de personas tratadas, insertadas o reinsertadas socialmente” es su indicador correspondiente.

En el Anexo N°1 se presenta una tabla con todos los objetivos estratégicos, y un objetivo específico e indicador de resultado correspondiente, como ejemplo.

⁸ Los norteamericanos, por ejemplo, optan por la prevalencia mes.

⁹ En Reino Unido, por ejemplo, tiene prioridad la represión del comercio ilegal de drogas Clase A, particularmente cocaína y heroína.

3. Política de prevención

La prevención ocupa un lugar destacado en la estrategia nacional, lo que se ve reflejado en que 6 de los 13 objetivos estratégicos corresponden a ese ámbito¹⁰.

Para el Conace, la prevención consiste en sensibilizar e informar acerca de los efectos del consumo de drogas; fortalecer los recursos personales y sociales para enfrentar eficazmente el problema de las drogas; promover estilos de vida saludables; y fortalecer las habilidades para enfrentar la presión social.

Para lograr estos objetivos, se cuenta con programas que se desarrollan en distintos ámbitos de intervención, como el familiar, escolar, laboral, comunitario y comunicacional. Algunas características en común que comparten todos estos programas son: su aplicación en el entorno más inmediato de las personas, su segmentación por grupos definidos de la población (jóvenes, adultos, trabajadores, mujeres, etc.), su forma de abordar directamente la problemática de la droga, y su fomento a la participación general mediante el apoyo de iniciativas que surgen de la propia comunidad.

El papel del Conace en este terreno se relaciona fundamentalmente con la capacitación de las personas a cargo de las charlas (monitores de prevención) y la distribución de los materiales educativos correspondientes a cada programa. También existe una labor de asistencia técnica durante las etapas de implementación y evaluación, además de ayudar con el financiamiento de los programas, en forma exclusiva o en conjunto con la entidad ejecutora. Una situación similar se da en el caso de los programas de asistencia de adictos.

A. Prevención escolar

La prevención del consumo de drogas entre los más jóvenes es uno de los principales objetivos de la estrategia nacional sobre drogas. De hecho, la disminución en la prevalencia anual de consumo de marihuana en los menores de 18 años es la primera meta global que se pretende alcanzar.

El país cuenta con programas preventivos a lo largo de todo el ciclo educativo –desde la educación pre-básica a cuarto medio– con los que se pretende informar a los alumnos sobre las consecuencias del consumo de drogas, ampliar las alternativas de utilización del tiempo libre, promover estilos de vida saludables y ayudar al desarrollo de habilidades de resistencia a la presión de los pares, entre otros. Los programas que actualmente se encuentran en aplicación se presentan en el Cuadro N°3.

¹⁰ De los trece objetivos estratégicos, siete corresponden a reducción de demanda y, de éstos, sólo uno es del ámbito de la asistencia de adictos. Los otros seis son del ámbito de la prevención.

Cuadro N°3 Programas de prevención en el sistema escolar

Nivel	Programa	Total establecimientos en que se aplicó (2003)	Total alumnos que participaron (2003)	Matrículas por nivel (2001)
Pre-Básica	"En busca del tesoro"	3.666	177.387	463.481
Primer Ciclo Básico	"Marori y Tutibú"	1.716	391.494	1.163.266
Segundo Ciclo Básico	"Quiero Ser"	4.630	1.011.548	1.198.435
Educación Media	"Yo decido"	1.314	607.000	850.713

Nota: Los datos de matrícula por nivel corresponden al año 2001, según "Estadísticas de la educación, año 2001" del Ministerio de Educación. Para educación básica y media corresponden a los establecimientos municipalizados, particulares subvencionados y particulares privados. Para la educación pre-básica se agregan también los establecimientos de la Junji e Integra.

Fuente: Conace, "Informe anual de actividades 2003" y Ministerio de Educación, "Estadísticas de la Educación, año 2001"

De estas iniciativas, la que se aplica en forma más generalizada corresponde al programa "Quiero ser". El año 2001 se aplicó como plan piloto en 2.500 alumnos de 11 establecimientos educacionales. Durante 2002 el programa fue desarrollado en las 13 regiones del país, en 223 comunas, lo que corresponde al 65% del total de comunas del país. En total, participaron más de 800.000 niños entre 5º y 8º básico, de 3.552 escuelas y colegios. Durante 2003, Conace ha extendido su cobertura a casi la totalidad de comunas del país. Además, está disponible para los colegios particulares pagados que quieran adquirirlo. En el Recuadro N°3 se describe el programa.

Recuadro N°3 Programa de prevención escolar "Quiero ser"

Consiste en un proyecto desarrollado por el Conace y el Ministerio de Educación, con el apoyo técnico de la Fundación Paz Ciudadana, que se basa en el modelo de desarrollo de habilidades generales para la vida. Este esquema plantea que, además de instruir en destrezas específicas para rechazar el ofrecimiento de drogas, es necesario ejercitar a los jóvenes en aptitudes globales necesarias para el proceso de crecimiento y toma de decisiones.

El objetivo final del programa es evitar el consumo de drogas o, en su defecto, retardar la edad de inicio, y potenciar los factores de protección asociados a la persona, la familia y la escuela. Se fomenta la responsabilidad sobre la propia conducta y se promueve el desarrollo psicosocial integral por medio de herramientas psicológicas, afectivas, cognitivas y sociales. Algunos objetivos específicos son: lograr que los niños conozcan los peligros potenciales de las drogas, que desarrollen habilidades para pensar en forma autónoma y críticamente, que desarrollen su autoestima y que desarrollen destrezas para resistir la presión de los grupos. "Quiero ser" se imparte de manera secuencial durante cuatro años, comenzando en quinto básico, en los cuales se van ampliando y reforzando los objetivos propuestos.

Para evaluar la satisfacción y aceptación del programa por los alumnos se encuestó a 3.467 participantes provenientes de 88 establecimientos educacionales de la Región Metropolitana. El 83,7% de ellos señaló que le gustaría seguir participando; el 54,5% respondió que se había entretenido con las actividades, y el 75,9% indicó que le sirvió. En general los alumnos que declararon saber más y mucho más que antes respecto de las drogas en los cuatro niveles en que se imparte el programa son mayoría, aunque esta fracción decrece a medida que se avanza desde 5ª hasta 8º básico. Respecto del consumo propiamente tal, la prevalencia año de marihuana fue menor en el grupo de alumnos que participó del "Quiero Ser" en relación con un grupo de control que no. Asimismo, la percepción de riesgo de consumir esa droga es menor en el grupo de control.

Los principales problemas en su implementación fueron la calidad de la capacitación, la demora en la entrega de los materiales, y la dificultad para introducirlo en la jornada escolar ya planificada.

Este año, la prevención escolar se amplió hasta los estudiantes de la educación superior. En conjunto con las universidades, institutos profesionales, centros de formación técnica, y organizaciones de alumnos, el Conace organiza encuentros y promueve la incorporación de la prevención de drogas dentro de sus políticas institucionales.

B. Prevención comunitaria

Constituye otra de las áreas de intervención utilizadas en la estrategia nacional sobre drogas, por medio de la cual se hace posible relacionarse con las personas en su entorno más inmediato. En este contexto, el objetivo es organizar a los actores para que enfren-ten juntos la problemática de la droga en sus comunidades, incentivar el uso positivo del tiempo libre, y desarrollar espacios de convivencia sanos principalmente para la juventud.

Desde el año 1996 el Ministerio del Interior ha dispuesto recursos para financiar proyectos de prevención presentados por la comunidad. Ese año, se benefició a 114 iniciativas. En 2002, el fondo permitió ejecutar 580, y en 2003 se esperaba hacerlo con 600.

El programa “Previene” es la principal iniciativa del Conace en este ámbito. Por medio de un convenio establecido con los municipios del país, se pone a disposición de la comunidad un equipo profesional que proporciona asesoría técnica y capacitación a agrupaciones comunales que ejecutan proyectos en el ámbito de la prevención del consumo de drogas y favorece la aplicación de los programas del Conace en la comuna¹¹.

C. Prevención en las familias

En la estrategia nacional sobre drogas se destaca a la familia, lo que se manifiesta en el primer objetivo estratégico: fortalecer y potenciar la capacidad de la familia como principal agente protector del consumo de drogas.

El principal programa en este ámbito es el “Prevenir en familia” desarrollado recientemente por Conace. El material fue validado en un plan piloto el año 2002 y masificado en el nivel nacional desde 2003. “Prevenir en familia” es un instrumento para ser aplicado en sesiones grupales con metodología de taller. Su objetivo es sensibilizar a los padres y adultos significativos para que asuman una actitud activa y responsable al enfrentar el tema de las drogas, y fortalecer los recursos personales y sociales de la familia apoyando su labor preventiva. Se orienta a familias con hijos menores de 18 años.

Para su aplicación, el Conace preparó “formadores” que, a su vez, capacitaron “monitores” a los que se les entregó el material. Estos últimos deben convocar a familias interesadas y realizar los talleres del programa. Los proyectos PREVIENE favorecen la aplicación del programa, apoyando a los monitores en su convocatoria.

¹¹ Ver recuadro explicativo del programa PREVIENE en capítulo “Entidades públicas participantes”.

Según el informe de actividades 2003 del Conace, durante el año 2003 fueron capacitados más de 12.000 monitores, que trabajaron con 42.900 familias.

Además del programa “Prevenir en familia”, los programas escolares/educacionales incluyen sesiones para padres y apoderados.

E. Prevención en los medios masivos de comunicación

Los medios de comunicación masivos son la principal herramienta utilizada para llegar a la población en forma generalizada. En el ámbito de la estrategia nacional de drogas, se utilizan mensajes de contenido preventivo que se dirigen principalmente a los jóvenes.

En el caso de Chile, en los últimos años se han desarrollado campañas comunicacionales que combinan anuncios publicitarios en medios de comunicación -como radio, televisión, prensa escrita y vía pública- con entregas masivas de información por medio de monitores capacitados, que distribuyen folletos en lugares de alta concurrencia. Estas campañas generalmente son llevadas a cabo durante el verano, poniendo énfasis en las regiones que atraen la mayor cantidad de visitantes (I, IV, V, VIII, IX y RM).

Así, las campañas que se han realizado hasta la fecha incluyen:

- 1997: “Soy bacán. Yo no le hago”
- 1998: “Juégatela por tus amigos. Sin drogas, más libres”
- 1999: “Tú también. Juégatela por la vida”
- 2000: “Conversemos sobre drogas”
- 2001: “Yo no le hago”
- 2002: “Yo decido no pescar las drogas”
- 2003: “Yo decido jugármela sin drogas” (ver Cuadro N°4)

Cuadro N°4 Afiche de la campaña
“Yo decido jugármela sin drogas” 2003



Fuente: www.conacedrogas.cl

Con estas iniciativas se ha logrado obtener una alta notoriedad pública, la que contribuye a sensibilizar a la población y a poner en discusión el tema de la droga. Efectos en términos de cambios de actitud o de conductas de consumo de la población objetivo no han sido comprobados hasta la fecha; sólo se han medido resultados de cobertura y de percepción de efectividad.

Para complementar su tarea de entregar información a la comunidad, el Conace cuenta con un Centro de Documentación al cual pueden acceder todas las personas interesadas en el tema. Cuenta con más de 3.500 libros, monografías, investigaciones y literatura, más de 100 videos preventivos, archivos de prensa, folletos, etc. Por medio de Internet se puede tener acceso a una base de datos en línea.

Además de estos contenidos, el sitio del Conace ([www. Conacedrogas. cl](http://www.Conacedrogas.cl)) cuenta con información sobre las drogas, las consecuencias que trae su consumo, características de las personas que están bajo su influencia, forma de asistirlos, etc. El sitio cuenta con un *chat*.

Un cuarto medio de comunicación entre la autoridad en drogas y el público general es el Fonodrogas, un servicio de asistencia telefónica al que la población puede dirigir sus preguntas. El Recuadro N°4 presenta una breve descripción del programa.

Recuadro N°4 Fonodrogas

Es un servicio gratuito de orientación telefónica sobre drogas, que permite establecer una vía de comunicación personalizada, por medio de la cual se atiende directamente las dudas y consultas de las personas que llaman, manteniendo su privacidad (es anónimo). Por medio de este sistema, la población puede tener acceso a la asistencia de consejeros especializados (psicólogos, asistentes sociales, técnicos en rehabilitación y ex adictos) que además de proporcionar apoyo, entregan información sobre dónde recibir atención y qué hacer frente a diferentes situaciones.

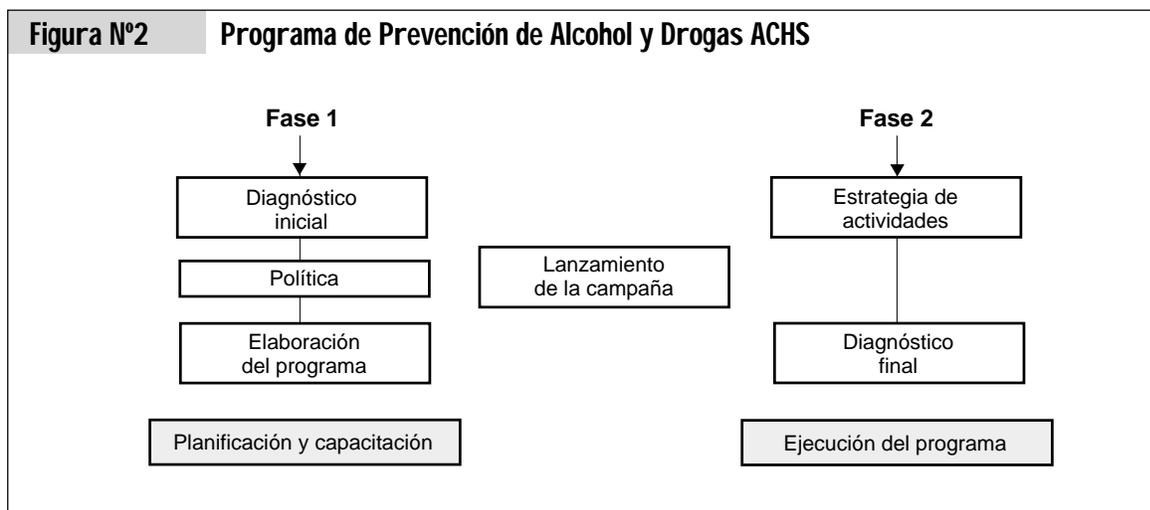
El informe estadístico del servicio correspondiente a junio de 2003 señala que durante ese mes se recibieron 423 consultas telefónicas y 197 e-mails. Dos tercios de las consultas son hechas por mujeres y el 70% de los que llaman están entre 20 y 49 años. El principal motivo de consulta es el consumo propio o de alguien cercano (73%), seguido por la petición de información (20%).

D. Prevención laboral

El problema de las drogas en el mundo del trabajo, hasta este momento, no ha sido enfrentado de forma amplia y sistemática en el país, por lo que las empresas que cuentan con programas de este tipo en Chile son una minoría, probablemente por la baja notoriedad que aún tiene este problema¹².

¹² Fuente: Conace, Manual de prevención del consumo de drogas en el mundo laboral, 2002. Pág. 8.

En esta área, destaca el programa de prevención del alcohol y drogas en el ámbito laboral de la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), que actualmente se aplica en 13 organizaciones. El programa es una metodología para que la empresa diseñe su propia política sobre drogas e implemente un plan de acción destinado a todos sus trabajadores y no solamente a los abusadores de alcohol o drogas. Se organiza en dos fases, según muestra la Figura N°2.



Fuente: Asociación Chilena de Seguridad.

El programa es flexible y se adapta a las necesidades y recursos de la organización, pero requiere un plazo mínimo de 12 meses para operar. En la primera fase se forman los equipos de trabajo que –apoyados técnicamente por la ACHS- realizan un diagnóstico inicial, formulan una política escrita y elaboran un plan de actividades de “valoración de la vida”, el cual se aplica en la segunda fase. Estas actividades son de diversa índole e incluyen actividades orientadas a los trabajadores sanos, en riesgo y a los que ya han manifestado problemas de adicción. Ejemplos de las primeras son un campeonato de tenis o un día de picnic familiar; de las segundas, charlas informativas para los trabajadores y sus familias, y de las terceras, apoyo financiero o de horario para asistir a un programa de tratamiento. La primera fase, compuesta por siete cursos-talleres cuenta con 100% franquicia SENCE, por lo que no significa un costo adicional para las empresas. Debido a que aún no ha finalizado la aplicación del programa en ninguna empresa, no existen evaluaciones sobre su impacto, pero ellas están contempladas en la planificación. *El “Programa de prevención de alcohol y drogas en el trabajo y la familia” del Servicio Social de la Industria del Estado de Río Grande do Sur de Brasil –del cual fue adaptado el programa chileno- sí ha sido evaluado y ha mostrado resultados positivos en reducción de accidentes laborales, aumento de la productividad, mejoramiento del clima laboral, etc.*

El Conace, por su parte, comenzó su programa de prevención laboral el año 2001. La primera etapa consistió en una campaña para crear conciencia sobre la necesidad de

abordar el tema del consumo de drogas dentro de las empresas. En este contexto fue publicado en 2002 un “Manual de prevención de consumo de drogas en el mundo laboral”. Este año el Conace ideó una metodología para prevenir las drogas en el trabajo que está siendo aplicada como programa piloto en 18 establecimientos, entre los que hay municipalidades, servicios de salud, empresas y corporaciones. Está planificada para el primer semestre de 2004 el lanzamiento de una publicación en la que se exponga el programa.

Cabe destacar que la legislación laboral chilena no incluye una normativa referida explícitamente al consumo de drogas en el lugar de trabajo, por lo que actualmente se aplica la regulación referente a la prevención de accidentes y enfermedades laborales. Tampoco existen sistemas formales de financiamiento para este tipo de programas, aunque las empresas cuentan con recursos para enfrentar los problemas de salud de sus empleados provenientes del sistema previsional, y con recursos para capacitación provenientes del Estado (franquicia Sence), con los que pueden financiar parcialmente sus programas.

E. Prevención para la población en situación de exclusión

Recientemente el Conace ha creado un área nueva para la prevención a la que ha llamado “marginalidad”. Se orienta a los jóvenes que se encuentran en situación de riesgo social: “de la calle” referido a aquellos que viven en la calle agrupados en las llamadas “caletas”, y “en la calle” referido a quienes tienen hogar, pero han desertado del sistema escolar y pasan la mayor parte del tiempo en la calle.

En cuanto a programas preventivos en éste ámbito, se están ejecutando actualmente cinco programas piloto de intervención comunitaria, orientados a la prevención y tratamiento de drogas y la integración escolar y social de la población objetivo. Asimismo, se están desarrollando 13 intervenciones –una por región- de fortalecimiento para instituciones y ONG que trabajan con desertores escolares.

Además, recientemente se ha firmado un convenio entre el Conace y el Sename para trabajar con niños, niñas y jóvenes en situación de vulnerabilidad social.

4. Política de asistencia de adictos

La política de asistencia de adictos es otro de los ámbitos de acción de la estrategia nacional sobre drogas. Junto con los programas de prevención descritos en la sección anterior, constituye una de las principales formas de intervención para disminuir la demanda por drogas. Así, uno de los siete objetivos estratégicos planteados en esta área de la estrategia nacional consiste en “rehabilitar y reinsertar socialmente a personas afectadas por el consumo de drogas, ofreciendo oportunidades de tratamiento y rehabilitación”.

Además, se plantea como prioridad la necesidad de fortalecer las redes de atención para mejorar la cobertura y calidad de los servicios que se ofrecen y para adecuarlos a los requerimientos de los usuarios.

De acuerdo con el quinto estudio nacional de consumo de drogas del año 2002, en Chile existen actualmente 186.140 personas que presentan consumo problemático de drogas ilegales, de las cuales 144.004 que son dependientes¹³. Esta cifra aumenta radicalmente al incluir también a quienes presentan consumo problemático de alcohol, llegando a 1.444.137 personas¹⁴. Por eso, la atención de usuarios problemáticos está dirigida tanto a consumidores de alcohol como de drogas, sean estos abusadores o dependientes.

Además, cabe indicar que, de acuerdo con antecedentes del Ministerio de Salud, “los problemas asociados al consumo de alcohol y otras drogas constituyen la principal causa de mortalidad y discapacidad en hombres menores de 45 años, y la dependencia a estas sustancias es una de las diez principales causas de años de vida saludable perdidos por discapacidad o muerte prematura (AVISA) en toda la población”¹⁵.

Así, por la relevancia que ha alcanzado este problema en los últimos años, han surgido diferentes instituciones que proporcionan asistencia a las personas afectadas por esta situación, las cuales ofrecen distintas alternativas de tratamiento y reinserción social a los pacientes, dependiendo del grado de dependencia y del nivel de compromiso que hayan alcanzado.

Por medio de su política de tratamiento y rehabilitación, el Conace pretende que los consumidores problemáticos logren la abstinencia, pero se reconocen y valoran los éxitos intermedios, como la reducción del consumo y la minimización de los daños asociados. Así, entre los proveedores de tratamiento que reciben financiamiento de este consejo se cuentan entidades de corte abstencionistas y otros que reconocidamente operan bajo el enfoque de reducción de daños. También se desarrollan líneas de trabajo orientadas a evitar el contagio de Vih/Sida entre usuarios de droga, previniendo el uso de jeringas para administrarse la droga y, promoviendo prácticas de sexo seguro¹⁶.

A. Instituciones de asistencia de adictos

El sistema de atención en tratamiento y rehabilitación de personas dependientes a las drogas en Chile está formado por entidades públicas y privadas que ofrecen distintas modalidades de tratamiento, además de los organismos que participan en la coordinación y preparación del personal a cargo de entregar estos servicios. Entre ellos:

¹³ Los consumidores problemáticos pueden ser dependientes o abusadores. Para ser clasificado como dependiente se utilizan los criterios del CIE-10. En términos generales, se considera como dependiente si durante los 12 meses previos se han presentado al menos 3 síntomas de los siguientes: compulsión por consumir, disminución de la capacidad para controlar el consumo, síndrome de abstinencia, tolerancia, abandono progresivo de otras fuentes de placer, persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias negativas.

¹⁴ Fuente: Conace, Quinto Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile, 2002.

¹⁵ Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud, 2001.

¹⁶ En Chile, pocos usuarios de droga se inyectan, razón por la cual esta no es la principal manera en que abuso de drogas y sida se vinculan, como sucede en otras partes del mundo. La relación entre ambos fenómenos es más frecuente como consecuencia de las relaciones sexuales no protegidas bajo los efectos de las drogas, la práctica del comercio sexual para conseguir la droga, y el pago contacto sexual como forma de pago a traficantes. Fuente: “Reducción de Daños”, documento de trabajo de Caleta Sur N°1, Revista Erial N°7, marzo 2002.

- **Conace:** La labor del Conace en materia de tratamiento está referida principalmente a la asistencia técnica y financiera de las organizaciones que proporcionan los servicios, ya que los programas no son ejecutados directamente por esta institución.

En el año 2003, el 20% del presupuesto total del Conace se asignó a programas de tratamiento y rehabilitación, alcanzando una cifra cercana a los 2.000 millones de pesos. Estos recursos fueron asignados por medio de un convenio con el Fondo Nacional de Salud, el cual permitió proporcionar apoyo financiero a 213 centros de atención públicos y privados en 2003.

En cuanto a la asistencia técnica, existen programas de becas y cursos de capacitación para técnicos y profesionales que trabajan en tratamiento de adicciones. En el año 2001 se capacitaron 228 personas con cursos de 20 horas de duración y, en el año 2002, se realizaron pasantías de entrenamiento de dos semanas de duración beneficiando a 172 personas. Adicionalmente, se entregaron 70 medias becas para cursos de Técnico en Rehabilitación, a modo de perfeccionamiento para personas que trabajan en programas de tratamiento¹⁷.

- **Ministerio de Salud:** Los servicios de salud pertenecientes a la red de atención estatal son actores destacados en esta materia, entre ellos, los establecimientos de atención primaria –tales como consultorios y Centros de Salud Familiar- y los centros de nivel secundario, como Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM), Centros de Referencia de Salud (CRS), y Centros de Diagnóstico (CDT). En total, existen alrededor de 380 centros que cuentan con programas de atención de adictos.

Otro de los roles del Ministerio de Salud en este campo tiene relación con la acreditación de centros privados de atención, los cuales son supervisados por el Servicio de Salud correspondiente a su jurisdicción. Adicionalmente, el Ministerio dicta la normativa técnica que regula las intervenciones, proporcionando guías metodológicas para el tratamiento y rehabilitación e instrumentos de medición de la calidad de la atención.

- **Otras entidades estatales:** Otros organismos de gobierno involucrados en el desarrollo de programas de rehabilitación dirigidos a grupos específicos de la población son el Servicio Nacional de Menores –que tiene a cargo 23 centros especializados en el tratamiento de dependencia de drogas, con una capacidad de 875 plazas de atención simultánea- y Gendarmería de Chile, que actualmente mantiene 11 comunidades terapéuticas en recintos penitenciarios¹⁸.

¹⁷ Fuente: Conace, Informe Anual de Actividades 2002.

¹⁸ Son: Complejo Penitenciario de Arica, Mujeres, 2003 (Residencial); Complejo Penitenciario Arica, Hombres (Ambulatoria); Centro Cumplimiento Penitenciario Iquique (Residencial); Centro Cumplimiento Penitenciario Antofagasta (Residencial); Centro Penitenciario Femenino Antofagasta (Ambulatoria); Complejo Penitenciario Valparaíso, Hombres (Ambulatoria); Complejo Penitenciario Colina I (Residencial); Centro Penitenciario Femenino Santiago (Residencial); Centro Cumplimiento Penitenciario Talca (Residencial); Complejo Penitenciario de Concepción (Ambulatoria); Centro de Detención Preventiva de Angol, 2003 (Residencial). Fuente: Gendarmería de Chile

- **Instituciones privadas:** También existen numerosas entidades privadas como clínicas, ONG, fundaciones, consultorios parroquiales y comunidades, que ofrecen programas de asistencias para drogodependientes. Este tipo de instituciones –comunidades terapéuticas, centros de tratamiento o casas de acogida– concentra la mayor parte de la oferta de tratamiento residencial.

En general, es difícil encontrar información sistematizada en relación con los programas que se encuentran en aplicación y el número de personas atendidas en estos centros, puesto que no están organizados en torno a una institucionalidad. Por eso, la información disponible no es exhaustiva, en cuanto no incluye necesariamente todos los programas en funcionamiento. Esta situación también conduce a que el tipo de tratamiento impartido varíe de un lugar a otro, dependiendo de la interpretación que cada equipo de trabajo da a los lineamientos proporcionados por la autoridad.

Actualmente existen dos agrupaciones que reúnen organizaciones dedicadas a proporcionar tratamiento: la Asociación Chilena de Comunidades Terapéuticas (ASCHCT) y la Asociación de Comunidades Terapéuticas Evangélicas de Chile (ACTECH). En conjunto, ambas reúnen a cerca de 70 entidades, aunque se estima que existen muchas más.

B. Programas de asistencia de adictos

El sistema de asistencia de adictos en Chile se organiza en cuatro planes, dependiendo de las características, necesidades y el nivel de complejidad del problema de la persona que necesita ayuda. Estos planes son: primera respuesta, ambulatorio básico, ambulatorio intensivo y residencial (comunidades terapéuticas). En el Recuadro N°5 se describen estos programas, según la información que entrega Conace.

Recuadro N°5 Programas de asistencia de adictos según clasificación del Conace

- **Plan Primera Respuesta:** es la primera atención que un centro de salud entrega a una persona que consulta. Un equipo profesional evalúa su situación personal, familiar y social, por medio de sesiones con los miembros del grupo. Una vez realizado el diagnóstico, el equipo informa a la persona y su familia y evalúan en conjunto las posibilidades de tratamiento a las que puede acceder. Dura aproximadamente un mes.
- **Plan Ambulatorio Básico:** tratamiento que se ofrece a personas con abuso, consumo perjudicial o dependencia a drogas con compromiso biopsicosocial moderado (conservan un trabajo, viven en familia, etc.). Dura aproximadamente 6 meses, con una frecuencia de asistencia de 3 días por semana por 2 a 4 horas.
- **Plan Ambulatorio Intensivo:** tratamiento destinado a personas con diagnóstico de abuso o dependencia, con compromiso biopsicosocial moderado a severo. Duración estimada de 8 meses, con asistencia de 5 días por semana por 4 a 6 horas.
- **Plan Residencial en Comunidades Terapéuticas:** modalidad de tratamiento dirigida a personas con dependencia a drogas y compromiso biopsicosocial severo. Su duración estimada es de 10 meses y contempla la internación de la persona en un centro de tratamiento.

Fuente: Conace

Los programas de primera respuesta y ambulatorio básico son impartidos en su mayoría por los servicios de salud y son de carácter gratuito. En el caso de los programas ambulatorios intensivo y residencial, la oferta gratuita es limitada.

La modalidad de tratamiento en comunidades terapéuticas es una de las más utilizadas para atender los casos de mayor gravedad. Estas entidades pueden ser definidas como *“un lugar de acompañamiento, residencial y/o ambulatorio, en el que se promueve la reeducación y reinserción social de jóvenes adultos de ambos sexos con dificultades de vida, facilitando en ellos la construcción de un proyecto de vida y el logro de la autonomía sobre la base de valores pro-sociales”*¹⁹, aunque cabe destacar que, más allá de los muchos puntos que tienen en común, presentan varias diferencias en su forma de intervención y metas propuestas.

Estas comunidades surgen en Chile en la década de 1980, impulsadas principalmente por las iglesias Católica y Evangélica. A ellas se suma también el trabajo de voluntarios, ONG y corporaciones que crean las primeras comunidades terapéuticas. Las primeras nacen bajo la modalidad residencial, siendo las modalidades ambulatoria y vespertina posteriores.

El Hogar de Cristo es uno de los principales proveedores de programas de tratamiento en la modalidad de comunidades terapéuticas. Actualmente cuenta con cuatro comunidades residenciales y cinco ambulatorias. En conjunto, atienden a más de 900 personas²⁰, incluyendo niños, jóvenes y adultos, de ambos sexos. Los objetivos del programa son: (i) contribuir a la rehabilitación y recuperación de niños y jóvenes en situación de dependencia de drogas, (ii) evitar o disminuir en ellos conductas de riesgo y daño relacionadas con las drogas, (iii) evitar o disminuir sus problemas legales y conductas delictivas, (iv) mejorar su autoestima y salud mental, (v) contribuir a su inserción escolar y laboral, (vi) facilitar su reinserción familiar, y (vii) estimularlos en la elaboración y aplicación de un proyecto de vida sobre la base de valores cristianos. El modelo de intervención se basa en la existencia de voluntad y autonomía del sujeto para asumir su proceso de rehabilitación, por lo que los educadores sólo tienen un papel facilitador. La vida dentro de la comunidad está normada, y todos sus participantes deben respetar la estructura preestablecida. Las terapias propiamente tales son básicamente grupales. El proceso consta de cinco etapas: compromiso, sinceridad, responsabilidad, proyección y reinserción. Al final, el participante se desvincula progresivamente del espacio protegido de la comunidad y se integra en su entorno.

Una evaluación de las comunidades terapéuticas del Hogar de Cristo indicó que el 40% de los participantes logró una inserción total o suficiente, mientras el 60% se encontró en situación de no inserción o inserción insuficiente. Por inserción total se consideró la

¹⁹ Fuente: Hogar de Cristo. Ver: http://www.hogardecristo.com/hacemos/j_riego.htm

²⁰ A septiembre de 2003 se encontraban en tratamiento 924 personas.

abstinencia total, la ausencia de problemas legales y el no ingreso al sistema de justicia de adultos o menores en el año previo a la entrevista. La inserción suficiente reemplaza la abstinencia por el consumo no dependiente. Estos datos corresponden a una muestra de “participantes” y no de “egresados”, por cuanto incluye a quienes estuvieron un mínimo de una semana. Los resultados mejoran significativamente según el tiempo de permanencia en la comunidad. Con todo, la inserción no es enteramente atribuible al tratamiento, por cuanto en el grupo de comparación (elegibles para ingresar pero que no lo hicieron o estuvieron menos de una semana) hay 30% que está en situación de inserción total o suficiente al momento de la entrevista²¹.

C. Cobertura

La cobertura de las alternativas de tratamiento disponibles en la actualidad es difícil de estimar, ya que las instituciones no llevan registros comparables, y no existen estadísticas unificadas. En el caso de los pacientes atendidos por medio del sistema público de salud, desde el año pasado existen estadísticas sobre las personas que reciben atención por problemas de consumo abusivo de alcohol o drogas. Como se puede observar en el Cuadro N°5, al 31 de diciembre de 2002 se encontraban bajo control 7.838 pacientes. A esto deben sumarse las atenciones proporcionadas por centros de tratamiento privados (las cuales bordearían los 3.000 cupos al año).

Cuadro N°5 Atención de enfermedades de salud mental 2002, abuso de alcohol y drogas

	Existencia ¹	Nuevos ²	Abandonos ³
Bebedor problema	6.081	3.994	2.072
* Sin dependencia	1.433	1.001	266
* Con dependencia	4.648	2.993	1.806
Abuso y dependencia de drogas	1.757	2.037	585
Total	7.838	6.031	2.657

¹Existencia: Pacientes en control según patología específica al 31 de diciembre de 2002

²Nuevos: Pacientes que ingresan a control por primera vez durante el período

³Abandonos: Pacientes inasistentes por más de 1 año, habiéndose efectuado a lo menos tres intentos de rescate. Fuente: Ministerio de Salud, Departamento de Estadísticas e Información de Salud.

En opinión del presidente de la ASCHCT actualmente existen suficientes oportunidades de tratamiento para las personas que buscan ayuda. De hecho, las comunidades terapéuticas, en general, operan sin listas de espera. El verdadero problema estaría en la falta de motivación para buscar tratamiento por parte de las personas que presentan

²¹ Para más detalles ver: Egenau Paulo y Villatoro Pablo, “Evaluación de las comunidades terapéuticas”, Área de Riesgo Social del Hogar de Cristo, Agosto 2000.

consumo abusivo de sustancias. Según las estadísticas del Conace, de los aproximadamente 186.000 consumidores problemáticos, 35.000 manifiestan que desearían recibir algún tipo de asistencia.

Sí es claro que en los últimos años la disponibilidad de cupos para atención ha aumentado, hecho que se ve reflejado en el aumento de la cobertura del programa de apoyo al tratamiento y la rehabilitación Conace-FONASA. Como se observa en el Cuadro N°6, la compra de programas de tratamiento para personas con problemas asociados al consumo de sustancias ha aumentado significativamente.

Cuadro N°6		Cobertura convenio Conace-FONASA	
Año	Personas atendidas		Crecimiento anual
1999	311		
2000	565		82%
2001	1. 810		220%
2002	5. 389		198%
2003	6. 910*		28%

* hasta octubre de ese año

Fuente: Conace, Informe anual de actividades 2002 y 2003

Aun así, la visión oficial indica que la oferta de tratamiento es insuficiente para la demanda que existe en el país, ya que el Conace en su estrategia nacional reconoce que *“actualmente, el país no cuenta con acceso universal garantizado a programas de tratamiento y rehabilitación en el sistema de salud pública ni en el privado”*. Se estima que las principales carencias se encuentran en la capacidad de hospitalización y rehospitalización de pacientes con crisis de abstinencia²².

D. Asistencia para personas en conflicto con la justicia

La mayoría de los programas de tratamiento y rehabilitación disponibles en Chile en la actualidad está dirigida a la población general; no obstante, también existen algunos programas dirigidos a grupos específicos, como es el caso de los reclusos en centros carcelarios. Desde el año 1999, Gendarmería de Chile ha estado trabajando en la atención de los internos que presentan problemas de consumo de drogas, por medio de programas de rehabilitación dentro de recintos penitenciarios bajo la modalidad de comunidades terapéuticas. Cerca de 200 personas reciben tratamiento anualmente en las cárceles.

La primera comunidad terapéutica intrapenitenciaria que se creó en el país fue instaurada en la cárcel Colina I. En el Recuadro N°6 se describe este programa.

²² Fuente: Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, “Evaluación del subprograma de tratamiento y rehabilitación”, Resumen Ejecutivo, agosto 2001.

Recuadro N°6 Comunidad terapéutica intrapenitenciaria de Colina I

Creada en 1999, el objetivo de la comunidad terapéutica intrapenitenciaria de Colina I es brindar atención biopsicosocial a internos condenados con historia de abuso de alcohol o drogas, de modo de contribuir a la reinserción social de estos individuos. Funciona con un equipo multidisciplinario de profesionales (enfermeros, asistentes sociales, etc.) y su capacidad es de 20 beneficiarios. Participan reclusos que hayan delinquido motivados por el consumo de sustancias o bajo la influencia de ellas. Se excluyen los culpables de delitos sexuales y de tráfico de drogas.

Una evaluación publicada en mayo de 2002 (ver fuente) señaló que los participantes valoran positivamente la experiencia; que la Comunidad es un espacio privilegiado dentro de la cárcel para pensar y recapacitar, y que acrecienta el sentido de la responsabilidad. Vivir en comunidad les permite asumir de mejor manera los roles sociales convencionales, mejorar la relación con sus seres queridos, y proyectarse al futuro alejados del ámbito delictivo. Nada se menciona sobre el consumo de drogas propiamente tal.

Fuente: Silva Jara, Paula Andrea, "Evaluación de la comunidad terapéutica intrapenitenciaria del centro de cumplimiento penitenciario Colina I, a partir de la percepción social de los internos", Revista de Estudios Criminológicos y Penitenciarios, N°4, mayo 2002, Santiago, páginas 75 – 102

5. Política de control

Los objetivos que la estrategia nacional se propone en el ámbito del control son tres: impedir la distribución de drogas, evitar la producción dentro del país, y prevenir el lavado de dinero.

En las tareas necesarias para velar por el cumplimiento de estas metas, participan diversas instituciones gubernamentales. Entre las principales se encuentra el Servicio Nacional de Aduanas, encargado de controlar las fronteras del país, vigilando y fiscalizando el paso de mercancías por las costas, aeropuertos y pasos fronterizos (habilitados y no habilitados). Como institución fiscalizadora, una de sus labores es evitar el contrabando de especies, para lo cual cuenta con equipos y personal especializado en la detección de sustancias ilícitas. Sin embargo, debido a los continuos cambios en las técnicas utilizadas por los traficantes para internar sustancias ilegalmente, se considera necesario incentivar la constante adopción de nuevas tecnologías y el perfeccionamiento de unidades especializadas de investigación.

Por su parte, Carabineros de Chile y la Policía de Investigaciones trabajan en el desmantelamiento de organizaciones nacionales e internacionales de tráfico de estupefacientes y en el control de los puntos de tráfico de menor escala, que es una de sus principales tareas si se considera que el 90% de los procedimientos policiales relacionados con drogas corresponden a microtráfico²³.

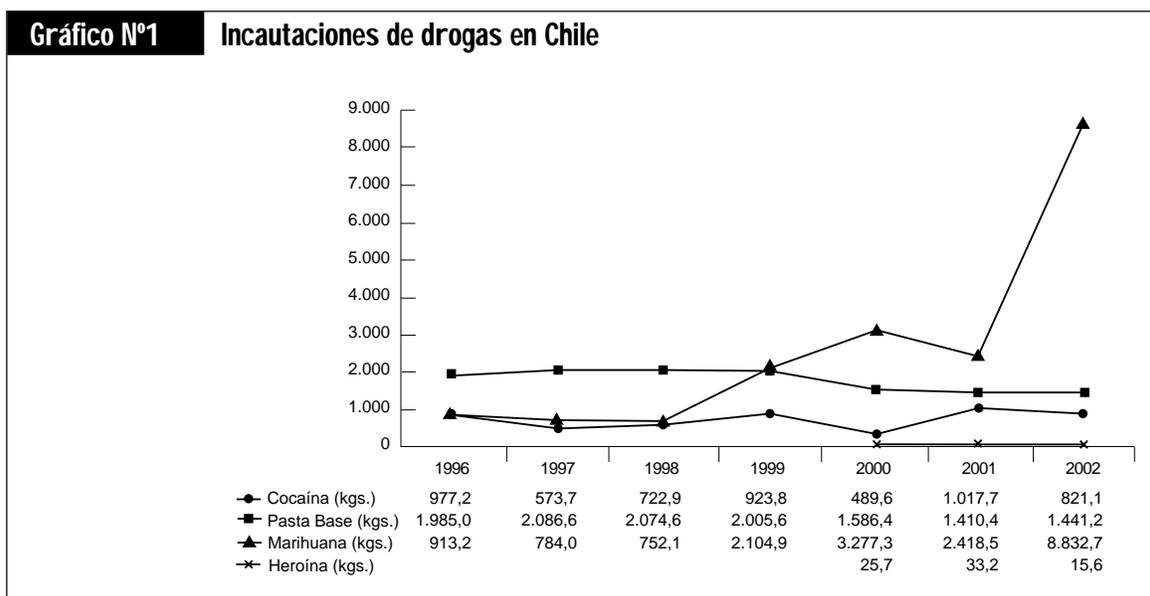
²³ Ministerio del Interior, División de Seguridad Ciudadana, "Informe Anual de Estadísticas Nacionales y Regionales sobre Narcotráfico Nacional y Microtráfico en el Gran Santiago, 2002".

Cabe destacar que en el país funcionan algunas iniciativas para promover la denuncia de tráfico de drogas de manera anónima. Una de ellas es el Centro Jurídico Antidrogas de la Corporación de Asistencia Judicial, que recibe denuncias telefónicas y se hace parte en las querrelas que resulten de las denuncias anónimas. Algo similar hace la “Oficina de Fiscalización contra el delito” que se creó en mayo de 2000 gracias a un convenio entre municipalidades. También reciben denuncias telefónicas de tráfico de drogas y otros delitos.

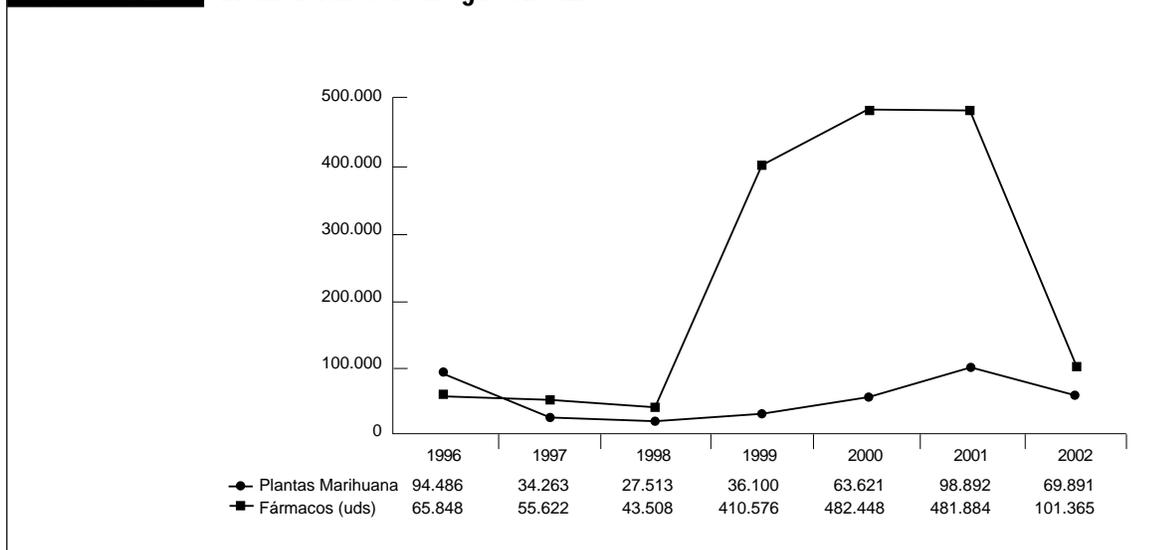
La política de control de drogas de un país se ve reflejada principalmente en cuatro tipos de indicadores: los decomisos, las cifras de detenidos por infracción a la Ley de Drogas, las penas impuestas en cada caso, y la proporción de la población carcelaria que se encuentra condenada por delitos vinculados a las drogas. A continuación se revisan esos antecedentes para el caso chileno.

A. Incautaciones de drogas

De acuerdo con las cifras proporcionadas por el Ministerio del Interior -que reúne los decomisos de Carabineros, Investigaciones y Aduanas- se observa que las incautaciones de cocaína y pasta base se mantienen relativamente estables, y que las de marihuana subieron fuertemente en 2002 (Gráfico N°1). En el caso de las drogas con mayores volúmenes fiscalizados (plantas de marihuana y fármacos) no se observa tendencia clara (Gráfico N°2).



Nota: Las incautaciones de heroína comenzaron a ser contabilizadas a partir del año 2000.
Fuente: Ministerio del Interior. División de Seguridad Ciudadana.

Gráfico N°2 Incautaciones de drogas en Chile

Fuente: Ministerio de Interior, División de Seguridad Ciudadana.

Al interpretar estos datos, es importante considerar que existen distintas explicaciones para un mismo fenómeno, dependiendo de la perspectiva de análisis. Una disminución en los volúmenes de drogas confiscadas no necesariamente supone que haya menos droga disponible en el mercado ilícito, ya que podría reflejar un aumento en la eficacia de los delincuentes para burlar la acción policial. Esta misma situación ocurre en el caso de los detenidos por delitos de drogas: un aumento puede ser considerado como algo positivo (policía más eficiente que aprehende mayor número de infractores), o como algo negativo (aumento en el número de personas que comete este tipo de delitos). La disponibilidad de drogas depende no sólo de los niveles de decomisos, sino también de los niveles de producción.

En relación con la distribución de los procedimientos policiales en materia de drogas en las distintas regiones del país, se presenta una acumulación de las operaciones en las regiones más pobladas. Así, las regiones metropolitana, V y VIII acumulan dos tercios de los procedimientos. Sin embargo, esta situación no se ve reflejada en forma directa en los volúmenes de drogas incautadas.

Como se presenta en el Cuadro N°7, la primera región, sin ser una de las más pobladas, acapara la mayor parte de las incautaciones de cocaína y pasta base. En el caso de la marihuana, los decomisos se concentran en el área metropolitana y en la V Región.

Cuadro N°7 Participación regional en incautaciones de las principales drogas, año 2002

	Cocaína	Pasta Base	Marihuana
I	45,0%	68,6%	4,1%
II	4,0%	9,3%	1,1%
III	0,0%	1,9%	0,1%
IV	0,4%	3,7%	1,1%
V	4,1%	0,5%	26,9%
VI	0,1%	0,1%	0,7%
VII	0,1%	0,0%	0,5%
VIII	0,2%	0,1%	0,3%
IX	0,1%	0,0%	0,2%
X	1,5%	0,0%	0,1%
XI	0,0%	0,0%	0,0%
XII	0,4%	0,0%	0,0%
RM	44,1%	15,9%	64,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

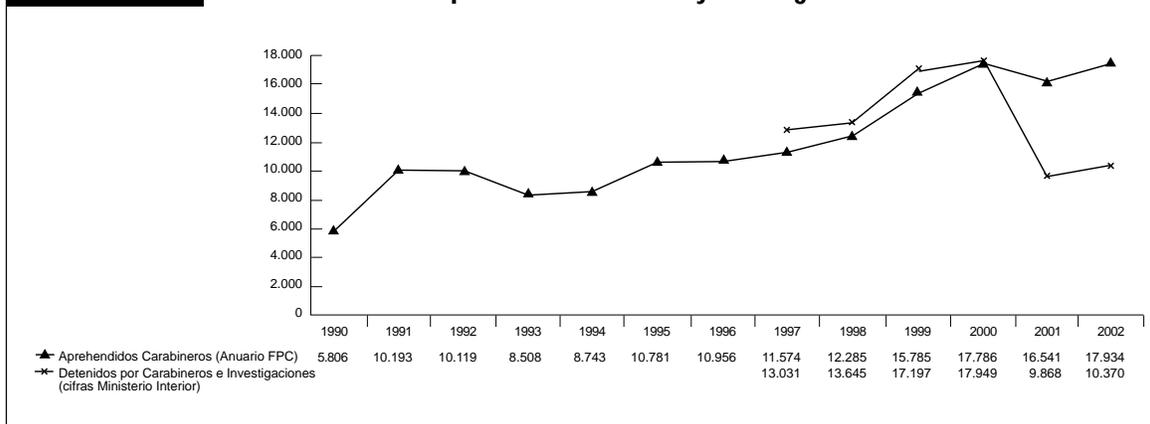
Fuente: Ministerio de Interior, División de Seguridad Ciudadana.

B. Detenidos por Ley de Drogas

Los detenidos por delitos relacionados con drogas representan una aproximación de la población que se encuentra involucrada en esta actividad ilícita.

De acuerdo con la información publicada por el Ministerio del Interior, este índice presentaba una tendencia alcista que se revirtió el año 2001. No obstante, de acuerdo con los datos de Carabineros, contenidos en el Anuarios de Estadísticas Criminales de la Fundación Paz Ciudadana, se presenta sólo una leve disminución para ese mismo año. El Gráfico N°3 presenta estos datos²⁴

Gráfico N°3 Evolución detenidos por infracción a la Ley de Drogas



Fuente: Anuario de Estadísticas Criminales, Fundación Paz Ciudadana. Ministerio del Interior, División de Seguridad Ciudadana (datos disponibles sólo a partir de 1997).

²⁴ Pendiente explicación del Ministerio del Interior explicando la diferencia de las cifras.

Del total de detenidos por infracción a la Ley de Drogas, la mayor parte se vincula con delitos asociados a la marihuana, situación que se fue acentuando a lo largo del tiempo, hasta que en el año 2000 representaban casi el 70% de los aprehendidos (Cuadro N°8). A partir de ese año, se comenzó a clasificar a los detenidos de acuerdo con el tipo de ofensa cometida. El Cuadro N°9 resume esta información, y en él se observa que las principales infracciones en el país corresponden al tráfico y al porte de drogas.

Cuadro N°8 Detenidos por Ley de Drogas según sustancia involucrada

	1997	1998	1999	2000
Cocaína y derivados	6.575	6.976	6.292	5.271
Marihuana	6.195	6.446	10.732	12.551
Fármacos	261	223	173	127
Total	13.031	13.645	17.197	17.949

Fuente: Ministerio del Interior, División de Seguridad Ciudadana

Cuadro N°9 Detenidos por Ley de Drogas según tipo de infracción

	2001		2002	
	n°	%	n°	%
Tráfico	4.055	44%	4.801	46%
Porte	2.825	31%	4.465	43%
Consumo	2.104	23%	844	8%
Cultivo	12	0%	165	2%
Elaboración	24	0%	1	0%
Orden aprehensión	170	2%	94	1%
No especifica	18	0%	0	0%
Total	9.208	100%	10.370	100%

Fuente: Ministerio del Interior, División de Seguridad Ciudadana

C. Penas aplicadas por tráfico y consumo de drogas

Según el “Estudio empírico de penas en Chile” que publicó la Fundación Paz Ciudadana el año 2001 a partir del análisis de sentencias condenatorias de 1997, el 81% de los condenados por tráfico de droga cumple una pena privativa de libertad, mientras que el 19% restante recibe una medida alternativa²⁵. Esta proporción es mayor que la correspondiente a los condenados por homicidios (68%), violaciones (70%) y robo con violencia (62%). La reclusión por tráfico de drogas generalmente es por 5 años y un día (68% de las penas de reclusión). Las penas impuestas son más bajas cuando la droga en

²⁵ Libertad vigilada: 4%, reclusión nocturna: 4%, remisión condicional de la pena: 11%.

cuestión es marihuana respecto de la pasta base o la cocaína, lo que supone que se hace uso de la facultad legal de rebajar la pena en grado cuando la droga no produce graves efectos tóxicos o daños considerables a la salud pública.

El consumo de drogas en Chile se castiga mayoritariamente con la combinación de una multa de 0,5 UTM y la suspensión de la licencia de conducir por uno o tres meses²⁶.

Interesa destacar que la actual legislación no establece la posesión como un delito en sí, por lo que son los tribunales quienes deben decidir si el porte de droga es para consumo personal o para tráfico y, según eso, castigarlo como uno u otro. Esta distinción se hace sobre la base de varios antecedentes, entre los cuales está la cantidad de droga en cuestión. El estudio mencionado calculó las cantidades promedio en los delitos de tráfico y consumo. También estableció un punto de corte sobre el cual, la mayoría de las causas son condenadas como tráfico. En el Cuadro N°10 se reproduce esta información.

Cuadro N°10		Cantidad promedio de droga en delito de tráfico y consumo, por tipo de droga		
	Consumo promedio	Punto de corte	Tráfico promedio	
Marihuana	9 gr.	25 gr.	450 gr.	
Pasta Base	7 gr.	25 gr.	2,3 kilos	
Cocaína	3 gr.	10 gr.	3,2 kilos	

Fuente: Estudio Empírico de Penas en Chile, Fundación Paz Ciudadana.

D. Población penal

El aumento en las denuncias y de las detenciones por delitos de drogas se ve reflejado en el número de internos en centros de cumplimiento penitenciario que se encuentra condenado por infracciones de esta naturaleza. Las cifras oficiales de Gendarmería indican que existe una tendencia al alza en el número de condenados reclusos por delitos correspondientes a la categoría de tráfico ilícito de estupefacientes. Entre 1993 y 2002, éste se multiplicó por 5, pasando desde 597 a 2.822. Destaca el aumento del año 1995: 150% respecto del año anterior. En términos relativos –como fracción del total de condenados reclusos- también hubo un salto significativo entre 1994 y 1995; luego se mantuvo en torno al 17% y 18% hasta 2000, y bajó los dos años siguientes. Así, la fracción de condenados reclusos por tráfico sobre el total de condenados reclusos fue de 14,5% para 2002, como promedio anual.

²⁶ Para mayores antecedentes consultar "Estudio Empírico de Penas en Chile", disponible en www.pazciudadana.cl

En el Cuadro N°11 se presentan estos datos, tomados del “Compendio estadístico de la población atendida por Gendarmería de Chile”.

	Evolución de los condenados reclusos: total y por tráfico de drogas (promedio anual)	
	Condenados reclusos (total) promedio anual	Condenados reclusos por tráfico de drogas Promedio anual %
1993	7.820	597 7,6%
1994	8.324	665 8,0%
1995	9.119	1.605 17,6%
1996	10.948	1.915 17,5%
1997	12.310	2.224 18,1%
1998	13.222	2.286 17,3%
1999	14.994	2.512 16,8%
2000	17.017	3.056 18,0%
2001	18.614	2.986 16,0%
2002	19.434	2.822 14,5%

Fuente: Compendio Estadístico de la población atendida por Gendarmería de Chile, 2001 y 2002

Es interesante separar esta estadística de acuerdo con el sexo del infractor, ya que la situación es muy distinta en el caso de los hombres y de las mujeres. Tomando el dato del año 2000²⁷, el 65,3% del total de mujeres condenadas reclusas está por tráfico, mientras que el 14,7% de los hombres está por el mismo motivo.

6. Aspectos internacionales

La estrategia nacional sobre drogas otorga un lugar destacado a la cooperación internacional en materia de control de oferta y demanda de estupefacientes. En este contexto, uno de los principios orientadores de la estrategia es el de la corresponsabilidad, que se propone un *“compromiso ético y político en orden a cooperar y tratar en conjunto problemas que atraviesan regiones y Estados, en un marco de respeto a la soberanía y la integridad territorial”*. Además, uno de los objetivos estratégicos nacionales se encuentra en este ámbito y consiste en *“impulsar la cooperación internacional con el fin de fortalecer las capacidades nacionales para enfrentar integralmente el problema de la droga, entendido como un problema globalizado y transnacional”*.

²⁷ Último año del que se dispone de la cifra desagregada según sexo. Fuente: Compendio estadístico de la población atendida por Gendarmería de Chile, año 2000.

La creación del Departamento de Control Internacional de Estupefacientes, en 1998, es una de las formas en que se refleja la preocupación del país por enfrentar el problema mundial de la droga. Este organismo, dependiente del Ministerio de Relaciones Exteriores, tiene como objetivo principal colaborar con el diseño y la ejecución de la política exterior de Chile en la materia. Específicamente, se encarga de coordinar las políticas definidas por el gobierno, promover las relaciones de cooperación bilaterales y multilaterales, y servir de nexo entre los organismos internacionales y las entidades nacionales, entre otras funciones.

Los principales organismos con los que esta organización se vincula en el ámbito nacional son el Conace, Carabineros de Chile, la Policía de Investigaciones, el Ministerio de Salud y el Ministerio Público. Por su parte, las principales entidades internacionales con que establece contacto son las Naciones Unidas, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) y la Organización de Estados Americanos.

Entre los acuerdos multilaterales sobre drogas vigentes en la actualidad destacan tres convenciones de las Naciones Unidas que constituyen el marco jurídico multilateral respecto de este tema y que han sido ratificadas por el país. Éstas son:

- Convención Única sobre Drogas Narcóticas de 1961
- Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971
- Convención contra el Tráfico Ilícito de Drogas Narcóticas y Sustancias Psicotrópicas de 1988 (también conocida como Convención de Viena).

Adicionalmente, existe una serie de compromisos adquiridos en el marco del XX Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de 1998, en los que el país se compromete a realizar mejoras legales, estratégicas y ejecutivas para enfrentar el fenómeno de las drogas desde una perspectiva nacional, regional y mundial por medio de la aplicación de políticas estables, coherentes, transparentes y equilibradas en lo referente a la producción tráfico y consumo de drogas.

Al mismo tiempo, existen acuerdos bilaterales complementarios, por medio de los cuales el país establece convenios en materia de drogas con distintos países, entre ellos Colombia, Uruguay, Estados Unidos y Sudáfrica.

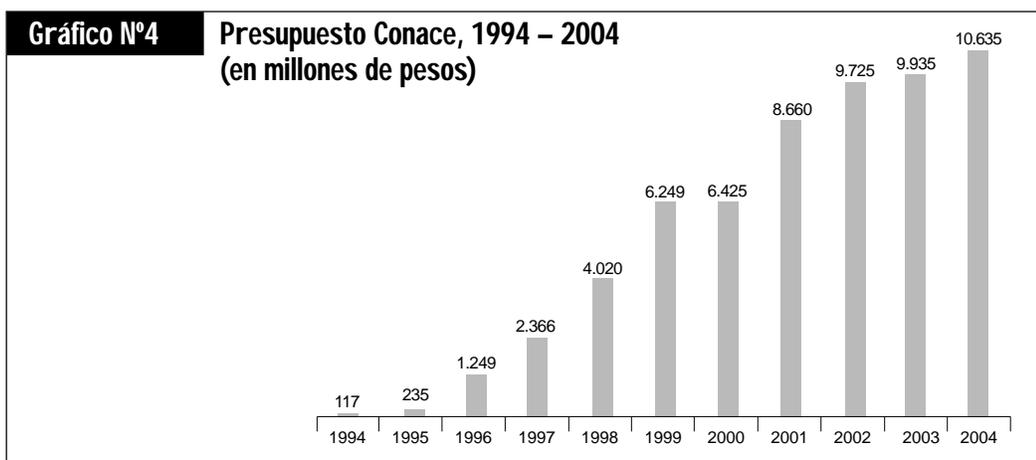
Para evaluar los resultados obtenidos en el ámbito de la cooperación internacional, se pretende utilizar como indicador el porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones de los organismos internacionales de los cuales el país forma parte. Una de las principales herramientas en esta materia es el Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM) desarrollado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), perteneciente a la Organización de Estados Americanos (OEA). Este mecanismo de evaluación consiste en un informe anual que es desarrollado por un Grupo de Expertos

Gubernamentales sobre la base de un documento resumen preparado por cada uno de los 34 países miembros. Aquí se analizan las estrategias nacionales sobre drogas, se detectan las fallas existentes y se proponen recomendaciones a seguir en distintas áreas, incluyendo fortalecimiento institucional, reducción de la oferta y la demanda, medidas de control (tráfico, armas de fuego, lavado de dinero), etc. En el caso de Chile, los evaluadores destacan la voluntad por superar sus debilidades, lo que refleja un alto compromiso del país con este proceso.

VI. PRESUPUESTO

No existen estadísticas agregadas que den cuenta del desembolso total que significa la aplicación de la estrategia nacional sobre drogas para el sector público, esto es, que sume la parte del presupuesto de cada una de las reparticiones participantes que se asocia a drogas²⁸, pero sí algunos datos que sirven como referencia.

El presupuesto de Conace se asigna anualmente por medio de la Ley de Presupuesto del Sector Público. Para el año 2004, dicho consejo recibirá 10.635 millones de pesos²⁹, monto superior al asignado el año anterior, y que mantiene la tendencia al alza que se ha registrado desde 1994, primer año de aplicación del plan nacional.



Fuente: Ley de Presupuesto del Sector Público

²⁸ Entre ellas: Ministerio de Educación, SENAME, Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones, Aduanas, Consejo de Defensa del Estado, Gendarmería de Chile, Ministerio de Salud, y Municipalidades.

²⁹ La participación de Conace dentro del presupuesto del Sector Público es inferior al 0,1%.

En el Cuadro N°12 se presenta el desglose del presupuesto de Conace para el año 2003, según el “Informe anual de actividades – 2003” de dicha entidad.

Cuadro N°12		Desglose del presupuesto Conace, 2003	
		%	
Programa Previene		20%	
Gestión regional		15%	
Proyectos de alto impacto y comunitarios		13%	
Materiales preventivos y de difusión		5%	
Evaluación y estudios		3%	
Administración y recursos humanos		8%	
Programas de prevención		16%	
Programa de tratamiento, convenio con Fonasa		20%	
Total		100%	

Fuente: Informe anual de actividades – 2003, Conace.

Otras reparticiones públicas también destinan recursos a la prevención y asistencia (como el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud, por ejemplo), por lo que los montos presentados no corresponden al gasto público total en dichas áreas, sino solamente lo desembolsado por el Conace. El gasto público en control corresponde a los recursos que destinan las agencias participantes –como Carabineros, Investigaciones y Aduanas- en esa tarea. Conace no destina fondos a esa función.

Por otra parte, el Instituto Libertad y Desarrollo realizó en 1998 un estudio llamado “El costo de la droga en Chile 1998”, cuyo propósito fue establecer cuánto cuesta a la sociedad chilena el consumo y tráfico de drogas, en actividades, programas y consecuencias. Para ello, se consideró el gasto monetario y no monetario³⁰, público y privado, y se obtuvo un valor total de 42.569 millones de pesos de ese año. El estudio señala que el valor real probablemente es mayor al estimado debido a la escasez de información publicada y a la imposibilidad de estimar todos los costos indirectos.

En el Cuadro N°13 se presenta la estimación, desagregada según las áreas de intervención y las muertes asociadas.

³⁰ Un ejemplo de costo no monetario es el asociado a las personas que mueren producto del consumo y del tráfico.

Cuadro N°13 El costo de la droga para Chile, 1998

ítem	monto (millones de pesos de 1998)	%
Costo de disuasión	13.723	32%
Costo de prevención	4.241	10%
Costos de rehabilitación	4.214	10%
Muertes	12.778	30%
Otros costos	7.604	18%
Total	42.560	100%

Fuente: "El costo de la droga en Chile 1998", Instituto Libertad y Desarrollo

El 85% de este monto corresponde al sector público, mientras que el 15% restante es soportado por los privados. En disuasión y prevención, el sector público representa más del 90% del valor total, mientras que en rehabilitación su participación es del 51%. Considerando que los costos totales de prevención y tratamiento son muy similares, lo anterior supone que el Gobierno destina más recursos a prevención que a rehabilitación, con una relación del orden de 2 a 1.

VII. RESULTADOS OBTENIDOS

La finalidad de la estrategia nacional sobre drogas es *“reducir el consumo y tráfico de drogas hacia 2008”* y, aunque en teoría tiene vigencia desde la publicación de la estrategia en 2003, ése ha sido el propósito de la política nacional en la materia desde mucho antes.

La finalidad se refiere a las drogas en general, aunque en las metas globales se precisa que los esfuerzos se concentrarán en la marihuana, la pasta base y la cocaína, que son las sustancias ilegales de mayor prevalencia de consumo en el país. En la represión del tráfico, por su parte, se considera el conjunto de drogas ilegales.

Para evaluar la reducción en el consumo existen dos encuestas bienales, una que cubre la población nacional entre 12 y 64 años y cuya primera medición corresponde al año 1994, y otra que estudia a la población escolar desde el año 1995.

Cuantificar los resultados en materia de reducción del tráfico es más difícil. Existen datos sobre incautaciones, detenidos y procesados que dan cuenta en parte del esfuerzo que hacen las agencias encargadas para reprimir el comercio ilícito³¹; pero esas cifras por sí solas no son suficientes para establecer si la disponibilidad de drogas en el país es hoy mayor o menor que antes, ya que la producción no es constante y, probablemente, se ajusta en función de lo que los traficantes estiman que será descubierto y eliminado. A modo de ejemplo, si las incautaciones aumentan en 10% pero la producción aumentó en 20% -dato del que no se dispone de estimaciones -, ese año hay más droga disponible.

³¹ Esto también es discutible ya que si hay más droga tratando de entrar al país habrán más decomisos, sin que ello signifique que las autoridades pertinentes están siendo más eficientes.

Ahora bien, para evaluar cabalmente la “Estrategia Nacional Sobre Drogas” se debería revisar cada uno de los indicadores asociados a los objetivos específicos y estratégicos. La principal dificultad para embarcarse en una tarea como esa es la magnitud y, adicionalmente, la ausencia de información pública en varios de ellos. En todo caso, las cuentas públicas periódicas que se anunciaron con motivo del lanzamiento de la estrategia debieran construirse sobre la base de lo avanzado en cada uno de estos indicadores.

En este capítulo sólo se analizan los resultados globales de la intervención en relación con su finalidad de reducir el consumo y tráfico de drogas ilegales. Así, se revisa la evolución del consumo, como indicador de la reducción de la demanda, y los cambios en la percepción de la facilidad de ingreso, como indicador de los resultados en materia de reducción de oferta.

1. Reducción del consumo

El Conace utiliza como principal indicador de consumo la prevalencia año, es decir, la fracción de personas que declara haber consumido al menos una vez durante el año previo a la encuesta³². Hasta la publicación de la nueva estrategia nacional no se había establecido ningún tipo de prioridad según tipo de droga, grupo étnico o socioeconómico, por lo que el indicador de resultado más utilizado era la prevalencia anual de consumo de las tres principales drogas ilegales (marihuana, cocaína y pasta base). Actualmente, en las metas globales se precisa que interesa en particular el consumo de marihuana en menores, el de cocaína en la población general, y el de pasta base en los jóvenes de nivel socioeconómico bajo. Se mantiene la preferencia por el indicador de prevalencia año.

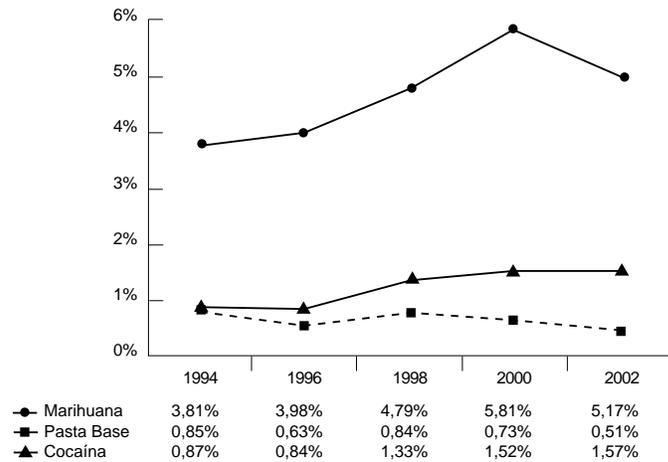
Por lo anterior, se revisa primero la evolución de la prevalencia año de consumo de las principales drogas ilegales en la población general entre 12 y 64 años (Gráfico N°5), para luego concentrarse en los segmentos definidos en las metas globales.

Consumo de las principales drogas ilegales en población general:

³² La preferencia es por sobre la prevalencia vida o mes.

Gráfico N°5

Evolución de la prevalencia anual de consumo de las principales drogas ilegales en la población entre 12 y 64 años, 1994 – 2002



Fuente: V Estudio nacional de drogas en la población general de Chile, 2002, Conace, abril 2003

Como se observa en el gráfico, hay diferencias entre la evolución del consumo de las tres principales drogas ilegales: para la marihuana, el consumo del año 2002 es menor que el correspondiente a la medición anterior (2000), aunque superior al primer número registrado (1994). El consumo de cocaína, por su parte, ha tendido al alza desde 1996 mientras que el de pasta base ha declinado, siendo hoy inferior al valor inicial de la serie.

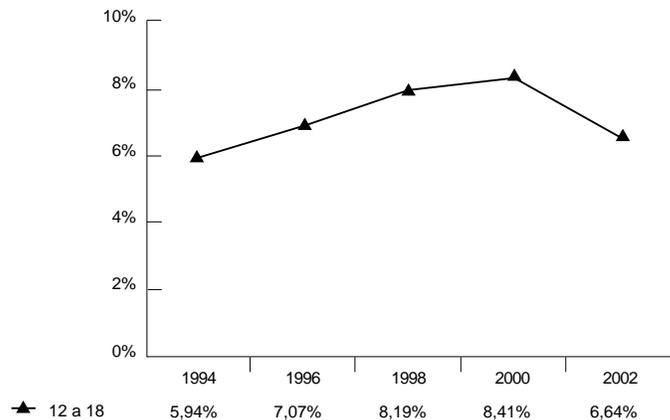
Las prevalencias mes registran una evolución similar a las prevalencias año aquí presentadas.

Primer meta global: disminuir la prevalencia anual del consumo de marihuana respecto del año 2002, en población menor de 18 años

El consumo de marihuana en menores de 18 años, según el indicador de prevalencia anual, muestra una considerable baja entre 2000 y 2002, luego de haber evolucionado al alza desde la primera medición (Ver Gráfico N°6).

Gráfico N°6

Evolución de la prevalencia anual de consumo de marihuana en menores de 12 a 18 años, 1994 – 2002



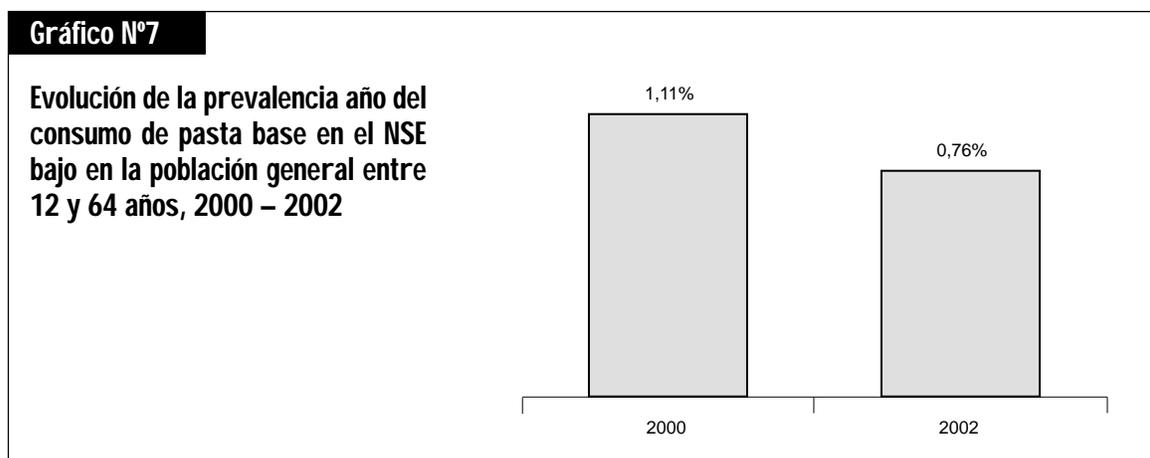
Fuente: V Estudio nacional de drogas en la población general de Chile, 2002, Conace, abril 2003

Segunda meta global: disminuir la prevalencia anual de consumo de cocaína respecto del año 2002, en población general

En relación con el consumo de cocaína, la meta se definió para la población general por lo que los datos relevantes corresponden a los del Gráfico N°5. Desde 1994 este dato ha aumentado sistemáticamente, aunque entre los dos últimos años el aumento es leve y no estadísticamente significativo.

Tercera meta global: disminuir la prevalencia anual de consumo de pasta base respecto del año 2002, en población joven de niveles socioeconómicos bajos

Por último, el consumo de pasta base por parte de jóvenes de nivel socioeconómico (NSE) bajo descendió entre 2000 y 2002, lo que se aprecia en la reducción de la prevalencia año de esa droga en jóvenes (de todos los NSE) y en NSE bajo (de todas las edades). Esto último, se muestra en el Gráfico N°7.



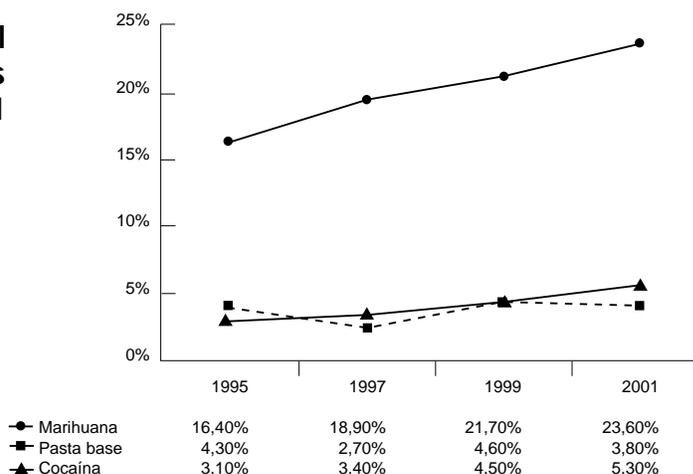
Fuente: V Estudio nacional de drogas en la población general de Chile, 2002, Conace, abril 2003

Consumo de las principales drogas ilegales en escolares:

El consumo de la población escolar, por su parte, también se mide periódicamente en el país, con encuestas bianuales desde el año 1995. Sin embargo, en la última medición (2001) se introdujeron cambios que, aunque aumentan la rigurosidad de la medición, limitan la posibilidad de analizar la tendencia entre encuestas. Por ello, sólo es posible comparar la prevalencia vida en el consumo de las principales drogas, que es lo que se presenta en el Gráfico N°8.

Gráfico N°8

Evolución de la prevalencia vida del consumo de las principales drogas ilegales en escolares³³, 1995 – 2001



Fuente: Estudio nacional de drogas en la población escolar de Chile, 2001, Conace, abril 2002

La fracción de escolares que ha probado marihuana y cocaína ha tendido a aumentar entre 1995 y 2001, mientras que los que han probado pasta base fueron menos en 2001 que en 1995.

2. Reducción del tráfico

En cuanto a la reducción del tráfico, las metas globales son: (i) disminuir la disponibilidad de drogas ilegales en el país, (ii) disminuir la producción de drogas, sean éstas naturales o sintéticas, y (iii) disminuir el uso ilícito y desvío de sustancias químicas esenciales.

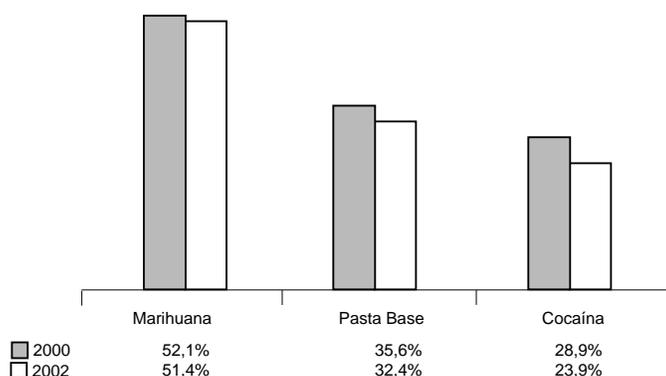
El único dato del que se dispone públicamente para analizar en qué medida la oferta de drogas ilegales ha variado en el país es el de percepción de facilidad de acceso, que ha sido incorporado en las dos últimas mediciones del “Estudio nacional de drogas en la población general de Chile”. Específicamente, se pregunta a los encuestados: “¿Cuán difícil le resultaría a usted conseguir alguna de las siguientes drogas?”. Las posibles respuestas son: le sería fácil, le sería difícil y, no podría conseguir. Esta pregunta es un indicador subjetivo del éxito de la política de represión del tráfico, y se espera que a mayor efectividad de la política de control, menor percepción de facilidad de acceso.

³³ Octavo básico, segundo y cuarto medio.

En los Gráficos N°9 y N°10 se presentan los resultados, el primero para el total de los entrevistados (entre 12 y 64 años), y el segundo sólo para los menores (entre 12 y 18). Los resultados indican que entre 2000 y 2002 se redujo la percepción de facilidad de acceso en las tres principales drogas ilegales del país, tanto en la población general como entre los menores. Según estos datos, la oferta de drogas se habría contraído en el bienio, o al menos, esa es la impresión de las personas.

Gráfico N°9

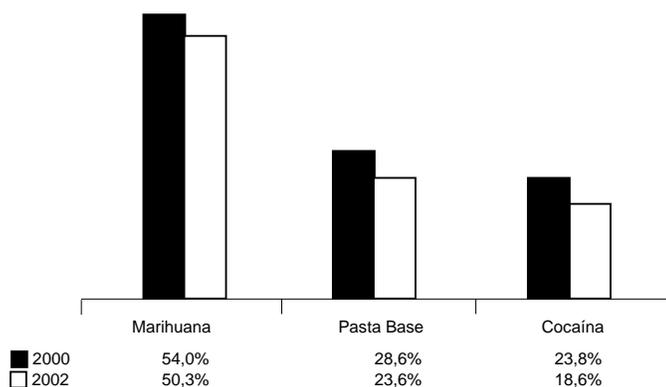
Evolución de la percepción de facilidad de acceso para conseguir drogas, en la población total (entre 12 y 64 años) Fracción de entrevistados que declara que le sería fácil conseguir la droga en cuestión



Fuente: V Estudio nacional de drogas en la población general de Chile, 2002, Conace

Gráfico N°10

Evolución de la percepción de facilidad de acceso para conseguir drogas, en menores (entre 12 y 18) Fracción de entrevistados que declara que le sería fácil conseguir la droga en cuestión



Fuente: V Estudio nacional de drogas en la población general de Chile, 2002, Conace

Destaca que la facilidad de acceso es considerablemente mayor para la marihuana que para la cocaína y la pasta base. Por otra parte, esta sustancia es más accesible para los menores en relación con la población general, y sucede lo contrario en el caso de la pasta base y la cocaína.

VIII. DESAFÍOS Y PROPUESTAS

La presente publicación describe y analiza la forma en que Chile ha abordado el problema de las drogas durante la última década, a partir de la revisión de la estrategia nacional, las políticas desarrolladas, los principales programas aplicados y los resultados obtenidos. Con ello, se pretende dar cuenta de la evolución que ha seguido el país en la materia e identificar las fortalezas y carencias del camino seguido.

Es preciso destacar que Chile ha avanzado durante la última década:

- **Institucionalidad:** desde 1990, el país cuenta con una instancia de exclusiva dedicación al tema de las drogas, el Conace. Su conformación como consejo presidido por el Ministerio del Interior e integrado por varios otros ministerios y reparticiones públicas favorece el tratamiento transversal del fenómeno y reconoce que el combate a las drogas cruza varios ámbitos del quehacer gubernamental. Muchos países tienen esquemas similares, en que la unidad ejecutora reporta a un consejo interministerial; varía el rango de dicha unidad: en algunos casos depende directamente de la Presidencia (ONDCP de Estados Unidos depende directamente de la Casa Blanca), mientras en otros lo hace de algún ministerio (Canadá del Ministerio de Salud, España del Ministerio del Interior).
- **Estrategia:** desde 1993 el país cuenta con un plan formal para enfrentar el fenómeno, el cual fue actualizado en 2003, dando origen a la Estrategia Nacional sobre Drogas que regirá entre ese año y 2008. Aunque la estrategia es perfectible, su sola existencia es un paso adelante y constituye una prueba de la importancia que se le asigna al tema. Otros problemas sociales, como la pobreza o la delincuencia, no cuentan con estrategias globales para abordarlos que sean conocidas públicamente.
- **Sistema de registro permanente:** en Chile se monitorea el nivel de consumo de drogas legales e ilegales en la población general y escolar cada dos años, desde 1994 y 1995, respectivamente. Esto constituye una posición ventajosa respecto de otros países más desarrollados (Holanda y

Canadá, por ejemplo, no cuentan con un sistema de registro permanente) y, respecto de otros problemas sociales dentro de Chile (la primera encuesta de victimización para medir delincuencia, por ejemplo, se realizó a fines de 2003).

- **Amplitud y cobertura:** progresivamente se han ido creando intervenciones en diversas áreas, llegando a variados grupos objetivos, incorporando distintos enfoques y modos de trabajo, etc. La cobertura de los programas también se ha ido incrementando fuertemente durante la década. En prevención escolar, por ejemplo, hay programas desde el nivel preescolar hasta cuarto medio, e intervenciones específicas para los alumnos de la educación superior; Conace está desarrollando una nueva línea de trabajo en marginalidad, para llegar a niños y jóvenes que están fuera del sistema escolar; recientemente se materializó en algunos planes piloto la prevención en el ámbito laboral, etc.

La presente investigación fue antecedida por la ya publicada “Políticas y programas de prevención y control de drogas en cinco países”, en la cual se revisan las estrategias desarrolladas en Estados Unidos, Países Bajos, España, Canadá y Reino Unido, y los resultados obtenidos. Una de las principales conclusiones de aquel estudio fue el reconocimiento de que ninguno de esos países cuenta con suficiente evidencia como para respaldar la efectividad de su enfoque en relación con la reducción del consumo, no habiendo ninguno logrado disminuir sostenidamente el uso de drogas ilegales. Con todo, fue posible identificar ciertos aspectos positivos de los diversos enfoques y ciertos programas específicos que sí han sido exitosos en uno o más países en que han sido aplicados.

Es sobre esta base –el estudio nacional y el análisis de la experiencia internacional- que se elabora el siguiente listado de desafíos y propuestas para perfeccionar la forma en que Chile está respondiendo al fenómeno de las drogas.

- **Perfeccionar la estrategia:** la Estrategia Nacional sobre Drogas 2003–2008 es un paso adelante en relación con el antiguo plan vigente desde 1993, pero es mejorable. Hacerlo es prioritario. Por ejemplo, se podría avanzar hacia la definición de metas cuantitativas, como lo hacen Estados Unidos y Reino Unido, que definen un porcentaje de reducción de determinada prevalencia, de determinada(s) droga(s), en cierto número de años. Lo anterior tiene múltiples ventajas, entre ellas, alinear la acción en todos los niveles (nacional, regional, comunal) y permitir la evaluación de la estrategia en términos objetivos.
- **Realizar cuentas públicas anuales:** cuando se lanzó la estrategia, se anunciaron cuentas públicas anuales, en que el país conocería el grado de avance en la materia. Países como Estados Unidos lo hacen regularmente y ello ha permitido tecnificar el debate, elevar el conocimiento público de los avances alcanzados, potenciar las políticas exitosas y enmendar el rumbo cuando no se han obtenido los resultados esperados. Los informes anuales de actividades del Conace son un avance en esa dirección, pero la cuenta pública debiera exponer también el plan de acción general del año que

finaliza, cuantificar el grado de cumplimiento de dicho plan y de avance en relación con las metas globales de la estrategia y, presentar el plan de acción para el próximo año. Lo anterior favorece el debate y da transparencia al quehacer público. Asimismo, la evaluación de los programas es vital. Desde hace algunos años, todos los programas del Conace deben ser evaluados, lo que es un gran paso. Medir el impacto y los resultados –y no sólo los procesos- es el desafío.

- **Mejorar la gestión:** para que la estrategia pueda ser exitosa, ella debe ser gestionada adecuadamente. Algunos actores señalaron que hay problemas de aplicación de ciertos programas. Por ejemplo: demoras en la distribución de material para programas de prevención escolar, diferencias en el criterio de asignación de cupos para tratamiento, etc.
- **Incluir drogas legales e ilegales en la misma estrategia:** el Reino Unido, España y Canadá incluyen explícitamente en sus estrategias sobre drogas las sustancias ilegales y legales, en el entendido de que la adicción y otros problemas relacionados se asocian tanto a las primeras como a las segundas, y reconociendo que su condición legal es algo cultural y factible de ser modificado en el tiempo. Es un hecho que el tabaco mata más personas que las drogas ilegales y, que el alcohol está presente con mucha frecuencia en delitos y accidentes. Por ello, prevenir y controlar su uso es, al menos, igualmente importante que hacerlo respecto de las sustancias ilegales. Abordar todas estas sustancias bajo la misma institución y estrategia genera economías de escala importantes (en estudios sobre consumo y programas de prevención, por ejemplo). Por eso, el Conace, a pesar de que sólo tiene atribuciones en relación con las drogas ilegales, incluye el tabaco y el alcohol en las intervenciones en que le es posible y poco costoso. Se sugiere analizar la pertinencia de ampliar su campo de acción en este sentido.
- **Avanzar en la descentralización:** el programa PREVIENE del Conace es un esfuerzo en materia de descentralización, pero sigue siendo un programa del nivel central. Se han detectado problemas en su aplicación que deben ser abordados. La intervención del nivel central en la selección del funcionario, la relación de éste con el resto del personal municipal, la duplicación de funciones entre PREVIENE y los comités de droga de las alcaldías, son algunos elementos a tener en consideración. En la experiencia internacional se observa que el nivel local ha ido adquiriendo progresivamente mayor preponderancia. Reino Unido es un ejemplo en este sentido. Los Equipos de Acción Antidroga (DAT, por su sigla en inglés) son la piedra angular de la ejecución de la estrategia británica. Cada DAT es responsable de adaptar los lineamientos generales a la circunstancias locales y definir las intervenciones más apropiadas a su sector. En ellos participan representantes de todos los sectores vinculados a las drogas, como las policías, los servicios de salud, los establecimientos educacionales y los voluntariados.
- **Inervenir el vínculo droga y delincuencia.** éste es un ámbito al que todos los países prestan especial atención. La estrategia británica sobre drogas, por ejemplo,

define como uno de sus cuatro objetivos claves la reducción de la criminalidad (disminución de la reincidencia entre los infractores que abusan de las drogas). Por lo mismo, en la experiencia internacional es posible encontrar variados programas de prevención, tratamiento y control dirigidos específicamente a la población en conflicto con la justicia. Por ejemplo, en España hay un fuerte trabajo de prevención dentro de las cárceles dirigido a primerizos y jóvenes; en todos los países estudiados, la cobertura y variedad de modalidades de tratamiento y asistencia de adictos dentro de las cárceles aumenta cada año, y en todos ellos hay mecanismos procesales-penales alternativos al procedimiento regular para atender a adictos que se involucran en la actividad delictual. Entre estos últimos destacan las Cortes de Droga, tribunales especializados en estos casos que han probado ser exitosos en varias partes del mundo. En Chile, falta mucho por avanzar en este ámbito. La cobertura y variedad de programas de tratamiento dentro de las cárceles es insuficientes, y para los condenados que cumplen su pena en el medio libre son aún más bajas; no hay procedimientos sistemáticos de diagnóstico de toda la población penal para determinar sus necesidades. Tampoco hay un procedimiento distinto para quien comete delitos para financiar el hábito, o bajo la influencia del alcohol y drogas. Los antecedentes, sin embargo, confirman que hay una fracción importante de delitos que se vinculan al abuso de sustancias (ver Recuadro N°7).

Recuadro N°7 Consumo de drogas y comisión de delitos

Los siguientes son algunos de los resultados del "Estudio acerca del consumo de alcohol y otras drogas en reclusos condenados por el delito de robo con violencia e intimidación", publicado por Conace en noviembre de 2002:

- *El 91% de los entrevistados ha consumido marihuana, cocaína o pasta base al menos una vez en la vida; el 60% era consumidor frecuente antes de ser recluso y el 23% era consumidor ocasional.*
- *El 13,8% de los encuestados declaró que su motivación para cometer el primer delito fue que necesitaba dinero para comprar droga.*
- *En relación con el primer delito cometido: 12,3% lo hizo bajo el efecto de alcohol y drogas, 12,4% sólo drogas y 13,6% sólo alcohol. El 59,9% no estaba bajo los efectos del alcohol ni de las drogas.*
- *En relación con el delito por el cual está condenado (robo con violencia e intimidación): 23,1% lo hizo bajo el efecto de alcohol y drogas, 15,8% sólo drogas y 17,9% sólo alcohol. El 41,5% no estaba bajo los efectos del alcohol ni de las drogas.*

Los resultados corresponden a los 1.026 hombres que conformaron la muestra. El universo consistió en los reclusos condenados por robo con violencia e intimidación entre 18 y 35 años de 8 centros penitenciarios del país (Iquique, Valparaíso, Concepción y Santiago).

- **Estadísticas y estudios.** El sistema de registros y los estudios sobre droga han mejorado considerablemente durante el último tiempo y son de buen nivel en comparación con los países de la región y varios más desarrollados. Con todo, persisten algunas áreas en que se detectan necesidades de información vital para orientar la acción en esos campos. Por ejemplo, no conocemos el nivel de consumo de drogas dentro de las cárceles y las necesidades de tratamiento de esa población. No conocemos el gasto público total en la estrategia sobre drogas (que es mayor que el presupuesto del Conace), lo que imposibilita hacer análisis de costo-beneficio. No tenemos estudios recientes sobre el costo que la droga impone a la sociedad chilena; el último es el que realizó el Instituto Libertad y Desarrollo en 1998. En todos estos casos, hay metodologías internacionales que podrían ser adaptadas. Que se hagan los estudios mencionados dependerá del convencimiento sobre la importancia y del apoyo de los servicios involucrados (Gendarmería, Carabineros, etc.).

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), Programa de prevención de alcohol y drogas, folletos explicativos.
2. Caleta Sur, “Reducción de daños”, *documentos de trabajo de Caleta Sur N°1*, Revista Erial N° 7, marzo de 2002.
3. Compendio estadístico de la población atendida por Gendarmería de Chile, 2001 y 2002.
4. Conace, “Estadísticas Usuarios Fonodrogas”, informe mes de mayo 2003.
5. Conace, “Estrategia nacional sobre drogas 2003 – 2008”, enero 2003.
6. Conace, “Evaluación de resultados del programa PREVIENE”, 2002.
7. Conace, “Evaluación del subprograma de prevención con organizaciones comunitarias, fondo Conace 1999”, 2001.
8. Conace, “Evaluación del subprograma de prevención con organizaciones intermediarias”, 2001.
9. Conace, “Informe anual de actividades” – 2002”, Santiago, marzo 2003.
10. Conace, “Informe anual de actividades” – 2003”, Santiago, enero de 2004.
11. Conace, “Términos de referencia evaluación de procesos y resultado programa Prevenir en Familia”, 2003.
12. Conace, Estudio Nacional de Drogas en la Población Escolar de Chile, abril 2002.
13. Conace, V Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile, 2002.
14. De Rementería, Iván; “El uso de drogas y su castigo penal en Chile”, en Cuadernos Judiciales N° 4, Drogas y Derecho Penal, Instituto de Estudios Judiciales, Enero 2001.
15. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud.
16. División de Seguridad Ciudadana, Ministerio del Interior, “Caracterización de las detenidas por infracción a la Ley de Droga 19. 366- año 2001”, *Serie Análisis* N° 3, junio 2002.
17. División de Seguridad Ciudadana, Ministerio del Interior, “Principales tendencias 2001–2002 en el tráfico de drogas en el nivel nacional y en el Gran Santiago”.

BIBLIOGRAFÍA

18. Egenau, Pablo y Villatoro, Pablo, “Evaluación de las comunidades terapéuticas”, Área de Riesgo Social, Hogar de Cristo, agosto 2000.
19. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, “Evaluación del subprograma de tratamiento y rehabilitación”, Resumen Ejecutivo, agosto 2001.
20. Fundación Paz Ciudadana, Anuario de estadísticas criminales.
21. Fundación Paz Ciudadana, Estudio empírico de penas en Chile.
22. Instituto Libertad y Desarrollo, “El costo de la droga en Chile 1998”
23. Ley de Presupuesto del Sector Público
24. Ley N° 19.366, que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.
25. Ministerio de Educación, Estadísticas de la Educación, año 2001.
26. Silva Jara, Paula Andrea, “Evaluación de la comunidad terapéutica intrapenitenciaria del centro de cumplimiento penitenciario Colina I, a partir de la percepción social de los internos”, *Revista de Estudios Criminológicos y Penitenciarios*, N° 4, mayo 2002, Santiago, páginas 75 – 102
27. Trucco, Marcelo et al. , “Detección de consumo de alcohol y drogas en accidentes graves del trabajo”, *Boletín Científico*, Asociación Chilena de Municipalidades; mayo 1999.
28. Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud, “Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría”, segunda edición, 2001.

Anexo N° 1

Objetivos estratégicos, objetivos específicos e indicadores de resultado de la "Estrategia nacional sobre drogas 2003 – 2008"

Ámbito	Objetivo Estratégico	Objetivo Específico (Ej.)	Indicador
Reducción de la demanda	Fortalecer y potenciar la capacidad de la familia como principal protector del consumo de drogas	Formar agentes preventivos para desarrollar programas de prevención dirigidos a familias	Porcentaje de aumento de agentes preventivos y especialistas
	Evitar y disminuir el consumo de drogas en niños y jóvenes de todas las instituciones educativas del país, en un proceso continuo y sistemático desde la Educación Parvularia hasta la Educación Superior	Detectar e intervenir tempranamente el consumo de drogas de jóvenes que asisten a establecimientos educacionales	Relación alumnos con problemas detectados/ alumnos intervenidos tempranamente
	Rehabilitar y reinserir socialmente a personas afectadas por el consumo de drogas ofreciendo oportunidades de tratamiento y rehabilitación	Mejorar la calidad de los planes de tratamiento ofrecidos por servicios de salud pública y centros privados de atención	Aumento del número de comunidades terapéuticas acreditadas y supervisadas
	Disminuir el consumo de drogas de personas que laboran en instituciones públicas y privadas	Aumentar el número de instituciones que cuentan con programas de prevención y tratamiento dirigidos a sus trabajadores	Disminución de prevalencias de accidentes asociados al uso de drogas en la población laboral
	Disminuir el consumo de drogas en las comunas mediante programas de prevención comunitaria	Formar agentes preventivos y especialistas para desarrollar programas de prevención dirigidos a las familias	Porcentaje de aumento de agentes preventivos
	Disminuir el consumo de drogas en grupos de riesgo y vulnerabilidad social	Insertar y reinserir socialmente a niños y a jóvenes de la calle y/o desertores del sistema escolar	Porcentaje de aumento de niños desertores que se insertan socialmente
	Aumentar la sensibilidad, el conocimiento y el compromiso de la comunidad nacional para abordar el tema del consumo y tráfico de drogas	Aumentar la información al público acerca del fenómeno del consumo y tráfico de drogas en el país	Porcentaje de aumento de consultantes a centros de información sobre drogas
Reducción de la oferta	Impedir la distribución de drogas al interior del país y evitar la utilización de nuestro territorio como una ruta de tránsito	Fortalecer la política de prevención, control y persecución del microtráfico	Porcentaje de aumento de personas procesadas y condenadas por microtráfico
	Impedir la producción de drogas, sean estas naturales o sintéticas, y evitar el desvío de sustancias químicas controladas para la elaboración de drogas ilícitas dentro y fuera del país	Fortalecer la fiscalización de la producción, importación, exportación, y comercialización de sustancias químicas controladas	Existencia de registro de empresas importadoras y exportadoras de sustancias
	Evitar la utilización del sistema económico y financiero para actividades de lavado de activos	Formación y capacitación de jueces, fiscales, policías y órganos reguladores sobre aspectos del lavado de activos	Porcentaje de aumento de otros actores capacitados
Desarrollo institucional y legal	Fortalecer la institucionalidad para el mayor cumplimiento de la estrategia y favorecer el accionar descentralizado de los organismos del Estado vinculados a la problemática de las drogas	Creación de un servicio público con facultades necesarias para coordinar y articular la Estrategia Nacional de Drogas	Existencia de este servicio público
	Actualizar permanentemente la legislación para enfrentar un fenómeno en constante transformación como lo es la problemática de la droga	Aprobar modificaciones a ley de drogas vigente para corregir aspectos relativos al microtráfico	Proyecto de ley aprobado
Internacional	Impulsar la cooperación multilateral y bilateral con el fin de fortalecer las capacidades nacionales para enfrentar integralmente el problema, entendido como un problema globalizado y transnacional	Suscribir y ratificar convenciones y acuerdos internacionales, regionales, bilaterales y multilaterales	Suscripción y ratificación de convenios

Anexo N° 2

Comunas que cuentan con programa Previene

Arica	Concepción	Independencia
Iquique	Coronel	La Cisterna
Pozo Almonte	Curanilahue	La Florida
Antofagasta	Chiguayante	La Granja
Calama	Chillán	La Pintana
Tocopilla	Los Angeles	La Reina
Caldera	Lota	Lampa
Copiapó	Penco	Lo Barnechea
Vallenar	San Carlos	Lo Espejo
Coquimbo	San Pedro de la Paz	Lo Prado
Illapel	Talcahuano	Macul
La Serena	Tomé	Maipú
Ovalle	Angol	Melipilla
La Calera	Pucón	Ñuñoa
Limache	Temuco	Pedro Aguirre Cerda
Los Andes	Villarrica	Peñaflor
Quilpué	Ancud	Peñalolén
Quillota	Osorno	Pudahuel
San Antonio	Puerto Montt	Puente Alto
San Felipe	Valdivia	Quilicura
Villa Alemana	Coyhaique	Quinta Normal
Valparaíso	Punta Arenas	Recoleta
Viña del Mar	Buín	Renca
Machalí	Cerrillos	San Bernardo
Rancagua	Cerro Navia	San Joaquín
San Fernando	Colina	San Miguel
Constitución	Conchalí	San Ramón
Curicó	El Bosque	Talagante
Linares	Estacion Central	
Talca	Huechuraba	

AGRADECIMIENTOS

La Fundación Paz Ciudadana agradece profundamente a las personas que, mediante entrevistas y otros medios entregaron inapreciables antecedentes para el presente estudio:

Lily Ariztía,
Coordinadora Pedagógica de la Sociedad de Instrucción Primaria;

Luis Castro,
Presidente de la Asociación Chilena de Comunidades Terapéuticas.

Teresa Izquierdo,
Jefa del Área Prevención del Conace

Sol Letelier,
Presidenta de la Comisión Drogas de la Asociación Chilena
de Municipalidades

Dr. Mariano Montenegro,
Jefe del Área de Tratamiento y Rehabilitación del Conace

Andrea Muñoz,
Asesora Jurídica en Control del Conace

Dr. Alfredo Pemjean,
Jefe del programa Alcohol, Tabaco y Drogas de la Unidad de
Salud Mental del Ministerio de Salud

Dra. Nancy Sepúlveda,
Directora Nacional del programa Prevención de Alcohol y Drogas de
la Asociación Chilena de Seguridad