

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

Informe final

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



Septiembre de 2014

CONTENIDO

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



ANEXOS

(A consultar en volumen aparte)

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



ÍNDICE DE ILUSTRACIONES, TABLAS, RECUADROS Y GRÁFICOS

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



SIGLAS Y ACRÓNIMOS

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



El programa SAVIA

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

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

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

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

Metodología

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

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

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



Conclusiones

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12. SAVIA ha permitido ‘explorar’ el nivel local

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

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

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

Recomendaciones

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

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

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

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

3. Intensificar el valor diferencial de la CICAD

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

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

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

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

5. Reforzar las posibilidades de obtener resultados sostenibles

6. Replantearse qué se puede hacer en formación

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

7. Ajustar específicamente los encuentros o seminarios internacionales

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

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

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

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

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

EXECUTIVE SUMMARY

The SAVIA program

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

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

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

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

Methodology

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

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

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

Conclusions

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

21. SAVIA has had an integral design but fragmented execution

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Recommendations

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

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

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

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

12. Intensify CICAD'S differential value

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

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

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

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

14. Reinforce opportunities for obtaining sustainable outcomes.

15. Reconsider what can be done in training

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

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

16. Specifically adapt international meetings and workshops

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

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

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

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

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

1. INTRODUCCIÓN. PRESENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN.

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

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

La estructura y contenidos de este documento son los siguientes:

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

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

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

2. SÍNTESIS METODOLÓGICA

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

2.1. Técnicas utilizadas

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

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

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

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

2.2. Limitaciones al alcance

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA SAVIA

3.1. El programa y los proyectos

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

Tabla 1. Proyectos que componen el Programa SAVIA

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

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

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

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

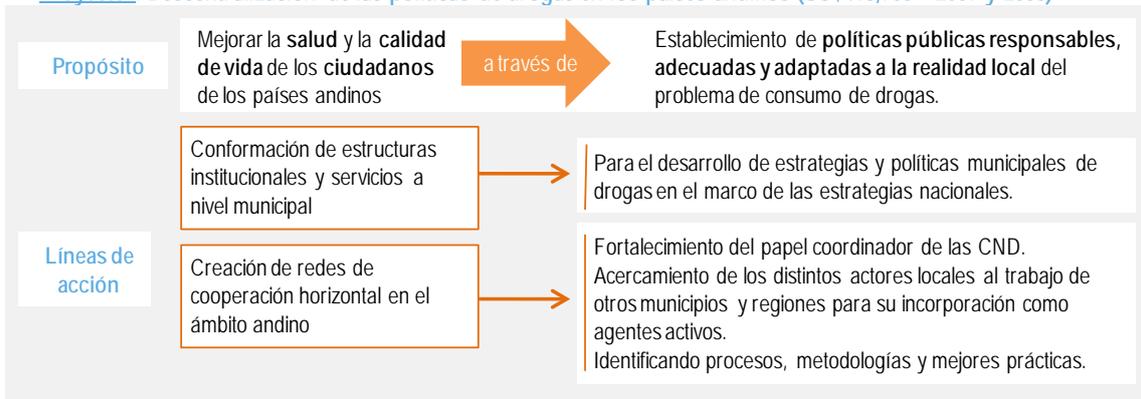
El Programa SAVIA se inicia con esta denominación en el marco del FEPO y se financia a través de recursos provenientes casi en su totalidad de él junto con la cofinanciación de las actuaciones por parte de las instituciones nacionales y locales. En el periodo comprendido entre 2006 y 2012 el Programa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

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

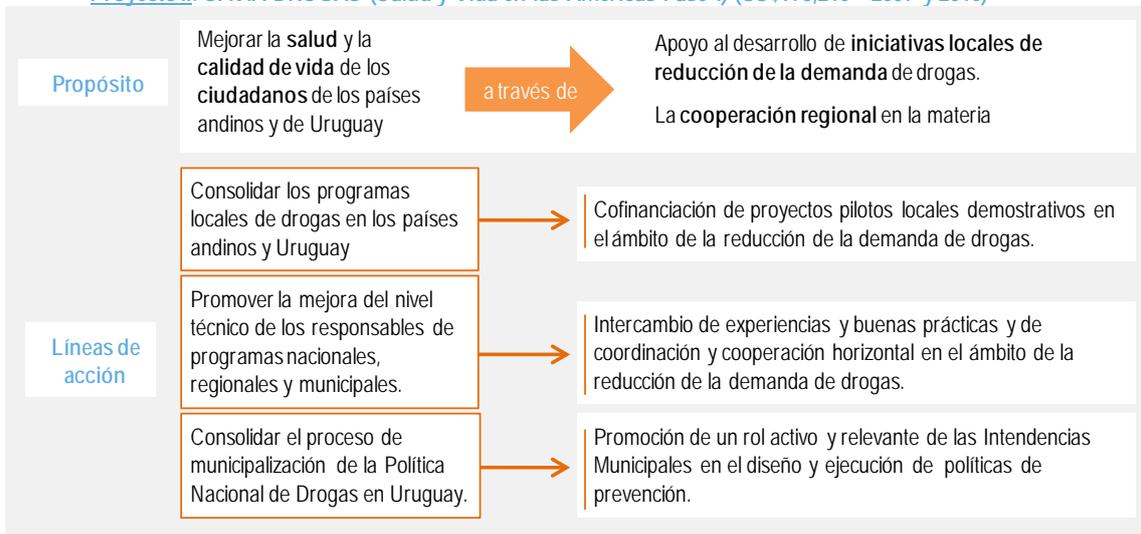
Para una mejor comprensión del objeto a evaluar, el equipo de evaluación ha integrado en algunos de los análisis también este cuarto proyecto, que constituye el antecedente directo de SAVIA.

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

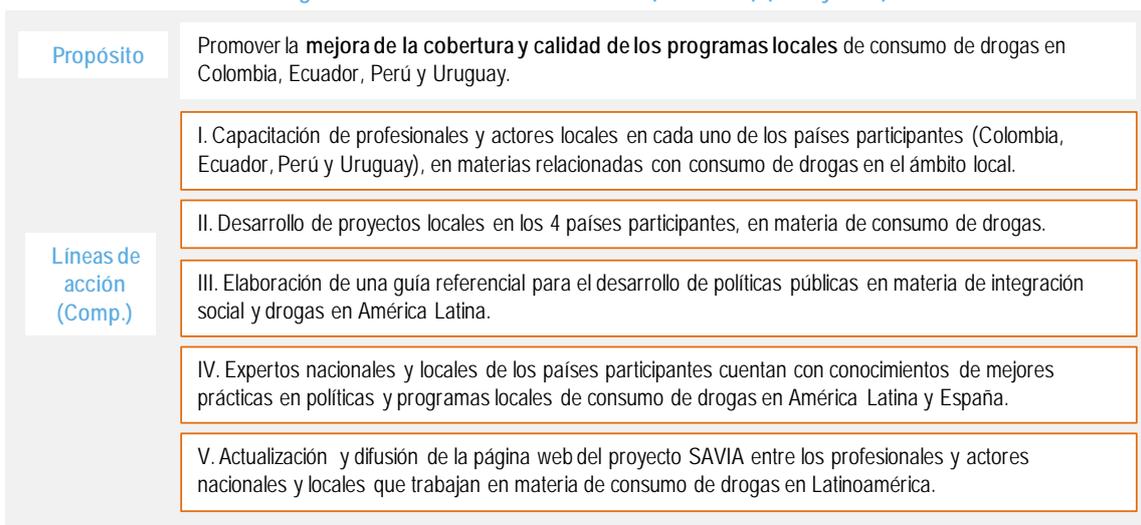
Proyecto I: Descentralización de las políticas de drogas en los países andinos (US\$418,705 - 2007 y 2008)



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



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



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

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

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

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

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

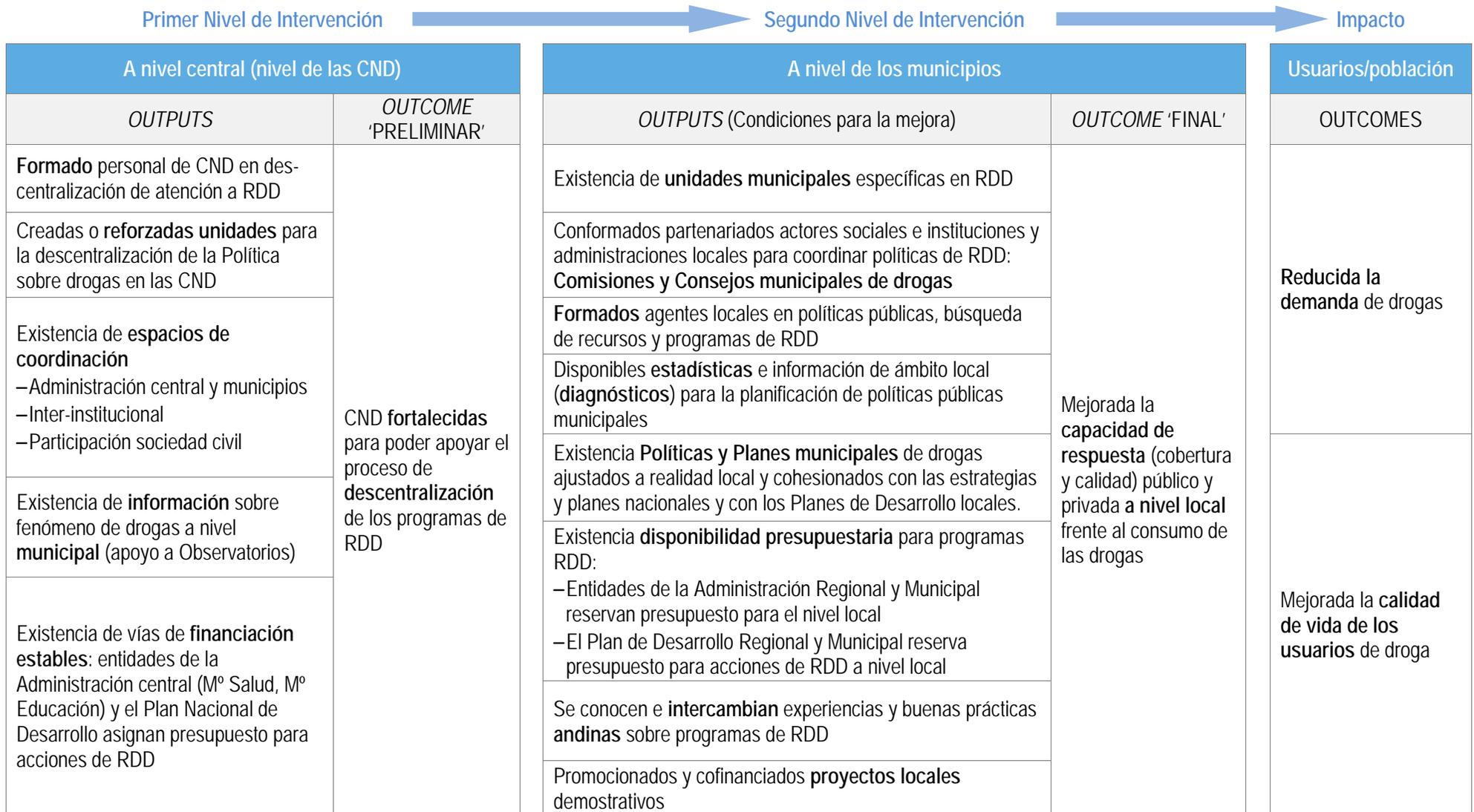
3.2. El modelo lógico del Programa

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

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

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

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



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

3.3. El alcance real del programa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN.

1.1. Dimensión: DISEÑO Y FORMULACIÓN (Pertinencia)

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

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

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

La alineación es también patente con el **Plan Hemisférico de Acción sobre Drogas (2011-2015)**, tanto en los aspectos relacionados con la RDD, como en los que se incluyen en el capítulo de Fortalecimiento Institucional y especialmente en lo relativo a su objetivo n°2, entre cuyas actuaciones se mencionan las posibilidades de apoyo al proceso de descentralización de estas políticas y, en concreto, la elaboración de diagnósticos situacionales de acción como sustento de las políticas de drogas o el diseño e implementación de planes de acción con la participación de todos los actores implicados, aspectos claramente incluidos en SAVIA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fuente. Análisis documental y entrevistas en terreno.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fuente. Análisis documental y entrevistas.

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

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

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

Fuente. Análisis documental y entrevistas.

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

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

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

1.2. Dimensión: DISEÑO Y FORMULACIÓN (Coherencia interna)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

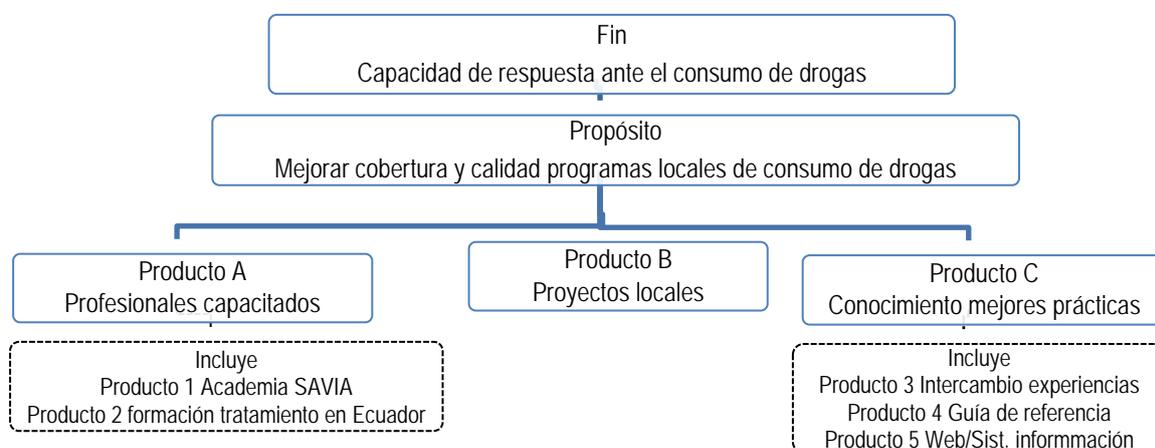
en tanto que el proyecto es el resultado de la **combinación de dos intervenciones** de distinto alcance y con finalidades distintas:

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

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

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

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



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

1.3.1. Calidad de la ejecución técnica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuadro de texto 2. Dificultades durante la ejecución

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

1.3.2. Calidad de la ejecución económico-financiera

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

Tabla 6. Aportaciones AECID al programa SAVIA

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

Fuente. Dossier documental facilitado por AECID.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fuente: MEM países 2007-2009

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

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

1.4. Dimensión RESULTADOS (EFICACIA)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fuente: Visitas a países

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

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

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

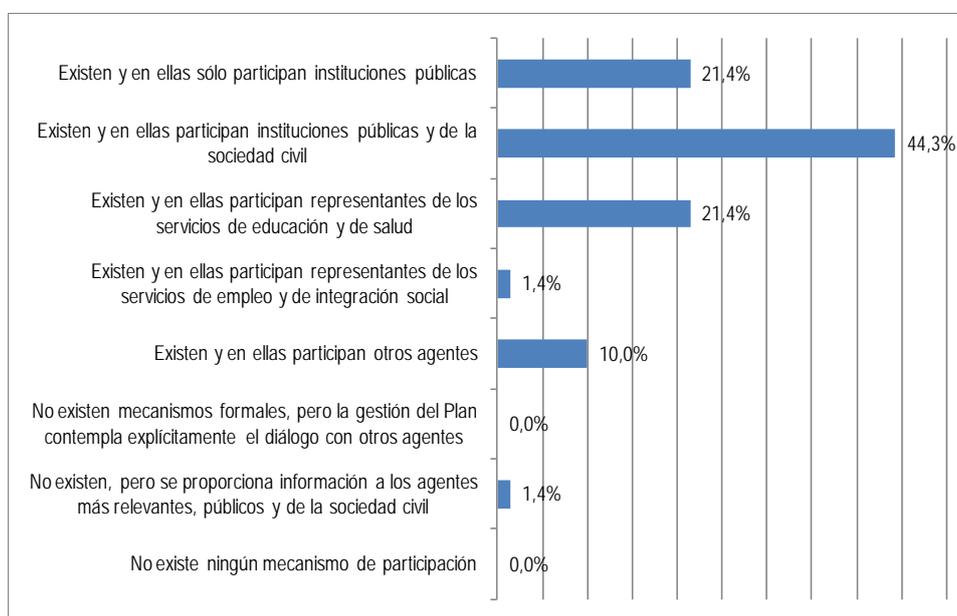
b) ¿SAVIA ha favorecido la creación y/o consolidación de estructuras locales de drogas?

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

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

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

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



Fuente: Encuesta a municipios

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

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

Colombia

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

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

Ecuador

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

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

Perú

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

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

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

Uruguay

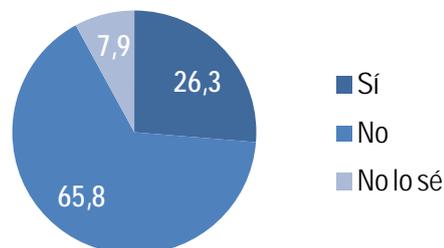
Las JDD ya existían con anterioridad, formalmente, pero no disponían de ningún tipo de recurso para poner en marcha su accionar. SAVIA aporta esos pequeños recursos iniciales que las transforma en estructuras reales y las hace visibles (*"las JDD eran como una nube que estaba en todos lados, pero no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

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

Fuente: Trabajo de campo

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

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



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

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

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

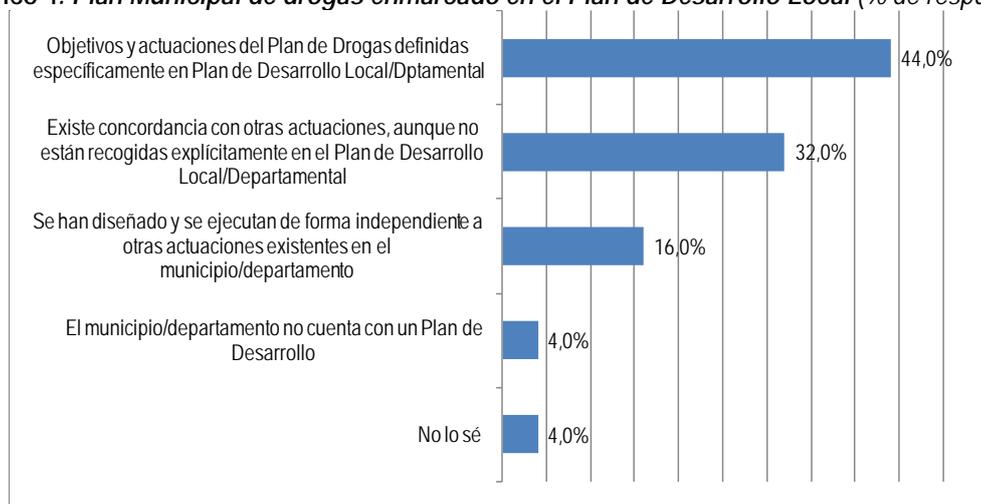


Fuente: Encuesta a municipios

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

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

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



Fuente: Encuesta a municipios

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

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

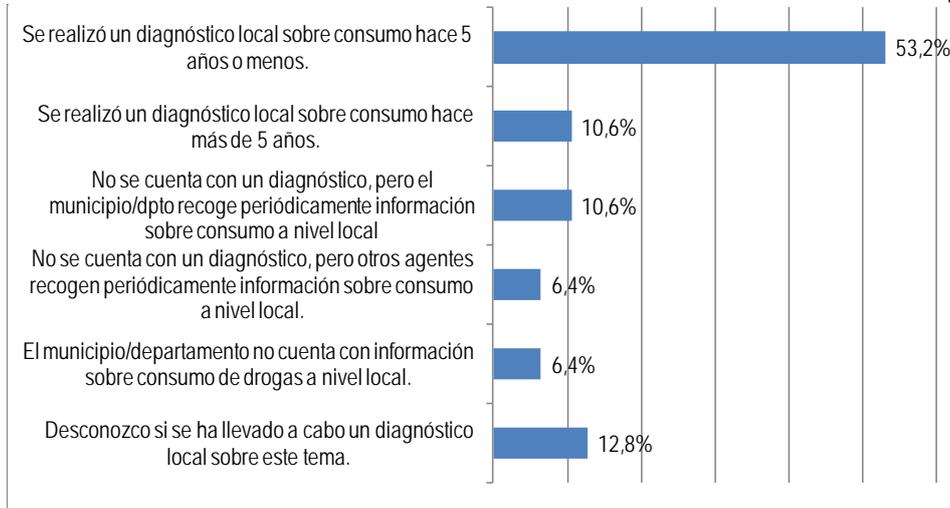
El análisis de la incidencia de SAVIA en la creación y consolidación de planes municipales de drogas pasa, en primer lugar, por conocer la base de información en la que se sustentan, lo que en el marco del Programa se concretó en la realización de diagnósticos locales que proporcionasen información sistematizada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

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

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

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

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

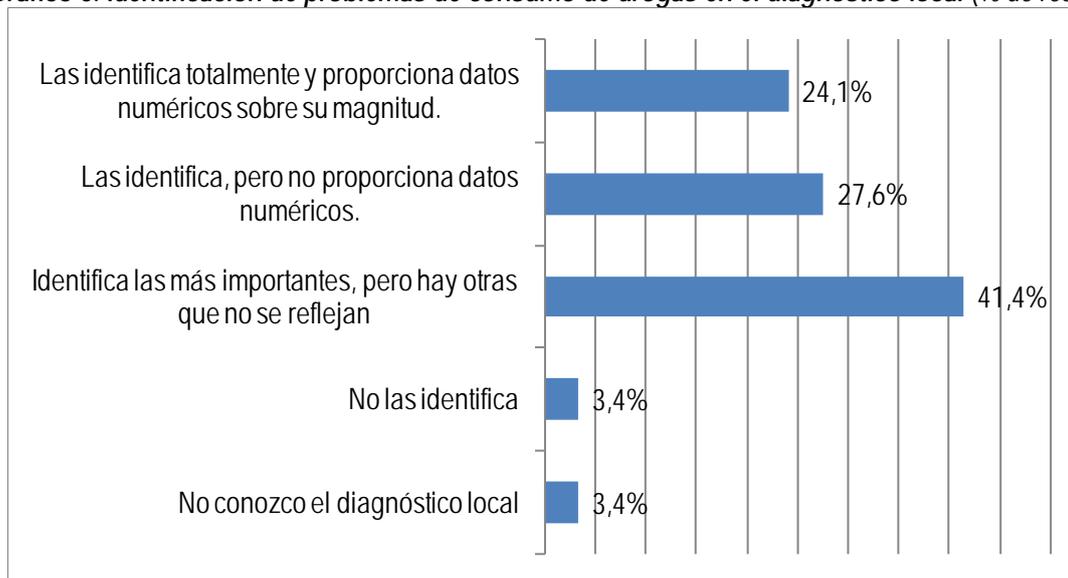


Fuente: Encuesta a municipios

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

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

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



Fuente: Encuesta a municipios

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

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

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

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

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

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

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

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

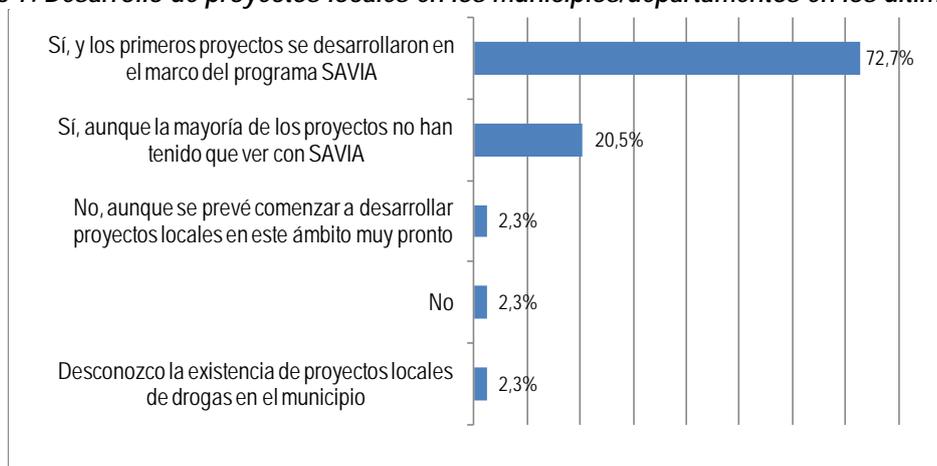
d) ¿Se logró consolidar los programas locales de drogas de los países participantes?

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

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

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

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



Fuente: Encuesta a municipios

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Fuente: Encuesta a participantes en formación y encuentros

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

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

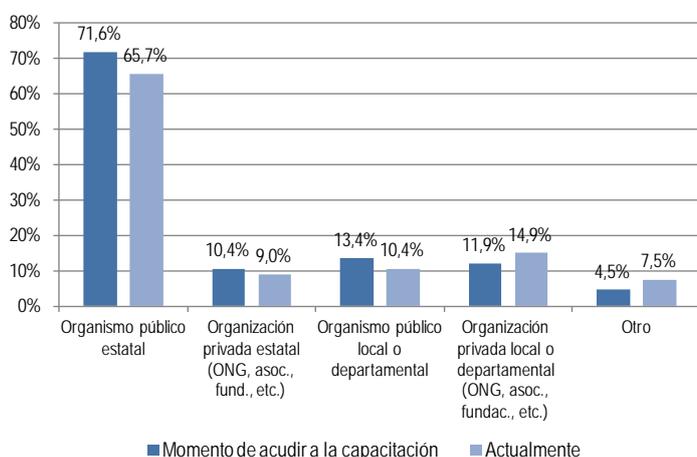
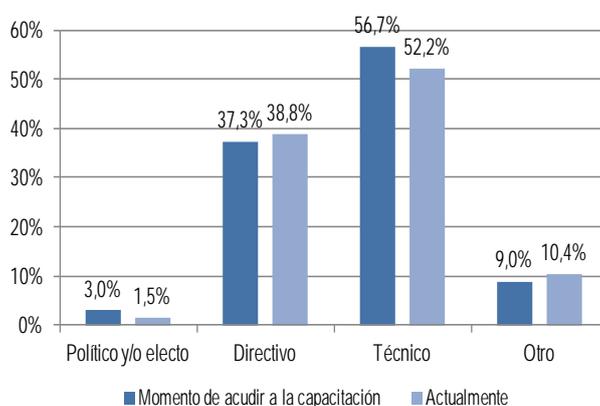


Gráfico 10. Puesto que desempeñan las personas participantes en formación (antes, después)



Fuente: Encuesta a participantes en formación y encuentros

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

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

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

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

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

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



Fuente: Encuesta a participantes en formación y encuentros

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

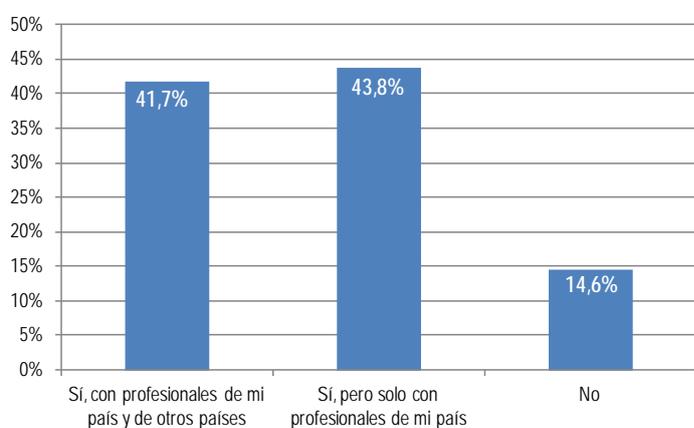
²⁰ Estos talleres o seminarios internacionales combinaban ponencias magistrales o temáticas, con la presentación de modelos o experiencias nacionales y, en algún caso, municipales. A este respecto, no es correcto calificarlas como experiencias exitosas o buenas prácticas por cuanto su éxito no ha sido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

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

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

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

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



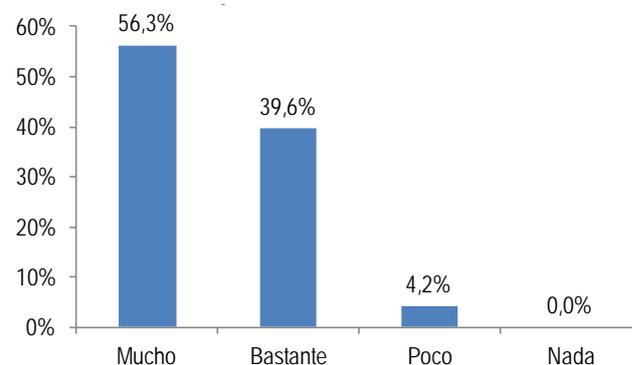
desarrollando en países del entorno con problemáticas más o menos similares.

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

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

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

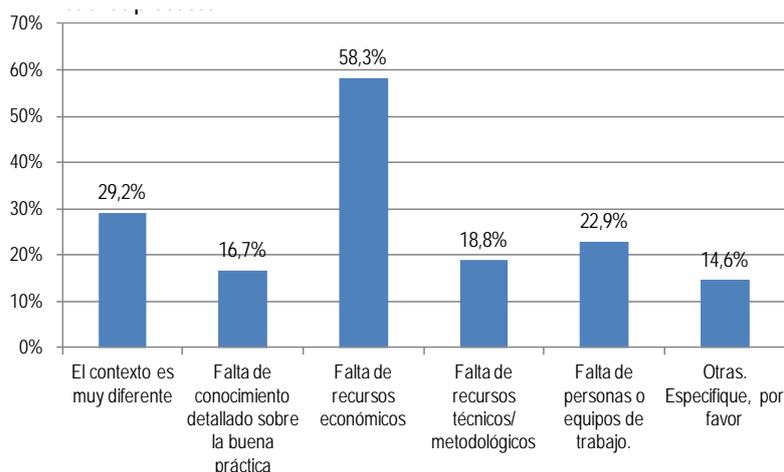
Gráfico 13. Prácticas transferibles al contexto de trabajo



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

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

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



Fuente: Encuesta a participantes en formación y encuentros

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

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

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

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

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

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

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

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

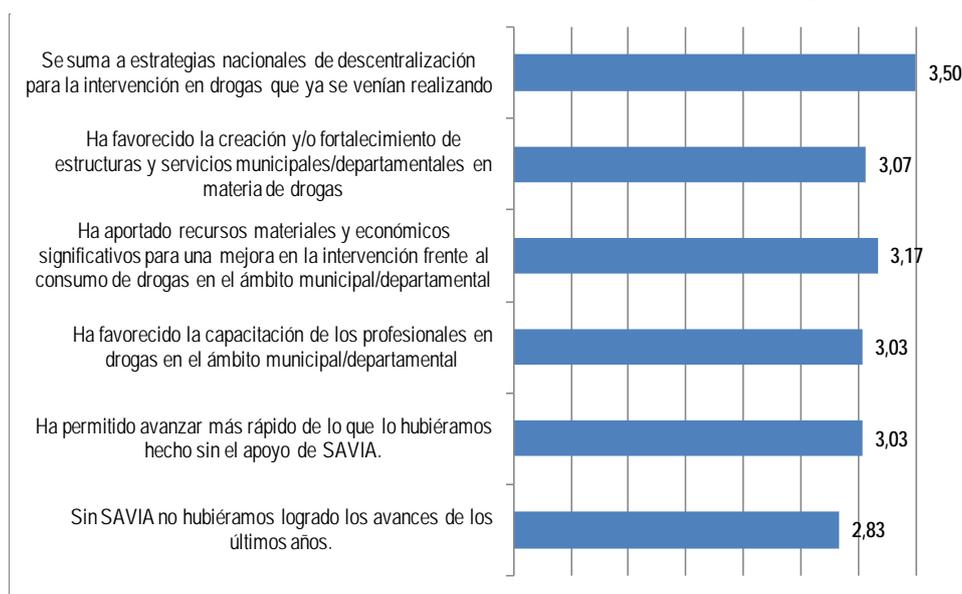
Una vez revisados estos aspectos²⁵ puede afirmarse que, aunque con muchas debilidades en algunos casos, **existen unas condiciones básicas de partida para seguir avanzando en los programas y proyectos de RDD, si bien la mejora de estas condiciones no está claramente relacionada con la existencia de SAVIA.**

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

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

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

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



Fuente: Encuesta a municipios

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

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

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

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

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

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

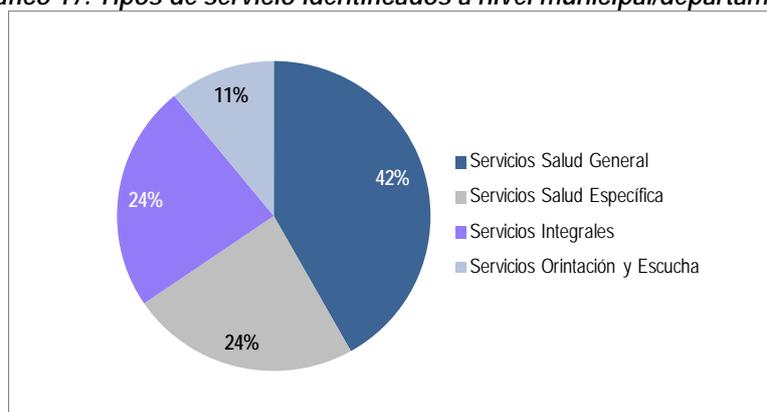
Para proseguir el análisis, el Gráfico 16 muestra los tipos de actuaciones a las que se refieren las respuestas obtenidas. Se ha consignado entre paréntesis las respuestas que no se han considerado servicios (con las siglas NS entre paréntesis). La respuesta mayoritaria se refiere a programas y, sobre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

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



Fuente: Encuesta a municipios

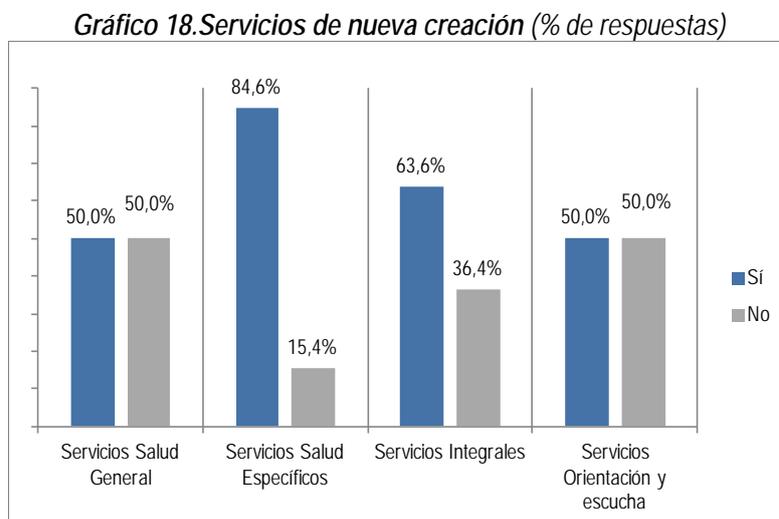
Gráfico 17. Tipos de servicio identificados a nivel municipal/departamental



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

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

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



Fuente: Encuesta a municipios

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

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

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

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

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

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

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

1.4.4. ¿Se han obtenido resultados no previstos?

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

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

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

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

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

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

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

1.5. Dimensión: RESULTADOS (Sostenibilidad)

1.5.1. Factores políticos e institucionales

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

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

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

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

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

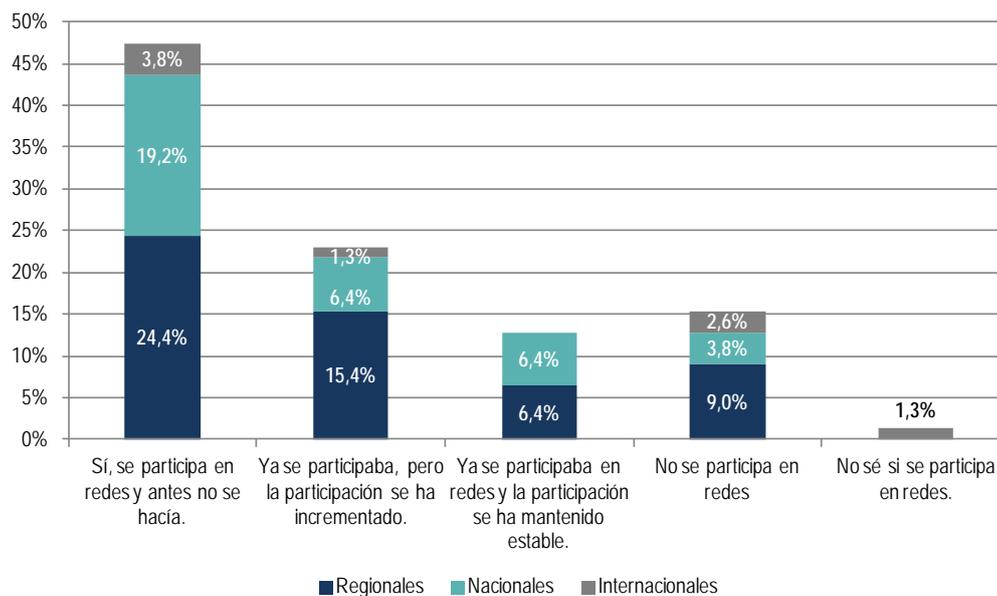
En todo caso, la tendencia hacia la descentralización seguirá vigente en los países, según los y las responsables consultados. Es un proceso en el que, además, participan otras agencias internacionales e instituciones y que se incardina en el compromiso estratégico de los planes de

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

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

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

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



Fuente: Encuesta a municipios

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.5.2. Factores económico-financieros para la sostenibilidad

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. CONCLUSIONES, LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

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

5.1.1. Conclusiones referidas al diseño

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.1.2. Conclusiones referidas a la ejecución

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.1.3. Conclusiones referidas a los resultados

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2. Recomendaciones.

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

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

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

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

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

a) Desde el punto de vista territorial

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

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

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

3) Intensificar el valor diferencial de la CICAD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5) Reforzar las posibilidades de obtener resultados sostenibles

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

6) Replantearse qué se puede hacer en formación.

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

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

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

7) Específicamente sobre los encuentros

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3. Lecciones aprendidas.

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

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

a) De carácter general

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

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

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

b) Acerca de la estrategia de apoyar proyectos municipales

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

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

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

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

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

e) Acerca de los seminarios internacionales

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