

PROPUESTA

**HACIA UN MODELO Y ESTRUCTURA BÁSICA DE TRIBUNAL DE
TRATAMIENTO DE DROGAS¹**

O

ALCOHOL²

Roberto Contreras Olivares
Ministro
Poder Judicial de Chile

¹ Este modelo se confeccionó a partir del documento presentado en la Primera Ronda de Talleres de Quito, Ecuador, celebrada entre el 10 al 12 de diciembre de 2014. Asimismo, consideró los insumos que se aportaron para la confección de un Ante Proyecto de Ley de los Tribunales de Tratamiento de Drogas en Chile y en que participan las principales instituciones del sistema de justicia chileno. Y fue revisado por el magistrado Alberto Amiot Rodríguez, actualmente adscrito a la Comisión Interamericana para Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD-OEA).

² También puede ser aplicada como política pública al tratamiento de la adicción al alcohol. Es una decisión que deben tomar los países que adopten el Programa TTD.

I. CONSIDERACIONES GENERALES:

En el diseño de un modelo o programa de Tribunal de Tratamiento de Drogas (TTD) es preciso tener en consideración que si bien las políticas y métodos de implementación de los TTD varían de un lugar a otro, hay ciertos elementos centrales aplicables al modelo que son prácticamente universales. A fines de los 90, estos elementos se recogieron en *Defining Drug Treatment Courts: The Key Components* (OJP/NADCP 1997). En la misma época, un grupo de trabajo internacional preparó un conjunto de 13 principios para tribunales de tratamiento de drogas coincidentes (Naciones Unidas 1999). Más recientemente, dos proyectos simultáneos han destacado aquellas políticas de tribunales de tratamiento de drogas particulares que se respaldan en pruebas: *Seven Program Design Features* (BJA/NIJ 2013) y *Adult Drug Treatment Court Best Practice Standards* (NADCP 2013).

Se constituyen como programas dentro de tribunales penales y tienen como sustrato teórico el concepto de justicia terapéutica, el cual se dirige a identificar y potenciar los aspectos de la ley que favorecen la rehabilitación y el cambio en los sujetos infractores asociados a un consumo problemático de drogas y/o alcohol, evitando la reincidencia.

En este sentido, los administradores de justicia no son los encargados de tratar directamente la drogo dependencia de las personas que delinquen, sino mas bien, este enfoque los impulsa a generar instancias de acercamiento del infractor a los programas que proporcionan este servicio terapéutico. Junto con ello, la acción del tribunal es supervisar el proceso de tratamiento, además de potenciar un trabajo coordinado con los intervinientes y entre éstos y los profesionales del ámbito de la salud y de los servicios comunitarios.

Ha de considerarse que el programa de los TTD combina la idea de que el comportamiento criminal y la drogodependencia relacionada con aquel pueden ser reducidos a través de un tratamiento comunitario con la convicción que sólo con una supervisión judicial intensiva es probable que los participantes continúen comprometidos con el tratamiento el tiempo suficiente como para obtener beneficios. Los principales beneficiarios del modelo de tribunales de tratamiento de drogas son aquellos infractores dependientes de drogas ó alcohol que, de otro modo, se someterían al sistema penal tradicional y afrontarían penas de prisión por

los delitos (delitos contra la propiedad, por ejemplo), pero cuya dependencia de las drogas es la razón subyacente por la que cometieron el delito.

Investigaciones de larga data confirman que el tratamiento puede reducir el delito y el consumo de drogas cuando los participantes permanecen en el programa al menos por 90 días y preferentemente hasta un año (Anglin, Brecht y Maddahian, 1989; DeLeon, 1988; Taxman, 1998; Taxman, Kubu, y Destefano, 1999). Sin embargo, las tasas de permanencia en el tratamiento suelen ser pobres, más del 75% de aquellos que inician un tratamiento no judicial abandonan antes de los 90 días.

El modelo del programa de tribunal de tratamiento de drogas supone que la supervisión judicial puede incentivar a los participantes a permanecer por períodos más extensos. Estudios anteriores confirman que la presión legal, ya sea aplicada por los jueces u otros agentes de justicia penal, pueden incrementar las tasas de permanencia en el tratamiento. Los tribunales de tratamiento de drogas en los Estados Unidos parecieran promediar tasas de permanencia en un año relativamente altas de un 60%, lo que representa una amplia mejora por sobre los programas "habituales".

Los tribunales de tratamiento de drogas supervisan judicialmente los casos a través de diversos mecanismos. Una vez que los participantes son aceptados, previo cumplir con los criterios de elegibilidad legal y sanitaria, luego son también evaluados clínicamente para comprobar la dependencia de las drogas y deben asistir a audiencias judiciales regulares, a menudo semanales o quincenales al inicio de su incorporación, ante un juez especialmente asignado. En estas audiencias –luego de reuniones internas de información y focalización de estrategias con los intervinientes (fiscal y defensor) y el equipo clínico- el juez interactúa a través del diálogo y la motivación con cada participante, establece sanciones provisionales en respuesta a incumplimientos y otorga reconocimientos, certificados de regalo u otros incentivos tangibles en respuesta a los avances. Los participantes son sometidos también a pruebas regulares de drogas y, en la mayoría de los programas, deben reunirse con los administradores del caso o los agentes supervisores (por ejemplo en la libertad condicional), quienes hacen un seguimiento del cumplimiento y ayudan a los participantes con los problemas que pudieran tener. El programa se inserta normalmente en modalidades de solución alternativas de conflictos penales, como la libertad condicional (en Estados Unidos), la suspensión del proceso o prueba, o suspensión condicional del

procedimiento (Chile y México), u otras variadas y similares a estas.

También se usa como alternativa al cumplimiento efectivo de penas privativas de libertad, esto es en la fase de ejecución de la sanción.

Otra característica importante del modelo de tribunal de tratamiento de drogas es el alto nivel de colaboración cruzada del sistema de justicia y los profesionales de tratamiento. Con este modelo, distintos organismos e instituciones trabajan en forma conjunta con el único objetivo de ayudar a los participantes. Muchos tribunales de tratamiento de drogas realizan reuniones de personal semanales, en las que el juez, el fiscal, el abogado defensor, los administradores del caso, los agentes de libertad condicional y los proveedores de tratamiento debaten acerca del trabajo del participante y fijan recomendaciones sobre necesidades de tratamiento y respuestas judiciales. El juez es finalmente quién toma la decisión en el tribunal. El uso de estas reuniones llamadas de “pre audiencia” para facilitar decisiones de planificación del tratamiento y, a veces, para plantear puntos de vista opuestos, permiten flexibilizar el proceso adversarial tradicional durante la verdadera sesión del tribunal posterior. Al minimizar el proceso adversarial durante la sesión del tribunal (audiencia), el juez puede tener una interacción más directa, constructiva y motivadora con el participante.

I.1 Concepto, objetivos y estrategia de implementación del modelo TTD.

El objetivo general del programa de Tribunales de Tratamiento de adicciones es disminuir la reincidencia en los delitos cuya comisión tiene relación con el consumo problemático de drogas y/o alcohol, por medio de la rehabilitación a la población infractora. Así pretendemos intervenir sobre las causas subyacentes al delito, contribuyendo a la reducción de las tasas de delito, de la recaída del consumo de drogas y de la población penitenciaria (reincidencia). Su creación aborda el tratamiento de drogas para delincuentes drogodependientes y propicia opciones distintas al encarcelamiento.

Conceptualmente, es un régimen alternativo al encarcelamiento de delincuentes dependientes de drogas, bajo supervisión judicial, como contribución a la reducción del delito, del consumo reiterado y abuso de drogas y de la población carcelaria (reincidencia).

Los procesos judiciales que se articulan por estos días, enseña el profesor Mirjan Damaska³, no son ni adversariales o inquisitivos, sino que provienen desde la jerarquía del Estado o se estructuran en pos de los fines legítimos de la actividad jurisdiccional, paz social, seguridad jurídica, sana convivencia, bien común, en definitiva. Propugna Damaska que estos nuevos procesos se dividen en procesos jerárquicos o jerarquizados, y los procesos paritarios y coordinados. El programa de los TTD se incluye entre estos últimos procesos.

En esta fase inicial atendiendo a los diversos niveles de implementación de los TTD en Iberoamérica, nos centraremos en un trabajo de sensibilización y para proponer las bases necesarias en la constitución de un modelo básico descriptivo del programa de tribunales de tratamiento de drogas (TTD), mediante la facilitación de formación especializada para los profesionales relevantes y el establecimiento de proyectos piloto con el fin de evaluar la viabilidad de los TTD en los distintos países. Sin perjuicio, se entregarán también elementos para perfeccionar el modelo en aquellos países que ya cuentan con TTD. Ello sobre la base de las buenas prácticas detectadas.

Creemos que se deberían fortalecer las capacidades de la administración de justicia, debidamente asesorada por expertos profesionales en el área de salud, en términos que coadyuven a las decisiones políticas, procedimientos y ejecución de TTD a través de sesiones de formación, visitas de estudio, con el fin de obtener un mejor entendimiento de las buenas prácticas existentes. A la vez, entregar asistencia proporcionando las políticas y herramientas técnicas más avanzadas que permitan racionalizar y decidir cuáles son las más adecuadas según su propio contexto.

Las etapas siguientes del modelo se basarán en los resultados de estas experiencias piloto tendientes a obtener prácticas confiables de monitoreo y de evaluación, el fortalecimiento de la institucionalización y la cooperación interagencial, así como la sostenibilidad financiera del sistema adoptado.

³ Reseña de “Las Caras de la Justicia y el Poder del Estado. Análisis comparado del proceso legal”. Artículo de Diego Palomo Velez. Revista *Ius et Praxis* de la Universidad de Talca en Chile, volumen 8, Nº 1, año 2002, paginas 637 a 642. Se refiere al libro del profesor croata de la Universidad de Yale en Estados Unidos, Mirjan Damaska.

La experiencia muestra la necesidad de implementar un acuerdo más o menos formal entre las instituciones que participan del TTD, donde se manifiesten los compromisos de cooperación que se asuman, sólo de modo genérico, y que sirva de respaldo a las diversas actividades que se emprendan⁴.

I.2 Objetivos Centrales de los TTD.

I.2.1 La misión es contribuir a la solución del conflicto subyacente al delito y restaurar el bienestar de la comunidad.

I.2.2 Potencia las salidas alternativas para resocializar y disminuye la reincidencia (componente de integración social).

I.2.3 Soluciona la baja adherencia en el cumplimiento de las medidas alternativas en sancionados y condenados, además de las dificultades del monitoreo de las mismas.

I.2.4 Disminuye la población carcelaria y hacinamiento, además de las altas tasas de reincidencia, victimización y denuncias. Descongestiona el sistema penal.

I.3 Componentes Claves. Están contruidos bajo la necesidad de buscar salidas distintas y que el derecho penal no ha podido solucionar:

I.3.1 Los tribunales de drogas integran los servicios de tratamiento para la dependencia de alcohol y otras drogas con el procesamiento de casos del sistema judicial.

I.3.2 Bajo un enfoque no adversarial (no controversial), el abogado defensor y el fiscal promueven la seguridad pública, protegiendo además los derechos correspondientes de los participantes de la acción judicial.

I.3.3 La constante educación interdisciplinaria promueve la planificación, la implementación y el funcionamiento eficaces de los tribunales de drogas.

I.3.4 Fomentar las relaciones entre los tribunales de drogas, los organismos públicos y las organizaciones comunitarias, genera respaldo a nivel local y mejora la eficacia de los programas de estos tribunales.

I.4 Aspectos legales.

En principio debería implementarse o fortalecerse la aplicación del programa mediante las vías legales tradicionales que proporcione el sistema normativo de

⁴ En Chile se llevó a efecto un Convenio Interinstitucional el 29 marzo de 2012 entre las siguientes instituciones: Ministerio de Justicia, Poder Judicial, Ministerio Público, Defensoría Penal Pública, Servicio Nacional de Menores, Gendarmería de Chile, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol y Fundación Paz Ciudadana. **Se adjunta como documento anexo 1.**

cada país. La experiencia muestra que cada nación ha utilizado herramientas legales diferentes, como la libertad condicional, la suspensión del proceso a prueba, la suspensión condicional del procedimiento, o mecanismos alternativos a las penas privativas de libertad.

En el documento anexo sobre diagnóstico y cuadro de aplicación de los TTD en los 23 países de la Cumbre, se observa esta variable utilización.

En una etapa posterior, sería conveniente establecer un marco normativo específico que regule los TTD y proporcione los insumos necesarios, vía en la que se encuentra actualmente Chile a través de la confección de un anteproyecto de ley que establece el Programa de los Tribunales de Tratamiento de Drogas y/o Alcohol, que se ha desarrollado en conjunto con los diferentes actores y estamentos involucrados y que se encuentra en vías de seguir el curso legislativo correspondiente.

I.5 Aspectos técnico operacionales.

El modelo debe contener elementos formativos, legales, sanitarios y el apoyo político interinstitucional, en términos de distinguir la importancia que tiene invertir en rehabilitación, más que en encarcelamiento y las consecuencias positivas que ello conlleva. El costo del encarcelamiento⁵ evidentemente es más alto que el financiamiento del programa TTD⁶.

⁵ Al igual que el resto del mundo, Chile presenta una considerable tendencia al alza en los gastos de inversión del sistema carcelario. Inversión que no ha podido superar los complejos índices de hacinamiento de la mayoría de los recintos penitenciarios del país. Además, se suma el nuevo sistema público-privado de cárceles concesionadas con una inversión inicial de más 280 millones de dólares sólo en construcción y equipamiento de 10 recintos. El promedio según Gendarmería de Chile respecto al valor de un interno es de \$450.101 pesos mensuales, es decir, USD 738.5 dólares (promedio entre concesionado y pública) para el año 2013. Fuente: Base de datos de Gendarmería de Chile y Ministerio de Justicia. Dólar calculado en \$ 610 pesos chilenos.

⁶ El costo de los TTD en Chile. Se considera el valor referido a relaciones humanas, puesto que los valores de instalación de los equipos están absorbidos en las instituciones que los acogen, y los del tratamiento están dentro del presupuesto anual que Senda tiene para la población general, no disponiendo entonces de cupos específicos que pudieran subutilizarse. Además, no se ha considerados otros montos tales como valor hora de jueces, fiscales y defensores, por cuanto la mayor carga de trabajo que este programa genera para ellos se está evaluando). No obstante, si hubiera que definir cifras, el costo de TTD es a lo más de un cuarto del requerido para el encarcelamiento de los imputados o condenados. Así el costo per cápita según prospección de 242 ingresados al programa en el año 2015 será de \$502.201 anuales, es decir USD 823 dólares; mensual de \$41.850 o sea USD 68.6 dólares. Haciendo una proyección para el año 2018 con 1598 imputados que ingresarán al programa, el costo per cápita sería de \$349.122 anuales, es decir de USD 572 dólares; mensualmente \$29.093 o sea USD 47.6 dólares. Fuente: Informe de Planificación del Programa TTD 2015-2017 del Ministerio de Justicia.

Como primera premisa la construcción del modelo debe estar centrada en entregar las pautas o directrices que permitan una adecuada administración del programa y que ello promueva la eficacia y eficiencia del mismo.

Conforme lo anterior es aconsejable incluir en dicho modelo *criterios de pertinencia y de sostenibilidad del programa*, tanto desde el contexto general como desde la particularidades del lugar donde se ha implementado. De la experiencia se podría extraer un meta-análisis que contenga una propuesta de sistematización más certera del modelo de TTD y los factores determinantes que propiciaron el éxito del mismo y precursores de un modelo mas avanzado.

Para cumplir con tales aspectos es necesario tener en consideración algunas normas internacionales que sustentan el programa de TTD y regular la adopción, su gradualidad y la sostenibilidad del mismo.

En atención a que se buscan resultados concretos con la adopción del modelo de TTD y una mejor disposición por parte de las autoridades de gobierno, al demostrar que es conveniente invertir en este modelo integrado de administración de justicia con apoyo del sector salud, se hace estrictamente necesario tener en consideración *los procesos de evaluación* que le interesa a las autoridades destacar y relevar, para en un futuro mediano y de largo plazo poder estructurar *evaluaciones de resultado y de impacto*, que den cuenta de aquellos aspectos que deben ser corregidos o mejorados.

En el ámbito de evaluación se deben tener en consideración, además, los principios y directrices de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos/Comité Ayuda al Desarrollo -OCDE/CAD- y de la Universidad Nacional Experimental de Guayana –UNEG-.

El modelo ha de hacer referencia a los recursos disponibles, y debe indicar los datos empíricos que se pretende levantar, la forma en que estos eventualmente serán recogidos (dependiendo del sistema integrado donde se consignen la base de datos, ojalá unificada) y al menos señalar la forma en que estos serán utilizados.

Para desarrollar este objetivo se debe determinar, al menos, la línea mínima para recoger y revisar la documentación contenida en la base de datos y las pretensiones que se pretenda a corto, mediano y largo plazo. Lo que se debe resguardar es que el muestreo ofrezca una representación razonable del espectro de experiencias del programa.

Chile actualmente cuenta con 29 TTDyA en todo el país. Desde el año 2004 es un referente a nivel internacional y ha marcado las pautas de corrección técnica de distintos procesos en la implementación de los TTDyA, por lo que es aconsejable contener en el modelo los factores de éxito del programa, ya que con ello se presenta una imagen completa del desempeño y afianzamiento del programa. Asimismo, definir que aspectos son relevantes para sus sostenibilidad y perdurabilidad en el futuro.

Se debe sugerir que todos los métodos de recolección de datos que se propongan han ser empleados con un enfoque de evaluación centrada en la utilización, enfatizando las lecciones aprendidas y las buenas prácticas, con el objeto de informar la programación y administración futura.

I.6 Aspectos judiciales y sanitarios.

Sería interesante que el modelo contenga la posibilidad técnica de protocolización de los aportes del equipo sanitario, para su comprensión en el resultado judicial. La premisa principal es destacar la importancia de mantener una línea de relación no adversarial, sobre todo en la reunión de “pre audiencia”, para fortalecer y favorecer el trabajo en equipo, ya que lo que se quiere es evitar con este esfuerzo común la repetición de la conducta adictiva y el pensamiento criminógeno.

I.6.1 Se debe tener presente los siguientes aspectos a definir:

a. Evaluación clínica: la forma en que el personal clínico realiza una evaluación integral antes del inicio de la participación en el programa, incluidas evaluaciones exhaustivas individuales de un psicólogo, un trabajador social y un psiquiatra en el centro de tratamiento designado.

b. Tratamiento de necesidades múltiples: Los psicólogos utilizan métodos cognitivo-conductuales probados para tratar las necesidades múltiples (generalmente incluyen la dependencia de sustancias y la ira y la agresión). El trabajador social trata las necesidades de empleo y vocacionales y compromete a familiares, de manera de promover una rehabilitación familiar segura y eficaz.

c. Audiencias de seguimiento judicial: En el programa se llevan a cabo audiencias judiciales frecuentes, en las que el juez demuestra un alto nivel de justicia procesal, lograda a través de la interacción razonable, respetuosa y comprometida, que invita a los participantes a reflexionar sobre sus experiencias. Se debe señalar sucintamente funciones del Juez, de los intervinientes (fiscal, defensor) y del equipo socio terapéutico en estas audiencias.

d. Colaboración: El modelo debe indicar el nivel de colaboración

profesional que se pretende, tanto entre los interesados y/o usuarios, como entre los miembros del equipo del tribunal de tratamiento (juez, abogados, duplas psicosociales y proveedores de tratamiento). Desde esta perspectiva se busca igualmente que los equipos jurídicos tengan las herramientas necesarias para situarse desde un nuevo rol en las audiencias, abandonando el cariz adversarial propio de todo litigio y transitando hacia una lógica de solución de conflictos basada en tratamiento del imputado y la búsqueda de una solución específica para su problemática mediante una integración multidisciplinaria con los servicios de tratamiento.

I.7 Población Meta y actores⁷.

En la propuesta no se hace mención a una población meta, sino que se indican de modo general a quienes se dirige el programa. Sin perjuicio que el programa de TTD aborda un problema real en los países participantes que lo han implementado. De hecho, de acuerdo a la experiencia internacional, según los informes más recientes, aproximadamente el 20% de los consumidores de drogas en el mundo son considerados problemáticos o drogodependientes. De acuerdo a estadísticas internacionales componen dicho grupo aproximadamente entre 25 y 38 millones de habitantes a nivel hemisférico. A la vez, cerca del 60% de los delitos en el mundo se cometen asociados al consumo de drogas y alcohol.

Mientras todavía sea difícil cuantificar la relación entre las drogas y la criminalidad, existen pruebas incuestionables que conectan los usuarios

⁷ La definición de la población meta precisa determinar el universo de usuarios concretos y probables que ingresarán al programa. En Chile con el anteproyecto de ley que actualmente se discute, se propone mejorar la herramienta legal de la suspensión condicional del procedimiento contenida en los artículos 237 y siguientes del Código Procesal Penal, permitiéndose incorporar aquellos casos de sujetos imputados sin condenas previas y donde el delito en cuestión no representa un atentado grave para la sociedad. Se amplían los requisitos para acceder a los Tribunales de Tratamiento de Drogas y/o Alcohol, fijando para estos casos la pena que pudiere imponerse al imputado, que no sea superior a la de presidio o reclusión menor en cualquiera de sus grados (hasta 5 años de privación de libertad). Otro de los ejes centrales de la moción es establecer la institución de la suspensión de la imposición de la pena, a condición de que el condenado se someta al programa de Tribunales de Tratamiento de Drogas y/o Alcohol. Esta suspensión de la imposición de la pena se asienta en una línea político-criminal según la cual la pena no debe cumplirse siempre si ésta no es indispensable desde el punto de vista de la prevención general ni tampoco desde la perspectiva de la prevención especial, pudiéndose renunciar a su ejecución. La razón de la suspensión de la imposición de la pena, es evitar los efectos perjudiciales que la condena puede tener para el condenado primerizo y reincidente en delitos contra la propiedad que presente un buen pronóstico de rehabilitación en el consumo de drogas y/o alcohol, ya que de cumplir exitosamente el tratamiento contra la dependencia, resultará además exento de anotación penal, lo que ayudará en su proceso de reinserción. No obstante lo anterior, se ha considerado apropiado contemplar un catálogo de delitos que resulten excluidos de aplicación de esta institución en el ámbito de la condena.

problemáticos de drogas con problemas de criminalidad y de seguridad.

Promover políticas y estrategias enfocadas en reducir el número de drogodependientes puede tener un impacto en las tasas de criminalidad. Aunque parezca obvio que no todos los usuarios de drogas son delincuentes, se ha comprobado que un gran número de personas que cometen delitos son toxicómanos o drogodependientes. Así, un programa que busca proporcionar tratamiento a esa parte de la población constituye una respuesta directa a este problema creciente. Eso es claramente coherente con la actual estrategia hemisférica de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas-Organización Estado de las Américas (CICAD-OEA) y de la cual forma parte la mayoría de los países de la Cumbre, como con la planificación en el tema de la adicción propuesta por cada gobierno.

I.8 Elementos relevantes del modelo.

Siguiendo esta línea de argumentación, y sin perjuicio de ser relevantes para la implementación de un modelo TTD los aspectos previamente mencionados, es menester que el modelo contuviera los siguientes aspectos de modo referencial:

I.8.1 Requisitos de graduación: El plazo mínimo para graduarse sería de 12 meses (que incluye recaídas y otros contratiempos), siendo lo ideal entre 15 y 18 meses. La tasa de graduación actual es cercana al 50%, que resulta comparable con el tribunal de tratamiento de drogas promedio de los Estados Unidos.

I.8.2 Capacitación: Uno de los ejes fundamentales para la difusión del modelo TTD dice relación con efectuar un programa de capacitación coordinado entre los distintos actores, tal forma de incrementar el conocimiento de los intervinientes jurídicos y sanitarios en los beneficios que significa para los usuarios ingresar a esta modalidad de intervención. El objetivo es ampliar el rango de conocimientos de cada uno de los profesionales del mundo jurídico hacia otras áreas relacionadas con la promoción de la rehabilitación, la temática de adiciones y el trabajo interdisciplinario. Incorporar además recursos técnicos que los posicionen como agentes con autoridad, capaces de escuchar al participante, empatizar con el beneficiario y promover su participación.

De la misma manera, se debe ampliar el rango de conocimientos de cada uno de los profesionales del mundo sanitario hacia otras áreas relacionadas con el derecho, que les permitan establecer vías de comunicación expeditas hacia el mundo jurídico, comprendiendo las necesidades y los intereses de cada cual.

Es vital para el modelo indicar de qué forma se van a formalizar los protocolos de capacitación para el nuevo personal y equipos que no ha recibido capacitación en la materia.

I.8.3 Evaluación y diagnóstico: Han de definirse los criterios de elegibilidad legal de un tribunal de tratamiento de drogas y los protocolos para la derivación de casos que determinan quiénes pueden participar. Muchos tribunales de tratamiento de drogas se basan en procedimientos de derivación de casos particulares de tipo formal, lo que hace que muchos infractores elegibles "no sean detectados" y no puedan ser objeto de evaluación (Rempel et al., 2003; Rossman et al., 2011). Las pruebas indican que los protocolos más sistemáticos, como que el personal de los tribunales de tratamiento de drogas identifique automáticamente a todos los infractores que cumplen con ciertos criterios legales, permite obtener más candidatos para los tribunales de tratamiento de drogas, aumentando la inscripción (Fritsche, 2010). Una vez que los casos son derivados, la mejor práctica estándar es llevar a cabo una evaluación de riesgo-necesidad. Más de 25 años de investigación sugieren que tal evaluación debería guiarse por los principios de Riesgo-Necesidad-Capacidad de Respuesta (RNR) de intervención de infractores (Andrews y Bonta, 2010).

Conforme lo expuesto se hace necesario considerar y distinguir en el tratamiento entre los distintos aspectos propuestos, como sigue:

a. *El Principio de Riesgo* consiste en que las intervenciones de tratamiento son más eficaces con los infractores de *alto riesgo*, es decir, con aquellos que están especialmente predispuestos a volver a delinquir. El Principio de Riesgo también implica que las intervenciones pueden tener efectos perjudiciales no intencionales con los infractores de bajo riesgo, por ejemplo al interferir con su capacidad para asistir a la escuela o al trabajo y al asignarlos a sesiones grupales junto con infractores de alto riesgo, que pueden ejercer una influencia negativa (Lowenkamp y Latessa, 2004; Lowenkamp, Latessa, y Holsinger, 2006).

b. *El Principio de Necesidad* sostiene que el tratamiento es más eficaz cuando apunta a las necesidades criminógenas de un infractor. Las necesidades criminógenas son simplemente aquellos problemas que, si no son tratados, contribuirán a una reincidencia continua. Esas necesidades no se limitan a involucrarse con las drogas, sino que pueden incluir otros problemas, como mentalidad delictiva, compañías antisociales, disfunción familiar y déficit laboral (Andrews et al., 1990; Gendreau, Little y Goggin, 1996).

c. El *Principio de la Capacidad de Respuesta* consiste en que el tratamiento

debe emplear enfoques cognitivo-conductuales pero no debe aplicar esos enfoques de la misma manera con todas las personas. Por el contrario, el tratamiento debe ajustarse a los distintos atributos y estilos de aprendizaje del infractor. Por ejemplo, hay investigaciones que indican que deben utilizarse enfoques específicos con subpoblaciones clave, como mujeres, jóvenes adultos o aquellos con un historial de trauma (Lipsey, Landenberger y Wilson, 2007; Wilson, Bouffard y MacKenzie, 2005).

En general, los principios de Riesgo-Necesidad-Capacidad de Respuesta establecen que una evaluación eficaz debería: (1) clasificar a los infractores por nivel de riesgo; (2) evaluar las múltiples necesidades criminógenas (no solamente el hecho de involucrarse con drogas); y (3) evaluar otros problemas clínicos, como trauma y otros trastornos mentales, que podrían interferir con la capacidad de respuesta si no se abordan también en el tratamiento.

II. DIAGNÓSTICO Y METODOLOGÍA UTILIZADA.

Conforme a los insumos que se aportaron en la Primera Ronda de Talleres de Quito, Ecuador realizada del 10 al 12 de Diciembre de 2014, se puso en aquella oportunidad en conocimiento de los países participantes la situación legal existente en cada uno de ellos.

La información se obtuvo de los sistemas computacionales o páginas web del área judicial de cada país. Lo anterior se corroboró con los antecedentes en Comisión Interamericana para Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD-OEA), de acuerdo a lo informado por el magistrado Alberto Amiot Rodríguez.

Los países participantes no formularon observaciones al documento referido hasta ahora, por lo que la información que se entrega debe entenderse como apropiada (validada).

Sin perjuicio de lo anterior, se revisaron los datos con la información que al día de este informe se ha obtenido. En consecuencia, están actualizados a esta fecha.

II.1 Metodología.

En el marco del trabajo de grupos de la Cumbre Judicial Iberoamericana, la Dirección de Asuntos Internacionales y Derechos Humanos de la Corte Suprema de

Chile se abocó a elaborar un diagnóstico que diera cuenta de la existencia e implementación de los llamados "Tribunales de Tratamiento de Drogas" en el ámbito iberoamericano.

A dicho efecto, la metodología utilizada fue la que se describe a continuación:

II.1.1 Chile.

La primera acción consistió en recabar información de la situación de los TTD en nuestro país. Para ello, se procedió a visitar los sitios web del Poder Judicial, Ministerio de Justicia, Ministerio Público, Defensoría Penal Pública, Senda y Fundación Paz Ciudadana, obteniendo también directamente de cada organismo las estadísticas disponibles.

También se efectuó una encuesta a los 29 TTD que operan en el país.

Hecho esto, fue posible elaborar una síntesis del desarrollo de esta institución en nuestro país, haciendo énfasis en sus principales características y en la implementación, a modo de proyecto, en distintas regiones de Chile.

II.1.2 Comisión Interamericana para Control del abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD – OEA).

Una vez establecido lo anterior, se tomó contacto, vía correo electrónico de fecha 10 de septiembre de 2014, con el Gerente del Programa de Tribunales de Tratamiento de Drogas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Sr. Antonio Lomba. El objeto de dicho contacto, fue preguntar al Sr. Lomba si la CICAD tenía algún catastro de aquellos países americanos que hubieren implementado los Tribunales de Tratamiento de Drogas. Su respuesta, de igual fecha, fue del siguiente tenor: *"Desde que se creó el primer tribunal de tratamiento de drogas en los Estados Unidos en 1989, cada vez más países han implementado este modelo. Actualmente en Estados Unidos hay más de 2.700 TTD. Canadá, Bermuda, las Islas Caimán, Chile, Jamaica y México abrieron sus primeros tribunales piloto a después de 2000. En 2010, la Organización de los Estados Americanos (OEA) a través de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) lanzó el Programa de Tribunales de Tratamiento de Drogas para las Américas de la OEA para apoyar la expansión del modelo a otros estados miembros. En 2014, este modelo ya existe en Argentina, Barbados, Bermuda, Canadá, Islas Caimán, Chile, Costa Rica, Estados Unidos de Norteamérica, República Dominicana, Jamaica, México, Panamá y Trinidad y Tobago, y en países de todo el mundo, como Australia, Bélgica, Irlanda, Nueva*

Zelanda, Noruega y el Reino Unido (Inglaterra y Escocia). Otros países como Colombia, Perú, Bahamas, y Belice están en estos momentos explorando el modelo".

II.1.3 Iberoamérica.

A partir de la información obtenida, se procedió a seleccionar de entre los países indicados anteriormente por la CICAD-OEA aquellos que forman parte de la Cumbre Judicial Iberoamericana, a saber: Argentina, Costa Rica, República Dominicana, México, Panamá, Colombia y Perú.

El siguiente paso consistió en explorar los sitios web de los Poderes Judiciales de dichos países y en total de los 23 pertenecientes a la Cumbre, en los que, salvo casos de excepción, la información hallada fue escasa.

II.1.4 Búsqueda libre.

Concluida la exploración, se revisó otras fuentes de información, utilizando para ello el motor de búsqueda de Google. En este proceso fue posible constatar que:

a. La información disponible acerca del tema, aún a nivel general, era escasa, lo que puede atribuirse a lo relativamente reciente del mismo a nivel iberoamericano y también a la utilización de distintas nomenclaturas para denominar la institución (TTD, Cortes de Drogas, Programas de supervisión judicial en drogas, etc.).

b. La mayor cantidad de antecedentes provenía de medios de prensa, en especial de versiones digitales de los periódicos de los distintos países.

c. En otros países de la macro región, y fuera de los mencionados por el Sr. Lomba en su correo, se habían implementado TTD, por ejemplo en Brasil.

II.1.5 País por País.

Comprobado el hecho de que la mayor cantidad de información se encontraba en fuentes no oficiales, se decidió realizar una indagación, a través de internet, en la que se asociaba a la institución cada uno de los 23 países miembros de la Cumbre.

Así, las entradas de búsqueda eran del siguiente estilo: "*Tribunales tratamiento drogas corte drogas Argentina*"

Ingresada la búsqueda, se verificó la información contenida en los resultados que arrojó el buscador.

II.1.6 Validación.

Se efectuó un catastro por país con las líneas generales de cada programa, cuya información fue enviada a representantes de la CICAD-OEA magistrado Alberto Amiot Rodríguez, siendo validada.

II.1.7 Observaciones.

El mismo documento señalado en el punto anterior fue proporcionado a los países que componen el grupo de trabajo en la Primera Ronda de Talleres de Quito, Ecuador de la XVIII Cumbre Judicial Iberoamericana entre el 10 al 12 de diciembre de 2014 para su revisión, sin que se efectuaran observaciones.

II.1.8 Diagnóstico.

De esta manera, extrayendo la información pertinente disponible, fue posible elaborar un estado de situación de los Tribunales de Tratamiento de Drogas en distintos países de Iberoamérica, entre ellos: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, España, México, Panamá, Puerto Rico, República Dominicana y Venezuela. Igualmente, en las notas al pie se hizo breve referencia a países como Uruguay, Colombia y Perú, informe que en ningún caso constituye un catastro definitivo o de numerus clausus, debido, especialmente, a la naturaleza de la información.

II.1.9 Bibliografía.

La bibliografía utilizada se incorpora como documento anexo 2.

III. HALLAZGOS Y CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO:

Distintos países de las Américas han tomado la decisión de implementar modelos de TTD. El primer plan piloto nació en el año 2004 en la ciudad de Valparaíso, Chile, propiciado por el Juzgado de Garantía de esa ciudad. La otra experiencia es la de México que principió en Nuevo León en el año 2009. Asimismo, también se han sumado distintos países de centro américa y del cono sur.

Hay un aspecto básico que los distingue a todos los modelos utilizados y es la fiel sujeción al modelo teórico y sus principios, tanto a lo que se busca en materia política, como judicial y sanitaria. Para ello debemos tener claro que aspectos son los que hay que considerar de forma particular, además de los intereses comunes que convergen y los propios de esta fusión, que dan nacimiento al modelo propiamente tal y su sustento, ya que individualmente atacan problemáticas judiciales y de salud respectivamente y para ello se hace necesario resaltar los contextos en que actúan.

Internacionalmente, la principal referencia es el reporte del grupo de expertos convocado por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) en diciembre de 1999, cuyo trabajo se orientó a la expansión internacional del modelo. El equipo revisó la experiencia de varios países en la materia, consensuó los factores críticos que sustentan la efectividad y el éxito de las intervenciones, y desarrolló guías prácticas para servir al trabajo de las naciones interesadas en replicar o adaptar la metodología. Las recomendaciones están basadas en los 10 principios claves identificados por la Asociación Nacional Profesionales de Cortes Drogas (NADCP), pero se abordan con una mirada mundial.

Los 12 factores que explican el éxito de los programas de tratamiento y rehabilitación dirigidos por los tribunales, según el grupo de expertos convocado por Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), son:

- 1°. Efectivo liderazgo judicial del equipo a cargo del programa.
- 2°. Fuerte colaboración interdisciplinaria entre el juez y los miembros del equipo, pero manteniendo cada uno su independencia profesional.
- 3°. Buen nivel de conocimiento y comprensión de la adicción y la recuperación por parte de los miembros del equipo que no son del ámbito de la salud.
- 4°. Manual de Procedimientos, para asegurar consistencia en el enfoque y eficiencia de la intervención.
- 5°. Criterios de elegibilidad claros y un proceso de pesquisa de candidatos objetivo.
- 6°. Evaluación detallada de cada eventual participante.
- 7°. Consentimiento plenamente informado y documentado del participante antes de comenzar el programa, previa asesoría legal.
- 8°. Rápida referencia del participante al programa de tratamiento y rehabilitación.
- 9°. Premios y castigos frente a cumplimientos e incumplimientos pronto, certeros y consistentes.
- 10°. Evaluación continúa del programa y disposición a reformar su estructura para superar las deficiencias.
- 11°. Financiamiento suficiente, sostenido y específicos al programa.
- 12°. Cambios en la legislación sustantiva y procesal, si ello es necesario

o apropiado.

En base a este análisis se propone un mínimo común denominador, que recoge distintos principios que estarían dados por la dinámica de implementación del modelo de TTD y que buscan mantener la esencia misma del modelo, sin generar cambios sustanciales que impliquen la práctica de un modelo que propicie otros fines y se distancie del modelo y sus fines científicos.

III.1 Buenas prácticas.

Teniendo en consideración lo consignado en el documento definición de un modelo básico y avanzado de TTD, además del diagnóstico de los 23 países integrantes de la Cumbre Judicial Iberoamericana, de los cuales 10 países ya tienen implementado este tipo de programa, pudimos obtener las buenas prácticas detectadas en aquellos países y son las siguientes:

III.1.1 Argentina:

- Es un Procedimiento Penal alternativo dentro del sistema judicial.
- Se aplica bajo participación voluntaria, el imputado pasa a denominarse "el participante".
- Una vez cumplido el tratamiento, la acción penal queda extinguida.
- El autor del delito puede pedir la inclusión al plan piloto.
- Previo ingreso el juez ordena un diagnóstico a fin de determinar si se cumplen o no los requisitos.
- Existe audiencia preliminar
- Existe supervisión al tratamiento donde participan todos los intervinientes.
- Para el ingreso al programa es requisito no ser reincidente.

III.1.2 Brasil:

- El TTD no se individualiza como tal, sino se inserta dentro de un Programa denominado "Justicia Terapéutica"
- Existe profesionales del área jurídica y de la salud
- Está amparado bajo diversas disposiciones legales, ya que se aplica bajo el concepto de "Justicia Terapéutica" y no requiere una ley especial que lo establezca. Se implementa en el sistema jurídico ya existente, sin modificarlo.

III.1.3 Chile:

- Es un programa inserto dentro del sistema orgánico tradicional de justicia penal ya existente.
- Existe profesionales del área jurídica y de la salud, especializados en TTD.

- No se utiliza una fuente legal especial, se sustenta bajo el marco de la Suspensión Condicional del Procedimiento (salida alternativa al juicio).
- Existe un funcionario “coordinador” que es el nexo entre equipo jurídico y el sanitario.
- Hay enfoque no adversarial de los diversos actores para la solución del problema.
- Se produce el control judicial en audiencias:
 1. Previas
 2. De seguimiento
 3. Periódicas de control.
- Contiene esquema de incentivos en las mismas audiencias
- Tiende a la rehabilitación y reinserción social.

III.1.4 Costa Rica:

- Se enmarca dentro de la justicia restaurativa
- Da atención especializada e integral a través de profesionales especializados del área jurídica y sanitaria
- Se trata de un modelo inmerso en la orgánica de sus tribunales.
- Si hay víctima en la comisión del delito debe contarse con su consentimiento.
- Supone voluntariedad del imputado de someterse a programa de tratamiento de drogas bajo supervisión judicial-PTDJ-.
- Para el ingreso al programa es requisito no ser reincidente.

III.1.5 España:

- No se utiliza una fuente legal especial.
- Debe certificarse suficientemente por un centro o servicio público o privado, debidamente acreditado u homologado, que el condenado se encuentra deshabitado o sometido a tratamiento
- Debe tratarse de reo no habitual, dejando abierta la posibilidad a que el reo sea reincidente.

III.1.6 México:

- No existe fuente legal específica, se encuentra enmarcado bajo el esquema y lineamientos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Además del Código Nacional de Procedimientos Penales Mexicano lo contempla bajo la forma de Suspensión Condicional del Proceso

- Se aplica previa evaluación del imputado a fin de establecer si cumple con los requisitos.
- Contempla la voluntariedad del beneficiario
- Tiene supervisión judicial
- Se da la colaboración con las instancias gubernamentales de salud y de seguridad.

III.1.7 Panamá:

- No existe fuente legal específica.
- No se aplica a reincidentes
- Apunta a la resocialización e inserción a la sociedad
- Existe supervisión judicial a través de audiencias públicas
- Se da colaboración de las diferentes entidades gubernamentales como programas de salud mental del Ministerio de Salud o Caja de Seguro Social, así como cualquier centro existente en el país.
- Previa evaluación, el adicto podrá calificar para recibir un ingreso económico que le permita subsistir mientras está bajo la tutela del tratamiento.

III.1.8 Puerto Rico: (Drug Courts o Salones Especializados en Sustancias Controladas)

- No existe fuente legal específica.
- Tiene supervisión judicial intensiva
- Requiere voluntariedad.
- Supone trabajo multidisciplinario en el área jurídica y de la salud.

III.1.9 República Dominicana: (Tribunales de tratamiento bajo Supervisión Judicial):

- No existe fuente legal específica.
- Supone voluntariedad del imputado
- Contempla supervisión del tribunal

III.1.10 Venezuela:

- Existe de fuente legal específica, la Ley Orgánica de Drogas
- El imputado deberá contener una oferta de reparación del daño causado por el delito, además de las otras condiciones que le fueren impuestas por el tribunal.
- Se produce trabajo multidisciplinario en el área jurídica y de la salud.
- Tiene supervisión judicial.

Del estudio de las experiencias anteriores podemos identificar buenas prácticas comunes como: -mecanismo procesal, -super vigilancia judicial representada en audiencias periódicas, -equipo multidisciplinario del área jurídica y de la salud, -incentivos, -reinserción social, entre otros.

En los diferentes modelos adoptados por cada país y que dicen relación con los fundamentos que han tenido para la implementación de su programa, estas buenas prácticas o factores comunes sugieren la estructura básica de un TTD o Corte de Drogas, lo que implica que cualquier país que ha adoptado o esta próximo a adoptar esta iniciativa debería tomar en consideración estos factores.

IV. PROPUESTA: ESTRUCTURA DE UN MODELO DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS Y ALCOHOL.

IV.1 Mínimo común de los TTD.

En la introducción de una metodología foránea a un país se da una tensión entre mantener la fidelidad al modelo original y la necesidad de adaptarlo a las realidad local, proceso en el que ayuda distinguir lo que es esencial de lo que no lo es tanto. Pensando en servir de referencia a la iniciativas en curso, a continuación se destacan seis elementos críticos que no pueden estar ausentes de un programa de TTD. En su conjunto, constituyen el "mínimo común" que permite distinguir un Tribunal de Tratamiento de Drogas de otras iniciativas similares.

IV.1.1 Integración entre "Justicia" y "Salud".

Se ha visto que, en conjunto, la justicia y los proveedores de tratamiento pueden enfrentar mejor el problema de la drogodependencia en infractores que trabajando cada uno de ellos por separado. Los programas de TTD son ejemplo de lo anterior y este elemento ha sido destacado como uno de los fundamentos de los logros obtenidos. El primer principio clave identificado por la Asociación Nacional Profesionales de Cortes Drogas (NADCP) señala que: *"los TTD integran los servicios de tratamiento y rehabilitación de drogas y alcohol con el sistema de justicia"*.

En efecto, para "Salud", un programa de TTD permite que los tribunales funcionen como un eficiente sistema de identificación de consumidores problemáticos (Precisamente uno de los criterios para determinar que el consumo es problemático es si la persona tiene conflictos con la justicia) a los que debiera allegarse la oferta de tratamiento, en un momento de crisis (detención) en que la motivación al cambio es particularmente alta. Además, el tratamiento propiamente

tal se ve favorecido por la supervisión permanente que ejerce el tribunal, que fomenta la adherencia y, por esa vía, mejora los resultados.

Para el tribunal, por su parte, trabajar con los servicios de salud y los proveedores de tratamiento le permite disponer de un insumo de gran valor para fundamentar la decisión de someter a una persona a un programa de tratamiento, a partir de una evaluación diagnóstica profesional que precise el compromiso biopsicosocial asociado al consumo y sugiera la modalidad de tratamiento más apropiada. También le da la posibilidad al juez de ejercer la justicia en un sentido amplio y ofrecer una respuesta de calidad al conflicto, capaz de incidir sobre el problema subyacente al conflicto judicial. Así, el sistema de justicia contribuye a la seguridad ciudadana, favoreciendo la disminución de la reincidencia criminal.

La colaboración cotidiana entre “Justicia” y “Salud” en la administración de los casos, pesquisa de candidatos, evaluación, seguimiento, ajustes al plan y conclusión del mismo, produce una sinergia importante y diferencia los TTD de los programas clásicos de derivación, en que los roles de están claramente diferenciados: el tribunal deriva (sin necesariamente requerir de un informe del prestador del servicio) y con ello termina su participación, y el tratamiento lo realiza el proveedor, sin requerir participación alguna del tribunal.

IV.1.2 Equipo interinstitucional a cargo del programa

La integración entre las instituciones de los ámbitos de justicia y salud a la que se aludía en el punto anterior se concretiza en la conformación de un equipo interinstitucional a cargo del programa. Típicamente lo constituye un juez, un fiscal, un defensor, un representante de los proveedores de tratamiento o dupla psicosocial y un coordinador. A veces, también participan delegados de las policías, de los servicios sociales, de los organismos que controlan a la población penal y otros.

El funcionamiento de un programa de TTD plantea una serie de desafíos en términos de coordinación interinstitucional. Requiere de reuniones periódicas de revisión de casos, citar a audiencias extraordinarias frente a cierta clase de quebrantamientos, que todos cuenten con la información actualizada respecto de los participantes, etc. Por eso, en la práctica, se ha demostrado que los programas funcionan mejor cuando hay un equipo estable a cargo del mismo, conformado por representantes permanentes de las instituciones involucradas, quienes se conocen, establecen sistemas de comunicación efectivos y tienen la confianza suficiente para poder trabajar bajo este enfoque no adversarial.

Eso explica la recomendación de Naciones Unidas sobre la conveniencia de concentrar todas las horas-juez que necesite un programa en el menor número posible de magistrados y no distribuirlos entre varios. Ello es funcional para lograr el nivel de experiencia y conocimientos que se requieren para liderar un programa de este tipo, a la vez que se establece una relación más directa y fluida con el resto del equipo y con los participantes.

Lo mismo es válido para fiscales y defensores. Otro argumento a favor de la conformación de un equipo estable es que la operación de un programa de TTD requiere que todos los involucrados manejen un lenguaje común interdisciplinario. Quienes provienen del área salud necesitan entender conceptos jurídicos y conocer el detalle del proceso penal en el que están participando; los abogados del equipo, por su parte, deben aprender sobre las distintas drogas, sus efectos y las etapas por las que atraviesa una persona en rehabilitación. Esto se logra a través de una continua capacitación cruzada entre los miembros del equipo.

Este punto se relaciona con los componentes claves 2º y 9º de la Asociación Nacional Profesionales de Cortes Drogas (NADCP), que aluden al enfoque no adversarial del programa y a la necesidad de la capacitación interdisciplinaria y a los factores de éxito 2º y 3º de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), que hablan sobre la colaboración entre los miembros del equipo y el adecuado nivel de conocimiento sobre adicción y tratamiento que deben tener todos ellos.

IV.1.3 Diagnóstico profesional de consumo problemático

Aunque éste es un programa inserto en los tribunales de justicia, la participación de las instituciones de salud asegura que el proceso de pesquisa, sospecha y confirmación diagnóstica de consumo problemático de drogas de los candidatos sea realizado por especialistas. Con esto se evita que infractores sin problemas de drogas puedan evadir la justicia, simulando un consumo problemático de drogas, a la vez que asegura lo que la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) señala, entre los factores de éxito, el contar con criterios de elegibilidad claros y el asegurar una evaluación detallada de todos los candidatos.

Algunos TTD cuentan con psicólogos, asistentes sociales y otros profesionales capacitados para realizar una sospecha diagnóstica como funcionarios estables del tribunal. Otros han establecido convenios con la red de salud, hacia donde derivan a los candidatos para la sospecha y confirmación

diagnóstica. En otros casos, como en el TTD del Bronx (Nueva York, Estados Unidos), los centros de rehabilitación que reciben a los participantes se turnan para enviar a sus profesionales al tribunal para que hagan las evaluaciones de los candidatos.

IV.1.4 Supervisión judicial en audiencias periódicas de control

Uno de los elementos claves que distingue un programa de TTD de otras salidas alternativas al proceso judicial es el papel que desempeña el juez durante todo el período de cumplimiento de la medida. El magistrado es quien lidera el equipo y de quien depende que alguien entre al programa, se mantenga en él, se gradúe o sea expulsado. Si bien el quehacer de un TTD descansa en el trabajo multidisciplinario de todo el equipo, las decisiones claves se toman en audiencia y por tanto, es el juez quien tiene la última palabra. Para la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), el “*Efectivo liderazgo judicial del equipo a cargo del programa*” es uno de los factores que explican su éxito.

Las audiencias periódicas de control son la instancia en que el juez puede desempeñar este rol como agente terapéutico. El componente clave N° 7 del informe de la Asociación Nacional Profesionales de Cortes Drogas (NADCP) señala que “*La interacción permanente del juez con cada participante es esencial*”. En las audiencias tradicionales, los imputados hablan poco, siendo el abogado defensor quien representa sus intereses. En las audiencias de control de un programa de TTD, en cambio, se da un diálogo directo entre el juez y el participante, quien tiene la oportunidad de exponer sus dificultades y logros y se hace responsable de sus acciones frente al tribunal. Se ha visto que este elemento favorece la adherencia al tratamiento y facilita el proceso de cambio. En relatos de participantes, ellos han manifestado que la relación directa con el juez y el interés que éste demuestra en su recuperación han sido factores determinantes para mantenerse en el tratamiento.

En este contexto, contar con audiencias de control frecuentes, especialmente en las primeras etapas del proceso, resulta fundamental. En los programas norteamericanos, se realizan dos veces a la semana al comienzo y luego se van espaciando, según los logros del participante. En el nivel internacional se observa una frecuencia más baja de audiencias, generalmente mensual.

Una práctica común de los TTD es concentrar las audiencias del programa en ciertos bloques horarios, de modo que los participantes tengan ocasión de presenciar las audiencias de sus compañeros.

El papel que desempeñaría el tribunal fue uno de los temas que más se debatió en Noruega al momento de definir la iniciativa. Finalmente, se estableció que el programa sería supervisado y controlado por el tribunal, pero no liderado por éste. Las audiencias de control se fijaron con una periodicidad inferior a la que normalmente se da en los TTD: sólo cuando se pasa de una fase a otra del tratamiento, que son 4. Si el equipo considera que requiere otra audiencia, debe pedirla. Es importante aclarar que el programa de Noruega es relativamente nuevo y no cuenta aún con evaluaciones de impacto, como sí tienen Estados Unidos y Canadá, países donde el papel del tribunal es fundamental y la periodicidad de las audiencias es mayor.

IV.1.5 Esquema de incentivos graduales

Los programas de TTD operan bajo la convicción de que la adicción es una enfermedad crónica tratable y que las recaídas son parte del proceso de rehabilitación. Siguiendo un enfoque cognitivo conductual, en los TTD se premian los logros y se castigan los incumplimientos, según una tabla pre acordada de incentivos que van incrementándose gradualmente. El informe de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) plantea que “*Las sanciones frente a los incumplimientos del plan de tratamiento deben ser prontas, conocidas y consistentes*”.

Para premiar los logros parciales y el cumplimiento satisfactorio del plan, se utilizan felicitaciones formales por parte del tribunal, promoción a la siguiente fase del tratamiento, ceremonias, reducción en la frecuencia de las audiencias y test de orina, entre otros.

Los incumplimientos, por su parte, se sancionan con amonestaciones, incremento en la frecuencia de las audiencias y los tests, realización de trabajo en beneficio de la comunidad y períodos cortos de privación de libertad.

Todos los programas de TTD utilizan la privación de libertad como la sanción más gravosa posible de imponer antes de la expulsión del programa. Los programas de Estados Unidos, Canadá y Australia, contemplan esta sanción, los programas de Escocia, por ejemplo, cuentan con esta atribución desde julio de 2003, la que les fue concedida en la Ley de Justicia Criminal (de Escocia) de ese año. En otros, como Chile, no existe aquella opción.

IV.1.6 Intervención tendiente a la rehabilitación y reinserción social

En todas partes del mundo, los programas de TTD pretenden reducir la reincidencia criminal y el consumo problemático de drogas, lo que supone que los logros del tratamiento se mantengan en el tiempo. Por eso, se trabajan los factores que propiciaron las conductas de riesgo en primer término y aquellos que inciden en que los cambios se mantengan, promoviendo un estilo de vida saludable, incompatible con las drogas y el delito.

Para ello, los equipos de TTD se relacionan con los servicios sociales y las redes comunitarias. Entre las recomendaciones de buenas prácticas y guías que señala UNODC, se menciona que “el seguimiento permanente de cada caso incluye el soporte social necesario para lograr la reintegración social, incluyendo, si es necesario, el trabajo con la familia y el grupo de referencia del participante” (UNODC agrega dos elementos más a los 10 componentes claves identificados por NADCP, como referencia de buenas prácticas en el contexto mundial. Éste es uno de ellos).

En el TTD de Toronto, por ejemplo, para que una persona se gradúe, debe cumplir con los siguientes criterios de reinserción, además de llevar un mínimo de cuatro meses sin consumir drogas: (i) tener vivienda estable, (ii) tener un trabajo, estar en el colegio o en un curso de capacitación, estar haciendo trabajo voluntario, o estar en el hogar como padre/madre de tiempo completo, y (iii) tener una red de apoyo sólida fuera del centro de tratamiento. El TTD del Bronx (Nueva York, Estados Unidos) exige que el participante esté trabajando o estudiando en horario completo para graduarse.

IV.2 Orgánica. Integrantes del modelo:

IV.2.1 El juez y su rol

Cada vez cobra mayor fuerza la necesidad de los jueces de manejar temas que van más allá del derecho y que corresponden a las ciencias sociales. Bajo este modelo, el juez juega un rol protagónico, ampliando su campo de acción hacia la promoción de la rehabilitación. Esto no sólo se logra por medio de la derivación a programas de tratamiento, sino además por la utilización de una serie de estrategias para facilitar el proceso de cambio del infractor. Además, este enfoque permite a los jueces ejercer un papel educativo en la comunidad, aumentando la conciencia sobre el consumo de drogas y movilizándolo a los servicios comunitarios. A continuación se resumen algunas de las características esenciales y las funciones del juez en un programa TTD.

Características:

- Ser imparcial y consistente
- Escuchar al participante
- Ser empático
- Estar capacitado en temáticas de adicciones
- Estar dispuesto a trabajar en equipo
- Enfocarse en la resolución de conflictos

Funciones:

- a. Es quien decreta el ingreso al programa
- b. Establece las condiciones, la duración del programa y vigila su cumplimiento
- c. Modifica las condiciones de cumplimiento en función del comportamiento y los resultados obtenidos por el participante en el proceso de rehabilitación. Lo principal es que, a través de las intervenciones del juez, se establecerán objetivos terapéuticos que posibiliten la posterior reinserción sociolaboral del participante.

IV.2.2 El fiscal y su rol

Un fiscal especializado en la metodología de Tribunales de Tratamiento de Drogas que trabaja en un programa TTD debe reacondicionar su rol tradicional, especialmente en lo que se refiere a adaptar su rol adversarial y compartir el objetivo común del TTD, que es promover la rehabilitación del imputado.

En este sentido, el rol del fiscal tiene las particularidades que se explican a continuación.

Características

- Estar capacitado en temáticas de adicciones
- Estar dispuesto a trabajar en equipo, con un enfoque no adversarial
- Enfocarse en la resolución de conflictos y en la necesidad de que el beneficiario del programa se rehabilite.

Funciones

- a. Pesquisa casos que pueden ser incorporados al programa.
- b. Tras revisar el caso solicita la aplicación del programa en la modalidad que corresponda.
- c. Participa en el acuerdo de las condiciones de cumplimiento que se establecen.
- d. Informa al juez en el caso de quebrantamientos.
- e. Está al tanto del desarrollo del proceso de rehabilitación y participa de las

audiencias de revisión del cumplimiento del plan de trabajo.

IV.2.3 El defensor y su rol

Al igual que el fiscal, el defensor debe flexibilizar su rol, lo que no implica abandonar la defensa de los intereses de su cliente, sino orientar su actuar al fomento de la rehabilitación del imputado.

El defensor de TTD cumple un rol que tiene las características y funciones que se exponen a continuación.

Características

- a. Estar capacitado en temáticas de adicciones.
- b. Ser parte de un equipo multidisciplinario y defender los intereses de su cliente.
- c. Estar dispuesto a trabajar en equipo, con un enfoque no adversarial.

Funciones

- a. Pesquisa casos que pueden incorporarse al programa.
- b. Informa a su cliente sobre el programa y posibles consecuencias frente al Incumplimiento.
- c. Explica al cliente su rol dentro del programa (no justificará recaídas).
- d. Participa en el acuerdo de las condiciones de cumplimiento que se establecen, velando por los derechos del participante. Impulsa al cliente a confiar en el equipo del tribunal.
- e. Está al tanto del desarrollo del proceso de rehabilitación y participa de las audiencias de revisión del cumplimiento del plan de trabajo.

IV.2.4 El coordinador y su rol

El coordinador, en la experiencia de Chile, es un funcionario del Ministerio Público, que debe vincularse y coordinar la relación entre el equipo jurídico y el sanitario, especialmente con el equipo biospiciosocial, y velar por que se den los siguientes procesos:

- Coordinar la entrega de las listas de casos al equipo biopsicosocial para que los pesquisen en la zona de seguridad y tránsito, esto es antes de realizarse la primer audiencia ante el juez.
- Velar porque exista un bloque de audiencias en cada uno de los tribunales donde se aplica el programa
- Realizar coordinaciones con fiscales y con la Defensoría para la incorporación al programa de casos que han sido pesquisados durante la tramitación de la causa.

IV.2.5 Unidad Coordinadora Interinstitucional y su rol.

El programa para la adecuada supervisión y evaluación de impacto debe contar con una Unidad Coordinadora de los TTD, que se adscribe a uno de los organismos principales del sistema penal, para la adecuada gestión interinstitucional.

La Unidad tiene como misión gestionar, a nivel central, el funcionamiento de los TTD, desempeñando las actividades que resulten necesarias para coordinar su aplicación entre las distintas instituciones involucradas. Para cumplir esta misión la Unidad conforma tres mesas de trabajo integradas por representantes de todas las instituciones suscriptoras del convenio. El objetivo de dichas instancias es analizar la experiencia y evaluar las necesidades del futuro programa de documentos o productos concretos asociados a la institucionalidad.

Estas mesas son:

Mesa Legal: Regulación de un marco normativo que regule los TTD y busque ampliar los mecanismos jurídicos mediante los cuales resulta posible acceder al programa.

Mesa Técnica: Redacción de manuales para estandarizar el procedimiento de los TTD, además de la construcción de un software que permita registrar y sistematizar la información de las distintas etapas del programa.

Mesa Operativa: coordina la instalación de pilotos a través de un programa de instalación regional, nacional y comunicación.

IV.2.6 El equipo biopsicosocial y su rol.

El equipo biopsicosocial,⁸ esta conformado por un psicólogo, un trabajador social y un médico capacitado al efecto, quienes dependen del organismo público sometido a cargo de la prevención y rehabilitación en el consumo de drogas y alcohol o quién haga sus veces, y tienen a cargo la detección, confirmación y derivación a tratamientos de beneficiarios que cumplan con los presupuestos legales y sanitarios establecidos por ley.

Sus principales funciones son las siguientes:

- Aplicar la sospecha diagnóstica a los beneficiarios (como Instrumento

⁸ Antes del anteproyecto de ley que al día de hoy se encuentra en tramitación ante el Ministerio de Justicia existía en Chile “la dupla psicosocial” que estaba compuesta por un psicólogo y un asistente o trabajador social vinculados a un organismo público especializado en la prevención del delito (en Chile, SENDA, dependiente del Ministerio de Justicia), los cuales desempeñan sus labores de TTD en dependencias de la fiscalía, o del tribunal. Hoy día y en virtud del proyecto de ley (art. 7) antes mencionado, dicha dupla pasa a denominarse “equipo biopsicosocial”.

Assist)⁹

- Realizar intervenciones breves.
- Realizar entrevistas psicosociales con enfoque de entrevista motivacional
- Emitir informes de cada usuario cuando corresponda
- Convocar y participar de reuniones de coordinación con equipo tratante
- Participar en audiencias preparatoria.
- Participar en audiencia de seguimiento.
- Participar en audiencia de finalización.
- Levantar casos mediante tamizaje en zona de seguridad o calabozos, previo a la audiencia de control de detención.
- Informar al defensor y fiscal sobre listado de imputados con sospecha diagnóstica positiva y con confirmación diagnóstica positiva.
- Realizar el seguimiento de los casos vigentes en el programa, mediante coordinación permanente con los centros de tratamiento y con el equipo jurídico.
- Recopilar informes mensuales emitidos por los centros de tratamiento y preparar informe para preparar la audiencia.
- Enviar a centro de tratamiento informe de audiencia de seguimiento con los acuerdos definidos.
- Efectuar registro en Sistema de gestión de información del los tribunales de TTD
- Reunirse con el área de tratamiento regional de SENDA para la coordinación con red de tratamiento.
- Efectuar informes periódicos de su gestión al gestor de tratamiento SENDA.
- Relacionarse periódicamente con Abogado Coordinador de Fiscalía
- Difundir el TTD, con equipos jurídicos y sanitarios cuando corresponda.
- Realizar una evaluación diagnóstica en profundidad

⁹ Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias; la que a través de una serie de preguntas, indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. **Se adjunta como documento anexo 3**

- Coordinar el manejo de caso, por medio de un cercano seguimiento a los participantes
- Incorporar estrategias motivacionales en su quehacer, de manera de fomentar la motivación de los participantes.
- Mantener comunicación entre los centros de rehabilitación y el tribunal manteniendo el flujo de información constante a fin de que el tribunal pueda tomar conocimiento de la real situación en la que se encuentra el beneficiario del tratamiento.
- Cumplir una labor de rescate, que consiste en una intervención destinada a que el sujeto regrese voluntariamente al tratamiento de rehabilitación.

Labores exclusivas de los psicólogos:

- Realizar evaluación clínica de Evaluación de patrón de consumo, evaluación del compromiso biopsicosocial, evaluación estadio motivacional, y modalidad de tratamiento sugerida, cuando no sea posible que el médico realice la confirmación diagnóstica.
- Derivar a los usuarios de confirmación diagnóstica con el médico
- Organizar reuniones clínicas con centros de tratamiento cuando corresponda.
- Realizar relatos y/o asesorías en la temática de drogas a jueces, defensores y fiscales
- Contener psicológicamente al beneficiario del programa cuando el médico lo sugiera.

Labores desarrolladas exclusivamente por el trabajador

social:

- Realizar visitas domiciliarias de rescate de usuarios que no se hayan presentado a:
 1. Entrevista psicosocial
 2. Confirmación diagnóstica
 3. Entrevista de ingreso al centro de tratamiento de derivación
 4. Usuarios que hayan tenido inasistencias y/o abandonado el programa.
- Levantar información respecto de recursos sociales del usuario,

orientada a favorecer la integración social. (Entrevista e integración, a través de herramientas tales como ecomapa)

- Reunirse en sesiones de coordinación con el equipo de tratamiento en el ámbito de la integración social de la persona.

Labores desarrolladas exclusivamente por el médico capacitado para el efecto.

- Realizar confirmación diagnóstica de todos los casos derivados por el psicólogo.
- Emitir informes necesarios. Participar de reuniones clínicas.
- Manejar situaciones de crisis médicas cuando corresponda.

IV.2.7 El órgano de tratamiento y su rol.

El órgano sanitario es el que deberá proveer el tratamiento de rehabilitación, sea a través de un mecanismo residencial intensivo o ambulatorio.

El sistema sanitario normalmente es dependiente del gobierno o del ejecutivo, que en la experiencia nacional es el Servicio Nacional para la Prevención y rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) quien brindará tratamiento a los beneficiarios del programa considerando la red disponible de prestadores públicos y privados con los que se tenga convenio. Asimismo prestará asesoría técnica y capacitación en materias de su competencia a los diversos actores que participen en el programa.

La idea es procurar cupos especiales para los participantes del TTD, mediante acuerdos de colaboración.

IV.3 Procedimiento, según las distintas fases o períodos en la implementación:

<p>I. Periodo exploratorio</p>	<p>Definición del Modelo y Marco de Actuación</p> <ul style="list-style-type: none"> -Determinación de la población meta (ver nota al pie N° 7) -Relación entre delincuencia y consumo o problemático de drogas (tamizaje) -Antecedentes teóricos que sustentan el modelo -Evidencia empírica nacional e internacional -Revisión de otras experiencias, su historia y expansión -Plan de Trabajo para la aplicación del modelo a la realidad concreta -Definición del contexto legal: La suspensión
---------------------------------------	---

	<p>condicional del procedimiento y/o ejecución de la condena</p> <ul style="list-style-type: none"> -Procedimientos legales y sanitarios (diagnóstico y reforzamiento oferta sanitaria) -Estrategia de Monitoreo y Evaluación -Capacitación Inicial de actores relevantes -Definición de roles -Concienciación y visibilidad -Búsqueda de Aliados Estratégicos -Inicio Desarrollo Manuales y Protocolos y determinación de criterios de elegibilidad
<p>II. Periodo de instauración. Transición y afianzamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Elementos clave en la realidad local, nacional e internacional -Repaso al mínimo común de los TTD -Desarrollo Manuales y Protocolos -Capacitación Específica -Incorporación de herramientas de resolución de problemas -Rol del juez, fiscal, defensor, coordinador y/o gerente, dupla psicosocial y/o proveedor de tratamiento -Las adicciones, el defensor penal público y el IUS PUNIENDI -El difícil rol del abogado defensor en un TTD post-declaración de culpabilidad: la Justicia Terapéutica y el debido proceso -Rol del equipo biopsicosocial en el programa de TTD para consumidores problemáticos de drogas bajo supervisión -Rol de los centros de tratamiento en los TTD -Mecanismos para test drogas -Consolidación Alianza Interinstitucional
<p>III.- Periodo de consolidación</p>	<p>Manejo de audiencias</p> <ul style="list-style-type: none"> -Elementos claves en el manejo de audiencias - ¿ Como motivamos el proceso de cambio -Elementos mínimos de calidad de las audiencias -Como provocar motivación y reducir la coerción percibida (Bruce Winick) -Fomentando y manteniendo el desistimiento (David Wexler) -Intervenciones judiciales en la motivación al cambio <p>Monitoreo y Evaluación (resultados, e impacto para largo plazo)</p> <p>Tribunales de tratamiento de drogas para jóvenes</p> <ul style="list-style-type: none"> -Consumo de drogas en infractores de ley

	<p>adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none">-TTD para jóvenes infractores de ley en la experiencia internacional-TTD y su marco legal
--	--

Texto al 20 de mayo de 2015.

ANEXOS

DOCUMENTO ANEXO 1



CONVENIO INTERINSTITUCIONAL

ENTRE

**MINISTERIO DE JUSTICIA, PODER JUDICIAL, MINISTERIO PÚBLICO,
DEFENSORÍA PENAL PÚBLICA, SERVICIO NACIONAL DE MENORES,
GENDARMERÍA DE CHILE, SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y
REHABILITACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL Y, FUNDACIÓN
PAZ CIUDADANA**

SOBRE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS

En Santiago, a 29 de marzo de 2012, entre el **MINISTERIO DE JUSTICIA**, representado por el Ministro de Justicia, don Teodoro Ribera Neumann, chileno, cédula de identidad N° 7.837.945-7, ambos domiciliados en calle Morandé N° 107, comuna de Santiago; el **PODER JUDICIAL**, representado por el Presidente de la Excelentísima Corte Suprema, don Rubén Ballesteros Cárcamo, chileno, cédula de identidad N° 4.209.614-8, ambos domiciliados en Palacio de los Tribunales, Plaza Montt Varas, Compañía N°1140, comuna de Santiago; el **MINISTERIO PÚBLICO**, representado por el Fiscal Nacional, Sabas Chahuán Sarrás, chileno, cédula de identidad N° 10.125.284-1, ambos domiciliados en calle General Mackenna N° 1369, piso 2, comuna de Santiago; la **DEFENSORÍA PENAL PÚBLICA**, representada por el Defensor Nacional, don Georgy Schubert Studer, chileno, cédula de identidad N° 11.687.146-7, ambos domiciliados en Avenida Bernardo O'Higgins N° 1449, comuna de Santiago; el **SERVICIO NACIONAL DE MENORES**, representado por el Director Nacional, don Rolando Melo Latorre, chileno, cédula de identidad N° 10.403.306-7, ambos domiciliados en calle Huérfanos N° 587, comuna de Santiago; **GENDARMERÍA DE CHILE**, representada por el Director Nacional (S), don Miguel Ángel Jiménez Segura, chileno, cédula de identidad N° 11.946.933-7, ambos domiciliados en calle Rosas N° 1264, comuna de Santiago; el **SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y LA REHABILITACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL**, representada por la Directora Nacional, doña Francisca Florenzano Valdés, chilena, cédula de identidad N° 7.047.502-2, ambos domiciliados en Agustinas N°1235, piso 9, comuna de Santiago; y **FUNDACIÓN PAZ CIUDADANA**, representada por la Directora Ejecutiva, doña Javiera Blanco Suárez, chilena, cédula de identidad N° 7.776.050-4, ambas domiciliadas en Valenzuela Castillo N° 1881, comuna de Providencia; se suscribe el siguiente convenio:



PRIMERO: Antecedentes.

Que, el Ministerio de Justicia, conforme a lo dispuesto en el Decreto Ley N°3.346, de 20 de mayo de 1980, tiene, entre otras funciones, las siguientes:

- 1°. Formular políticas, planes y programas sectoriales, en especial respecto del tratamiento penitenciario y de rehabilitación del condenado.
- 2°. Controlar el cumplimiento de las políticas, planes y programas sectoriales y evaluar sus resultados.
- 3°. Dictar normas e impartir instrucciones a que deben sujetarse sus servicios dependientes y fiscalizar su cumplimiento.
- 4°. Proponer medidas para prevenir el delito por medio de planes de defensa social.

Que, el Poder Judicial ejerce la Jurisdicción, a través de los Tribunales de Justicia. En conformidad a lo preceptuado en el artículo 76 inciso primero, de la Constitución Política de la República, es propia del Poder Judicial “la facultad de conocer de las causas civiles y criminales, de resolverlas y de hacer ejecutar lo juzgado...”; dicha facultad “...pertenece exclusivamente a los tribunales establecidos por la ley. Ni el Presidente de la República ni el Congreso pueden, en caso alguno, ejercer funciones judiciales, avocarse a causas pendientes, revisar los fundamentos o contenido de sus resoluciones o hacer revivir procesos fenecidos”.

Que, de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 83 de la Constitución Política de la República y en el artículo 1° de la Ley N° 19.640, el Ministerio Público es un organismo constitucional, autónomo y jerarquizado cuya función principal es dirigir, en forma exclusiva, la investigación de los hechos constitutivos de delito, los que determinen la participación punible y los que acrediten la inocencia del imputado y, en su caso, ejercer la acción penal pública en la forma prevista por la ley y con las excepciones que ella misma contempla. De igual manera, le corresponde la adopción de medidas para proteger a las víctimas y a los testigos dentro del proceso penal.

Que, la Defensoría Penal Pública, de acuerdo al artículo 2° de la Ley N° 19.718 tiene por finalidad “...proporcionar defensa penal a los imputados o acusados por un crimen, simple delito o falta que sea de competencia de un juzgado de garantía o de un tribunal de juicio oral en lo penal y de las respectivas Cortes, en su caso, y que carezcan de abogado”.

Que, el Servicio Nacional de Menores, según lo dispuesto en el Decreto Ley N°2.465, es un servicio público dependiente del Ministerio de Justicia, que tiene por finalidad contribuir a proteger y promover los derechos de los niños, niñas y adolescentes que han sido vulnerados en el ejercicio de los mismos y a la reinserción social de adolescentes que han infringido la ley penal.

En este sentido, corresponde al Servicio Nacional de Menores, entre otras funciones:



1°. Atender en forma preferente, por sí mismo o a través de las instituciones reconocidas como colaboradoras, a los menores enviados por los Tribunales de Familia, Juzgados de Garantía y Tribunales de Juicio Oral en lo Penal, con el fin de cumplir las medidas que éstos hayan decidido aplicarles, y asesorar en materias técnicas a estos mismos tribunales cuando lo soliciten.

2°. Desarrollar y llevar a la práctica, por sí o a través de las instituciones reconocidas como sus colaboradoras, los sistemas asistenciales que señale la ley o sean establecidos por el Ministerio de Justicia.

3°. Recopilar y procesar la información y estadística que fueren necesarias sobre menores, sistemas asistenciales que se les aplican e instituciones que los atienden.

Que, Gendarmería de Chile, por su parte, es un servicio público dependiente del Ministerio de Justicia, que tiene por finalidad atender, vigilar y contribuir a la reinserción social de las personas que, por resolución de autoridades competentes, fueron detenidas o privadas de libertad y cumplir las demás funciones que le señale la ley.

En este sentido, corresponde a Gendarmería de Chile, según lo dispuesto en el Decreto Ley N° 2859, entre otras funciones:

1°. Contribuir a la reinserción social de las personas privadas de libertad, mediante la ejecución de acciones tendientes a eliminar su peligrosidad y lograr su reintegración al grupo social.

2°. Asistir en el medio libre a las personas que accedan al mismo por encontrarse cumpliendo condenas o por otra causa legal, en las condiciones que señalen los reglamentos.

Que, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, creado por la Ley N° 20.502, es un servicio público descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, sometido a la supervigilancia del Presidente de la República, a través del Ministerio del Interior y Seguridad Pública y está encargado de la ejecución de las políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingestión abusiva de alcohol, y de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas y, en especial, en la elaboración de una estrategia nacional en relación al consumo de drogas y alcohol. Para los efectos del presente Convenio, las partes entienden que el Servicio Nacional para la Prevención y la Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) es el continuador de las labores desarrolladas por el Ministerio del Interior, a través del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE).

Que, la Fundación Paz Ciudadana es una institución sin fines de lucro cuya misión es aportar con conocimiento (información, metodologías, herramientas) al diseño y



evaluación de políticas públicas para la seguridad ciudadana, asumir una perspectiva integral y promover la intervención sobre causas, manifestaciones y efectos tanto en infractores y víctimas, como en el rol de las instituciones de prevención, control y reinserción, enfocándose en las situaciones que generan inseguridad, en grupos vulnerables y, de la misma manera, en la calidad de la gestión e intervención público-privada en el sector.

Que, para los efectos de implementar el Programa Tribunales de Tratamiento de Drogas, en adelante, indistintamente, TTD, a nivel nacional, las instituciones suscriptoras del presente Convenio han iniciado parcialmente dicho programa en sectores determinados del territorio del país. Los principales avances en este sentido han sido: el Decreto Exento N° 851, de 14 de mayo de 2007, del Ministerio del Interior, que aprobó un Convenio para la Implementación y Desarrollo del Proyecto “Suspensión Condicional del Procedimiento por Tratamiento de Consumo Problemático de Drogas”; el Protocolo de Colaboración, de 17 diciembre de 2007, celebrado entre el Poder Judicial, el Ministerio del Interior, el Ministerio de Justicia, el Ministerio Público, la Defensoría Penal Pública, la Fundación Paz Ciudadana y CONACE respecto del Programa Piloto “Tribunales de Tratamiento de Drogas para Infractores Bajo Supervisión Judicial”; el Convenio de Colaboración Financiera celebrado entre el Ministerio del Interior y el Ministerio Público para la implementación del programa “Tribunales de Tratamiento para Infractores bajo Supervisión Judicial”, de 2 de enero de 2008; el Decreto Exento N° 938, de 9 de febrero de 2008, del Ministerio del Interior, que aprobó el Convenio para la Implementación del Proyecto “Tribunales de Tratamiento de Drogas Para Infractores Bajo Supervisión Judicial”; el Decreto Exento N° 4.355, de 31 de diciembre de 2008, del Ministerio del Interior, que aprobó el Convenio de Colaboración Financiera entre el Ministerio del Interior y el Ministerio Público para la Implementación del Proyecto “Tribunales de Tratamiento Para Infractores Bajo Supervisión Judicial”; el Decreto Exento N° 268, de 28 de enero de 2010, del Ministerio del Interior, que aprobó el Convenio de Colaboración Financiera entre el Ministerio del Interior y el Ministerio Público para la implementación del Proyecto “Tribunales de Tratamiento de Drogas para Infractores Bajo Supervisión Judicial”, de 30 de diciembre de 2009; el Decreto Exento N° 1.088, de 31 de diciembre de 2010, del Ministerio del Interior, que aprobó el Convenio de Colaboración Financiera entre el Ministerio del Interior y el Ministerio Público para la Implementación de “Tribunales del Proyecto Tratamiento de Drogas Para Infractores Bajo Supervisión Judicial”, de 30 de diciembre de 2010.



SEGUNDO: Objeto.

En atención a los antecedentes descritos, las instituciones comparecientes acuerdan suscribir el presente convenio con el objeto de cooperar en la institucionalización, desarrollo y ampliación de los TTD, a nivel nacional, lo que se efectuará mediante el establecimiento de la Unidad Coordinadora del Programa a que se refiere el N°4 de la cláusula tercera del presente Convenio.

TERCERO: Obligaciones.

Las partes de este Convenio, esto es, el Ministerio de Justicia, el Poder Judicial, el Ministerio Público, la Defensoría Penal Pública, el Servicio Nacional de Menores, Gendarmería de Chile, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol y la Fundación Paz Ciudadana, se comprometen a:

1°.- Cooperar en la institucionalización y funcionamiento del Programa Tribunales de Tratamiento de Drogas.

2°.- Analizar alternativas de reforma legal y proponer las mismas a las autoridades competentes en la materia. La discusión de iniciativas y propuestas de reformas legales en materias relacionadas con el programa en comento se harán en la Mesa de Trabajo Interinstitucional a que se refiere la cláusula siguiente.

3°.- Incorporar el "Programa de Tribunales Tratamiento de Drogas" a la División de Defensa Social del Ministerio de Justicia, donde estará a cargo de la Unidad Coordinadora de dicho programa.

4°.- Participar en la Mesa de Trabajo Interinstitucional a que se refiere la cláusula cuarta del presente convenio, personalmente los titulares, o nombrando a uno o más delegados permanentes.

5°.- Aportar al programa conocimiento técnico, experiencia y asesoría en las materias relativas al funcionamiento de los Tribunales de Tratamiento de Drogas.

6°.- Celebrar los convenios que sean necesarios para el funcionamiento del Programa Tribunales de Tratamiento de Drogas, siempre dentro del ámbito de sus competencias y de su disponibilidad presupuestaria.

CUARTO: Mesa de Trabajo Interinstitucional.

Para el logro del funcionamiento de los TTD, además de la coordinación a que se refiere el N°3 de la cláusula tercera de este convenio, se acuerda la conformación de una Mesa de Trabajo Interinstitucional que permita generar las bases de dicho Programa.

Asimismo, la Mesa podrá analizar la normativa actual y realizar estudios a fin de proponer las reformas legales que sean pertinentes conforme a lo dispuesto en la cláusula anterior.



QUINTO: Funcionamiento de la Mesa de Trabajo Interinstitucional.

La forma de funcionamiento de la Mesa de Trabajo Interinstitucional que se formaliza mediante el presente convenio se hará efectiva mediante reuniones ordinarias y extraordinarias entre las partes.

De conformidad a lo anterior, las partes acuerdan celebrar una reunión ordinaria en cada bimestre del año calendario respectivo, a fin de proponer y discutir las materias relativas a la normativa, funcionamiento, ampliación y toda otra relativa al desarrollo de los Tribunales de Tratamiento de Drogas. A dichas reuniones asistirán los representantes de los organismos que suscriben el presente convenio o, en su defecto, un delegado nombrado al efecto.

Las reuniones, en general, tendrán lugar en dependencias del Ministerio de Justicia y siempre serán convocadas por éste. La tabla temática será acordada previamente por las partes a propuesta del referido Ministerio. Se podrá convocar a reunión extraordinaria a solicitud de, a lo menos, dos instituciones participantes del mismo y siempre que la materia a tratar lo amerite.

SEXTO: Coordinación Técnica de la Mesa de Trabajo Interinstitucional.

Para los efectos de concretar los acuerdos del presente convenio y de ejecutar las actividades mencionadas en las cláusulas anteriores, las instituciones establecen que la coordinación técnica de la Mesa de Trabajo Interinstitucional estará a cargo de la Unidad Coordinadora dependiente de la División de Defensa Social del Ministerio de Justicia.

Asimismo, las instituciones suscriptoras del presente convenio tendrán especialmente en consideración, para efectos de dar cumplimiento a los compromisos que emanan del mismo, la función de coordinación e implementación del Programa Tribunales de Tratamiento de Drogas a nivel nacional que efectuará la Unidad Coordinadora del Programa Tribunales de Tratamiento de Drogas dependiente del Ministerio de Justicia, derivando de experiencias piloto, a un programa susceptible de evaluación. Esta Unidad Coordinadora, además velará por la aplicación territorial del programa en todas las regiones del país en forma progresiva a partir del año 2012.



SÉPTIMO: Manual de Procedimiento.

Las partes se comprometen a elaborar un Manual de Procedimiento de los TTD, para adultos y adolescentes, que permita la implementación y operatividad de dichos tribunales, en el plazo de seis meses contados desde la entrada en vigencia del presente Convenio.

El Ministerio de Justicia, mediante la Unidad Coordinadora de los TTD, será el responsable de remitir, a través de un oficio, a las instituciones firmantes, dentro de los treinta días que anteceden al vencimiento del plazo mencionado en el párrafo anterior, la propuesta definitiva del manual, con el objeto que cada institución lo sancione a través de los actos jurídicos que correspondan. Esta aprobación deberá comunicarse mediante oficio remitido de la autoridad máxima de cada institución, dirigido al Ministerio de Justicia, el que deberá enviarse dentro de los treinta días siguientes a la recepción de la propuesta definitiva.

Cualquier modificación al Manual de Procedimiento deberá efectuarse conforme a lo señalado en el párrafo anterior.

OCTAVO: Vigencia.

El presente convenio tendrá una vigencia anual renovable tácitamente, a contar de la fecha en que termine la tramitación del último acto administrativo que lo apruebe. Sin embargo, cualquiera de las partes podrá comunicar su decisión de renunciar al convenio, por escrito, por razones fundadas, con a lo menos sesenta días corridos a la fecha en que se quiera terminar la vigencia del mismo.

NOVENO: Constancia.

Las partes del convenio dejan expresa constancia que este acto no implica compromiso de carácter presupuestario especial. La ejecución del mismo se implementará sin transferencia de recursos y cada institución garantizará su ejecución con presupuesto de operación institucional si fuere necesario para el cumplimiento del convenio interinstitucional.

DÉCIMO: Domicilio.

Para todos los efectos legales y administrativos derivados de este Convenio, las partes vienen en fijar su domicilio en la ciudad de Santiago, sin perjuicio de la implementación o desarrollo de acciones vinculadas que se efectúen en las diversas regiones del país.



DÉCIMO PRIMERO: Propiedad Intelectual.

La propiedad intelectual de todos los informes y antecedentes que se generen como resultado de la ejecución del presente convenio, pertenecerá a las partes firmantes. No obstante lo anterior, las partes se obligan a la utilización de los productos que surjan de la ejecución de las actividades del presente convenio con la única finalidad de fomentar los objetivos definidos en las cláusulas segunda y tercera, para finalidades académicas o para los fines propios de sus respectivas misiones institucionales.

La divulgación, edición, uso total o parcial de los productos antes señalados o la cesión de todo o parte de los derechos de propiedad intelectual a terceros, sólo procederá previa autorización escrita de las otras partes del presente convenio.

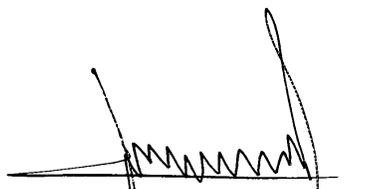
DÉCIMO SEGUNDO: Personería.

La personería de don Teodoro Ribera Neumann para representar al Ministerio de Justicia consta en Decreto Supremo N°576, de 18 de julio de 2011, del Ministerio del Interior; la personería de don Rubén Ballesteros Cárcamo para representar al Poder Judicial consta en el acta N°121-2011, del Tribunal Pleno de la Corte Suprema, de 19 de diciembre de 2011; la personería de don Sabas Chahuán Sarrás para representar al Ministerio Público emana del Decreto Supremo N° 765, de 26 de octubre de 2007, del Ministerio de Justicia; la personería de don Georgy Schubert Studer para representar a la Defensoría Penal Pública consta en Decreto Supremo N° 616, de 15 de septiembre de 2011, del Ministerio de Justicia; la personería de don Rolando Melo Latorre para representar al Servicio Nacional de Menores consta en Decreto Supremo N° 920, de 07 de diciembre de 2010, del Ministerio de Justicia; la personería de don Miguel Ángel Jiménez Segura para representar a Gendarmería de Chile consta en el Decreto Supremo 500, de 2 de junio de 2010, del Ministerio de Justicia; la personería de doña Francisca Florenzano Valdés para representar al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol consta en Decreto Supremo N° 58, de 18 de enero de 2012, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública; la personería de doña Javiera Blanco para representar a la Fundación Paz Ciudadana emana de la centésimo cuadragésimo séptima sesión ordinaria del directorio de la Fundación, de 25 de marzo de 2010, en la que se acordó su designación en calidad de Directora Ejecutiva, reducida a escritura pública el 29 de abril de 2010, ante el Notario Público de la Cuadragésima Primera Notaría de Santiago, don Félix Jara Cadot.

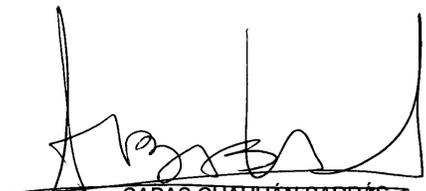


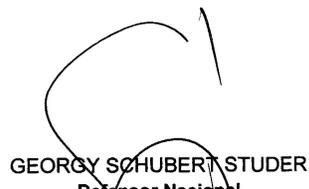
DÉCIMO TERCERO: Ejemplares.

El presente Convenio se firma en ocho ejemplares de idéntico tenor y contenido, quedando cada uno en poder de las partes concurrentes.


RUBÉN BALLESTEROS CÁRCAMO
Presidente
Corte Suprema


TEODORO RIBERA NEUMANN
Ministro de Justicia
Ministerio de Justicia


SABÁS CHAHUÁN SARRÁS
Fiscal Nacional
Fiscalía


GEORGY SCHUBERT STUDER
Defensor Nacional
Defensoría Penal Pública


ROLANDO MELO LATORRE
Director Nacional
SENAME


MIGUEL ÁNGEL JIMÉNEZ SEGURA
Director Nacional (S)
Gendarmería de Chile


FRANCISCA FLORENZANO VALDÉS
Directora Nacional
SENDA


JAVIERA BLANCO SUÁREZ
Directora Ejecutiva
Fundación Paz Ciudadana

DOCUMENTO ANEXO 2

BIBLIOGRAFIA:

Morales, Ana; Welsch, Germán; Cárcamo, Javiera y Muñoz, Nicolás, "Estudio de estimación del presupuesto general para la implementación del programa de Tribunal de Tratamiento de Drogas a nivel nacional, tanto para población adolescente como adulta. INFORME FINAL", Fundación Paz Ciudadana, 2011. Disponible en http://www.pazciudadana.cl/wp-content/uploads/2013/07/2011-04-01_estudio-de-estimacion.pdf .

Fundación Paz Ciudadana, "Herramientas legales para la instalación de tribunales de tratamiento de droga en la legislación comparada", Conceptos, Edición N° 13, 2010. Disponible en <http://www.pazciudadana.cl/wp-content/uploads/2010/02/conceptos-13-herramientas.pdf> .

Fundación Paz Ciudadana, "Tribunales de Tratamiento de Drogas en Chile. Material educativo", 2010. Disponible en http://www.pazciudadana.cl/wp-content/uploads/2013/07/2010-04-28_tribunales-de-tratamiento-de-drogas-en-chile-material-educativo.pdf .

Senda, "Tribunales de Tratamiento de Drogas. Programa de tribunales de tratamiento de drogas para infractores bajo supervisión judicial". Disponible en <http://www.senda.gob.cl/tratamiento/programas/adultos/> .

Cicad, "El Gobierno de Chile y el Poder Judicial institucionalizan los Tribunales de Tratamiento de Drogas como política pública", nota de prensa, disponible http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/fortalecimiento_institucional/dtca/activities/chile_firmaconvenio_marzo2012_spa.asp .

Cicad, "Tribunales de Tratamiento de Drogas: Una Respuesta Internacional para Infractores Dependientes de Drogas". Disponible en http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/dtca/publications/PUBLICACION_FINAL.pdf .

Instituto Costarricense sobre Drogas, Programas de Tratamiento en Drogas Bajo Supervisión Judicial. Disponible en <http://www.icd.go.cr/portalicd/index.php/otras-actividades-upp/capacitaciones-upp/prog-tratamiento-upp?limitstart=0> .

OEA, "República Dominicana lanza programa de tratamiento de drogas bajo supervisión judicial con apoyo de la OEA", comunicado de prensa, disponible en http://www.oas.org/es/centro_noticias/comunicado_prensa.asp?sCodigo=C-240/13 .

ONU, Oficina Contra la Droga y el Delito, "Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación", disponible en https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf .

Open Society Foundation, "Política da Droga em Portugal. Os Benefícios da Descriminalização do Consumo de Drogas", disponible en http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/drug-policy-in-portugal-portuguese-20111206_0.pdf .

Cicad, Boletín Informativo, "Comisión CICAD fija las prioridades políticas regionales sobre drogas para los próximos cinco años", disponible en http://www.cicad.oas.org/Main/pubs/2011-mayo_es.pdf .

Hurtado, Paula, "Tribunales de Droga: Experiencia internacional y posible aplicación en Chile", Fundación Paz Ciudadana, disponible en http://www.pazciudadana.cl/wp-content/uploads/2013/07/2005-12-12_Tribunales-de-droga-experiencia-internacional-y-posible-aplicaci%C3%83%C2%B3n-en-Chile.pdf .

De San Jorge, María, "Los tratamientos obligados por orden judicial en Centroamérica: Análisis de la percepción de jueces y encargados de centros de tratamiento de adicciones", disponible en http://www.liberaddictus.org/art_detalle.php?articulo=939 .

Guzmán, Diana, "Las Cortes de Drogas. Los alcances y retos de una alternativa a la prisión", disponible en <http://www.druglawreform.info/images/stories/documents/cortes-de-drogas.pdf> .

Observatorio Argentino de Drogas, Área de Investigaciones, "Estudio de viabilidad del modelo de Tribunales de Tratamiento de drogas en la República Argentina", 2011, disponible en http://www.observatorio.gov.ar/especificos/temas-especificos/Viabilidad_Cortes_de_drogas.pdf .

Metrolatino USA News, "La OEA y la UE contribuyen a mejorar servicios de tratamiento de drogas", nota de prensa, disponible en <http://metrolatinousa.com/2010/04/22/la-oea-y-la-ue-contribuyen-a-mejorar-servicios-de-tratamiento-de-drogas/> .

Cicad, "Tribunales de Tratamiento de Drogas. Antecedentes", disponible en http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/fortalecimiento_institucional/dtca/background_SPA.asp# .

Cicad, "Evaluación formativa y sumativa. Tribunales de Tratamiento de Drogas en las Américas. Informe de evaluación", disponible en

http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/dtca/publications/files/Evaluation_DTCprogram2014_SPA.pdf .

Poder Judicial de Nuevo León, México, Tribunal para el tratamiento de adicciones. Disponible en <http://www.pjenl.gob.mx/ConsejoJudicatura/tta/noticia31082010.html> .

Panamá América, "Falta de psiquiatras para adictos afecta cobertura en tribunales de drogas", nota de prensa, disponible en <http://www.panamaamerica.com.pa/nacion/falta-de-psiquiatras-para-adictos-afecta-cobertura-en-tribunales-de-drogas> .

Asamblea Legislativa del Distrito Federal, "Inviabile implementación de Cortes de Drogas en DF", nota de prensa, <http://www.aldf.gob.mx/comsoc-inviabile-implementacion-cortes-drogas-df--18790.html> .

Revista Ciudad Nueva, "Argentina inauguró el primer Tribunal de Tratamientos de Drogas", disponible en <http://www.ciudadnueva.org.ar/areas-tematicas/sociedad/argentina-inauguro-el-primer-tribunal-de-tratamientos-de-drogas> .

Diario La Gaceta, "El primer Tribunal de Tratamientos de Drogas debutó en la Argentina", nota de prensa, disponible en <http://www.lagaceta.com.ar/nota/570167/politica/primer-tribunal-tratamientos-drogas-debuto-argentina.html> .

Poder Judicial de Costa Rica, "Programa de tratamiento en drogas bajo supervisión judicial en Costa Rica", nota de prensa, disponible en http://sitios.poder-judicial.go.cr:81/prensa/comunicados_prensa.php?com=347 .

Listin Diario, "Suprema Corte pone en funcionamiento tribunales especializados para drogodependientes", disponible en <http://www.listindiario.com/la-republica/2013/6/14/280743/Suprema-Corte-pone-en-funcionamiento-tribunales-especializados-para> .

Telemetro, "Panamá inicia en febrero un programa para detenidos con problemas de adicción", disponible en http://static2.telemetro.com/nacionales/Panama-programa-detenidos-problemas-adiccion_0_663534541.html#.VBHIB5SSyE5 .

El Tribuno, "Audiencia del Tribunal de Tratamiento de Drogas", disponible en <http://www.eltribuno.info/audiencia-del-tribunal-tratamiento-drogas-n348818> .

La Gaceta, "Una misión de la OEA analizó en Salta el plan de Tribunales de Tratamiento de Drogas", disponible en

<http://www.lagaceta.com.ar/nota/586916/politica/mision-oea-analizo-salta-plan-tribunales-tratamiento-drogas.html> .

Cicad, "La OEA apoya los primeros tribunales de tratamiento de drogas en el Distrito Judicial del Centro de la Provincia de Salta, Argentina", nota de prensa, disponible http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/dtca/activities/argentina/NOTA_PRENSA_SALTA%20_OCT2013.pdf .

Asociación Pensamiento Penal, "Argentina inaugura con apoyo de la OEA su primer Tribunal de Tratamiento de Drogas", disponible en <http://www.pensamientopenal.org.ar/argentina-inaugura-con-apoyo-de-la-oea-su-primer-tribunal-de-tratamiento-de-drogas/> .

El Gong, "Tribunales de Tratamiento de Drogas detectan primer caso en la Región", disponible en <http://www.elgong.cl/component/content/article/15455-tribunales-de-tratamiento-de-drogas-detectan-primer-caso-en-la-region> .

Arias, Doris, "Programa de tratamiento en drogas bajo supervisión judicial", disponible en <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=2642> .

OEA, "Costa Rica lanza Programa de Tratamiento de Drogas Bajo Supervisión Judicial con apoyo de la OEA", disponible en http://www.oas.org/es/centro_noticias/comunicado_prensa.asp?sCodigo=AVI-022/13 .

La Estrella de Panamá, "Inicia programa judicial de tratamiento para el adicto", disponible en <http://laestrella.com.pa/panama/nacional/inicia-programa-judicial-tratamiento-para-adicto/23460947> .

Andina, "Crearían juzgados de tratamientos de drogas en cortes superiores del Callao y Lima Norte", disponible en <http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-crearian-juzgados-tratamientos-drogas-cortes-superiores-del-callao-y-lima-norte-485438.aspx#.VCBKVZSSyE4> .

Em Discussao, "Apesar da falta de vagas, lei já prevê Justiça Terapêutica", disponible en <http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/tratamento-para-dependentes-quimicos/apesar-da-falta-de-vagas-lei-ja-prev-justica-terapeutica.aspx> .

Secchi Cerqueira, Fernanda, "Justiça Terapêutica conceito e aplicabilidade no Brasil", disponible en <http://es.scribd.com/doc/35168892/Justica-Terapeutica-conceito-e-aplicabilidade-no-Brasil> .

Ambito Juridico, "A Justiça Terapêutica como alternativa ao Sistema Penal Brasileiro", disponible en http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=5978 .

Ribeiro, Fernanda, "Justiça Terapêutica", disponible en <http://www.crprj.org.br/publicacoes/jornal/jornal22-fernandaribeiro.pdf> .

Política Nacional Antidrogas de Brasil, disponible en http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/esp/planes_nacionales/Brasil%20-%20ESP.pdf .

Asociacao Brasileira de Justica Terapeutica, "Justiça Terapêutica. Um programa judicial de redução do dano social", disponible en <http://www.abjt.org.br/index.php?id=99&n=158> .

Ley Orgánica de Drogas de Venezuela, disponible en http://www.asoquim.com/QUIM_CONTROL%5CLEY_DE_DROGAS_MODIFICADA_5_Nov2010.pdf .

DOCUMENTO ANEXO 3

ENTREVISTADOR: CONTEXTO O LUGAR:

NOMBRE PARTICIPANTE: FECHA: / /

dd / mm / aa

Pregunta 1 MOSTRAR TARJETA DE DROGAS N°1

Alguna vez en su vida, ¿Ha consumido alguna de las siguientes sustancias? (SIN RECETA O INDICACIÓN MÉDICA)	No	Si
a. Tabaco	0	3
b. Bebidas alcohólicas	0	3
c. Marihuana	0	3
d. Cocaína	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	3
f. Inhalantes	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	3
h. Alucinógenos	0	3
i. Opiáceos	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

1.2 Compruebe si todas las respuestas son negativas:
"¿Tampoco cuando iba al colegio?"

SI	Vuelva a leer la Pregunta 1
NO	-Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista. -Si contestó "SI" a alguno de los ítems de la P1, siga a la P2 para cada sustancia que haya consumido alguna vez.

Pregunta 2 MUESTRE TARJETA DE RESPUESTA N°2

En los últimos 3 meses ¿Con qué frecuencia ha consumido: (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi a diario
a. Tabaco	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	6
c. Marihuana	0	2	3	4	6
d. Cocaína	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	2	3	4	6
f. Inhalantes	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos	0	2	3	4	6
i. Opiáceos	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

Si ha respondido "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6, de lo contrario continúe con la entrevista.

Pregunta 3

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido fuertes deseos o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi a diario
a. Tabaco	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas	0	3	4	5	6
c. Marihuana	0	3	4	5	6
d. Cocaína	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	3	4	5	6
f. Inhalantes	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos	0	3	4	5	6
i. Opiáceos	0	3	4	5	6
j. Otros - especifique:	0	3	4	5	6

Pregunta 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas de salud, sociales, legales o económicos debido al consumo de: (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi a diario
a. Tabaco	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas	0	4	5	6	7
c. Marihuana	0	4	5	6	7
d. Cocaína	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	4	5	6	7
f. Inhalantes	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos	0	4	5	6	7
i. Opiáceos	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

Tarjeta de respuesta - sustancias

a. Tabaco (cigarrillos, cigarrillos habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)
c. Marihuana (cannabis, pitos, hierba, hashish, etc.)
d. Cocaína (coca, pasta base, falopa, crack, etc.)
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, cristal, etc.)
f. Inhalantes (neoprén, gasolina/bencina, pegamentos, solventes, paper, aerosoles, etc.)
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Ravotril/Clonazepam, Alprazolam, Amparox/Lorazepam, Zopiclona, Dormonid/Midazolam, chicala/flunitrazepam, etc.)
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, peyote, ketamina, PCP, etc.)
i. Opiáceos (codeína/paracetamol, Tramal/Tramadol, morfina, metadona, heroína, petidina, etc.)
j. Otros - especifique: (por ejemplo relajantes/sedantes, modafinilo/Mentix, esteroides, anabólicos, etc.)

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

Pregunta 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para cumplir con sus obligaciones habituales a causa del consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi a diario
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas	0	5	6	7	8
c. Marihuana	0	5	6	7	8
d. Cocaína	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	5	6	7	8
f. Inhalantes	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos	0	5	6	7	8
i. Opiáceos	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	5	6	7	8

Pregunta 6 MOSTRAR TARJETA DE RESPUESTA N°3

¿Alguna vez amigos, familiares o alguien más le han mostrado preocupación por su consumo de: (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Marihuana	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	6	3
f. Inhalantes	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opiáceos	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 7

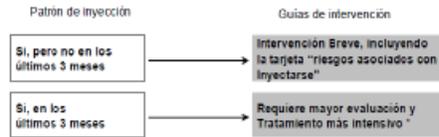
¿Alguna vez ha intentado controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Marihuana	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	6	3
f. Inhalantes	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opiáceos	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
	0	2	1

NOTA IMPORTANTE:

A los pacientes que se han inyectado alguna vez se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este periodo, para determinar los niveles de riesgo.



CÓMO CALCULAR UNA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (etiquetadas de la a. la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7, ambas inclusive. No incluya los resultados ni de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para el cannabis se calcula como: P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c

Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: P2a + P3a + P4a + P6a + P7a

EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DEL PACIENTE PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para sustancia específica	Intervención Mínima	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. tabaco		0 – 3	4 – 20	21+
b. alcohol		0 – 10	11 – 20	21+
c. marihuana		0 – 3	4 – 20	21+
d. cocaína		0 – 3	4 – 20	21+
e. anfetaminas		0 – 3	4 – 20	21+
f. inhalantes		0 – 3	4 – 20	21+
g. sedantes		0 – 3	4 – 20	21+
h. alucinógenos		0 – 3	4 – 20	21+
i. opiáceos		0 – 3	4 – 20	21+
j. otras drogas		0 – 3	4 – 20	21+

NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO puede ser proporcionado por profesionales sanitarios capacitados en adicciones dentro del ámbito de Atención Primaria, o por un servicio especializado para las adicciones cuando este disponible.