

**HACIA UN MODELO DE TRIBUNAL DE TRATAMIENTO DE
DROGAS
PRIMERA RONDA DE TALLERES
QUITO, ECUADOR 10 AL 12 DICIEMBRE DE 2013
(PROPUESTA DE CHILE)¹**

**Roberto Contreras Olivares
Ministro
Poder Judicial de Chile**

¹ Este documento se confeccionó utilizando el texto “Tribunales de Tratamiento de Drogas en Chile” de la Fundación Paz Ciudadana, publicado en enero de 2010, los productos de trabajo de la mesa interinstitucional en los TTD, según Convenio suscrito el año 2012, y exposiciones sobre el tema del Juez de Garantía de Santiago don Alberto Amiot Rodríguez y del autor.

Consideraciones Previas:

En el diseño de un modelo 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).

Ha de considerarse que los TTD combinan la idea de que el comportamiento criminal y la drogodependencia relacionada con aquel pueden ser reducidos a través de un tratamiento comunitario con la idea 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 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 abandonan antes de los 90 días.

El modelo 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 relativamente altas de un año por un 60%, lo que representa una amplia mejora por sobre los programas "de tratamiento 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 clínica y luego son también evaluados clínicamente para comprobar la dependencia de las drogas, 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 entre la 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 aquel que 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 permite 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.

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

El objetivo general del modelo Tribunales de Tratamiento de Drogas es la contribución 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. 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)*.

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 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.

Creemos que se debería 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, y asistencia técnica proporcionando las políticas y herramientas técnicas más avanzadas, que permitan racionalizar y decidir cuáles son las más adecuadas para su propio contexto.

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

2. Aspectos legales.

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

3. Estructura del modelo

3. 1 Rol del juez

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:

1. Es quien decreta el ingreso al programa
2. Establece las condiciones, la duración del programa y vigila su cumplimiento
3. 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.

3.2 Rol del fiscal

Un fiscal que trabaja en un programa TTD debe acomodar 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
- Enfocarse en la resolución de conflictos

Funciones

1. Pesquisa casos que pueden ser incorporados al programa
2. Tras revisar el caso solicita la aplicación del programa en la modalidad que corresponda
3. Participa en el acuerdo de las condiciones de cumplimiento que se establecen
4. Informa al juez en el caso de quebrantamientos
5. Está al tanto del desarrollo del proceso de rehabilitación y participa de las audiencias de revisión del cumplimiento del plan de trabajo

3.3. Rol del defensor

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

- Estar capacitado en temáticas de adicciones
- Ser parte de un equipo multidisciplinario y defender los intereses de su cliente

Funciones

1. Pesquisa casos que pueden incorporarse al programa

2. Informa a su cliente sobre el programa y posibles consecuencias frente al incumplimiento
3. Explica al cliente su rol dentro del programa (no justificará recaídas)
4. Participa en el acuerdo de las condiciones de cumplimiento que se establecen, velando por los derechos del participante
5. Impulsa al cliente a confiar en el equipo del tribunal
6. Está al tanto del desarrollo del proceso de rehabilitación y participa de las audiencias de revisión del cumplimiento del plan de trabajo

3.4. Rol del coordinador

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

- Coordinar la entrega de las listas de casos a las duplas 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

3.5 Rol de la dupla psicosocial

La dupla psicosocial está 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 en dependencias de la fiscalía, o del tribunal

Sus principales funciones son las siguientes:

- Aplicar la sospecha diagnóstica a los imputados
- Realizar una evaluación diagnóstica en profundidad
- 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

3.6 Rol del equipo sanitario que brinda el tratamiento

El equipo 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, y se articula dentro de las redes de atención de salud tradicionales del sistema.

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

4. 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 encarcelamiento evidentemente es más alto que el financiamiento del programa TTD.

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 de cada lugar donde se ha implementado. De la experiencia se podría extraer de un meta-análisis que contenga una propuesta de sistematización más certera del modelo de TTD y los determinantes que propiciaron los factores de éxito del mismo y que son propios y característicos de ese modelo más avanzado.

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

En atención a que se buscan resultados concretos con la implementación del modelo de TTD y a la disposición por parte de las autoridades de gobierno de 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 interesan a las autoridades destacar y relevar, para en un futuro mediano y largo 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 del OCDE/CAD y del 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 base 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 con el que se pueda contar ofrezca una representación razonable del espectro de experiencias del programa.

Chile actualmente cuenta con 29 TTD 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 TTD, por lo que es aconsejable contener en el modelo los factores de éxito del programa, ya que con ello se estaría presentando 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 utilizados con un enfoque de evaluación centrada en la utilización, enfatizando las lecciones aprendidas y las buenas practicas, con el objeto de informar la programación y administración futura.

5. Aspectos judiciales y sanitarios:

Seria interesante que el modelo contenga alguna estructura básica y técnica de protocolización de los aportes del equipo sanitario, para la comprensión tanto de la estructura judicial, como de la estructura sanitaria. La premisa mas importante es destacar la importancia de mantener una línea de relación horizontal en la reunión de “pre audiencia”, para fortalecer y favorecer el trabajo en equipo, ya que lo que se quiere es evitar la repetición de la conducta adictiva y el pensamiento criminógeno.

Se debe tener presente los siguientes aspectos a enfatizar:

- 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).

6. Población Meta y actores:

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 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 CICAD OEA y de la cual forma parte la mayoría de los países de la Cumbre y la estrategia de drogas propuesta por cada gobierno.

Siguiendo esta línea de argumentación, sería conveniente que el modelo contuviera los siguientes aspectos de modo referencial:

A. 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.

B. Capacitación: Indicar de que forma se van a formalizar los protocolos de capacitación para el nuevo personal y equipos que no ha recibido capacitación en la materia

C. Control de desempeño: El programa debe reunir datos básicos sobre las características de antecedentes, fechas de tribunal y estado del programa del participante (por ejemplo, en curso, graduado o finalizado). El programa puede generar estadísticas resumidas a pedido, pero no emite un informe de rutina (por ejemplo, anual).

Se debiera contener los siguientes aspectos de relevancia sanitaria:

a. 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 entre los distintos aspectos propuestos como sigue:

1. 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).

2. 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).
3. 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.

Quito, Ecuador, 11 de diciembre de 2014.