

**INFORME DEL ESTUDIO DE VIABILIDAD DEL MODELO DE
TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE
DROGAS EN LA REPÚBLICA DOMINICANA**

**Informe para la Comisión Interamericana para el Control del Abuso
de Drogas (CICAD), Secretaría de Seguridad Multidimensional de la
Organización de Estados Americanos (OEA)**

Elaborado por las consultoras

Orlidy Inoa Lazala Área Jurídica	Julia Hasbún M Área de Salud
---	---

**Y presentado a la CICAD por el Consejo Nacional de Drogas de
República Dominicana**

Distrito Nacional, República Dominicana

Julio del 2011

MARCO EN EL QUE SE DESARROLLA ESTE ESTUDIO

Nombre del estudio: Estudio de viabilidad del modelo de Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD) en República Dominicana

Propósito del estudio: Elaborar un documento inicial que permita analizar la viabilidad y factibilidad del modelo de TTD en República Dominicana. Sus resultados servirán como punto de partida para la posible implementación en una cantidad de juzgados a definir y a partir de la experiencia alcanzada, para una eventual futura ampliación al resto del país. Se prevé que el presente estudio sea de utilidad como documento de discusión para un taller especializado en el que se discutirá dicha viabilidad y pertinencia.

Antecedentes:

República Dominicana, en la Ciudad de Santo Domingo, participó activamente en el desarrollo y ejecución del proyecto coordinado por CICAD “EU-LAC Alianza de Ciudades en Tratamiento de Drogas”, donde entre otras acciones, se realizaron los primeros intercambios entre expertos (jueces, fiscales, especialistas en tratamiento, representantes locales y nacionales y otros profesionales del área) para promover alternativas de tratamiento al encarcelamiento bajo supervisión judicial para infractores dependientes de drogas. Magistrados y fiscales del país participaron en algunas de estas actividades junto con distintos representantes del Consejo Nacional de Drogas de República Dominicana.

En diciembre de 2010, la Secretaría Ejecutiva de la CICAD anuncia en su 48 periodo de sesiones ordinarias el lanzamiento del programa Tribunales de Tratamiento de Drogas en las Américas, haciendo un especial llamado a los Estados miembros para que manifestaran si sus países tuvieran interés en participar en esta iniciativa. República Dominicana, Costa Rica, Argentina, Jamaica, Suriname, Trinidad y Tobago, Bahamas y Barbados confirmaron su interés.

Como parte de los compromisos iniciales de República Dominicana dentro del marco de esta iniciativa, el Consejo Nacional de Drogas designa a dos consultores para que elaboren un primer borrador de estudio que permita las bases para un debate profundo a nivel político, y la posterior toma de decisiones al respecto de la implementación de este modelo. Las personas que firman este estudio fueron las dos consultoras designadas por el CND para este fin. Lo descrito en este documento es el resultado de dicho estudio.

Marco de actuación: La elaboración de este estudio ha estado coordinada por el Consejo Nacional de Drogas de República Dominicana. Este estudio se ha elaborado para entrega a la Sección de Fortalecimiento Institucional y Programas Integrales de la CICAD/SSM/OEA. Este estudio se presentó formalmente en la Ciudad de Santo Domingo, República Dominicana, el día 2 de agosto de 2011 durante el taller que llevó como título “**Políticas Sociales, Justicia y Tratamiento de Drogas en República Dominicana**”.

Contenidos y componentes: Este estudio tiene dos componentes: (1) judicial, (2) sanitario.

Componente 1. Judicial:

Este componente incluirá los siguientes apartados:

Marco legal (*legal landscape*): Estudio de la posibilidad de incluir el modelo de TTD dentro de la legislación de República Dominicana. Leyes que contemplan la suspensión de la pena y posibilidad de que el/la juez/a pueda seguir ejerciendo la supervisión del caso, tal y como establece el modelo de TTD.

Delimitación geográfica de una experiencia piloto: Descripción de la ubicación y alcance geográfico de la primera experiencia o experiencias piloto de TTD en República Dominicana. Documentar razonamiento.

Impedimentos y obstáculos: Descripción de aquellos obstáculos que la ley vigente o el procedimiento administrativo puede ofrecer a la aplicación del modelo de TTD.

Definición de funciones (rol) y estructura orgánica: Perfil de las personas y actores judiciales (juez, fiscal, abogado defensor, oficial de seguimiento, etc...), que forman parte del modelo de TTD dentro del modelo de República Dominicana. Funciones, perfiles y capacidades. Estructura del modelo de justicia de República Dominicana en lo que se refiere a su interrelación con otros ministerios que pudieran formar parte del modelo TTD.

Protocolo: Opciones de aplicación de un protocolo de funcionamiento para la aplicación del modelo de TTD en República Dominicana.

Apoyos y compromisos: Apoyo de distintas instituciones con las que esta experiencia contaría en caso de llevarse a cabo. ¿Qué compromisos financieros y políticos serían necesarios?

Componente 2. Sanitario:

Este componente incluirá los siguientes apartados:

Contextualización: Marco legal y red de servicios de tratamiento de drogas en República Dominicana, vinculación de la red con usuarios y familiares.

Delimitación geográfica de una experiencia piloto: Ventajas e inconvenientes de desarrollar una experiencia piloto en una ubicación concreta dentro de República Dominicana. Documentar razonamiento.

Diseño y planificación de servicios de tratamiento: Elementos esenciales que caracterizan a los servicios para tratamiento de la dependencia de drogas, así como el modo en que los mismos están organizados e integrados con otros ámbitos asistenciales. Relación con el sistema judicial.

Modelos de intervención y servicios disponibles: Describir qué modelos de intervención y servicios para el tratamiento de dependencia de drogas se encuentran disponibles, en República Dominicana, para la puesta en marcha de esta modalidad, haciendo hincapié en aquellas herramientas metodológicas que se utilizan para la evaluación de programas de tratamiento y rehabilitación. Conocer qué tipo de dispositivos asistenciales, para tratamiento de la dependencia de

drogas, existen en República Dominicana y más concretamente, en la zona designada para el primer proyecto piloto.

Instrumentos e indicadores: Qué instrumentos e indicadores de evaluación de calidad del tratamiento se utilizan en República Dominicana y con qué resultados. Hacer referencia a datos históricos y de base, y dar detalles, si los hay, de estos indicadores en referencia a población actualmente en tratamiento dentro del sistema penitenciario. Índice de reincidencia en el delito y en el consumo de drogas, si estuviera disponible.

Ficha de registro de pacientes: Qué instrumento de registro de usuarios de los servicios de tratamiento se utiliza, qué datos se incluyen. Cómo se hace seguimiento a esta información. En caso de personas dependientes de drogas que cometen delitos, indicar si el juez tiene esta información a su alcance en aquellos casos en los que se deriva el caso a tratamiento.

Centros de tratamiento: Identificación de los centros de tratamiento existentes en los diferentes niveles de atención, tanto públicos como privados. Si es posible, agrupados según la calidad del tratamiento que ofrecen (incluyendo criterios como la cualificación de su personal, accesibilidad por proximidad a centros judiciales o zonas urbanas, infraestructura, etc).

Atención a pacientes bajo supervisión judicial: Describir las características de la atención a población de consumidores problemáticos de drogas bajo supervisión judicial, en República Dominicana. Incluyendo en la caracterización, la demanda potencial de servicios y la cobertura alcanzada. Identificar las fortalezas y debilidades en este campo, así como la capacidad para apoyar el desarrollo de programas de cortes de drogas en la jurisdicción.

BREVE INTRODUCCIÓN

La problemática de las drogas, incluida la derivada del consumo, es un asunto que ha ido generando, no solo una importante producción legislativa, sino un constatable aumento de la litigiosidad y el congestionamiento de los tribunales ordinarios en el país.

No obstante, esta realidad, sobre todo la realidad del dependiente de drogas no ha sido tomada en cuenta para la creación de estructuras especializadas, capaces, tanto de dar respuestas rápidas y de calidad, como de ser un tanto más sensibles a situaciones sociales que afectan de una forma u otra la convivencia pacífica.

La resolución de la Asamblea General de la OEA, del 8 de junio de 2010, adoptada por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) en su cuadragésimo séptimo período ordinario de sesiones, en mayo de 2010, señala que “la dependencia de drogas es una enfermedad crónica y recurrente con múltiples determinantes, tanto biológicos y psicológicos como sociales, y que debe ser considerada y tratada como un asunto de salud pública, tal como el tratamiento de otras enfermedades crónicas”. Asimismo, que “es necesario explorar vías para ofrecer servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción social a infractores de la ley penal dependientes de drogas, como medida alternativa a su prosecución penal o privación de libertad”.

Respecto de los indicadores de delitos del Ministerio Público, encontramos que en el periodo 2005-2010, el delito de drogas es el más frecuente de todos, con 24,576 casos, para un 40.27%.¹ No se especifica el tipo penal.

En este sentido, el modelo de tratamiento de adicciones bajo supervisión judicial, como se verá a lo largo de este informe, constituye un ejemplo posible de la función rehabilitadora que se puede generar a partir de un proceso judicial.

Sabemos que existen varios pendientes en relación a lo anterior, dentro de los cuales se destacan la implementación de adecuados sistemas de reinserción socio laboral, capacitación en temas de salud mental y ciencias sociales a los agentes de justicia,

¹ Otorgados por la Dirección de Gestión del Ministerio Público, en fecha abril de 2011.

presencia de profesionales y técnicos especializados asesorando las decisiones judiciales, apoyo de redes comunitarias y diversidad en la oferta de programas de tratamiento y rehabilitación. Sin embargo, la idea es poder generar un documento que nos permita analizar esta nueva lógica de atención judicial y sus bondades, así como las barreras, tanto desde el punto de vista económico, social y humano.

COMPONENTE JURÍDICO

Orlidy Inoa Lazala

I. MARCO LEGAL

Respecto del marco legal dominicano, nos vamos a referir a los siguientes instrumentos: la Constitución de la República, el Código Procesal Penal y la Ley vigente 50-88 sobre drogas y sustancias controladas. A su vez, la Ley General de Salud, 41-02, también asigna al Ministerio de Salud la responsabilidad de formular las políticas y planes nacionales de salud y de desempeñar funciones esenciales en la salud pública.

A. Constitución

La norma suprema acoge, como una de las funciones principales del órgano persecutor, la resolución alternativa de disputas, la cual se concreta por medio de la utilización de las salidas alternas que fija la normativa procesal penal vigente, como es el caso de la suspensión condicional del procedimiento.

Específicamente, en su artículo 169, párrafo I, señala: *En el ejercicio de sus funciones, el Ministerio Público garantizará los derechos fundamentales que asisten a ciudadanos y ciudadanas, promoverá la resolución alternativa de disputas, dispondrá la protección de víctimas y testigos y defenderá el interés público tutelado por la ley.*

B. Código Procesal Penal

El Código Procesal Penal, por su parte, establece en su artículo 2 que la finalidad del proceso penal es la solución del conflicto, solución que no siempre debe pasar por la encarcelación del imputado del delito. La posición de la Naciones Unidas en este sentido es que los argumentos a favor de las sanciones no privativas de libertad fomentan la reinserción de la persona en la comunidad para su ulterior rehabilitación, y que suelen resultar menos costosas económicamente que las penas de prisión.

Esta visión del proceso se enmarca dentro de lo que conocemos como *Principio de Última Ratio*, donde la aplicación de la pena privativa de libertad debe ser la última de las opciones en las soluciones de los conflictos. También parte de lo que conocemos como *Justicia Restaurativa*, nueva forma de considerar la justicia penal y la política criminal estatal, concentrándose en la reparación del daño causado a las personas y en las relaciones sociales más que en castigar a los infractores de las leyes penales.

El postulado fundamental de la justicia restaurativa es que el delito perjudica a las personas y sus relaciones y que la justicia necesita proveer la mayor subsanación del daño posible a los fines de restaurar la paz social. De tal suerte, la aplicación del Principio de Oportunidad, en cualquiera de sus manifestaciones, puede operar como un mecanismo para que los procesos de mediación se adelanten por fuera del proceso penal.

Una de esas modalidades es la de la Suspensión Condicional del Procedimiento (Art. 40 CPP). Tomando como base el hecho cierto de que el sistema penal no puede tramitar de modo efectivo la totalidad de las infracciones que, en principio, podrían ser calificadas como delictivas, se han instaurado una serie de salidas alternas al juicio penal, las cuales permiten concentrar el sistema de control punitivo en aquellas otras conductas que afectan verdaderamente bienes jurídicos más relevantes para la sociedad. En el grupo de conductas no tan lesivas entran las tipificadas en la ley 50-88 como adicciones, y/o drogodependencia.

Se ha afirmado que la suspensión condicional del procedimiento tiene su base en los principios de proporcionalidad y de racionalidad de la reacción estatal, al estimarse indispensable el realizar algún tipo de selección previa de cara a la decisión de aplicar una sanción de tipo penal ante hechos delictivos de poca relevancia.

Los principales fines de este instrumento político criminal, son los siguientes:

1. Reasignar eficientemente los recursos del sistema penal de acuerdo a criterios razonables y controlables de persecución penal
2. Disminuir la criminalización secundaria y evitar el etiquetamiento formal de la persona condenada por el sistema penal
3. Un relevante descongestionamiento del sistema judicial
4. Propiciar la solución del conflicto social e interpersonal provocado por el hecho delictivo

Por su parte, la doctrina ha señalado que la suspensión condicional del procedimiento es una institución bifronte: por un lado, tiene la capacidad extintiva de la acción penal, y por el otro, se manifiesta claramente como un Principio de Oportunidad, al permitir la solución del hecho sin la necesidad de celebración de juicio, beneficiando a ambas partes (víctima e imputado).

Procesalmente hablando, la solicitud de suspensión condicional provoca las siguientes consecuencias:

1. Fijación de una audiencia oral para escuchar al fiscal, la víctima y al propio imputado
2. Verificados los requisitos por parte del tribunal, se dicta la resolución que ordena el procedimiento
3. Control jurisdiccional por parte del tribunal competente, durante el tiempo estimado en la sentencia para la reparación

En nuestro ordenamiento, procede la suspensión condicional del procedimiento, tal cual señala el artículo 40 del CPP, *en los casos en que sea previsible la aplicación de la suspensión condicional de la pena*, solicitando el Ministerio Público, de oficio o a petición de parte, la aplicación del procedimiento en cualquier momento previo a que se ordene la apertura a juicio.

El control jurisdiccional implica que el juez sólo puede disponer la suspensión condicional del procedimiento cuando el imputado ha declarado su conformidad con la

suspensión, ha admitido los hechos que se le atribuyen y ha reparado los daños causados en ocasión de la infracción.

Los casos en que es previsible la aplicación condicional de la pena, son los siguientes (art. 341 CPP):

1. Que la condena conlleva una pena privativa de libertad igual o inferior a cinco años.
2. Que el imputado no haya sido condenado penalmente con anterioridad.

C. Ley 50-88

En relación al tema que nos ocupa, el art. 54 de esta Ley establece que la condición de adicto o fármaco-dependiente se establecerá luego de que el Fiscal envíe a las personas puestas a disposición de la justicia por consumo de drogas en la categoría de simples poseedores, por ante la Comisión Multidisciplinaria, la que habrá de recomendar al tribunal apoderado la rehabilitación del acusado sometido a evaluación en un centro público o privado, para su tratamiento.

Sin embargo, a pesar de que la Ley hace mención de la condición de adicto, estamos en presencia de un marco normativo sumamente estricto, para el cual la gran mayoría de las infracciones relacionadas a drogas caen bajo la categoría de tráfico, y el simple consumo es penalizado.

Por ejemplo, el artículo 7 de la Ley establece que *cuando se trate de LSD o cualquier otra sustancia alucinógena, lo mismo que el opio y sus derivados, en la cantidad que fuera, se clasificará a la persona o las personas procesadas como traficantes.*

Esta Ley impone una discriminación entre los drogadictos más y menos afectados. Establecer una cantidad tope a la dosis personal, que desconozca las necesidades de uno o varios adictos, introduce una diferenciación artificial e injustificada entre personas enfermas del mismo mal, con la única consecuencia legal de tratar como infractores a los que menos consumen y, como delincuentes, a los más afectados por la enfermedad.

De igual forma, los tratados internacionales reconocen varios derechos y garantías previstos también en la Constitución, entre ellos el derecho a la privacidad que impide que las personas sean objeto de injerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada (artículo 11.2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; artículo 5 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; artículo 12 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y artículo 17.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos).

Con relación a este derecho y su vinculación con el Principio de autodeterminación personal, a nivel interamericano se ha señalado que "el desenvolvimiento del ser humano no queda sujeto a las iniciativas y cuidados del poder público. Bajo una perspectiva general, aquél posee, retiene y desarrolla, en términos más o menos amplios, la capacidad de conducir su vida, resolver sobre la mejor forma de hacerlo, valerse de medios e instrumentos para este fin, seleccionados y utilizados con autonomía. Esto exalta la idea de autonomía y desecha tentaciones opresoras, que pudieran ocultarse bajo un supuesto afán de beneficiar al sujeto, establecer su conveniencia y anticipar o iluminar sus decisiones" (CIDH en el caso Ximenes Lopes vs. Brasil, del 4 de julio de 2006).

Como antecedentes en el Sistema de Justicia Penal dominicano, en cuanto a la atención y manejo de casos de imputados con drogodependencias, podemos señalar la Resolución (aún no aprobada) que crea el *Instructivo General sobre Políticas de Persecución Penal en materia de violaciones a la Ley 50-88, sobre drogas y sustancias controladas*, del Ministerio Público.

Dicho Instructivo establece, para los casos de adicción a heroína, éxtasis, LSD u opio, en los que se pueda establecer la adicción, y siempre que la persona procesada no tenga antecedentes por tráfico de sustancias controladas, o violencia de género o intrafamiliar vinculada a la adicción, que el Ministerio Público podrá promover la aplicación de la Suspensión Condicional del Procedimiento, en los siguientes términos:

- i. El período de prueba propuesto será de al menos un (1) año;
- ii. Se propondrá al Juez que el imputado quede sujeto a las siguientes reglas previstas por el artículo 41 del Código Procesal Penal: 1) No portar ni tener ningún tipo de armas. 2) No visitar lugares o personas asociados al riesgo de reiteración del comportamiento delictivo. 3) Someterse al cuidado y vigilancia de una institución

de rehabilitación, un pariente o un representante de la comunidad, quien deberá rendir un informe periódico del comportamiento del imputado al Juez de Ejecución Penal. Y, 4) Prestar un servicio comunitario.

- iii. Se advertirá al imputado que en caso de posterior repetición del hecho, el Ministerio Público procederá en su contra persiguiéndolo por posesión y/o distribución, de conformidad con la Ley No. 50-88.
- iv. Ante un segundo procesamiento, existe la posibilidad de aplicar la suspensión condicional del procedimiento. En caso de no cumplir el acuerdo previsto en la suspensión, se podrá promover la revocación de la suspensión condicional del procedimiento y presentar acusación.

La justificación legal del presente informe de viabilidad, se fundamenta en los siguientes dos aspectos:

1. **Situación de hacinamiento en cárceles.** De acuerdo al Informe de Gestión del año 2009 de la Defensoría Pública, la capacidad poblacional total de los centros del viejo sistema penitenciario era de 6, 203, sin embargo existen (datos para el 2009) unos 16,336 internos. Es decir que la sobrepoblación es de 10,133 internos, lo que equivale al 62%.
2. **Una práctica instalada en la utilización de la suspensión condicional del procedimiento.** De acuerdo a los datos del Informe de Gestión 2005-2011 del Ministerio Público, en las 31 fiscalías que operan bajo el nuevo modelo de gestión, el porcentaje de casos en los cuales se aplica la suspensión condicional del procedimiento fue de 2.57%, para unos 2,100 casos. Específicamente para el Distrito Nacional, la distribución porcentual por cada departamento revela que dentro del Dpto. de Tráfico y Consumo de Drogas las suspensiones condicionales aplicadas ascienden a 46.9% de los casos, tan solo en el periodo enero 2010-junio 2011. Este porcentaje puede estar reflejando, en su mayoría, casos de consumidores que por la poca discriminación de la ley vigente, pudiesen pasar por traficantes.

II. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA DE UNA EXPERIENCIA PILOTO

Entendemos que la jurisdicción ideal para desarrollar lo que sería un primer proyecto piloto de implementación de este modelo, es el Distrito Nacional, por lo siguientes motivos:

1. El Consejo Nacional de Drogas, que es la entidad gubernamental responsable de la formulación de las políticas de prevención en la materia, y facilitadora de este proyecto, tiene su sede en el Distrito Nacional, por lo que puede dar seguimiento de forma más directa, además de que cuenta con los especialistas del área de la salud necesarios, quienes ejercen sus funciones en esta dependencia.
2. Existen iniciativas de capacitación de personal de la salud del Distrito Nacional y la Provincia de Santo Domingo. Específicamente, la realización de un diplomado en la Universidad Católica de Santo Domingo para formar al personal que laborará en el centro de tratamiento que se piensa instalar.
3. El Procurador Fiscal del Distrito Nacional, y el Procurador General de Corte de Apelación, están en la disposición de apoyar la implementación del plan piloto en su jurisdicción, lo cual contribuiría al éxito del proyecto.
4. Hasta ahora, el único Procurador Fiscal, Licenciado Jonathan Baró, con conocimientos básicos del funcionamiento de este modelo y capacitación en ese sentido, ejerce sus funciones en el Distrito Nacional.

III. IMPEDIMENTOS Y DESAFÍOS

El problema de la drogodependencia es muy complejo e implica intervenciones en áreas que van más allá del mero tratamiento del consumo de drogas.

El principal desafío en este sentido, sería cómo incorporar dentro del tratamiento el abordaje de las conductas criminógenas, sin que ello estigmatice a las personas que presentan un trastorno por abuso o dependencia a sustancias, o afecte el proceso del resto de los usuarios. A pesar de lo anterior, se debe señalar que muchas de las intervenciones

terapéuticas que se dan en un proceso de rehabilitación de drogas, no están dirigidas a mitigar el comportamiento delictivo, pero lo pueden afectar indirectamente, ya que el principal objetivo de un programa de tratamiento de drogas es potenciar la adquisición de un estilo de vida saludable, incompatible con este tipo de conductas.

Dentro de los objetivos que debe cumplir el tratamiento de rehabilitación y que podrían también impactar sobre las conductas delictivas, se destacan los siguientes:

1. Aprendizaje de estrategias cognitivas de autocontrol y de pensamiento dirigido a metas
2. Rescate e incorporación en una red de apoyo que potencie un estilo de vida sano
3. Entrenamiento en manejo de emociones negativas e impulsividad
4. Incorporación de la familia, potenciar su apoyo y acompañamiento, junto con la resolución de conflictos en esta área
5. Instrucción en abordaje de factores de riesgo frente al consumo de drogas

A estos grandes desafíos para el sistema sanitario, se le suman los siguientes:

1. Voluntariedad

Cada vez cobran mayor fuerza en el tratamiento de las adicciones, teorías asociadas a la motivación del adicto, a través de las cuales han surgido estrategias motivacionales que promueven la incorporación y retención en los tratamientos, ya que la voluntad es un proceso cambiante en este tipo de patologías. Con esto se asume que muchas personas comienzan su tratamiento de rehabilitación sin el total convencimiento de poder abandonar el consumo de drogas, sino más bien bajo la coerción de otro tipo de factores internos y externos al entorno de la persona.

Cualquiera que sea la circunstancia que motiva o presiona a un individuo para comenzar su proceso de rehabilitación, es innegable que la principal variable que atraviesa todos los factores antes mencionados es la intención de evitar las consecuencias negativas del consumo problemático de drogas.

Lo clave en todo esto son las estrategias de adherencia que utilizan los proveedores de tratamiento para propiciar la motivación al cambio.

2. Intervenciones específicas

Un desafío relevante que se relaciona con las competencias del equipo terapéutico, es la necesidad de incorporar nuevos conocimientos y estrategias de intervención en el programa de tratamiento que vayan dirigidas al nuevo perfil de usuario, es decir, al consumidor problemático de drogas en conflicto con la ley.

Para estos fines, el equipo debe contar con capacitación y entrenamiento que favorezca la complementación con técnicas estructuradas que aborden la especificidad de este tipo de población. Dentro de estas estrategias se destacan algunos de los principios establecidos por el *Nacional Institute on Drug Abuse* (NIDA) para el tratamiento de drogas en población infractora:

1. Diseño de servicios que se ajusten a las necesidades individuales de la población infractora con consumo de drogas
2. El tratamiento debe tratar los factores que están asociados con la conducta criminal
3. La supervisión bajo el sistema de justicia penal debe incorporar la planificación del tratamiento para delincuentes que abusan de drogas y los proveedores de los tratamientos deben estar conscientes de los requerimientos de supervisión correccional
4. Los delincuentes que abusan de drogas y tienen problemas concomitantes de salud mental con frecuencia requieren un enfoque integrado de tratamiento

3. Entrega de información

Es necesario que los proveedores de tratamiento sean solicitados por los jueces para entregar informes sobre el diagnóstico y el avance del tratamiento de los usuarios que se encuentran en conflicto con la ley. Esta información debe ser lo suficientemente completa como para dar cuenta sobre el estado y los avances del paciente.

Un aspecto central en este sentido, es que el participante comprenda que la información contenida en dicho informe es objetiva, que respeta áreas de confidencialidad y que es un reflejo del desarrollo de su proceso. El tribunal por su parte, debe ser capaz de manejar la

información con el mayor cuidado posible, a través de lo coordinado previamente con el equipo clínico, expresando en las audiencias de seguimiento sólo la información que sea de ayuda para fomentar la adherencia.

El contenido de la información que se entregue, tiene el propósito de promover la comprensión por parte de los actores de justicia del fenómeno en cuestión. De esta manera se evitan revocaciones por incumplimiento a las condiciones, en circunstancias en que el mal desempeño puede explicarse por situaciones psicológicas y/o sociales. Tal es el caso de las recaídas en el consumo, las cuales guardan relación con factores de riesgo que escapan a la voluntad y que, al no manejar la adecuada información, un juez o jueza podría interpretarlas como ausencia de motivación con el tratamiento.

IV. DEFINICIÓN DE FUNCIONES DENTRO DEL MODELO

El modelo de *justicia restaurativa* se diferencia del proceso tradicional principalmente en que incorpora una eficaz estrategia de prevención de la reincidencia, a través de modificaciones cualitativas. Las funciones que deben ejercer cada uno de los actores judiciales que intervienen en este modelo, son las siguientes:

- I. Figura del Juez como agente de cambio:** El juez opera, como un facilitador del proceso de reinserción del infractor. Para lograr lo anterior, el juez debe desarrollar ciertas estrategias comunicacionales muy diferentes a las utilizadas por los magistrados bajo el enfoque tradicional y expresar empatía hacia el imputado. Esto significa, realizar un esfuerzo por comprender la perspectiva del sujeto que delinque y consume drogas, a través, primero, de un profundo conocimiento sobre la drogodependencia, y en segunda instancia, manejando la mayor cantidad posible de información sobre el caso, mediante informes de profesionales de la salud mental que incorporen aspectos personales, familiares y sociales.
- II. Figura del Fiscal:** Un fiscal que trabaja bajo este modelo, debe acomodar su rol tradicional, especialmente en lo que se refiere a adaptar su rol adversarial, y compartir el objetivo común, 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 suspensión condicional del procedimiento
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

III. Figura 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.

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

➤ **Trabajo multidisciplinario:** Las intervenciones que el juez realiza en las audiencias son planificadas previamente por un equipo compuesto por el juez, un fiscal, un defensor y profesionales de la salud mental y de las ciencias sociales,

quienes estudian cada caso, lo ponen en contacto con los tratamientos requeridos y realizan un seguimiento del proceso, a través de la información que obtienen de los centros de rehabilitación. De esta manera, el juez maneja la información necesaria y otorga el espacio en las audiencias de revisión de las medidas establecidas, para que el participante dé cuenta de las dificultades y los logros que ha presentado en su proceso de rehabilitación.

- **Incorporar herramientas de resolución de problemas:** El modelo debe operar como un facilitador que posee la capacidad de acercar a la persona a una solución, a través de aproximaciones cognitivas como: reconocer los factores asociados al conflicto, diferenciar las opiniones de los hechos reales, generar todas las posibles soluciones y considerar las consecuencias. Es un observador externo que aporta objetividad, racionalidad y efectividad al problema, derivando al participante a las instancias apropiadas que le prestarán apoyo en la solución del mismo. En general, frente a las recaídas y al incumplimiento en la prevención de las mismas, se opta por aumentar las estrategias de apoyo y contención o se amplifica la intensidad del tratamiento. También se promueve como sanción, la utilización del trabajo comunitario, aunque la experiencia ha demostrado que no es tan efectivo como medidas que se relacionen con la rehabilitación.

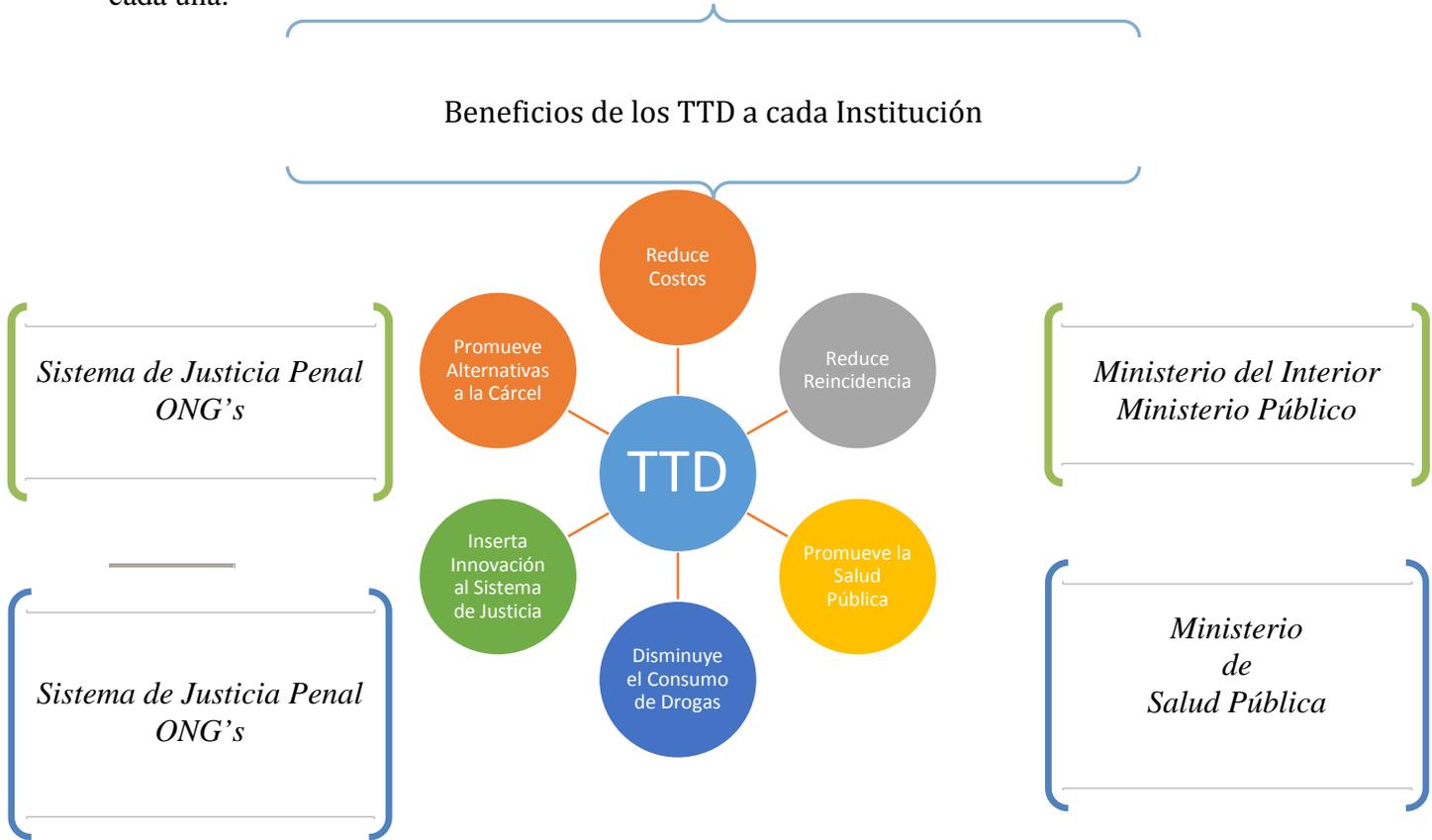
V. PRINCIPALES APOYOS Y COMPROMISOS

Grosso modo, los compromisos básicos que deben darse, tanto desde las instancias gubernamentales, como desde la sociedad civil, para la efectiva implementación del modelo, son los siguientes:

1. Creación de alianzas estratégicas a nivel intersectorial: La Suprema Corte de Justicia, el Ministerio Público, la Defensoría Pública, el Ministerio de Salud Pública, y el Ministerio de Interior y Policía, deben firmar un acuerdo intersectorial para prestar apoyo al programa. Es importante, además, realizar mesas de discusión interinstitucionales donde se aborde la viabilidad del modelo, y se discutan los compromisos que corresponden a cada sector.
2. Respecto del financiamiento, es recomendable que el Ministerio Público firme un convenio con Salud Pública que permita la contratación de psicólogos y asistentes

sociales para manejar los casos del programa, y además que permita la asignación de cupos de tratamiento preferenciales para esta población.

Aquí se presentan las instituciones involucradas y los beneficios que reporta el modelo a cada una:



DOCUMENTOS CONSULTADOS

Constitución de la República Dominicana-2010

Código Procesal Penal Dominicano

Ley 50-88 sobre Drogas y Sustancias Controladas

DROPPELMANN, Catalina: Tribunales de Tratamiento de Drogas: Un esfuerzo interdisciplinario entre la justicia y la salud mental, Fundación Paz Ciudadana, 2010

INOA, Orlydy: El Principio de Oportunidad en el Proceso Penal Acusatorio, Escuela Nacional del Ministerio Público, Colección ENMP, República Dominicana, Sto. Dgo., 2011

LESMES SERRANO, Carlos: Previsiones sobre especialización judicial, Oficina Española de Patentes y Marcas, España, 2001

Tribunales de Tratamiento de Drogas en Chile: Manual Educativo, Fundación Paz Ciudadana, enero de 2010

Páginas consultadas:

www.cicad.oas.org

www.nida.nih.gov

www.pgr.gob.do

ÁREA DE SALUD

Julia Hasbún

1. Evidencias de necesidad de aplicación de un modelo de tribunales de tratamiento alternativo para dependientes de drogas que cometen delitos en la República Dominicana. Sección sanitaria.

Para poder sostener y justificar la aplicación de los tribunales de tratamiento alternativo para dependientes de drogas que cometen delitos, además de los indicadores de hacinamiento en los recintos carcelarios, y la práctica habitual del recurso de la suspensión condicional de procedimiento, se presentan en este reporte los resultados preliminares de un estudio de consumo de drogas en algunos centros penitenciarios que se iniciara como necesidad de disponer evidencias científicas para este estudio de viabilidad.

Si bien es cierto que en un modelo de tribunales de tratamiento alternativo para dependientes de drogas que cometen delitos, los participantes no acceden a los centros penitenciarios, la población con perfiles más similares para poder esclarecer las características de la dependencia de drogas la puede ofrecer la población privada de su libertad que se encuentra recluida en centros penitenciarios con sentencias dictadas.

En el 2002, se realizó un estudio² de consumo reportado de drogas en cárceles dominicanas, pero posterior a esa fecha no se había vuelto a investigar el tema con esta población específica. Era pues necesario, actualizar los datos que se tenían acerca del consumo de drogas en dicha población.

A continuación se presentan los resultados de la aplicación del estudio en cuatro cárceles dominicanas, dos en el Distrito Nacional y dos en el interior. Asimismo, dos centros penitenciarios para hombres y dos para mujeres con una muestra total de 139 reclusos de ambos sexos.

La prevalencia de vida reportada, es decir, el reporte de si alguna vez ha consumido alguna de las drogas investigadas, apunta a que las drogas que se reportan como más consumidas por las personas privadas de su libertad son el alcohol, la marihuana, el tabaco y la cocaína. Los reclusos reconocen haber consumido en mayor proporción las drogas ilícitas que las reclusas, como se observa en la tabla 1.

Tabla 1. Tabla de Prevalencia de Vida de Consumo Reportado de Drogas en la Muestra de Recintos Penitenciarios Preliminares (Estudio de Reporte de Consumo de Drogas en Personas privadas de su libertad por Sentencia Judicial, 2011).

Drogas	Masculino %	Femenino %	Total %
Marihuana	43.1	16.2	36.0
Cocaína	17.6	21.6	18.7
Crack	5.9	5.4	5.8
Heroína	2.9	0.0	2.2
Alcohol	71.6	78.4	73.4
Tabaco	25.7	37.8	29.0
Total (n)	102	37	139

² Hasbún, Julia. Estudio de Consumo de Drogas en Cárceles Dominicanas. Consejo Nacional de Drogas. Santo Domingo, 2002.

Esto puede señalar que el consumo reportado de drogas en esta población es importante y mucho más alto que lo obtenido en poblaciones específicas que sí se han estudiado previamente. En el país no se cuentan con estudios de población general que indiquen las prevalencias de vida del consumo de drogas. En población escolar se cuenta con el último estudio de consumo realizado en el 2008 por el Consejo Nacional de Drogas y PROFAMILIA, en donde se señala que además del alcohol y el tabaco, el consumo de alguna vez en la vida de las drogas ilícitas como estimulantes, marihuana, cocaína y crack fluctúa entre un 10% a menos de un 1%.

La pregunta lógica e inmediata sería si una vez la persona es privada de su libertad y recluida en un centro penitenciario podría consumir drogas. Para contestar esto, se incluyeron preguntas en el cuestionario que reflejaran la percepción que tenía a este respecto, la muestra seleccionada en el estudio.

Menos de la mitad de la muestra percibe que se deja de consumir, proporción aportada eminentemente por el sexo femenino quién reporta que en los recintos penitenciarios para mujeres no se consume drogas. Sin embargo, más de una tercera parte percibe que se sigue consumiendo y si a esto se le añade las respuestas ofrecidas de que podían dejar de consumir y seguir consumiendo (ambas), se tiene que el 54% de la muestra reconoce que en los recintos penitenciarios se sigue consumiendo. Esta percepción es mayormente aportada por el sexo masculino. (Ver tabla 2). Una proporción cercana del 51% afirmó en la encuesta que en los recintos penitenciarios se consumen drogas. (Tabla 3). Y un 42% señala que hay un gran consumo contra un 38% que dice que no hay consumo en los centros penitenciarios. (Tabla 4)

Tabla 2. Tabla de Percepción de Disminución de Consumo de Drogas en el Centro Penitenciario en la Muestra de Recintos Penitenciarios Preliminares (Estudio de Reporte de Consumo de Drogas en Personas privadas de su libertad por Sentencia Judicial, 2011).

Qué pasa cuando entran al Centro penitenciario	Masculino %	Femenino %	Total %
Dejan de consumir	30.4	89.2	46.0
Siguen consumiendo	49.0	2.7	36.7
Ambas respuestas	20.6	8.1	17.3
Total (n)	102	37	139

Tabla 3. Tabla de Percepción de Consumo de Drogas en el Centro Penitenciario en la Muestra de Recintos Penitenciarios Preliminares (Estudio de Reporte de Consumo de Drogas en Personas privadas de su libertad por Sentencia Judicial, 2011).

Reclusos consumen en el centro penitenciario	Masculino %	Femenino %	Total %
Sí	69.6	2.7	51.8
No	21.6	86.5	38.8
No sabe	8.8	10.4	9.4
Total (n)	102	37	139

Tabla 4. Tabla de Percepción de Magnitud del Consumo de Drogas en el Centro Penitenciario en la Muestra de Recintos Penitenciarios Preliminares (Estudio de Reporte de Consumo de Drogas en Personas privadas de su libertad por Sentencia Judicial, 2011).

Existe en el centro	Masculino %	Femenino %	Total %
Un gran consumo	56.9	2.7	42.4
Pequeño consumo	14.7	0.0	10.8
No hay consumo	22.5	81.1	38.1
No sabe	5.9	16.2	8.6
Total (n)	102	37	139

Para mayor claridad se preguntó si había sido testigo presencial de consumo de drogas y un 51% vuelve a ofrecer una respuesta positiva siendo los hombres quienes mayormente señalan en este sentido.

Tabla 5. Tabla de si ha Visto a algún (a) Compañero (a) Consumir Drogas en el Centro Penitenciario en la Muestra de Recintos Penitenciarios Preliminares (Estudio de Reporte de Consumo de Drogas en Personas privadas de su libertad por Sentencia Judicial, 2011).

Reclusos consumen en el Centro penitenciario	Masculino %	Femenino %	Total %
Sí	68.6	2.7	51.1
No	31.4	97.3	48.9
Total (n)	102	37	139

No solo una importante proporción de la muestra señaló el consumo de sus compañeros, sino que también reportaron su propio consumo en los centros. De nuevo es el sexo masculino quien reporta las mayores proporciones de consumo.

Tabla 6- Tabla de Reporte de Consumo de Drogas dentro de los Centros Penitenciarios de la Muestra Preliminar (Estudio de Reporte de Consumo de Drogas en Personas privadas de su libertad por Sentencia Judicial, 2011).

Drogas	Masculino %	Femenino %	Total %
Marihuana	56.8	0.0	50.0
Cocaína	27.8	0.0	19.2
Crack	16.7	0.0	12.5
Alcohol	32.9	6.9	25.3
Tabaco	76.9	85.7	80.0

Otro aspecto a analizar es la reincidencia de las personas que cometen delitos y su asociación con el consumo de drogas. Los resultados obtenidos se presentan en el cuadro 1.

Cuadro 1.
Datos sobre reincidencia de delitos y consumo de drogas.

- Un 37.4% de la muestra reportó haber estado detenido antes en otra ocasión. Un 46.1% del sexo masculino había estado detenido antes, así como un 13.5% del femenino.
- Un 31.7% de la muestra había estado presa en otra ocasión. El 39.2% del sexo masculino había estado preso antes, mientras que solo un 10.8% del femenino señaló en ese mismo sentido.
- El 45.1% de los que tenían consumo problemático de drogas antes de entrar en el centro penitenciario había estado detenido antes. Un 36.6% de las personas con consumo problemático de drogas antes de entrar en el centro penitenciario había estado preso en otra ocasión.
- El 42.3% de las personas con consumo problemático de drogas en el centro penitenciario había sido detenido antes. El 34.6% había estado preso antes.

Es decir, que la reincidencia en delitos puede estar altamente asociada al consumo de drogas.

Con las anteriores evidencias se puede esclarecer que el consumo de drogas es importante en la población que delinque y accede a los centros penitenciarios. Es decir, que además del hacinamiento de las cárceles dominicanas, también se tiene un consumo alto y significativo de drogas legales e ilegales antes de acceder a los centros penitenciarios y también en el interior de los centros.

2¿Para cuáles drogas se debería proveer tratamiento y rehabilitación en el modelo de tribunales de tratamiento alternativo para dependientes de drogas que cometen delitos?

Para contestar esta pregunta, se analizó en el estudio el consumo problemático de drogas que implica sospechas o indicios de adicción a éstas. Este consumo problemático se identificó en dos momentos: antes de que las personas ingresaran en los centros penitenciarios y también el consumo desde el interior de los mismos centros.

La marihuana, el alcohol, el tabaco y la cocaína son las drogas que caracterizan el consumo problemático en esta población, como lo indica la tabla 7.

Es por esto, que se recomienda que sin ser estrictamente excluyentes, se provea tratamiento para la dependencia de estas drogas.

Tabla 7. Identificación de consumo problemático en drogas específicas reportado antes de entrar y desde el centro penitenciario de la muestra preliminar (Estudio de Reporte de Consumo de Drogas en Personas Privadas de su Libertad por Sentencia Judicial, 2011).

Drogas	Antes %	En el Centro P. %
Marihuana	33.1	16.5
Alcohol	28.8	10.0
Tabaco	25.1	20.1
Cocaína	14.3	2.1
Crack	5.0	0.7
Heroína	0.7	
Diazepam	0.7	
No Consumo problemático	40.3	62.6

3. Criterios de elegibilidad para acceder al Programa de los Tribunales de Tratamiento alternativo para dependientes de drogas que cometen delitos.

Las investigaciones existentes en otros países que ya han implementado este tipo de modelo indican que el programa es efectivo, no solo con personas que delinquen con delitos menores, sino también en casos de delitos mayores.³

Según los datos preliminares del Estudio de Reporte de Consumo de Drogas en Personas Privadas de su Libertad por Sentencia Judicial, el consumo problemático de drogas se observa más en delitos tales como tráfico de drogas y homicidios, como se observa en la tabla 8.

Tabla 8. . Identificación de porcentajes de consumo problemático de drogas reportado antes de entrar y desde el centro penitenciario por delito por el cual fue Sentenciado de la muestra preliminar (Estudio de Reporte de Consumo de Drogas en Personas Privadas de su Libertad por Sentencia Judicial, 2011).

Delitos	Consumo problemático reportado antes de entrar al Centro Penitenciario		Consumo problemático reportado desde el Centro Penitenciario		Total %
	Sí %	No %	Sí %	No %	%
Homicidio	36.6	35.1	28.8	40.2	36.0
Violación sexual	9.8	10.5	15.4	6.9	10.1
Consumo drogas	1.	0.0	0.0	1.1	0.7
Tráfico drogas	39.0	31.6	44.2	31.0	36.0
Robo/estafa	7.3	15.8	7.7	12.6	10.8

³ Rempel, Michael. The Impact of Drug Courts: What are the benefits and costs? Presentación ante la CICAD en el 2001.

Violencia Intrafamiliar	1.2	3.5	0.0	3.4	2.2
Secuestro	1.2	3.5	1.9	2.3	42.2
Consumo y tráfico drogas	1.2	0.0	0.0	1.1	
Otros	2.4	0.0	1.9	1.1	1.4
Total	57	82	87	52	139

Se procedió a compartir dichos hallazgos con la Procuraduría General de la República para buscar explicaciones a estos resultados. Esta estructura explicó que se detienen a muchas personas por delitos menores posiblemente motivados por dependencia de drogas o consumo frecuente o abusivo y que se les aplica la suspensión condicional del procedimiento, explicada anteriormente en la sección legal. Se trató de conseguir estadísticas acerca del uso que dan los fiscales a este procedimiento en lo concerniente a drogas, pero no están disgregadas por delito. Pero la percepción de la fiscalía es que es un recurso frecuentemente utilizado por ellos. Esto explicaría por qué en el estudio la dependencia de drogas de las personas privadas de su libertad se concentra en dos delitos mayores como el tráfico de drogas y el homicidio. Pudiera existir un consumo problemático en personas que son detenidas en las fiscalías, pero que son depuradas a través de la suspensión condicional de procedimiento y que hasta el momento no se les haya proveído tratamiento alguno.

En la República Dominicana se recomienda que se inicie el piloto con los casos de delitos menores, excluyendo de momento, las personas con expedientes de delitos mayores. Aunque se reconoce que toda persona tiene el derecho a recibir atención sanitaria, y la persona dependiente a drogas es una persona enferma, para el piloto se restringiría el acceso de momento, para facilitar la aplicación del piloto. Otra recomendación que podría ser facilitadora, es excluir también a las personas imputadas de delitos por violencia intrafamiliar, que específicamente pudieran representar un peligro inmediato para su familia.

Si bien la Ley 50-88 lamentablemente aún no discrimina entre usuarios y traficantes en el caso de drogas como éxtasis, heroína y alucinógenas entre otras, y aunque el criterio de elegibilidad para poder ser candidato a participar en este tipo de programa, excluya al personal acusado de tráfico de drogas, en el caso de estas drogas (como un usuario puede ser confundido con un traficante), se deben analizar las circunstancias de la persona imputada e incorporar a esos falsos traficantes que señala la Ley y tratar de incorporarlos en el programa, siempre y cuando, de momento, hayan sido detenidos por delitos menores. Esta misma situación ocurre con el pesaje de la cantidad de drogas como marihuana, y cocaína encontradas en personas detenidas. Si sobrepasa en general los 5 gramos, la persona es considerada como distribuidora o vendedora lo que la señala como traficante, aunque no lo sea realmente, sino que disponían de dosis mayores para su consumo o dependencia. Esta situación también fue señalada en las fiscalías como problemática pues confunde también el consumo con el tráfico de drogas. No se deben excluir del Programa a éstos otros falsos traficantes.

Entre los delitos menores a ser incluidos como parte de los criterios de elegibilidad del Programa se pueden mencionar:

1. Robo simple o robo con sentencias de tres a cinco años.
2. Golpes y heridas
3. Escándalos en las vías públicas (aunque se señala como infrecuente no se debe descartar pues una persona drogodependiente puede estar propensa a este tipo de conducta)
4. Falsos traficantes de heroína, éxtasis o LSD con delitos menores
5. Falsos traficantes de drogas como marihuana, cocaína y crack con delitos menores.
6. Personas acusadas de violencia intrafamiliar que no impliquen un peligro inminente para sus familias (actualmente se depuran a estos detenidos enviándolos al Centro Conductual para Hombres en donde les proveen tratamiento para modificar su conducta).

Además del tipo de delito, se recomienda incluir el análisis de variables conductuales para el programa piloto que ayuden a la evaluación de riesgo de cada caso. Y es pertinente señalar que la figura de los jueces es fundamental para poder discriminar el peligro ante la sociedad que podrían representar estas personas que delinquen en pequeña escala.

Si bien la suspensión condicional de procedimiento instruye que sus beneficiarios sean personas que delinquen sin antecedentes penales, es preciso analizar que personas con consumo problemático que delinquen para buscar medios de sustento de sus hábitos de drogodependencia tendrán antecedentes penales de una forma u otra, por lo que no se recomienda excluirlos del programa. Excluirlos lo que hará es empeorar la situación tanto para el consumidor abusivo, como para también para la comunidad en donde reside. Es mejor intentar buscar una solución definitiva.

4. Cómo discriminar a las personas que cometen delitos que son dependientes de drogas

La condición de la dependencia a drogas en los posibles candidatos por delitos menores para acceder al programa es esencial. Por el momento y en el estadio del piloto del programa, no se debe trabajar con consumo ocasional o temporal. Por ejemplo, hay fechas de fiestas al año en que el consumo de drogas aumenta, pero que no significa que estas personas sean necesariamente dependientes.

El equipo sanitario multidisciplinario que evaluaría y desarrollaría las historias clínicas debe estar entrenado para estas tareas y debe contar además con instrumentos de pruebas clínicas como son las pruebas toxicológicas. Existen pruebas toxicológicas sencillas que no implican ser enviadas a laboratorios clínicos para su análisis. La rapidez de estas pruebas es esencial en la detección del consumo de drogas.

La prueba de orina es la más popular de todas y se cuenta con pruebas toxicológicas que discrimina el multiuso y el uso de hasta cinco drogas (pruebas de cinco ventanas). Estas pruebas no son infalibles y esto se debe entender. La detección del tiempo de uso de drogas es corta y pueden haber casos de falsos positivos por ingesta de otras drogas no necesariamente adictivas. Pero es una de las pruebas más rápidas con que se cuenta.

También dado que el alcohol es una de las drogas más problemáticas en nuestra sociedad, se debe realizar una prueba de alcoholemia.

Aún con las posibles fallas en la detección de las drogas, es más conveniente usar estas pruebas toxicológicas que no usarlas. Además de la historia clínica se podrá contar con una prueba clínica que señala la ingesta de drogas y aunque sea breve el período de tiempo que detectan (de 72 a 24 horas), se debe analizar que un consumidor con dependencia a las drogas no tiene períodos largos de abstinencia de la droga a la cual depende.

En los casos en donde haya dudas significativas, podrá usarse el recurso de las pruebas capilares (de pelos o cabellos), que puede hacer la detección de consumo en un período de 90 días. Esta prueba es más cara y más tardada, pero sus resultados son más firmes.

El tipo de pruebas de dopaje que se escoja deberá ser el mismo que se aplique en el proceso de monitoreo toxicológico, una vez que la persona participante en el programa esté en tratamiento. Esto así, para que la primera prueba de dopaje realizada sea la línea basal para poder comparar las demás que se le realizan en el proceso del tratamiento.

Otro elemento clave para la detección de los dependientes de drogas es poder contar con personal de la conducta en las fiscalías en donde se realice el piloto del programa. En dichas fiscalías se recomienda la presencia habitual de psicólogos que puedan iniciar la evaluación de los casos, por recomendación de los fiscales. Para estos fines, se deberá analizar el tema siguiente que trata sobre la elección del personal terapéutico.

5. Elección de la estructura para proveer tratamiento y rehabilitación

Para la elección de la estructura que brindará el tratamiento y la rehabilitación se tienen dos opciones:

1. Crear una estructura que provea tratamiento y rehabilitación en el escenario público que podría estar a cargo del Ministerio de Salud Pública. Actualmente no se cuenta con centros públicos específicos para estos fines. Esta creación implicaría la inversión en estructuras físicas y contratación de personal humano. Probablemente su creación implicaría más inversión económica que la compra de servicios.
2. La compra de servicios de tratamiento y rehabilitación a las Organizaciones No Gubernamentales con amplia experiencia e indicios de efectividad ya existentes en la sociedad dominicana. Esta compra de servicios se debe caracterizar por la transparencia de los procesos, por lo que se recomienda que se realice bajo licitación pública como lo indica la Ley de Compras en R. Dominicana. Aún no se tiene una idea precisa del costo de este modelo y no se puede adelantar si sobrepasa la cantidad estipulada en la Ley de compras para exigir los concursos públicos. Pero aún y no se pase del rango o suma de dinero, es conveniente para la Procuraduría hacer uso de recursos y procesos transparentes. Más aún, la Procuraduría es según varios estudios efectuados en el país, la estructura gubernamental con procesos más transparentes en su quehacer.⁴ Para el piloto

⁴ Brea, Ramnina. Duarte, Isis. Estudio de Índices de transparencia en los Ministerios del Gobierno. Participación Ciudadana, 2009.

quizás se pueda hacer una licitación por invitación, más restringida por las pequeñas dimensiones con que se realizará dicho proceso de aplicación del modelo.

Para cualquiera de las dos opciones a escoger se deberá tomar en cuenta los siguientes aspectos que deberán facilitar los parámetros de elegibilidad.

6. Criterios que debe tener el centro o los centros de tratamiento y rehabilitación

- Estar habilitados por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para operar un centro.
- Estar autorizados por del Consejo Nacional de Drogas.
- Contar con infraestructuras físicas adecuadas.
- Contar con protocolos estandarizados de funcionamiento.
- Disponibilidad para operar en la aplicación del modelo de los tribunales de tratamiento por consumo problemático de drogas.
- Poder ofrecer terapia ambulatoria.
- Poder ofrecer tratamiento residencial para aquellos casos que lo ameriten (esta modalidad no se descarta en el modelo).
- Tiempo mayor a 5 años de experiencia (en las ONG de tratamiento en el país, la media es de 13 años según el Registro de ONG de tratamiento de drogas que realizó el Consejo Nacional de Drogas en el 2010).
- Protocolos apropiados de tratamiento.
- Disponibilidad para desintoxicación (detox) de forma apropiada y con personal médico en continuo monitoreo)
- Oferta de terapias conductuales que bajo recomendación del NIDA son los tratamientos que ayudan a comprometer más a las personas con el tratamiento por abuso de drogas. Hay diferentes tipos de terapias y éstas deben ser seleccionadas en base a su idoneidad para los casos que se presenten.
- Un lapso de tiempo apropiado para el tratamiento del participante. Los estudios del NIDA sugieren que los tratamientos por breves períodos de tiempo son poco efectivos pues no toman en cuenta que la recuperación neuronal cerebral no es rápida y puede durar hasta un período de tiempo de un año.
- Oferta de rehabilitación expresada en proveer y formar en ocupaciones técnicas a los participantes. Esto se puede hacer en coordinación con el INFOTEP, que es el organismo gubernamental especializado para la formación técnica. Esto ayudaría a los participantes a poder realmente reinsertarse en la sociedad con empleos dignos y que le aseguren una buena autoestima y aceptación social.

Estos criterios no son exhaustivos en ninguna forma. Pueden añadirse más o modificarse algunos, de acuerdo a las necesidades observadas en la aplicación y desarrollo del modelo.

7. Supervisión, monitoreo y evaluación.

En esta parte se pretende analizar tres quehaceres que son esenciales para el buen funcionamiento del modelo.

Lo primero es tener mecanismos de supervisión que pueda observar el desempeño en general de todas las figuras judiciales y sanitarias, inmersas en el proceso. Para esto se recomienda un equipo multidisciplinario con representantes del área judicial y sanitaria como está estipulado en la Ley 50-88 son su posterior modificación del año 1995 en el artículo 53. Además de los representantes que señala la Ley, se recomienda que se invite a otras figuras de los escenarios de salud y social. Por ejemplo, se recomienda la presencia de los siguientes representantes como invitados:

- Representante de la Suprema Corte de Justicia
- Representante del Consejo Nacional de Drogas
- Representante de la Sociedad Dominicana de Psiquiatría
- Representante del Colegio de Psicólogos
- Representante del Colegiado de Trabajo Social
- Representante de la Sociedad Civil Organizada
- Representante de ONG de tratamiento y rehabilitación, entre otros

Es importante insistir en que haya representantes de la sociedad civil involucrados. Esta presencia puede aumentar la confianza de la ciudadanía en el proceso.

Las funciones de este equipo multidisciplinario supervisor deberán estar claramente detalladas y podrán interactuar con las figuras claves del modelo a aplicar para poder ejercer sus tareas supervisoras.

El monitoreo de los casos debe ser continuo y seguir aún después de que el participante en el programa haya logrado con éxito sus metas. Esto podrá evidenciar el éxito de la aplicación del modelo a largo plazo, constatando que el participante egresado del programa no haya reincidido en el consumo de drogas ni en la realización de delitos. Estos resultados de monitoreo que se llevarían a cabo a través de un plan con indicadores precisos y medibles deben ser registrados sistemáticamente por personal entrenado para tales fines como lo son los trabajadores sociales.

La evaluación es una figura clave para identificar la relevancia, eficacia, eficiencia, e impactos de la aplicación del nuevo modelo. Una vez se decida dar fin a lo que se consideraría como la fase piloto debe haber una evaluación y debe ser realizada por una agencia externa al Programa. Si se decide adoptar el modelo definitivamente, las evaluaciones deben ser planificadas sistemáticamente con periodicidad de dos a tres años como límite de tiempo máximo para realizarlas.

8. Figuras claves en el área sanitaria que pueden favorecer una mejor aplicación del modelo.

Además del juez o jueza, fiscal, defensor público, policía, recomendados anteriormente en este reporte en la sección legal, deberá pensarse en incluir a los siguientes profesionales:

1. Profesional de Psicología con asistencia habitual a las fiscalías para asesorar al fiscal a recomendar a los candidatos para el programa y su posterior evaluación. Esto ayudará a que los fiscales, además del trabajo rutinario que tienen en las fiscalías, cuenten con un elemento científico que pueda dar inicio a sus recomendaciones. La utilidad de este recurso humano deberá evaluarse en el piloto.
2. Trabajadores sociales que permitan proveer seguimientos en los contextos domiciliarios, laborales, académicos y comunitarios de los participantes.
3. Personal técnico que aplique las pruebas de monitoreo toxicológico al azar para tener pruebas clínicas del consumo o no de drogas. Deberán hacerse las pruebas más frecuentes al principio y más espaciadas al final del tratamiento y rehabilitación efectiva del participante.
4. Presencia de personal para la formación técnica de los participantes en el programa. (Puede venir dado en la compra de servicios a ONG o coordinado directamente con el INFOTEP).
5. Y por último, y muy importante, la presencia de los terapeutas encargados de proveer el tratamiento a los participantes.

9. Necesidades de capacitación y formación para el personal humano involucrado.

- ❖ Capacitación para los fiscales, jueces, defensores públicos, trabajadores sociales y psicólogos en conocimientos acerca de consumos de drogas ocasionales y problemáticos. Esta capacitación puede ser facilitada por el Consejo Nacional de Drogas.
- ❖ Capacitación para los y las juezas en técnicas de empatía y entrevistas. Se debe entender que bajo este modelo, la figura del juez es una figura que no sólo administra justicia, sino también terapia y orientación. Según los estudios realizados⁵, esta empatía del juez con los participantes es sumamente efectiva pues crea lazos de empatía entre la autoridad y la persona dependiente de drogas que ha delinquido. La figura del juez administra en el programa sesiones de sanciones y recompensas de corriente conductista, con lo cual resulta convertirse en autoridad judicial terapéutica en las comparecencias. Es también necesario capacitar a los jueces con los elementos básicos de modificación de conducta como castigos, reforzamiento de conducta incompatibles y terapias de extinción. También es esperado que influya en el pensamiento criminal de los participantes para que las actitudes hacia las leyes y reglas sociales se modifique motivando a mayor respeto hacia las leyes (esto fue comprobado por los estudios de Farole en

⁵ Roman et al, 2011 citado por Rempel, Michael. The Impact of Drug Courts: What are the benefits and costs. Presentación ante la CICAD en el 2001.

el 2011 como un elemento fundamental en el proceso terapéutico que lleva la figura del juez.

- ❖ No se excluyen capacitaciones para el personal terapéutico en nuevas corrientes terapéuticas. El Consejo Nacional de Drogas puede ayudar a facilitar esas capacitaciones.

Los perfiles de competencia y funciones de las figuras involucradas deberán estar desarrollados y acompañados con protocolos previamente desarrollados para cada caso o fase del proceso. En este desarrollo deberá involucrarse también el Consejo Nacional de Drogas.

10. Financiamiento del Proyecto.

Con la modificación efectuada a la Ley 72-02 de Lavado de Dinero, la Procuraduría General de la República (PGR) obtiene beneficios monetarios de los bienes decomisados. Se estipuló que un 25% de estos bienes deben beneficiar a la PGR. Por ejemplo, en el caso Figueroa Agosto, los bienes decomisados serán cuantiosos por lo que se podrían usar dichos recursos para la creación y ejecución del piloto. Más adelante, se planificaría con mayor detalle y seguridad, de dónde vendrían los recursos financieros.

11. Manejo y educación a la opinión pública del modelo.

Es esencial que haya un proceso educativo que explique de manera sencilla que con este modelo se imparte justicia remedial al ayudar a las personas dependientes de drogas que delinquen a sanar su enfermedad.

Durante el proceso de desarrollo del Programa de Tribunales de Tratamiento Alternativo para Dependientes de Drogas que Cometan Delitos, debe buscarse el balance de lo que sería la información necesaria a la opinión pública, evitando el ocultamiento y la excesiva difusión, que pueda poner en peligro su aplicación

Simple explicaciones bastarán para que se sepa lo que se está haciendo y no haya confusiones en la percepción de los roles de los fiscales y jueces. Explicar que no es una vía para la impunidad, ni tampoco que la justicia no está operando como debiera. De esta forma no se lesiona la seguridad ciudadana, que pueda malinterpretar de que se “no se encarcela a los delincuentes y los mandan para su casa”. Una explicación a tiempo es menos peligrosa que una explicación tardía.

12. Magnitud del Piloto

Se recomienda que se inicie un piloto con unos 40 participantes en el Distrito Nacional, y que opere en dos o tres fiscalías barriales (de las que tienen más casos de delitos menores). En cuanto al tratamiento a ofrecer, si se elige la opción de la compra de servicios, hacer licitación por invitación (es más barata) y escoger dos ONG que cumplan los requerimientos de las bases del concurso. La capacitación es obligatoria ofrecerla

antes de que inicie el piloto y una vez identificados los recursos humanos. El financiamiento del piloto podría venir de los bienes decomisados del caso Figueroa Agosto.

13. Qué no es viable

1. Realizar el piloto como un ensayo y error, sin cuidar de la aplicación correcta del modelo con todos sus componentes, aunque se aplique en menor magnitud.
2. No tener seguridad en los fondos de financiamiento, que puedan paralizar la aplicación del piloto. Es importante entender que si se abrirán cupos para 40 participantes, una vez se inicie el piloto, los 40 participantes (aunque hayan algunos desertores) puedan tener la seguridad de que puedan finalizar el programa sin inquietudes del futuro del proyecto.
3. Ofrecer tratamiento y rehabilitación con paradigmas fijos para todos los casos sin adaptar la oferta a las circunstancias particulares de cada caso. Los estudios demuestran que la oferta de tratamiento no debe ser ofrecida de forma fija e intolerante (Rempel, 2011).
4. Aplicar el modelo de forma parcial. Las implementaciones parciales de los modelos no son efectivas, ni prueban ningún tipo de efectividad. (Rempel, 2011)
5. Cualquier error que se cometa de tipo significativo en la aplicación del modelo podrá impedir la medición de su efectividad, además de dar paso a satanizaciones de programas que realmente nunca fueron aplicados como debieran y por lo que son descartados como inservibles.

ANEXO: PROTOCOLO DE ACCIÓN

El presente Protocolo de Acción ha sido adaptado tomando como base el elaborado para el modelo norteamericano, el cual contiene las pautas mínimas que deben seguirse a la hora de implementar con éxito este modelo.

1. **Definir un Consejo Consultivo para la implementación del programa. El mismo debería estar conformado por:**
 - a. Juez/a de Tribunal seleccionado
 - b. Un/a Fiscal Adjunto
 - c. Un/a Defensor Público
 - d. Un/a Policía de Investigación
 - e. Un/a representante de los Centros de Tratamiento especializado
 - f. Un/a miembro de sociedad civil experto en el tema

2. **Identificar a los miembros del equipo que implementarían el programa:**
 - a. Tribunal/Juez
 - b. Fiscales
 - c. Defensores
 - d. Supervisión: agentes policiales, agentes del sistema de salud (psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras)

3. **Firma de Protocolo entre instituciones involucradas:** Ministerio Público, Ministerio de Salud, Ministerio de Interior y Policía, Consejo Nacional de Drogas

4. **Identificar/sensibilizar otros actores interesados:**
 - a. Medios de comunicación
 - b. Grupos de apoyo a víctimas
 - c. Ong's de tratamiento

5. **Capacitación de miembros del equipo que implementaría el programa. La capacitación debe contemplar los siguientes aspectos:**

- a. Fundamentos de los problemas por consumo de drogas
 - b. Bases del Tratamiento para Trastornos por Consumo de Drogas
 - c. Exploración y evaluación clínica
 - d. Prevención y manejo de recaídas
 - e. Aspectos procesales de los problemas por consumo de drogas y sus asociación con conductas delictivas
 - f. Bases del tratamiento alternativo
 - g. Modelos de tratamiento alternativo
 - h. Participación comunitaria en el tratamiento de los problemas por consumo de drogas y sus complicaciones sociales
- 6. Realizar (por parte del Consejo Consultivo) un Análisis de los Costos de implementación del programa:**
- a. Herramientas de exploración y evaluación
 - b. Servicios de tratamiento para los problemas por consumo de drogas
 - c. Pruebas toxicológicas para el monitoreo de consumo de drogas
 - d. Capacitación y actualización de recursos humanos
 - e. Tecnología
 - f. Administración
 - g. Compilación de datos
 - h. Investigación
 - i. Comunicación
- 7. Diseñar (por parte del Consejo Consultivo) unos criterios de elegibilidad y descalificación:**
- a. Delitos a ser cubiertos bajo el programa, de acuerdo a marco jurídico (Ley 50-88, CPP)
 - b. Demás criterios a considerar: antecedentes penales, trastornos mentales, nivel de dependencia, entre otros
- 8. Diseñar (por parte del Consejo Consultivo) Protocolo para el Ingreso al programa:**
- a. Diseño de evaluación de riesgos y necesidades del drogodependiente

- b. Definir herramientas instrumentales para el registro, evaluación y seguimiento de casos
- c. Determinar equipo de profesionales responsable de evaluación y seguimiento
- d. Determinar características (perfil) del proveedor de tratamiento
- e. Determinar los paquetes de servicios de tratamiento adecuados para las necesidades específicas de cada perfil de paciente
- f. Definir el protocolo del programa, sus distintas fases y componentes
- g. Definir parámetros de las medidas a ser aplicadas por el Juez

9. Diseñar (por parte del Consejo Consultivo) el Protocolo de Tratamiento:

- a. Desintoxicación/ manejo de abstinencia aguda
- b. Tratamiento ambulatorio intensivo
- c. Tratamiento residencial / hospitalario
- d. Servicios de salud mental para complicaciones psiquiátricas (patología dual)
- e. Tipo y frecuencia de intervenciones para cada etapa del tratamiento
- f. Responsabilidad de los proveedores

10. Diseñar (por parte del Consejo Consultivo) un Protocolo para la realización del Monitoreo Toxicológico del Consumo de Drogas:

- a. Metodología
- b. Frecuencia
- c. Recolección
- d. Informes

11. Diseñar (por parte del Consejo Consultivo) un Protocolo de Comunicación

12. Diseñar (por parte del Consejo Consultivo) un Plan de Recaudación de Fondos para el funcionamiento del programa