

Análisis del proceso de implementación de los Tribunales de Tratamiento de Drogas en Chile

Avanzando hacia una política pública

Marzo 2008

FUNDACION

PAZ CIUDADANA

Catalina Droppelmann R.



Autor: Catalina Droppelmann
Edición: Francisca Werth
Diseño: Francisca Lira

Registro de Propiedad Intelectual N°174.702
ISBN N°978-956-7435-16-6

Contenidos

- I.** Introducción.
- II.** Antecedentes del modelo Tribunales de Tratamiento de Drogas.
- III.** Aplicación en Chile.
- IV.** Descripción de la adaptación del modelo en Chile.
 1. Aspectos legales.
 2. Representantes de las instituciones que intervienen en el programa.
 3. Procedimientos.
- V.** Objetivos y población objetivo.
 1. Objetivos.
 2. Cumplimiento de los objetivos.
 3. Población objetivo.
- VI.** Estado de avance.
 1. Piloto Valparaíso
 2. Piloto zona sur Región Metropolitana.
 3. Piloto zona centro-norte Región Metropolitana.
- VII.** Evaluación a la luz de los principios del modelo TTD.
 1. Los TTD integran los servicios de tratamiento y rehabilitación de drogas y alcohol con el sistema de justicia.
 - 1.1 Coordinación intersectorial.
 - 1.2 Resistencias ideológicas.
 - 1.3 Participación de la red local.
 2. Usando un enfoque no adversarial, fiscalía y defensoría promueven la seguridad pública junto con el respeto por el debido proceso.
 3. Los posibles candidatos son pesquisados prontamente y derivados a la brevedad al programa de TTD.
 - 3.1 Elegibilidad jurídica.
 - 3.2 Sospecha diagnóstica.
 - 3.3 Confirmación diagnóstica.

4. Los TTD proveen acceso a una amplia y variada gama de servicios de tratamiento y rehabilitación.
 - 4.1 Oferta de tratamiento.
 - 4.2 Intercambio de información.
 - 4.3 Intervenciones terapéuticas específicas.
5. La abstinencia se monitorea frecuentemente a través de test de drogas y alcohol.
6. Las consecuencias que tenga el cumplimiento o incumplimiento de las condiciones por parte del participante están establecidas previamente y acordadas por todas las instituciones involucradas.
7. La interacción permanente del juez con cada participante es fundamental.
 - 7.1 Descripción de las audiencias periódicas en la experiencia chilena.
 - 7.2 Calidad de las audiencias.
8. Se monitorea y evalúa constantemente el proceso de impacto del programa.
9. La capacitación interdisciplinaria continua promueve la planificación efectiva del TTD y su operación.
10. Forjando la asociación entre TTD, agencias públicas y organizaciones de base comunitaria, se genera apoyo local a la iniciativa y se favorece su efectividad.
 - 10.1 Perfil del egresado del programa TTD.

VIII. Satisfacción de los usuarios.

IX. Conclusiones y desafíos.

X. Bibliografía



Introducción

Fundación Paz Ciudadana dentro de su línea de trabajo e investigación delincuencia/drogas y salidas alternativas a la reclusión, ha promovido desde el año 2004 la implementación de los Tribunales de Tratamiento de Drogas en Chile. Participó de la implementación de la primera experiencia piloto en Valparaíso y de las experiencias posteriores en la zona sur y centro-norte de la Región Metropolitana. Ha contribuido a la generación de conocimientos, a la evaluación de los procesos, la constante capacitación de los actores y el intercambio internacional. Gracias al apoyo de asociaciones internacionales y de países como Estados Unidos y Canadá, se han promovido visitas de expertos internacionales y viajes de capacitación de profesionales chilenos al exterior.

Tras la firma del protocolo de colaboración en diciembre de 2007, entre la Corte Suprema, el Ministerio de Justicia, el Ministerio del Interior a través de Conace, el Ministerio Público, la Defensoría Penal Pública y Fundación Paz Ciudadana, el programa ha logrado tener apoyo institucional y proyectarse como una política pública. Sin embargo, es necesario velar por una adecuada implementación de este modelo en Chile y asegurar que no se pierda de vista la

rigurosidad de los procedimientos en pro de una expansión acelerada. Por tal razón, Fundación Paz Ciudadana ha comprometido su asesoría técnica y apoyo constante a los programas que se han implementado y a los que están en proceso de instalación. Además, a través de su participación activa en la Asociación Internacional de Tribunales de Tratamiento de Drogas, debe asegurar, que Chile cumpla con los estándares de calidad fijados internacionalmente y realizar evaluaciones de impacto y de procesos que permitan el intercambio de experiencias con otros programas en el mundo.

Este documento pretende aportar, a través, de una mirada cualitativa, a la evaluación y mejora de la aplicación del modelo Tribunales de Tratamiento de Drogas en Chile. De esta manera, se espera perfeccionar todas aquellas áreas en que se observan dificultades y resguardar la fidelidad al modelo internacional en su adaptación a la realidad chilena. Es importante señalar, que este análisis corresponde al período 2007. Durante el primer semestre de 2008 se han incorporado ciertas modificaciones cualitativas y cuantitativas al programa, que no se contemplan en este informe y que serán expuestas en el documento del año 2009.



Antecedentes del modelo Tribunales de Tratamiento de Drogas

6

Numerosos estudios en el nivel mundial demuestran la relación existente entre el consumo problemático de drogas y la delincuencia¹. Sin embargo, se debe ser cuidadoso al establecer una relación causal entre ambos fenómenos, ya que existen diversas variables desencadenantes comunes involucradas, como la pobreza y la exclusión social. La vinculación más directa entre las drogas y el delito es la establecida por Goldstein², quien plantea tres niveles de interacción:

1. **Psicofarmacológico:** Se relaciona con los efectos que provoca el consumo de sustancias mantenido en el tiempo, en el organismo; como la intoxicación, el síndrome de abstinencia y el daño neurotóxico. Especialmente, el consumo prolongado de cocaína y pasta base estaría relacionado al aumento de las conductas violentas, al desencadenar efectos psicológicos como la agitación psicomotora, la búsqueda de sensaciones, el aumento del estado de alerta, la inhibición de los mecanismos de ansiedad frente a la agresión, el incremento de las respuestas defensivas, la alteración del pensamiento y la capacidad reflexiva, entre otras.
2. **Económico-compulsivo:** Se refiere a la criminalidad funcional cometida con el objetivo de obtener dinero para financiar el consumo de drogas. La motivación a delinquir se desencadena a partir del deseo intenso de consumir drogas que aparece durante el síndrome de abstinencia. En casos de consumidores problemáticos de pasta base, la compulsividad podría surgir, incluso, inmediatamente después de la ingesta, ya que este tipo de sustancia tiene un alto potencial adictivo. Esto se explica porque el efecto de la droga es de corta duración, y la disforia -profunda sensación de malestar tras el consumo - es prácticamente inmediata.
3. **Sistémico:** Otro vínculo entre ambos fenómenos es la violencia que se produce en torno al mercado de las drogas. Las zonas marginales donde operan comercios locales de sustancias favorecen la proliferación de violencia, corrupción y delitos hacia los propios pobladores, que muchas veces no son denunciados por temor a las represalias de los traficantes. Esta situación aumenta de manera significativa en países productores de drogas.

¹ Stevens, A, et al. (2003). Summary Literature Review: The international literature on drugs, crime and treatment. QCT Europe, European Institute of Social Service, University of Kent. Disponible en: <http://www.kent.ac.uk/eiss/projects>.

² Goldstein, P. (1985). The drugs-violence nexus; a tripartite framework. *Journal of Drug Issues*, 15, 493-506.

Sin embargo, existen otras teorías que refutan cualquier relación directa entre drogas y criminalidad. Estas sostienen que ambos fenómenos forman parte de un sistema de conexiones desencadenado por el “estilo de vida delincencial”.

Existen diferentes maneras de enfrentar la delincuencia relacionada con las drogas:

- **Medidas preventivas primarias:** Dirigidas a tratar las causas de ambos fenómenos.
- **Medidas preventivas secundarias:** Con el objeto de potenciar acciones sobre los factores de riesgo y protectores.
- **Medidas preventivas terciarias:** Intervenciones directas en los implicados en delincuencia y consumo de drogas.

En este último caso, la justicia puede optar, básicamente, por dos caminos: uno punitivo a través de la ejecución de la pena, o uno terapéutico a través de la rehabilitación.

La evidencia muestra que la rehabilitación tiende a reducir sustancialmente la reincidencia en delitos relacionados con las drogas, versus

el castigo, cuyos efectos disuasivos no se han podido comprobar. De hecho, estudios norteamericanos en infractores muestran cifras de 16,4% de reincidencia al año en egresados de programas de rehabilitación bajo supervisión judicial, porcentaje bastante más bajo que el 43,5% que se presenta en infractores que han seguido el proceso judicial regular³. En Chile, el estudio de seguimiento de egresados de programas de tratamiento de rehabilitación de drogas realizado por Conace durante el año 2006, determinó una disminución de 17% a 1,9% en el delito de robo, tras el proceso de rehabilitación al año de seguimiento⁴.

Con el objeto de disminuir la delincuencia asociada a las drogas, a fines de la década de los 80 surgieron en Estados Unidos, los Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD). Actualmente, existen cerca de 1.800 programas en dicho país y la iniciativa se ha expandido a otros continentes. Los Tribunales de Tratamiento de Drogas funcionan como programas dentro de tribunales, cuya principal característica es que el usuario es derivado a rehabilitación, bajo la supervisión directa e inmediata del tribunal. Para ello existe un sistema de coordinación con los servicios prestadores de tratamiento y las redes comunitarias.

La función del modelo es facilitar el proceso de rehabilitación, utilizando mecanismos de sanciones e incentivos, con la finalidad de fomentar la adherencia y el cambio, potenciando el sentido de autoeficacia. Sus características son⁵:



- a) Los delitos que se incorporan deben estar relacionados con las drogas, es decir, haber sido cometidos bajo la influencia de éstas, o con la finalidad de obtener dinero para financiar el consumo.

- b) El infractor debe presentar un trastorno por abuso o dependencia a sustancias.
- c) El objetivo es reducir la reincidencia a través de la eliminación o disminución del consumo de drogas.
- d) El juez impone como condición el ingreso a un tratamiento de rehabilitación, el cual se puede complementar con otras condiciones.
- e) El tratamiento se desarrolla bajo supervisión judicial, a través de audiencias periódicas, informes del proveedor de tratamiento y reuniones interdisciplinarias de coordinación, que fomentan el proceso de cambio.

³ NADCP. Facts on drug courts. Disponible en: <http://www.nadcp.org/whatis/facts.html>.

⁴ CONACE, (2006). Observatorio Chileno de Drogas. Disponible en: www.conacedrogas.cl.

⁵ Guerra, Pedro. (2006). “Herramientas legales estratégicas para el tratamiento de drogodependencia en infractores de ley”. Santiago, Chile: Fundación Paz Ciudadana.

- f) Existen incentivos para que el infractor ingrese al tratamiento de rehabilitación, ya que el optar por esta posibilidad en vez de recibir condena, es un acto voluntario.

La base teórica que da respaldo al modelo es el enfoque "Problem Solving Courts" o "tribunales orientados a la resolución de conflictos" que nace en la década de los ochenta en EE.UU. Se inserta como un programa de justicia criminal orientado a contribuir a la solución del conflicto subyacente al delito y restaurar el bienestar de la comunidad. Los antecedentes de este modelo se basan en la baja adherencia en el cumplimiento de las medidas alternativas en sancionados y condenados y en dificultades en el monitoreo de las mismas, junto al aumento de la población carcelaria y hacinamiento, así como las altas tasas de reincidencia, victimización y denuncias. Estas circunstancias hacen repensar la manera de

enfrentar el delito y potenciar salidas alternativas eficaces en la disminución de la reincidencia criminal.

Existen diferentes tipos de Problem Solving Courts. Los TTD, materia de este informe, son una clase de ellos. Se han desarrollado además iniciativas en salud mental, violencia intrafamiliar, población aborigen, comunidades, reinserción post penitenciaria, entre otras.

Dentro de los elementos claves que persigue instaurar este programa se destacan:

- Enfoque de caso "a la medida".
- Trabajo intersectorial creativo.
- Toma de decisiones informada.
- Seguimiento judicial.
- Accountability.
- Enfoque en los resultados.





Aplicación en Chile

En Chile existen, hasta ahora, tres proyectos piloto de TTD. El primero de ellos comenzó el año 2004 en la ciudad de Valparaíso, donde jueces, fiscales y defensores se interesaron por aplicar un programa de este tipo, después de un seminario organizado por la Fundación Paz Ciudadana y la Embajada de EE.UU. En esta instancia, la jueza Laura Safer, del Tribunal de Drogas del Bronx (Nueva York), expuso los fundamentos y resultados del modelo. A partir de esa experiencia, el Juzgado de Garantía de Valparaíso, la Fiscalía Regional, la Defensoría Regional, CONACE Regional y el Hospital Psiquiátrico del Salvador, con la coordinación de la Fundación Paz Ciudadana, firmaron un Protocolo de Acuerdo Interinstitucional, que sentó las bases del programa en la V Región. Durante el año 2005, se comenzó a aplicar un programa piloto con los primeros casos y en el mes de junio del mismo año, con el apoyo de UNODC⁶, el equipo coordinador viajó a conocer la experiencia de los TTD en Florida, EE.UU.

Una segunda experiencia surgió a mediados del año 2005, cuando la Fiscalía Metropolitana Sur se interesó en desarrollar un programa similar, basándose en experiencia internacional y en el piloto de Valparaíso. Así, después de diversos esfuerzos de coordinación con otras instituciones

del sistema, a fines de ese año comenzó a operar este segundo proyecto piloto.

Finalmente, en marzo de 2006, con el apoyo de UNODC y del Proyecto Acceso, expertos de EE.UU. y Canadá visitaron Chile con el objetivo de participar en un seminario internacional y supervisar los modelos de trabajo aplicados. Posteriormente, en octubre del año 2006, se inauguró el tercer programa piloto en la Fiscalía Centro Norte, que ya se ha ampliado a todos los tribunales de su jurisdicción. Esta iniciativa cuenta con el apoyo del equipo de salidas alternativas de la Fiscalía Centro Norte y de la Unidad de Atención a Víctimas e Imputados (UATI) de la Defensoría Penal Pública Norte, lo cual le ha otorgado gran eficacia y agilidad a la aplicación del modelo.

Interesados en la profundización de las temáticas relacionadas con droga y delincuencia, en abril de 2006, CONACE y la Fundación Paz Ciudadana convocaron la realización de la mesa de trabajo interinstitucional: "Tratamiento de drogas para infractores en el contexto judicial", en la cual participan el Poder Judicial, el Ministerio Público, la Defensoría Penal Pública, el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Salud y el CESC⁷. Su propósito fue

⁶ Legal Assistance Programme in Latin America and the Caribbean (LAPLAC), United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC).

⁷ Centro de Estudios de Seguridad Ciudadana, Universidad de Chile.

generar una propuesta consensuada de política pública para promover el tratamiento de drogas en población infractora en el contexto judicial.

A partir de esta iniciativa surgieron los documentos: “Marco regulatorio actual, protocolo de procedimiento y posibles reformas legales” y “Sospecha, confirmación diagnóstica y modalidades de tratamiento para adolescentes y adultos consumidores problemáticos de drogas en el contexto judicial”. Todo lo anterior dio origen a un manual de procedimientos consensuado entre todas las instituciones involucradas. Además, CONACE decidió asignar cupos de tratamiento para 119 personas (60% en planes ambulatorios y 40% en programas residenciales). Dichos cupos se repartieron entre los tres proyectos piloto y adjudicó recursos para la contratación de profesionales de apoyo a los pilotos.

En diciembre de 2007 el Poder Judicial, el Ministerio de Justicia, el Ministerio Público,

Conace, la Defensoría Penal Pública y Fundación Paz Ciudadana, firmaron un protocolo de entendimiento para fomentar la implementación de los TTD en Chile. Este apoyo institucional permitió ampliar esta iniciativa durante el período 2008 a las ciudades de Iquique y Antofagasta y a las zonas Oriente y Occidente de la Región Metropolitana. Para esto, Conace y el Ministerio Público firmaron un convenio de colaboración financiera que permitió el traspaso de fondos para la contratación de profesionales de apoyo y para la ejecución del proyecto. Además, Conace aumentó la cantidad de cupos de tratamiento para el año 2008.

Actualmente, las instituciones de la mesa interinstitucional, asignaron representantes para una subcomisión, quienes trabajan en la readecuación del manual de procedimientos para el período 2008 y supervisan el proceso de implementación, para posteriormente informar a las autoridades correspondientes.

IV.

Descripción de la adaptación del modelo en Chile

1. Aspectos legales

Previo a la implementación del proyecto piloto “Tribunales de Tratamiento de Drogas” en Chile, se analizaron las posibles figuras legales a utilizar sin la necesidad de crear tribunales especiales y utilizando la estructura orgánica del poder judicial.⁸

En la experiencia internacional se han utilizado diferentes figuras legales vigentes para implementar programas TTD y en algunos países, con el tiempo se han promulgado leyes específicas para regular este tipo de programas. En Estados Unidos, se utilizan dos modalidades; la primera es un modelo pre-sentencia, donde los cargos son desestimados por la corte al final del tratamiento; y el segundo es un modelo post-sentencia, donde el participante obtiene una rebaja de su condena al finalizar el tratamiento. Modelos similares se utilizan en Australia, Canadá y Gran Bretaña, con diferencias según el tipo de infractor (primerizo o reincidente) o el delito cometido. En Holanda, en cambio, la derivación a tratamiento se puede producir en cualquiera de los tres estadios del

proceso judicial: pre-judicial, judicial y post-judicial. Un aspecto central, que es compartido por todos los países, es la necesaria presencia de voluntariedad del imputado para incorporarse a un programa de este tipo.

En Chile, en el año 2006 fue publicado un artículo de Fundación Paz Ciudadana⁹, cuyo objetivo fue analizar las herramientas legales disponibles para la implementación de los TTD. La conclusión de dicha publicación fue, que las figuras procesales que mejor se adaptarían al modelo TTD son la suspensión condicional del procedimiento y la libertad vigilada. Los beneficios de estas figuras son que en ninguna de ellas es necesario obtener la declaración previa de culpabilidad y que permiten ofrecer un beneficio, ya sea el sobreseimiento de la causa o el cumplimiento de la pena en libertad, frente al tratamiento de rehabilitación de drogas. Tras los acuerdos establecidos en la mesa interinstitucional convocada durante el año 2006, se decidió utilizar la suspensión condicional del procedimiento (SCP), lo cual significa que el marco legal del programa es el que rige esta figura, contenida en los artículos 237-240 y 245-246 del Código Procesal Penal. Esto implica que¹⁰:

⁸ Guerra, Pedro (2006).

⁹ Guerra, Pedro (2006).

¹⁰ Mesa de trabajo interinstitucional de tratamiento de drogas para infractores de ley en el contexto judicial CONACE – Fundación Paz Ciudadana, Comisión Legal, Marco regulatorio actual, protocolo de procedimientos y posibles reformas legales. Santiago. Junio, 2006.

- a) En el programa sólo pueden participar imputados que cumplen con los requerimientos para la SCP, es decir, con pena probable de hasta 3 años y ausencia de condenas previas.
- b) El programa debe durar entre 1 y 3 años. Si el tratamiento tuviese una duración inferior al tiempo señalado, el tribunal continuará realizando audiencias de seguimiento.
- c) El plan de trabajo debe ajustarse a las condiciones de cumplimiento de la SCP (art. 238 del CPP).
- d) La participación en el programa es voluntaria, ya que se requiere del acuerdo del imputado para decretar la SCP.
- e) Si el programa finaliza exitosamente, el caso se sobresee de manera definitiva.
- f) La SCP puede revocarse si el participante es formalizado por un nuevo delito o si incumple injustificadamente, en forma grave y/o reiterada, las condiciones impuestas.¹¹
- g) La víctima tiene el derecho de participar de la audiencia de SCP.

2. Representantes de las instituciones que intervienen en el programa

El principal objetivo de la derivación de infractores consumidores problemáticos de drogas a rehabilitación, es detener el consumo de drogas y evitar la reincidencia, para lo cual se requiere de un trabajo de equipo altamente coordinado. Se debe tener en cuenta que el éxito del programa no sólo tiene relación con aspectos jurídicos, sino que también con aspectos sociosanitarios. En este sentido, la opinión de cada uno de los intervinientes es fundamental para la toma de decisiones del juez, que debe estar orientada a facilitar el proceso de cambio del infractor.

Cada programa piloto está compuesto por un equipo estable, coordinado y altamente capacitado en drogodependencias y en temáticas jurídicas y crimonológicas. Así, se establece que

los casos que sean pesquisados por otros fiscales, defensores o jueces, deben ser derivados al equipo especializado, para que éste realice la audiencia de SCP y las posteriores audiencias de seguimiento. Es recomendable que el equipo se mantenga trabajando junto por un período de tiempo extenso, para favorecer la instalación del modelo.

El dispositivo está compuesto por los siguientes actores¹²:

Juez: Es quien decreta la SCP, establece las condiciones y la duración del programa y vigila su cumplimiento. Impone o 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.

Fiscal: Es el profesional que, tras revisar el caso, solicita la SCP y participa en la negociación de las condiciones de cumplimiento. Informa al juez en el caso de quebrantamientos, está al tanto del desarrollo del proceso de rehabilitación y participa en las audiencias de revisión del cumplimiento del plan de trabajo.

Defensor: Es el abogado que representa al imputado en la audiencia en que se decreta la SCP y participa en la negociación de las condiciones de cumplimiento que se establecen. Debe velar por la participación voluntaria del imputado, explicarle las implicancias de su posible incorporación en el programa de rehabilitación y las consecuencias de su incumplimiento. Participa en las audiencias de revisión del plan de trabajo, promueve el cumplimiento de las condiciones de la SCP y la adhesión al tratamiento.

Dupla psicosocial: Está compuesta por un psicólogo y un asistente social que realizan la pesquisa de casos, coordinan con el centro de tratamiento la confirmación del diagnóstico y el rescate, en caso que el participante no acuda a la

¹¹ La recaída en el consumo de drogas no representa en sí misma una condición para la revocación de la SCP, ya que se asume que ésta puede ser parte del proceso de rehabilitación.

¹² Mesa de trabajo interinstitucional de tratamiento de drogas para infractores de ley en el contexto judicial CONACE – Fundación Paz Ciudadana. Santiago. Junio, 2006. Documento base: Manual de procedimientos diseñado por el equipo de Valparaíso.

entrevista. Tras el ingreso del imputado al programa de rehabilitación, monitorean su participación y coordinan la entrega de información por parte del prestador de tratamiento. Finalmente, al egreso del programa, brindan apoyo para el proceso de reinserción del participante.

Profesional que realiza la confirmación diagnóstica: Es quien realiza la confirmación diagnóstica del caso y propone la modalidad específica de tratamiento, a través de un informe de evaluación de ingreso.

Proveedor de tratamiento: Es el coordinador del centro de rehabilitación al cual es derivado el participante. Informa mensualmente sobre su desempeño y los objetivos del proceso de rehabilitación. Cuando es posible o cuando se le solicite, está presente en las audiencias de revisión del cumplimiento del plan de trabajo. Si no puede acudir a las reuniones de pre audiencia es representado por la dupla psicosocial.

3. Procedimientos

El programa se divide en cuatro fases (ver flujograma de procedimientos pág.14), que se explican a continuación¹³:

Fase I: Ingreso del caso.

Los casos pueden ser ingresados en el control de detención o durante la tramitación de la causa. La dupla psicosocial, tras el consentimiento del imputado, realiza la pesquisa e informa al defensor y fiscal de turno para que el participante sea derivado a la confirmación diagnóstica.

Fase II: Evaluación elegibilidad.

El ingreso de un participante al programa está determinado por los requisitos legales de la SCP. Cada programa piloto puede establecer criterios previamente definidos por las autoridades regionales correspondientes, los cuales deben ajustarse a lo establecido en el nivel nacional.

Además, debe cumplir con un determinado perfil clínico, por ejemplo, presentar un trastorno por dependencia o abuso a sustancias y no presentar otro trastorno mental.

El equipo operativo se reúne una vez al mes con el fin de valorar la elegibilidad de los candidatos sometidos a evaluación, a través del informe clínico de confirmación diagnóstica.

Fase III: Audiencias de SCP.

Antes de la realización de la audiencia de SCP, la unidad de víctimas y testigos del Ministerio Público se comunica con la víctima del delito (si la hubiere) y le informa de la posible inclusión del imputado en el programa. Ésta podrá asistir a la audiencia si lo desea.

La audiencia se realiza con la comparecencia de los intervinientes especializados. La idea es favorecer la participación del imputado impulsándolo a que sea parte activa de la decisión del tribunal, con el objeto de obtener información sobre los factores de riesgo que podrían desencadenar una potencial recaída y decretar las condiciones de la SCP que favorezcan su rehabilitación.

Fase IV: Audiencias de seguimiento.

Estas audiencias ocurren en el mismo bloque de audiencias que la audiencia de SCP y tienen una frecuencia mensual, sin embargo, su periodicidad debe ir variando a partir de los resultados del proceso de rehabilitación del participante. En este sentido, su frecuencia deberá ir disminuyendo a medida que el sujeto cumple satisfactoriamente con el proceso. Tras la SCP se dejarán sin efecto las medidas cautelares a las cuales pudiera haber estado afecto el imputado.

El cumplimiento de los objetivos del proceso de rehabilitación del participante es discutido por el equipo en una reunión mensual de coordinación previo a las audiencias. De esta manera, se establecen medidas terapéuticas que fomenten los factores protectores y disminuyan los factores de

¹³ Mesa de trabajo interinstitucional de tratamiento de drogas para infractores de ley en el contexto judicial CONACE – Fundación Paz Ciudadana. Comisión Legal – Marco regulatorio actual, protocolo de procedimientos y posibles reformas legales. Santiago. Junio, 2006.

riesgo frente al consumo de drogas. El participante debe dar cuenta al tribunal sobre los avances de su proceso de rehabilitación y el juez establece lo acordado previamente por el equipo. Esta fase del programa es altamente relevante, ya que permite utilizar la herramienta jurídica para promover cambios en el comportamiento y profundizar aquellos aspectos psicosociales relacionados con el consumo problemático de drogas.

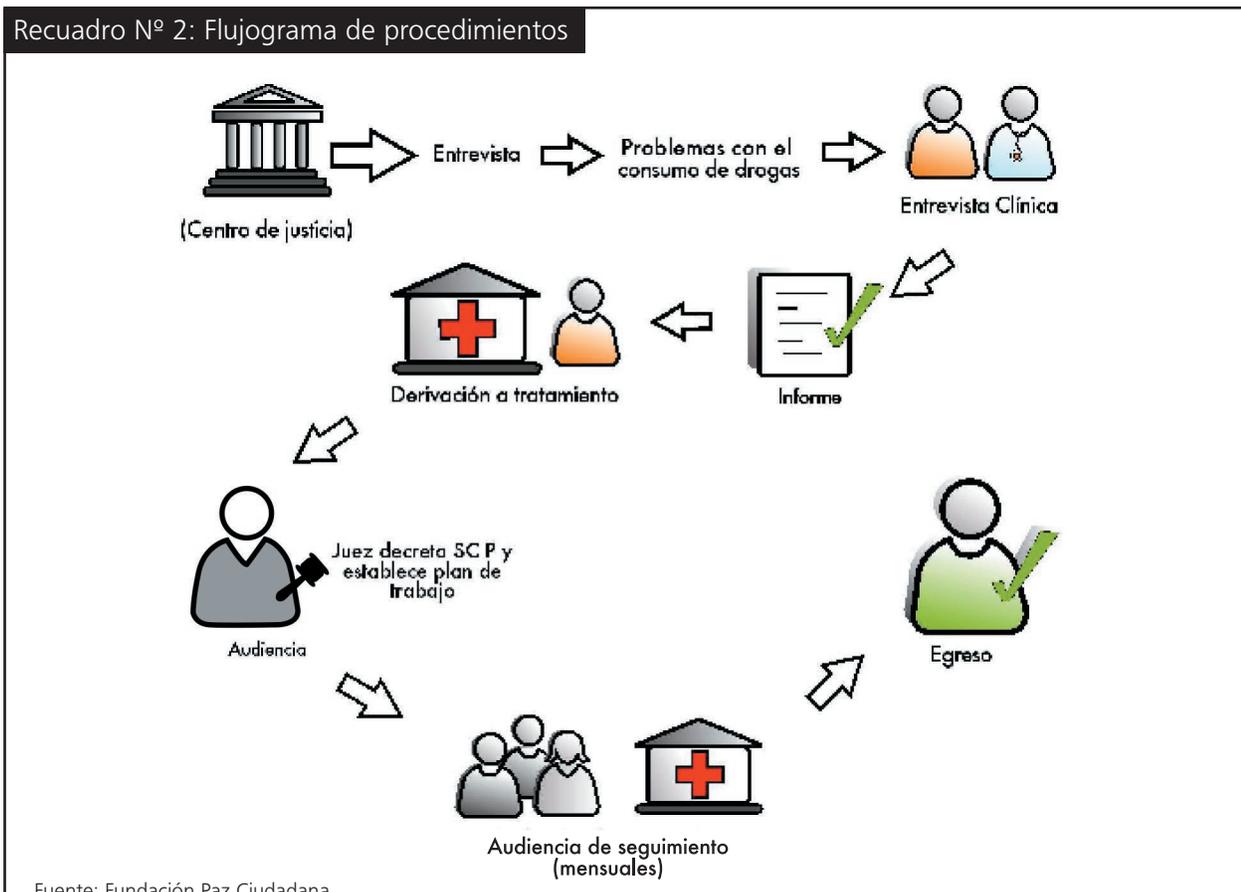
Es importante señalar que el juez podrá modificar las condiciones de la SCP, si alguno de los intervinientes lo solicita. Se sugiere que las modificaciones tengan objetivos terapéuticos. Éstas pueden abarcar, por ejemplo, desde disminuir el período de tratamiento debido a una rápida adherencia y mejoría, hasta sustituirlo por una modalidad más intensiva, en casos que presenten dificultades en la abstinencia. Siempre se tendrá en consideración la voluntariedad del

participante y la posibilidad de modificar la SCP si éste no estuviese de acuerdo con las nuevas medidas establecidas.

La revocación de la SCP podrá ser decretada por el juez, a solicitud del Ministerio Público¹⁴, en el caso que el participante sea formalizado por un nuevo delito o incumpla de manera injustificada, grave y/o reiterada las condiciones acordadas.

Al finalizar el tratamiento y la fase de seguimiento - teniendo en cuenta que el participante ha logrado una reinserción sociolaboral satisfactoria - y después de cumplir el plazo temporal decretado para la SCP, se realizará la audiencia de egreso. En ésta se felicitará al participante por los logros obtenidos, el tribunal hará entrega de un diploma y el caso será sobreseído de manera definitiva. El participante quedará sin antecedentes penales, lo cual favorecerá su proceso de reinserción.

Recuadro N° 2: Flujograma de procedimientos



Fuente: Fundación Paz Ciudadana.

¹⁴ Artículo 239 del Código Procesal Penal.



Objetivos y población objetivo

1. Objetivos

Objetivo de impacto: Disminuir la reincidencia criminal en personas que cometen delitos relacionados con su consumo problemático de drogas a través de su derivación a programas de rehabilitación bajo supervisión judicial.

Objetivo de producto: Implementar en el modelo Tribunales de Tratamiento de Drogas como una política pública anticriminal en las zonas que corresponden a la Fiscalía Centro-Norte, Fiscalía Sur y Fiscalía de Valparaíso.

Objetivos específicos:

1. Derivar a infractores con consumo problemático de drogas a rehabilitación, bajo supervisión judicial.
2. Formar equipos estables en los tribunales correspondientes a la zona metropolitana Centro-Norte, a la zona metropolitana Sur y a la zona de Valparaíso para trabajar el programa TTD.
3. Contar con una oferta de tratamiento prioritaria para los usuarios del proyecto.
4. Generar métodos para la pesquisa, confirmación diagnóstica, derivación y seguimiento desde justicia hacia la red de salud mental.
5. Capacitar continuamente a los participantes del proyecto en la metodología Tribunales de Tratamiento de Drogas.
6. Favorecer las condiciones institucionales que permitan la instalación del modelo.

2. Cumplimiento de los objetivos

El nivel de cumplimiento de los objetivos se establece a través de un análisis cualitativo teniendo en cuenta ciertos indicadores mínimos.

Objetivo de impacto: El cumplimiento de este objetivo se medirá de manera cuantitativa en el año 2009, cuando exista un número considerable de egresados del programa.

Objetivo de producto: Este objetivo se ha logrado cumplir satisfactoriamente en Valparaíso y en la zona centro norte de la Región Metropolitana. Sin embargo, en la zona sur, se han presentado algunas dificultades que se explicarán a lo largo de este documento.

Objetivos específicos	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Comentarios
Derivar a infractores con consumo problemático de drogas a rehabilitación, bajo supervisión judicial.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer procedimientos y coordinaciones de derivación. 2. Establecer un sistema de supervisión judicial. 3. Contar con un número concreto de personas derivadas a tratamiento en supervisión judicial a diciembre de 2007. 	Alto	<p>Este objetivo se concretó a través de la instalación de duplas psicosociales, quienes realizan las coordinaciones para la derivación¹⁵. Además se establecieron flujos e instrumentos de derivación.¹⁶</p> <p>Se levantaron bloques de audiencias de seguimiento.</p> <p>A diciembre de 2007, 68 personas habían sido derivadas al programa.</p>
Formar equipos estables en los tribunales correspondientes a la zona metropolitana Centro-Norte, a la zona metropolitana Sur y a la zona de Valparaíso.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer en cada tribunal equipos compuestos por un fiscal, un juez y un defensor. 	Parcial	<p>Se lograron establecer equipos estables en la zona centro norte de la Región Metropolitana y en Valparaíso.</p>
Contar con una oferta de tratamiento prioritaria para los usuarios del proyecto.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poseer programas ambulatorios intensivos y residenciales en la Región Metropolitana y en Valparaíso. 	Alto	<p>Se establecieron cupos prioritarios de tratamiento para aproximadamente 119 personas.</p>
Generar métodos para la pesquisa, confirmación diagnóstica, derivación y seguimiento desde justicia hacia la red de salud mental.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer un manual de procedimientos. 2. Generar instrumentos para la pesquisa y confirmación diagnóstica y seguimiento. 	Alto	<p>Se construyó un manual de procedimientos que permitió estandarizar las prácticas de pesquisa, confirmación diagnóstica, derivación y seguimiento de los casos ingresados. Además, se diseñaron instrumentos y pautas de informes para homogeneizar el flujo de información.</p>
Capacitar continuamente a los participantes del proyecto en la metodología Tribunales de Tratamiento de Drogas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar capacitaciones y talleres en torno a la metodología TTD y a las drogodependencias. 2. Establecer un sistema de apoyo técnico a los equipos. 	Alto	<p>Se realizaron talleres y seminarios en torno al tema.</p> <p>Fundación Paz Ciudadana realizó un apoyo técnico y acompañamiento a los equipos.</p> <p>Se realizó una visita exploratoria con un equipo de la zona centro norte a Canadá para entrenarse en el modelo TTD.</p>
Favorecer condiciones institucionales que permitan la instalación del modelo.	<p>Establecer en los tribunales correspondientes a las zonas del proyecto, bloques de audiencias mensuales e instancias previas de revisión en equipo de casos.</p> <p>Incorporar a la dupla psicosocial en el sector justicia.</p>	Parcial	<p>Se establecieron bloques en 7 tribunales, no se logró establecerlos en 4 tribunales.¹⁷</p> <p>Se instauraron reuniones de revisión de casos en los tribunales con bloques establecidos.</p> <p>Se logró incorporar a la dupla psicosocial en la fiscalía. Sin embargo, en Valparaíso no se logró conseguir un espacio físico para su trabajo.</p>

Fuente: Fundación Paz Ciudadana.

¹⁵ Se instalaron 22 horas de psicólogo y trabajador social en Valparaíso y 44 horas de los mismos profesionales para la zona sur y centro-norte de la Región Metropolitana.

¹⁶ Los instrumentos se pueden revisar en el manual de procedimientos diseñado por la mesa interinstitucional del proyecto TTD.

¹⁷ Se establecieron bloques en el Segundo, Tercero, Quinto, Sexto y Séptimo Tribunal de Garantía de Santiago y el Tribunal de Garantía de Colina y de Valparaíso.

3. Población objetivo

En el programa Tribunales de Tratamiento de Drogas sólo pueden participar imputados que cumplen con los requerimientos para la suspensión condicional del procedimiento, es decir, con pena probable de hasta 3 años y ausencia de condenas previas.

Además, se establecen los siguientes criterios clínicos para ingresar al programa, los cuales son constatados a través de una "confirmación diagnóstica":

- Presentar un trastorno por abuso o dependencia a drogas.
- Presentar compromiso biopsicosocial moderado a severo.
- Tener 20 años o más.
- Manifestar disposición voluntaria a participar en el programa.

La población objetivo del programa debe cumplir con los requisitos antes mencionados. Todo aquel que no calce dentro de este perfil, no podrá ingresar a tratamiento bajo esta modalidad. Por otro lado, existe una serie de factores que no se han logrado considerar en la evaluación clínica y que podrían resultar cruciales para el éxito del programa en la reducción de la reincidencia criminal. El criterio principal es la relación existente entre el delito y el consumo problemático de drogas. En todo caso, aunque se trate de una relación directa, indirecta o multicausal, existe la posibilidad de establecer un acercamiento a dicha relación a través de la entrevista clínica.

Perfil de la población objetivo

A partir de un análisis de la información obtenida sobre los usuarios del programa se pueden rescatar algunas características relevantes sobre los participantes, lo cual permite observar las diferencias particulares de la zona en que se instala cada programa piloto. Hasta la fecha, sólo se cuenta con información completa en el programa piloto de Valparaíso, ya que los otros pilotos no contaban con bases de datos completas. Esta

información permite conocer ciertas características del perfil de usuario, pero no permite hacer generalizaciones ni es representativa del total de los participantes del programa TTD. Se espera contar durante el próximo año con un sistema de registro más completo que permita rescatar aspectos relevantes del perfil de la población objetivo.

Hasta octubre de 2007 se habían ingresado un total de 19 personas al programa, de las cuales se pudo obtener información que permite hacer algunas aproximaciones acerca del perfil de usuario.

- a) **Sexo:** 100% de los casos corresponde al sexo masculino.
- b) **Edad:** La edad promedio de los usuarios es de 29 años.
- c) **Escolaridad:** La mayor cantidad de usuarios posee estudios de enseñanza media incompleta. La distribución es la siguiente:

Nivel de estudios	Porcentaje
Enseñanza media incompleta	40%
Enseñanza media completa	18%
Enseñanza básica completa	18%
Enseñanza básica incompleta	18%
Estudios superiores completos	6%

- d) **Delito:** La mayor concentración de delitos por los cuales fueron formalizados los participantes, se ubica en los delitos contra la propiedad, alcanzando 66 %. Además, 17% de los delitos corresponden a Ley de Violencia Intrafamiliar y otro 17% a Ley de Drogas.
- e) **Nivel socioeconómico:** A través de la información aportada por los centros de rehabilitación, se categorizó a los participantes de acuerdo a su nivel socioeconómico. Los resultados arrojaron que 64% de los participantes corresponden a un nivel socioeconómico bajo y 36% a nivel socioeconómico medio.
- f) **Droga principal:** La mayoría de los participantes refirió la pasta base como su droga principal, lo cual representa 67% de los casos. A continuación se refiere el alcohol, representado por el 17% de los casos. En tercer

lugar, se encuentra la cocaína, representada por 11% de los usuarios. Por último la marihuana es referida por sólo a 5% de los participantes.

- g) **Plan de tratamiento:** La oferta de tratamiento con la que se contaba hasta el mes de marzo de 2007 eran cupos para el programa ambulatorio intensivo. A partir de ese año la oferta se amplió a planes residenciales. Esto indica que la proporción de casos derivados a tratamiento corresponde a la oferta de tratamiento y no necesariamente refleja la demanda de atención de los casos incorporados. Hasta el mes de octubre de 2007, los participantes en programa ambulatorio intensivo representaban 79% de los casos y los que se incorporaron a tratamiento residencial representaban el 21% de los casos.
- h) **Compromiso biopsicosocial:** Según la información aportada por los centros tratantes, la mitad de los casos corresponde a un nivel de compromiso biopsicosocial moderado y la otra mitad a un nivel severo.
- i) **Red de apoyo:** 94% de los participantes que contaban con una red de apoyo funcional o rescatable. Mientras que sólo el 6% no presentó red de apoyo.
- j) **Situación laboral:** Al ingresar al programa la mayoría de los participantes se encontraban desocupados, lo cual representa 64% de los

casos. El 31% tenía un trabajo informal y el 6% estaba inserto en la red de trabajo formal.

- k) **Término del programa:** Hasta el mes de octubre 26% de los participantes había egresado, 21% se encontraba en programa, 37% lo había abandonado y 16% había sido revocado.
- l) **Reincidencia:** Los 5 participantes egresados del programa no han sido formalizados por un nuevo delito.¹⁸

Comentarios

El perfil de usuario que ha ingresado al programa piloto Tribunales de Tratamiento de Drogas de Valparaíso, se caracteriza principalmente por ser hombres en edad adulta, de nivel socioeconómico bajo, sin trabajo formal y sin haber terminado su escolaridad (el 77% no ha terminado la enseñanza media). La droga principal que más prevalece entre los usuarios es la pasta base y los delitos que mayoritariamente han cometido son delitos contra la propiedad. La mayoría de los usuarios posee red de apoyo y el compromiso biopsicosocial se distribuye entre el moderado a severo. Respecto a las tasas de reincidencia, no se observa reincidencia en el delito en los casos que han egresado del programa.

VI.

Estado de avance

Los tres programas piloto de Tribunales de Tratamiento de Drogas que se han implementado, han tenido desarrollos y procedimientos diferentes. Por tal razón, es que el análisis se realizará por separado.

1. Piloto Valparaíso

El Piloto de Valparaíso comenzó a funcionar en noviembre del año 2004, tras suscribir un "Protocolo de Entendimiento" entre la Fiscalía Regional, la Defensoría Penal Pública Regional, el Juzgado de Garantía de Valparaíso, Conace Regional, el Hospital del Salvador y Fundación Paz Ciudadana. Hasta el año 2007 las confirmaciones diagnósticas y los tratamientos fueron realizados en el Hospital del Salvador. En junio de ese mismo año, Conace aportó con la contratación de media jornada de una dupla psicosocial, quienes realizan las sospechas diagnósticas; y con once horas de psiquiatra para apoyar al equipo confirmador del hospital.

El equipo de fiscal, juez y defensor en Valparaíso se ha mantenido constante a lo largo de los años, lo cual ha sido un gran beneficio para el proyecto.

Además, en junio de 2005 parte del equipo viajó a EE.UU. para conocer el modelo Tribunales de Tratamiento de Drogas y han contado con el constante apoyo técnico de Fundación Paz Ciudadana, lo cual ha favorecido la fidelidad con el modelo.

19

Estadísticas

Los datos estadísticos presentados corresponden a los meses entre julio y diciembre de 2007, de manera de concordar con los datos entregados por las duplas psicosociales, quienes no informaron en las estadísticas sobre los casos anteriores a su incorporación en el proyecto. Sin embargo, se debe señalar, que este piloto contaba antes del ingreso de la dupla psicosocial con un total de 21 casos pesquisados, 13 incorporados al programa, 2 casos revocados y 5 egresados.

Casos pesquisados	33	100%
Casos con sospecha positiva	25	76%
Casos que asisten a confirmación diagnóstica	15	60%
Casos que no presentan voluntad de ingresar	3	12% ¹⁹
Casos que cumplen con el perfil legal y clínico	8	32% ²⁰
Casos en proceso de rehabilitación	6	24% ²¹

¹⁹ Porcentaje respecto al total de casos con sospecha positiva.

²⁰ Idem.

²¹ Idem.

2. Piloto zona sur Región Metropolitana

El piloto de la zona sur comenzó a funcionar el año 2006. La firma del acuerdo que propiciara actividades conjuntas entre las diferentes instituciones se logró el 13 de septiembre de 2006. Este acuerdo fue suscrito por la Fiscalía Regional y la Defensoría Penal Pública Regional.

Hasta el año 2007, este piloto contó con cupos de tratamiento que instituciones como Carpe Diem y la Corporación La Esperanza donaron para estos fines. Además, tuvo apoyo del Servicio de Salud Metropolitano Sur para las confirmaciones diagnósticas y las derivaciones a tratamiento. A partir de ese año, este piloto comenzó a contar con la presencia de una dupla psicosocial instalada en la Fiscalía Centro-Norte, con profesionales para confirmación diagnóstica instalados en siete centros de salud y con cupos de tratamiento prioritarios distribuidos en la Región Metropolitana.

Estadísticas

Al igual que en el caso de Valparaíso este piloto venía funcionando previo a la incorporación de la dupla psicosocial. En este sentido este piloto había incorporado a 7 personas a tratamiento, 2 casos se habían revocado y 4 personas habían egresado del programa. Sin embargo, para los fines de este informe se tomarán en cuenta los datos estadísticos aportados por la dupla psicosocial que corresponden a los meses entre julio y diciembre de 2007.

Casos pesquisados	98	100%
Casos pesquisados en la ZST ²²	70	71%
Casos pesquisados durante la tramitación de la causa	28	29%
Casos con sospecha positiva	65	66%
Casos que asisten a citación con la dupla	43	66% ²³
Casos que asisten a confirmación diagnóstica	16	25% ²⁴
Casos que ingresan	11	17% ²⁵

²² Zona de seguridad y tránsito.

²³ Porcentaje respecto al total de casos con sospecha positiva.

²⁴ Idem.

²⁵ Idem.

²⁶ Zona de seguridad y tránsito.

²⁷ Porcentaje respecto del total de casos con sospecha positiva.

²⁸ Idem.

²⁹ Idem.

3. Piloto zona centro-norte Región Metropolitana

El piloto de la zona centro-norte comenzó a funcionar en noviembre de 2006. Durante los primeros meses de funcionamiento contó con el apoyo de la Corporación La Esperanza para la realización de las confirmaciones diagnósticas y los tratamientos de rehabilitación. Luego, a partir del mes de marzo se comenzaron a utilizar los cupos de tratamiento prioritarios aportados por Conace. En el mes de junio se instaló una dupla psicosocial en la fiscalía, quienes realizan las sospechas diagnósticas para la zona centro-norte y para la zona sur. Este piloto ha contado, además, con el apoyo de la Unidad de Salidas Alternativas de la Fiscalía Centro-Norte y con la Unidad de Apoyo a la Defensa de la Defensoría Penal Pública Norte. Para este programa no fue necesaria la firma de un protocolo de colaboración particular entre las instituciones participantes, ya que se suscribió al "Protocolo de Colaboración" que firmaron las instituciones en el nivel nacional.

Estadísticas

Previo a la incorporación de la dupla psicosocial, este piloto contaba con un total de 18 personas incorporadas a tratamiento. Al igual que en los casos anteriores, las estadísticas que se exponen corresponden a lo reportado por la dupla psicosocial entre los meses de julio y diciembre de 2006.

Casos pesquisados	480	100%
Casos pesquisados en ZST ²⁶	419	87%
Casos pesquisados durante la tramitación	61	13%
Casos con sospecha positiva	154	32%
Casos que asisten a citación con la dupla	78	51% ²⁷
Casos que asisten a confirmación diagnóstica	47	31% ²⁸
Casos que ingresan a tratamiento	39	25% ²⁹

Comentarios

La cantidad de pesquisas de casos desde que se incorporó la dupla psicosocial en el programa ha sido considerable. Entre los meses de julio y diciembre se pesquisaron 611 casos, de los cuales 79% corresponde a la zona centro-norte, 16% a la zona sur y 5% a Valparaíso. Estas diferencias entre las zonas responden a la cantidad de casos que son marcados para pasar a sospecha diagnóstica por las fiscalías y la cantidad de tribunales incorporados al proyecto.

Por otro lado, se observa que en promedio 58% de los entrevistados presentan sospecha positiva

para el consumo problemático de drogas, lo cual coincide con los estudios sobre la relación entre delito y droga tanto en el nivel nacional e internacional, los cuales plantean una presencia de consumo de drogas en infractores de alrededor de 60%.

Por último, se debe relevar la importancia de las acciones de motivación y rescate para evitar que los sujetos deserten antes de la confirmación diagnóstica. De hecho, previo a esta instancia, se pierden aproximadamente el 60% de los casos pesquisados en promedio en todos los programas.



VII.

Evaluación a la luz de los principios del modelo TTD

22

Los programas de TTD se diferencian de otras iniciativas por la adherencia a 10 principios básicos, contenidos en el documento “Defining Drug Courts: the Key Components”, redactado en 1997 por la Asociación Nacional de Profesionales de Cortes de Droga (NADCP). Por otro lado, el año 1999 un grupo de expertos convocado por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), revisó la experiencia de varios países en la materia y consensuó recomendaciones basadas en los 12 principios claves identificados por la NADCP, generando un material denominado “Los 12 factores que explican el éxito de los programas TTD”.

Si bien lo anteriormente mencionado, es sólo una guía que favorece la adecuada implementación de los programas TTD, es muy útil tenerla en cuenta a la hora de evaluar la fidelidad al modelo, que es lo que finalmente hace que el programa sea exitoso.

Recuadro N° 3 10 Principios rectores para los TTD

1. Los TTD integran los servicios de tratamiento y rehabilitación de drogas y alcohol con el sistema de justicia.
2. Usando un enfoque no adversarial, fiscalía y defensoría promueven la seguridad pública junto con el respeto por el debido proceso.
3. Los posibles candidatos son pesquisados prontamente y derivados a la brevedad al programa de TTD.
4. Los TTD proveen acceso a una amplia y variada gama de servicios de tratamiento y rehabilitación.
5. La abstinencia se monitorea frecuentemente a través de test de drogas y alcohol.
6. Las consecuencias que tenga el cumplimiento y no cumplimiento de las condiciones por parte del participante están establecidas previamente y acordadas por todas las instituciones involucradas.
7. La interacción permanente del juez con cada participante es esencial.
8. Se monitorea y evalúa constantemente el proceso e impacto del programa.
9. La capacitación interdisciplinaria continua promueve la planificación efectiva del TTD y su operación.
10. Forjando la asociación entre el TTD, agencias públicas y organizaciones de base comunitaria, se genera apoyo local a la iniciativa y se favorece su efectividad.

Fuente: NADCP, 1997.

A continuación se presenta una evaluación de la experiencia chilena a la luz de los 10 principios rectores y se aportan algunas sugerencias para mejorar la instalación del modelo. Para esto, es importante tener claro el flujo de procedimientos que permitirá realizar dicho análisis. El flujo de los tres programas piloto es básicamente el

■ ³⁰ Ver cuadro “Flujograma de procedimientos”.

mismo, resguardando algunas particularidades de cada zona, que refleja las necesidades, capacidades y el perfil de los usuarios.³⁰ El orden de los mismos no es necesariamente secuencial, ya que la prioridad es facilitar el rápido ingreso del participante a tratamiento.

Recuadro N°4: Procedimientos

1. Evaluación legal.
2. Sospecha diagnóstica.
3. Confirmación diagnóstica.
4. Audiencias de SCP y seguimiento.
5. Tratamiento.
6. Egreso y reinserción.

Fuente: Fundación Paz Ciudadana.

1. Los TTD integran los servicios de tratamiento y rehabilitación de drogas y alcohol con el sistema de justicia

1.1 Coordinación intersectorial

Este aspecto se refiere a que el eje central del modelo es la coordinación intersectorial. En la experiencia chilena, se observa una baja coordinación entre los centros de rehabilitación y el tribunal. Esto se aprecia especialmente en la Región Metropolitana producto de la gran cantidad de centros de tratamiento asignados al programa para lograr cubrir toda la demanda sectorial. Sin embargo, la dupla psicosocial ha logrado establecer este vínculo y funcionar como una especie de “puente” entre ambos sectores. Se sugiere trabajar con una menor cantidad de centros de rehabilitación, de manera de fomentar la coordinación e incorporar intervenciones más específicas, que permitan abordar problemas en particular del usuario de programas TTD.

1.2 Resistencias ideológicas

Además existen oposiciones ideológicas frente a la idea que justicia y salud trabajen de manera coordinada, lo cual dificulta el intercambio de

información. Estas resistencias han ido cediendo gracias a la capacitación y a la incorporación y compromiso de los diferentes servicios y están centradas principalmente en el tema de la voluntariedad del participante. Uno de los aspectos más discutidos en torno a los TTD es la voluntariedad del tratamiento de rehabilitación, es decir, la razón que impulsa a un sujeto a incorporarse en un tratamiento para dejar su consumo de drogas. 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 fluctuante en este tipo de problemas. 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, como los siguientes:

- Ansiedad.
- Recriminación.
- Culpa.
- Conflictos familiares, de empleo y/o de pareja.
- Problemas de salud.
- Conflictos legales asociados al consumo.

Cualquiera 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 drogas³¹.

Desde el punto de vista legal, los TTD son una salida alternativa voluntaria, es decir, el participante opta por el tratamiento en contraposición a la condena. No obstante, desde una mirada sanitaria, estos programas representan un contexto de tratamiento “cuasi-obligatorio”, siendo una elección voluntaria enmarcada dentro del contexto legal. Desde la teoría de autodeterminación, las personas bajo coerción se ven afectadas en su

■ ³¹ Marlowe, D.B. (2006).

necesidad básica de autonomía, lo cual podría afectar su interés y participación en actividades. En sujetos que poseen una baja conciencia de enfermedad, es decir, personas que sienten que su consumo de drogas es menos grave que lo que el diagnóstico determinó, lo anterior tendería a aumentar, observándose cierta coerción al iniciar el proceso. Lo anterior es un aspecto central en las drogodependencias, ya que gran parte de los adictos presentan dificultades en asumir que su consumo de drogas es problemático, lo cual obstaculiza tanto bajo coerción legal, como en personas sin conflictos con la ley, la incorporación al tratamiento. Es difícil observar, en casos de trastornos por dependencia a sustancias, sujetos que buscan rehabilitación por sus propios medios. Por lo general son traídos por un familiar y no presentan una clara motivación a abandonar las drogas. Lo clave en estos casos, son las estrategias de adherencia que utilizan los proveedores de tratamiento para propiciar la motivación al cambio. En el caso particular de los TTD, no existe evidencia consistente que muestre que este tipo de medidas afecte la adherencia al tratamiento³², sino más bien, algunas investigaciones norteamericanas muestran que la tasa de retención es 6 veces mayor que en otro tipo de programas de rehabilitación de drogas³³. La evidencia europea, señala que el tratamiento bajo supervisión judicial, si bien puede generar percepción de coerción, no afecta necesariamente la motivación al tratamiento y los estudios muestran igual efectividad en la disminución del consumo de drogas, en el tratamiento bajo supervisión que fuera del contexto legal³⁴.

Sin embargo, es relevante incorporar en este tipo de programas estrategias que permitan promover la autonomía del participante para contrarrestar cualquier consecuencia negativa que podría conllevar la supervisión judicial del tratamiento.

1.3. Participación de la red local

Por último, en cuanto a la participación de la red local, no existen coordinaciones establecidas con

agencias comunitarias y sistema de protección social que favorezcan el proceso de reinserción de los participantes. Se espera que esto pueda ser coordinado, incorporando las redes municipales y servicios de cada zona en la que se haya implementado el programa. Se consideraría un gran aporte la inclusión a la mesa interinstitucional de otras agencias de gobierno, tales como el Ministerio de Planificación y el Gobierno Regional en el caso local.

2. Usando un enfoque no adversarial, fiscalía y defensoría promueven la seguridad pública, junto con el respeto por el debido proceso

Chile cuenta con una reforma procesal penal joven, la cual incorporó el enfoque adversarial como una de las herramientas primordiales del sistema. De esta manera, se hace muy difícil para los fiscales y defensores que trabajan en programas TTD adaptar este rol. En este sentido, los TTD promueven como un objetivo fundamental, fomentar la rehabilitación del participante, lo cual obliga a desmarcarse del rol tradicional. Especialmente los actores del sistema se ven afectados en el estándar de defensa, para el caso de los defensores y en la persecución tradicional, en el caso de los fiscales. Sin embargo, el modelo TTD ofrece ciertas estrategias que permiten evitar que las audiencias se tornen adversariales, sin perder el rol que a cada actor le corresponde dentro del sistema. Estas estrategias son las siguientes:

1. Realizar reuniones previas a cada audiencia para discutir respecto de los casos en relación al avance en el proceso.
2. Poseer equipos estables compuestos por un fiscal, un juez y un defensor asignados al programa.
3. Poseer información sobre el caso a través de los informes mensuales enviados por los centros de rehabilitación.

³² National Association of Drug Courts Professionals. Disponible en : <http://www.nadcp.org/whatis/>.

³³ Marlowe. Et al. (2003).

³⁴ Stevens, A. (2005).

A partir del acompañamiento técnico realizado, se puede observar que estos aspectos se cumplen en el 60% de los tribunales en que se han levantado programas TTD. Las dificultades se centran primordialmente, en ausencia de estabilidad de equipos y de reemplazantes que estén capacitados en el modelo, baja disponibilidad de horas asignadas al programa y algunas resistencias ideológicas, como se mencionó anteriormente.

3. Los posibles candidatos son pesquisados prontamente y derivados a la brevedad al programa TTD

Para analizar el cumplimiento de este principio, se revisarán los siguientes procedimientos: Elegibilidad jurídica, sospecha diagnóstica y confirmación diagnóstica.

3.1 Elegibilidad jurídica

Lo más importante para que la pesquisa y derivación sean procesos expeditos, son los criterios de elegibilidad. Éstos deben ser claros y estar definidos y acordados por todas las partes involucradas.

La elegibilidad jurídica posee un primer filtro que está dado, específicamente en la Región Metropolitana, por el tipo de caso que las fiscalías marcan en la lista de detenidos que pasan a audiencia de control de detención. El que un caso sea marcado, depende específicamente del tipo de delito y del caso en particular, es decir, se verifica si el candidato posee o no condenas previas en el Sistema de Apoyo a Fiscales (SAF) o en el Registro Civil, o si tiene vigente una suspensión condicional del procedimiento. Además, se descartan los casos que tengan causas penales vigentes. Posteriormente, el segundo filtro se refiere a la revisión de los casos de esta lista que han arrojado resultados positivos a la sospecha diagnóstica, donde se analiza desde la defensoría y desde la fiscalía si procede aplicar la SCP.

Además, existe otra manera de pesquisar casos, que se da durante la tramitación de la causa, donde fiscales y defensores proponen los participantes, para que sean revisados por los coordinadores regionales. Esta instancia permite incorporar un mayor tipo de delitos a partir de la revisión y discusión del caso en particular. Sin embargo, las dificultades observadas se presentan al existir demoras en la decisión de los coordinadores regionales sobre la procedencia de la incorporación del caso al programa.

Recuadro N° 5: Elementos mínimos necesarios para la elegibilidad jurídica

- Criterios definidos de elegibilidad.
- Procesos expeditos de decisión.

Fuente: Fundación Paz Ciudadana.

Como se mencionó anteriormente, el tipo de caso que es seleccionado para ser entrevistado por la dupla psicosocial depende de criterios regionales que se ajustan a las indicaciones técnicas de la Fiscalía Nacional.

A continuación se exponen los tipos de delitos que han sido propuestos en cada uno de los pilotos, para tener una idea clara de los perfiles que se están levantando en cada zona. Esta clasificación no corresponde a los delitos ingresados al programa, si no simplemente a los marcados y derivados al mismo hasta noviembre de 2007. La clasificación utilizada para los delitos ha sido la siguiente:

Recuadro N° 6: Clasificación de delitos³⁵

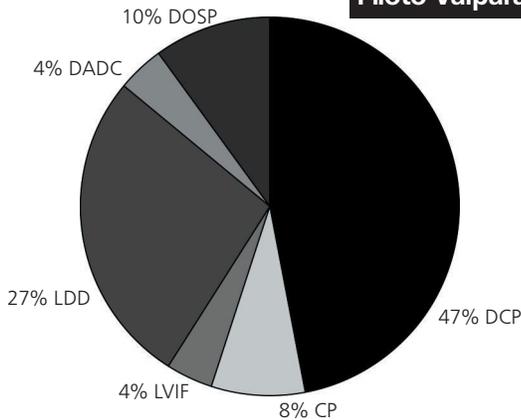
Delitos contra la propiedad	DCP
Delitos que afectan los derechos garantizados por la Constitución	DADC
Delitos contra el orden y seguridad pública cometido por particulares	DOSP
Delitos contra las personas	CP
Ley de Drogas	LDD
Ley Violencia Intrafamiliar	LVIF
Ley de Tránsito	LT

Fuente: Fundación Paz Ciudadana.

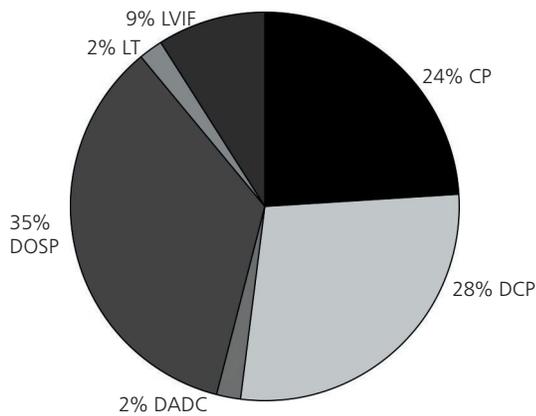
³⁵ Nomenclatura asociada a la codificación de delitos, Corte Suprema. 2008.

**Recuadro N°7:
Distribución de delitos**

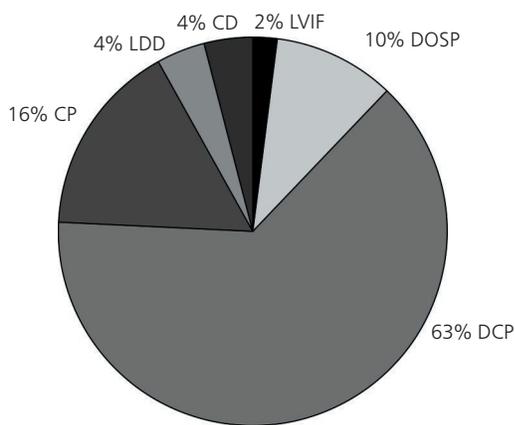
Piloto Valparaíso



Piloto zona Sur R. Metropolitana.



Piloto zona Centro-Norte R. Metropolitana.



Fuente: Fiscalía de Valparaíso, Fiscalía Sur y F. Centro-Norte de la Reg. Metropolitana.

Comentarios

- **Tipos de casos marcados:** A partir de lo expuesto en el Recuadro número 7 se puede observar que la mayor cantidad de casos

marcados para sospecha diagnóstica en el nivel nacional, corresponden a delitos contra la propiedad. En menor proporción, siguen los delitos contra las personas y los delitos contra el orden y la seguridad pública. Hay delitos que pueden darse dentro del contexto violencia intrafamiliar y que han sido clasificados como delitos contra las personas, lo cual merecerá una revisión más acuciosa en una próxima evaluación.

- **Proporcionalidad:** Tras la sospecha diagnóstica se debe establecer si el participante podrá ser suspendido condicionalmente si se somete a tratamiento de rehabilitación. Esto ocurre en casos pesquisados tanto en el control de detención, como durante la tramitación de la causa. En esta etapa se produce un conflicto de intereses entre la fiscalía y la defensoría. Se observa que la defensoría alega el principio de proporcionalidad, con lo cual se establecería que el ingreso a tratamiento de rehabilitación bajo supervisión judicial por el período de un año, sería más gravoso que la condena que el sujeto arriesga teniendo en cuenta el tipo de delito y los antecedentes del caso. Lo anterior evidencia, que para la elegibilidad jurídica de un caso intervienen objetivos institucionales contrapuestos, como son disminuir la reincidencia criminal versus el beneficio jurídico del caso.
- **Buenas prácticas:** En algunos tribunales, la elegibilidad de un caso, pasa por la decisión del equipo completo. Tras la confirmación diagnóstica, el equipo, en su reunión mensual, analiza el ingreso de cada caso a partir de los antecedentes legales como de los informes clínicos. De esta manera se evalúa si el sujeto cumple con el perfil del programa y se evita el ingreso de casos con alto compromiso delictual, baja motivación o mal pronóstico. Esto es importante, en la medida que evita revocar casos más adelante, por razones que se habrían podido considerar en un comienzo. Por otro lado, los casos que no cumplen con el perfil, pero que sí presentan motivación a ingresar a tratamiento o lo solicitan, son conectados con el centro de tratamiento, para ingresar como cupo de población general. De esta manera, la elegibilidad es un proceso holístico e interdisciplinario.

3.2 Sospecha diagnóstica

La sospecha diagnóstica corresponde a una entrevista estructurada de breve aplicación que permite confirmar o descartar la sospecha de la presencia de un consumo problemático de drogas. No sustituye al proceso de evaluación clínica, pero permite filtrar, optimizar tiempos y ser aplicada en instancias donde no es posible realizar una entrevista en profundidad. Además, permite ahorro en recursos, ya que evita que se deriven casos a evaluación clínica que no presentan trastornos. La entrevista es aplicada por la dupla psicosocial. En la mayoría de los casos se realiza en la zona de seguridad y tránsito durante el control de detención. También puede aplicarse a personas que han sido pesquisadas durante la tramitación de la causa, específicamente casos en los que a partir de la información manejada por el fiscal o defensor, aparece consumo de drogas asociado al delito.

Descripción

Existen dos maneras de pesquisar los casos, como se mencionó anteriormente. La primera es en el control de detención, a través de la aplicación de la sospecha diagnóstica y la segunda es durante la tramitación de la causa, donde jueces, fiscales o defensores pueden proponer un caso.

Recuadro N° 8: Elementos mínimos necesarios para sospecha diagnóstica

1. Entrevista con abogado defensor previo a aplicación de entrevista.
2. Información sobre resultados positivos de la entrevista al fiscal y defensor de la causa.

Fuente: Fundación Paz Ciudadana.

1. Control de detención: Previo a la audiencia de control de detención, la dupla psicosocial aplica una encuesta de sospecha diagnóstica. En las zonas con mayor flujo de casos, como es el caso de la Región Metropolitana, las fiscalías envían marcados los casos que cumplen con los requisitos legales necesarios para la suspensión condicional del procedimiento (SCP). En el caso de Valparaíso, la dupla aplica la encuesta a la totalidad de los

detenidos. Tras la aplicación, la dupla acude a las audiencias de control de detención e informa al fiscal y defensor de turno sobre los resultados de la encuesta. En caso que estos acuerden derivar al participante a confirmación diagnóstica, se agenda una nueva audiencia. Tras esto, cuando ya se ha fijado una fecha, los casos son derivados al fiscal, defensor y juez del proyecto. Se recomienda que el caso sea tomado por los profesionales del proyecto cuando haya certeza de que cumple con el perfil para el programa, de manera de evitar que se queden con casos que no ingresan y aumente demasiado la carga laboral.

Ejes críticos:

- **Cantidad de casos:** La cantidad de casos que ingrese al sistema dependerá de los tipos de delitos que cada fiscalía marque para encuestar. (Ver Recuadro N°5 elegibilidad jurídica). Lo anterior es crucial para lograr el ingreso de una alta cantidad de casos al programa, ya que un número bajo logra ser encuestado, de los cuales un porcentaje aún menor arroja resultados positivos. A partir de una muestra de 481 casos marcados en la zona Centro-Norte entre el 12 de julio y el 7 de octubre de 2007, se estableció que sólo el 53% logró ser encuestado, de los cuales el 39% arrojó resultados positivos. Las razones por las cuales los casos no alcanzarían a ser encuestados serían:
 1. Demora en la llegada de los detenidos a la zona de seguridad y tránsito.
 2. Abogado defensor no le informa al imputado sobre la posibilidad de ser entrevistado por la dupla.
 3. Imputado no presenta la voluntad para ser entrevistado.
- **Organización de los tiempos:** Para optimizar el tiempo de la dupla, se sugiere que ésta informe al fiscal y defensor de turno, sólo sobre los casos con sospecha positiva. En el Centro de Justicia de Santiago existe la posibilidad de llamar por teléfono a la sala de audiencia para avisar sobre los casos que son posibles candidatos de manera de evitar no llegar a tiempo.
- **Coordinación con Gendarmería:** Gendarmería, es la institución a cargo del traslado de los detenidos, por lo tanto, son ellos quienes

hacen llegar a los sujetos a entrevistar al box de encuesta. El personal que realiza estas funciones va variando, lo cual dificulta la coordinación y el expedito traslado de los imputados. Además, Gendarmería a veces no imprime la lista de detenidos marcados para entrevista y no llegan a pasar todos los que podrían ser encuestados. Se ha evaluado con Gendarmería la posibilidad de establecer un acuerdo que permita la presencia de personal estable para estas funciones 5 días de la semana.

- **Fecha de audiencia de SCP:** La fecha en la que se fije la audiencia es crucial, ya que se debe tener en cuenta la cantidad de tiempo necesario para la confirmación diagnóstica, el envío del informe y la derivación a tratamiento. La experiencia obtenida durante el año 2007, muestra que la audiencia debería situarse entre 20 días a un mes posterior a la pesquisa del caso. Entre tanto, la dupla realiza las coordinaciones para que el caso ingrese de manera expedita al tratamiento. En el programa de Valparaíso, se trabaja con un período de al menos un mes (dependiendo de cada caso), en que se evalúa la motivación del participante antes de decretar la SCP. Esto evita incorporar casos que no cumplen con el perfil y que, en poco tiempo, abandonarán el programa o incumplirán las condiciones. Lo anterior, evita un costo al sistema que se puede evitar con una buena elegibilidad del caso y un período de evaluación que permita estimar la voluntariedad de manera más exacta.

2. Tramitación de la causa: Los casos que no pasan a control de detención y son pesquisados durante la tramitación de la causa, pueden ser propuestos tanto por el fiscal como por el defensor. Estos deben ser enviados a los abogados coordinadores o a los fiscales y defensores del proyecto para que se evalúe la elegibilidad jurídica. También ha habido casos en que en la audiencia se ha decretado la SCP bajo tratamiento y que después se ha incorporado el caso al proyecto. Luego, el caso debe ser citado por la dupla para una entrevista que determinará si hay sospecha positiva, para que el caso sea derivado a confirmación diagnóstica.

Ejes críticos:

- **Elegibilidad jurídica:** Se debe establecer previo a la derivación con la dupla, si el caso cumple con los requisitos jurídicos, de manera de no someter al postulante a una evaluación en vano.
- **Optimización de los tiempos:** Se han observado ciertas demoras en la aprobación de los casos, ya que en algunas zonas, se requiere de la autorización de los coordinadores regionales, lo cual retrasa y genera que los casos se pierdan y que se haga muy difícil contactarlos.
- **Oficinas dupla psicossocial:** En el piloto de Valparaíso, durante 2007, el tribunal no había aportado con un espacio para poder instalar a la dupla y la fiscalía no poseía infraestructura para eso, por lo cual se hacía muy difícil entrevistar a los casos que han sido pesquisados por esta vía. Se sugiere conseguir un espacio en las oficinas de la fiscalía, ya que en la experiencia de la Región Metropolitana, esto ha significado un facilitador del proceso. Al contrario de lo que se había pensado en un comienzo, la presencia de la dupla en la fiscalía no es vista por los participantes como un obstaculizador. Sin embargo, lo ideal y lo que responde a la experiencia internacional, es que la dupla y todo el personal de apoyo para el programa se instale en el tribunal.

Comentarios:

Los participantes que son pesquisados de manera inmediata y que son derivados rápidamente a tratamiento presentan mayores tasas de retención y mejores resultados a largo plazo en la evidencia internacional³⁶. La motivación al abandono del consumo de drogas es un proceso fluctuante que se puede ver potenciado por el estado de crisis que provoca el estar en conflicto con la ley, abriéndose una ventana a la posibilidad de la rehabilitación. Durante el tiempo de espera se puede cometer un nuevo delito, lo cual implica que no se cumpla con el requisito del perfil legal. A través de los datos obtenidos en el programa de la zona centro-norte de la Región Metropolitana, se concluyó que 65%

³⁶ Center for Court Innovation, 2005.

de los casos pesquisados se pierde en el proceso y no llega finalmente a confirmación diagnóstica. Lo anterior, hace evidente la necesidad de una mayor agilidad en los procesos, de intervenciones motivacionales a los participantes, mayor poder de decisión de los fiscales y defensores del proyecto y estrategias de rescate de los casos que no se presentan cuando son citados.

3.3 Confirmación diagnóstica

En el caso que los sujetos pesquisados para el programa TTD arrojen resultados positivos para la sospecha diagnóstica y cumplan con los criterios de elegibilidad jurídica, deben ser derivados a confirmación diagnóstica. La confirmación diagnóstica es una entrevista que realiza un psiquiatra y un miembro del equipo del centro de salud (psicólogo o asistente social), cuya finalidad es determinar la presencia de un trastorno por abuso o dependencia de sustancias. Tras la evaluación el psiquiatra debe evacuar un informe a la dupla psicosocial, quienes a su vez lo hacen llegar al juez, fiscal y defensor del proyecto.

Recuadro N° 9: Elementos mínimos necesarios para la confirmación diagnóstica

1. Profesionales asignados para la evaluación clínica.
2. Flujo expedito de derivación.
3. Entrevista clínico-forense.
4. Informe diagnóstico.

Fuente: Fundación Paz Ciudadana.

A partir del mes de junio de 2007 se comenzaron a contratar 11 horas de psiquiatra en seis servicios de salud de nivel secundario en la Región Metropolitana y uno en Valparaíso, para la realización de las confirmaciones diagnósticas. Finalmente, en el mes de septiembre de 2007, se logró contar con todos los profesionales. La confirmación diagnóstica es un proceso generalmente expedito, los centros demoran en promedio una semana en atender el caso y derivar el informe. Sin embargo, se observan dificultades en el traslado de los participantes, quienes muchas veces no acuden por falta de dinero para movilización o por desorientación y cambios de horas.

Recuadro N° 10: Listado de centros en que se realizan las confirmaciones diagnósticas

Hospital Felix Bulnes	Reg. Metropolitana
Instituto Psiquiátrico Horwitz	Reg. Metropolitana
Cosam Puente Alto	Reg. Metropolitana
U. de Dependencias H. Barros Luco	Reg. Metropolitana
Cosam Macul	Reg. Metropolitana
Hospital San Borja	Reg. Metropolitana
Hospital Psiquiátrico del Salvador	Reg. de Valparaíso

Fuente: CONACE.

Comentarios

- **Entrevista clínica:** La confirmación diagnóstica está diseñada para confirmar o descartar la presencia de un trastorno por abuso o dependencia a sustancias. Sin embargo, esta definición, no considera la particularidad del contexto y finalidad de dicha entrevista, que debería establecer además si se cumple con los requisitos necesarios para ingresar a un programa TTD. Lo anterior, implica aspectos que van más allá de confirmar un posible diagnóstico y que dicen relación con el objetivo principal del programa, que es la disminución de la reincidencia criminal en casos cuyos delitos se relacionen con el consumo problemático de drogas. En este sentido, para determinar dicha relación, es importante realizar una evaluación que determine el perfil criminológico del postulante y establezca los factores de riesgo para la reincidencia criminal. La evaluación debe ser exhaustiva y debe situarse en el contexto del sujeto en cuestión, para evitar diagnósticos errados. A partir de una recopilación de antecedentes psicológicos y sociales, y el análisis de la dinámica delictiva, se pueden establecer las áreas a intervenir y su posible adaptación a un programa de rehabilitación de este tipo. Para lo anterior, se debe tener en cuenta que muchos de los participantes, al ser evaluados según criterios clínicos, podrían tener un mal pronóstico e incluso llegar a cumplir los criterios diagnósticos para un trastorno de personalidad antisocial, pero no necesariamente padecerlo. Por lo anterior es que se propone una evaluación clínico-forense. (Ver Recuadro N°11)

Recuadro N° 11: Contenidos de entrevista clínico-forense.³⁷

Area	Información
Abuso de sustancias	<ul style="list-style-type: none"> • Historia de consumo. • Motivación a tratamiento. • Severidad y frecuencia del consumo. • Necesidad de desintoxicación. • Historia de tratamientos.
Perfil criminológico.	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica delictiva. • Historia delictual. • Factores de riesgo para reincidencia. • Pensamiento criminal.
Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Intoxicación. • Enfermedades concurrentes. • Estado de salud general. • Embarazo.
Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Ideación/intentos de suicidio. • Historia de tratamientos previos. • Diagnósticos previos. • Medicación psiquiátrica. • Comorbilidad. • Psicopatía o trastorno de personalidad antisocial.
Antecedentes sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel educacional. • Vivienda. • Red de apoyo. • Ocupación. • Nivel socioeconómico. • Soporte social para la conducta delictual y/o el consumo de drogas.
Factores de riesgo y protectores	<ul style="list-style-type: none"> • Personales. • Sociales/ambientales. • Biológicos.

Fuente: Fundación Paz Ciudadana.

- **Contenidos del informe:** El formato del informe y la información del mismo, ha sido un aspecto difícil de definir. Lo esencial es que se realice una entrevista completa, como se mencionó anteriormente, y un informe breve que contenga la información necesaria para el proceso de toma de decisiones del caso. Es criterio del clínico, sólo incorporar la información relevante y evitar incluir información personal que no aporte antecedentes para la evaluación del ingreso al programa. Idealmente se espera que el informe tenga un formato y lenguaje simple para que sea comprendido por los actores de justicia. El modelo TTD sugiere informes completos que contengan información breve sobre:
 1. Datos sociodemográficos.
 2. Diagnóstico y compromiso biopsicosocial.
 3. Situación socio-laboral.

4. Familia y red de apoyo.
5. Antecedentes criminológicos y factores de riesgo para la reincidencia criminal.
6. Factores de riesgo y protectores frente al consumo de drogas.
7. Motivación al cambio.

Sin embargo, algunas instituciones se muestran reacias a compartir información con el sistema de justicia. Este aspecto dificulta el adecuado funcionamiento del modelo, ya que al no poseer la información necesaria las audiencias de seguimiento dejan de tener sentido y se propician tomas de decisiones sin información, que podrían incluso ser perjudiciales para el participante.

- **Tiempos:** Los tiempos entre la confirmación diagnóstica y la entrega del informe son, como se mencionó anteriormente, en general expeditos. Sin embargo, existe un elevado

³⁷ Adaptado a partir de Peters y Wexler.

número de casos que se pierden en esta etapa. Los datos muestran que aproximadamente el 65% de los pesquisados no llega a confirmación, ya que la motivación es fluctuante y suelen no presentarse para evaluación. La solución óptima sería contar con un equipo que realice la confirmación diagnóstica de manera inmediata al control de detención y que esté instalado en dependencias cercanas al tribunal. Durante el período 2008 se logrará concretar esta instancia, a través de la incorporación de un psiquiatra que apoye a las duplas y que el diagnóstico se realice en equipo.

- **Casos con consumo problemático de alcohol:** Existe una gran cantidad de casos pesquisados que presenta consumo problemático de alcohol y no de drogas. La red salud, ofrece un programa de alcohol y drogas en atención primaria de salud. Sin embargo, este tratamiento no es lo suficientemente estructurado, como en el caso de las drogas. Por lo anterior, las prestaciones que se ofrecen son psicoterapia individual y control médico en la mayoría de los casos. Al no ser un paquete de prestaciones que componen un programa, se hace muy difícil conseguir informes y un seguimiento adecuado del caso. Además, los casos con consumo de alcohol que se incorporan, por lo general, presentan delitos de la ley de violencia intrafamiliar, lo cual requiere de un manejo más profundo de este problema. Por otro lado, se ha observado que muchos de estos casos se asocian a daño orgánico cerebral producto de la larga data y cronicidad del consumo de alcohol, lo cual complica un mal pronóstico de recuperación. Actualmente el programa TTD no está en condiciones de ofrecer una respuesta adecuada a este tipo de casos, por lo cual se recomienda la incorporación de casos que presenten consumo problemático de drogas solo o combinado con alcohol, pero no exclusivamente alcohol.

4. Los TTD proveen acceso a una amplia y variada gama de servicios y rehabilitación

En la experiencia internacional los programas TTD cuentan con 8 a 10 modalidades de tratamiento por tribunal. Es importante, tener una variedad de oferta disponible que responda a las necesidades del usuario y a sus características, tales como, género, nivel de severidad del problema, entre otras. El conflicto central en la derivación de un infractor de ley a tratamiento, es lo que se denomina proporcionalidad, es decir, que el tratamiento sea más gravoso para el participante que la pena que estaría arriesgando. Lo anterior también afecta el incentivo del participante de incorporarse a un tratamiento en contraposición al proceso tradicional. La idea central, es lograr conciliar tanto el beneficio legal como el objetivo de rehabilitación, teniendo en cuenta que lo más importante es la derivación al programa de tratamiento la cual debe tener en cuenta el nivel de riesgo del participante para ser efectivo. Estudios internacionales muestran que a mayor permanencia en el tratamiento menor es la tasa de reincidencia.³⁸ Por lo tanto, para favorecer el éxito del proceso, se debe considerar en primera instancia el tipo de programa y la duración del tratamiento que determine el experto que realiza la evaluación clínica.

4.1 Oferta de tratamiento

El programa TTD en Chile, cuenta con cupos prioritarios de tratamiento de rehabilitación financiados por Conace. La oferta está puesta en programas ambulatorios intensivos y residenciales. Durante el período 2007, se contó con cupos prioritarios para aproximadamente 119 personas, distribuidos en toda la Región Metropolitana y en la Región de Valparaíso. En la siguiente tabla se pueden apreciar los centros de tratamiento en los cuales se instalaron los cupos de tratamiento para el programa TTD durante ese período.

Recuadro Nº 12: Centros de tratamiento

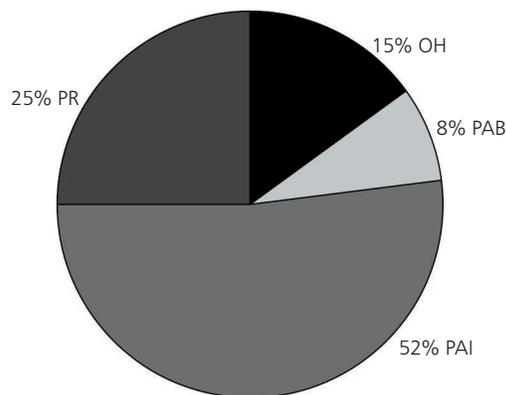
Región de Valparaíso	
Hospital del Salvador	
CT Renacer	
CT la Rocca	
Hospital Diurno Peñablanca	
Servicio de Salud Valparaíso Aconcagua	
Región Metropolitana	
Zona sur oriente	Zona norte
Cosam San Ramón	Cosam Recoleta
Cosam la Pintana	Cosam Conchalí
Cosam la Florida	Cosam Independencia
Hospital San José de Maipo	CT Manresa
Hospital Padre Hurtado	Colina residencial
Cosam Puente Alto	CT Esperanza
Zona sur	Zona central
Cosam Pedro Aguirre Cerda	Cosam Maipú
Cosam el Bosque	Consultorio 1
Hospital Barros Luco	Zona Occidente
Carpe Diem	Cosam Cerro Navia
Joven levántate	Cosam Renca
	CT Paternitas
	Zona oriente
	Cosam Macul
	CT Colina ambulatorio

Fuente: CONACE.

Además de los cupos de tratamiento mencionados anteriormente, se realizaron derivaciones a programas de menor intensidad como ambulatorios básicos y atención primaria en salud. Por otra parte, también se realizaron derivaciones de casos que presentaron sólo consumo de alcohol no asociado a consumo de drogas.

Durante el período 2007 se derivaron 65 personas a tratamiento, distribuidas en 34 personas en programa ambulatorio intensivo (PAI), 16 personas a tratamiento residencial (PR), 10 a tratamiento de alcohol (OH) y 5 personas a tratamiento ambulatorio básico (PAB).

Los programas TTD en la experiencia internacional generalmente trabajan con una baja cantidad de centros de tratamiento por tribunal, pero que representan la variedad de intervenciones que los sujetos requieran. La razón de lo anterior, es fomentar una expedita coordinación y trabajo interdisciplinario entre justicia y salud. Además, el modelo TTD

Recuadro Nº 13: Distribución por tipo de tratamiento

Fuente: CONACE.

requiere de una serie de prácticas, como por ejemplo screening de drogas periódicos, que no todos los centros realizan. Por lo tanto, se sugiere como una manera de mejorar los programas TTD, el trabajo con una variada oferta en modalidad de tratamiento, dispuesta en una menor cantidad de centros.

4.2 Intercambio de información

Este es uno de los aspectos más controversiales del modelo, y es en este sentido, donde aparecen una serie de resistencias de parte de los centros de tratamiento a compartir información con el sistema de justicia. Esta traba ideológica se basa en la creencia que la información aportada por los centros podría ser utilizada en contra del usuario. Con esto se evidencia el bajo nivel de comprensión que existe respecto a las características del modelo TTD, en el cual el intercambio de información se realiza justamente para evitar decisiones jurídicas desinformadas, que podrían desencadenar en revocaciones de los casos por no contar con información suficiente y adecuada. Otro de los aspectos centrales que se desconoce, es que el enfoque está basado en la responsabilización del usuario, por lo cual el intercambio de información es algo que él también conoce y acuerda en el consentimiento informado que firma al incorporarse en el programa.

4.3 Intervenciones terapéuticas específicas

El modelo TTD se basa en la premisa de evitar la estigmatización de los usuarios. Por lo anterior se

derivan a los sujetos a programas para población general, entendiendo que una de las causas subyacente al delito es el consumo problemático de drogas. Sin embargo, la evidencia internacional muestra que el incorporar algunas intervenciones terapéuticas específicas para este tipo de población, disminuye la reincidencia más que en un proceso de rehabilitación sin este tipo de herramientas.

El principal desafío entonces, es cómo incorporar dentro del tratamiento el abordaje de este tipo de conductas, 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 puede señalar que muchas de las intervenciones terapéuticas que se dan en un proceso de rehabilitación de drogas, no están dirigidas a mitigar el comportamiento delincinencial, pero lo pueden afectar indirectamente. 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 por lo general proponen los tratamientos de rehabilitación y que podrían también impactar sobre las conductas delictuales, se pueden destacar 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 saludable.
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, lo cual implica evitar ambientes que potencien el consumo y actividades de alto riesgo como las delictuales. Este tipo de actividades, sin duda impactan sobre las conductas criminales, pero en casos en que exista un alto compromiso delictual, éstas no serán suficientes para obtener resultados positivos y la incorporación de personas con un perfil de este tipo podría afectar al resto de los usuarios. Por tal razón, se hace relevante en los programas TTD una acuciosa evaluación clínica,

que no sólo tenga por objetivo pesquisar el consumo de sustancias, sino que además evalúe la presencia de rasgos antisociales que conlleven un mal pronóstico. Por último, se espera que se logre en un futuro próximo, incorporar como un área de intervención el eje criminológico.

5. La abstinencia se monitorea frecuentemente a través de test de drogas y alcohol

Este punto en particular ha sido bastante complejo en su implementación en Chile. En la experiencia internacional, el screening de drogas es una manera objetiva de medir el consumo de drogas durante el proceso y una manera de fomentar la responsabilización del participante. Se debe señalar que esto se da principalmente, en países donde el consumo de drogas está penalizado, con lo cual existe un mayor control sobre estas conductas. Sin embargo, existe claridad respecto de que los resultados sólo deben interpretarse dentro de una serie de factores de éxito propios de cada programa y la recaída es uno más dentro de ellos. En este sentido, la recaída no implica la salida del participante del programa, ya que ésta es parte del proceso de rehabilitación. Por su parte, en Chile, la incorporación de esta medida tiene que ver con la necesidad de disponer de un dato objetivo que permita al fiscal y al juez tener claridad sobre el avance del participante. Además esta herramienta permite medir la efectividad del programa en la disminución del consumo de drogas. En nuestro país, no todos los centros de rehabilitación cuentan con screening de drogas (test) y algunos no los aplican por decisiones institucionales. Por tal razón, los jueces y fiscales han sido bastante flexibles en este punto y han respetado las orientaciones de los centros. Sin embargo, existen ciertas excepciones, en que ya sea por sospecha de simulación o por incoherencias en la información se ha solicitado vía oficio la aplicación de este instrumento.

En conclusión, se puede señalar que este punto merece una discusión más profunda y un acuerdo interinstitucional que responda a los requerimientos de todas las partes involucradas.

6. Las consecuencias que tenga el cumplimiento o incumplimiento de las condiciones por parte del participante están establecidas previamente y acordadas por todas las instituciones involucradas.

Si bien la condición esencial de los programas TTD es someterse a un programa de rehabilitación de drogas, existen otras exigencias, como audiencias periódicas que deberán cumplirse. Esta instancia, permite monitorear el desarrollo del proceso y aplicar las consecuencias del cumplimiento e incumplimiento, a través de lo que se denomina un sistema de sanciones e incentivos. En los países anglosajones, este tipo de herramientas son altamente utilizadas para modificaciones conductuales y fomentan que a través de un refuerzo positivo o negativo, la conducta aumente o disminuya la probabilidad de repetirse. Si bien, este enfoque ha avanzado bastante en las últimas décadas y se ha complejizado incorporando aspectos cognitivos y emocionales, las investigaciones en esta área muestran que la utilización de estos sistemas aumenta la adherencia al tratamiento y disminuye la reincidencia criminal en el largo plazo. Sin embargo, lo que ha mostrado mayor efectividad en el cambio de conductas, son claramente los incentivos. De esta manera, cobran relevancia en los programas TTD, las felicitaciones, disminución de la supervisión y la rebaja en los períodos de rehabilitación, de acuerdo a los buenos resultados del participante. La idea principal, es que el monitoreo tenga el objetivo no sólo de controlar las condiciones establecidas, sino de modificarlas y por esta vía fomentar el sentido de autoeficacia del participante.

Este principio se orienta a que las consecuencias del cumplimiento o incumplimiento sean claras, para resguardar los derechos del participante. De esta manera, en un consentimiento informado, previo a la incorporación del programa, el sujeto deberá tener absoluta claridad respecto de las condiciones del programa.

En Chile, se ha aplicado este sistema de refuerzos de acuerdo a cada caso, pero resguardando ciertas generalidades básicas para todos los

participantes. En este sentido, es una condición preestablecida y consensuada por todas las partes, el hecho de que la SCP es revocada si el sujeto es formalizado por un nuevo delito. Por otro lado, en cuanto al incumplimiento se han observado algunas discrepancias, ya que al manejar bastante información sobre el caso, se logra tener bastante claridad respecto de las causas de éste. En la mayoría de los participantes, lo que se aplica es expulsar al sujeto del programa y modificar las condiciones de la SCP. Esto dice relación, además, con el tipo de delito que se está incorporando al programa, que normalmente no arriesgaría cárcel y revocar el caso, se torna tremendamente complejo, especialmente teniendo en cuenta, que el incumplimiento muchas veces responde a causas atendibles. En este sentido, la expulsión del programa es experimentada por los participantes como una sanción, a pesar que la modificación de las condiciones resulte en una salida menos gravosa.

Algunos programas, han incorporado algunos sistemas de incentivos bastante ingeniosos, tales como, entregar la posibilidad de acceder a cursos de capacitación, apoyo para postular a beneficios sociales y asistencia jurídica en conflictos legales de familia, entre otros. Las herramientas más utilizadas son simplemente la amonestación del juez, en caso de sanción, y el refuerzo positivo como un incentivo. Por tal razón, cobra especial relevancia la capacitación de jueces, fiscales y defensores en estos temas, especialmente en modelos motivacionales para fortalecer las habilidades de comunicación y evitar prácticas que podrían resultar incluso iatrogénicas.

7. La interacción permanente del juez con cada participante es fundamental

El aspecto central del modelo TTD y lo que lo diferencia de una simple derivación de infractores a tratamiento, es la interacción con el juez. Las investigaciones muestran que las audiencias mensuales son un factor predictor de éxito y que los programas para infractores con consumo problemático de drogas que no las utilizan, muestran tasas de menor adherencia.

La asociación norteamericana de TTD (NADCP), institución que maneja la mayor cantidad de información disponible sobre las investigaciones respecto a los TTD, refiere que el juez juega un rol fundamental durante las audiencias evaluando el desempeño del participante y reforzando de manera contingente su comportamiento. Además, la supervisión judicial opera como una manera de comunicar que una figura de autoridad vista como adversarial se transforma en un facilitador del proceso. De hecho, investigaciones muestran que los propios usuarios de programas TTD atribuyen el éxito de su proceso en gran parte a la interacción directa con el juez³⁹. La frecuencia de las audiencias debe ser coherente con el nivel de riesgo del participante. Los estudios muestran que audiencias muy frecuentes (bisemanales) mejoran los resultados del proceso, mientras que para los participantes de bajo riesgo, se recomienda audiencias menos frecuentes y según la necesidad del caso.

En Chile, los tres programas piloto aplican audiencias mensuales, lo cual se adecua al perfil de usuario que la SCP permite, es decir, un sujeto de bajo compromiso delictual. Sin embargo, se debe seguir trabajando para mejorar la calidad de estas audiencias, para lo cual es necesario entrenar a los actores legales, especialmente a los jueces, en estrategias comunicacionales que permitan realizar intervenciones que fomenten la adherencia al tratamiento.

A través de las audiencias periódicas se puede lograr:

- Motivar la participación y adherencia en el proceso de rehabilitación.
- Establecer y monitorear en conjunto con el participante objetivos que favorezcan la reinserción para disminuir la reincidencia.

Los estudios muestran que la satisfacción de los participantes, no sólo se relaciona con los resultados de la audiencia, sino también y de manera relevante con las características del proceso. Para el participante una audiencia TTD representa:

1. Trato basado en el respeto y dignidad.

2. Tener la oportunidad de contar la propia versión de la historia.
3. Comprender lo que ocurre durante la audiencia, a través de su activa participación.
4. Sentir un trato cercano y consistente del juez, defensor y fiscal.

7.1 Descripción de las audiencias periódicas en la experiencia chilena

Las audiencias de SCP y seguimiento tienen una frecuencia mensual y cuentan con la participación de todo el equipo. Previo a cada audiencia se realiza una reunión de equipo, en ella se revisan los casos que han ingresado al programa y los que están por ingresar, a través de informes de confirmación diagnóstica y de los centros de tratamiento. Las audiencias son programadas en un bloque especial para el TTD en el tribunal y todos los participantes presencian el conjunto de audiencias, para potenciar el refuerzo en la adherencia al tratamiento. Las intervenciones que el juez realiza en las audiencias son planificadas previamente por un equipo, el cual revisa cada caso, lo contacta con los tratamientos requeridos y realiza un seguimiento del proceso, a través de la información que obtienen de los centros de rehabilitación. 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. Por otra parte, el enfoque de estas audiencias no es adversarial, ya que los acuerdos se han asumido previamente, mostrando una imagen cohesionada en cuanto a la toma de decisiones.

Recuadro N° 14: Elementos mínimos necesarios para las audiencias de SCP y seguimiento

1. Informes de confirmación diagnóstica.
2. Informes de avance en el proceso de rehabilitación.
3. Equipo estable.
4. Bloques de audiencias.
5. Reuniones mensuales de equipo.
6. Audiencias mensuales de seguimiento.

Fuente: Fundación Paz Ciudadana.

■ ³⁹ Goldkamp 2002.

Descripción

A continuación se esboza una descripción de las audiencias de SCP y seguimiento en cada uno de los pilotos.

1. Piloto Valparaíso

Este programa piloto se instala en el Tribunal de Garantía de Valparaíso y representa casos pesquisados dentro de la jurisdicción de esa ciudad. Los procedimientos de este programa piloto, se ajustan en gran medida al modelo TTD. El equipo se reúne mensualmente en una reunión de coordinación, en la que se revisan los nuevos casos que han sido evaluados en confirmación diagnóstica y los avances de los participantes en el programa. Es importante destacar que un aspecto que ha favorecido el buen desarrollo del proyecto en esta región, es la estabilidad del equipo, quienes han participado desde del comienzo, sin haber presentado ningún tipo de cambio. La encargada de coordinar el proyecto es un abogado de la Fiscalía de Valparaíso, y es ahí, donde se realizan las reuniones de coordinación. Las audiencias se realizan al día siguiente, de manera de evitar que se produzca cualquier cambio en el estado del caso antes de la misma. En esta instancia la magistrado revisa los casos uno a uno dentro de la misma audiencia que dura aproximadamente dos horas. A esta audiencia asisten además representantes de los centros de tratamiento. La asistencia a audiencias es muy alta, de hecho los participantes sólo pueden dejar de asistir a través de una solicitud del propio centro de tratamiento. Además concurren algunos familiares y se realizan ceremonias de egreso con entrega de diplomas. Este programa cumple con los cuatro requisitos mínimos de esta etapa del proceso.

Recuadro N° 15: Equipo de mesa operativa piloto de Valparaíso

Representantes de la mesa operativa

Coordinadora Fiscalía de Valparaíso.
Coordinadora DPP de Valparaíso.
Fiscal.
Juez.
Defensor. Dupla psicosocial.
Representante Conace.
Apoyo técnico FPC.
Representantes centros de tratamiento. (4)

Fuente: Programa Piloto de Valparaíso.

2. Piloto zona sur Región Metropolitana

Este programa piloto trabaja con cuatro tribunales, que corresponden al 10°, 11°, 12°, 15° Juzgados de Garantía de Santiago. Durante la implementación, el piloto ha enfrentado bastantes dificultades para lograr establecer equipos estables y bloques de audiencias por tribunal. El sistema de organización de la Fiscalía Sur y la Defensoría Penal Pública Sur, hacen difícil el asignar a fiscales y defensores para el proyecto, lo cual a su vez, hace imposible agendar bloques de audiencias. De esta manera, no se logran realizar reuniones de coordinación previas a las audiencias y el fiscal y defensor, que sea asignado para tomar la audiencia, acude a esta con el informe de confirmación diagnóstica o avance, que se le ha enviado previamente vía correo electrónico. En este sentido, la audiencia permite revisar la asistencia a tratamiento, pero no se alcanza a conformar un trabajo coordinado que favorezca la adherencia.

3. Piloto zona centro-norte Región Metropolitana

Este programa ha logrado una gran pesquisa de usuarios, llegando a representar más del 60% del total de los casos ingresados al programa en el nivel nacional. Durante el proceso de implementación se fue incluyendo de manera paulatina a todos los tribunales de la jurisdicción de la Fiscalía Centro-Norte, llegando a conformar bloques en el 2°, 3°, 5°, 6°, 7° Juzgados de Garantía de Santiago y en el Juzgado de Garantía de Colina. Los tribunales responden a los mismos procedimientos y se trabaja, al igual que en Valparaíso, con equipos interdisciplinarios, pero a diferencia del piloto de la V Región, este piloto no cuenta con la participación de los centros de tratamiento. Esto se debe a la amplia gama de centros que trabaja con los tribunales, lo cual hace muy difícil la participación. La dupla psicosocial es quien representa a los prestadores de tratamiento durante las reuniones de coordinación y las audiencias. Existen equipos compuestos y estables en cada tribunal y se realizan reuniones y audiencias con una frecuencia mensual. En algunos tribunales, producto del gran flujo de casos, hay dos bloques de audiencias funcionando en el mes y dos magistrados trabajando en el proyecto. Este piloto cumple con los requisitos mínimos necesarios para cumplir con este aspecto del flujo de procedimientos.

Sin embargo, a pesar del gran esfuerzo de la Defensoría ha habido variabilidad de defensores, lo cual desencadena descoordinaciones y ausencia de participación en las audiencias, afectando el propósito de las mismas. La mesa operativa se reúne con frecuencia bimensual a discutir aspectos generales del proyecto y a mejorar las prácticas.

Recuadro N° 16: Representantes de la mesa operativa Piloto zona centro norte RM

Coordinadora fiscalía
Fiscal.
Juez.
Defensor.
Dupla psicossocial.
Representante Conace.
Apoyo técnico FPC.
Unidad de apoyo a la defensa
Unidad de salidas alternativas fiscalía

Fuente: Programa Piloto zona Centro-Norte Reg. Metropolitana.

7.2 Calidad de las audiencias

A partir del acompañamiento técnico, se estableció una evaluación del cumplimiento de los elementos mínimos necesarios para la ejecución de una audiencia TTD, los cuales se resumen en la siguiente tabla:

Recuadro N° 17: Evaluación de los elementos mínimos necesarios para las audiencias

Elementos mínimos necesarios	Nivel de cumplimiento	Comentarios
Informes de confirmación diagnóstica.	Satisfactorio	1. Falta de información. 2. Formatos.
Informes de avance en el proceso de rehabilitación.	Satisfactorio	1. Atrasos en las entregas. 2. Baja información.
Equipo estable.	Medio	Defensores fluctuantes.
Bloques de audiencias.	Medio	1. Ausencia de reuniones en la zona Sur 2. Ausencia de defensores
Reuniones mensuales de equipo.	Medio	

Fuente: Fundación Paz Ciudadana.

- **Estabilidad del equipo:** Como se mencionó anteriormente en la descripción de cada piloto, una dificultad importante es la

ausencia, en algunos casos, de un equipo estable. Este aspecto es un eje central para el buen desarrollo del proyecto y afecta considerablemente el desarrollo del mismo. Para mejorar esta situación, se recomienda el establecimiento de un equipo estable y uno subrogante por tribunal, de manera, que si el ejecutor principal llega a fallar, exista un profesional capacitado en el modelo que lo reemplace. El agendar las audiencias en bloques mensuales, opera como un facilitador para la programación de los jueces, fiscales y defensores del proyecto.

- **Reuniones de revisión de casos:** Esta instancia tiene por objetivo tomar decisiones respecto a los casos de acuerdo a la información de avance aportada por los centros. Es importante que asistan todos los participantes, de manera que, durante la audiencia exista un acuerdo sobre el caso. No obstante, es importante considerar lo que el participante plantee en la audiencia y considerar su punto de vista en la toma de decisiones, pero teniendo en cuenta lo conversado previamente. En casos en que esta instancia no ha tenido lugar, las audiencias se tornan adversariales, el defensor tiende a justificar los incumplimientos del participante y se pierde el sentido de responsabilización de la audiencia.

- **Objetivos de la audiencia:** Es importante tener en cuenta los objetivos que se perseguirán en la audiencia y chequearlos tras la misma. El tener claro lo anterior, evita que en la audiencia se toquen aspectos personales o no pertinentes que no se relacionan al proceso

de recuperación. Las audiencias deben ser cortas, precisas y enfocadas a objetivos (Ver recuadro N° 18).

Recuadro N° 18: Factores de éxito de audiencias

1. Corta duración.
2. El juez debe abrir y cerrar el bloque de audiencias con algunas palabras.
3. Los participantes presencian todas las audiencias.
4. Objetivos claros.
5. Lenguaje claro y cercano.
6. Escucha activa al participante.
7. Evitar el paternalismo.
8. Fomentar la motivación.
9. Coherencia y consistencia en la toma de decisiones entre los diferentes casos.

Fuente: Fundación Paz Ciudadana.

8. Se monitorea y evalúa constantemente el proceso de impacto del programa

Existen diferentes instancias en que se evalúa el programa TTD. Los estándares internacionales recomiendan una evaluación de procesos al menos una vez por año y una evaluación de impacto a los dos años de la implementación.

En Chile, existe un acompañamiento constante a través de una mesa operativa interinstitucional, en la que participan representantes de todas las instituciones involucradas. Además, se han realizado jornadas de evaluación desde los propios operadores que permiten mejorar las prácticas. Desde el punto de vista del modelo TTD, como se mencionó anteriormente, Fundación Paz Ciudadana evalúa por una adecuada implementación, a través de informes y evaluaciones.

Además, se aplica cada cierto tiempo, una encuesta de satisfacción de usuario y una planilla de evaluación de audiencia, para resguardar que las audiencias cumplan con sus objetivos.

Por último, a fines de 2008, se deberá comenzar a realizar una primera evaluación de procesos que revise además el impacto del programa en la disminución de la reincidencia criminal de los casos incorporados.

9. La capacitación interdisciplinaria continua promueve la planificación efectiva del TTD y su operación

La capacitación ha sido uno de los temas centrales en la calidad de los programas TTD, ya que los profesionales requieren nuevos conocimientos y entrenamiento específico. Los contenidos en que los profesionales de los TTD deben capacitarse son los siguientes:

- Modelo TTD.
- Adaptación del modelo en Chile y flujo de procedimientos.
- Drogodependencias.
- Manejo de audiencias.

Desde la puesta en marcha de los TTD en Chile, Fundación Paz Ciudadana ha realizado diversas actividades de capacitación, dentro de las cuales se destacan talleres, seminarios con expertos internacionales, visitas a TTD de EE.UU y Canadá, generación de información, artículos y la publicación del libro "Justicia Penal y Adicciones" en conjunto con el Proyecto Acceso y la editorial Lexis Nexis. Además, Conace ha realizado jornadas de reflexión y de evaluación de los programas.

Sin duda alguna, uno de los elementos que permite un aprendizaje y mejoría de las prácticas, es el acompañamiento técnico realizado a los programas durante las audiencias. Esta instancia, es en la cual se requiere por parte de los jueces, fiscales y defensores el manejo de una serie de habilidades comunicacionales que favorezcan el proceso de rehabilitación del participante.

Sin embargo, al no estar el programa TTD inmerso dentro de la evaluación de desempeño de los profesionales que trabajan en los programas, el incentivo para asistir a las capacitaciones es muy bajo y muchas veces existen dificultades institucionales para poder acudir a este tipo de actividades. En este sentido, se hace necesario incluir este tipo de aprendizajes en la formación de los profesionales y deben existir incentivos que promuevan la participación y el mejoramiento de los conocimientos en el área.

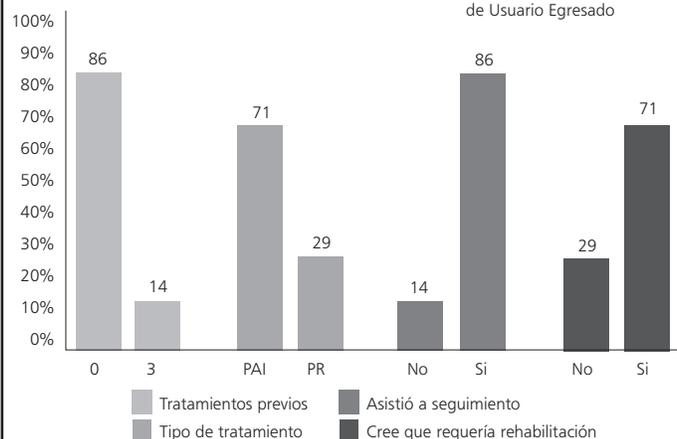
10. Forjando la asociación entre TTD, agencias públicas y organizaciones de base comunitaria, se genera apoyo local a la iniciativa y se favorece su efectividad

El egreso y la reinserción es una de las etapas más complejas del programa TTD, para la cual se requiere de una gran coordinación con organizaciones comunitarias y con la red local.

La herramienta legal utilizada en Chile, establece como condición para la suspensión condicional del procedimiento la participación de un programa de rehabilitación. De esta manera, el participante al egresar del centro de rehabilitación cumple con las condiciones establecidas y el programa TTD no puede realizar un seguimiento para favorecer la reinserción. En algunos casos en que el tratamiento de rehabilitación termina antes que el plazo establecido en la suspensión condicional del procedimiento (1 año), el tribunal realiza a través de las audiencias algún tipo de acompañamiento. Los centros de tratamiento tienen la labor de realizar seguimiento y en la medida de sus posibilidades favorecer la reinserción. Sin embargo, muchas veces esto no es posible y los sujetos se desvinculan del programa antes de haber culminado un proceso de reinserción. En el caso particular de los usuarios de los programas TTD, este proceso es aún más difícil, ya muchos de los sujetos nunca han participado de un trabajo formal ni han sido beneficiados por algún sistema de protección social. Para mejorar lo anterior, se requiere de una coordinación con servicios comunitarios y de protección social que den respuesta y ayuda a las necesidades de los usuarios. Se espera durante el período 2008 contar con intervenciones en esta área que permiten potenciar la etapa de reinserción.

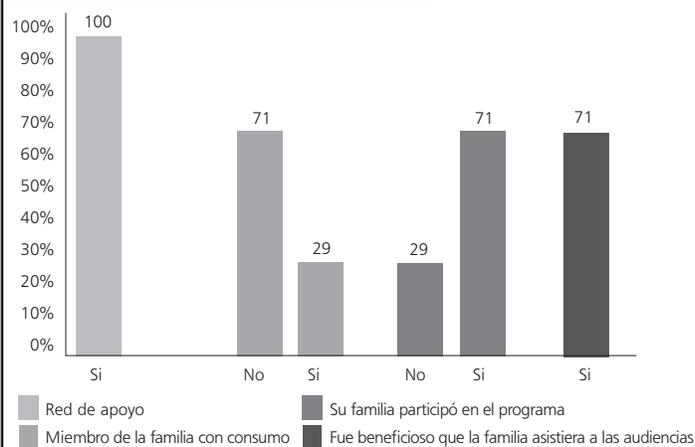
Recuadro N° 19: Historia clínica

Base: 7
Análisis Encuesta Satisfacción de Usuario Egresado



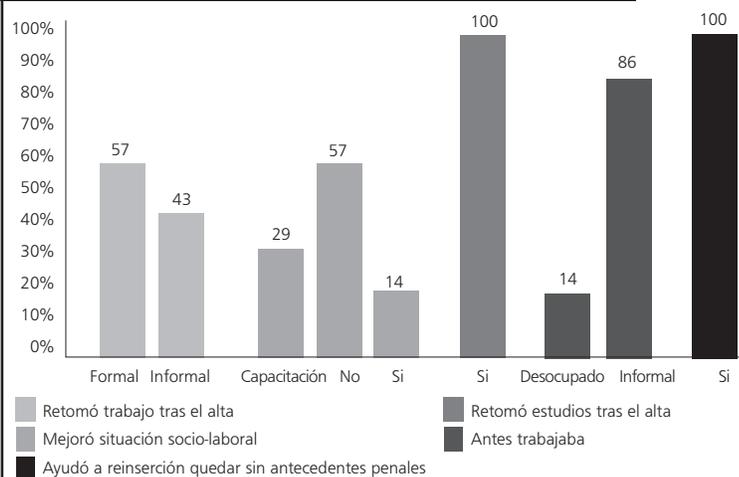
Fuente: Fundación Paz Ciudadana.

Recuadro N° 20: Historia familiar



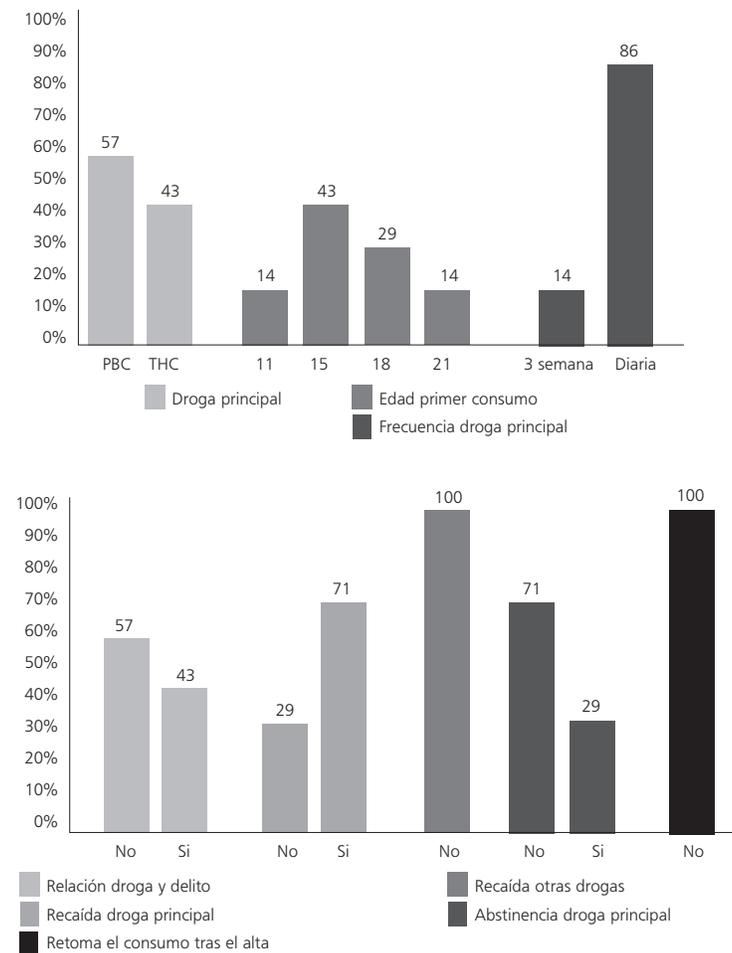
Fuente: Fundación Paz Ciudadana.

Recuadro N° 21: Antecedentes socioeconómicos



Fuente: Fundación Paz Ciudadana.

Recuadro N° 22: Historia de consumo



Fuente: Fundación Paz Ciudadana.

10.1 Perfil del egresado del programa TTD

Con la finalidad de conocer más acerca de su proceso de reinserción y efectividad del programa, se aplicó una entrevista a los egresados de los programas TTD hasta el año 2007. Hasta el mes de diciembre existían 9 sujetos egresados de los programas TTD, 5 de ellos pertenecen a Valparaíso y 4 a la zona sur. Se logró ubicar a 7 de ellos y se aplicó una entrevista semiestructurada, cuyos objetivos eran conocer los efectos del programa en las áreas de consumo de drogas, familiares, ocupacionales y calidad de vida.

La recolección de datos se organizó de la siguiente manera:

a) **Historia clínica:** La mayoría de los sujetos habían tenido tratamientos previos y creían

que requerían un proceso de rehabilitación. 71% de los sujetos ingresó a un programa ambulatorio intensivo (PAI) y 29% a uno residencial (PR). Al terminar el proceso de rehabilitación, 86% de los sujetos tuvo seguimiento de al menos tres meses.

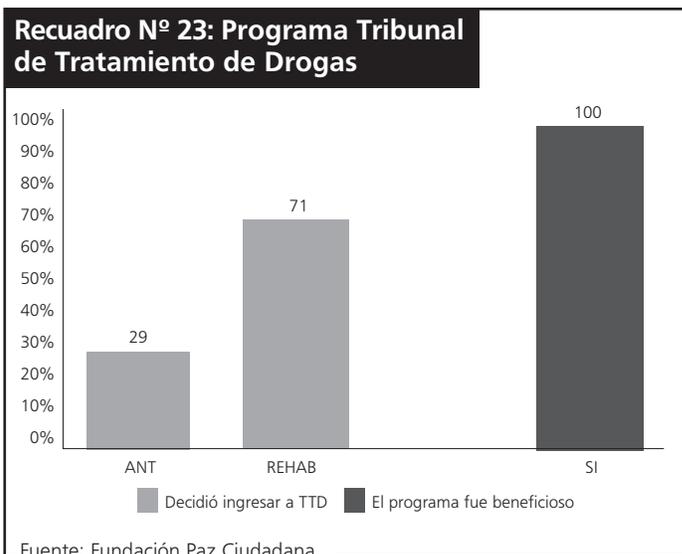
b) **Historia familiar:** El total de los entrevistados tenía una red de apoyo, dos tercios contó con la participación de la familia y les pareció beneficiosa, incluso durante las audiencias, refiriendo que en esa instancia la familia observaba los avances en el proceso de cambio. 70% de los encuestados refirió tener algún miembro de la familia con consumo de drogas, especialmente los hermanos. Esto fue evaluado por los egresados como un factor de riesgo.

c) **Antecedentes socioeconómicos:** Previo al ingreso al programa, 14% de los entrevistados se encontraba desocupado y los restantes realizaban trabajos informales. Tras el alta todos refirieron una mejoría en su situación laboral, encontrándose actualmente todos trabajando. Sin embargo, sólo la mitad de ellos se encuentra inserto en trabajo formal. Durante el tratamiento o al egreso, sólo el 14% retomó los estudios y 29% accedió a programas de capacitación.

d) **Historia de consumo:** La droga más consumida por los egresados, fue la pasta base. Además, 43% señaló que su droga principal era la marihuana. La frecuencia del consumo, en la mayoría de los casos era diaria. Los entrevistados no han vuelto a requerir de tratamiento ni han retomado el consumo de su droga principal, pero dos tercios presentó recaídas en esta droga y todos han consumido otras sustancias. Por último, la relación entre el consumo de droga y la comisión de delitos,

fue validada sólo por aproximadamente la mitad de los sujetos.

- e) **Programa Tribunal de tratamiento de Drogas:** El motivo de ingreso referido por los usuarios, fue 70% por acceder a rehabilitación de drogas y 29% para evitar los antecedentes penales. Sin embargo, todos reconocen que el quedar sin antecedentes en el extracto de filiación, fue un gran beneficio a la hora de su reinserción sociolaboral. Respecto a la satisfacción con el programa, todos refirieron que el programa había sido una gran ayuda y que les había aportado para abandonar tanto el consumo problemático de drogas, como también su conducta delictual.



Comentarios

A partir de los datos presentados, se puede concluir que desde el punto de vista de los encuestados, la posibilidad de incorporarse al programa fue una gran ayuda para abandonar el consumo y reinserirse. Sin embargo, se observa que el proceso de reinserción es uno de los aspectos más complicados. En este sentido, existen bajas posibilidades de acceder a programas de capacitación y nivelación de estudios, lo cual se concreta en la dificultad para incorporarse a trabajos formales. Por otro lado, el trabajo con la red comunitaria se hace primordial, especialmente en el seguimiento y apoyo familiar, ya que a pesar de haber completado el tratamiento, la recaída en el consumo es alta y persisten factores de riesgo como el consumo de drogas dentro de la familia.

VIII.

Satisfacción de los usuarios

42

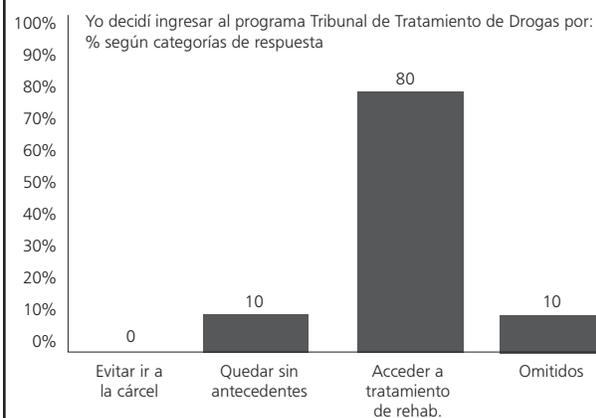
Con la finalidad de evaluar el programa TTD a la luz de la percepción de los usuarios respecto a su satisfacción con el mismo, se aplicó una encuesta de satisfacción de usuario. Ésta fue autoaplicada tras las audiencias de seguimiento y la identidad de los encuestados fue resguardada. Se aplicó a los sujetos que llevaban al menos dos meses en el programa y que habían tenido como mínimo dos audiencias de seguimiento. Se empleó a un total de 20 usuarios de los tribunales que están participando bajo los requisitos del modelo, de manera de asegurar que se mediría un aspecto implementado. Esta cifra representó el total de los sujetos que cumplían con los requisitos antes mencionados. Los tribunales en los que se aplicó la encuesta durante los meses de noviembre y diciembre, fueron los siguientes:

1. Tribunal de Garantía de Valparaíso.
2. 2do Tribunal de Garantía de Santiago.
3. 3er Tribunal de Garantía de Santiago.
4. 5to Tribunal de Garantía de Santiago.
5. 7mo Tribunal de Garantía de Santiago.
6. Tribunal de Garantía de Colina.

A continuación se exponen los resultados en las áreas que se midieron a través de la encuesta.

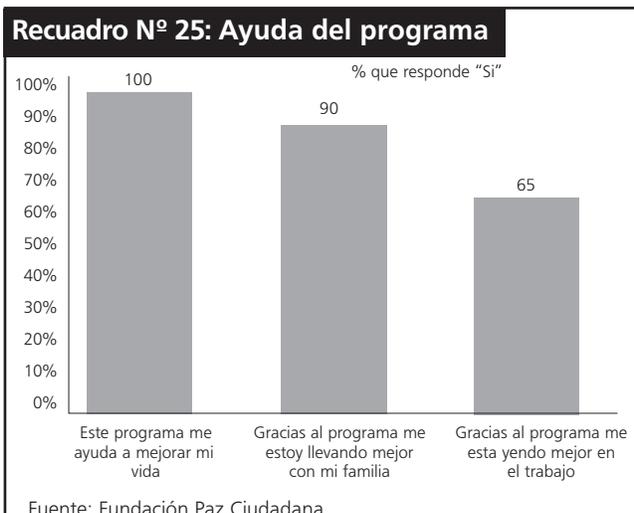
a) **Ingreso al programa:** La motivación para ingresar al programa fue mayoritariamente acceder a tratamiento de rehabilitación. Sólo 10% de los sujetos refirió haber ingresado para evitar los antecedentes penales. Lo anterior puede representar carencia de información de los sujetos respecto a los beneficios de esta salida alternativa, es decir, que no estén realmente al tanto que esto representa el beneficio de quedar sin antecedentes. Sin embargo, no es posible hacer esta afirmación sin investigar en profundidad la motivación de los usuarios del programa TTD.

Recuadro N° 24: Ingreso al programa



Fuente: Fundación Paz Ciudadana.

b) **Ayuda del programa:** Aproximadamente 100% de los entrevistados refiere mejorías en su calidad de vida y relaciones familiares gracias a la ayuda del programa. Sin embargo, sólo un poco más de la mitad refirió que gracias al programa había mejorado en el aspecto laboral.



c) **Influencia del juez:** Las audiencias periódicas son evaluadas por los usuarios como una instancia de ayuda en el proceso de rehabilitación, donde hay espacio para exponer el propio proceso. En este sentido la relación con el juez se basa en la confianza mutua y es evaluada de manera positiva por casi la totalidad de los usuarios. El juez es visto como una figura de autoridad sin prejuicios, cuyos refuerzos potencian el proceso de cambio.

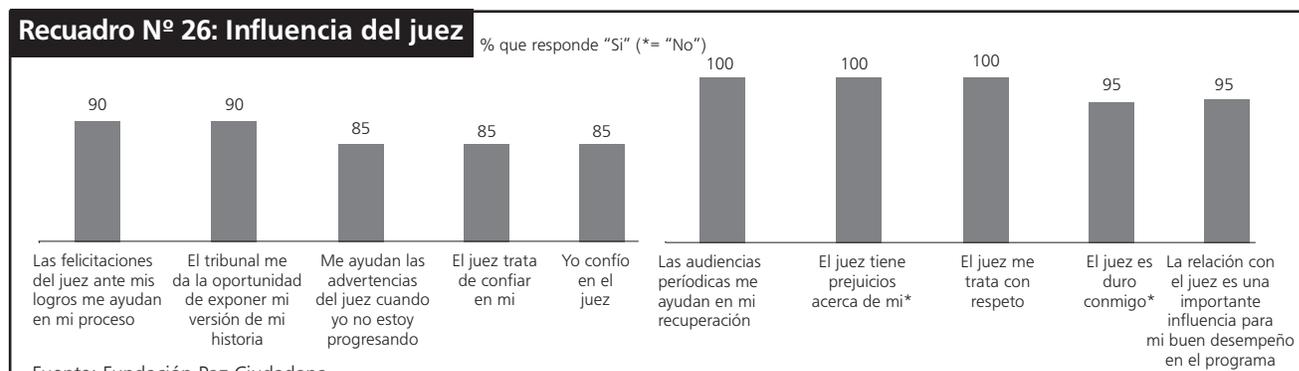
d) **Experiencia en el TTD:** La experiencia de incorporarse al programa es positivamente evaluada por los usuarios. Se observa un alto nivel de satisfacción respecto del servicio prestado y la utilidad es muy bien evaluada respecto de reducir el consumo problemático de drogas y la delincuencia.



Comentarios

El objetivo de la encuesta fue evaluar los aspectos del programa relacionados a los procesos propios del modelo. Por tal razón se decidió no evaluar el nivel de satisfacción con el tratamiento y los centros de rehabilitación, ya que eso depende de la calidad de atención de cada uno de ellos.

Los resultados muestran un nivel de satisfacción alto, especialmente en lo que se refiere a la ayuda brindada por el programa para mejorar la calidad de vida, excepto a lo que se refiere al área laboral. Lo anterior se explicaría porque algunos programas de rehabilitación son incompatibles con el trabajo y además el programa no cuenta hasta ahora con ninguna oferta de reinserción laboral. En cuanto a la relación con el juez, se observa una percepción buena de parte de los usuarios, especialmente aspectos tales como el respeto y el seguimiento. Las audiencias periódicas son vistas en su mayoría como un apoyo para la rehabilitación y una fuente de confianza desde el tribunal.



IX.

Conclusiones y desafíos

44

La implementación del modelo TTD en Chile representa grandes desafíos interinstitucionales. A continuación se explican algunos de ellos.

1. Expansión sin perder la fidelidad al modelo

Sin duda, el principal desafío es no perder la fidelidad al modelo en el proceso de expansión y así bajar la calidad y efectividad del mismo. Si bien, la adaptación de éste debe responder a la realidad nacional, existen ciertos principios rectores que se han diseñado para poder aplicarse en diversos países con diferentes sistemas de justicia y estrategias de drogas y que favorecen el éxito del modelo. En la experiencia internacional, este tipo de programa representa iniciativas locales, que si bien muchas de ellas, poseen apoyo del gobierno, responden a los intereses y necesidades de una zona en particular. Lo anterior, ha permitido crear accountability y entregar una buena calidad del programa, al mismo tiempo que gran efectividad en la solución de los conflictos asociados a la delincuencia en la localidad en que se instala el mismo. Al proyectar el programa TTD en Chile como una política pública interinstitucional, se mezclan diversos objetivos interinstitucionales que no son necesariamente coincidentes entre

sí. De esta manera, se puede perder de vista el foco central, que es que este tipo de programas se insertan en el sistema de justicia criminal con el objetivo de disminuir la reincidencia y favorecer la seguridad pública. La expansión de los TTD debería responder a la elección de localidades que presenten interés y que tengan las condiciones mínimas necesarias para implementar un programa de este tipo. Además, lo esencial para probar la efectividad del modelo, es que la localidad en que se implemente, posea altos niveles de delincuencia asociada al consumo problemático de drogas. Existen diversas causas subyacentes al delito y el consumo problemático de drogas, es tan sólo una de ellas. Por tal razón, previo a instalar un programa de este tipo se deben identificar los problemas asociados a la delincuencia en la comunidad y diseñar estrategias que respondan a esas necesidades, tales como, consumo de alcohol, violencia intrafamiliar, exclusión social, entre otras.

2. Sustentabilidad

Como se mencionó anteriormente la interinstitucionalidad puede afectar que el programa sea sustentable a lo largo del tiempo, ya que los recursos económicos están siendo aplicados sólo desde una institución y administrados por

otra. En este sentido, los recursos deben estar determinados según las necesidades del programa en su totalidad y ser administrados por una institución que tenga libertad de aplicarlos en los ámbitos que sean necesarios. Actualmente los TTD topan con la complejidad de no contar con recursos para infraestructura, dineros para locomoción o para desarrollar estrategias de reinserción. A pesar que los programas TTD son parte de la Estrategia Nacional de Seguridad Pública, su aplicación responde a múltiples instituciones sin que exista una política transversal que responda a la necesidad de rehabilitar y reinsertar a los infractores de ley para disminuir la reincidencia criminal. Al utilizar la SCP, este tipo de usuario no corresponde al programa de Gendarmería del medio libre y no existe un sistema de administración de penas para

3. Explorar modificaciones legales

Como se vio a lo largo de este documento, en Chile se utiliza la SCP para los TTD. Esta herramienta legal tiene ciertos beneficios, tales como permitir las audiencias de seguimiento y modificar las condiciones. Sin embargo, su principal deficiencia, es la que no permite la incorporación de sujetos con antecedentes penales. Chile, es el único país del mundo (con programas TTD instalados) en que los TTD no se han aplicado para reincidentes. Una premisa fundamental de este tipo de programas, es frenar el reingreso de infractores al sistema de justicia en relación a su consumo problemático de drogas. Es lógico pensar, que si la adicción es un problema cíclico y recurrente, la conducta delictual

Recuadro N° 28: Beneficios interinstitucionales de los TTD



este tipo de casos en nuestro país. A pesar de lo anterior, los programas TTD aportan beneficios que son del interés de muchas instituciones (Ver Recuadro N° 28), sin que se haya designado una de ellas para que coordine. Esto puede acarrear problemas en la proyección y administración de los recursos, al burocratizar los traspasos de fondos por la necesidad de convenios especiales.

Lo anterior, resalta un problema mayor en nuestro país, que dice relación con la ausencia de una política de rehabilitación y reinserción de infractores de ley, que promueva alternativas a la reclusión efectivas y salidas alternativas con contenido.

asociada a la misma también lo es. De hecho, se ha comprobado que estos programas tienen mayor efectividad con infractores que arriesgan condenas más altas, ya que el balance decisional de incorporarse al tratamiento se inclinaría hacia los beneficios al ser los costos más altos.

De esta manera, se hace necesaria la exploración de las posibles reformas legales necesarias para mejorar la cobertura de los TTD y también su posible utilización en otras medidas tales como la libertad vigilada. Además, estas reformas podrían abrir la oportunidad de utilizar este tipo de herramientas legales para promover salidas alternativas eficaces y controladas en otras áreas.

4. Programas de reinserción

Si bien el proceso de reinserción es un aspecto que muchos centros de tratamientos tienen incorporados, éstos no dan cuenta necesariamente de las necesidades particulares de este tipo de población. Los sujetos que ingresan a los programas TTD se encuentran en su mayoría sin un trabajo formal, por lo cual se hace necesario un arduo trabajo de reinserción socio-ocupacional para evitar una futura reincidencia en el delito. Conace ha avanzado bastante en esta área a través del programa “Abriendo Puertas”, por medio del cual se capacitaron a los proveedores de tratamiento para incorporar este eje en el proceso de rehabilitación. Sin embargo, este ámbito requiere de un trabajo intersectorial profundo, que muchas veces los centros no logran realizar porque los sujetos como parte de su reinserción se desvinculan tempranamente. Por tal razón, se hace necesario contar con programas especiales de reinserción que sean una oferta del programa TTD, a los cuales los participantes puedan voluntariamente

ser incorporados. Esto favorecería el éxito del modelo, incorporando variables que también son factores desencadenantes y predisponentes de la conducta delictual, como es el caso de la exclusión social y todo lo que esto implica.

Por último, se debe señalar que a pesar de los desafíos mencionados, el programa TTD representa un claro ejemplo del trabajo intersectorial y sus dificultades en la implementación, responden a la gran complejidad que conlleva la creación de políticas transversales.

Es de esperar, que el éxito y buena acogida de este programa, pueda abrir nuevas oportunidades de diversificación en la respuesta penal, incorporando estrategias basadas en la evidencia y modernizando la respuesta del sistema de justicia criminal frente a la delincuencia.



Bibliografía

Amen, D., et al. (1997). Visualizing the firestorms in the brain: An inside look at the clinical and physiological connections between drugs and violence using brain SPECT imaging. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29, 307-319.

Belenko, S., Peugh, J. (1998). An informed approach to substance abuse: Fighting crime by treating substance abuse. *Issues in Science and Technology Online*. Recuperado el 15 julio 2008 de <http://www.issues.org/15.1/belenk.htm>

Clark, M. D. (2001). Change-focused drug courts: Examining the critical ingredients of positive behaviour change. *National Drug Institute Review*, 3(2), 35-87.

CONACE. (2006). Observatorio Chileno de Drogas. Disponible en: www.conacedrogas.cl.

Farabee, D., Joshi, V., Anglin, D. (2001). Addiction careers and criminal specialization. *Crime & Delinquency*, 47(2), 196-220.

Gottfredson, D., Kearley, B., Najaka, S., Rocha, C. (2007). How drug treatment courts work. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, Vol. 44(1), 3-35.

Goldkamp, J. et al. (2001) Do drug courts work? Getting inside the drug court "black box" *Journal of Drug Issues*, 31(1), 27-72.

Goldstein, P. (1985). The drugs-violence nexus: a tripartite framework. *Journal of Drug Issues*, 15, 493-506.

Guerra, Pedro. (2006). Herramientas legales estratégicas para el tratamiento de drogodependencia en infractores de ley. Santiago, Chile, Fundación Paz Ciudadana.

Hora, P., Schma, W., Rosenthal, J. (1999) Therapeutic jurisprudence and the drug treatment court movement: revolutionizing the criminal justice System's response to drug use and crime in America. *Notre Dame Law Review*, 74(2), 439.

Hunt, N., Stevens, A. (2004). Whose harm? Harm reduction and the shift to coercion in UK drug policy. *Social policy & Society*, 3,333-342.

Marlowe, D. B. (2006). Judicial supervision of drug-abusing offenders. *Journal of Psychoactive Drugs*, Suppl 3, 323-331.

Marlowe, D.B, Festinger, D. S., Lee, P. A., Dugosh, K. L., Benasutti, K. M. (2006) Matching judicial supervision to clients' risks status in drug courts. *Crime & Delinquency*, 52(1), 52-76.

Marlowe, et al. (2003). A sober assessment of drug courts. *Federal Sentencing Reporter*, 16(2): 153-157.

Peters, R. H, Wexler, H. K. (2005). Substance abuse treatment for adults in the criminal justice system. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (Treatment improvement protocol (TIP); nº 44).

Prochaska, J., DiClemente, C., Norcross, J. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.

Schma, W. (2000). Judging for the new millennium. *Court Review*, 37(1), 4-6.

Seddon, T. (2006). Drugs, crime and social exclusion: Social context and social theory in British drugs-crime research. *British Journal of Criminology*, 46(4), 680-703.

Sinha, R., Easton, C. (1999). Substance abuse and criminality. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 27(4), 513-526.

Stevens, A, et al. (2003). Summary literature review: The international literature on drugs, crime and treatment. Canterbury, QCT Europe, European Institute of Social Service, University of Kent. Disponible en: <http://www.kent.ac.uk/eiss/projects/qcteuropa/papers.html>.

Stevens, A., et al. (2005). Quasi-compulsory treatment of drug dependent offenders: An international literature review. *Substance Use & Misuse*, 40, 269-283.

Stevens, A. The treatment/punishment hybrid: Selection and experimentation. En: 4th Annual Conference of the European Society of Criminology, Amsterdam, August 2004. [en línea] Recuperado el 15 julio 2008 de http://www.kent.ac.uk/eiss/Documents/pdf_docs/Alex%20Stevens%20Amsterdam%20paper.pdf.

Wenzel, S., Turner, S., Ridgely, S. (2004). Collaborations between drug courts and service providers: Characteristics and challenges. *Journal of Criminal Justice*, 32(2), 253-263.

Wenzel, S., Longshore, D., Turner, S., Ridgely, S. (2001). Drug courts: A bridge between criminal justice and health services. *Journal of Criminal Justice*, 29, 241-253.

Wexler, D. B. (2001), Robes and rehabilitation: How judges can help offenders "make good". *Court Review*, 38(1), 18-23.

Wexler, D. (2006). Therapeutic jurisprudence and readiness for rehabilitation. *Florida Coastal Review*, 8(1), 111-131.

Wild, T., Newton-Taylor, B., Alletto, R. (1998). Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment: structural and psychological determinants. *Addictive behaviors*, 23(1), 81-95.

Winick, B. J. (2003) Therapeutic jurisprudence and problem solving courts. *Fordham Urban Law Journal*, 30(3), 1055-1090.

Young, D., Belenko, S. (2002). Program retention and perceived coercion in three models of mandatory drug treatment. *Journal of Drug Issues*, 31(1), 297-328.

Directorio:
Presidente
Agustín E. Edwards E.
Vicepresidente y Secretario
Sergio Bitar Ch.
Vicepresidente y Tesorero
Bernardo Matte L.

Directores:
M. Soledad Alvear Valenzuela
Paola Luksic Fontbona
Alfredo Moreno Charme
Jaime Orpis Bouchon
Edmundo Pérez Yoma
Eugenio Tironi Barros

Asesores del Directorio:
José Gabriel Aldea S.
Lily Ariztía R.
Jaime Bellolio R.
José Joaquín Brunner R.
Jorge Burgos V.
René Cortázar S.
Carlos A. Délano A.
Agustín Edwards del Río
Francisco José Folch V.
Gonzalo García B.
Roberto Méndez T.
César Molfino M.
Enrique Montero M. Asesor Jurídico
Alvaro Saieh B.
Martín Subercaseaux S.
Gonzalo Vargas O.

Consejo Consultivo:
Ramón Aboitiz M.
Pilar Armanet A.
Julio Barriga S.
Enrique Barros B.
Juan Bilbao H.
Edgardo Boeninger K.
Carlos Bombal O.
Carlos Cáceres C.
Gonzalo Cienfuegos B.
José Claro V.
Enrique Correa R.
Juan Cuneo S.
José Miguel Gálmez P.
José Antonio Garcés S.
Oscar Guillermo Garretón P.
José Antonio Guzmán M.
Edmundo Hermosilla H.
Juan Hurtado V.
Gonzalo Ibáñez L.
Nicolás Ibáñez S.
Pedro Ibáñez S.
Mónica Jiménez de la J.
Rodrigo Jordan F.
Alberto Kassis S.
Michael Kaufmann B.
Mauricio Larrain G.
Guillermo Luksic C.
Alan Mackenzie H.
Germán Molina M.
Juan Pablo Morgan R.
Laura Novoa V.
Juan Obach G.
Máximo Pacheco G.
Horst Paulmann K.
Matías Pérez C.
Pablo Pérez C.
Mons. Bernardino Piñera G.
Jaime Santa Cruz L.
Agustín Squella N.
Patricio Valdés P.
Gonzalo Vial C.
Wolf von Appen B.
Luis Enrique Yarur R.
Pablo Yrarrázaval V.

Director Ejecutivo:
Andrés Baytelman A.

Valenzuela Castillo 1881, Santiago de Chile

Teléfono: (56-2) 3633800

Fax: (56-2) 3633898

E-Mail: fpc@pazciudadana.cl

Sitio Web: www.pazciudadana.cl