[Informe Regional: Evaluacion de costo de los programas de TTD de America Latina y el Caribe]

Canada

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

[&] CENTRO DE ESTUDIOS JUSTICIA & SOCIEDAD

OEA CICAD

Coordinación general del estudio

Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (SE-CICAD), Organización de los Estados Americanos (OEA)

Centro de Estudios Justicia y Sociedad (CJS), Pontificia Universidad Católica de Chile

Responsable técnico del estudio

Centro de Estudios Justicia y Sociedad (CJS), Pontificia Universidad Católica de Chile

Dirección ejecutiva

Dra. Catalina Droppelmann, CJS

Coordinación del estudio

Pablo Carvacho, CJS

Investigadora

Daniela Montanari, CJS

Contraparte técnica

Antonio Lomba, SE-CICAD

Emmanuelle Pelletier, SE-CICAD

Bettina Lattuf, SE-CICAD

Este estudio fue llevado a cabo por el Centro de Estudios Justicia y Sociedad de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en coordinación con el Ministerio de Justicia y del Derecho de la República de Colombia, bajo el liderazgo de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (SE-CICAD) de la Secretaría de Seguridad Multidimensional (SSM) de la Organización de los Estados Americanos (OEA). La SE-CICAD recibe apoyo institucional y financiero del Gobierno de Canadá a través del *Anti-Crime Capacity Building Program* (ACCBP). Los contenidos expresados en este documento se presentan exclusivamente para fines informativos y no representan necesariamente la opinión o posición oficial alguna de la OEA, de su Secretaría General o de sus Estados Miembros.

Tabla de Contenidos

1. TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE 5

1.1 Descripción del modelo de Tribunales de Tratamiento de Drogas 5
1.3 Panorama actual de los TTD en América Latina y el Caribe 8

2. MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE TTD 12

2.1 Tipos de Evaluaciones para programas de TTD 13
2.2 Recolección de datos e indicadores para el monitoreo y Evaluación de TTD 16
2.3 Metodología de Marco Lógico 19
2.4 Evaluaciones de TTD existentes en la región 20

3. ESTUDIO DE COSTOS PARA LOS PROGRAMAS DE TTD DE LA REGIÓN 21

3.1 Objetivo General 21
3.2 Objetivos Específicos: 22
3.3 Definición de los países y programas a evaluar 22
3.4 Metodología at el estudio de costos 23
3.3.1 Mapeo de los procesos existentes en los TTD 24
3.3.2 Evaluación de los costos asociados a los TTD 25
3.3.3 Recomendaciones para la escalabilidad de los programas de TTD 26

4 HALLAZGOS Y OPORTUNIDADES 28

4.1 Principales Hallazgos a Nivel Regional 28
4.1.1 Comparabilidad de los programas de TTD de la región 28
4.1.2 Desafíos de la medición de costos de los programas de TTD de la región 34
4.1.3 Análisis de Costos a nivel regional 37
4.1.4 Análisis para la escalabilidad de los programas de TTD en la Región 41
4.2 Principales Hallazgos por País 52
4.2.1 Colombia *..... 52*
4.2.2 Costa Rica *..... 59*
4.2.3 Guyana *..... 64*
4.2.4 Panamá *..... 68*
4.2.5 Perú *..... 75*
4.2.5.1Perú JTR *..... 75*
4.2.5.2Perú JJJR *..... 81*
4.2.6 Republica Dominicana *..... 88*
4.2.7 Jamaica *..... 93*

5 CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES 98

6 BIBLIOGRAFÍA 100

7 ANEXOS 102

Resumen Ejecutivo

1. Tribunales de Tratamiento de Droga en América Latina y el Caribe

Los Tribunales de Tratamiento de Drogas son una alternativa al encarcelamiento para personas que cometieron infracciones donde el consumo de drogas es considerado una causa subyacente al delito (Programa Drogas, Seguridad y Democracia, 2018a). El objetivo de estos tribunales es ser una herramienta para reducir la población penitenciaria a la vez de responder a las causas de los delitos cometidos por las personas. Los estudios empíricos realizados en países como Estados Unidos, Canadá o Australia sugieren que, cuando siguen los estándares de mejores prácticas, los programas de TTD son efectivos en cuanto a costos, reducción de reincidencia, reducción de tiempo de detención (en celdas o cárceles) y en el tratamiento de drogas como una alternativa al encarcelamiento (CICAD-OEA, 2019).

Estos programas han sido implementados durante la última década en diversos países de las Américas. El primer TTD fue fundado en 1989 en Florida, Estados Unidos, y en la actualidad, este modelo de tribunal ya se encuentra con algún nivel de desarrollo en los siguientes países de América Latina y el Caribe: Argentina, Barbados, Chile, Colombia, Costa Rica, Guyana, Jamaica, México, Panamá, Perú, República Dominicana, y Trinidad y Tobago e Islas Caimanes (OEA-CICAD, 2019. Pág. 54).

1.1 Descripción del modelo de Tribunales de Tratamiento de Drogas

Aun cuando los marcos normativos y elementos prácticos varían entre países, hay ciertos elementos del modelo de TTD que se replican. A finales de la década de los 90, la Oficina de Programas de Justicia de Estados Unidos, en colaboración con la Asociación Nacional de Tribunales de Drogas, consolidaron un documento con los 10 componentes centrales de todo TTD (OJP & NADCP, 1997). A lo largo de los años, otros documentos han asentado los principios fundamentales de los TTD, respaldándolos con evidencia. Entre estos se destacan las Siete Características de Diseño del Programa (OJP & NIJ, 2013), los 13 Principios Clave para los Programas de Tratamiento y Rehabilitación dirigidos por un Tribunal (Asociación Internacional de los Tribunales de Tratamiento de Drogas, conocida como IADTC) y los Estándares de Mejores Prácticas del Tribunal de Tratamiento de Drogas para Adultos (NADCP, 2015).

A nivel general, el modelo de TTD combina la idea de que la conducta delictiva y el uso de drogas se puede reducir a través de tratamiento clínico y basado en la comunidad, con un fuerte componente de seguimiento judicial (CICAD-OEA, 2013). Así, dicho modelo sostiene que la supervisión judicial incentiva a las personas participantes a mantenerse comprometidas con su tratamiento por periodos más largos. Este enlace entre el tratamiento clínico con el sistema de justicia hace que el enfoque del tribunal pase de uno meramente legal a uno terapéutico (OEA-CICAD, 2013).

Este enfoque terapéutico se basa en la idea de que la drogodependencia entre las personas infractoras no es exclusivamente un problema de seguridad pública ni de justicia penal, sino que es también un problema de seguridad social y salud pública. Asimismo, dicho enfoque reconoce que, para aquellas personas con un trastorno por uso de substancias, ninguna medida judicial de responsabilización será efectiva sin tratar la causa subyacente de su conducta delictiva, a saber, su drogodependencia (Grace Campbell, 2013).

En Estados Unidos, el modelo de TTD emplea la supervisión judicial principalmente a través de audiencias de seguimiento, la cuales se realizan semanal o quincenalmente, y tienen por objetivo evaluar los avances o retrocesos de las personas participantes. En estas instancias, el juez lidera una conversación motivacional con él o la participante, celebrando sus avances e implementando sanciones o inventivos en las áreas o aspectos a trabajar. Sumado a esto, en la mayoría de los programas las personas participantes deben someterse a pruebas de detección de drogas, y son monitoreadas por un encargado de libertad condicional o dupla psicosocial, la cual lidera el seguimiento.

Para lograr dar cumplimiento a los objetivos del programa, el modelo de TTD requiere de un trabajo de coordinación interinstitucional entre el ámbito de justicia y salud, a fin de complementar el seguimiento judicial y el tratamiento clínico. Muchos programas de TTD realizan sesiones de trabajo colaborativo con profesionales del sistema de justicia involucrados (juez/a, fiscal, defensa) y del sistema de salud (profesionales médicos tratantes) a fin de estudiar los casos y tomar decisiones respecto a su participación en el programa.

A continuación, se enuncian los 13 principios claves del modelo de tribunal de Tratamiento de Drogas (OEA-CICAD, 2019, p. 52) (ver tabla 1).

Tabla 1: Principios Clave para los Programas de Tratamiento y Rehabilitación dirigidos por un Tribunal (IADTC)

Principios Clave para los Programas de Tratamiento y Rehabilitación dirigidos por un Tribunal (IADTC)
1. Los programas integran los servicios de tratamiento de dependencia de sustancias con el procesamiento de casos del sistema de justicia.
2. Usando un enfoque no adversario, la fiscalía y la defensoría promueven la seguridad pública y al mismo tiempo protegen los derechos del infractor al debido proceso.
3. Los infractores elegibles son identificados en forma temprana y son integrados al programa rápidamente.
4. Los programas aseguran el acceso a un tratamiento continuo sobre la dependencia de sustancias y otros servicios de rehabilitación.
5. El cumplimiento es monitoreado en forma objetiva mediante pruebas frecuentes sobre el uso de sustancias.
6. Una estrategia coordinada rige las respuestas del tribunal al incumplimiento (y cumplimiento) del programa por parte de los infractores.
7. Es esencial la continua interacción judicial con cada infractor del programa.
8. El monitoreo y la evaluación miden el logro de las metas del programa y calibran su eficacia.
9. La educación interdisciplinaria continua promueve la planificación, implementación y operación efectiva de estos programas dirigidos por el tribunal.
10. Forjar alianzas entre los tribunales que dirigen programas de tratamiento, los organismos públicos y las organizaciones comunitarias genera el apoyo local y mejora la eficacia de los programas.
11. La gestión continua de casos incluye el apoyo social necesario para lograr la reinserción social.
12. Existe la flexibilidad necesaria para ajustar el contenido del programa, incluyendo las recompensas y las sanciones para lograr mejores resultados, con grupos específicos, tales como las mujeres, los pueblos indígenas y las minorías étnicas.
13. Se deben establecer servicios posteriores al tratamiento a fin de mejorar los efectos del programa a largo plazo.

Fuente: (OEA-CICAD, 2019, p. 52)

1.3 Panorama actual de los TTD en América Latina y el Caribe

El modelo norteamericano de TTD ha sido adoptado en múltiples países del mundo, siendo América Latina y el Caribe una de las regiones en donde más se ha potenciado la exportación de estas políticas de alternativa al encarcelamiento (Programa Drogas, Seguridad y Democracia, 2018a).

Actualmente en la América Latina y el Caribe anglófono, 14 países implementan programas de TTD. Entre los países de América Latina se encuentra; Colombia, Costa Rica, Panamá, Perú, Chile, Argentina, Republica Dominicana, y México y en el caribe anglófono, Jamaica, Guyana, Barbados, islas Bermudas, Islas Caimanes, Trinidad y Tobago (Programa Drogas, Seguridad y Democracia, 2018a).

Si bien todos estos programas se orientan desde el modelo norteamericano de Tribunal de Droga, y por ende comparte múltiples características, cada uno posee particularidades, variando respecto a sus marcos normativos, componentes de intervención y procesos internos.

A nivel general los programas de la región operan en la fase de ejecución penal a través de la suspensión penal del procedimiento, o bien como una derivación post condena. En cuanto a su población objetivo, 9 países poseen TTD exclusivamente para población adulta (Panamá, Argentina, Republica Dominicana, México, Guyana, Barbados, Islas Bermudas, Islas Caimanes y Trinidad y Tobago), 3 poseen programas de TTD atienden a población adulta y adolescente (Costa Rica, Chile y Jamaica), y dos países tiene TTD solo para población adolescente (Colombia y Perú).

Asimismo, con relación a los delitos ingresarles a los programas de TTD, los programa en América Latina poseen catálogos de delitos más restringidos en comparación a aquellos programas en los países del caribe anglófono. Entre los delitos predominantes en los países de América Latina destaca (1) la Posesión Simple de Drogas, (2) la Violencia Intrafamiliar y (3) el Hurto.

Finalmente, en cuanto a la expansión de los programas de TTD y la consolidación de los modelos dentro en la región, la gran mayoría de los programas que hoy operan han avanzado desde programas piloto a programas replicados en determinados territorios, y algunos han logrado consolidarse como iniciativas de carácter nacional. La tabla 2 presentada a continuación detalla los programas de TTD existente en la región, y sus principales características.

Tabla 2: Programas de TTD en América Latina y el Caribe

País	**Nombre del Programas de TTD**	**Año de inicio**	**Población Objetivo**	**Fase y Recurso Jurídico que determina el ingreso**	**Principales Delitos Ingresables**	**Estatus del programa**
Colombia	Programa e Seguimiento Judicial al Tratamiento de Drogas en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (PSJTD-SRPA)	2017	Población adolescente	Fase de ejecución Penal: (1) Principio de Oportunidad (renuncia, interrupción y suspensión de procedimiento a prueba), (2) Sustitución de la Sanción	•Violencia Intrafamiliar •Hurto •Posesión Simple de Droga •Violencia contra servidores públicos •Daños de bienes ajenos •Lesiones personales	Expansión. Actualmente vigente en 8[1] territorios a nivel nacional.
Costa Rica	Procedimiento de Tratamiento de Drogas bajo Supervisión Judicial (PTDJR)	2013	Población adolescente y adulta	Fase de ejecución Penal: Suspensión del procedimiento en el marco del Programa de Justicia Restaurativa	• Conducción temeraria • Hurto • Resistencia Agravada • Introducción de droga a centros penales	Procedimiento de aplicación nacional
Panamá	Programa Judicial de Tratamiento de Droga (PJTD)	2014	Población adulta	Fase de ejecución Penal: Suspensión condicional de los procedimientos penales	• Delitos de posesión simple de Droga	Programa Piloto en la provincia de Coclé
Perú	Programa de Justicia Juvenil Restaurativa (JJR)	2020	Población adolescente	Fase pre-judicial: Figura jurídica de Remisión Fiscal	• Robo agravado • Hurto • Lesiones • Violencia Intrafamiliar • Trafico de Drogas • Daños • Tenencia de Armas	Programa Piloto en el Distrito Fiscal de Lima Centro
	Programa de Justicia Terapéutica con Enfoque Restaurativo (JTR)	2019	Población adolescente	Fase de ejecución penal: Suspensión condicional del procedimiento	• Robo agravado • Hurto • Lesiones • Violencia Intrafamiliar	Programa se ejecuta en 3[2] jurisdicciones del país

[1] EL PSJTD-SRPA opera actualmente en Medellín, Barranquilla, Bogotá, Valle del Cauca, Risaralda, Quindío, Casanare y Meta.

[2] El JTR se implementa en las siguiente jurisdicciones, Ventanilla, Callao y Trujillo.

					• Trafico de Drogas • Daños • Tenencia de Armas	
Chile	Programa de Tribunal de Tratamiento de Droga y/o Alcohol	2004	Población Adulta y Adolescente	Fase de ejecución penal: Suspensión condicional del procedimiento	• Delitos contra la integridad física • Delitos contra la propiedad • Delitos contra la salud y seguridad publica • Violencia Domestica	Programa se ejecuta a nivel nacional.
Argentina	Programa Piloto de Tribunal de Tratamiento de Drogas	2013	Población Adulta	Fase de ejecución penal: Suspensión condicional del procedimiento	• Desobediencia Judicial • Amenazadas simples • Amenazas con uso de armas • Asaltos • Hurto • Robo agravado	Programa se ejecuta en la Corte de Justicia de Salta
México	Programa de Tribunales para el Tratamiento de Adicciones (TTA) Posteriormente llamado "Modelo Mexicano del programa de Justicia Terapéutica para Personas con Consumo de Sustancias Psicoactivas"	2009	Población Adulta	Fase de ejecución penal: Suspensión condicional del procedimiento	• Posesión simple de marihuana y cocaína y posesión para la venta • Tentativa de robo • Robo • Agresión • Violencia domestica	Programa se ejecuta a nivel nacional
República Dominicana	Programa de Tratamiento bajo Supervisión Judicial	2014	Población adulta	Fase de ejecución penal: Suspensión condicional del procedimiento	• Posesión Simple de Droga • Agresiones sin lesiones permanente • Robo Simple • Porte de armas	Programa piloto en el distrito Judicial de Santo Domingo

					• Violencia en algunos supuestos	
Jamaica	Tribunal de Tratamiento de Droga de Jamaica	2001	Población adulta y adolescente [3]	Fase de ejecución penal: Suspensión condicional del procedimiento	• Todos los delitos son ingresarles si se detecta una dependencia a las drogas, y se cumplen los criterios de elegibilidad	Programa se ejecuta en 5[4] cortes a nivel nacional.
Guyana	Tribunal de Tratamiento de Droga de Guyana	2019	Población adulta	Modelo post fallo judicial. Derivación post condena	• Todos los delitos son ingresarles si se detecta una dependencia a las drogas, y se cumplen los criterios de elegibilidad	Programa piloto en una corte del Distrito de Georgetown
Barbados	Programa de Tribunal de Tratamiento de Droga	2014	Población Adulta	Modelo post fallo judicial. Derivación post condena	• Posesión Simple de Droga	Programa se ejecuta como plan piloto en la ciudad de Bridgetown
Trinidad y Tobago	Progama Piloto de Tribunal de Tratamiento de Drogas	2012	Población Adulta	Modelo post fallo judicial. Derivación post condena	Delitos penales no violentos • Trafico de drogas • Posesión Simple • Hurto	Programa de TTD opera en 2[5] ciudad del país
Islas Caimán	Programa de Tribunales de Rehabilitación de Droga (TRD)	2006	Población Adulta	Modelo post fallo judicial. Derivación post condena	• Hurto • Robo • Delitos Ley de Abuso de Drogas • Infracciones de transito	Programa opera en el Tribunal Suprema de las Islas Caimanes
Islas Bermudas	Programa de Tribunal de Tratamiento de Droga	2001	Población Adulta	Modelo post fallo judicial. Derivación post condena	• Trafico de drogas • Posesión Simple • Hurto	Programa se ejecuta a nivel nacional

Fuente: Elaboración propia.

[3] Los distrito de Kingston y St Andrew poseen tribunales de tratamiento de droga para adolescentes

[4] Los TTD en Jamaica operan en los siguientes distritos: (1) Kingstone y St Andrews, (2) Montego bay, (3) St Catherine, (4) St Thomas y (5) Manchester

[5] El programa de TTD en Trinidad y Tobago opera en Trinidad y Tunapuna

2. Monitoreo y Evaluación de los programas de TTD

Las políticas y programa sociales no se mantienen estáticas desde su creación, sino que se ven afectada por múltiples factores que determinan su efectividad y sostenibilidad a corto, mediano y largo plazo. El seguimiento y monitoreo de políticas y/o programas sociales nos permiten obtener evidencia sobre si la iniciativa funciona como fu diseñada, si se están cumpliendo los objetivos propuestos y cuáles son los principales obstaculizadores y facilitadores del éxito y/o fracaso de la iniciativa. De esta forma, el monitoreo es el seguimiento que se realiza durante la ejecución de una política, programa o proyecto, siendo un instrumentó de gestión y de política que permite revisar en forma periódica los aspectos sustantivos de la política, optimizando sus proceso, resultados e impactos. Por su parte, el proceso de evaluación es una apreciación sistematica y objetiva de un proyecto, programa o política en curso o concluido, de su diseño, su puesta en práctica y sus resultados. El objetivo de una evaluación, es determinar la pertinencia y el logro de los objetivos, así como la eficiencia, la eficacia, el impacto y la sostenibilidad para el desarrollo (OCDE, 2010).

Sin tomar en cuenta el caso consolidado de Estados Unidos, donde actualmente existen más de 3.000 TTD instalados, los países de América Latina y el Caribe aún tienen importantes desafíos para lograr la consolidación de sus modelos de TTD. Las escasas evaluaciones que se han llevado a cabo dan cuenta de algunos resultados promisorios, pero también han destacado algunos aspectos preocupantes a mejorar (Droppelmann et al., 2020).

Un obstáculo importante para conocer la efectividad de los TTD guarda relación con que no existen suficientes datos para poder realizar evaluaciones o comparaciones entre modelos. Esto pues los TTD, tanto de Estados Unidos como de los países de América Latina, no suelen monitorear y evaluar su funcionamiento (Programa Drogas, Seguridad y Democracia, 2018b), y por tanto no existen muchos datos disponibles para evaluar los programada.

En este contexto, el fortalecimiento de los procesos de Monitoreo y Evaluación es una función esencial de la gestión de resultados, pues poseer sistemas y mecanismo de monitoreo y evaluación solidos contribuye al aprendizaje institucional, a la mejora de las intervenciones, así como a la transparencia y rendición de cuentas. De esta forma, para que los TTD puedan desplegar todo su potencial como política pública en la región de América Latina y el Caribe, se hace crucial comenzar a monitorearlos y evaluarlos de una manera más sistemática y estandarizada, para realmente comprender cuáles son las experiencias exitosas, qué procesos son adecuados en su implementación, o qué aspectos son los más costosos y que pueden ser mejorados. Poseer esta

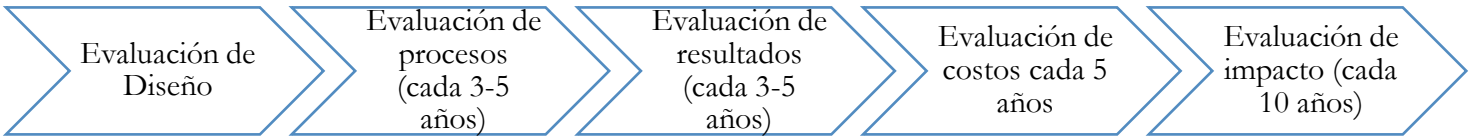
información es clave para consolidar modelos de TTD que logren consolidarse como políticas públicas eficientes, eficaces y sostenibles en el tiempo.

2.1 Tipos de Evaluaciones para programas de TTD

Como se mencionó anteriormente, mientras el monitoreo es un proceso continuo, llevado a cabo por las instituciones ejecutoras de un programa, la evaluación es una apreciación objetiva que se da en ciertos intervalos para medir aspectos tales como (1) la pertinencia de una intervención, y (2) el logro de sus objetivos, su eficiencia, eficacia, impacto y sostenibilidad. En la mayoría de los casos, la evaluación es llevada a cabo por un ente externo al programa para mayor objetividad. Esta sección detalla los tipos de evaluación que podrán ser llevadas a cabo en el marco del proceso de evaluación de los programas de TTD de la región, así como los pasos a seguir para la realización de estos procesos evaluativos.

En el marco de los Tribunales de Tratamiento de drogas, los tipos de evaluación se distribuyen de la siguiente manera (ver figura 1)

Figura 1: Tipos de evaluaciones de programas de TTD[6]



2.1.1 Evaluación de Diseño

La **evaluación de diseño** busca describir la naturaleza e importancia del problema a intervenir, la estrategia propuesta para su solución (es decir, los productos a entregar) y la cadena de valor del programa y sus relaciones causales. Se trata de una primera aproximación con respecto de la bondad del programa sobre el logro del objetivo que se propone (Caruti, 2021).

En concreto, este tipo de evaluación analiza cualitativamente la coherencia global de la estrategia de la intervención, específicamente, cómo se espera lograr los resultados esperados a través de los insumos, actividades del proceso y sus productos asociados, los cuales deben ser consistentes con

[6] Previo a la implementación de un programa se debe realizar una evaluación de diseño. Este tipo de evaluación no se presenta pues todos los programas de TTD analizados están en la etapa de implementación.

el diagnóstico del problema o necesidad que da origen al programa en cuestión. De esta manera, una evaluación de diseño busca abordar las siguientes temáticas: análisis de la problemática en relación con la población objetivo, coherencia interna y externa de la estrategia, coherencia con objetivos estratégicos y políticas públicas superiores, y coherencia con los planes estratégicos.

2.1.2 Evaluación de Procesos

La **evaluación de procesos** consiste en estudiar la forma en la que se ejecuta la programa y la adherencia a las buenas prácticas en la materia. Se espera que esta evaluación:

- Mida la capacidad de gestión de la institución en relación con el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de la política.
- Permite la mejora de la política y su implementación.
- Permita advertir de ciertos problemas que podrían afectar los resultados de la política.
- Haga uso de técnicas cualitativas y cuantitativas.
- Tome en cuenta a los actores involucrados y opinión de las personas beneficiarias (usuarias del programa)

A fin de realizar una evaluación de procesos se debe tomar en cuenta el alcance (a quién dirige los esfuerzos de la política), satisfacción usuaria (qué tan satisfechos están las y los usuarias/beneficiario de la política), calidad de la política (cómo se ha llevado a cabo la implementación) y las barreras.

En el marco de los programas de TTD, a fin de realizar una evaluación de procesos se se deben revisar a lo menos los siguientes indicadores;

- Supervisión del tribunal (audiencias programadas, asistidas, canceladas, etc.).
- Participación en el tratamiento (sesiones programadas, asistidas, canceladas, análisis de orina).
- Volumen de casos (nivel de alcance del programa, número de participantes).
- Tiempo en el procesamiento de datos (tiempo en que toman en atender en distintas etapas).
- Tasas de retención.

En cuanto a las fuentes de información para la evaluación de procesos estas deben ser de carácter mixto, a saber se deben utilizar fuentes de información cuantitativas, tales como, el análisis de datos administrativos y las encuestas estructuradas o semiestructuradas a participantes o personal del programa, y cualitativas tales como grupos focales, entrevistas a personas usuarias o al personal, observaciones no participantes en tribunales, revisión documental o los talleres participativos.

Dado que la adherencia a las buenas prácticas es clave para la obtención de resultados positivos, la evaluación de procesos es el primer tipo de evaluación que debería llevar a cabo un programa de

TTD, de manera a poder aportar los ajustes que sean necesarios antes de realizar evaluaciones de resultados.

2. 1.3 Evaluación de Resultados

La **evaluación de resultados** tiene como objetivo analizar la consecución de resultados en función de los objetivos planteados inicialmente. Pueden tratarse de resultados de corto o largo plazo. Esta definición depende de la duración del programa y de la relevancia de medir resultados en distintos momentos.

En el caso de los TTD, se define como evaluación de corto plazo las evaluaciones que miden el desempeño de las personas usuarias mientras aún están inscritos en el programa. Las evaluaciones de resultados de corto plazo generalmente se enfocan en los resultados durante el tratamiento y seguimiento judicial, los cuales suelen determinarán el desempeño posterior al programa.

En el mediano- y largo plazo se mide el desempeño de las personas participantes al momento del egreso o bien después de haber egresado, durante un periodo de seguimiento. Estas mediciones, buscan observar cambios de comportamientos o actitudes que consiguieron los beneficiarios tras el programa. En el marco de los TTD es complejo concretizar estas evaluaciones, pues muchos diseños no contemplan periodos de seguimiento post egreso, por lo que por lo general solo es posible obtener una imagen de los usuarios al momento de egresar.

2.1.4 Evaluación de Costos

La **evaluación de costos** tiene por objetivo identificar los costos, directos e indirectos de una política o programa social. En el caso de los programas de TTD, para realizar una evaluación de costos es necesario identificar todos los procesos y actividades necesarias para la implementación del programa, estimando los costos en función de dichos procesos y la demanda de este. A partir de eso se calculan los recursos (humanos y materiales) necesarios para el funcionamiento del programa durante un año.

En el caso de los TTD y dada su naturaleza interinstitucional es fundamental identificar los costos asociados a todas las instituciones que participan de la ejecución de estos programas.

2.1.5 Evaluación de Impacto

La **evaluación de impacto** refiere a la evaluación de resultados a nivel de propósito y fin del programa, que se enfoca en la estimación del logro de un mejoramiento significativo en términos del problema que dio origen al programa. Es decir, la evaluación de impacto evalúa si el cambio en comportamiento en la población usuaria perduró en el tiempo.

El desafío de la evaluación de impacto es que busca la cuantificación de los efectos del programa a largo plazo, a través de un doble propósito: (1) midiendo cómo han cambiado las circunstancias de los usuarios de los programas y, (2), busca comprobar que la experiencia de tratamiento es un factor generador de dicho cambio (Ortegón et al., 2005). Por esto, la evaluación de impacto de un programa implica realizar una pregunta respecto a las causas y efectos, los cuales deben ser debidamente cuantificados. Lo anterior implica aislar los beneficios logrados como consecuencia del programa, de aquellos que de todas maneras hubieran ocurrido sin haber experimentado el programa (DIPRES, 2009).

La medición de impacto con mayor credibilidad es la experimental, en la que se asigna un grupo de tratamiento y uno de control de manera aleatoria y se evidencian los efectos al menos 6 meses luego de terminado el tratamiento en el grupo experimental. Esto se llama Prueba Controlada de Randomización (RCT)) y es el estándar máximo de medición de impacto actualmente (Coker et al., 2017). La segunda manera de medir el impacto es mediante un estudio cuasi experimental, en el que los individuos del grupo de control y el de tratamiento no son asignados aleatoriamente, sino de manera sistemática. Esta evaluación de impacto, con dos grupos equivalentes o ajustados estadísticamente (matching) sigue siendo más útil en determinar el efecto de un tratamiento que sólo medir el cambio que experimenta un grupo de usuarios. Lo más importante de ambas mediciones es la cantidad de tiempo en que se mida el impacto, siendo recomendable al menos 6 meses luego de terminada la intervención.

2.2 Recolección de datos e indicadores para el monitoreo y Evaluación de TTD

A fin de facilitar el proceso de monitoreo y evaluación de los programas de TTD, es fundamental establecer procesos de recopilación de datos de manera sistematica y estandarizada, los cuales permitan realizar un seguimiento de la ejecución de los programas, y almacenar la información necesaria para posteriores evaluaciones.

Para la recolección de información, en primer lugar, es fundamental establecer que información se busca medir, y bajo que periodicidad se realizara la recolección de información. En cuanto a la pregunta respecto a que medir, todos los programas de TTD deben poseer una lista de indicadores o variables resultados a medir.

Los indicadores son variable o factor cuantitativo o cualitativo que proporciona un medio sencillo y fiable para (1) medir logros, (2) reflejar los cambios vinculados con una intervención o (3) ayudar a evaluar los resultados de un organismo de desarrollo.

En el marco de los programas de TTD, y de acuerdo al con el Manual de Monitoreo y Evaluación Científica: Tribunales de Tratamiento de Drogas en las América de la SE-CICAD/OEA, los indicadores y se dividen en dos categoría principales: (1) las características de las personas participantes o usuarias, y (2) los indicadores de desempeño.

2.2.1 Indicadores de las Características de las personas participantes

Las características de las personas participantes son variables que reflejan las particularidades de éstas previo a su ingreso al programa. En el plan operativo, obtener información detallada sobre las características de las personas usuarias permite ajustar los servicios proporcionados, en la medida de lo posible, a las necesidades específicas de ciertas personas o grupos de manera a promover su buen desempeño en el programa. En cuanto al monitoreo y evaluación, recolectar estas variables permite analizar cómo se correlacionan estas características con los resultados del programa (medidos por el medio de los indicadores de desempeño)[7], identificar si existen brechas entre personas pertenecientes a distintos grupos y obtener información que permita mejorar la eficacia del programa. En este sentido, el levantamiento de estas variables es importante para incluir las perspectivas de género y derechos humanos de manera transversal en el M&E del Programa Judicial de Tratamiento de Drogas.

Dentro de estas variables, se levantarán datos sobre las características demográficas de la persona usuarias (incluyendo algunas que puedan constituir factores de vulnerabilidad), sus antecedentes clínicos, y sus antecedentes penales.

2.2.2 Indicadores de Desempeño

Además de las características señaladas, durante la participación en el programa, y después del egreso, en los modelos de TTD que lo contemplen, se deben levantar una serie de variables para medir el desempeño del programa y de sus usuarios/as. Así, para cada resultado y producto esperado, se identifican un conjunto de indicadores. A continuación, se presentan indicadores tentativos para los programas de TTD.

[7] De acuerdo con el Manual de M&E de la SE-CICAD/OEA, "las características de los participantes son referidas como variables de predicción si se correlacionan significativamente con los resultados de los programas del TTD. Las características de los participantes son referidas como variables de predicción si se correlacionan significativamente con los resultados de los programas del TTD. Se denominan como factores de riesgo si se correlacionan con resultados inferiores, tales como altas tasas de reincidencia. También se pueden referir como variables moderadoras, pero solo si predicen en forma diferencial resultados en el TTD, en comparación con programas alternativos como el de libertad condicional." Ver: OEA, CICAD (2019). *Manual para el Monitoreo y la Evaluación Científica: Tribunales de Tratamiento de Drogas en las Américas*, pág. 48-51.

Tabla 3: indicadores a nivel de productos

Indicadores a nivel de productos	
Tasa de asistencia de las personas participantes a las audiencias programadas por el tribunal	# audiencias programadas
	# audiencias asistidas
	# audiencias canceladas o reprogramadas
Tasa de asistencia al tratamiento	# sesiones de tratamiento programadas
	# sesiones de tratamiento asistidas
	# sesiones de tratamiento canceladas, justificadas o reprogramadas
Test de detección de alcohol u otras drogas y- Abstinencia de alcohol u otras drogas	# análisis de orina, sangre, saliva o aliento programados
	# muestras de orina, sangre, saliva o aliento proporcionadas
	# muestras positivas para todas las drogas ilícitas y el alcohol
	# muestras negativas para todas las drogas ilícitas y el alcohol
	# muestras inválidas o adulteradas
	# muestras eximidas
Porcentaje de personas participantes que acceden a un plan personalizado de intervención psicosocial	# participantes que acceden a un plan personalizado de intervención psicosocial
	# personas que ingresan al programa.
Porcentaje de participantes con acompañamiento socio ocupacional	# participantes que reciben acompañamiento socio ocupacional
	# personas que ingresan al programa.

Tabla 4: Indicadores a nivel del propósito (resultados pre-egreso)

Indicadores a nivel del propósito (resultados pre-egreso)	
Porcentaje de personas participantes con arrestos por un nuevo delito.	# personas con nuevos arrestos
	# participantes ingresados al año
	# desvinculaciones neutrales[8]
Porcentaje de personas participantes egresadas empleadas o inscritas en un programa educativo	# con título de enseñanza secundaria o equivalente al ingreso
	# con título de enseñanza secundaria o equivalente en el momento del alta
	# matriculados/as en un programa educativo al ingreso
	# inscritos/as en un Programa educativo al ser dado de alta
Porcentaje de personas participantes que se gradúan del TTD	# participantes que ingresaron al programa
	# participantes graduados/as
	# desvinculaciones neutrales
	# que aún participa

[8] Las desvinculaciones neutrales se refieren a las desvinculaciones asignadas a las personas participantes que fueron retiradas del programa TTA por razones ajenas al participante y al programa. *Manual de Monitoreo y Evaluación Científica: Tribunales de Tratamiento de Drogas en las Américas*, p.75.

	# participantes que ingresaron al programa

Tabla 5: Indicadores a nivel del propósito (resultados post-egreso)

Indicadores a nivel del propósito (resultados post-egreso)	
Porcentaje de personas participantes egresadas del programa con arrestos por un nuevo delito	# personas con nuevos arrestos
	# participantes egresados
Porcentaje de personas participantes egresadas con recaída en el consumo problemático de drogas	# con título de enseñanza secundaria o equivalente al ingreso
	# con título de enseñanza secundaria o equivalente en el momento del alta
	# matriculados/as en un programa educativo al ingreso
	# inscritos/as en un programa educativo al ser dado de alta

2.3 Metodología de Marco Lógico

Una herramienta sumamente útil para el monitoreo y evaluación de programas tales como los TTD, es la Metodología de Marco lógico. Esta metodología, es ampliamente utilizada por distintos organismos del sector público y privado, ya que permite presentar de forma resumida y estructurada la información esencial de cualquier programa, permitiendo mostrar con facilidad la coherencia de la intervención, a la vez que permite evaluar el desempeño de este en todas sus etapas (Ortegón et al., 2005). La Metodología de Marco Lógico comprende la identificación de elementos estratégicos (insumos, productos, efectos, impacto) y sus relaciones causales, indicadores y los supuestos o riesgos que pueden influir en el éxito o el fracaso. De esa manera facilita la planeación, la ejecución y la evaluación de una intervención para el desarrollo.

El producto de esta metodología es la Matriz de Marco Lógico, la cual expone de manera visual todos los componentes de un programa, los indicadores para evaluar cada actividad, proceso y objetivos, las fuentes de información para recopilar la información necesarios y los supuestos sobre los cuales se sustenta la ejecución del programa.

Poseer una matriz de marco lógico actualizada es un insumo relevante para la consolidación de un modelo de TTD eficiente, eficaz y sostenible en el tiempo. Este matriz permite, de manera periódica identificar los logros del programa, las falencias de diseño, y las áreas en donde se requiere mayor intervención.

2.4 Evaluaciones de TTD existentes en la región

2.4.1 Evaluaciones de procesos TTD en la región

En cuando a las evaluaciones de procesos, a la fecha, 8 de los 14 países donde existen programas de TTD, cuentan con evaluaciones de procesos. A saber, en América latina, Chile, Republica Dominicana, Costa Rica, Colombia y Panamá poseen evaluaciones de procesos de sus programas de TTD. En cuanto al caribe anglófono, Jamaica, Trinidad y Tobago y Barbados poseen evaluaciones de proceso de sus TTD. Estas evaluaciones fueron lideradas por la Secretaría Ejecutiva de la CICAD (SE/CICAD) y el Centro de Innovación de la Justicia (CCI), durante los años 2017 y 2018.

Sumado a esto, actualmente se está realizando una evaluación de procesos de los dos programas de TTD actualmente bajo ejecución en Perú. Esta evaluación está siendo liderado por un equipo de investigación peruano, bajo la coordinación de Secretaría Ejecutiva de la CICAD (SE/CICAD) y la asistencia técnica del Centro de Estudios Justicia y Sociedad UC.

2.6.2 Evaluaciones de los costos de los TTD de la región

Si bien se han concretado diversos esfuerzos por realizar evaluaciones de procesos de los programas de TTD en América Latina y el Caribe, a la fecha, las evaluaciones de costos son sumamente escasas. En general, se argumenta que los TTD representan un ahorro de costos, ya que estos serían menores que los costos de encarcelamiento, además del ahorro que implica la disminución en la tasa de reincidencia. Sin embargo, no se han encontrado referencias a estudios de costos en todos los países en que estos se encuentran funcionando.

En un mapeo de la información disponible sobre los TTD en América Latina y el Caribe realizado en 2018 (Programa Drogas, Seguridad y Democracia, 2018b), se encontró que la información sobre costos de los TTD en estos países es bastante limitada, lo que representa un obstáculo significativo para el análisis del programa. Según este estudio, la información publicada por parte de las entidades judiciales y otras instituciones es escasa, incompleta y poco específica. Por ejemplo, los hallazgos señalan que hay países en los que el programa opera sin un presupuesto específico, y que incluso algunos TTD operan sin un manual. Esto hace imposible realizar análisis adecuados de procesos o beneficios del modelo en función de sus costos. A pesar de que en varios países los TTD son considerados exitosos, no existen suficientes datos disponibles, consistentes y comparables respecto de los costos del programa sobre los cuales pueda basarse una evaluación

objetiva. Además, los estudios que se encuentran generalmente son realizados por las mismas autoridades que las implementan, lo que no permite garantizar objetividad (Guzmán Rodríguez, 2012).

Entre los países de la región, en una primera revisión se encontraron escasos estudios rigurosos de costos de los TTD. Un ejemplo es Chile, uno de los primeros países de América Latina y el Caribe en que se implementaron los TTD, que cuenta con un estudio de costos del año 2011 y uno de costo-efectividad del año 2018 (Fundación Paz Ciudadana, 2014, 2018), ambos realizados por la Fundación Paz Ciudadana. Sin embargo, más allá de casos puntuales, no existe un sistema estandarizado de recolección de datos que permita evaluar la operación de los TTD, como sus costos y beneficios, y determinar si estos son efectivos o no. Además, las grandes diferencias entre los TTD no permiten extrapolar los estudios de otros países, y hacen que sea difícil determinar un costo promedio de su funcionamiento y las implicaciones presupuestales que tendría para un estado promover la creación de este tipo de programa (Guzmán Rodríguez, 2012).

2.6.3 Evaluaciones de resultados y/o de Impacto en la región

A la fecha, Chile es el único país de la región que posee una evaluación de impacto de su programa de TTD. El año 2018, la Fundación paz Ciudadana a través de una consultoría al Banco Interamericano de Desarrollo, realizó una evaluación de impacto de los tribunales de tratamiento de Drogas en Chile, analizando su eficacia y eficiencia. La principal variable de medición fue la reincidencia delictual de las personas usuarias, la cual fue evaluada 1 y 5 años después del egreso y fue comparado con un grupo de control. A partir d este estudio se observan resultados favorables, registrándose una disminución en la reincidencia delictual de 8,1 puntos porcentuales en la población atendida, un años después del egreso del programa (Fundación Paz Ciudadana, 2018). Al considerar un tiempo de seguimiento mayor (5 años), los resultados se mantienen favorables, pero con una menor magnitud. A saber, se observa una disminución de la reincidencia delictual de 6.1 puntos porcentuales (Fundación Paz Ciudadana, 2018).

3. Estudio de costos para los programas de TTD de la región

3.1 Objetivo General

Este estudio tuvo por objetivo realizar una evaluación de costos de los programas de Tribunal de Tratamiento de Drogas en 7 países de América Latina y el Caribe y elaborar recomendaciones para

su escalabilidad. En concreto, se evaluaron los costos del ocho[9] programa de TTD en los siguientes países; Colombia, Costa Rica, Guyana, Jamaica, Panamá, Perú y República Dominicana.

3.2 Objetivos Específicos:

Los objetivos específicos de este estudio son los siguientes:

1. Realizar un mapeo de los procesos en los TTD de 7 países de ALyC.
2. Realizar una evaluación de costos de TTDs de 7 países de ALyC.
3. Analizar y realizar recomendaciones para la profundización del Modelo de TTD y replicabilidad territorial en casa país, para que su implementación sea más conveniente.

3.3 Definición de los países y programas a evaluar

La definición de los países fue realizada a través la secretaria ejecutiva de CICAD (SE-CICAD), contra parte técnica de este estudio. Desde SE-CICAD, y considerando el estado de avance de la implementación de los programas de TTD de la región, se extendió una invitación a los países con programas de TTD en fases de ejecución, lo cual radicó en la decisión de siete países a participar de este estudio. La tabla 6 a continuación detalla los países y programas que participaron de este estudio.

Tabla 6: Países y programa de TTD a evaluar

País	Programa de TTD
Costa Rica	Procedimiento de Tratamiento de Drogas bajo Supervisión Judicial (PTDJR)
Colombia	Programa de Seguimiento Judicial al Tratamiento de Drogas (PSJTD)
Panamá	Programa Judicial de Tratamiento de Droga (PJTD)
Perú	Programa de Justicia Terapéutica con Enfoque Restaurativo (JTR)
	Programa de Justicia Juvenil Restaurativa (JJR)
República Dominicana	Programa de Tratamiento bajo Supervisión Judicial (PTSJ)
Jamaica	Tribunal de Tratamiento de Droga (TTD) de Jamaica
Guyana	Tribunal de Tratamiento de Droga (TTD) de Guyana

[9] En Perú se ejecutan dos programas de TTD, por lo que se realizaron dos evaluaciones de costos diferentes.

3.4 Metodología para el estudio de costos

Para realizar una medición de costos, es necesario definir de manera correcta el objeto de costeo del estudio, en este caso, el objeto de costeo corresponde a los TTD.

Los TTD bajo estudio son financiados principalmente con fondos públicos, por lo que la perspectiva desde la cual se analizarán los costos es la del sector público. Es decir, se identificará y analizará todos aquellos costos explícitos[10] que el programa representa para los organismos del Estado (Poder Judicial, Tribunales, Sector de Salud, Fiscalía, entre otros). En caso de que en las etapas de levantamiento de información se identifique financiamiento privado, este será incorporado al análisis de manera separada. El horizonte temporal será de un año de implementación de los TTD, en particular los costos del año de ejecución 2022.

La evaluación de costos se llevó a cabo a través de una metodología replicable, de manera que los resultados obtenidos en cada país sean comparables[11]. La metodología adoptada consistió en estimar los costos en función del análisis de los procesos que componen el programa, y de la estimación de la demanda de este. A partir de eso, se calcularon los recursos humanos, y los gastos administrativos (arriendo de infraestructura, luz, agua, artículos de oficina y papelería, etc.) necesarios para el funcionamiento del programa durante un año. Posteriormente, en base a ese cálculo fue posible obtener los costos totales al año, y los costos medios mensuales y por persona usuaria del programa, en base a las siguientes ecuaciones:

$$\text{Costo total} = \sum_i^M costo\ anual\ proceso\ i$$

$$\text{Costo medio mensual} = \frac{\sum_i^M costo\ anual\ proceso\ i}{12\ meses}$$

$$\text{Costo medio por persona usuaria} = \frac{\sum_i^M costo\ anual\ proceso\ i}{número\ de\ usuarios}$$

[10] Que exigen un gasto de dinero. Se distinguen de los costos implícitos, como los costos de oportunidad, que no exigen un gasto de dinero (Mankiw, 2012)

[11] Cabe destacar que todos los TTD bajo estudio poseen modelos particulares, con características, procesos, equipos y etapas diferentes, por lo que no es posible realizar una comparación exhaustiva entre programas. De todas formas, como se detallará en el apartado 4, es posible realizar comparaciones generales que evidencian desafíos compartidos a nivel regional.

Adicionalmente, se identificaron tanto los costos directos del programa, que corresponden a aquellos que son destinados exclusivamente al funcionamiento de este, como remuneraciones, costos de tratamiento, infraestructura y equipamiento, como los costos indirectos, que corresponden principalmente a la carga laboral que representa el programa para las distintas instituciones involucradas.

Para llevar a cabo esta metodología de la manera más ordenada, se implementaron los procesos metodológicos descritos a continuación, que guardan relación con los distintos objetivos específicos del estudio.

3.3.1 Mapeo de los procesos existentes en los TTD

El primer paso para la estimación de los costos de los programas de TTD fue identificar todos los procesos o actividades necesarios para el funcionamiento de cada TTD. Estos procesos se mapearon en primer lugar, en base a una revisión documental[12] y a diversas reuniones online, previo a la visita a terreno, con los equipos de los programas. A través de estas reuniones, la información secundaria recopilada fue actualizada y validada por los/as actores claves correspondientes.

Un segundo momento en el mapeo de procesos consistió en visitas in situ a los sietes países bajo estudio. Estas visitas tuvieron por objetivo realizar entrevistas en profundidad a los actores claves involucrados en la ejecución y coordinación de sus respectivos programas de TTD. En estas entrevistas, además de recopilar la información necesaria para completar vacíos en las actividades mapeadas, se solicitaron los documentos clave para identificar la cantidad de personas atendidas y los costos de implementación asociados a cada proceso. Las pautas de entrevista se presentan en el anexo 1. La tabla 7 presenta un detalle de las visitas a terreno realizadas.

Tabla 7: Detalle visitas en terreno realizadas en el marco del estudio de costos

Países |	Fechas de la visita a terreno	Actores claves entrevistados
Jamaica	16-20 agosto 2022	(1) Poder Judicial, (2) Consejo Nacional sobre el Abuso de Drogas (NCDA), Ministerio de Salud.

[12] En cada país se analizaron los manuales operativos, guías de procesos y/o documentos oficiales sobre los programas de TTD. Sumado a esto, en los cuatro países que cuentan con evaluaciones de procesos de sus TTD (Costa Rica, Colombia, República Dominicana y Panamá) estas también fueron utilizadas como insumo.

Guyana	22- 27 agosto 2022	(1) Poder Judicial (2) Corte Suprema, (3) Ministerio de Salud, (4) Ministerio de Servicios Humanos y Seguridad Social, (5) Phoenix Recovery Proyect, (6) Fuerza Policial, (7) Defensa Penal Pública, (8) Hospital de Georgetown, (9) Servicio de Ciencias Forenses
Costa Rica	29– 1 septiembre 2022	(1) Oficina Rectora de Justicia Restaurativa, (2) Ministerio Público, (3) Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, (4) Defensoría Penal Pública, (5) Instituto Costarricense de Drogas
Colombia	5-9 septiembre 2022	(1) Poder Judicial, (2) Fiscalía General de la Nación (3) Procuraduría General de la Nación, (4) Ministerio de Salud, (5) E.S.E Carisma, (6) Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, (7) Defensoría de Familia, (8) Alcaldía de Medellín, (7) Ministerio de Justicia y del Derecho.
Panamá	19- 23 septiembre 2022	(1) Órgano Judicial (2) Instituto de la Defensa Pública, (3) Ministerio Público, (4) Consejo Nacional para el Estudio y la Prevención de Drogas, (5) Ministerio de Salud, (4) Centro de Salud de Penonomé
Perú	23-27 octubre 2022	(1) Poder Judicial, (2) Corte Suprema, (3) Ministerio Público, (3) Fiscalía Superior de Familia, (3) Ministerio de Salud, (4) Centro Juvenil de Servicio de Orientación al Adolescente, Centro de Salud Mental Comunitario, Defensoría Penal Pública
República Dominicana	14-18 noviembre 2022	(1) Poder Judicial, (2) Consejo Nacional de Drogas, (3) Defensoría Penal pública, (4) Procuraduría General de la República, (5) Ministerio de Salud, (6) Centro de Atención Integral a las Dependencias

3.3.2 Evaluación de los costos asociados a los TTD

Para la estimación de los costos del programa se utilizó como marco de referencia general un proceso que consta de seis etapas, las cuales han sido utilizadas anteriormente en estudio de costo beneficio de programas de TTD (Northwest Professional Consortium Inc. 2019, Fundación Paz Ciudadana 2018). A saber, se realizaron las siguientes etapas:

- **Etapa 1:** Se buscó identificar cuáles son las principales instancias por las cuales las personas usuarias se van moviendo a través del sistema de justicia penal, en particular para aquellas que participan del programa TTD.
- **Etapa 2:** Se identificaron los puntos del flujo en que los recursos se gastan, vale decir: tiempo de jueces/zas, fiscales, defensores/as, uso de infraestructura del juzgado, etc.
- **Etapa 3:** Se identificaron las instituciones involucradas en cada instancia (ej.: ministerio de gobierno, tribunales, órgano judicial, policías, etc.).
- **Etapa 4:** Se determinó la cantidad de recursos usados por institución en cada instancia (ej.: tiempo de jueces/zas, tiempo de fiscales, número de sesiones en tribunales, etc.).

- **Etapa 5:** Se determinaron los costos de los recursos usados por cada institución en cada instancia (ej.: costo de los juzgados por hora por cada sesión de TTD, gastos generales, etc.).
- **Etapa 6:** Se calculó el costo total (costo medio y costo del programa por participante).

Las etapas mencionadas son una referencia para la estimación de los costos, pero pueden existir supuestos específicos para la estimación de costos más difíciles de calcular, como la tasa de uso de gastos de insumos (luz, agua, electricidad, etc.) para instituciones involucradas en el flujo de los TTD. En general, se usaron técnicas de estimación de costos por analogía y técnicas paramétricas (Roy, Souchoroukov, Shehab, 2011, Travail et al., 2012), para estos casos de estimación.

Para la recolección de información, en base a la información mapeada de los procesos y las entrevistas de costos realizadas en cada país, se elaboró y envió a cada país un listado de los datos de presupuesto requeridos para el costeo, con el fin de solicitar información cuantitativa detallada acerca de los recursos utilizados en cada una de las actividades (ver anexo 2). Partir de esto, se construyó una matriz de coeficientes técnicos de los procesos, es decir, las cantidades de insumos necesarios para cada proceso.

Resulta importante destacar que todas las estimaciones de costos realizadas con la metodología antes descrita presentan intrínsecamente limitaciones en su cálculo y uso. En particular, los costos indirectos pueden ser sub o sobre estimados al ser las tasas de prorrateo estimadas en base a información disponible. En cuanto a los costos unitarios, esta estimación depende de que la información entregada por las personas operadoras acerca del tiempo dedicado a cada actividad sea fidedigna y esté bien estimada. Para mayor claridad, en el apartado 4 se detallan los costos que no pudieron ser estimados en casa país, y que debiesen considerarse en pasos futuros.

3.3.3 Recomendaciones para la escalabilidad de los programas de TTD

Escalar un programa quiere decir expandirlo o aumentar su tamaño, por ejemplo, ampliando su cobertura en el número de personas usuarias o zonas geográficas, sin disminuir su calidad ni sus aspectos esenciales. Existen diversas razones por las que puede ser deseable escalar un programa, ya sean económicas, sociales, ambientales, u otras. En el caso particular de los programas sociales, se entiende que el objetivo de escalar no es aumentar los ingresos, sino aumentar el beneficio que se produce para la sociedad a un costo razonable.

Para analizar la conveniencia de escalar un programa, además del aspecto económico, se deben contemplar algunos factores relevantes, como por ejemplo la tecnología necesaria, la demanda potencial, la disponibilidad de recursos humanos y la institucionalidad vigente, así como otros factores socioculturales.

De acuerdo con los resultados obtenidos en las etapas anteriores, se analizó la conveniencia de la escalabilidad de los programas de TTD bajo estudio. Para esto, se utilizó como insumo toda la información recopilada en el estudio de costos.

El análisis de escalabilidad de los programas de TTD se organiza en torno a dos dimensiones, por un lado, la profundización del actual modelo de TTD siendo ejecutado en cada país, solucionando las brechas de ejecución y alcanzando los estándares de buenas prácticas sustentadas en la evidencia, y por el otro, la replicabilidad territorial del programa, es decir, la expansión hacia nuevas localidades.

Cabe destacar que este análisis no considera estimaciones cuantitativa ni proyecciones de costos respecto a un plan de escalabilidad del programa, sino que se centra en aspectos cualitativos. Esto, debido a que en el trabajo en terreno se identificaron múltiples brechas de diseño e implementación de los modelos de TTD en los países bajo estudio, por lo que generar modelos y/o proyecciones de costos a partir de modelos que presentan brechas de diseño e implementación resulta poco eficiente y veraz. En estudios futuros, y una vez que las brechas discutidas a continuación sean abordadas, es posible genera modelos cuantitativos para la escalabilidad del programa.

4 Hallazgos y Oportunidades

4.1 Principales Hallazgos a Nivel Regional

A continuación, se presentan los principales resultados regionales respecto a la evaluación de cotos y análisis de escalabilidad de los programas de TTD de la región. Antes de presentar los hallazgos del estudio es necesario realizar dos precisiones.

4.1.1 Comparabilidad de los programas de TTD de la región

La primera precisión dice relación con la comparabilidad de los programas de TTD de la región. Como se mencionó en el apartado anterior, los programas de TTD en América Latina y el Caribe son sumamente diversos, y si bien todos se inspiran en el modelo de TTD prevalente en Norteamérica, cada país a adaptado dicho modelo según sus necesidades y capacidades locales. Debido a esto, los ocho programas de TTD bajo análisis en este estudio presentan diferencias importantes a nivel de componente, recursos humanos, y modalidades de tratamiento, lo que hace de cualquier comparación respecto a sus costos un ejercicio metodológicamente complejo. A continuación, se presentan las principales diferencias de los programas d TTD de la región y como esto afectan la comparabilidad de los resultados de costos.

En primer lugar, los programas de TTD analizados en este estudio presentan diferentes mecanismos procesales para formalizar el ingreso de casos, los cuales se sitúan en distintas fases de la ejecución penal. Algunos programas operan bajo la figura de la suspensión condicional del procedimiento, en otros, la derivación de casos sucede en un momento anterior, bajo la figura de la remisión fiscal, y en otros, especialmente en aquellos programas del caribe anglófono (a excepción de Jamaica[13]), el ingreso al TTD opera bajo un modelo de post fallo judicial, realizándose la derivación al programa de TTD después de que la persona imputada es condenada. En la práctica esto significa que todos los programas tienen diferentes implicancias respecto al incumplimiento de las condiciones fijadas al ingreso de los programas, lo que se traduce en diferentes incentivos a la participación.

[13] Jamaica es el único país del Caribe anglófono donde una declaración de culpabilidad no es un requerimiento para la admisión en el programa (Programa Drogas, Seguridad y Democracia, 2018a)

Asimismo, en los distintos países bajo estudio, los programas de TTD se insertan en diversas instituciones. En los países del Caribe Anglófono, los programas de TTD siguen con mayor rigurosidad el modelo de TTD norteamericano, insertándose dentro de la Rama Judicial, y siendo el tribunal el organismo responsable de la coordinación y ejecución del programa de TTD. En América Latina, los programas de TTD presentan una inserción institucional más compleja, dependiendo de múltiples instituciones, las cuales participan y se responsabilizan de los distintos procesos del programa, en diversos grados. En estos países, las principales instituciones encargadas de la coordinación y ejecución de los programas de TTD son, el Poder Judicial, El Ministerio de Salud o la entidad de salud territorial correspondiente, el Ministerio Público o la Procuraduría General de la República, y la Defensa Penal Pública, siendo los programas de TTD alojados en una o más de una de estas instituciones[14].

Lo anterior, se traduce en que los programas de TTD operan con equipos, profesionales y responsabilidades diferentes, lo que la última instancia significa que los procesos de intervención realizados con las personas usuarias también difieren de programa a programa.

En algunos países, en concordancia con el modelo de TTD norteamericano, el grueso de las labores de seguimiento son realizadas por el juez y los profesionales del tribunal, sin embargo en otros, el seguimiento es realizado por duplas psicosociales ligadas a la defensa pública, y/o a los equipos de tratamiento clínico, y las audiencias de seguimiento son meras instancias informativas que se realizan cada 3 o 4 meses, y que tienen por objetivo llevar un registro más formal de a los avances y/o retrocesos de las personas usuarias. Asimismo, en otros países, los programas de TTD están insertos dentro de las Línea de Justicia Restaurativa de la Rama Judicial, lo que implica que el componente de trabajo restaurativo opera como un eje central de los programas de TTD y, por tanto, las personas usuarias participan de actividades adicionales, tales como talleres comunitarios y/o encuentros restaurativos con víctimas.

Finalmente, en cuanto a los servicios de tratamiento con consumo de sustancias, los programas de TTD de la región también presentan múltiples diferencias, principalmente ligadas a la intensidad de la intervención y la periodicidad del tratamiento. Así, mientras en algunos programas se contempla la intervención hospitalaria y ambulatoria, según la necesidad de las personas usuarias,

[14] A saber, en Costa Rica, el PTDJR se aloja en la Oficina de Justicia Restaurativa del Poder Judicial, en Perú, el JJR se aloja en el Ministerio Público, y el JTR en el Poder Judicial, en Panamá, el PTDJ se aloja en el Instituto de la Defensa Penal Pública, en Colombia el PSTDJR- SRPA, se aloja en el Ministerio de Justicia y del Derecho, y en República Dominicana el PTSJ se aloja en el Poder Judicial.

en otros, solo se contempla atención ambulatoria. Asimismo, en algunos países el tratamiento farmacológico está incluido dentro de las prestaciones proporcionadas por el TTD, mientras en otros esto debe ser costeado por las personas usuarias. Esto implica grandes diferencias a nivel de costo por usuario.

Todo lo anterior implica que, a nivel de componentes y actividades, los programas de TTD de la región presentan variaciones importantes, lo que en el marco de una evaluación de costos supone diferencias inevitables dada las diferentes actividades y procesos a cuantificar. Dado esto, a la hora de estimar el costo total y costo promedio por usuario de los programas de TTD de la región, las estimaciones no sean del todo comparable, pues refieren a actividades y periodicidades diferentes. Dicho esto, las cifras que presentadas a continuación no deben leerse clave comparativa, sino más bien como una apreciación general de los programas de TTD de la región.

A modo de ilustración, la tabla 8 detalla las principales caracteristicas y diferencias de los programas de TTD bajo estudio.

Tabla 8: Caracteristicas de los programas de TTD de la región bajo estudio

Program and country	**PJTDR Costa Rica**	**PSJTD Colombia**	**PJTD Panama**	**PTSJ Dominican Republic**	**JTR Peru**	**JRR Peru**	**TTD Jamaica**	**TTD Guyana**
Starting year	2013	2017	2014		2019	2020	2001	2019
Target population	Adults and adolescents	Adolescents	Adults	Adults	Adolescents	Adolescents	Adults and adolescents	Adults
Execution phase	Criminal enforcement phase	Criminal enforcement phase	Criminal enforcement phase	Criminal enforcement phase	Criminal enforcement phase	Criminal enforcement phase	Criminal enforcement phase	Post-judgment model
Procedural mechanism	Conditional suspension of proceedings	Conditional suspension of proceedings & Substitution of the sanction	Conditional suspension of proceedings	Conditional suspension of proceedings	Conditional suspension of proceedings	Fiscal Referral	Post-conviction diversion	Post-conviction diversion
Coordinating institution	Office of Restorative Justice - Judicial Branch	Ministry of Justice and Law	Defense Institute - Judicial Branch	Judiciary	Judiciary	Public Prosecutor's Office	Judiciary	Judiciary
Type of treatment provided	Outpatient and Residential	Outpatient and Residential	Outpatient	Outpatient	Outpatient	Outpatient	Outpatient and Residential	Outpatient and Residential
Frequency of follow-up hearings	Every three months	Once a month	Every three months	Every one month and a half	Every two months	Every two months	Once a week Every two weeks/Once a month	Once a week Every two weeks/Once a month
Professional in charge of psychosocial support	Judicial Branch Psychosocial Team	Mayor's Office liaison professionals	Public Criminal Defense Team and Judicial Branch Compliance Team	Dupla de la Procuraduría General de la República (Attorney General's Office)	Adolescent Guidance Service Team	Public Prosecutor's Team	Case Manager-Judiciary	Case Manager-Judiciary
Does it contemplate post-	No	Yes	No	No	No	No	Yes	Yes

graduation follow-up?								
Program status	National application procedure	Program in force in 18 territories nationwide	Pilot Program in the province of Cocle	National District Pilot Program	Pilot Program in 3 jurisdictions	Pilot Program in Central Lima District	Program in force in 5 Courts	Programa Piloto Corte de Georgetown

Programa y País	**PJTDR Costa Rica**	**PSJTD Colombia**	**PJTD Panamá**	**PTSJ Republica Dominicana**	**JTR Perú**	**JRR Perú**	**TTD Jamaica**	**TTD Guyana**
Año de inicio	2013	2017	2014		2019	2020	2001	2019
Población Objetivo	Adultos y adolescentes	Adolescentes	Adultos	Adultos	Adolescentes	Adolescentes	Adultos y adolescentes	Adultos
Fase de ejecución	Fase de ejecución penal	Fase de ejecución penal	Fase de ejecución penal	Fase de ejecución penal	Fase de ejecución penal	Fase de ejecución penal	Fase de ejecución penal	Modelo post fallo judicial.
Mecanismo procesal	Suspensión condicional del procedimiento	Suspensión condicional del procedimiento & Sustitución de la sanción	Suspensión condicional del procedimiento	Suspensión condicional del procedimiento	Suspensión condicional del procedimiento	Remisión Fiscal	Derivación post condena	Derivación post condena
Delitos que ingresan actualmente[15]	Conducción Temeraria	Violencia Intrafamiliar	Posesión Simple de Droga	Posesión Simple de Droga y Porte de Armas	Violencia Intrafamiliar, Hurto y Tenencia de Armas	Violencia Intrafamiliar, Hurto y Tenencia de Armas		

[15] Si bien muchos de los programas de TTD de la región presentan un catálogo de delitos extenso, en la práctica los delitos que efectivamente ingresan son más acotados, por ende se presentan los delitos que efectivamente están ingresando a los programa de la región.

Institución coordinadora	Oficina Justicia Restaurativa - Poder Judicial	Ministerio de Justicia y del Derecho	Instituto de la Defensa – Órgano Judicial	Poder Judicial	Poder Judicial	Ministerio Público	Poder Judicial	Poder Judicial
Tipo de tratamiento proporcionado	Ambulatorio y Residencial[16]	Ambulatorio y Residencial	Ambulatorio	Ambulatorio	Ambulatorio	Ambulatorio	Ambulatorio y Residencial	Ambulatorio y Residencial
Periodicidad de las audiencias de seguimiento	Cada tres meses	Una vez al mes	Cada tres meses	Cada mes y medio	Cada dos meses	Cada dos meses	Una vez a la semana Cada quince Días/Una vez al mes	Una vez a la semana Cada quince Días/Una vez al mes
Profesional encargado del acompañamiento psicosocial	Dupla Psicosocial Poder Judicial	Profesionales de enlace de la Alcaldía	Dupla de la Defensa Penal Publica y Dupla de Cumplimiento del Poder Judicial	Dupla de la Procuraduría General de la República	Equipo del Servicio de Orientación al Adolescente	Equipo del Ministerio Público	Case Manager-Poder Judicial	Case Manager-Poder Judicial
¿Contempla seguimiento post egreso?	No	Si	No	No	No	No	Si	Si
Estatus del programa	Procedimiento de aplicación nacional	Programa vigente en 18 territorios a nivel nacional	Programa Piloto provincia de Coclé	Programa Piloto Distrito Nacional	Programa Piloto en 3 jurisdicciones	Programa Piloto en Distrito de Lima Centro	Programa vigente en 5 Cortes	Programa Piloto Corte de Georgetown

[16] El tratamiento residencial solo está disponible para la población usuarias adolescente.

4.1.2 Desafíos de la medición de costos de los programas de TTD de la región

La segunda precisión dice relación con los desafíos de medir los costos de los programas de TTD de la región. Como se mencionó en el apartado metodológico, todos los programas de TTD analizados en este estudio son financiados principalmente por fondos públicos, los cuales, dada la naturaleza interinstitucional de los programas de TTD en la región, provienen de múltiples instituciones. Lo anterior implica un desafío en sí mismo, pues es necesario identificar a todas las instituciones que colaboran, directa o indirectamente con los programas de TTD, y cuantificar los recursos humanos, materiales y financieros que proporcionan.

Para realizar la evaluación de costos de los programas, se identificaron tanto los costos directos, que corresponden a aquellos que son destinados exclusivamente al funcionamiento de los programas, como los costos indirectos, que corresponden a la carga indirecta que representa el programa para las distintas instituciones involucradas. La estimación de ambos costos conlleva desafíos, los cuales son presentados a continuación.

Costos Indirectos

Los costos indirectos son aquellos costos que afectan los procesos de los programas, pero no pueden medirse ni asignarse de forma directa. En el caso de los programas de TTD, refieren principalmente a los costos de infraestructura y servicios básicos proporcionadas por las instituciones que participan de la ejecución de los programas[17].

Para el análisis de este estudio, los costos indirectos fueron prorrateados de acuerdo con el número total de casos que atiende cada institución de manera anual, y a la tasa de uso asociado al programa TTD, es decir, la proporción del total de casos que atiende la institución que corresponden a casos TTD.

Respecto a esta estrategia metodológica es necesario establecer dos precisiones. En primer lugar, no todas las instituciones que participan de los programas de TTD poseen "casos de atención

[17] Debido a que ningún programa de TTD de la región posee una glosa presupuestaria propia, sino que depende de glosas de otros programas y/o actividades, los todos los costos de infraestructura y servicio básicos son considerados costos indirectos. Estos costos fueron proporcionados por las instituciones involucradas en los TTD o bien obtenidas a través de las páginas de transparencia de las respectivas instituciones en cada país.

anual", por ejemplo, en el caso de Colombia, el Programa de TTD es coordinado a nivel local desde la Alcaldía de Medellín, institución que no posee un número total de atenciones o casos analizados al año, por lo cual el prorrateo de los cosos indirectos se realizó a partir del número total de habitantes de la ciudad de Medellín, lo que podría estar subestimando el costo indirecto del programa respeto a dicha institución. Esta situación se repite en el caso de República Dominicana y el rol del Consejo Nacional de Drogas, institución que tampoco posee un número total de atenciones anuales. En este caso, se utilizó como proxy el número de personas que asistieron a actividades de prevención de drogas realizadas por el Consejo Nacional de Drogas durante el 2022, lo que también podría implicar un sub o sobre reporte.

En segundo lugar, algunas instituciones proporcionaron información respecto a su costo de manera agrupada, no diferenciando entre costos directos e indirectos. Este es el caso, por ejemplo, de las instituciones a cargo del tratamiento por consumo de sustancias en Costa Rica y Colombia, a saber, el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, y la Institución prestadora de Salud E.S.E Carisma respectivamente, las cuales proporcionaron un valor cupo mes de sus servicios, valor que contempla costos indirectos y directos.

A partir de los anterior, es posible que los costos indirectos identificados para cada país estén sub o sobre estimado.

Costos Directos

En segundo lugar, se identificaron todos los costos directos de los programas, a saber, aquellos costos asignables a cada proceso del programa. Los principales costos directos de los programas de TTD refieren a (1) los costos asociados al tiempo de dedicación de los recursos humanos (valor hora), y (2) al costo de los recursos materiales adicionales.

Respecto a los costos directos, el primer desafío identificado sistemáticamente en todos los países y programas revisados refiere a que estos no cuentan con presupuestos de uso exclusivo, sino que más bien, los recursos humanos y materiales son proporcionados por los profesionales involucrados en la ejecución de estos programas como parte de sus labores generales en las instituciones a las cuales pertenecen. En última instancia esto implica que muchas veces no existen registros formales sobre los recursos que cada institución y/o profesional aporta.

En todos los programas de TTD analizados el tiempo de dedicación de los recursos humanos es el principal insumo para la ejecución de estos, sin embargo, debido a que la mayoría de los programas de la región atienden a un número pequeño de participantes al año[18], para los profesionales involucrados es complejo identificar y cuantificar el tiempo de dedicación a labores del TTD, pues en general estas labores representan una carga mínima dentro de sus jornadas laborales. En la práctica esto implica que al ser consultados respecto por cuanto tiempo dedican a los diferentes procesos de los programas de TTD, los profesionales no contestan con seguridad y las respuestas son más bien estimaciones generales.

En relación con los recursos materiales, estos refieren principalmente a (1) costos asociados al tratamiento clínico (tratamiento farmacológico, pruebas de identificación de drogas), (2) costos adicionales asociados a las visitas de las personas usuarias a las instancias de seguimiento y/o tratamiento (transporte y alimentación), (3) costos asociados a otros artículos utilizados en actividad del TTD (ceremonia de titulación, actividades recreativas y/o talleres). En línea con lo anterior, en la mayoría de los programas analizados, el uso de recursos materiales no es registrado sistemáticamente por las distintas instituciones involucradas, lo que dificulta el proceso de costeo. Así, si bien en todos los países se solicitó la información de los costos antes mencionados, para algunos programas no fue posible acceder a estos.

Por ejemplo, en el caso de Panamá y Perú no fue posible acceder a los costos del tratamiento farmacológico, el cual es cubierto por las propias personas usuarias. En el caso de los costos adicionales de trasporte y alimentación de las personas usuarias, debido a que estos gastos no están contabilizados en una glosa presupuestarias, sino que dependen de fondos para gastos operacionales menores de las distintas instituciones involucradas en la ejecución de los programas, no fue posible acceder a un dato preciso, sino que los profesionales de los equipos proporcionaron estimaciones sobre estos costos.

En suma, el principal desafío ligado a la estimación de costos de los programas de TTD de la región es que estos programas carecen de una planificación de ejecución presupuestaria, por lo que los recursos humanos, materiales y financieros destinados no son cuantificados de manera

[18] En los programas analizados en la región, el número de participantes anuales fluctúa entre 4 a 80 participantes, con un promedio de X participantes al año.

sistemática. Lo anterior implica que el ejercicio de costeo realizado en este estudio fue elaborado a partir de información con márgenes imprecisos.

Habiendo precisado lo anterior, a continuación, se presentan los principales hallazgos del estudio de costos.

4.1.3 Análisis de Costos a nivel regional[19]

A continuación, se presentan los principales resultados de costos de los programas de TTD de la región. Estas estimaciones corresponden al análisis de un año de ejecución de los programas.

A nivel general, el costo promedio por usuario de los programas de TTD de la región oscila entre 4.465 USD y 8.846 USD, y el promedio regional es de 6.266 USD. Resulta fundamental destacar que todos los programas analizados presentan particularidades, tanto en su componente de intervención, equipos de implementación, como en la duración y modalidad de la atención de tratamiento por consumo de sustancias, lo que explica parte, la amplitud del rango de costo por usuario.

Los datos disponibles también permiten identificar el costo promedio de las distintas fases de los programas de TTD. A nivel general los programas pueden dividirse en 4 fases (1) Ingreso, (2) Intervención, (3) Egreso y (4) Post egreso.

La fase de Ingreso dice relación a todas las actividades ligadas a la identificación, derivación, evaluación inicial, y audiencia y/o procedimiento para formalizar el de ingreso al programa. En algunos programas esta fase contempla dos o hasta tres subetapas[20], sin embargo, a fin de facilitar

[19] En el siguiente apartado no se incluyen los análisis de costos del programa de TTD de Guyana. Esta decisión metodológica responde a que los resultados de costos de Guyana se escapan considerablemente de los valores regionales, lo que se explica debido a que el programa solo contó con 4 participantes durante el 2022, por lo que los costos fijo y/o de costos asociados a las labores administrativas y de coordinación están siendo absorbidos por un número muy pequeño de usuario, lo que en última instancia distorsiona el costo unitario del programa. Dado lo anterior, existe una diferencia sumamente considerable entre el costo total del programa y el costo promedio por usuario.

[20] De los ocho programas analizados, cuatro contemplan dos fases dentro de la etapa denominada "Ingreso". En efecto, en el caso del PJTD de Panamá, se agrupó la fase de (I) Selección e Ingreso y (II) Audiencia de suspensión del procedimiento dentro de la etapa de Pre-Ingreso. En el PTDSJ en Costa Rica se agrupó la fase (I) Identificación y

la comparabilidad en este ejercicio de análisis, estas fueron agrupadas en una sola fase. La fase de Intervención refiere a las actividades de Tratamiento por consumo de sustancias, seguimiento judicial, y acompañamiento psicosocial. Respecto al acompañamiento psicosocial, en algunos programas este forma parte de las labores propias del tribunal y por ende esta incorporado en dicho ítem, sin embargo, en otro, es una actividad realizada por otras instituciones, y por ende se considera como un componente en sí mismo.

En cuanto a la fase de egreso, esta contemplas todas las actividades para el cierre del caso, entre las que destacan la revisión y cierre de carpetas, la audiencia de extinción del procedimiento o audiencia de egreso y la ceremonia de graduación.

Finalmente, la fase de Post Egreso dice relación con las actividades de seguimiento que contemplan algunos programas de TTD. En el caso de los programas de la región solo tres programas poseen una fase de post-egreso, las cuales varían en su intensidad y periodicidad de las actividades de seguimiento[21].

La tabla 9 presentada a continuación detalla los costos por fase por usuario y el porcentaje que cada fase representa respecto al costo total por usuario de los programas de TTD de la región. Tanto los costos como el porcentaje que cada fase representa respecto al costo total están presentado en rangos, es decir, se indicar el menor y mayor valor registrado en los programas bajo análisis. Sumado a lo anterior, también se presenta el promedio regional para cada una de las fases de los programas.

derivación y (II) Tamizaje y encuentro restaurativo. En el caso del JJR de Perú se agrupó la fase (I) Diagnostico, Fase (II): Evaluación Inicial, y Fase (III)Toma de decisión Fiscal Finalmente, en el caso del PSJTD-SRPA de Colombia se agrupó la fase (I) Identificación y Aislamiento y (II) Derivación al programa o pre-ingreso.

[21] El PSTDJR- SRPA en Colombia, y el TTD de Jamaica y Guyana poseen fases de post egreso.

Tabla 9: Rango del costo promedio por usuario, de las distintas fases de los programas de TTD de la región.

Fase	Rango y costo promedio[22] del costo por fase por usuario (USD)	Rango y promedio[23] del porcentaje respecto al costo total por usuario (%)
Ingreso	85 USD –559 USD (349 USD)	2% - 11% (10%)
Intervención	2704 USD - 7430 USD (4757 USD)	50% - 95% (78%)
Egreso	120 USD – 822 USD (430 USD)	3% – 15% (7%)
Post-Egreso	75 USD – 1645 USD (1079 USD)	1% - 30% (15%)

Fuente: Elaboración propia.

Como es posible observar, existen consisten en que el mayor porcentaje del costo de los programas de TTD de la región se concentra en la fase de intervención. En efecto, en todos los programas los países de América Latina, la fase de intervención representa más de 80% del costo total de los programas. En el caso del caribe anglófono, esto disminuye a alrededor del 50% del costo de sus respetivos TTD, lo que se explica, entre otros, a que dichos programas poseen fases de post seguimiento más extensas, las cuales representan al redero del 20% de sus costos totales.

Finalmente, también es posible desagregar los costos asociados a la fase de Intervención, lo cual permite observar los costos asociados al (1) Tratamiento por Consumo de sustancias, (2) Seguimiento Judicial y al (3) Acompañamiento Psicosocial (en los casos donde este existe como un subcomponente).

El tratamiento por consumo de sustancias los programas es uno de los componentes basales de todos los programas de TTD de la región, y si bien se observan diferencias en cuanto a la institución a cargo de la prestación de estos servicios y la intensidad y modalidad de la atención, en todos los programas fue posible identificar un valor cupo mes para la atención por consumo de sustancias.

[22] El promedio se indica entre paréntesis y en color rojo.

[23] El promedio se indica entre paréntesis y en color rojo.

El seguimiento judicial es otro de los componentes centrales de los programas de TTD de la región y hace relación a todas las actividades de seguimiento y monitoreo realizado por el tribunal. Entre estas destacan la realización de pre-audiencias y audiencias de seguimiento, la elaboración de informes de seguimiento y las reuniones de coordinación por parte del equipo judicial (jueces, fiscales, defensa, etc.).

Finalmente, el acompañamiento psicosocial refiere al seguimiento adicional realizado por otras instituciones relacionadas a la ejecución de los programas de TTD. En el marco de los programas de la región, el acompañamiento psicosocial es generalmente liderado por duplas psicosociales, compuestas por un/a psicólogo/a y un/a trabajador/a social, las cuales monitorean los avances de las personas usuarias a través de visitas domiciliarias y actividades formativas y/o recreativas, y reportan dichos avances en informes de seguimiento los cuales son utilizados de insumo en las audiencias judiciales. Cabe mencionar que cinco[24] de los ocho programas de TTD de la región identifican funciones ligadas al acompasamiento psicosocial, mientras que los otros tres agrupan dichas funciones para parte del seguimiento judicial.

La tabla 10 presentada a continuación detalla el desglose del costo total por usuario de la fase de intervención de los programas de TTD de la región. Al igual que la tabla anterior, estos datos son presentado a partir de rangos, indicando el menor y mayor valor asociado a cada actividad entre los programas de la región. A su vez también se presenta el porcentaje que cada componente representa respecto al costo total de la fase de intervención. Tanto para el rango de costo como para el rango de porcentaje que este representa se detalle entre paréntesis y en color rojo, el valor promedio a nivel regional.

[24] A saber, los programas de Costa Rica, Colombia, Panamá y Perú poseen identifican labores de acompañamiento psicosociales como actividades separadas del seguimiento judicial.

Tabla 11: Desglose del costo total por usuario de la "Fase de Intervención" de los programas de TTD de la región

Detalle Fase Intervención	Rango costo por fase por usuario (USD)	Rango Porcentaje respecto al costo total por usuario (%)
Tratamiento por Consumo de Sustancias	203 USD - 6502 USD (2292 USD)	4% - 88% (42%)
Seguimiento Judicial	293 USD - 2390 USD (1475 USD)	5% - 88% (33%)
Acompañamiento Psicosocial	440USD – 4300 USD (1847 USD)	9% – 91% (40%)

Fuente: Elaboración Propia

A partir de los datos se observan diferencias relevantes respecto a los componentes centrales de la intervención de los programas de TTD de la región. En algunos paisas, tales como Colombia, Costa Rica, y Republica Dominicana, el tratamiento por consumo de sustancias es el principal costo de la fase de intervención representando cerca del 80% del costo total de dicha fase. Por su parte, en otros países, tales como Jamaica, Guyana y Panamá, el Seguimiento Judicial representa el mayor costo de la fase de intervención, con cerca de un 70% del costo total de dicha fase. Finalmente, en ambos programas de TTD de Perú el acompañamiento psicosocial representa cera del 80% del costo total de la fase de intervención, siendo el principal componente de esto.

Lo anterior refuerza la noción de que los programas de TTD de la región presentan modelos sumamente diferentes, en donde el grueso de las labores del programa es desempeñado por instituciones y con objetivos diferentes.

4.1.4 Análisis para la escalabilidad de los programas de TTD en la Región

El segundo objetivo de este estudio buscó evaluar los principales desafíos para la escalabilidad de los programas de TTD de la región. Esta evaluación considero dos dimensiones, por un lado, la profundización del actual modelo de los programas, en donde se identificaron las principales brechas de ejecución de los programas, proponiendo recomendaciones en base a los estándares de

buenas prácticas sustentas por la evidencia, y por el otro, la replicabildaid territorial de los programas. Cada uno de los programas bajo estudio se analizaron ambas dimensiones, proporcionando recomendaciones ante futuras expansiones las cuales son presentadas de manera general a continuación.

Cabe destacar que el siguiente apartado no considera estimaciones cuantitativa ni proyecciones de costos respecto a un plan de escalabilidad de los respectivos programas, sino que se centra en aspectos cualitativos. Esto se debe a que generar modelos y/o proyecciones de costos a partir de modelos que presentan brechas de implementación resulta poco eficiente y veraz. En estudios futuros, y una vez que las brechas discutidas a continuación sean abordadas, por cada uno de los programas es posible genera modelos cuantitativos que evalúen diferentes escenarios para la escalabilidad de estos programas

4.1.4.1 Profundización de los modelos de TTD en la región

La profundización de un modelo refiere a la evaluación sobre como el programa está siendo ejecutado, y cuáles son las principales brechas a nivel de recursos humanos, recursos materiales, posicionamiento interinstitucional, y otros factores relevantes para la ejecución de este.

A pesar de sus particularidades a nivel de modelo, los programas de TTD de la región se enfrentan a problemas similares en cuanto a la profundización de sus modelos, los cuales se relacionan principalmente con la necesidad de ampliar el catálogo de delitos ingresables, fortalecer las alianzas interinstitucionales necesarias para la ejecución de los programa, ampliar la dotación de recursos humanos proporcionando procesos de capacitación continua a los equipos, y fortalecer los recursos materiales disponibles para la ejecución de los programas.

A continuación, se presentan los principales hallazgos a nivel regional, según los principales nudos críticos identificados:

Ampliación del catálogo de delitos

El primer desafío común de los programas de TTD de la región refiere al limitado catálogos de delitos ingresables a los programas. Si se considera que los TTD se orientan a delitos relacionados con las drogas, esto implica considerar delitos económico-compulsivos (que se cometen con la finalidad de financiar el consumo de drogas), delitos psicofarmacológicos (aquellos que se cometen

bajo los efectos de las drogas) y delitos sistémicos (aquellos vinculados al sistema de distribución de drogas). En base a lo anterior, la evidencia sobre programa de TTD indica que los programas son más efectivos cuando incluyen delitos de mayor complejidad (CICAD-OEA, 2013; National Drug Court Resource Center, 2022), pues el incentivo y disposición a participar es mayor.

En el caso de los programas de TTD de la región una de sus grandes brechas es que sus catálogos de delitos son acotados, incorporando en su mayoría, delitos de baja gravedad, y principalmente relacionados a solo una de las categorías antes mencionadas. Entre los principales delitos ingresables destacan los delitos de (1) Violencia Intrafamiliar, (2) Conducción Temeraria, (3) Posesión Simple de Drogas, y (4) Porte de Armas.

En base a la evidencia disponible sobre la efectividad de los TTD en el mundo, los programa de la región debiesen orientarse hacia aquellas personas acusada por delitos graves, que de otro modo resultaría en sentencias de encarcelamiento, y quienes podrían beneficiarse de un tratamiento para la dependencia a drogas (Programa Drogas, Seguridad y Democracia, 2018b).

Si bien la expansión de la demanda de los programas de TTD implica desafíos políticos, económicos y técnicos, la región presenta grandes oportunidades para avanzar en esta materia, principalmente debido a la amplia disposición y voluntad política de las instituciones ejecutoras, así como de procesos de reformas jurídicas que proporciona la estructura normativa para avanzar en esta materia.

Anclaje institucional

Un segundo nudo critico al cual se enfrentan los programas TTD de la región, es el desafío de consolidar un anclaje institucional solido que permita fortalecer las alianzas interinstitucionales a nivel nacional, regional y local. Respecto a la dimensión institucional los programas de TTD de la región se enfrentan a tres grandes desafíos.

El primer desafío institucional dice relación con la consolidación de las estructuras institucionales y la bajada practica de dichas estructuras. Si bien todos los programas presentan una inserción institucional clara, en donde los cargos y/o roles son atribuibles a las distintas instituciones involucradas en la coordinación y ejecución de los programas, en muchos países esta estructura opera a nivel normativo, sin embargo, a nivel práctico esto no se traduce en acciones y responsabilidad concretas.

La consolidación de un anclaje institucional solido es fundamental para la efectividad de cualquier programa de TTD, sin embargo, en el caso de la región Latinoamericana esto cobra especial relevancia, pues el diseño de estos programas contempla una estructura interinstitucional mucho más compleja que la del modelo de TTD norteamericano, en la cual el grueso de las responsabilidades está asociadas a la labor de la corte. Por el contrario, en América Latina los TTD dependen de tres y hasta cuatro instituciones diferentes, las cuales realizan en paralelo labores de tratamiento, seguimiento y acompañamientos. Lo anterior, se traduce en que las distintas instituciones involucradas deben coordinarse y definir sus ámbitos de acción y responsabilidad, lo que en la práctica no siempre se logra con éxito.

Los desafíos en el ámbito institucional son un más relevantes para aquellos programas en fase de pilotaje, como lo son el JJR y JTR de Perú, el PJTD de Panamá, y el PTSJ de Republica Dominicana, pues debido que se encuentran en una fase de ejecución inicial su anclaje institucional es más débil, y las responsabilidades asociadas a la ejecución de sus programas dependen en gran medida de la voluntad de los operadores en las distintas instituciones.

El segundo desafío institucional que enfrentan los programas de TTD de la región refiere a las alianzas entre el sector justicia y salud. Dada la naturaleza de los programas de TTD, estos combinan objetivos judiciales y terapéuticos, lo que implica una imbricación de dos sistemas que pocas veces operan de manera coordinada.

El primer elemento clave para asegurar las alianzas necesarias entre el sector justicia y salud refiere a la existencia de acuerdos normativos, convenios de cooperación interinstitucional y manuales de procedimientos conjuntos. En este ámbito, se registran disparidades a nivel regional, en donde algunos países presentan grandes avances en esta materia, tales como El PSJTD-SRPA en Colombia y el PJTD en Costa Rica, y otro donde aún se deben formalizar dichos acuerdos. Ahora bien, a pesar de la existencia de acuerdos normativos en muchos de los programas de la región, en todos los programas se identifican grandes brechas de comunicación entre los equipos de ambos sectores, lo que se traduce en impedimentos para el intercambio de información o bien en tensiones entre los objetivos judiciales y terapéuticos de los programas.

Finalmente, el ultimo desafíos institucionales que enfrentan los programas de TTD de la región refiere a la incorporación del componente de reinserción social. De manera particular los

programas de TTD en los países latinoamericanos poseen dentro de sus objetivos favorecer la reinserción social efectiva de las personas usuarias, sin embargo, las alianzas estratégicas con organizaciones que proporcionen servicios de educación y/o capacitación e inserción laboral son escasas. Este desafío es identificado sistemáticamente por los coordinadores de los programas como un eje estratégico sobre el cual avanzar.

Considerando los tres nudos críticos antes mencionados, resulta fundamental que los programas de TTD de la región avancen en la consolidación de acuerdos normativos que especifiquen las responsabilidades, y mecanismos de comunicación y colaboración interinstitucional. La ejecución actual de los programas, así como su expansión territorial, requieren que todos los procedimientos están regulado, estandarizados, y acordados normativa y jurídicamente por las distintas intuiciones ejecutora.

Recursos Humanos: Dotación y sensibilización

El tercer nudo critico identificado a nivel regional refiere al ámbito de los recursos humanos y la necesidad de ampliar la dotación profesional y proporcionar procesos de sensibilización y capacitación acorde a las exigencias de los programas.

De manera consistente en todos los programas de TTD de la región bajo estudio se identificó como nudo critico la limitada dotación de profesionales disponible para labores asociadas a los programas de TTD. Entre otras cosas, esto se debe a que ninguno de los programas cuenta con una glosa presupuestaria de uso exclusivo, sino que más bien utilizan recursos de glosas de otros proyectos o departamentos dentro de las instituciones involucradas en la ejecución de los programas. Debido a esto, muy pocos programas poseen recursos humanos con exclusividad horaria a labores del TTD, y en la gran mayoría los profesionales capacitados y disponibles para asumir labores asociadas a los programas son limitados.

La limitada dotación profesional afecta tanto a los equipos judiciales como del ámbito de salud. En la rama judicial, en todos los programas de la región emerge como nudo critico la limitada cantidad de jueces, fiscales y/o defensores sensibilizados y capacitados para implementar programas de TTD, lo que afecta negativamente la celeridad de los procedimientos. Así, debido a que son pocos los profesionales judiciales familiarizados con la forma de ejecución de los programas TTD, y dada la alta carga laboral que implica un caso de TTD en comparación a un

procedimiento ordinario, los procesos de TTD (audiencias d seguimiento) se ven ralentizados, lo que afecta el progreso de las personas usuarias y la efectividad del seguimiento y monitoreo judicial.

En el ámbito de salud el escenario es similar, y los equipos que proporcionan el tratamiento por consumo de sustancias sostienen requerir mayor apoyo profesional a fin de proporcionar tratamientos comprensivos y bajo la periodicidad necesaria. En su ausencia, el tratamiento proporcionado muchas veces no es suficiente para abordar las necesidades de las personas usuarias.

Sumado a la necesidad de ampliar la dotación profesional, otro desafío común de los programas de TTD de la región es la necesidad de sensibilizar y capacitar a los equipos ejecutores de los programas. El modelo de TTD trae consigo cambios en la forma tradicional de ejecutar los procedimientos judiciales y de abordar un tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, ya que implica imbricar objetivos judiciales y terapéuticos, por lo que se requiere de procesos de sensibilización, capacitación y formación que permita a los profesionales de las distintas instituciones ejecutar el modelo en base a los estándares de buenas prácticas.

En el ámbito judicial la sensibilización y capacitación es clave y debiese contemplarse no solo para aquellos profesionales encargados de la ejecución de los programas, sino que para todo el sistema de justicia. Esto es relevante pues, dado que la mayoría de los programas de la región operan a través de la suspensión condicional del procedimiento[25], si aquellos operadores encargados de la identificación y derivación primaria no están plenamente sensibilizados respecto al modelo y características de los programas de TTD los casos no serán detectados de manera oportuna generose así un filtro, que afecta la eficacia del programa.

En el ámbito de salud, la sensibilización también es fundamental, pues como se mencionó anteriormente, la ejecución de un programa de TTD implica exigencias y colaboraciones novedosas, principalmente ligadas a la superposición de los objetivos judiciales y terapéuticos y el intercambio de información con los enlaces judiciales, lo que requiere que todos los profesionales involucrados en la ejecución de los programas de TTD estén plenamente sensibilizados sobre sus lineamientos, características, objetivos y beneficios de este modelo.

[25] Todos los programas analizados incluyen esta figura como mecanismos procesales, salvo el TTd de Guyana que opera con un modelo post fallo, es decir, las personas usarías deben ser condenadas para luego derivarse al programa de TTD.

Estandarización de Protocolos

El tercer desafío que enfrentan los programas de TTD de la región refiere a la necesidad de consolidar protocolos y manuales operativos estandarizados, que orienten a los operados en el proceso de ejecución de los programas. Si bien actualmente todos los programas bajo estudio poseen documentos normativos y/o guías operativas, de manera sistemáticamente los equipos entrevistados en el marco de este estudio enfatizan la necesidad de contar con mayores y mejores guías que apoyen a los operadores a implementar los programas de manera fidedigna y acorde a los estándares establecidos por los lineamientos de los modelos.

Ante la audiencia de protocolos detallados y estandarizados, muchos equipos reconocen tener que improvisar sobre la marcha ciertos procedimientos ligados al programa, lo que no solo afecta la efectividad de este, sino que vuelve compleja la replicabildaid del programa, pues cada operador lo implementa de manera diferente. Dado lo anterior, todos los programas de la región s beneficiarían de contar con protocolos y guías operativas contundentes que permitan a los operadores de todos los sistemas comprender a cabalidad el programa a ejecutar.

Mecanismos de Adherencia

El cuarto nudo critico de los programas de TTD de la región refiere a los mecanismos de adherencia al programa. En muchos de los programas analizados se identificó una barrera para la participación de las personas usuarias debido a que las sesiones, tanto de tratamiento como de seguimiento judicial, suelen realizarse en horario laboral lo que afecta sus posibilidades de mantera empleos, y es en última instancia, contraproducente a los objetivos del programa.

Debido a lo anterior, todos los programas se ven en la encrucijada de facilitar mayor flexibilización horaria para las personas usuarias, logrando compatibilizar la participación en el programa con sus responsabilidades laborales y/o formativas.

Planificación Financiera

Finalmente, el ultimo desafío o nudo critico identificado en los programas de TTD de la región hace relación a la necesidad de contar con mayores recursos financieros propios, tanto para solventar gastos cotidianos de las personas usuarias si como para profundizar las prestaciones de tratamiento por consumo de drogas.

Como se mencionó anteriormente, los programas de TTD de la región no cuentan con presupuesto de uso exclusivo, sino que se financian a través de diversas glosas presupuestarias de las instituciones de las cuales dependen. Debido a esto, no cuentan con solvencia para destinar recursos financieros a gastos operacionales.

A nivel regional, la ausencia de glosas presupuestales propias repercute en dos grandes áreas. En primer lugar, los programas de TTD de la región se ven limitados a solventar gastos cotidianos de las personas usuarias tales como gastos de trasporte o alimentación en los días en que realizan visitas a la corte y/o a los servicios de tratamiento. En ausencia de fondos de dineros para gastos menores, dichos gastos suelen dependen de los propios operadores de los programas o bien de algún fondo para gastos menores de alguna de las instituciones involucradas en la ejecución del programa.

En segundo lugar, la ausencia de recursos financieros propios también afecta el acceso a tratamientos por consumo de sustancias. Si bien el grueso de los gastos asociados al tratamiento clínico por consumo de sustancias es financiado por las instituciones del sector salud, en algunos países ciertos costos asociados al tratamiento farmacológico y a la oferta de tratamiento hospitalario residencial no están contemplado, por lo que, en caso de ser necesarios, deben ser cubiertos por las personas usuarias.

Dicho lo anterior, a fin de dar cumplimiento a los objetivos de los programas de TTD es fundamental que estos cuenten con solvencia economía propia que permita responder las necesidades de las personas usarías de manera efectiva y oportuna. Asimismo, poseer una glosa presupuestaria de uso exclusivo permitirá al programa de TTD realiza una planificación, y seguimiento de su ejecución presupuestaria, lo cual a la fecha no se realiza. Esto permitirá asegurar registro continuo y sistemáticos de los costos de ejecución de los programas, lo cual es fundamental para realizar evaluaciones posteriores, entre ella, evaluaciones de costo efectividad.

4.1.4.2 Replicabilidad territorial de los programas de TTD en la región.

Una vez abordadas las brechas de implementación de los modelos, cabe evaluar el proceso de replicabilidad territorial, el cual refiere a la expansión de los programas de TTD hacia nuevos territorios. Si bien la decisión sobre dónde y cómo expandir un programa responde a múltiples

factores políticos, económicos y técnicos particulares de cada país, y por ende no existe un único camino, a nivel regional existen ciertas dimensiones comunes a considerar.

En primer lugar, es fundamental destacar que, a nivel regional, los programas de TTD se encuentran en fases de ejecución disimiles, con mayores a menor es nivel de consolidación y expansión. Algunos programas de la región, tales como el PJTD de Panamá, PSTD de República Dominica y DTC de Guyana se encuentran aun en fases de pilotajes, a su vez, el JTR y JJR en Perú están comenzando sus procesos de expansión territorial y por su parte el PTDJR en Costa Rica, el PSJTD en Colombia y DTC de Jamaica se encuentran ya operativos en múltiples localidades a nivel nacional. Esta disparidad implica desafíos diferentes para cada programa en base a su estado de ejecución.

En el caso de los programas que se encuentran en fases de pilotaje o recién comenzando el proceso de expansión, los principales desafíos de replicabilidad territorial dicen relación con la selección de las localidades a las cuales expandiese, y el fortalecimiento del anclaje institucional del programa a nivel local.

En cuanto a la selección de territorios hacia los cuales expandirse los principales elementos a considerar refieren a la incidencia de delitos relacionados con drogas, identificando los territorios con mayor incidencia y por ende los cuales que se beneficiarían en mayor medida de un programa de TTD, y a la disposición de servicios de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. En cuando a este último, los países de la región se ven enfrentados a la profunda disparidad regional existente con relación al acceso a salud y la disponibilidad de recursos financieros, materiales, y humanos necesarios para proporcionar el tratamiento requerido. Resulta fundamental que los programas de TTD se expandan a zonas en donde se asegure disponibilidad inmediata al tratamiento de drogas, basado en los derechos y la evidencia (Programa Drogas, Seguridad y Democracia, 2018b).

Sumado a lo anterior, otro desafío relacionado a la replicabilidad territorial que enfrentan estos programas dice relación con el fortalecimiento del anclaje institucional a nivel local. Como se mencionó anteriormente, los programas de TTD de la región poseen un diseño interinstitucional complejo, el cual implica que diversas instituciones deben comunicarse, coordinarse y colaborar a fin de dar cumplimiento al objetivo de los programas.

En relación con la replicabilidad territorial los desafíos institucionales se intensifican, pues los acuerdos normativos de colaboración que operan a nivel central deben traducirse en prácticas concretas en los nuevos territorios, lo que no siempre es efectivo. Así, una de las grandes piedras de tope de la replicabilidad territorial de los programas sociales, es que muchos de los procesos operativos o alianza interinstitucionales necesarias para su ejecución, operan a nivel de voluntad política o capital social de los operadores del programa (CICAD-OEA, 2013), lo que implica que no existen procedimiento formales y replicables, sino que estos dependen muchas veces de las capacidad operativa de los recursos humanos en un determinado momento y lugar.

Dado lo anterior, a fin de asegurar la sostenibilidad a largo plazo de los programas de TTD en las nuevas localidades, es fundamental garantizar que las mismas estructuras interinstitucionales que hoy operan en las localidades de pilotaje, se repliquen en los nuevos territorios. En la práctica esto supone que todos los acuerdos normativos, canales de comunicación y protocolos y alianzas de colaboración interinstitucional entre los representantes del sistema de justicia, salud, servicios sociales y cualquier otro servicio involucrado en la ejecución del programa de TTD estén operativos en todos los territorios y localidades en donde se busque expandir el programa.

Una forma de fortalecer el anclaje institucional de los programas a nivel local es incorporar estos programas dentro de los planes de desarrollo de las entidades territoriales encargadas de la ejecución de los programas. Independiente de cuál sea la principal institución responsable, todos los programas de TTD de la región se beneficiarían de contar con un respaldo institucional que garantice su funcionamiento y asegure la asignación de los recursos financieros, materiales y humanos necesarios para su ejecución.

Entre los países que presentan programas en fases de ejecución más avanzadas, siendo estos implementados en múltiples territoritos a nivel nacional, el principal desafío a nivel de replicabilidad territorial dice relación con la actualización y estandarización de los protocolos y la capacitación de los recursos humanos.

Dentro del ciclo de todo programa social es natural que, en el proceso de implementación, el diseño y modelo original sufra modificaciones y se adapte a las características particulares de cada localidad. En el caso de los programas de TTD, estas adaptaciones pueden deberse al tipo de delitos que ingresan, a la disponibilidad de recursos humanos y/o materiales, o bien a la carga laboral de los sistemas de justicia y/o salud. Si bien cierto grado de adaptabilidad es inevitable, es

importante evaluar que los procesos de los programas se implementen con fidelidad y acorde a los estándares de buenas prácticas. A partir de lo anterior, el principal desafío de los programas de TTD de la región que se encuentra en una fase avanzada de expansión es el de actualizar los protocolos y/o guías operativas existentes, a partir de las experiencias de los diversos territorios, y estandarizar estos, a fin de consolidar un solo modelo a nivel nacional.

Una vez estandarizados los protocolos y manuales operativos, estos programas se beneficiarían de la realización de procesos de capacitación en profundidad, que permitan a los equipos interiorizar los lineamientos, objetivos y procedimientos de los modelos de TTD que ejecutan. De manera consistente todos los equipos entrevistados en el marco de este estudio enfatizan la importancia de fortalecer los procesos de capacitación, utilizando como insumo las experiencias positivas de los distintos territorios.

4.2 Principales Hallazgos por País

La siguiente sección presenta una visión general de los hallazgos del estudio de costos en los 7 países bajo estudio.

4.2.1 Colombia

Programa de Seguimiento Judicial al Tratamiento de Drogas en el Sistema de Responsabilidad Penal Para Adolescentes

Durante el año 2015, y en el marco de la creación del Sistema Nacional de Coordinación de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SNCRPA), Colombia inicio las gestiones para implementar el modelo de Tribunal de Tratamiento de Drogas en el país. A través de una mesa técnica nacional integrada por el Ministerio de Justicia y del Derecho, en alianza con el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la Fiscalía General de la Nación, se generaron los lineamientos y las articulaciones interinstitucional necesarias para la ejecución del Programa de Seguimiento Judicial al Tratamiento de Drogas en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (PSJTD-SRPA).

El PSJTD-SRPA busca proponer una alternativa a la judicialización o a la utilización excesiva de medidas privativas de la libertad para jóvenes que como consecuencia del consumo de drogas hayan cometido delitos y quienes ingresan voluntariamente al programa de tratamiento para su adicción como medida complementaria a la sanción (Ministerio de Justicia de Colombia, 2017). De esta forma, el programa busca prevenir la comisión de conductas delictivas en adolescentes y disminuir los reingresos al Sistema de Responsabilidad para adolescentes, interviniendo el consumo problemático de sustancias psicoactivas.

El PSJTD-SRPA fue puesto en marcha a modo de pilotaje en la ciudad de Medellín el año 2017, y actualmente se implementa en ocho territorios, a saber, en las ciudades de Medellín, Barranquilla, Bogotá, Valle del Cauca, Risaralda, Quindío, Casanare y Meta.

Jurídicamente, el PSJTD-SRPA opera bajo dos figuras: (1) el Principio de Oportunidad, y (2) la Sustitución de la Sanción; sin embargo, la que más prevalece es el Principio de Oportunidad, el cual opera principalmente a través de la suspensión del procedimiento a prueba.

En cuanto a su funcionamiento, de manera general, el programa trabaja sobre cuatro ejes, (1) la supervisión y seguimiento judicial, (2) el tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, (3) la inclusión social y (4) la justicia restaurativa.

Estimación de Costos y recomendaciones para la escalabilidad del PSJTD-SRPA

Si bien el PSJTD-SRPA se implementa en 8 localidades, la presente evaluación de costos se desarrolló considerando exclusivamente la implementación en la ciudad de Medellín.

Para realizar las estimaciones de costos y escalabilidad se llevaron a cabo diferentes procesos metodológicos. El primer paso consistió en identificar todos los procedimientos necesarios para el funcionamiento del programa a través de un mapeo basado en una revisión documental y reuniones en línea con los equipos del programa. El segundo paso consistió en realizar entrevistas en profundidad con actores clave durante una visita de campo a la ciudad de Medellín, Colombia Durante la visita in situ se buscó acceder a toda la información necesaria para llenar los vacíos respecto a los procesos de PSJTD-SRPA e identificar los principales costos de implementación asociados a cada proceso. Durante la visita se realizaron doce entrevistas, con miembros de la Rama Judicial, Secretaria de la No Violencia de la Alcaldía de Medellín, Procuraduría General de la Nacional, Instituto Colombiano de Bienestar, Ministerio de Salud, IPS, EPS, entre otros. Finalmente, a partir del material recolectado se construyeron las estimaciones de costos y recomendaciones de estabilidad.

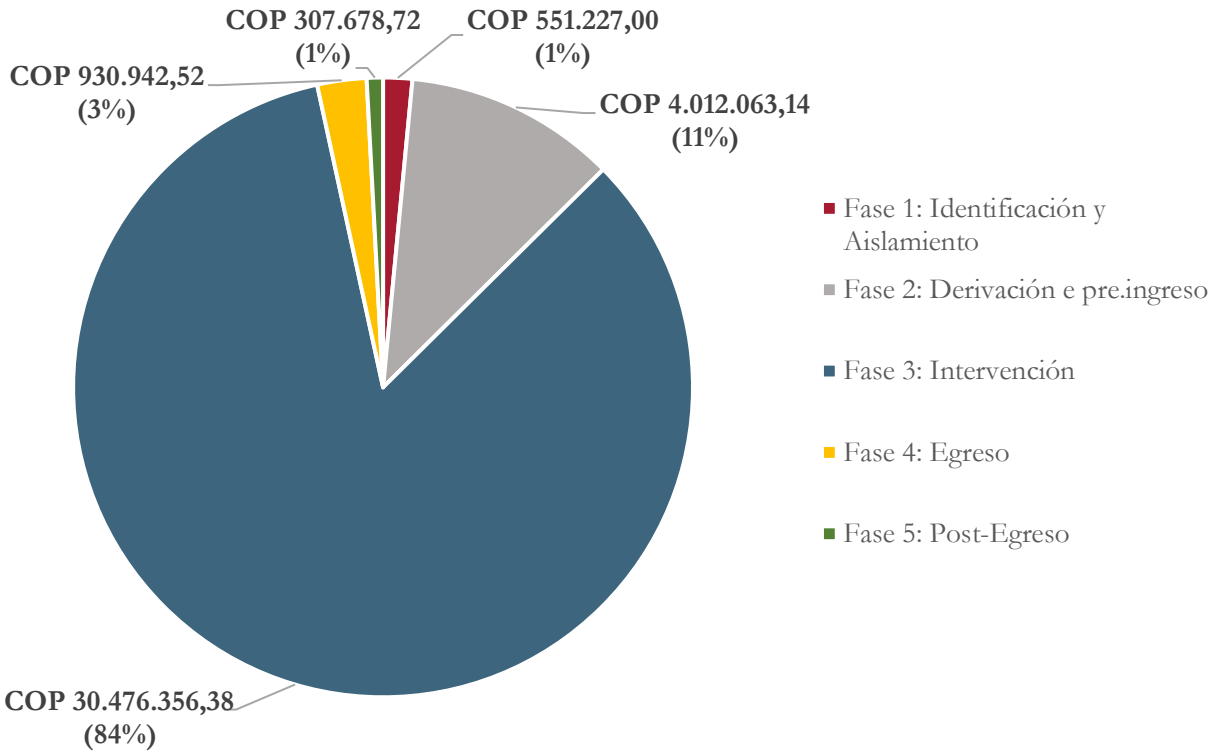
Principales Hallazgos Estimación de costos

Según la información proporcionada, el costo total anual del PSJTD-SRPA en la ciudad de Medellín Colombia es de **3.151.333.665** COP al año. Esto corresponde al costo efectivo del programa durante el 2022, y contempla 90 participantes ingresados durante el año, y 45 egresados.

Dado lo anterior, el costo promedio por usuario del PSJTD-SRPA en la ciudad de Medellín Colombia es de **36.278.267** COP al año.

Los datos disponibles permiten identificar los recursos utilizados en cada una de las fases del PSJTD-SRPA. El PSJTD-SRPA se divide en cinco fases, a saber, **Fase I:** Identificación y asilamiento, **Fase II:** Derivación al programa y pre-ingreso, **Fase III:** Intervención, **Fase IV:** Egreso y (5) Fase V: Post-Egreso. El grafico 1, detalla la distribución del costo total por fase, por usuario del PSJTD-SRPA,

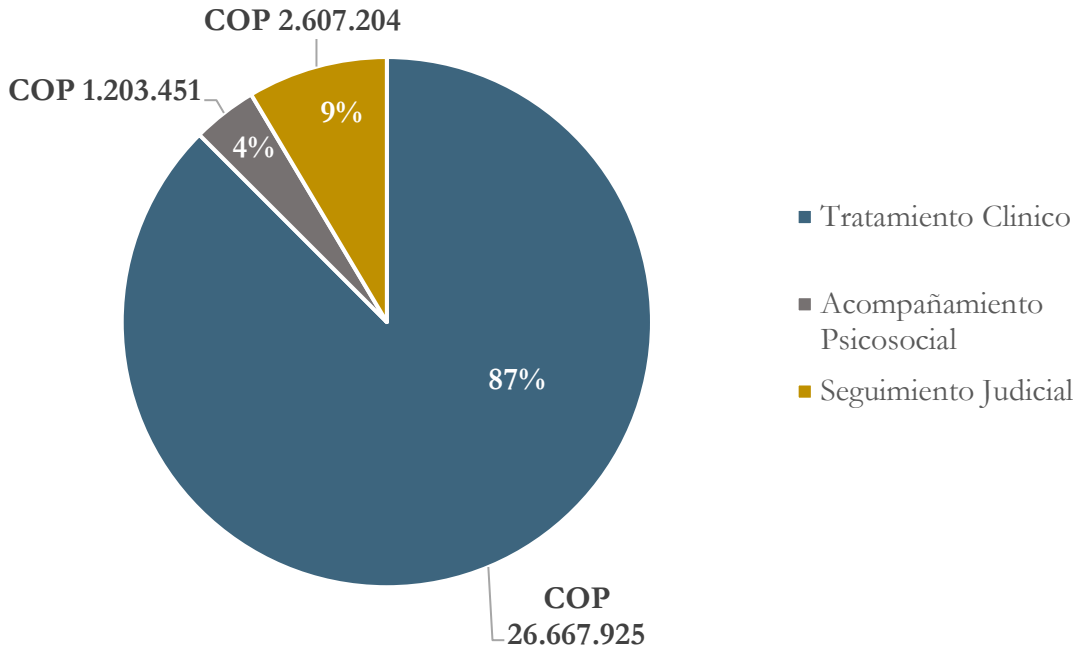
Gráfico 1: Distribución del costo total anual del PSJTD- SRPA por fase, por usuario ejecución 2022



Fuente: Elaboración propia.

En concordancia con los programas de TTD a nivel mundial, el grueso de los costos del PSJTD-SRPA corresponden a la fase de intervención, la cual incluye todas las labores de seguimiento judicial, tratamiento por consumo de sustancias y acompañamiento psicosocial. A continuación, el grafico 2, detalla el desglose de los costos de la fase de intervención.

Gráfico 2: Desglose costo fase de Intervención PSJTD-SRPA por usuario, ejecución 2022



Fuente: Elaboración propia.

Principales Recomendaciones para la escalabilidad

El PSJTD-SRPA fue puesto en marcha a modo de pilotaje en la ciudad de Medellín el año 2017, y actualmente se encuentra en desarrollo en ocho territorios, es decir actualmente además de Medellín, el programa se implementa en Barranquilla, Bogotá, Valle del Cauca, Risaralda, Quindío, Casanare y Meta). Desde el ministerio de Justicia y del Derecho, principal institución responsable de la coordinación y ejecución del programa se espera profundizar en el modelo y replicar este a otros distritos del país, para lo cual se requiere de un plan integral, que aborde en primer lugar las brechas de implementación identificadas, y luego, los desafíos de replicabildaid territorial.

En cuanto a las brechas de implementación este estudio identifico 4 nudos críticos, sobre locales el PSJTD-SRPA debe trabajar a fin de profundizar el modelo PSJTD-SRPA, alcanzando los estándares de buenas prácticas.

En primer lugar, la expansión del PSJTD-SRPA en su ejecución en la ciudad de Medellín se beneficiaría de ampliar el catálogo de delitos admisibles al programa. Si bien a nivel normativo el PSJTD-SRPA contempla un catalogó de delitos amplios, el cual contempla los siguientes delitos, (a) Hurto, Violencia intrafamiliar, (b) Trafico fabricación o porte de estupefacientes, (c) Violencia contra servidores Públicos, (d) Daño de bien ajeno, (e) Fabricación, tráfico o porte de armas de

fuego, (f) Lesiones personales, Homicidio y (g) Delitos contra la libertad, integridad y formación sexual, actualmente en la ciudad de Medellín, solo ingresan delitos de Violencia Intrafamiliar (VIF).

La evidencia sobre programa de TTD indica que los programas son más efectivos cuando incluyen delitos de mayor complejidad (CICAD-OEA, 2013; National Drug Court Resource Center, 2022), por lo que uno de los desafíos de expansión del PSJTD- SRPA es ampliar el catálogo disponible de delitos. Para el caso de Medellín, la experiencia de otros territorios de Colombia, en donde el programa está siendo ejecutado utilizando una tipificación de delitos diferentes es un insumo valioso para el proceso de expansión de la demanda.

El segundo nudo critico identificado dice relación con la importancia de fortalecer el anclaje institucional del programa, para lo cual se identificación cuatro desafíos los cuales son presentados a continuación.

En primer lugar, es fundamental incorporar los principios de la justicia terapéutica y restaurativa a nivel normativo y practico en las diversas instituciones que ejecutan el programa. Si bien actualmente los roles y responsabilidades de las instituciones incolucradas en la ejecución del programa están definidos normativamente, se requiere de un proceso de sensibilización y capacitación que permitan consolidar, de manera sostenible en el tiempo, de cambios en la conceptualización de los procesos judiciales, necesarios para ejecutar un programa de estas características.

En segundo lugar, se debe asegurar la inserción institucional del PSJTD-SRPA a nivel local, garantizando su ejecución y financiamiento. Actualmente, muchas de las alianzas o convenios interinstitucionales depende de la voluntad y/o capital social de las autoridades locales, lo que limita la sostenibilidad del programa a largo plazo. A fin de anclar el PSTD-SRPA como una política pública es fundamental establecer mecanismos que aseguren su implementación y financiamiento a nivel local.

En tercer lugar, se deben fortalecer las alianzas estratégicas entre el sector justicia y salud, garantizando la comunicación e intercambio de información. Dado el carácter interinstitucional del programa se requieren de acuerdos y alianzas para compartir información, monitoreas a las personas usuarias, y tomar decisiones de manera colaborativa. Actualmente, existen dificultades

para acceder a las pruebas de identificación de drogas y a los servicios de tratamiento debido a la falta de acuerdos entre ambos sectores.

Finalmente, se debe fortalecer el componente de reinserción social del programa, consolidando alianzas con las entidades que proporcionan servicios educativos y/o de capacitación laboral. Desde los equipos se reconoce que existe una profunda estigmatización y segregación de las personas en conflicto con la justicia, l que limita las oportunidades de reinserción social de las personas usuarias del programa. Por ello, se necesita fortalecer nuevas alianzas estratégicas con la oferta educativos y/o laboral para los/as adolescentes involucrados/as en el PSJTD-SRPA.

Todos los desafíos antes mencionados son fundamentales para consolidar el anclaje institucional del programa, lo que contribuirá a la sostenibilidad y efectividad el programa en el largo plazo.

El tercer nudo critico que enfrenta el PSTD-SRPA dice relación a los recursos humanos, y a la necesidad de ampliar la dotación y sensibilizar a todos los profesionales involucrados

En relación a la sensibilización, es necesario que los profesionales del sistema de salud y justicia comprendan los principios y objetivos de la justicia terapéutica y restaurativa, así como las particularidades del programa PSJTD-SRPA. Se sugiere llevar a cabo instancias de sensibilización que involucren a las secretarías de Salud, profesionales de EPS e IPS, y vincular a las asociaciones médicas a la estrategia de formación en justicia terapéutica liderada por el Ministerio de Justicia y del Derecho.

En el sector de justicia, se requiere sensibilizar a jueces, fiscales, defensores de familia y otros actores relevantes sobre los lineamientos de la justicia terapéutica y los objetivos del PSJTD-SRPA. Es fundamental ampliar el alcance de la sensibilización más allá de los profesionales directamente involucrados en el programa, con el fin de mejorar la celeridad de los procedimientos y cumplir con los estándares de buenas prácticas.

Además del trabajo de sensibilización con los profesionales de salud y justicia, es importante sensibilizar a las instituciones claves en el proceso de reinserción social de los adolescentes participantes. Esto implica trabajar con secretarías de educación, instituciones educativas, organizaciones de capacitación laboral y empresas privadas, para alinear la oferta educativa y de capacitación laboral con las necesidades de esta población y los principios de justicia terapéutica.

En cuanto a la gestión de recursos humanos, es fundamental contar con equipos multidisciplinarios sólidos en cada territorio que implementa el PSJTD-SRPA. Actualmente, la dotación de personal se ve limitada debido a que el programa no está inserto en los planes de desarrollo territorial de los distritos en donde el programa se ejecuta lo que limita la asignación presupuestal. Para abordar esta situación, es necesario incluir el PSJTD-SRPA en los planes de desarrollo y destinar recursos acordes a las necesidades del programa.

En última instancia, la discusión sobre dotación de recursos humanos se relaciona con la falta de sensibilización de los tomadores de decisiones. A medida que estos comprendan los beneficios de fortalecer los programas de justicia terapéutica y restaurativa, se destinarán mayores recursos en los territorios.

Finalmente, la expansión del PSTDJ -SRPA y la correcta ejecución de sus objetivos y lineamientos requiere repensar los recursos materiales disponibles. Actualmente, y debido a que no se cuenta con una glosa presupuestaria de uso exclusivo, no se contempla dinero para gastos operacionales de las personas usuarias, tales como transporte y/o alimentación en los días de actividades.

En el caso de Medellín, se ha observado que muchas de estas necesidades son cubiertas de manera no oficial por la Secretaría de la No Violencia de la Alcaldía de Medellín, que desembolsa aproximadamente 450.000 COP al año por participante para cubrir los mencionados gastos. Sin embargo, para lograr una expansión y profundización efectiva del modelo, se requiere un presupuesto que contemple estas contingencias y permita una implementación adecuada del programa.

En el caso de Medellín, se ha observado que muchas de estas necesidades son cubiertas de manera no oficial por la Secretaría de la No Violencia de la Alcaldía de Medellín, que desembolsa aproximadamente 450.000 COP al año por participante para cubrir los mencionados gastos. Sin embargo, para lograr una expansión y profundización efectiva del modelo, se requiere un presupuesto que contemple estas contingencias y permita una implementación adecuada del programa.

4.2.2 Costa Rica

Procedimiento de Tratamiento de Drogas bajo Supervisión Judicial (PTDJR)

El año 2013, Costa Rica puso en marco el Procedimiento de Tratamiento de Drogas bajo Supervisión Judicial (PTDJR), como un programa piloto ubicado en el distrito de Pavas, San José.

Este piloto surge a partir de un memorándum de entendimiento y asistencia técnica entre la Secretaría General de la OEA, a través de la SE-CICAD, y el Gobierno de Costa Rica y la Oficina de la Presidencia, a través del Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD), el cual tenía por objetivo la creación y promoción de alternativas al encarcelamiento bajo el modelo de supervisión judicial (como parte del programa de Justicia Restaurativa). De esta forma, el Programa de Tratamiento de Drogas bajo Supervisión Judicial surge como un programa dentro del Programa de Justicia Restaurativa, el cual es una herramienta alternativa a los procesos tradicionales de justicia en la solución de conflictos.

A raíz de la promulgación de la Ley de Justicia Restaurativa en 2019, el programa se convierte en un procedimiento de aplicación nacional, tanto en la población adulta como adolescente: el Procedimiento de Tratamiento de Drogas bajo Supervisión Judicial Restaurativa.

En cuanto a sus objetivos, el PTDJR tiene como propósito promover la atención de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas en conflicto con la ley, desde un enfoque integral de salud pública y justicia restaurativa. De manera general, el programa trabaja sobre dos ejes: (1) el seguimiento jurisdiccional y psicosocial, y (2) el tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Estimación de Costos y recomendaciones para la escalabilidad del PTSJR

Para realizar las estimaciones de costos y escalabilidad se llevaron a cabo diferentes procesos metodológicos. El primer paso consistió en identificar todos los procedimientos necesarios para el funcionamiento del programa a través de un mapeo basado en una revisión documental y reuniones en línea con los equipos del programa. El segundo paso consistió en realizar entrevistas en profundidad con actores clave durante una visita de campo a San José, Costa Rica. Durante la visita in situ se buscó acceder a toda la información necesaria para llenar los vacíos respecto a los procesos de PTDJR e identificar los principales costos de implementación asociados a cada proceso. Durante la visita se realizaron quince entrevistas, con miembros de la Oficina Rectora de

Justicia Restaurativa del Poder Judicial, Ministerio Público, Defensoría, IAFA, entre otros. Finalmente, a partir del material recolectado se construyeron las estimaciones de costos y recomendaciones de estabilidad.

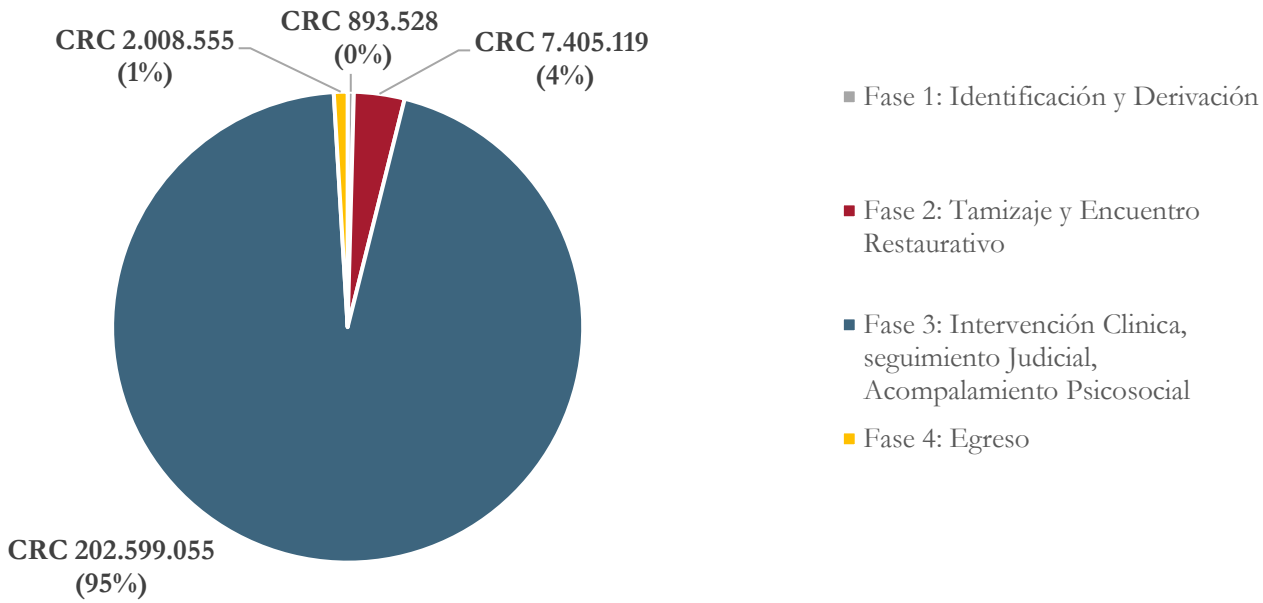
Principales Hallazgos Estimación de costos

Según la información proporcionada, el costo total anual del PTDJR durante el año 2022 fue de **216.798.266 CRC.** Cabe destacar que este es el costo efectivo del programa durante el 2022, es decir, considerando las fugas de participantes en las distintas etapas.

Dada la información proporcionada, en el caso de Costa Rica fue posible identificar el costo promedio por usuario según la modalidad de atención al tratamiento por consumo de sustancias. Así, el costo promedio por usuario para aquellas personas en tratamiento ambulatorio es de **2.733.133 CRC**, y el costo promedio por usuaria en tratamiento residencial asciende a **2.837.187 CRC.**

Los datos disponibles también permiten identificar el uso de recursos en las distintas fases del programa. El PTDJR se divide den 4 fases, a saber, **Fase I:** Identificación y Derivación, **Fase II:** Encuentro Restaurativo, **Fase III:** Intervención, y **Fase IV:** Egreso. El grafico 3 presentado a continuación desglosa el costo promedio por usuario en atención ambulatoria[26] de cada una de las fases del PJTDR.

Gráfico 3: Costo promedio por usuaria PJTDR, Según fase ejecución 2022

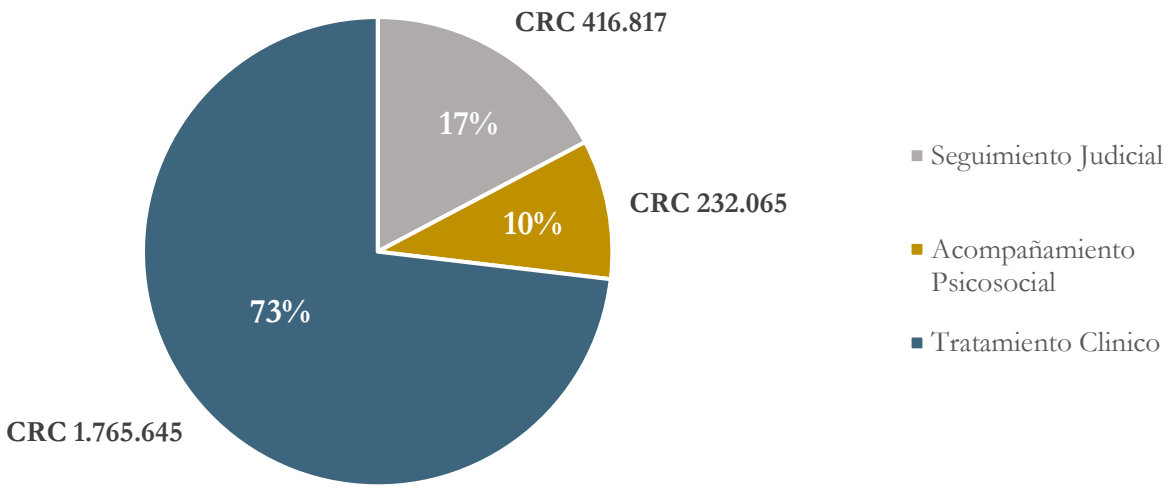


[26] El 98% de las personas usuarias del programa el 2022 ingresaron a modalidad de atención ambulatoria.

Fuente: Elaboración Propia.

En concordancia con otros programas de TTD alrededor del mundo, el grueso de los costos del programa refiere a actividades ligada a la etapa de intervención, la cual dice relación con el seguimiento judicial, el tratamiento por consumo de sustancias y el acompasamiento psicosocial. El grafico 4 presentado a continuación detalla el desglose de costos de la fase de intervención.

Gráfico 4: Desglose costo medio por usuario fase de intervención PJTDR, ejecución 2022



Fuente: Elaboración propia.

Principales Recomendaciones para la escalabilidad

Desde el año 2019, el PTDJR opera como un procedimiento en todo el territorio nacional, sin embargo, la expansión y replicabilidad territorial del modelo requiere de un plan integral que considere ciertas brechas de implementación identificadas. A continuación, se presentan los principales desafíos y oportunidades de Costa Rica para la expansión del PTDJR.

El primer nudo critico identificado refiere a la necesidad de ampliar el catálogo de delitos ingresables al PTDJR. Por diseño técnico, el PTDJR permite el ingreso de delitos de (1) Hurto, (2) Conducción temeraria, (3) resistencia agravada e (5) Introducción de droga a los centros penales., sin embargo, actualmente más del 90% de los delitos que ingresan responden a delitos de conducción temeraria.

La evidencia muestra que los programas de tribunales de tratamiento de drogas son más efectivos cuando se incluyen delitos de mayor complejidad (CICAD/OEA, 2013). Por lo tanto, uno de los desafíos para la expansión del Programa de Tribunales de Tratamiento de Drogas en Costa Rica es ampliar la gama de delitos elegibles. En este sentido, se sugiere avanzar hacia la inclusión de todos los delitos permitidos por la Ley de Justicia Restaurativa en la cual el programa se enmarca.

Al profundizar en este nudo crítico, los equipos entrevistados sostienen que el principal desafío del país recae en la rigidez de la política de política de persecución penal costarricense y la falta de sensibilización sobre el modelo de tribunales de tratamiento de drogas en el país. Estos factores dificultarían los avances normativos y políticos necesarios para ampliar la demanda potencial del programa. A pesar de estas limitantes, la existencia de una sólida articulación interinstitucional y canales de comunicación efectivos entre las instituciones encargadas de la coordinación y ejecución del PTDJR brindan la posibilidad de promover procesos de sensibilización que abran la discusión sobre la ampliación de la demanda potencial a nivel nacional.

El segundo nudo critico dice relación con el fortalecimiento institucional del programa, y se identifican dos ámbitos centrales sobre los cuales se requiere profundizar, a saber, (1) el fortalecimiento de las alianzas estratégicas de colaboración entre el sector justicia y salud, y (2) el acceso a mayores prestaciones médicas y oportunidades de reinserción social.

En cuanto a la colaboración entre el sector de justicia y el sector de salud, a pesar de contar de que el PTDJR cuenta con una estructura institucional sólida y lineamientos establecidos por la legislación existente, se registran obstáculos en la comunicación y el cumplimiento de los lineamientos interdisciplinarios del programa. A nivel practico esto resulta en dificultades para abordar casos complejos, donde los objetivos judiciales y terapéuticos a menudo entran en tensión. A fin superar esta situación, se sugiere establecer canales de comunicación claros, fomentar la colaboración y el trabajo en equipo, y asegurar la integración de los objetivos judiciales y terapéuticos.

En términos de prestaciones médicas, existe una brecha significativa en la disponibilidad de tratamientos residenciales para el consumo de drogas de la población adulta. Actualmente, Costa Rica solo posee atención residencial publica por consumo de sustancias para adolescentes[27], sin

[27] El tratamiento residencial por consumo de sustancias es proporcionado por Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia IAFA, y posee cupos limitados solo disponibles en la ciudad de San José.

embargo, el 98% de la población usuaria del PTDJR es adulta, y dada que la oferta es limitada, se debe recurrir a servicios privados costeados por los participantes o a cupos en organizaciones no gubernamentales. Dada las necesidades de la población atendida es fundamental avanzar en la búsqueda de financiamiento y/o bien establecer las alianzas estratégicas que aseguren cupos en residencias de tratamiento.

Finalmente, a nivel institucional el PTDJR también se enfrenta al desafío de fortalecer las alianzas estratégicas en materia de reinserción social, pues se identifica como brecha, la falta de oportunidades educativas y laborales para las personas usuarias del programa. Para abordar esta situación, se propone integrar al programa el sector de educación y establecer alianzas con instituciones como el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA) y el sector de empleo a través de la Caja Costarricense del Seguro Social.

El tercer nudo critico identificado dice relación con los recursos humanos del programa, y la necesidad de aumentar la dotación de profesionales y brindar capacitación y sensibilización adecuada.

En el ámbito de la salud, se destaca la escasez de personal para atender los casos del programa, lo que genera una carga laboral excesiva y desgaste profesional. Esta limitación se atribuye principalmente a la falta de una glosa presupuestarias de uso exclusivo para el programa y a la regla fiscal establecida por la ley de fortalecimiento de las finanzas públicas, lo que impide incorporar a más profesionales a los equipos de tratamiento. Para abordar esta brecha, se propone incrementar el número de profesionales disponibles, ya sea contratando nuevos especialistas o asignando más horas de trabajo a los profesionales existentes. Esta ampliación del recurso humano permitiría agilizar el programa y brindar una atención más oportuna.

Sumado a la dotación profesional, el PTDJR también se enfrenta al desafío de capacitar y sensibilizar a los equipos existentes, así como a todo nuevo profesional que se integre a estos. Esto incluye tanto a los equipos interdisciplinarios del sector justicia como al personal médico del IAFA. El proceso de capacitación debe enfocarse en la filosofía de la justicia terapéutica y restaurativa, así como en la comprensión de la interconexión entre el sistema de salud y justicia en el manejo de estos casos.

Finalmente, el ultimo nudo crítico para la profundización y expansión del modelo PJTDR es la ausencia de una glosa presupuestaria de uso exclusivo. Esto limita principalmente la asignación de recursos para cubrir gastos cotidianos de las personas usuarias, tales como trasporte y alimentación en los días de sesión judicial y/o tratamiento por consumo de sustancias, así como gastos asociados al tratamiento farmacológico. Actualmente estos gastos son cubiertos por las cajas de gastos menores del IAFA o de la Defensa Publica, sin embargo, debido a que no están considerados formalmente en una glosa presupuestaria no se poseen registros oficiales del monto desembolsado. Ante la expansión del programa, y a fin de construir a asegurar una ejecución efectiva y equitativa del programa es necesario establecer una glosa presupuestaria que considere estos gastos

4.2.3 Guyana

Tribunal de Tratamiento de Drogas de Guyana

Guyana lanzo su programa de Tribunal de Tratamiento de Droga en 2019, bajo el liderazgo del Poder Judicial. Actualmente el TTD se implementa en como un programa piloto en la ciudad de Georgetown

En concordancia con los otros programas de TTD del caribe anglófono, el TTD de Guyana opera bajo un modelo posterior a la sentencia, donde el ingreso al TTD se decreta, después de la declaración de culpabilidad de la persona imputada, como una alternativa al encarcelamiento.

En cuanto a sus objetivos del TTD de Guyana busca ayudar a las personas usuarias a recuperarse de la adicción y prevenir futuras actividades delictivas, al tiempo que reduce la carga y el coste de procesar repetidamente a los delincuentes de bajo nivel en los tribunales, cárceles y prisiones nacionales. Este programa se estructura en torno a dos ejes principales, a saber, el el seguimiento judicial y el tratamiento por consumo de sustancias.

Estimación de Costos y recomendaciones para la escalabilidad del PSJTD-SRPA

Para realizar las estimaciones de costos y escalabilidad se llevaron a cabo diferentes procesos metodológicos. El primer paso consistió en identificar todos los procedimientos necesarios para el funcionamiento del programa mediante un mapeo basado en una revisión documental y reuniones en línea con los equipos implementadores. El segundo paso consistió en realizar entrevistas en profundidad con actores clave durante una visita sobre el terreno a Guyana. Durante

la visita sobre el terreno, se trató de acceder a toda la información necesaria llenar los vacíos de información relativas a los procesos de TTD e identificar los principales costos de ejecución asociados a cada procedimiento. Durante la visita, se realizaron doce entrevistas con miembros del Tribunal Supremo, el Ministerio de Salud, el Departamento de Cooperación del Hospital Público de Georgetown y el Ministerio de Servicios Humanos y Seguridad Social, entre otros. Por último, a partir del material recopilado se elaboraron los costes y las recomendaciones de estabilidad.

Principales Hallazgos Estimación de costos

Según la información proporcionada el costo total anual del programa de TTD de Guyana es de **13.005.054 GYD.** Cabe destacar que este es el costo efectivo del programa durante el 2022, considerando loas cinco personas usuarias ingresadas en el año.

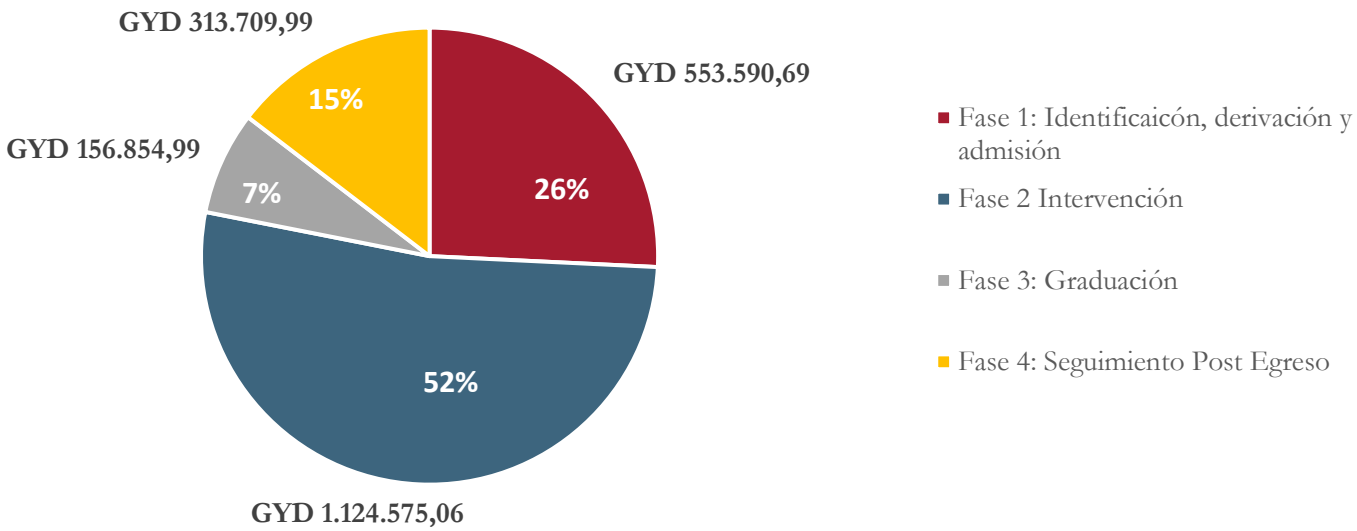
Dado lo anterior, los datos permiten establecer el costo promedio por usuarias del tribunal. Dado que Guyana contempla tratamiento por consumo de sustancias en modalidad ambulatoria y residencial, se estable un costo promedio por usuario según la modalidad del tratamiento. En cuanto al tratamiento ambulatorio, el costo promedio por usuario es de **2.148.731 GYD**. Por su parte, el costo promedio por usuario del tratamiento residencial es de **4.410.131 GYD.**

Es relevante destacar que el costo promedio por usuario en ambas modalidades de atención es alto en comparación a otros programas de TTD en el mundo. Entre otras cosas esto se explica debido al bajo número de casos totales que ingresan al programa al año, lo que implica que todas las labores administrativas y/o costos operativos fijos del programa se reparten entre un número limitado de personas usuarias. Lo anterior genera una desproporción del costo promedio por usuario, pues un número muy limitado de personas deben "asumir" los costos fijos del programa.

La información disponible permite identificar el desglose de costos del programa según las distintas fases de este, EL TTD de Guyana se divide en tres grandes fases 4 fases, a saber, **Fase I:** Identificación, derivación y admisión, **Fase II:** Intervención, **Fase 3:** Graduación, y **Fase 4:** Post egreso y seguimiento. El grafico 5 presentado a continuación detalla desglose de costo promedio por usuario en atención ambulatoria[28], de cada una de las fases del programa.

[28] El 80% de las personas usuarias que ingresaron al programa el 2022 lo hicieron en atención ambulatoria

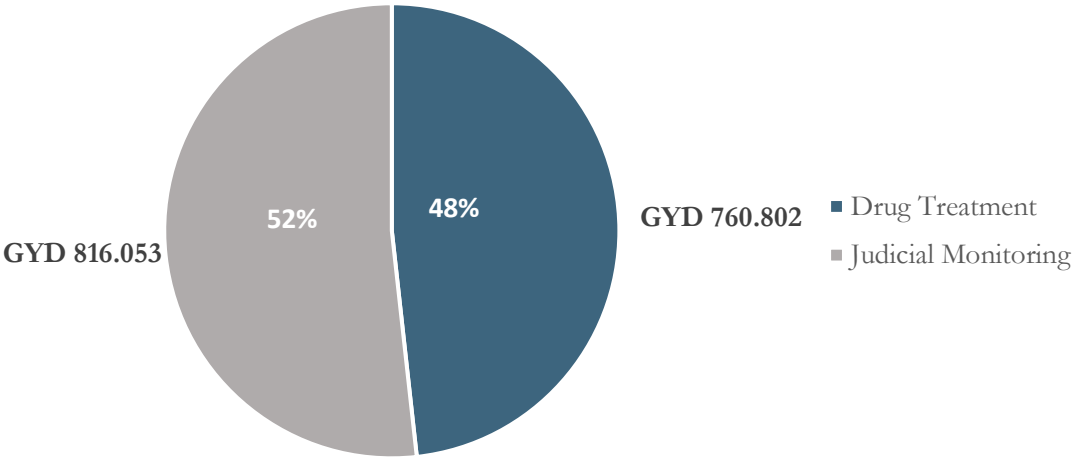
Gráficos 5: Costo promedio por usuaria DTC Guyana según fase, ejecución 2022



Fuente: Elaboración Propia.

Sumado a lo anterior, los datos disponibles permiten desglosar los distintos componentes de la fase de intervención, a saber, las funciones relacionadas al seguimiento judicial y al tratamiento por consumo de sustancias. El grafico 6 desglosa el costo promedio por usuario en atención ambulatoria de la fase de intervención del TTD de Guyana.

Gráfico 6: Desglose del Costo promedio por usuario de la Fase de Intervención, DTC de Guayana



Fuente: Elaboración Propia

Principales Recomendaciones para la escalabilidad

Actualmente el TTD de Guyana se implementa en un tribunal en la ciudad de Georgetown, sin embargo, desde la coordinación del programa se espera poder expandir el modelo haca nuevos tribunales en otras localidades. Al ahondar en este proceso de expansión emergen diversas brechas, tanto de diseño como de implementación, las cuales debe ser abordadas para facilitar la profundización y replicabildaid territorial del TTD. A continuación, se presentan los principales desafíos y oportunidades de Guyana para expandir su modelo de TTD

El primer desafío para la escalabilidad del TTD de Guyana dice relación con la necesidad de sensibilizar y capacitar a los diversos profesionales involucrados en la ejecución del programa. El programa de TTD de Guyana se beneficiaría de sesiones de sensibilización en las que se exploren en profundidad los principios, características y objetivos de la justicia terapéutica con la mayor cantidad posible de profesionales del sistema de salud y de justicia.

Además de la sensibilización de estos dos sectores, también sería beneficioso que la sociedad en su conjunto tome conciencia de los beneficios de un programa de TTD en términos de acceso a la justicia y salud pública. Respecto a este punto, los profesionales entrevistados durante las visitas de campo destacaron la importancia de comparitr los resultados y beneficios de este programa a la comunidad en la que está inserto el tribunal. Si se piensa en una expansión del programa, ya sea

para incluir a más participantes o para abarcar nuevos territorios, es necesario fortalecer la vinculación del programa con la comunidad, generando una mayor conexión entre las acciones y actividades del tribunal y la comunidad. Esto también podría ayudar a reducir el estigma asociado al consumo de drogas y la adicción en Guyana

Sumado a lo anterior, el segundo nudo critico identificado refiere al fortalecimiento de las capacidades de los profesionales del equipo del TTD. Para ello, el primer paso es contar con manuales estandarizados, directrices operativas y reglamentos que proporcionen a los operadores del programa una base teórica para llevar a cabo su trabajo. Una vez consolidados estos documentos, el programa DTC de Guyana se beneficiaría de sesiones de capacitación donde se profundicen los principios del modelo DTC y se refuercen las herramientas necesarias para cumplir con él.

Finalmente, una de las barreras más significativas para la expansión del modelo TTD en Guyana es la falta de recursos financieros. Los profesionales entrevistados durante la visita al terreno enfatizaron de manera sistemática que, en la actualidad, la principal limitación del programa es la falta de financiamiento, lo cual restringe el número de recursos humanos disponibles, la periodicidad del seguimiento judicial, así como la calidad e intensidad del tratamiento para el consumo de sustancias. Al discutir la escalabilidad del programa, estos desafíos se acentúan, ya que ampliar el programa para incluir más casos o expandirlo a nuevos territorios implica asignar recursos humanos y financieros adicionales.

Uno de los principales problemas de recursos que enfrenta TTD de Guyana se relaciona con el tratamiento residencial para el abuso de sustancias. Actualmente, este servicio recibe subsidios parciales del Ministerio de Salud, donaciones privadas y aportes de los centros de tratamiento residencial. Sin embargo, este subsidio es insuficiente para cubrir el costo total del tratamiento, lo que obliga a los pacientes a pagar la diferencia. Esta situación limita el acceso al programa de TTD, ya que pocos participantes tienen los medios financieros para cubrir su tratamiento. En el futuro, el programa en Guyana se beneficiaría al incorporar financiamiento para el tratamiento de rehabilitación de las personas que participan en el programa.

4.2.4 Panamá

Programa Judicial de Tratamiento de Drogas de Panamá

Panamá puso en marcha el Programa Judicial de Tratamiento de Drogas el año 2014, tras la firma de un memorando de entendimiento y asistencia técnica entre el Gobierno de Panamá, a través de la Procuraduría General de la Nación (Ministerio Público) y la Comisión Nacional para el Estudio y la Prevención de los Delitos Relacionados con Drogas (CONAPRED), y la Secretaría General de la OEA, por medio de la SE-CICAD.

Dicha iniciativa se insertaba dentro de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2012-2017 elaborada por el gobierno panameño con el apoyo de CONAPRED, y tenía por objetivo, entre otros, "diseñar alternativas de tratamiento al encarcelamiento para infractores de tratamiento de drogas, promoviendo con ello su recuperación y su integración socio-laboral". Ante este escenario, surgió el programa piloto PJTD, implementado en el Segundo Distrito Judicial de Penonomé de la Provincia de Coclé[29].

El PJTD funciona bajo un mecanismo procesal que permite la suspensión condicional de los procedimientos penales, y tiene por objetivo general reducir la conducta delictiva vinculada al consumo problemático de drogas, y con ello contribuir a mejorar la convivencia social, la seguridad ciudadana y la cohesión social. De manera general el programa trabaja sobre 4 ejes, (1) la supervisión judicial, (2) el tratamiento por consumo de sustancias, (3) el acompañamiento psicosocial, y (4) el acompañamiento socio ocupacional.

Estimación de Costos y recomendaciones para la escalabilidad del PJTD

Para realizar las estimaciones de costos y escalabilidad se llevaron a cabo diferentes procesos metodológicos. El primer paso consistió en identificar todos los procedimientos necesarios para el funcionamiento del programa a través de un mapeo basado en una revisión documental y reuniones en línea con los equipos del programa. El segundo paso consistió en realizar entrevistas en profundidad con actores clave durante una visita de campo a la provincia de Coclé, Panamá. Durante la visita in situ se buscó acceder a toda la información necesaria para llenar los vacíos respecto a los procesos de PJTD e identificar los principales costos de implementación asociados a cada trámite. Durante la visita se realizaron doce entrevistas, con miembros del Órgano Judicial, el Ministerio Público, el Centro de Salud de Penonomé, entre otros. Finalmente, a partir del material recolectado se construyeron las estimaciones de costos y recomendaciones de estabilidad.

[29] La Provincia de Coclé fue seleccionada como el sitio piloto para el programa debido a que fue el primer lugar en el que se implementó el nuevo sistema de procedimiento acusatorio de Panamá.

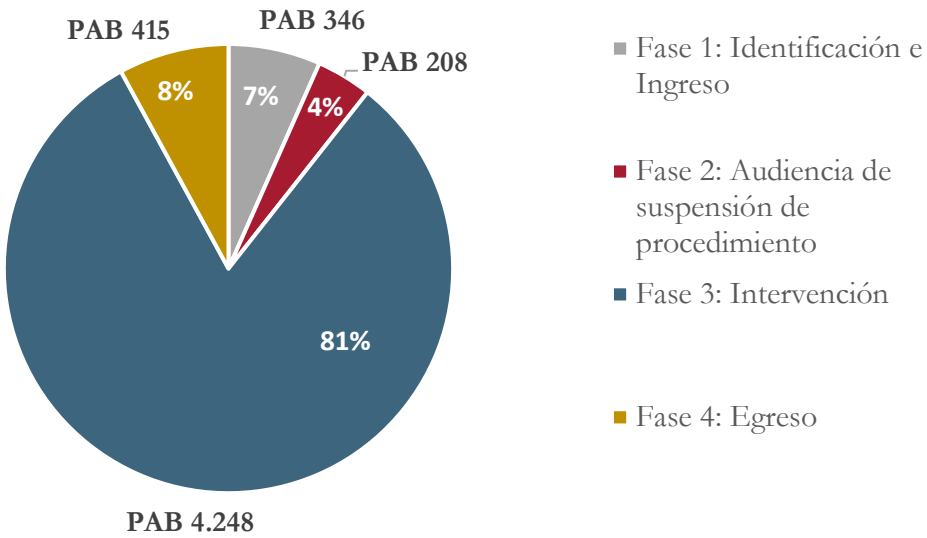
Principales Hallazgos Estimación de costos

Según la información proporcionada, el costo total anual de PJTD durante el 2021 fue de **77,448 PAB.** Cabe destacar que este es el costo efectivo del programa durante el 2021, es decir, considerando las fugas de participantes en las distintas etapas (Durante el 2021 se registran 28 ingreso al PJTD y 8 egresos).

Dado lo anterior, el costo promedio por usuario del PJTD es de **5,217 PAB.**

La información disponible también permite identificar los recursos utilizado en las distintas fases del programa. El PJTS se estructura en torno a cuatro fases, a saber, **Fase I:** Selección e ingreso del caso, **Fase II:** Audiencia de suspensión de procedimiento, **Fase III:** Intervención, **Fase IV:** Egreso. El grafico 7, detalla la distribución del costo total por fase, por usuario del PJTD.

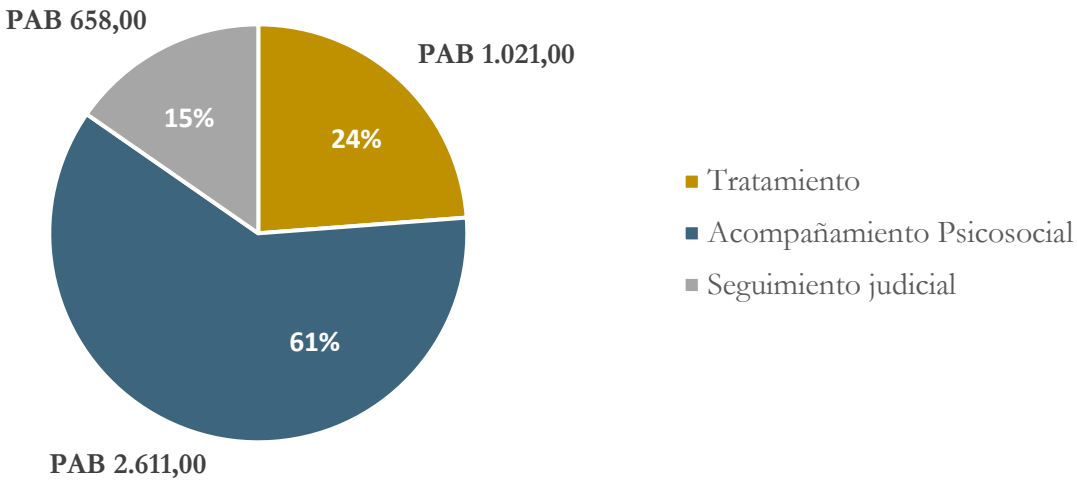
Gráfico 7: Costo promedio por usuario según fase del PJTD, ejecución 2021



Fuente: Elaboración propia

En concordancia con otros programas de TTD alrededor del mundo, el grueso de los costos del programa refiere a actividades ligada a la etapa de intervención, la cual dice relación con el seguimiento judicial, el tratamiento por consumo de sustancias y el acompañamiento psicosocial. El gráfico 8 presentado a continuación detalla el desglose de costos de la fase de intervención.

Gráfico 8: Desglose costos fase de intervención PJTD, ejecución 2021



Fuente: Elaboración propia

Principales Recomendaciones para la escalabilidad

Desde el año 2014, el PJTD opera como un programa piloto en la provincia de Coclé, Penonomé, sin embargo, desde la coordinación del programa se espera expandir el modelo a todo el territorio nacional. Este estudio analizó las distintas dimensiones a considerar a la hora de evaluar la escalabilidad del PJTD, identificando cinco brechas de implementación y diseñado que requiere atención. A continuación, se presentan los principales desafíos y oportunidades de Panamá para la expansión y replicabildaid territorial del PJTD.

El primer nudo critico identificado dice relación con la demanda potencial del programa y el limitado catálogo de delitos ingresables a este. Si se considera que los TTD se orientan a delitos

relacionados con las drogas, esto implica considerar delitos económico-compulsivos (que se cometen con la finalidad de financiar el consumo de drogas), delitos psicofarmacológicos (aquellos que se cometen bajo los efectos de las drogas) y delitos sistémicos (aquellos vinculados al sistema de distribución de drogas). Sin embargo, una de las principales brechas del PJTD es que la tipificación de delitos ingresarles es muy acotada. Si bien hace algunos años el delito de violencia doméstica estaba dentro de los delitos ingresarles al programa, el 2015, el proyecto de Ley 109 modificó el artículo 201 del Código Penal respecto a los delitos de violencia domésticos, aumentando la pena en su forma simple, de cinco a ocho años. Debido a esto, los delitos de violencia doméstica se vieron excluidos del catálogo de delitos elegibles para el PJTD. A la fecha, solo se ingresan, *de facto*, delitos de posesión simple de droga, lo cual caería dentro de la categoría de delitos sistémicos, dejándose afuera las otras dos categorías que podrían ser clave para una ampliación del programa y para favorecer su eficacia desde el punto de vista de política pública.

La evidencia sobre programa de TTD indica que los programas son más efectivos cuando incluyen delitos de mayor complejidad (CICAD-OEA, 2013; National Drug Court Resource Center, 2022), por lo que uno de los desafíos de expansión del PJTD es ampliar el catálogo disponible de delitos. Para esto, es fundamental propiciar instancias de conversación con las autoridades del Ministerio Público, a fin de destrabar las restricciones normativas que limitan el acceso de delito de mayor gravosidad al programa.

El segundo nudo crítico para la expansión y replicabilidad del PJTD radica en establecer alianzas interinstitucionales efectivas para garantizar la adecuada ejecución del programa. Respecto a este punto, se identificaron dos focos sobre los cuales trabajar. En primer lugar, fortalecer las alianzas normativas entre las instituciones involucradas en el programa, y en segundo lugar, asegurar mayores prestaciones para la reinserción social de las personas participantes.

El PJTD, siendo un programa piloto, requiere desarrollar normativas interinstitucionales que regulen y estandaricen las funciones y responsabilidades de cada entidad para su eventual expansión a nivel nacional. Para ello, se debe lograr un compromiso interinstitucional que establezca el marco regulatorio y normativo del PJTD a nivel nacional.

En cuanto a la coordinación interinstitucional, aunque actualmente existe una buena comunicación entre el sector justicia y salud, esta se basa principalmente en relaciones personales, y en la capacidad de gestión de los operadores del programa en la provincia de Coclé, más que en acuerdos

normativos plenamente institucionalizados. Lo anterior, se vuelve una piedra de tope en el proceso de expansión, pues no pueden asegurarse dichas alianzas ante una futura expansión. De esta forma, ante la expansión del programa, es esencial establecer procedimientos regulados, estandarizados y acordados por todas las instituciones involucradas, los cuales tengan bajadas concretada a nivel local.

El segundo desafío institucional se relaciona con las alianzas estratégicas para apoyar la reinserción social de las personas usuarias. Actualmente, aun cuando el modelo define un objetivo y componente de intervención ligado al trabajo de reinserción social, el programa carece de un plan de intervención en reinserción social, principalmente debido a la falta de alianzas formales con instituciones educativas, laborales o recreativas que apoyen este proceso. En busca de cumplir los objetivos del programa y su expansión, se sugiere establecer acuerdos con instituciones educativas y de capacitación laboral para avanzar hacia la efectiva inserción social de las personas participantes.

El tercer nudo critico dice relación con el fortalecimiento de los incentivos de adherencia del programa. Actualmente, existe un obstáculo significativo para los participantes, dado que todas las sesiones de tratamiento y seguimiento judicial se programan durante horario laboral, lo que afecta sus posibilidades de mantener un empleo y, en última instancia, es contraproducente para el éxito del programa. A partir de lo anterior, los equipos involucrados en el proyecto han observado que la falta de ajuste a la realidad laboral de las personas usuarias dificulta su adherencia al programa.

Para abordar esta situación y lograr una expansión exitosa del programa, es fundamental considerar la flexibilización horaria para las personas usuarias, permitiendo así la compatibilidad entre las responsabilidades laborales y las actividades terapéuticas. La implementación de horarios más flexibles puede ser un incentivo crucial para mejorar la participación y compromiso de los usuarios con el programa, fomentando así su proceso de reinserción social y reduciendo las barreras que impiden una adecuada adherencia al tratamiento.

El cuarto nudo critico refiere a la dotación profesional y a la capacitación de los equipos de implementación del programa. Al evaluar una posible expansión del PJTD, es necesario aumentar el recurso humano profesional disponible, ya sea incorporando a nuevos profesionales, o asignando exclusividad horaria a aquellos que ya trabajan en el programa. Más profesionales disponibles le daría más celeridad al programa.

La necesidad de mayor dotación profesional es principalmente relevante para las duplas de la defensa y/o cumplimiento, pues son los profesionales que destinan mayor tiempo al programa, y para los jueces que asumen casusa PJTD. En cuando a las duplas psicosociales, en la actualidad solo solo se cuenta con una dupla en cada unidad, lo que implica una sobrecarga de trabajo. Respecto a los jueces, desde el Órgano Judicial, se enfatiza la necesidad de sensibilizar a los jueces/zas sobre la importancia del programa. Se sugiere que los/as jueces/zas que hoy participan del programa relaten sus experiencias y muestran los resultados del programa a otros miembros del Órgano Judicial. Si más jueces/zas participan, las audiencias de seguimiento podrían realizarse de manera más periódica, lo que fortalecería la relación juez-participante y el componente de supervisión judicial del programa. Este punto es de suma relevancia pues la evidencia sobre el modelo de los TTD establece que la relación entre juez/a y participantes, la frecuencia de audiencias, y la tasa de asistencia de los participantes a estas son predictores importante de buenos resultados.

Profundizando en la importancia de sensibilizar a los profesionales del ámbito judicial, de manera transversal el equipo del programa sostiene que se debe sensibilizar al personal fiscal, pues ellos son el primer filtro para la admisión al programa. Si los equipos fiscales no están sensibilizados con el programa, estos no realizan las derivaciones correspondientes, limitando el ingreso de potenciales casos PJTD.

Una vez sensibilizado, es fundamental que todo el personal del programa sea capacitado. Invertir en capacitaciones, tanto para los nuevos profesionales como para los que hoy operan (algunos de los cuales no han sido capacitados) permitiría a los equipos implementadores interiorizar el espíritu del programa, lo que favorecería su adecuada implementación. Asimismo, para que queden las capacidades instaladas en los equipos a pesar de la rotación del personal, se sugiere implementar un programa de *capacitación de capacitadores* que puedan replicar entrenamientos a los equipos.

Finalmente, el PJTD enfrenta desafíos relacionados con el acceso a recursos materiales y financieros. Actualmente, al ser un programa piloto, no cuenta con una glosa presupuestaria de uso exclusivo, lo que lleva a que los gastos cotidianos de las personas usuarias, tales como gastos de trasporte y alimentación en los días de audiencias o sesión de tratamiento médico, sean asumidos por el personal del programa, especialmente por el equipo de Defensa. La expansión y

profundización del programa requiere de un presupuesto adecuado para cubrir estas contingencias y asegurar una implementación efectiva.

Por otra parte, se observa una falta de recursos materiales para el tratamiento del consumo de sustancias, lo que limita el potencial del programa. En particular, se carece de pruebas de evaluación estandarizadas para las pericias psicológicas, lo que dificulta la evaluación clínica de los pacientes y la entrega de un tratamiento especializado a cada individuo. Además, el programa no cuenta con medios financieros ni alianzas para cubrir servicios de tratamiento residencial para el consumo de sustancias.

Abordar estas limitaciones y considerarlas en una posible expansión del modelo permitiría superar algunas de las brechas existentes y mejorar los resultados del programa. Es esencial contar con un presupuesto que incluya los gastos de las personas usuarias y asegurar recursos materiales adecuados para brindar una atención integral y especializada a quienes participan en el programa.

4.2.5 Perú

El año 2013 Perú comenzó las primeras gestiones para potenciar medidas alternativas al encarcelamiento a través de programas de Tribunal de Tratamiento de Drogas (TTD).

En el año 2018, la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA), y la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos (SG/OEA), por medio de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Abuso de Drogas (SE-CICAD), firmaron un acuerdo de cooperación para la creación de un "Programa Alternativo de Tratamiento al Encarcelamiento bajo Supervisión Judicial para Adolescentes Infractores con problemas de Consumo Problemático de Drogas en el Perú,". Este acuerdo, dio pie al desarrollo de dos programas de TTD a saber, el Programa de Justicia Terapéutica con Enfoque Restaurativa para adolescentes (JTR) y el Programa de Justicia Juvenil Restaurativa con abordaje Terapéutico (JJR).

4.2.5.1Perú JTR

Programa de Justicia Terapéutica con enfoque Restaurativo

El Programa de Justicia Terapéutica con Enfoque Restaurativo para adolescentes (JTR) fue puesto en marcha en 2019 como programa piloto en el distrito judicial de Ventanilla, y opera actualmente

bajo la coordinación del Poder Judicial y del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, a través del Programa Nacional de Centros Juveniles (PRONACEJ).

El JTR se instala en la fase de ejecución penal, bajo la figura jurídica de suspensión condicional, establecido en el Art. 157 del Código de Responsabilidad Penal de Adolescentes. Dicho artículo "sustenta la justificación del JTR, ya que facultan al juez a establecer como medida accesoria, la prohibición de consumir bebidas alcohólicas o drogas, y la de ordenar al adolescente llevar un tratamiento desadictivo en una entidad prestadora de salud, así mismo, establece que es responsable de la supervisión de la ejecución de la medidas socioeducativas y/o accesorias que ejecuta el Servicio de Orientación al Adolescente" (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de Perú, 2021, p. 13).

En cuanto a los objetivos del programa, el JTR tiene por propósito reducir la conducta delictiva y promover la reintegración social en las y los adolescentes en conflicto con la ley penal con consumo problemático de drogas, a través de la efectiva aplicación de medidas alternativas con enfoque terapéutico y restaurativo en la fase de ejecución de la sentencia. De esta forma, el programa consta de cuatro ejes: (1) la detección e identificación de casos, (2) el seguimiento y acompañamiento Judicial, (3) el tratamiento por consumo de sustancias, y (4) el acompañamiento psicosocial.

Estimación de Costos y recomendaciones para la escalabilidad del JTR

Para realizar las estimaciones de costos y escalabilidad se llevaron a cabo diferentes procesos metodológicos. El primer paso consistió en identificar todos los procedimientos necesarios para el funcionamiento del programa a través de un mapeo basado en una revisión documental y reuniones en línea con los equipos del programa. El segundo paso consistió en realizar entrevistas en profundidad con actores clave durante una visita de campo a Ventanilla, Lima, Perú. Durante la visita in situ se buscó acceder a toda la información necesaria para llenar los vacíos respecto a los procesos de JTR e identificar los principales costos de implementación asociados a cada proceso. Durante la visita se realizaron quince entrevistas, con miembros del Poder Judicial, Ministerio Público, Defensoría Pública, SOA, Centro de Salud mental Comunitario, Ministerio de Salud, entre otros. Finalmente, a partir del material recolectado se construyeron las estimaciones de costos y recomendaciones de estabilidad.

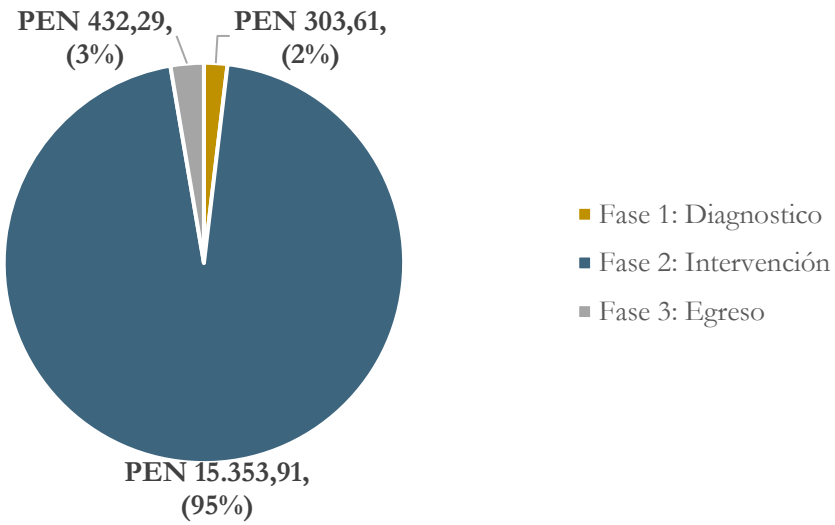
Principales Hallazgos Estimación de costos

Según la información disponible, el costo total anual del JTR en el 2022 fue de **223.288 PEN**. Esta cifra refiere al costo real del programa considerando el flujo de participantes (durante el 2022 ingresaron 14 participantes y egresaron 8).

Dado lo anterior, el costo promedio por usuario del JTR es de **15.949 PEN.**

Sumado a lo anterior, los datos disponibles permiten identificar los costos de las distintas fases del programa. El JTR se divide en tres fases, a saber, **Fase I:** Diagnostico, **Fase II:** Intervención y **Fase III**: Egreso. El grafico 9 presentado a continuación detalla el costo promedio por usuaria de cada una de las fases del JTR.

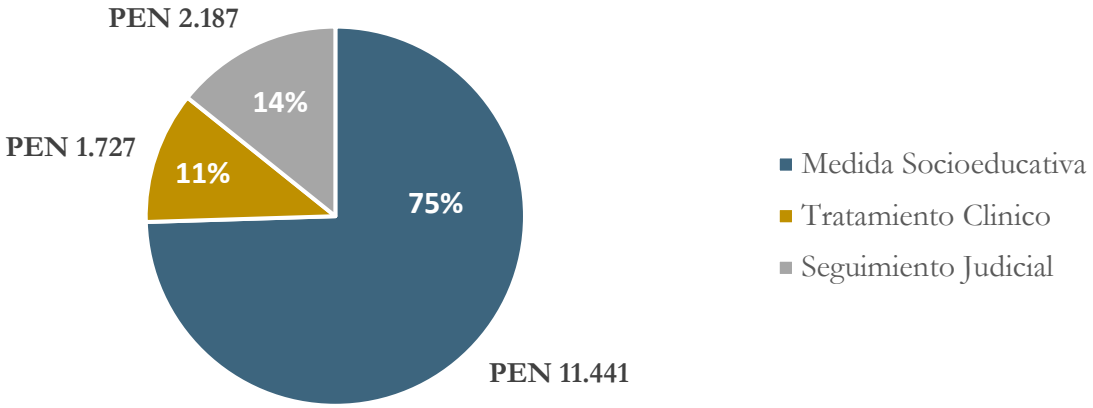
Gráfico 9: Costo promedio por usuario según fase del JTR, ejecución 2022



Fuente: Elaboración Propia

En concordancia con otros programas de TTD alrededor del mundo, el grueso de los costos del programa refiere a actividades ligada a la etapa de intervención, la cual dice relación con el seguimiento judicial, el tratamiento por consumo de sustancias y el acompañamiento psicosocial. El gráfico 10 presentado a continuación detalla el desglose de costos de la fase de intervención.

Gráfico 10: Desglose costos por usuario fase de intervención JTR, ejecución 2022



Fuente: Elaboración Propia

A partir de estos datos se observa una particularidad del JTR pues, la mayor parte del costo total de la fase de intervención no se encuentra en el tratamiento clínico, como en la mayoría de los programas de TTD a nivel mundial, sino que, en la ejecución de la medida socioeducativa, la cual refiere al proceso de acompañamiento psicosocial liderado por el equipo interdisciplinario del Servicio de Orientación al Adolescente. Entre otras actividades la medida socioeducativa contempla sesiones de trabajo psicológico, visitas domiciliarias, y actividades de terapia ocupacional.

Principales Recomendaciones para la escalabilidad

La legislación existente en el Perú establece que el JTR debe ejecutarse a partir de la instalación de la comisión la Comisión Distrital Intersectorial[30], lo que actualmente permite la ejecución del programa en tres jurisdicciones, a saber, Ventanilla, Callao y Trujillo. Ahora bien, desde la coordinación del programa se espera expandir este hacia todo el territorio nacional. Dicho proceso de expansión requiere una visión integral, que contemple aspectos económicos, políticos y técnicos. A continuación, se presentan las principales brechas de implementación y diseño identificadas en el marco de este estudio, y las oportunidades para la expansión del programa.

En primer lugar, el modelo de Justicia Terapéutica y Restaurativa (JTR) enfrenta un desafío significativo en cuanto a la sensibilización cultural e institucional en el contexto de Perú. La

[30] La comisión intersectorial distrital es instancia de coordinación y seguimiento entre diferentes sectores responsables de formular, proponer y recomendar propuestas para armonizar las políticas sectoriales. Estas son creadas mediante Decreto Supremo dictadas por el Gobierno Nacional.

sociedad peruana, al igual que otras sociedades latinoamericanas, ha experimentado un aumento del populismo punitivo y una marcada estigmatización de la población con consumo problemático de drogas. Esta situación dificulta el respaldo comunitario y social a las políticas públicas destinadas a mejorar las condiciones de vida de esta población. Por tanto, para consolidar el modelo JTR en el país, resulta esencial abordar la estigmatización y promover una comprensión más amplia de los beneficios de la justicia terapéutica.

El segundo nudo critico identificado dice relación con el posicionamiento institucional del programa. En este ámbito, el JTR podría fortalecer su posición si se incorporara el enfoque restaurativo en la regulación normativa del Código de Responsabilidad Penal de Adolescentes. Esta integración normativa permitiría avanzar hacia una base sólida para el programa y asegurar su sostenibilidad a largo plazo. Al enraizar el enfoque restaurativo en la normativa, se establecerían bases jurídicas para su implementación y se fortalecería la legitimidad institucional del JTR.

Sumado a lo anterior, el JTR se enfrenta al desafío de fortalecer las alianzas interinstitucionales existentes entre el sistema de salud y de justicia, a través de la consolidación de protocolos y acuerdos que prioricen la atención de la población usaría del programa en los Centros de Salud Mental Comunitarios.

Finalmente, en el ámbito institucional, a fin de avanzar en el cumplimiento de los objetivos del programa, se requiere asegurar mayores prestaciones para favorecer la reinserción social de las personas usuarias. En su definición de modelo, el JTR busca apoyar la reintegración social, educativa y laboral de los/as adolescentes participantes, sin embargo, esto no siempre logra concretizarse, debido a la ausencia de políticas intersectoriales que garanticen plazas en programas educativos yo de capacitación laboral. La expansión del programa debe considerar estas alianzas estratégicas para cumplir con los objetivos terapéuticos y de reinserción social. el JTR requiere

El tercer nudo critico dice relación con los recursos humanos y la necesidad de ampliar la dotación profesional y capacitar a los equipos. En este ámbito, se identifican tres aspectos centrales. El primero aborda la dotación de personal adecuado para el programa, destacando que los casos JTR implican una carga laboral mayor a los casos judiciales ordinarios, lo que resulta en retrasos de la programación de audiencias, afectando negativamente el seguimiento judicial del programa. Para asegurar una ejecución efectiva del programa, se sugiere contar con más jueces/as sensibilizados y

capacitados en el enfoque de la justicia terapéutica, lo que permitiría una mayor celeridad en el proceso y mejores resultados basados en la evidencia.

En segundo lugar, se resalta la necesidad de sensibilizar a todos los profesionales involucrados en la ejecución del programa. Los profesionales del sector justicia, al ser el primer punto de contacto con los potenciales participantes, deben estar familiarizados con los lineamientos y objetivos del modelo JTR a fin de detectar y derivar casos adecuadamente. Ante lo anterior, el JTR se beneficiaria de un proceso de capacitación y sensibilización de los operadores del sistema de justicia para que estos se interioricen en la metodología y objetivo del programa, y puedan participar de este con todas las competencias necesarias.

Finalmente, este proceso de sensibilización y capacitación debe integrarse en la formación del Poder Judicial para garantizar que todos los operadores del sistema estén preparados en los conceptos y estrategias de intervención de la justicia terapéutica. Esto aseguraría que el proceso de sensibilización sea permanente y sostenible en el tiempo. En suma, considerar estos aspectos en la expansión del JTR es esencial para fortalecer el recurso humano y mejorar el funcionamiento del programa en su totalidad.

El último desafío identificado para la profundización del modelo JTR se relaciona con la necesidad de contar con mayores recursos financieros, los cuales se requieren principalmente para cubrir gastos operacionales del programa como para profundizar el tratamiento por consumo de sustancias.

En cuanto a los gastos operacionales, actualmente programa no posee una glosa presupuestaria que permita cubrir los gastos cotidianos de los/as participantes, tales como transporte y pruebas de diagnóstico de drogas, los cuales son proporcionados extraoficialmente por el SOA. La expansión y profundización del programa requerirá un presupuesto que considere estos gastos.

En cuanto a los recursos financieros para el tratamiento por consumo de sustancias, se destacan dos problemas críticos. En primer lugar, los Centros de Salud Mental Comunitario que ejecutan el tratamiento solo ofrecen opciones ambulatorias, lo que no es suficiente para casos de mayor complejidad. Según los equipos del programa, se estima que alrededor del 80% de los participantes requerirán hospitalización o internación de corta estancia, pero actualmente no hay medios disponibles para esto, por lo que solo reciben atención ambulatoria.

Ante la expansión del programa, y a fin de garantizar que las personas usuarias acceden a un tratamiento integral y efectivo, es necesario considerar nuevos recursos financieros y/o alianzas con el sistema privado de salud para facilitar el acceso a servicios de hospitalización para los/as participantes que lo requieran.

El segundo problema se relaciona con el acceso a fármacos para el tratamiento. Los Centros de Salud Mental Comunitario solo disponen de medicamentos genéricos, que presentan efectos secundarios más intensos que los específicos. Para abordar esta situación, se propone destinar presupuesto adicional para ofrecer otras alternativas farmacológicas.

En conclusión, la profundización del modelo JTR requerirá un mayor respaldo financiero para cubrir los gastos cotidianos de los participantes y mejorar las opciones de tratamiento por consumo de sustancias, lo que implicará establecer alianzas interinstitucionales y destinar recursos adicionales para asegurar la efectividad y sostenibilidad del programa.

4.2.5.2Perú JJJR

Programa de Justicia Juvenil Restaurativa con Enfoque Terapéutico

El programa de Justicia Juvenil Restaurativo con Enfoque Terapéutico para adolescentes en conflicto con la ley penal con consumo problemático de drogas se inserta dentro de la Línea de Acción de Justicia Juvenil Restaurativa del programa de Prevención Estratégica del Delito del Ministerio Público de Perú. Dicha línea, "busca resolver a nivel prejudicial, el conflicto con la ley penal que tiene un adolescente, a través de la aplicación de la remisión fiscal bajo el modelo restaurativo" (Ministerio Público del Perú, 2020).

En términos jurídicos, la JJR funciona en la fase prejudicial bajo la figura jurídica de remisión fiscal y tiene por propósito reducir la conducta infractora y promover la reinserción social en las y los adolescentes en conflicto con la ley penal con consumo problemático de drogas a través de la efectiva aplicación de salidas alternativas con enfoque de justicia terapéutica a nivel prejudicial. De esta forma, el programa trabaja sobre dos ejes: (1) el tratamiento especializado por consumo de sustancias y (2) el seguimiento y acompañamiento psicosocial integral.

Estimación de Costos y recomendaciones para la escalabilidad del JTR

Para realizar las estimaciones de costos y escalabilidad se llevaron a cabo diferentes procesos metodológicos. El primer paso consistió en identificar todos los procedimientos necesarios para el funcionamiento del programa a través de un mapeo basado en una revisión documental y reuniones en línea con los equipos del programa. El segundo paso consistió en realizar entrevistas en profundidad con actores clave durante una visita de campo a Lima, Perú. Durante la visita in situ se buscó acceder a toda la información necesaria para llenar los vacíos respecto a los procesos de JJR e identificar los principales costos de implementación asociados a cada proceso. Durante la visita se realizaron trece entrevistas con miembros el equipo de coordinación de la línea de Justicia Restaurativa del Ministerio Público, Fiscales, profesionales del equipo multidisciplinario del Ministerio Público, Defensoría Pública, Centro de Salud mental Comunitario, Ministerio de Salud, entre otros. Finalmente, a partir del material recolectado se construyeron las estimaciones de costos y recomendaciones de estabilidad. A continuación, se presenta un resumen de los principales resultados de la estimación de costos y el análisis de escalabilidad.

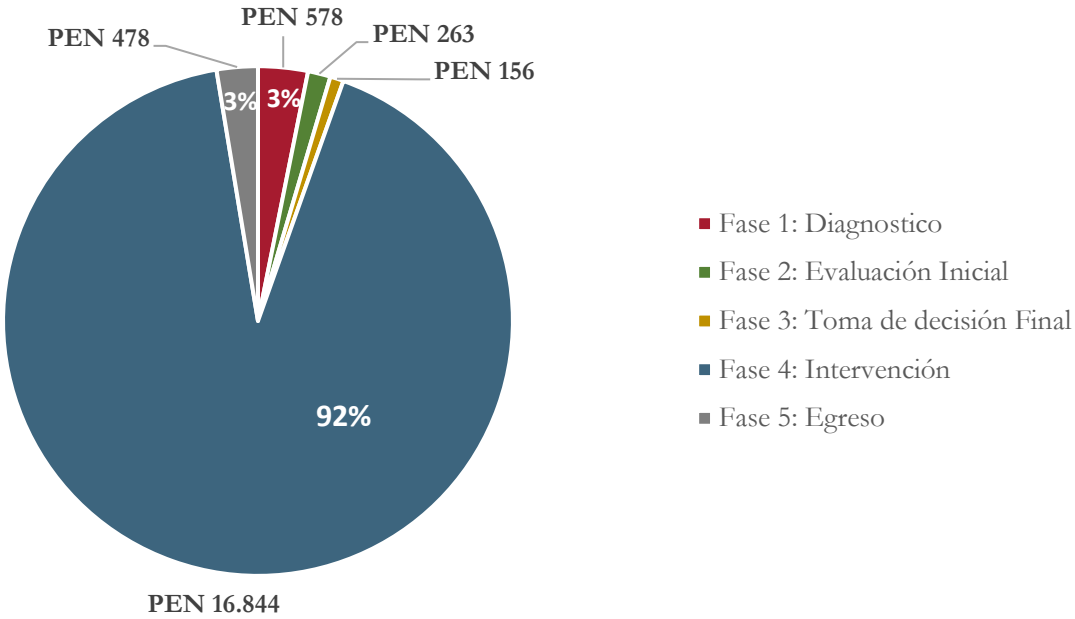
Principales Hallazgos Estimación de costos

Según la información proporcionada, el costo total anual del JJR en Perú fue de **$ 150.798 PEN.** Esto corresponde al costo efectivo del programa durante el 2022, considerando el flujo de usuarios en las distintas fases del programa (durante el 2022 se registraron 8 ingresos y 1 ingreso).

Dado lo anterior, el costo promedio por usuario del JJR es de **18.562 PEN.**

La información disponible permite identificar el costo de las distintas fases del programa. El JJR se estructura en torno a cinco fases, a saber, **Fase I:** Diagnostico, **Fase II:** Evaluación Inicial **Fase III:** Toma de decisión Fiscal, **Fase IV:** Intervención y **Fase V:** Egreso. El grafico 11 presentado a continuación detalla el costo promedio por usuario de cada una de las fases del JJR.

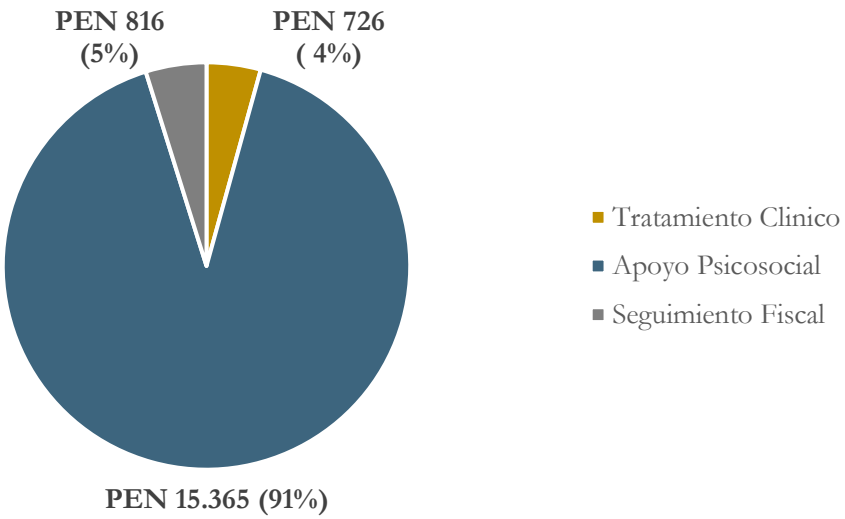
Gráfico 11: Costo promedio por usuario según fase del JJR, ejecución 2022



Fuente: Elaboración propia.

En concordancia con otros programas de TTD alrededor del mundo, el grueso de los costos del programa refiere a actividades ligada a la etapa de intervención, la cual dice relación con el seguimiento judicial, el tratamiento por consumo de sustancias y el acompañamiento psicosocial. El gráfico 11 presentado a continuación detalla el desglose de costos de la fase de intervención.

Gráfico 12: Desglose costos por usuario fase de intervención JJR, ejecución 2022



Fuente: Elaboración Propia

Al igual que en el caso del JTR, más del 90% del costo de la fase de intervención dice relación al trabajo de acompañamiento psicosocial realizado por el equipo interdisciplinario del Ministerio Público.

Principales Recomendaciones para la escalabilidad

Acaulemente el JJR opera en el Distrito Fiscal de Lima Centro, sin embargo, desde la coordinación del programa se espera expandir este hacia todo el territorio nacional. Este proceso de expansión requiere evaluar el diseño y la implementación de programa en el Distrito de Lima centro y abordar las brechas identificadas. A continuación, se presentan los principales desafíos y oportunidades para la expansión y replicabilidad territorial del JJR.

El primer nudo crítico para la expansión del JJR dice relación con su posicionamiento institucional. En primer lugar, el principal desafío del modelo JJR es es la ausencia de acuerdos interinstitucionales entre el Ministerio Público y el Ministerio de Salud que regulen el desarrollo del programa y aseguren la coordinación y comunicación necesaria para optimizar su ejecución. En la práctica esto se traduce en que desde el Ministerio Publico ven limitado el acceso a la información clínica de las personas usarías, entorpeciendo el eje central del modelo JJR; a saber, el seguimiento fiscal informado y comprensivo.

Tal como indica el modelo de Tribunales de Tratamiento de Drogas presentado al comienzo de este informe, un programa de TTD efectivo requiere de una alianza interinstitucional sólida, con canales de comunicación e intercambio de información claramente definidos, los cuales permitan a todos los actores involucrados ejercer su rol de manera adecuada y eficiente (CICAD-OEA, 2013).

En el caso del JJR, debido a que no hay un acuerdo formal que regularice la relación entre el componente jurídico y de salud del programa, el seguimiento fiscal proporcionado no logra incorporar el componente terapéutico de manera óptima, pues no se cuenta con la información médica sobre los avances y/o retrocesos del tratamiento clínico de los/as participantes.

Ante la ausencia de convenios interinstitucionales, la comunicación y la información compartida por ambos servicios opera hoy en base a la voluntad de los operadores. Esto significa que en aquellos Centros de Salud Mental Comunitarios, donde el programa y el enfoque terapéutico de

este, está mayormente incorporado, la comunicación es más fluida y el acceso a la información más efectivo. Al considerar la expansión del programa, resulta fundamental que la ejecución del programa se encuentre apoyada en manuales estandarizados y replicables, por lo que la formalización de la cooperación interinstitucional entre el ámbito de salud y justicia es una necesidad imperante.

En definitiva, en el marco de una futura expansión, EL JJR se beneficiaría del desarrollo de un protocolo interinstitucional que regularice la relación entre los actores del sector justicia y del sector salud, facilitando la comunicación y el flujo de información entre ambos servicios.

Sumado a los acuerdos de coordinación interinstitucional, los profesionales de ambos sectores reconocen que el programa se beneficiaria de protocolos y acuerdos que posicionasen a la población atendida por el programa como población prioritaria para la atención en los Centros de Salud Mental Comunitarios. Ligado a esto, el modelo JJR también se enriquecería con lineamientos especializados para la atención de los adolescentes del programa en los centros de salud que permitan cumplir los objetivos del programa.

En segundo lugar, el JJR también se ve enfrentado al desafío de asegurar mayores prestaciones para favorecer la reinserción social de las personas usuarias. Dentro de los objetivos del modelo JJR se encuentra apoyar el proceso de reinserción social, educación y/o laboral de los/as adolescentes atendidos, sin embargo, aún falta profundizar las alianzas estratégicas con los servicios y prestaciones sociales disponibles en el país para los adolescentes. En el proceso de profundización y expansión del modelo JJR, el programa se beneficiaría del fortalecimiento de alianzas con organizaciones y/o instituciones prestadoras de servicios educativos y/o de capacitación laboral, los cuales apoyen el proceso de reinserción efectiva de los adolescentes usuarios.

El segundo nudo crítico del JJR, radica en la necesidad de estandarizar los protocolos y manuales operativos del programa. Aunque actualmente el JJR cuenta con el "Protocolo de Actuación Institucional de la Línea de Acción Justicia Juvenil Restaurativa, en la Atención a Adolescentes en Conflicto con la Ley Penal que Presentan Consumo Problemático de Drogas", el cual establece los lineamientos y procedimientos del programa, se observa una importante variación en la forma de ejecución del seguimiento fiscal por parte de los fiscales. En la práctica esto implica que le

formato, la periodicidad del seguimiento, y la relación fiscal - persona usarías varia significativamente entre los distintos fiscales a cargo de los casos.

Dicha falta de estandarización afecta la implementación coherente del modelo y su diseño, lo que compromete la posibilidad de alcanzar los resultados esperados.En consonancia con la evidencia sobre modelos de Tribunales de Tratamiento de Drogas (CICAD-OEA, 2013; Drug Policy Alliance, 2011; Gottfredson et al., 2007), la falta de procedimientos estandarizados puede afectar la fidelidad en la implementación del programa y su diseño, lo que a su vez puede obstaculizar la obtención de resultados óptimos.

Con base en la experiencia y los aprendizajes de la implementación del programa piloto en Lima Centro, el JJR se beneficiaría de un rediseño del protocolo existente, incorporando las lecciones aprendidas del equipo y especificando los procedimientos de manera clara y precisa. Un protocolo mejorado y estandarizado permitiría una ejecución más consistente por parte de los operadores, facilitando así la replicación exitosa del modelo en otras jurisdicciones o áreas geográficas.

La estandarización de los protocolos también es esencial para asegurar que todos los profesionales involucrados en el programa, desde los fiscales hasta los profesionales de salud y justicia, comprendan y sigan de manera uniforme los procedimientos establecidos. Esto contribuiría a optimizar el desempeño del programa y a garantizar la equidad y calidad en la atención brindada a los adolescentes en conflicto con la ley penal y con consumo problemático de drogas.

El tercer punto identificado como crucial para considerar la expansión y profundización del modelo JJR se relaciona con la dotación, sensibilización y capacitación de los recursos humanos implicados en su ejecución.

En primer lugar, se destaca la necesidad de contar con una mayor cantidad de profesionales disponibles para abordar los casos JJR, ya que estos casos implican una carga laboral significativa. Dado que los casos JJR requieren una mayor dedicación horaria en comparación con los casos ordinarios de Justicia Restaurativa sin consumo de drogas, especialmente para el equipo multidisciplinario del Ministerio Público, se recomienda evaluar la opción de contar con un equipo de dedicación exclusiva para casos JJR. En localidades con menor demanda potencial, donde un equipo exclusivo no sea justificado, se debe considerar la carga efectiva de un caso JJR y el flujo de ingresos, para garantizar la disponibilidad de recursos humanos necesarios.

Además, se enfatiza la importancia de contar con personal especializado en temas de adicciones, ya que actualmente algunos profesionales que ejecutan el programa declaran no poseer las habilidades necesarias para trabajar con casos JJR. Aunque se han brindado capacitaciones y algunos profesionales han buscado formación adicional de manera voluntaria, el tratamiento de casos del programa JJR requiere habilidades específicas en el ámbito de las adicciones al alcohol y las drogas. Por lo tanto, una expansión del programa JJR beneficiaría a un proceso de capacitación integral, no solo en el funcionamiento del programa, sino también en la intervención y atención de personas con problemas de adicción.

En tercer lugar, se hace hincapié en la necesidad de contar con más fiscales disponibles para asumir causas de JJR. Para esto, es esencial sensibilizar a los fiscales sobre los lineamientos de la justicia terapéutica y los objetivos, características y particularidades del modelo JJR. Se sugiere que los fiscales que participan actualmente en el programa compartan sus experiencias y resultados con otros miembros del Ministerio Público. El aumento del número de fiscales sensibilizados y capacitados en el modelo JJR permitiría una mayor celeridad en todos los procesos relacionados con el programa, especialmente en la realización de audiencias de seguimiento. La evidencia ha demostrado que la frecuencia del seguimiento y el fortalecimiento de la relación entre el juez y el participante son predictores importantes del éxito de los programas de Tribunales de Tratamiento de Drogas.

El último desafío identificado para la profundización y expansión del modelo JJR se centra en la necesidad de contar con mayores recursos financieros para mejorar las prestaciones de tratamiento por consumo de drogas.

En primer lugar, se destaca la limitación de los Centros de Salud Mental Comunitarios, los cuales solo ofrecen tratamiento ambulatorio para las personas usuarias del programa JJR. Esto representa un problema, ya que no se cuenta con opciones de tratamiento residencial para casos de mayor complejidad. Según los profesionales del equipo multidisciplinario del Ministerio Público, aproximadamente el 85% de los casos que ingresan al programa JJR requerirán de desintoxicación residencial o internación de corta estancia, pero actualmente no se dispone de los medios para brindar esta atención, lo que obliga a los adolescentes a recibir únicamente tratamiento ambulatorio. Ante esta situación, se sugiere que la futura expansión y profundización del modelo JJR considere la obtención de nuevos recursos financieros y/o establezca alianzas

interinstitucionales con prestadores del sistema privado para facilitar el acceso a plazas de tratamiento residencial para los participantes del programa.

El segundo punto crítico se relaciona con el acceso a fármacos para el tratamiento por consumo de sustancias. Debido a las restricciones farmacológicas de los Centros de Salud Mental Comunitarios, estos solo cuentan con medicamentos genéricos que pueden tener efectos secundarios más intensos que los medicamentos específicos. Para mejorar la calidad del tratamiento, es esencial que la expansión del modelo incluya un presupuesto para ofrecer otras alternativas farmacológicas que sean más efectivas y generen menos efectos secundarios.

En resumen, la expansión y profundización del modelo JJR requiere la obtención de mayores recursos financieros para garantizar un acceso adecuado a tratamientos residenciales y para brindar alternativas farmacológicas más efectivas. De esta manera, se podrá mejorar la calidad de la atención a las personas usuarias y potenciar los resultados del programa.

4.2.6 Republica Dominicana

Programa de Tratamiento de Drogas bajo Supervisión judicial

República dominicana puso en marcha el Programa Piloto de Tratamiento bajo Supervisión Judicial en abril de 2014, bajo la dirección ejecutiva del Consejo Nacional de Drogas y la dirección operacional del Poder Judicial.

En la actualidad el PTSJ opera en un solo distrito del país, a saber, el Séptimo Distrito Judicial de Santo Domingo, bajo el mecanismo de la suspensión condicional del procedimiento penal.

En cuanto a su población objetivo, el programa está dirigido a adultos sin antecedentes penales, con un enfoque en las personas acusadas de delitos de bajo impacto a saber, delitos de posesión simple, asalto simple sin lesiones graves, incluyendo violencia doméstica, robo simple y posesión de armas.

Estimación de Costos y recomendaciones para la escalabilidad del PTSJ

Para realizar las estimaciones de costos y escalabilidad se llevaron a cabo diferentes procesos metodológicos. El primer paso consistió en identificar todos los procedimientos necesarios para el funcionamiento del programa a través de un mapeo basado en una revisión documental y reuniones en línea con los equipos del programa. El segundo paso consistió en realizar entrevistas en profundidad con actores clave durante una visita de campo a la ciudad de Santo Domingo, República Dominicana. Durante la visita in situ se buscó acceder a toda la información necesaria para llenar los vacíos respecto a los procesos de PTSJ e identificar los principales costos de implementación asociados a cada proceso. Durante la visita se realizaron doce entrevistas, con miembros del Poder Judicial, la Procuraduría General de la República (PGR), la Oficina Nacional de Defensa Pública, Ministerio de Salud Pública (particularmente a través del Centro de Atención Integral a las Dependencias, CAIDEP), el Consejo Nacional de Drogas de Republica Dominicana, entre otros. Finalmente, a partir del material recolectado se construyeron las estimaciones de costos y recomendaciones de estabilidad.

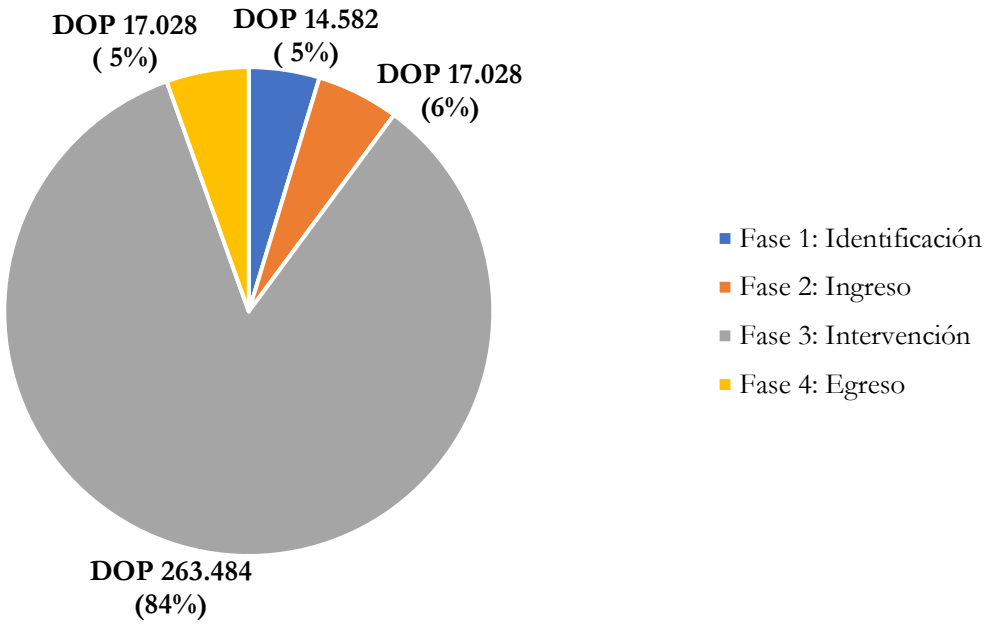
Principales Hallazgos Estimación de costos

Según la información proporcionada, el costo total anual del PTSJ en República Dominicana es de **10.924.256,35 DOP**. Esto corresponde al costo efectivo del programa durante el 2022, y considera los 35 participantes que ingresaron dicho año al programa.

Dado lo anterior, el costo promedio por usuario es de **312.122 DOP**.

Los datos disponibles permiten identificar el costo asociado a cada una de las fases del programa. El PTSJ se divide en cuatro fases, a saber, **Fase I:** Identificación, **Fase II:** Ingreso, **Fase III:** Intervención y **Fase IV:** Egreso. El grafico 13 presentado a continuación detalla el costo promedio por usuario de cada una de las fases del PTSJ.

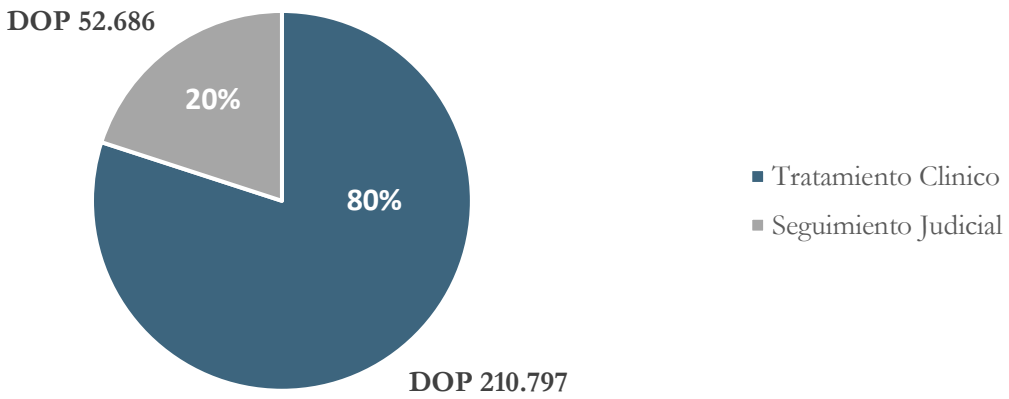
Gráfico 13: Costo promedio por usuario según fase del PTSJ, ejecución 2022



Fuente: Elaboración propia

El igual que gran aparte de los programas de TTD de la región, la fase de intervención representa la mayoría del costo total del programa. Respecto a esta fase, la información disponible permite desglosar los distintos componentes del proceso de intervención y el costo que estos representan respecto al total de la fase de intervención. El gráfico 14 presentado a continuación detalla el desglose de costos de la fase de intervención. Del PTSJ.

Gráfico 14: Desglose costo promedio por usuario fase de intervención PTSJ, ejecución 2022



Fuente: Elaboración Propia

Principales Recomendaciones para la escalabilidad

Acaulemente el PTSJ opera como un programa piloto en el Distrito Nacional de la Republica Dominicana[31], sin embargo, desde la coordinación del programa se espera expandir este hacia todo el territorio nacional. A fin de consolidar dicho proceso de expansión es fundamental evaluar las brechas de diseño e implementación identificadas. A continuación, se presentan los principales desafíos y oportunidades para la expansión del PTSJ en República Dominicana.

El primer desafío para la profundización y expansión del modelo PTSJ en República Dominicana dice relación con la sensibilización, nacional y de los profesionales del programa respecto a la justicia terapéutica y los beneficios de un programa de estas características. Actualmente Republica Dominicana, al igual que muchos paisas de América Latina y el Caribe, se ve enfrentada al avance del populismo penal y el estigma asociado a la población con consumo de drogas, lo cual representan obstáculos significativos para la consolidación de un programa de TTD, los cuales deben ser abordado.

Ante esta situación, es esencial promover campañas de sensibilización a nivel societal para difundir los fundamentos de la justicia terapéutica y resaltar los beneficios de implementar un programa de estas características. La difusión de experiencias nacionales e internacionales y la evidencia existente sobre los resultados positivos de los programas de Tribunales de Tratamiento de Drogas son herramientas fundamentales para contrarrestar el populismo punitivo y fomentar una comprensión más compasiva y basada en evidencia sobre el tratamiento de personas con consumo problemático de drogas.

El segundo desafío identificado refiere al anclaje y consolidación institucional del programa. Debido a que actualmente el PTSJ se implementa solo en un distrito, una de las discusiones levantadas por el equipo ejecutor refiere a donde debiese insertarse el programa a nivel institucional una vez que se amplíe a nivel de política pública. Tanto desde la Procuraduría General de la República, como desde el Poder Judicial se enfatiza que el programa debiese alojare en el Poder Judicial, siendo así, los y las jueces/as quienes tengan la responsabilidad de coordinar el programa, creándose una figura de coordinación nacional, quien tenga la responsabilidad de monitorear la

[31] El Distrito Nacional es una jurisdicción territorial especial donde se encuentra la capital de la República Dominicana y la sede del gobierno central.

ejecución del programa en todo el territorio nacional. Así, la clave de la judicialización del programa seria definir la estructura y gobernanza de este, asegurando una escalabilidad sostenible y una adecuada coordinación interinstitucional.

Al ahondar en los desafíos institucionales del programa, se evidencian grandes oportunidades, principalmente ligadas a la existencia de acuerdos normativos interinstitucionales y la amplia voluntad política de hacer de este programa una política pública eficiente y efectiva.

Otro desafío clave en el ámbito institucional responde a establecer alianzas estratégicas para respaldar el proceso de reinserción social de los participantes. El PTSJ tiene como objetivo apoyar la reinserción social y laboral, pero actualmente carece de alianzas con prestadores de servicios e instituciones para este fin. A partir de lo anterior, se recomienda identificar dispositivos disponibles en los territorios donde se ejecuta y se ejecutará el programa, y entablar alianzas con organizaciones educativas y de capacitación laboral para apoyar la reinserción de las personas usuarias.

El tercer nudo crítico del PTSJ dice relación con la necesidad de mejorar los incentivos de adherencia al programa. Poseer mecanismos de adherencias efectivos es crucial para garantiza la efectividad el éxito de un programa de estas características sin embargo actualmente, se identifican dos desafíos que dificultan esta adherencia.

En primer lugar, la incompatibilidad de los horarios de las sesiones clínicas y judiciales con las responsabilidades laborales de las personas usuarias representa un obstáculo significativo. Al llevarse a cabo durante el horario laboral, las personas usuarias se ven obligadas a tomar decisiones difíciles entre asistir al tratamiento y cumplir con los requisitos del programa o mantener sus trabajos. Para lograr una mejor reinserción social y laboral de los participantes, es esencial implementar estrategias que ofrezcan mayor flexibilidad en los horarios de las sesiones terapéuticas, permitiendo una compatibilidad adecuada entre el ámbito laboral y el terapéutico.

El segundo desafío se vincula con la alta rotación de jueces/as encargados/as de los casos PTSJ. Esta situación puede comprometer la continuidad y coherencia del seguimiento judicial, lo cual afecta el éxito del programa. La evidencia muestra que la relación entre el juez/a y la persona usuaria es un factor importante para el logro de los objetivos del programa. Por lo tanto, se deben implementar mecanismos que reduzcan la rotación de jueces/as, asegurando que un mismo juez/a se encargue del caso desde el inicio hasta su finalización.

Para superar estos desafíos y mejorar la adherencia al programa PTSJ, es fundamental considerar estrategias que permitan la flexibilización de horarios para las personas usuarias, así como implementar medidas para garantizar la estabilidad y continuidad de los jueces/as encargados/as de los casos. Estos mecanismos contribuirán a fortalecer el programa y a potenciar su impacto en el proceso de reinserción social de las personas usuarias.

Otro aspecto importante para profundiza el modelo PTSJ y evaluar su posible expansión refiere a la necesidad de ampliar y capacitar el recurso humano. Actualmente los recursos humanos disponible para atender casos PTSJ son limitados, principalmente debido a falta de recursos económicos, y una baja priorización de la población objetivo, en términos de población meta de políticas sociales. A fin de ejecutar el modelo PTSJ acorde a los estándares, alcanzando la periodicidad de audiencias y sesiones de tratamiento que la evidencia indica son las adecuadas para cumplir de manera exitosa los objetivos del programa (CICAD/OEA, 2013), se requieren una mayor dotación de personal, tanto en el sector justicia como salud.

Respecto al sector justicia, a fin de darle más celeridad al proceso de seguimiento judicial es necesario contar con más jueces, fiscales y defensores sensibilizados y capacitados en los procesos del PTSJ. Una de las piedras de tope de la ejecución del programa piloto actualmente, es que pocos profesionales del ámbito judicial están familiarizados con la forma de ejecución y el espíritu del PTSJ, por ende, y considerando la alta carga laboral del poder judicial, los procesos PTSJ se ven ralentizados. Al considerar una expansión del programa, tanto a más participantes como hacia nuevos territorios es fundamental ampliar los procesos de capacitación hacia la mayor cantidad de funcionarios del ámbito judicial.

En cuanto al ámbito salud, a fin de entregar un tratamiento comprensivo y adecuado a las particularidades de cada persona usuaria, el PTSJ requiere ampliar la dotación de profesionales médicos. Sobre este punto, desde los profesionales del CAIDEP se sugiere, en las localidades donde la demanda potencial del programa lo requiera, contar con personal de dedicación exclusiva para el programa y el tratamiento de drogas, pues la carga laboral es sumamente intensa.

4.2.7 Jamaica

Tribunal de Tratamiento de Drogas de Jamaica

Jamaica fue el primer país de la región en implementar un programa de Tribunal de Tratamiento de Drogas, el año 2001.A través de la Ley de Tribunales de Drogas, redactada por el Parlamento en 1999 y el posterior Reglamento de Tribunales de Drogas en el año 200 se dio inició a la creación de tribunales especiales para dicha materia. A pesar de que la legislación permitía el establecimiento de TTD en Tribunales de Magistrados Residente en todos los distritos de Jamaica, el programa de TTD, inició como un programa piloto en el Área Corporativa (Kingston y St Andrew), y más tarde, ese mismo año, se estableció el segundo tribunal en Montego Bay.

Según la legislación existente las personas acusadas por cualquier delito que pueda ser juzgado en un Tribunal Distrital pueden ser derivadas al programa de TTD, siempre que se presente una dependencia a las drogas y se cumpla con los criterios clínicos de elegibilidad (Programa Drogas, Seguridad y Democracia, 2018b). En cuanto al mecanismo procesal, en Jamaica la derivación al programa de TTd puede ocurrir en cualquier etapa del proceso penal y no requiere que la persona sea declarada culpable[32]

Estimación de Costos y recomendaciones para la escalabilidad del TTD de Jamaica

Para realizar las estimaciones de costos y escalabilidad se llevaron a cabo diferentes procesos metodológicos. El primer paso consistió en identificar todos los procedimientos necesarios para el funcionamiento del programa mediante un mapeo basado en una revisión documental y reuniones en línea con los equipos del programa. El segundo paso consistió en la realización de entrevistas en profundidad con actores clave durante una visita sobre el terreno a Jamaica. Durante la visita sobre el terreno, se buscó de acceder a toda la información necesaria para llenar los vacíos de información relativas a los procesos de TTD e identificar los principales costos de ejecución asociados a cada procedimiento. Durante la visita, se llevaron a cabo doce entrevistas con miembros del poder judicial, el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Sanidad, el equipo coordinador de TTD y los proveedores de tratamiento, entre otros. Por último, a partir del material recopilado se elaboraron los costes y las recomendaciones de estabilidad.

Principales Hallazgos Estimación de costos

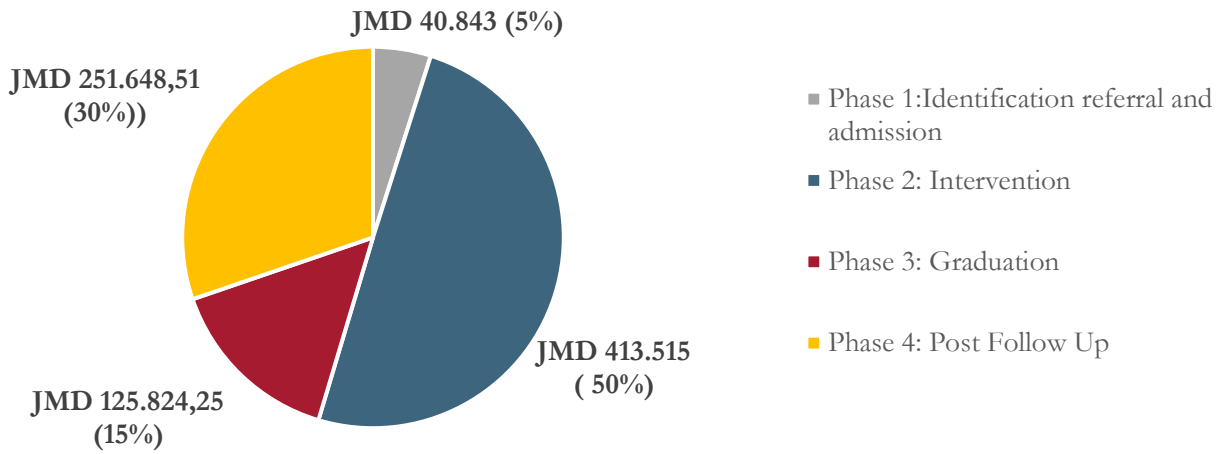
Sobre la base de la información proporcionada, el costo total anual del programa TTD de Jamaica en 2022 fue de **JMD 39.927.879**. Esto considera los 48 casos que entraron en el TTD en 2022.

[32] El TTD de Jamaica es el único programa de TTD del caribe anglófono donde se admite el ingreso al TTD sin declaración de culpabilidad.

Dado lo anterior, el costo promedio por usuario del TTD de Jamaica es de **JMD 831.831**

La información disponible también permite identificar el costo promedio por usuario en cada una de las fases del programa. EL TTD de Jamaica se divide en cuatro fases a saber, **Fase I:** Ingreso, **Fase II:** Intervención, **Fase III:** Egreso, **Fase IV:** Post Egreso. El grafico 15 detalla el costo promedio por usuario de cada una de las fases del TTD de Jamaica.

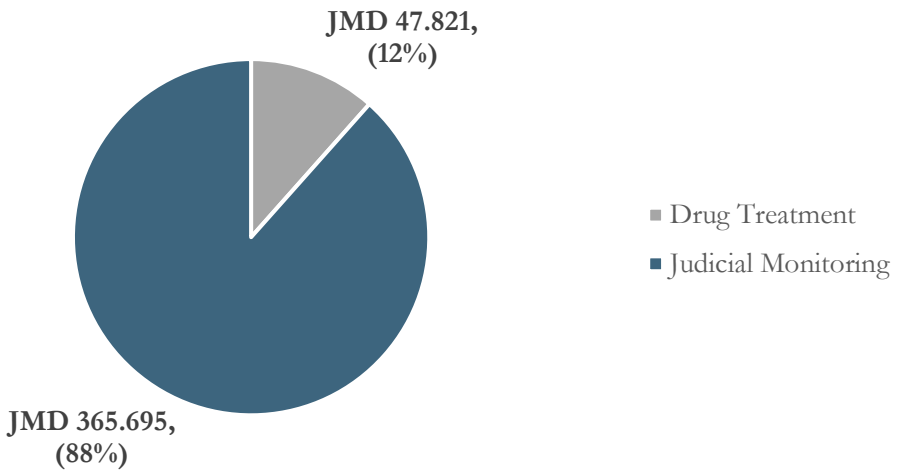
Gráfico 15: Costo promedio por usuario de las fases del TTD de Jamaica, ejecución 2022



Fuente: Elaboración Propia

A partir de los datos se observa que las dos grandes fases del TTd de Jamaica refieren a la fase de intervención y de seguimiento post egreso, representando un 50% y 30% del costo total por usuario respectivamente. En cuanto a la fase de intervención, la información disponible permite identificar el costo asociado al tratamiento por consumo de sustancias y al seguimiento judicial (ver gráfico 16).

Gráfico 16: Desglose costo promedio por usuario fase de intervención TTD de Jamaica, Ejecución 2022.



Fuente: Elaboración Propia.

Principales Recomendaciones para la escalabilidad

Si bien el programa de TTD de Jamaica se implementa en cinco cortes diferentes a lo largo del país, la expansión tanto a más personas usarías, como a nuevos territorios requiere de un proceso de evaluación respecto a ciertas brechas de diseño e implementación identificadas en el marco de este estudio. A continuación, se presentan los principales desafíos y oportunidades para la escalabilidad y replicabilidad territorial del modelo de TTD de Jamaica.

Uno de los primeros nudos críticos para la expansión y replicabildaid del modelo de TTD en Jamaica, implica modificar la forma en que históricamente el sistema de justicia ha comprendido los procesos judiciales. Actualmente, dentro del Poder Judicial de Jamaica prima un enfoque orientado hacia la estadística de casos, donde la efectividad del sistema de justicia se mide por el número de casos resueltos en el menor tiempo posible. Esta forma de comprender el sistema de justicia resulta inadecuada para la ejecución de un Tribunal de Tratamiento de Droga, donde la calidad del proceso judicial es más importante que la cantidad.

Para expandir el programa en Jamaica, es esencial cambiar dicha mentalidad, promoviendo los objetivos, características y beneficios de la justicia terapéutica. En este sentido, los miembros del equipo del TTD en Jamaica argumentan que una estrategia positiva para lograr este cambio es compartir los resultados del TTD para que todo el sistema de justicia tome conciencia respecto a

cómo estos operan, como se ven alterados los procesos judiciales ordinarios, y cuáles son los beneficios, tanto en las personas usuarias, como en la comunidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, el plan de expansión del DTC debiese comenzar con un proceso de capacitación y concienciación. Para ello, se deben realizar sesiones de presentación del TTD, explicando el modelo y sus efectos. Estas sesiones deben realizarse en todo el territorio nacional, o bien, priorizar aquellas áreas donde se considere más estratégico iniciar la expansión del programa, y deben dirigirse tanto a los profesionales del sector justicia como a la sociedad en general. La expansión del modelo DTC en Jamaica beneficiaría a la conciencia pública, ya que las campañas de educación pública pueden ayudar a reducir el estigma y alentar a más personas a buscar tratamiento.

El otro gran nudo crítico para la expansión de los DTC en Jamaica refiere a los recursos humanos involucrados en la ejecución del programa.

En cuanto a los actores del sistema judicial, es esencial aumentar el número de jueces capacitados para implementar el programa. Actualmente, la cantidad de jueces que implementan procesos de TTD es limitada, lo que reduce inmediatamente la cantidad de casos que pueden ser presentados. Además, cuando un juez está ausente de manera inevitable, su reemplazo suele no está capacitado en los principios básicos de un Tribunal de Tratamiento de Drogas y, por lo tanto, no puede desempeñar su función adecuadamente.

Liderar un TTD requiere capacitación especializada, ya que se trata de un tribunal especializado. Para la expansión del programa, se necesita que más jueces tengan las habilidades para llevar a cabo enfoques de justicia terapéutica, siendo capacitados en los principios del modelo TTD. Así, como se mencionó anteriormente, para cumplir con los estándares de un modelo de TTD, es fundamental propiciar procesos de sensibilización y capacitación de los recursos humanos involucrados en la implementación del programa y la sensibilización de la sociedad en su conjunto.

Sumado a lo anterior, todos los actores involucrados en la implementación del TTD deben recibir capacitación continua sobre el programa y sus procesos. En este sentido, los profesionales entrevistados sostienen que sería sumamente beneficioso contar con un manual al que los equipos puedan recurrir para guiarlos en la implementación del programa. Dicho manual es útil tanto para

nuevos miembros del equipo como para aquellos que ya están en el programa, ya que pueden consultarlo ante cualquier duda.

Finalmente, en cuanto a los profesionales del sistema de salud, la expansión del programa requiere la contratación de más psiquiatras para brindar tratamiento clínico. Cada nuevo sitio donde se implemente un DTC debe contar con un psiquiatra especializado para liderar el tratamiento clínico de las adicciones.

5 Conclusiones y consideraciones finales

Punteo ideas principales conclusiones

A nivel regional los principales desafíos para el Monitoreo y Evaluación de los costos de los programas de TTD dicen relación a:

1. En primer lugar, es necesario que todos los programas estimen sus demandas potenciales identificando a su población objetivo. Esto es crucial para poder planificar el presupuesto del programa y que estos responsan a as necesidades de la población a la cual el programa busca intervenir
2. En esta primera etapa es fundamental identifica potenciales obstáculos para acceder a la población objetivo, considerando elementos sociales, culturales y/o económicos que restrinjan la participación de la población objetivo.
3. El siguiente paso consiste en la relación de evaluaciones de diseño para los programas de TTD. Es fundamental que todos los paisas tengan claridad que sus programas se están ejecutando acorde a las buenas prácticas planteadas por la evidencia.
4. Una vez consensuado un modelo adecuado y acorde a los lineamientos basados en la evidencia sobre la efectividad de los programas de TTD, el siguiente paso consiste en realizar evaluaciones de procesos y/o implementación para analizar la forma en que dicho modelo está siendo ejecutado. Este proceso es clave pues permite identificar brechas y aspectos a perfeccionar.
5. En el marco de una evaluación de gasto la evaluación de implementación debe considerar un componente de control de gasto. Es decir, deben evaluarse los procesos de asignación y ejecución presupuestaria.
6. A partir de lo anterior, es fundamental que todos los programas de TTD de la región posean glosas presupuestarias de uso propio las cuales respondan a todos los componentes del programa y den cuenta de las necesidades de las personas usuarias. Dicho presupuesto debe incluir los recursos financieros para la escalabilidad de los programas en los paisas donde los TTD se encuentren en dicha fase de expansión.

Desafíos a largo plazo/globales para los programas de TTD de la región

- Una vez consolidado el modelo del programa, evaluados los procesos de implementación, y acordado el presupuesto del programa, un siguiente paso consiste en el desarrollo de evaluaciones de costo efectividad.

6 Bibliografía

Caruti, D. A. (2021). *Evaluación de programas públicos DAC*. 155.

CICAD-OEA. (2013). *Drug Treatment Courts: An International Response to Drug Dependent Offenders*.

CICAD-OEA. (2019). *Estudio Diagnostico del Programa de Tratamiento de Drogas Bajo Supervisión Judicial de Costa Rica*.

Coker, A. L., Bush, H. M., Cook-Craig, P. G., DeGue, S. A., Clear, E. R., Brancato, C. J., Fisher, B. S., & Recktenwald, E. A. (2017). RCT Testing Bystander Effectiveness to Reduce Violence. *American Journal of Preventive Medicine*, *52*(5), 566–578. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.01.020

Droppelmann, C., Carvacho, P., & Valdes, Amalia. (2020). ¿Son los Tribunales de Tratamiento Drogas Justicia Terapéutica aplicada? Un análisis crítico a la luz de la evidencia y de los paradigmas contemporáneos. *Revista Iberoamericana de Justicia Terapéutica*, *1*. https://justiciaysociedad.uc.cl/therapeutic-jurisprudence-and-the-desistance-paradigm-theoretical-and-practical-convergences-for-social-reintegration-2/

Fundación Paz Ciudadana. (2014). *Tribunales de tratamiento de drogas: Compendio estadístico 2010, 2011 y 2012*. FPC.

Fundación Paz Ciudadana. (2018). *Evaluación de impacto y costo-beneficio de los tribunales de tratamiento de drogas en Chile*.

Grace Campbell. (2013). Principios básicos del tratamiento de la drogodependencia: Dos perspectivas. Perspectiva de salud pública. In *Grace Campbell*.

Guzmán Rodríguez, D. E. (2012). IDPC Briefing Paper - Drug Courts: Scope and Challenges of an Alternative to Incarceration. *SSRN Electronic Journal*. https://doi.org/10.2139/ssrn.2184815

Ministerio de Justicia de Colombia. (2017). *Documento Metodológico para la Implementación del Programa de Seguimiento Judicial al Tratamiento de Drogas en el SRPA*.

NADCP. (2015). *Estandares de Mejores Prácticas de Tribunales de Tratamiento de Drogas Para Adultos*.

National Drug Court Resource Center. (2022). *Painting the Current Picture A National Report on Treatment Courts in the United States*.

OCDE. (2010). *Estandares de Calidad para la Evaluación y el Desarollo*.

OJP, & NADCP. (1997). *Defining Drug Courts: THE KEY COMPONENTS*.

OJP, & NIJ. (2013). *Siete características del diseño del programa: Principios, Investigación y Prácticas de los Tribunales de Tratamiento de Drogas en Adultos*.

Ortegón, E., Pacheco, J. F., & Prieto, A. (2005). *Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas*. Naciones Unidas, CEPAL, Inst. Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social. http://www.cepal.org/publicaciones/Ilpes/0/LCL2350P/manual42.pdf

Programa Drogas, Seguridad y Democracia. (2018a). *Tribunales de Tratamiento de Drogas en las Américas*.

Programa Drogas, Seguridad y Democracia. (2018b). *Tribunales de Tratamiento de Drogas en las Américas*. Social Science Research Council.

7 Anexos

Anexo 1: Pauta Guía para Entrevistas Presenciales

Presentación:
Hola, me presento mi nombre es _____ y soy investigadora del CJS-UC, y estoy a coordinando la realización de este estudio. Este es un estudio encargado por las Organizaciones de Estados Americanos (OEA) y la Comisión Interamericana para el control del Abuso de Drogas (CICAD), específicamente la Unidad de Fortalecimiento Institucional de CICAD (UF-CICAD). Nosotros como CJS actuamos como consultores del proyecto y estamos a cargo de la ejecución de este.

Este estudio busca realizar una evaluación de costos del programa de TTD en (Insertar nombre país), y elaborar recomendaciones para su escalabilidad. Para esto necesitamos concretamente identificar los principales procesos y los recursos asignados a éstos. Si bien nosotros ya realizadnos, a partir de documentos secundarios, un mapeo de las principales actividades del TTD, el objetivo de esta entrevista es profundizar en los micro procesos y detalles específicos de estas, identificando los recursos y horas de trabajo destinada a cada actividad.

Para esto, iremos conversando sobre los principales procesos en los que usted se involucra, y el tiempo y los insumos que son necesarios para esto. Yo tendré una pauta que guiará esta conversación, además de una planilla que iré rellenando con su ayuda.

Preguntas

1. ¿Me podría decir su nombre, la institución en que trabaja y el cargo/función que desempeña ahí?

2. En relación a los TTD, ¿qué rol juega la institución o usted en relación al programa de Tribunal de Tratamiento de Drogas? ¿Me podría describir todas las funciones y responsabilidades que tiene en relación con el?

3. ¿Podría describir en específico el desarrollo de estas funciones en relación con el proceso que siguen los y las participantes o potenciales participantes del programa (desde que son referidos hasta post-graduación)?

4. ¿Qué recursos aporta oficialmente la institución en que usted trabaja al programa? Por favor considere tanto su sueldo y el de otra persona que aportan al TTD en sus funciones (aunque no sea dedicación completa), transferencias monetarias directas, compra de insumos y materiales, entre otras.

5. ¿Existen otros recursos/actividades que no se contabilizan en estos recursos oficiales, y que deben ser financiadas de manera informal por usted o sus colegas? Por ejemplo, gastos de transporte, comida para participantes, etc.

6. ¿Existe algún monitoreo/reporte/contabilidad de los gastos en que incurre la institución donde trabaja, solamente dedicado al TTD o de donde se pueda extraer el presupuesto dedicado al TTD? (Identificar persona que realiza esta actividad, solicitar contacto)

7. Y si pudiera hacer una estimación de cuánto tiempo de su jornada laboral le dedica a responsabilidades relacionadas con el TTD, incluyendo tareas administrativas, redacción de informes, coordinación con otras personas e instituciones o relación directa con participantes, entre otras. ¿Cuántas horas al mes/semana cree que le dedica en promedio?

8. ¿Qué tan viable ve usted la expansión del programa para llegar a tratar a más personas? ¿Qué recursos tanto financieros o materiales debiesen existir para que esto ocurra?

Anexo 2: Formulario recolección costos TTD por país.

El Centro de Estudios Justicia y Sociedad de la Pontificia Universidad Católica de Chile fue contratado por la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (SE-CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA) para conducir un estudio para estimar los costos del programa de Tribunal de Tratamiento de Drogas en su país.

Para lograr este propósito, necesitamos identificar a todas las instituciones y personas que dedican tiempo y recursos, tanto materiales como económicos, a la operación del programa, incluyendo actividades relacionadas directamente con las personas usuarias y también, actividades administrativas o de coordinación. Sabemos que la mayoría de quienes están involucrados/as en los procesos del programa, generalmente no dedican su jornada completa a ese propósito. En estos casos, necesitamos estimar una aproximación de cuánto tiempo dedican a responsabilidades relacionadas con el programa.

En este contexto, le agradeceríamos si usted y su equipo de trabajo pudieran responder las siguientes preguntas, las cuales tienen como objetivo que podamos comprender con mayor profundidad el rol de su institución en el programa de Tribunal de Tratamiento de Drogas, así como también, los recursos que su institución contribuye a éste.

1. **Nombre de la institución:** Por ejemplo: Ministerio de Salud

2. En la tabla a continuación por favor, **haga una lista con el nombre y cargo de todas las personas de la institución o financiadas por la institución, que dedican tiempo a responsabilidades relacionadas con el Tribunal de Tratamiento de Drogas**, y rellene la información solicitada. Incluya también, a aquellas personas que dedican solamente una fracción de su jornada a actividades de coordinación o administración, o directamente en el trato con usuarios/as. Por favor incluya solamente aquellos roles que son directamente financiados por esta institución. Más adelante, le preguntaremos por aquellos recursos que su institución provee a terceras instituciones u organizaciones para las operaciones del programa. ***(Bajo la tabla, encontrará una descripción de cada casilla en caso de que tenga dudas)***

Nombre y apellido	**Cargo y unidad (si aplica)**	**Actividades relacionadas con el programa**	**Número promedio de horas que dedica a cada actividad a la semana (estimación)**	**Número promedio de minutos/horas dedicada por usuario/a del programa por unidad de actividad (sólo si aplica)**	**Número promed de veces en que actividad se real por usuario/a al mes (sólo si apli Indique R si es regular, o U si se hace una única**
Ejemplo 1	Juez/a xx	Audiencias	3 horas por semana	20 minutos por usuario/a	R: 4 veces al mes vez por semana)
		Reuniones pre-audiencias interdisciplinarias	1 hora por semana	10 minutos por usuario/a	R: 4 veces al mes vez por semana)
		Redacción de reportes	2 horas por semana	15 minutos por usuario/a	R: 4 veces al mes vez por semana)

Ejemplo 2	Psicólogo/a xx	Reuniones pre-audiencias interdisciplinarias	1 hora por semana	10 minutos por usuario/a	R: 4 veces al mes vez por semana)
		Sesiones de tratamiento	8 horas por semana	1 hora por usuario/a	R: 8 veces al mes veces por semana
Ejemplo 3	Psiquiatra xx	Evaluación inicial	2 horas por semana	1 hora por usuario/a	U: Una vez al inici programa

Descripción ítems tabla:

***Cargo**: Por favor escriba el nombre del cargo que tiene cada persona de la institución involucrada en actividades del programa y, si aplica, el nombre de la unidad en la cual trabaja la persona.*

***Actividades relacionadas con el programa**: Por favor describa cada actividad que realiza cada persona involucrada en los procesos del programa. Actividades de coordinación y trabajo administrativo deben ser incluidas también, además de todas aquellas que involucren directamente el contacto con las personas usuarias. Si una persona dedica tiempo a más de una actividad, por favor detalle cada una de ellas, como se muestra en la Tabla.*

***Número promedio de horas que dedica a cada actividad a la semana (estimación):** Por favor estime cuántas horas dedica cada persona a la semana, en promedio, a cada actividad relacionada con el programa.*

***Número promedio de minutos/horas dedicada por usuario/a del programa por unidad de actividad (sólo si aplica):** Si alguna de estas actividades involucra dedicar minutos o horas a cada usuario/a, ya sea en audiencias, pre-audiencias evaluaciones, tratamiento o revisión de casos, entre otras, por favor indicar, si es posible, el número de horas dedicado a cada uno por actividad. Ejemplo: En cada audiencia se dedican 20 minutos por persona usuaria, o cada sesión de tratamiento dura 1 hora.*

***Número promedio de veces en que esta actividad se realiza por usuario/a al mes (solo si aplica) *** **Indique R si es regular, o U si se hace una única vez:** Por favor, estime el número de veces (frecuencia) en que esta actividad es realizada por cada usuario/a, por cada persona al mes. Ejemplo: Las audiencias se realizan cuatro veces al mes, o las sesiones de tratamiento 8 veces al mes.*

***Salario promedio mensual (total bruto, incluyendo compensaciones, bonos, seguros de salud, u otros):** Por favor detalle el salario/remuneración promedio que recibe alguien que trabaja en ese cargo (incluyendo bonos, compensaciones, seguros de salud, etc.). Esta información nos permitirá estimar el monto proporcional del tiempo que dedica a actividades relacionadas con el programa.*

3. **Legalmente, ¿cuántas horas de trabajo contempla una jornada laboral completa en su país?**

4. ¿Podría identificar **otros recursos oficiales que la institución dedica a al programa**? Por favor considere transferencias directas de dinero a otras instituciones o personas, uso de espacios, compra de materiales, entre otros.

Recurso	**Actividades en las que se usa este recurso**	**Cantidad promedio utilizada el mes (estimación)**	**C**
Ejemplo 1: Test de drogas	Prueba inicial diagnóstica	15	$
	Seguimiento de casos	45	$

5. ¿Existen otros recursos/actividades que no estén contabilizados en estos recursos oficiales y que deban ser financiados informalmente por usted o sus colegas? Por ejemplo, gastos de transporte, comidas para las personas usuarias, etc.

6. ¿Invierte la institución dinero en la formación de las personas que participan en el programa (relacionado con temáticas del programa)? ¿Invierte regularmente la institución recursos en formación sobre estas temáticas? ¿Puede decirme la inversión inicial en formación y los recursos que se invierten regularmente en esta actividad?

7. ¿Podría compartirme los registros de los gastos administrativos en que incurre la institución, dedicados al programa? (Uso de espacios y facilidades, cuentas de electricidad, agua e internet, materiales de oficina, equipos informáticos, softwares administrativos.) Si usted no cuenta con el detalle asignado al programa, podría por favor indicar el gasto administrativo total de la institución para que podamos calcular el gasto proporcional dedicado al programa.