



Fortalecimiento de la capacidad institucional en los sectores de desarrollo integral con coca, tráfico ilícito de drogas y seguridad alimentaria para una eficiente gestión del apoyo presupuestario sectorial



Anexo 4: Producto 1

Documento de planificación de medio-largo plazo de abordaje de las adicciones en el medio penitenciario, con una estrategia de implementación por fases; con unas consideraciones específicas para las poblaciones de adolescentes y jóvenes, género y otros colectivos de mayor riesgo como la patología dual de salud mental y adicciones.



Fomento a la construcción de capacidades en relación a las políticas públicas
apoyadas por Contratos de Reforma Sectorial (CRS) en Bolivia

Fortalecimiento de la capacidad institucional en los sectores de desarrollo integral con coca, tráfico ilícito de drogas y seguridad alimentaria para una eficiente gestión del apoyo presupuestario sectorial en Bolivia

*Términos de Referencia N° PRE-001 Contar con modelo integral de
abordaje en adicciones para personas privadas de libertad,
considerando las condiciones de género
Misión de Corta Duración ATI*

Contrato n° DCI/LA/2017/392-699

N° de identificación: EuropeAid/138320/IH/SER/BO



Proyecto Financiado por la
Unión Europea



AECOM  TRANSTEC

Implementada por el consorcio:
AGRER — AECOM — TRANSTEC
La Paz, febrero 2018



**Fortalecimiento de la capacidad institucional
en los sectores de desarrollo integral con
coca, tráfico ilícito de drogas y seguridad
alimentaria para una eficiente gestión del
apoyo presupuestario sectorial**



**Términos de Referencia N° PRE-001 de Misión de Corta Duración
(Consultoría)**

Adendum 9 de marzo de 2019

Entidades Ejecutoras Solicitantes: DG de Régimen Penitenciario/ Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno/ Secretaría de Coordinación de CONALTID

Contar con modelo integral de abordaje en adicciones para personas privadas de libertad, considerando las condiciones de género



**Fortalecimiento de la capacidad institucional
en los sectores de desarrollo integral con
coca, tráfico ilícito de drogas y seguridad
alimentaria para una eficiente gestión del
apoyo presupuestario sectorial**



**PLAN DE ACCION
PARA LA PUESTA EN MARCHA DEL
SISTEMA INTEGRAL DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES PARA
PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD (SITAPPL) 2019-2023**

BOLIVIA, MAYO DE 2019

CONSULTOR: JUAN DEL POZO IRRIBARRIA

DITISA. UNION EUROPE



Contenido

1. RESEÑA HISTÓRICA DEL ABORDAJE DE LAS ADICCIONES EN BOLIVIA	7
2. LINEAMIENTO CON DOCUMENTOS, PLANES Y ESTRATEGIAS NACIONALES E INTERNACIONALES.....	11
2.1 Plan de Desarrollo Social y Económico 2016-2020 del Estado Plurinacional de Bolivia...	11
2.2 Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela). Naciones Unidas: Resolución aprobada por la Asamblea General el 17 de diciembre de 2015.	12
2.3 Agenda 2030 sobre Objetivos para el Desarrollo Sostenible, de Naciones Unidas.....	14
2.4 Convención Única sobre Estupefacientes ((1961). Enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Convención de las naciones unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, 1988	16
2.5 Convención Marco de la OMS para el control de Tabaco (Refrendada por la Ley 3029, y su reglamento de acuerdo al decreto supremo N° 29376 de 12 de diciembre de 2007).	17
2.6 UNODC (oficina para las naciones unidas contra la droga y el delito) - programa país para Bolivia 2016-2020.....	18
2.7 Asamblea General de Naciones Unidas Sesión Especial (UNGASS) 2016	21
2.8 Estrategia Hemisférica sobre drogas 2016-2020	24
2.9 Estrategia de luchas contra el narcotráfico y control de cultivos excedentarios de coca 2016-2020	28
2.10. Plan Nacional de reducción de la demanda de drogas en Bolivia 2013-2017 (NO VIGENTE)	30
3. TRATADOS Y ACUERDOS SOBRE MENORES Y JUSTICIA QUE SE ALINEA EL SITAPPL	35
3.1.- Observatorio Internacional de justicia juvenil (OIJ).	35
3.2. Reglas mínimas de Naciones Unidas para la administración de justicia de menores (REGLAS DE BEIJING).	36
3.3 Regles mínimas de Naciones Unidas sobre medidas no privativas de libertad (REGLAS DE TOKIO).....	38
3.4.- Directrices de Naciones Unidas para la prevención de delincuencia juvenil (DIRECTRICES DE RIAD).	38
4. CONSIDERACIONES NORMATIVAS DEL SISTEMA INTEGRADO DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES PARA PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD (SITAPPL)	39
4.1. Normativa Estatal	39
4.2. Normativa Penitenciaria de aplicación	49



5. CONTEXTO GENERAL DEL IMPACTO DEL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN BOLIVIA .. 51

6. MANDATO Y CONTEXTO INSTITUCIONAL SOBRE EL REGIMEN PENITENCIARIO. CONSUMO DE DROGAS EN PRISIONES DE BOLIVIA. CONSIDERACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES EN PRIVADOS DE LIBERTAD (SITAPLL) 59

7. PRINCIPIOS RECTORES DEL SISTEMA INTEGRAL DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES PARA PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD (SITAPPL) Y EJES DE ACCION. 69

8. CONCEPTO DEL SISTEMA INTEGRAL DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES PARA PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD (SITAPPL)..... 72

9. LINEAS ESTRATÉGICAS DEL SITAPPL 90

10. PROGRAMACIÓN POR OBJETIVOS Y ACCIONES DEL SISTEMA INTEGRAL DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES PARA PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD (SITAPPL) 91

11. CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL DESARROLLO DE LA PLANIFICACION PARA LA IMPLEMENTACION DEL SITAPPL..... 126



1. RESEÑA HISTÓRICA DEL ABORDAJE DE LAS ADICCIONES EN BOLIVIA

La respuesta institucional a las drogas en Bolivia está muy bien recogida en el documento de estudio sobre la problemática de las drogas en Bolivia del Colectivo de Estudios Drogas y Derecho CEDD¹. Al igual que en los otros países de la región, al consumo de drogas en cuanto a prevención, tratamiento y rehabilitación se implementaron inicialmente dentro del sistema penal antidrogas. La primera ley formal sobre drogas en Bolivia fue la Ley de Estupefacientes, promulgada el 10 de enero de 1962, que fue después sustituida por normas emitidas mediante decretos leyes durante la etapa de las dictaduras militares. Es así que el 20 de diciembre de 1973, durante el gobierno de facto de Hugo Banzer Suárez, mediante Decreto Ley N° 11245 se promulgó la Ley Nacional de Control de Sustancias Peligrosas, cuyo artículo 109 disponía el funcionamiento de la Dirección Nacional de Control de Sustancias Peligrosas (DNCSP), dependiente del Ministerio del Interior, Migración y Justicia, para dar respuesta al incremento de la producción y el tráfico de drogas. Hay que señalar que la DNCSP también se encargaba de la prevención, tratamiento y rehabilitación, aunque en un segundo plano; hay que decir que en ese tiempo los temas de consumo de drogas no tenían gran repercusión ni relevancia en el país. En el marco de la DNCSP, en 1975 se creó el Instituto Nacional de Investigación en Farmacodependencia (INIF), cuyas funciones estaban referidas al tratamiento y la rehabilitación en casos de adicción a tóxicos. El INIF funcionaba a través de dos áreas: el Departamento Médico-Social y el Departamento Educativo-Preventivo. La primera División Médico-Preventiva fue creada en Tarija en 1978, debido a gestiones realizadas por médicos psiquiatras de ese Departamento, y participó durante varios años en la prevención del consumo de drogas, dirigiéndose a grupos-meta compuestos por estudiantes, maestros y padres de familia. Esta División Médico-Preventiva también elaboró el primer Manual de Prevención en la Comunidad, que fuera publicado por la DNCSP, y organizó un Coloquio Médico-Jurídico para la elaboración de propuestas de una nueva ley de Sustancias Controladas, antes de la Ley 1008. Asimismo, durante los años 1979 y 1980 se realizó la primera investigación sobre el consumo de drogas de uso ilícito a nivel nacional, en el marco de la DNCSP a través del Departamento Educativo-Preventivo, con el financiamiento del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Específicamente en cuanto a prevención del consumo, entre los años 1979 y 1980, las acciones preventivas se concentraron en la iniciativa estatal, a la cabeza del Departamento de Prevención perteneciente a la Dirección de Control de Sustancias Peligrosas de la Policía Nacional, dependiente del Ministerio de Gobierno (Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas, 2013). Posteriormente, se hizo cargo de estas acciones la Dirección Nacional de Prevención Integral de Drogodependencias y Salud Mental (PREID), y entre los años 1982 y 1984, se iniciaron acciones de prevención con fondos de la Embajada de los Estados Unidos de América, con fines de movilización social y campañas de difusión. (Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas, 2013).

¹ Gloria Achá: Colectivo de Estudios Drogas y Derecho. CEDD: CONSUMO Y CONSUMIDORES DE DROGAS EN BOLIVIA. Acción Andina. Enero de 2014



El año 1986, se conformó la Dirección Nacional de Prevención Integral del Uso Indebido de Drogas, Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social (DINAPRE), y en cada Departamento del país se crearon los Consejos de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de Drogodependencia (COPRE). El año 1995, el COPRE implementado en el Departamento de Tarija se convirtió en el Instituto Nacional de Drogodependencias y Salud Mental (INTRAID), que ahora es uno de los pocos centros especializados en tratamiento y rehabilitación del país.

Esa estructura institucional permaneció hasta el año 1986, cuando organismos internacionales plantearon al gobierno la necesidad de crear una entidad estatal dirigida a la prevención, tratamiento y rehabilitación, que funcione en forma separada de las unidades de interdicción al narcotráfico, que formaban parte de la DNCSP. De esa manera, se conformó la Dirección Nacional de Prevención Integral del Uso Indebido de Drogas, Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social (DINAPRE) que realizó varios estudios sobre el uso indebido de drogas con el apoyo de USAID/Bolivia. Asimismo, en cada Departamento del país se crearon los Consejos de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de Drogodependencia (COPRE). En el marco de los COPRE se organizó la Primera Movilización Nacional para la Prevención del Consumo de Drogas. Y el año 1995, el primer COPRE que fuera implementado en el Departamento de Tarija se convirtió en el Instituto Nacional de Drogodependencias y Salud Mental (INTRAID), que ahora depende de la Gobernación de ese Departamento, y se constituye en uno de los pocos centros especializados en tratamiento y rehabilitación del país. Asimismo, a partir de la vigencia de la Ley 1008, comenzó a funcionar el Consejo Nacional de Lucha contra el Tráfico Ilícito y el Consumo de Drogas (CONALTID), que actualmente está a cargo de las políticas públicas en todas las áreas referidas a la interdicción y erradicación, así como también a la prevención, tratamiento y rehabilitación.

Los principales avances del Estado boliviano con relación a la temática del consumo de drogas se encuentran principalmente en el área de la prevención, a través de movilizaciones nacionales y departamentales, campañas y programas de capacitación y difusión dirigidos a diferentes sectores de la población, a cargo de entes dependientes del Poder Ejecutivo (entre ellos la Fuerza Especial de Lucha contra el Narcotráfico) y de los municipios. Además de ello, hasta el año 2013 (que se emite el Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas) no ha existido mayor información sobre políticas de promoción de servicios dirigidos a personas con consumo problemático de drogas o al tratamiento médico de aquellas personas con problemas de adicciones.

La Estrategia de Lucha Contra el Narcotráfico y Revalorización de la Hoja de Coca 2007- 2010, en el objetivo de “fortalecer las políticas públicas en prevención del consumo de drogas y el tratamiento de farmacodependientes”, planteaba un enfoque holístico y un modelo integral de prevención, a cargo de la Jefatura de Prevención Holística, dependiente del Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas. La Estrategia de Política Contra el Narcotráfico y Reducción de Cultivos Excedentarios de Coca 2011 – 2015, reportó los siguientes avances bajo ese modelo: 1) la descentralización de políticas de prevención, en cuyo marco de 2006 a 2009 se impulsó la elaboración de planes municipales de prevención en 15 municipios del país, 2) el Proyecto Piloto de Fortalecimiento Municipal en Prevención de Drogodependencias que fomentó la organización y movilización social en diez municipios del país, y 3) programas preventivos específicos sobre consumo de alcohol y tabaco. A nivel de la institucionalidad, la



instancia central para la promoción de estas actividades fue el Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas, dependiente del Ministerio de Gobierno, que tiene el mandato de luchar contra el tráfico de drogas, regular la producción de coca, impulsar las actividades de erradicación de coca y de prevención del uso de drogas, así como de tratamiento y rehabilitación. En esa combinación de atribuciones, el Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas se desempeña como un brazo operativo del CONALTID, para implementar sus mandatos.

Del Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas también depende la Fuerza Especial de Lucha contra el Narcotráfico (FELCN), organismo policial encargado de la interdicción al narcotráfico, que tiene además entre sus funciones la realización de actividades nacionales de prevención del consumo de drogas. Cada año, la FELCN imparte talleres y organiza movilizaciones contra el consumo y tráfico de drogas; la última movilización realizada en septiembre de 2013 convocó en la ciudad de La Paz a cerca de 9.000 estudiantes. La FELCN realiza estas actividades en coordinación con el Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas, el CONALTID y el Proyecto de Fortalecimiento de la Lucha Contra el Narcotráfico y Delitos Conexos en Bolivia, dependiente de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).

En el Informe de Evaluación del Progreso de Bolivia en el Control de Drogas en el periodo de 2007 a 2009, elaborado en el marco de la Organización de Estados Americanos (OEA) se señala que, si bien el Ministerio de Salud es la entidad responsable de diseñar y ejecutar políticas públicas sobre el tratamiento de los problemas derivados del abuso de drogas, dicho Ministerio en el periodo de evaluación no contó con un presupuesto destinado al financiamiento de programas de tratamiento. El mismo Informe de Evaluación indica que Bolivia cuenta con un Manual de Normas Mínimas de Atención para Centros de Tratamiento y Rehabilitación y que se registran de manera oficial los establecimientos especializados que proporcionan servicios de tratamiento a través del Registro Nacional de Centros de Tratamiento y Rehabilitación, y cuenta con un sistema de supervisión de dichos centros, aunque la información no ha sido actualizada desde 2005. El Informe de la OEA también señala que Bolivia no cuenta con datos sobre el número de establecimientos de atención primaria de los trastornos de la salud que realizaron actividades específicas de atención para problemas asociados al abuso de drogas, ni con datos sobre el número de casos que fueron atendidos en establecimientos especializados en el tratamiento de problemas asociados al abuso de drogas, ni sobre aquellos casos que fueron referidos a dichos establecimientos desde establecimientos de la red general de salud. Respecto a las actividades de seguimiento a los pacientes una vez completado el tratamiento señala que, por lo general, existe un reporte de evolución o seguimiento de caso cuando culmina el tratamiento, generalmente está a cargo de un trabajador social de los centros afiliados a la Asociación Boliviana de Comunidades Terapéuticas (ABCT).

Ha transcurrido un tiempo considerable desde el inicio de funcionamiento de los centros de tratamiento y rehabilitación en Bolivia. Muchos de ellos tienen una trayectoria y experiencia de más de 20 años. Durante este tiempo, la relación entre el Estado y estos centros de tratamiento y rehabilitación se han reducido a esfuerzos limitados que han estado orientados principalmente al establecimiento de normas y parámetros de acreditación, levantamiento de registros a nivel nacional y el apoyo eventual a la capacitación y formación profesional de los recursos humanos. Entre 1997 y el 2005, se han realizado cuatro acreditaciones y dos evaluaciones.



En 1998 el Viceministerio de Prevención y Rehabilitación y la Dirección General de Rehabilitación, por primera vez, realizaron un relevamiento del tipo de instituciones que trabajan en programas de tratamiento y reintegración social.

El resultado de relevamiento presenta un predominio indiscutible de centros con orientación evangélica en su composición (62%), seguidos de lejos por centros medico profesionales (14%), los de carácter multidisciplinarios (10%) y finalmente los centros católicos y no profesionales (7%). De acuerdo con este informe, la mayoría de los centros no contaban con profesionales de plantilla,

Recurriendo a interlocutores ocasionales, mediante convenios interinstitucionales. Así mismo, las condiciones de infraestructura y la distribución de los centros existentes no respondían a las necesidades crecientes de la población. Según el informe, estos centros, con frecuencia, utilizan metodologías poco apropiadas y no siempre acordes a la problemática del usuario, lo que derivaba en un bajo porcentaje de éxito al año del egreso (14%).

En el año 2005, como resultado de la evaluación realizada para la Cuarta acreditación, el CONALTID en su informe, revela 83 centros de tratamiento en todo el país, de los cuales la mayor parte eran comunidades terapéuticas.

El informe advierte también, el bajo índice ocupacional de estos centros, que, de un total de 2.367 camas disponibles, solo 1332 camas (56%) estaban siendo utilizadas. Un reciente registro de centros de tratamiento realizado por SEAMOS (2011) muestran diferencias importantes en algunas ciudades entre el 2005 y el 2011. En tanto que en el 2005 Santa Cruz había reportado 30 centros, en el año 2011 este número se había reducido a solo 20. En cambio, en El Alto, Cochabamba, Tarija y Trinidad, se habían incrementado el número de centros y en Oruro, Potosí y Sucre disminuyeron.

Esta tendencia, tan variable en el funcionamiento de estos centros, advierte una evidente fragilidad en su organización y características de funcionamiento. La falta de recursos ha obligado en regiones, como Trinidad, al cierre de dos centros de rehabilitación. En Santa Cruz, según el último informe de SEAMOS, se han cerrado 10 centros y en Cochabamba una de las pocas iniciativas de atención en desintoxicación está optando por abandonar esta iniciativa, mientras que otras se debaten ante el dilema y la posibilidad cierta de su cierre.

En Santa Cruz, hace algunos años, el proyecto Hombres Nuevos tuvo que cerrarse a falta de soporte económico, en este caso se trata de un programa que había logrado resultados en el tratamiento de jóvenes de 18 años y mayores de edad.

La ausencia de información transparente e idónea se traduce, en la actualidad, en la difusión de cifras contradictorias respecto a los resultados de los procesos de rehabilitación en estos centros. Si bien es cierto que existe el reconocimiento de que los porcentajes son muy bajos, los rangos de referencia manejados por los centros oscilan desde el 3% hasta el 80% de éxito, estableciéndose entre el 25 y 30% como un dato promedio de referencia a nivel nacional. Estos datos reflejan la complejidad del problema y la evidencia de diferencias marcadas en los procesos de intervención y, por lo tanto, en los resultados alcanzados.

Sin embargo, son innegables las dificultades, dada la naturaleza y características de esta problemática y, más allá de las cifras, deben considerarse también otros elementos. Algunos actores que son parte de estos ámbitos han advertido que “los centros no son fábricas donde ingresa materia prima y sale todo”, se trata más bien de alternativas donde se intenta



reconstruir espacios de vida, referentes sociales de familia, comunidad y que generen una nueva oportunidad para reconocerse en la sociedad.

El sacerdote responsable de la Comunidad Terapéutica La Colmena señalaba que estos esfuerzos institucionales están llenos de fracasos, y de lo que se trata es vivir bien el presente: “el tiempo bueno se queda en nuestras vidas”. Estos centros deben ser espacios de aprendizaje, de una nueva oportunidad, frente a todas aquellas agresiones de una vida previa marcada por la violencia y la indiferencia.

2. LINEAMIENTO CON DOCUMENTOS, PLANES Y ESTRATEGIAS NACIONALES E INTERNACIONALES.

El sistema de tratamiento integral de adicciones para personas en privación de libertad (SITAPPL) no es una herramienta de planificación aislada, sino que está en íntima relación y se inspira en otros documentos hemisféricos.

Yendo de lo más amplio a lo menos, este plan se alinea con los siguientes documentos:

2.1 Plan de Desarrollo Social y Económico 2016-2020 del Estado Plurinacional de Bolivia

En el apartado de 11.3. Seguridad Ciudadana para una vida sin violencia, para 2020 los resultados esperados para los que se alinea el SITAPPL son:

Meta 3: Seguridad Ciudadana para una Vida sin Violencia.

Resultados

1. Se ha transformado institucionalmente la Policía boliviana para contar con una Institución Policial científica, técnica y especializada con **servicios desconcentrados para la prevención del delito** y la inseguridad pública en favor de la comunidad.

5. Se ha logrado **formar nuevos servidores públicos policiales** post graduados a nivel de especialidad, diplomados y maestrías, en el modelo de Policía Comunitaria en todo el territorio nacional y con valores ético moral.

6. Se ha **reducido en 5% las tasas de criminalidad y violencia y se ha elevado la percepción de seguridad en un 10%**, con la articulación del Sistema Nacional de Seguridad Ciudadana, con **acciones preventivas** a nivel nacional, especialmente para la población de regiones con mayor incidencia criminal y vulnerabilidad.

8. Se cuenta con un **sistema penitenciario con enfoque humanístico** y se ha mejorado la situación de las personas privadas de libertad en términos de hacinamiento y habitabilidad en los centros penitenciarios, incluyendo infraestructura, equipamiento y tecnología.

Acciones



- ✓ Implementar estrategias de prevención situacional y análisis delictual en la Policía Boliviana.
- ✓ Prevenir y reducir drásticamente el consumo de drogas y alcohol en el ámbito educativo, familiar y comunitario.
- ✓ Contar con centros con un nuevo enfoque penitenciario, respetando los Derechos Humanos de los privados de libertad en coordinación con instituciones del Órgano Ejecutivo, las Entidades Territoriales Autónomas y los Organismos No Gubernamentales.
- ✓ Elaborar e implementar un programa de rehabilitación y reinserción social para privados de libertad.

2.2 Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela). Naciones Unidas: Resolución aprobada por la Asamblea General el 17 de diciembre de 2015.

El objeto de las siguientes reglas no es describir en forma detallada un sistema penitenciario modelo, sino únicamente enunciar los principios y prácticas que hoy en día se reconocen como idóneos en lo que respecta al tratamiento de los reclusos y la administración penitenciaria.

En lo referido a las PPL con adicciones se pueden tener en cuenta, algunas de las reglas expresadas en el texto que sería bueno tener en cuenta para este problema dentro de las prisiones:

Regla 2

2. Con el propósito de aplicar el principio de no discriminación, las administraciones penitenciarias tendrán en cuenta las necesidades individuales de los reclusos, en particular de las categorías más vulnerables en el contexto penitenciario. Se deberán adoptar medidas de protección y promoción de los derechos de los reclusos con necesidades especiales, y dichas medidas no se considerarán discriminatorias.

Regla 4

1. Los objetivos de las penas y medidas privativas de libertad son principalmente proteger a la sociedad contra el delito y reducir la reincidencia. Esos objetivos solo pueden alcanzarse si se aprovecha el período de privación de libertad para lograr, en lo posible, la reinserción de los exreclusos en la sociedad tras su puesta en libertad, de modo que puedan vivir conforme a la ley y mantenerse con el producto de su trabajo.

2. Para lograr ese propósito, las administraciones penitenciarias y otras autoridades competentes deberán ofrecer educación, formación profesional y trabajo, así como otras formas de asistencias apropiadas y disponibles, incluidas las de carácter recuperativo, moral,



espiritual y social y las basadas en la salud y el deporte. Todos esos programas, actividades y servicios se ofrecerán en atención a las necesidades de tratamiento individuales de los reclusos.

Servicios médicos

Regla 24

1. La prestación de servicios médicos a los reclusos es una responsabilidad del Estado. Los reclusos gozarán de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior y tendrán acceso gratuito a los servicios de salud necesarios sin discriminación por razón de su situación jurídica.

2. Los servicios médicos se organizarán en estrecha vinculación con la administración del servicio de salud pública general y de un modo tal que se logre la continuidad exterior del tratamiento y la atención, incluso en lo que respecta al VIH, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, y la drogodependencia.

Regla 25

1. Todo establecimiento penitenciario contará con un servicio de atención sanitaria encargado de evaluar, promover, proteger y mejorar la salud física y mental de los reclusos, en particular de los que tengan necesidades sanitarias especiales o problemas de salud que dificulten su reeducación.

2. El servicio de atención sanitaria constará de un equipo interdisciplinario con suficiente personal calificado que actúe con plena independencia clínica y posea suficientes conocimientos especializados en psicología y psiquiatría. Todo recluso tendrá acceso a los servicios de un dentista calificado.

Regla 87

Es conveniente que, antes de que el recluso termine de cumplir su pena, se adopten las medidas necesarias para asegurarle un retorno progresivo a la vida en sociedad. Este propósito puede alcanzarse, según los casos, con un régimen preparatorio para la puesta en libertad, organizado dentro del mismo establecimiento penitenciario o en otra institución apropiada, o mediante la libertad condicional bajo una vigilancia que no deberá confiarse a la policía y que comprenderá una asistencia social eficaz.

Regla 88

1. En el tratamiento de los reclusos no se hará hincapié en el hecho de su exclusión de la sociedad, sino, por el contrario, en el hecho de que continúan formando parte de ella. Con ese fin se buscará, en lo posible, la cooperación de organismos de la comunidad que ayuden al personal del establecimiento penitenciario en la tarea de reinsertar a los reclusos en la sociedad.

Regla 90



El deber de la sociedad no termina con la puesta en libertad del recluso. Por consiguiente, se habrá de disponer de los servicios de organismos gubernamentales o privados capaces de prestar al exrecluso una ayuda postpenitenciaria eficaz que contribuya a disminuir los prejuicios contra él y le permita reinserirse en la sociedad.

Clasificación e individualización

Regla 93

1. Los fines de la clasificación serán:

- a) Separar a los reclusos que, por su pasado delictivo o su mala disposición, pudieran ejercer una influencia nociva sobre sus compañeros de prisión;
- b) Dividir a los reclusos en categorías, a fin de facilitar el tratamiento encaminado a su reeducación.

2. En la medida de lo posible, se dispondrá de establecimientos penitenciarios separados, o de pabellones separados dentro de un mismo establecimiento, para las distintas categorías de reclusos.

Regla 94

Cuando la duración de la pena lo aconseje, tan pronto como sea posible tras el ingreso del recluso en prisión y después de un estudio de su personalidad se establecerá un programa de tratamiento individual que se basará en la información obtenida sobre sus necesidades, capacidad e inclinaciones particulares.

Relaciones sociales y ayuda post penitenciaria

Regla 106

Se velará particularmente por el mantenimiento y mejoramiento de las relaciones entre el recluso y su familia que redunden en beneficio de ambas partes.

Regla 107

Se tendrá debidamente en cuenta, desde el comienzo de la ejecución de la pena, el porvenir del recluso después de su liberación, y se alentará y ayudará al recluso a que mantenga o establezca relaciones con personas u organismos externos que puedan favorecer su reinserción social y el interés superior de su familia.

2.3 Agenda 2030 sobre Objetivos para el Desarrollo Sostenible, de Naciones Unidas.

En lo que afecta al ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, en la meta 3, Meta 5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.



ODS 3, Meta 8: Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

ODS 3, Meta 3.c: Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.

ODS 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas, en lo que afecta a que las mujeres afectadas por la drogodependencia y el VIH son más vulnerables y sufren mayor estigmatización que los hombres. Son más propensas que estos a sufrir trastornos de salud mental concomitantes, y es más frecuente que hayan sido víctimas de violencia y abusos. Además, a menudo, también soportan una pesada carga de violencia y privaciones relacionadas con la drogodependencia de sus familiares, lo que dificulta el logro de la meta de desarrollo sostenible de eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas. Las mujeres delincuentes y las reclusas, especialmente las que padecen trastornos relacionados con el consumo de drogas, se enfrentan a situaciones especialmente difíciles porque, en muchos casos, los sistemas de justicia penal aún no están en condiciones de atender las necesidades especiales de la mujer. (UNODC, 2016).

ODS 10: Reducir la desigualdad en y entre los países, en lo que afecta a la equidad en la atención las adicciones respecto a otras patologías, tal y como está recogido en el documento de UNODC 2016 (Oficina de Naciones Unidas contra la droga y el delito), que señala...” la actitud estigmatizadora hacia los consumidores de drogas, en que podría incurrir incluso el personal de los servicios de atención de la salud, puede obstaculizar la administración de tratamiento eficaz a quienes más lo necesitan.”

ODS 16, Meta 4: De aquí a 2030, reducir significativamente las corrientes financieras y de armas ilícitas, fortalecer la recuperación y devolución de los activos robados y luchar contra todas las formas de delincuencia organizada.

ODS 16, Meta 16.a: Fortalecer las instituciones nacionales pertinentes, incluso mediante la cooperación internacional, para crear a todos los niveles, particularmente en los países en desarrollo, la capacidad de prevenir la violencia y combatir el terrorismo y la delincuencia.

ODS 17, Meta 9: Aumentar el apoyo internacional para realizar actividades de creación de capacidad eficaces y específicas en los países en desarrollo a fin de respaldar los planes nacionales de implementación de todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluso mediante la cooperación Norte-Sur, Sur-Sur y triangular.

ODS 16, Meta 3: Promover el estado de derecho en los planos nacional e internacional y garantizar la igualdad de acceso a la justicia para todos.



ODS 16, Meta 5: Reducir considerablemente la corrupción y el soborno en todas sus formas.

ODS 16, Meta 6: Crear a todos los niveles instituciones eficaces y transparentes que rindan cuentas.

ODS 16, Meta 7: Garantizar la adopción de decisiones inclusivas, participativas y representativas que respondan a las necesidades a todos los niveles.

ODS 16, Meta 10: Garantizar el acceso público a la información y proteger las libertades fundamentales, de conformidad con las leyes nacionales y los acuerdos internacionales.

2.4 Convención Única sobre Estupefacientes ((1961). Enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Convención de las naciones unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, 1988

El actual sistema global de fiscalización de drogas se basa en tres convenciones internacionales: La **Convención Única sobre Estupefacientes** de 1961 (enmendada por el Protocolo de 1972), unificó y reemplazó toda la legislación sobre fiscalización de drogas precedente y constituye el fundamento del actual sistema. Estableció un sistema universal para limitar el cultivo, producción, distribución, comercio, posesión y uso de sustancias estupefacientes para propósitos médicos y científicos, con un enfoque específico en las sustancias derivadas de plantas: opio, heroína, coca, cocaína y cannabis.

El **Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas** de 1971 amplió el control internacional para incluir más de 100 sustancias sintéticas. El control impuesto sobre estas sustancias es menos estricto que el impuesto por la Convención de 1961.

La **Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas** de 1988 fue adoptada para responder al enorme aumento en la demanda y oferta de sustancias controladas para usos no médicos, y el rápido crecimiento de un lucrativo mercado negro ilegal. La convención ofrece medidas especiales de aplicación de la ley y refuerza la obligación de los países de imponer sanciones penales a nivel doméstico para frenar la producción y el tráfico de drogas, pero también permite cierta flexibilidad a los estados miembros para lidiar con el uso de drogas.

Estos tratados cuentan con una amplia adhesión; siendo 184 los estados que son parte de la primera convención, 183 de la segunda y 189 de la tercera (en julio de 2014).

En este momento, están aumentando las peticiones de reforma de estas convenciones, las cuales fueron escritas hace varios años y ya no reflejan las realidades del problema de las drogas; por ejemplo, las convenciones son anteriores a la propagación del VIH entre las personas que se inyectan drogas y a la emergencia reciente de nuevas sustancias psicoactivas, mientras algunas jurisdicciones están incluso moviéndose hacia la regulación legal del cannabis. Sin embargo, varios estados miembros prevalecen claramente reticentes a considerar la reforma de estos documentos, declarando que se mantienen adecuados a los objetivos del S.XXI.

El 29 de junio de 2011, el gobierno boliviano anunció su retirada formal de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972, indicando su intención de volver a adherirse a ella con una reserva que permita el uso tradicional de la hoja de coca. La decisión se vio desencadenada por la necesidad de Bolivia de conciliar las obligaciones que tiene



en virtud del sistema internacional de control de drogas con sus compromisos constitucionales y otros deberes jurídicos internacionales.

La nueva Constitución boliviana reconoce los derechos de los pueblos indígenas a utilizar la hoja de coca para usos tradicionales, en su estado natural y como parte de su patrimonio cultural. La prohibición que dispone la Convención Única plantea a Bolivia un conflicto jurídico que se debe resolver. Por ese motivo, en 2009, el gobierno boliviano inició un proceso para acabar con la prohibición proponiendo una modificación formal al artículo 49, con lo que se eliminarían las referencias a la abolición de la masticación de la hoja de coca.

En 2013, Bolivia se readmitió en la Convención, aprobándose una reserva sobre la hoja de coca y sus usos tradicionales, siguiendo el procedimiento establecido en el artículo 50.

En lo referido a SITAPPL, debemos señalar especialmente, la importancia de uso de masticado de hoja de coca, dentro de las medidas de mitigación del daño por el consumo de pasta base de coca especialmente, que se quieren promover mediante estudios controlados en internos en prisión.

Por otro lado, debemos incidir aquí en que se debe hacer cumplir las convenciones y la ley acerca de la presencia de drogas dentro de las prisiones. Un interno que posea y haga microtráfico de droga dentro de la prisión, comente el mismo delito que si estuviera en libertad. De hecho, hay protocolos de actuación de la FELCN en centros de educación en caso de tenencia de droga y microtráfico que se aplican, en embargo no así en Centros penitenciarios.

2.5 Convención Marco de la OMS para el control de Tabaco (Refrendada por la Ley 3029, y su reglamento de acuerdo al decreto supremo N° 29376 de 12 de diciembre de 2007).

Es el primer tratado negociado bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud y está basado en el derecho de todas las personas al máximo nivel de salud posible. Representa un hito para la promoción de la salud pública y proporciona nuevas perspectivas jurídicas de cooperación internacional en materia de salud.

Supone un cambio de paradigma en el desarrollo de una estrategia que reglamente el abordaje de las sustancias adictivas; a diferencia de tratados previos sobre control de drogas, el CMCT OMS establece la importancia de la reducción de la demanda, además de cuestiones relacionadas con el suministro.

Se elaboró en respuesta a la globalización de la epidemia de tabaco. La propagación de esta epidemia se ve facilitada por una diversidad de factores complejos con efectos transfronterizos, incluidas la liberalización del comercio y la inversión extranjera directa. Otros factores como la publicidad, la promoción y el patrocinio transnacionales del tabaco y el movimiento internacional del contrabando y falsificación de cigarrillos han contribuido también al incremento en el consumo de tabaco.

Los Estados miembros que han firmado el Convenio, se comprometen a esforzarse de buena fe para ratificarlo, aceptarlo o aprobarlo y adoptan el compromiso político de no socavar los objetivos en él establecidos.

El convenio entró en vigor el 27 de febrero de 2005.

El convenio fue ratificado por Bolivia mediante el DECRETO SUPREMO N° 29376, que tiene por objeto reglamentar la Ley N° 3029 del 22 de abril de 2005 "CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO", para controlar y reducir el consumo de todos los productos de tabaco



y la exposición al humo de tabaco, en cualquiera de sus formas, a fin de prevenir de conformidad con los principios de la salud pública, la incidencia de las enfermedades, la discapacidad prematura y la mortalidad, atribuidas al consumo del tabaco y a la exposición al humo del tabaco.

2.6 UNODC (oficina para las naciones unidas contra la droga y el delito) - programa país para Bolivia 2016-2020.

En los últimos años, los factores de riesgo macrosocial, micro social e individual que derivan en el consumo de drogas ilícitas han aumentado. Entre estos factores se encuentran el fácil acceso a las drogas, la percepción de la población juvenil de que el consumo de drogas representa una actividad de bajo riesgo y la reducción progresiva de la edad promedio en la que los adolescentes prueban drogas por primera vez. Esto ha generado una situación de vulnerabilidad en poblaciones juveniles que se contempla en el SITAPPL. La vulnerabilidad se vincula con el problema de adicciones y la delincuencia. La entrada al sistema penal es sin aplicación de medidas de rehabilitación y alternativas de carácter educativo, lo que incide en el hacinamiento en prisiones.

La reforma del sistema de justicia constituye un punto importante y prioritario en la agenda del Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia. Poco después de su reelección en diciembre de 2014, el Presidente Evo Morales inició un proceso participativo en todo el país con el fin de transformar el sistema de justicia y de atacar de raíz el problema. La Cumbre de Justicia, celebrada entre el 10 y el 11 de junio de 2016, representó un hito en este proceso, sentando las bases para una reforma integral de la justicia y aportando soluciones estructurales basadas en reuniones preparatorias y en una diversidad de contribuciones recibidas por el Ministerio de Justicia entre 2015 y 2016.

En lo referido al sistema judicial UNODC analiza la situación de partida actual de ese periodo de modo que se señala que la legislación penal boliviana padece de lagunas estructurales y sustanciales, así como de una falta de coherencia. Contiene disposiciones excesivamente represivas y contradictorias, adoptadas como respuesta a prioridades de corto plazo en la lucha contra el crimen. Estas respuestas a fenómenos criminales complejos se han amplificado en los últimos años, con un trasfondo de creciente inseguridad. No se está prestando la suficiente atención a enfoques preventivos, estrategias de rehabilitación y políticas dirigidas a las víctimas del delito. Ante esta situación, el Gobierno está trabajando en un proyecto de Código Penal Integral, el cual se espera responda a las preocupaciones mencionadas.

Más allá del aspecto normativo, el sistema penal boliviano se enfrenta a modelos culturales profundamente arraigados. Los profesionales del derecho y la sociedad en general hacen un **uso excesivo del derecho penal para resolver conflictos de casi toda índole**. Por lo tanto, la adopción de políticas criminales tendría que ir de la mano con el empoderamiento de las jurisdicciones no penales y con la promoción de mecanismos de resolución alternativa de litigios, como el arbitraje y la conciliación orientados a reducir la congestión de casos y a **fortalecer la contribución del sistema de justicia penal a la prevención del delito** (recomendaciones adoptadas por el SITAPLL).



La población nacional de privados de libertad se ha duplicado durante la última década, con una proporción de detenidos preventivos que alcanza el 68% de la población penitenciaria en abril de 2016.

A pesar de medidas de corto plazo que permitieron algún progreso en esta área, la proporción de detenidos en espera de juicio sigue siendo una de las más altas en el hemisferio occidental. El personal penitenciario es demasiado escaso y poco capacitado para poder responder a los retos que supone tal nivel de hacinamiento. Como resultado de estas múltiples deficiencias, el **sistema penitenciario boliviano no logra el objetivo de reintegrar en la sociedad a las personas privadas de libertad**. Entre los múltiples desafíos que tiene el sistema penitenciario boliviano, se encuentran el hacinamiento, **el uso excesivo de la detención preventiva, las altas tasas de detención de mujeres, así como la falta de aplicación de medidas alternativas al encarcelamiento**. *(El SITAPLL toma en consideración el fomento de las alternativas a la prisión, la prevención de delito como eje fundamental para mejorar la calidad general del tratamiento de las adicciones en PPL; impulso decidido por el reforzamiento de la reinserción de lo PPL a su salida en libertad; el trabajo especial necesario con la situación de la mujer en prisión en clara situación de vulnerabilidad respecto al varón)*

Resaltar el apoyo de UNODC al Estado de Bolivia en la justicia penal en estos resultados que se vincula estrechamente con el SITAPPL:

Pilar 5 – Reforma de la Justicia Penal

Resultado 5.1

El Estado Plurinacional de Bolivia ha fortalecido su sistema de justicia penal para administrar la justicia de manera efectiva, equitativa y justa.

Producto 1

Acceso a una justicia penal pronta, oportuna, gratuita, imparcial y equitativa ampliado para las víctimas de violencias y de las violaciones más graves de los derechos humanos, con **enfoque en los grupos más vulnerables**.

Producto 2

Legislación penal y política criminal fortalecida, con **enfoque integral, preventivo y restaurativo, en base a los derechos humanos**, a las convenciones de las Naciones Unidas y a los estándares internacionales.

Producto 3

Capacidad fortalecida de las instituciones del Estado para prevenir y luchar contra la corrupción en el sistema de justicia.

Producto 4

Capacidad fortalecida de las instituciones del Estado para implementar el **Sistema Penal para Adolescentes y prevenir la participación de los jóvenes en el delito**.



El Plan de Desarrollo Social y Económico 2016-2020 del Estado Plurinacional de Bolivia establece como prioridades el consolidar “centros con un nuevo enfoque penitenciario, respetando los Derechos

Humanos de los privados de libertad en coordinación con instituciones del Órgano Ejecutivo, las Entidades Territoriales Autónomas y los Organismos No Gubernamentales” y el **“elaborar e implementar un programa de rehabilitación y reinserción social para privados de libertad”**. Cabe señalar que las conclusiones de la Cumbre de Justicia brindan orientaciones específicas para cumplir con este mandato, a través de seis lineamientos relativos a la ejecución de las penas:

- “Humanización de los centros penitenciarios con el aporte del nivel central y de las entidades territoriales autónomas, en infraestructura, equipamiento, servicios básicos, y personal penitenciario especializado. ☐ Reestructuración y reforma integral del sistema penitenciario y de seguridad penitenciaria.
- Trato diferenciado de las personas privadas de libertad previa clasificación.
- **Aplicación efectiva de medidas de rehabilitación y reinserción social por medio de programas laborales y educativos y asistencia post penitenciaria con participación social.**
- **Implementación de otras medidas alternativas a la privación de libertad, diferenciadas de acuerdo con su naturaleza y gravedad.**
- Convertir los centros penitenciarios en centros productivos en diversas áreas.”

En relación específicamente al apoyo en medio penitenciario señalan los siguientes resultados y productos con los que el SITAPPL se alinea y ha recogido en sus propuestas:

Resultado 5.2.

La reforma penitenciaria en el Estado Plurinacional de Bolivia se implementa en línea con los **estándares internacionales y las buenas prácticas.**

Producto 1

Sistema penitenciario en proceso de reestructuración para mejorar las condiciones de reclusión y reducir el hacinamiento carcelario, en base a los **derechos humanos y a los estándares internacionales.**

Producto 2

Formación fortalecida del personal del sistema penitenciario, mediante programas de **capacitación** institucionalizados.

Producto 3

Prácticas restaurativas y medidas alternativas a la privación de libertad promovida y efectivamente implementada, con especial atención a grupos vulnerables.



Producto 4

Programas de reinserción social de personas privadas de libertad fortalecidos y en proceso de institucionalización.

Producto 5

Percepción mejorada de la población boliviana sobre las personas privadas de libertad, mediante programas de abogacía y sensibilización

2.7 Asamblea General de Naciones Unidas Sesión Especial (UNGASS) 2016

El SITAPPL se alinea con las recomendaciones de UNGASS 2016, en lo referido a la prevención y el tratamiento de las adicciones, en lo que se aplica al régimen penitenciario. En concreto:

Recomendaciones operacionales sobre la reducción de la demanda y medidas conexas, incluida la prevención y el tratamiento, así como otras cuestiones relacionadas con la salud

1. Reiteramos nuestro compromiso de promover la salud y el bienestar de todas las personas, familias y comunidades y la sociedad en general, y de facilitar modos de vida saludables mediante iniciativas de reducción de la demanda eficaces, amplias y basadas en datos científicos, a todos los niveles, que, de acuerdo con la legislación nacional y los tres tratados de fiscalización internacional de drogas, abarquen medidas de prevención, intervención temprana, tratamiento, atención, recuperación, rehabilitación y reinserción social, así como iniciativas y medidas destinadas a reducir al mínimo las consecuencias adversas del uso indebido de drogas en los ámbitos social y de la salud pública, y recomendamos las siguientes medidas:

Prevención del uso indebido de drogas:

- a) Adoptar medidas de **prevención primaria eficaces y prácticas para proteger a las personas, en particular a los niños y jóvenes**, de la iniciación en el consumo de drogas, proporcionándoles información precisa sobre los riesgos del uso indebido de drogas, promoviendo competencias y oportunidades que permitan elegir modos de vida saludables y promover un desempeño positivo de las funciones parentales y entornos sociales saludables, y garantizando el acceso a la educación y la formación profesional en condiciones de igualdad;
- b) Adoptar también medidas **eficaces y prácticas para prevenir la evolución a trastornos graves relacionados con las drogas mediante intervenciones tempranas debidamente dirigidas a las personas que corren ese riesgo**;

Tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas, rehabilitación, recuperación y reinserción social; prevención, tratamiento y atención del VIH/sida, la hepatitis viral y otras enfermedades infecciosas de transmisión sanguínea

- i) Reconocer que **la drogodependencia es un trastorno de la salud complejo en el que intervienen múltiples factores**, que se caracteriza por su naturaleza crónica y



recurrente con causas y consecuencias sociales y que se puede prevenir y tratar, por ejemplo mediante programas de tratamiento, atención y rehabilitación eficaces basados en datos científicos, incluidos programas de base comunitaria, y fortalecer la capacidad de postratamiento, **rehabilitación, recuperación y reinserción social de las personas con trastornos relacionados con el consumo de sustancias, entre otras, según proceda, mediante asistencia para su reincorporación efectiva al mercado laboral y mediante otros servicios de apoyo;**

- j) Alentar la participación voluntaria de personas con trastornos relacionados con las drogas en programas de tratamiento con su consentimiento informado, cuando ello sea compatible con la legislación nacional, y preparar y llevar a cabo campañas y programas de divulgación en los que participen consumidores de drogas que hayan logrado la recuperación a largo plazo, cuando proceda, a fin de **prevenir la marginación social y promover actitudes no estigmatizantes, así como alentar a los consumidores de drogas a que soliciten tratamiento y atención, y adoptar medidas que faciliten el acceso al tratamiento y amplíen la capacidad;**
- k) Promover y fortalecer la cooperación regional e internacional en la formulación y ejecución de iniciativas relacionadas con el tratamiento, mejorar la asistencia técnica y el desarrollo de la capacidad y garantizar el acceso sin discriminación a una amplia variedad de intervenciones, incluidas intervenciones de tratamiento psicosocial, conductual y asistido por medicación, según proceda y de conformidad con la legislación nacional, **así como a programas de rehabilitación, reinserción social y apoyo a la recuperación, incluido el acceso a esos servicios en las cárceles y tras la excarcelación, prestando especial atención a las necesidades específicas de las mujeres, los niños y los jóvenes a este respecto;**
- q) Intensificar, según corresponda, el apoyo y la **capacitación que se ofrecen a las organizaciones y entidades de la sociedad civil que intervienen en los servicios de tratamiento sanitario y social relacionado con las drogas** y su participación productiva en ellos, de conformidad con la legislación nacional y en el marco de políticas nacionales sobre drogas integradas y coordinadas, y alentar los esfuerzos de la sociedad civil y el sector privado encaminados a **establecer redes de apoyo a la prevención y el tratamiento, la atención, la recuperación, la rehabilitación y la reinserción social de manera equilibrada e inclusiva;**

Prevención de la delincuencia relacionada con las drogas

- a) Fortalecer las medidas multidisciplinarias adoptadas a nivel internacional, regional, nacional y local y comunitario para **prevenir la delincuencia, la violencia, la victimización y la corrupción relacionadas con las drogas y fomentar el desarrollo e inclusión sociales, incorporar esas medidas en los esfuerzos generales de aplicación de la ley** y en políticas y programas amplios, y promover la cultura de legalidad que se describe en la Declaración de Doha sobre la Integración de la Prevención del Delito y la



Justicia Penal en el Marco Más Amplio del Programa de las Naciones Unidas para Abordar los Problemas Sociales y Económicos y Promover el Estado de Derecho a Nivel Nacional e Internacional y la Participación Pública.

- b) Promover esfuerzos de **reducción de la oferta amplios que incluyan medidas preventivas** para abordar, entre otras cosas, los factores de la justicia penal y los **factores socioeconómicos conexos que pudieran facilitar, impulsar, propiciar y perpetuar la delincuencia** organizada y la delincuencia relacionada con las drogas;

Recomendaciones operacionales sobre cuestiones intersectoriales: las drogas y los derechos humanos, los jóvenes, los niños, las mujeres y las comunidades

Las drogas y los derechos humanos, los jóvenes, las mujeres, los niños, los miembros vulnerables de la sociedad y las comunidades

- b) Asegurar el acceso **no discriminatorio a servicios de salud y atención y servicios sociales en el marco de programas de prevención, atención primaria y tratamiento, incluidos los que se ofrecen a las personas encarceladas o en prisión preventiva, cuyo nivel ha de ser equiparable al de los servicios que se ofrecen en la comunidad, y asegurar el acceso de las mujeres, incluidas las mujeres privadas de libertad, a servicios de salud y orientación adecuados,** incluidos aquellos que se necesitan especialmente durante el embarazo;
- c) Promover la supervisión eficaz de las instalaciones de tratamiento y rehabilitación de drogodependientes por las autoridades nacionales competentes para **asegurar la debida calidad de los servicios de tratamiento y rehabilitación de drogodependientes** y evitar que se inflijan tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes, de conformidad con la legislación nacional y el derecho internacional aplicable;
- e) Promover, de conformidad con la legislación nacional, la coordinación eficaz entre los sectores de justicia, educación, aplicación de la ley y servicios sociales a fin de **asegurar que se atiendan debidamente las necesidades específicas, incluidas las necesidades mentales y físicas, de los infractores de la legislación sobre drogas menores de edad y los niños afectados por la delincuencia relacionada con las drogas, incluso en los procesos judiciales penales,** según proceda, entre otros medios proporcionando tratamiento antidrogas y servicios conexos de apoyo a quienes los necesiten;
- g) **Incorporar la perspectiva de género en los programas y políticas en materia de drogas** y asegurar la participación de las mujeres en todas las etapas de su elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación, formular y difundir medidas que tengan en cuenta las necesidades y circunstancias específicas de las mujeres y las niñas en relación con el problema mundial de las drogas y que sean adecuadas a su edad y su género, y, en cuanto Estados partes, aplicar la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer



Políticas y respuestas proporcionadas y eficaces, así como garantías legales y salvaguardias relativas al proceso penal y el sector de la justicia

- j) **Alentar la formulación, adopción y aplicación**, teniendo debidamente en cuenta los sistemas nacionales, constitucionales, jurídicos y administrativos, **de medidas sustitutivas o complementarias en lo que respecta a la condena o la pena en los casos en que proceda**, de conformidad con los tres tratados de fiscalización internacional de drogas, y teniendo en cuenta, según proceda, las reglas y normas pertinentes de las Naciones Unidas, como las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas sobre las Medidas No Privativas de la Libertad (Reglas de Tokio)
- l) **Promover políticas, prácticas y directrices nacionales proporcionadas en lo que respecta a la imposición de penas a los delitos relacionados con las drogas, de modo que la severidad de las penas sea proporcional a la gravedad de los delitos** y que se tengan en cuenta factores tanto atenuantes como agravantes, incluidas las circunstancias enumeradas en el artículo 3 de la Convención de 1988 y otras disposiciones aplicables del derecho internacional, y de conformidad con la legislación nacional;
- m) **Mejorar el acceso de las personas encarceladas al tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas y promover una supervisión efectiva y alentar, según proceda, la autoevaluación de los centros de reclusión, teniendo en consideración las reglas y normas de las Naciones Unidas en materia de prevención del delito y justicia penal**, incluidas las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela), aplicar, cuando proceda, medidas encaminadas a acabar con el hacinamiento y la violencia en las cárceles y prestar asistencia a las autoridades nacionales pertinentes para desarrollar su capacidad;
- n) Alentar a que se tengan en cuenta las necesidades específicas y los posibles múltiples factores que hacen vulnerables a las mujeres encarceladas por delitos relacionados con las drogas, de conformidad con las Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas No Privativas de la Libertad para las Mujeres Delincuentes (Reglas de Bangkok)

2.8 Estrategia Hemisférica sobre drogas 2016-2020

El Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas 2016-2020 constituye una guía de apoyo para continuar la implementación de los lineamientos establecidos en la Estrategia Hemisférica sobre Drogas (2010) y los compromisos asumidos por los Estados Miembros en la Declaración de Antigua Guatemala “Por una política integral frente al problema mundial de las drogas en las Américas” (2013); en la Resolución de Guatemala “Reflexiones y lineamientos para formular y dar seguimiento a las políticas integrales frente al problema mundial de las drogas en las Américas” (2014); y en el documento final del Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas, celebrado del 19 al 21 de abril de 2016 en la ciudad de Nueva York, titulado “Nuestro compromiso conjunto de abordar



y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas” (2016), entre otras resoluciones relevantes aprobadas en la materia durante los últimos cuatro años. Asimismo, el Plan de Acción acoge la

Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y observa que los esfuerzos encaminados para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y para abordar eficazmente el problema mundial de las drogas son complementarios y se refuerzan mutuamente.

El SITAPPL se apoya en los lineamientos establecidos en relación con la prevención y tratamiento de las adicciones en el medio penitenciario:

Eje 1: Fortalecimiento Institucional

Objetivo 2. Formular, implementar, evaluar y actualizar políticas y/o estrategias nacionales sobre drogas, que sean integrales y equilibradas, **basadas en la evidencia, que incorporen una perspectiva transversal de derechos humanos**, consistente con las obligaciones de las partes conforme al derecho internacional, **con enfoque de género y enfatizando el desarrollo con inclusión social**.

Acciones prioritarias

2.1 Compilación y utilización de **evidencia como base para la formulación y actualización de las políticas y/o estrategias nacionales sobre drogas**

2.3 **Promoción de una gestión territorial/local de las políticas y/o estrategias sobre drogas** a través de una mayor coordinación y/o derivación de competencias, donde proceda, entre las instancias nacionales y subnacionales, cuando corresponda.

2.4 Formulación y/o actualización de políticas y/o estrategias nacionales sobre drogas, tomando en **consideración los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible**.

2.5 **Integración de la perspectiva de derechos humanos, el enfoque de género y el desarrollo con inclusión social** en el proceso de formulación, implementación y actualización de las políticas y/o estrategias nacionales sobre drogas.

Objetivo 3. Articular las políticas y/o estrategias nacionales sobre drogas con otras políticas y/o estrategias sociales del Estado, que permitan atender las causas y consecuencias fundamentales del problema de las drogas.

Acciones prioritarias

3.2 Diseño, implementación y evaluación de **planes y programas multisectoriales orientados a prevenir y contrarrestar las causas y consecuencias socioeconómicas** del problema de las drogas desde una perspectiva de **derechos humanos, salud pública y desarrollo**.



3.3 Promoción de **medidas transversales** que fomenten políticas públicas integrales para **la prevención de la delincuencia**, la violencia, la victimización, la exclusión social y la corrupción.

3.4 Implementación de medidas que **promuevan el acceso equitativo y con enfoque de género en la impartición de justicia** y al debido proceso.

Objetivo 5. **Alentar la formulación, adopción y aplicación de alternativas al encarcelamiento para delitos menores relacionados con las drogas**, teniendo en cuenta los sistemas nacionales, constitucionales, jurídicos y administrativos y de acuerdo con los instrumentos internacionales relevantes.

Acciones prioritarias

5.1 Evaluación de la viabilidad de la aplicación de **medidas alternativas al encarcelamiento para los delitos menores relacionados con las drogas**, donde proceda, salvaguardando la soberanía de los Estados, observando la no promoción de la impunidad y respetando los derechos humanos.

5.2 Desarrollo de mecanismos de **monitoreo y evaluación de las distintas medidas alternativas al encarcelamiento para delitos menores relacionados con drogas**, en colaboración, según corresponda, con entidades académicas y de investigación

Objetivo 6. Promover e implementar, cuando corresponda, de conformidad con las políticas, legislaciones y necesidades de cada país, **programas integrales que propicien la inclusión social, especialmente de aquellas poblaciones en situación de vulnerabilidad**, con diferentes niveles y formas de afectación.

Acciones prioritarias

6.1 Formulación e implementación, conforme a las necesidades de cada país, de **programas interinstitucionales y multisectoriales que promuevan la inclusión social de las personas y poblaciones afectadas por el problema de las drogas, especialmente de aquellas en situación de vulnerabilidad**.

6.2 Difusión de mejores prácticas de gestión que mejoren los mecanismos de respuesta institucional ante las necesidades de la población, particularmente aquellas en situación de vulnerabilidad.

Objetivo 7. **Promover penas proporcionales**, cuando corresponda, que respondan a la gravedad de los **delitos de drogas** y a la lesión del bien jurídico tutelado.

Acciones prioritarias



7.1 Promoción, cuando corresponda, en el marco de las políticas nacionales de drogas, del respeto por el **principio de proporcionalidad de la pena de los delitos menores relacionados con las drogas.**

7.2 **Fomento de reformas legales,** cuando corresponda, que promuevan la proporcionalidad de las penas diseñadas por los Estados Miembros **para los delitos menores relacionados con drogas.**

Eje 2. Reducción de la demanda

Objetivo 2. Establecer y/o fortalecer un **sistema integrado de programas de prevención universal, prevención selectiva y prevención indicada del uso indebido de drogas, priorizando poblaciones vulnerables** y en situación de riesgo, basados en la evidencia e incorporando un enfoque de derechos humanos, género, edad y multiculturalidad.

Acciones prioritarias

2.4 Implementación de **programas de prevención selectiva dirigidos a niños y niñas, adolescentes y jóvenes en situación de riesgo.**

2.5 Desarrollo de **programas de prevención indicada orientada a personas con consumo problemático de drogas.**

Objetivo 3. Establecer y fortalecer, según corresponda, un **sistema nacional de tratamiento, rehabilitación e inclusión social de personas con consumo problemático de drogas,** incorporando un enfoque de **derechos humanos y género, y teniendo en cuenta estándares de calidad aceptados internacionalmente.**

Acciones prioritarias

3.1 Implementación y fortalecimiento de programas y dispositivos integrales de atención, tratamiento, **rehabilitación e inclusión social en las redes de salud pública y/o de protección social, garantizando el acceso sin discriminación.**

3.2 Monitoreo y **evaluación de resultados de los programas de atención, tratamiento, rehabilitación e inclusión social, tomando en cuenta criterios de pertinencia de género,** de cultura y grupo etario, según corresponda.

3.3 Promoción de medidas de protección de los derechos de las personas en los programas y servicios de tratamiento.

3.4 Exploración de **vías para ofrecer servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción social a infractores de la ley penal dependientes de drogas,** como medida alternativa a su prosecución penal o privación de libertad.



3.5 **Establecimiento de programas de tratamiento, rehabilitación y reinserción social a la población penal con consumo problemático de drogas.**

3.6 Diseño e implementación de **mecanismos de colaboración entre los actores involucrados, para proporcionar servicios de apoyo social y comunitario que coadyuven a la integración social**, en particular a aquellas poblaciones más vulnerables, de manera continua y sostenible.

Objetivo 5. Establecer y/o fortalecer capacidades institucionales gubernamentales para **regular, habilitar, acreditar y supervisar los programas de prevención y los servicios de atención y tratamiento.**

Acciones prioritarias

5.1 Establecimiento y aplicación de medidas de regulación, que **incluyan criterios de calidad, para la acreditación de programas de prevención y servicios de atención y tratamiento.**

5.2 Establecimiento de mecanismos de supervisión para garantizar el **cumplimiento de los criterios de calidad de los programas de prevención y servicios de atención y tratamiento.**

5.3 Elaboración de diagnósticos sobre las necesidades nacionales y la oferta de servicios de atención y tratamiento.

2.9 Estrategia de luchas contra el narcotráfico y control de cultivos excedentarios de coca 2016-2020

La Estrategia se redacta con el objetivo estratégico de Fortalecer la Lucha contra el narcotráfico y delitos conexos en todo el territorio nacional de manera integral en reducción de la oferta, reducción de la demanda y control de cultivos excedentarios de coca, con responsabilidad internacional compartida para precautelar el vivir bien de la sociedad.

En su Pilar 2 se centra en la Reducción de la demanda. Este pilar tiene como objetivo, fortalecer y consolidar las políticas públicas y programas en reducción de la demanda de drogas, a través de la implementación de la **Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de Personas con Adicciones y su entorno, priorizando poblaciones de mayor riesgo**, desarrollando programas integrales con **un enfoque biopsicosocial-educativo y de salud pública**, de manera intersectorial, intercultural y participativo para vivir bien.

Y se expresa literalmente el objetivo de en los 5 años siguientes a su entrada en vigor, en lo relativo al tratamiento, rehabilitación y reintegración de drogodependencias, **se construirá e implementará el Sistema Nacional de Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de Drogodependientes, el mismo que normará el accionar de los servicios, públicos y privados, mejorando e incrementando el acceso y la atención de personas con consumo problemático de drogas.**



Es en este mandato, dentro de un sistema nacional de tratamiento de adicciones y de reinserción donde que inmerso el SITAPPL (Sistema Integral de Tratamiento de Adicciones en Personas Privadas de Libertad).

Marca como resultados esperados:

- Prevalencia de consumo de alcohol y otras drogas, reducida en 5%.
- Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de Personas con Adicciones, creada e implementada.
- Comités departamentales de prevención, tratamiento, rehabilitación y reintegración, conformados.
- Sistema de tratamiento, rehabilitación y reintegración, implementado.
- Normativa para servicios de drogodependientes y personas en situación de calle, aprobada.

Se son la base del SITAPPL en lo referido a la fase de prevención de delito y alternativas a la prisión.

Por último, se señalan dos programas:

Programa 2.1 Prevención

El objetivo es promover valores, principios y estilos de vida saludables fortaleciendo los factores de protección para motivar el cuidado de la salud y del entorno; a fin de evitar el consumo de drogas y retrasar la edad de inicio, priorizando poblaciones de mayor riesgo, con la participación activa de instituciones públicas y de la sociedad civil organizada.

Acciones

- Elaboración de **planes departamentales de prevención, tratamiento y reintegración de drogodependientes** aprobados bajo la dirección del comité departamental.
- Gestión y sensibilización, interinstitucional e intersectorial, **con las ETA's para la incorporación e implementación de acciones de prevención, tratamiento y reintegración en los Planes Municipales de Salud y Educación, en el marco de los planes departamentales de prevención, tratamiento y rehabilitación.**
- Elaboración e implementación de metodologías y protocolos de prevención de consumo de drogas y otras adicciones por tipo de población (laboral, familias, comunidad, escolares, universitarios y poblaciones vulnerables); por nivel de prevención (universal, selectiva e indicada) y por tipo de prevención (específica e inespecífica).
- Implementación **de Centros Integrales de Prevención, diagnóstico y derivación de consumo de drogas en las ETA's.** En las ciudades del eje troncal. La Paz, Cochabamba, Santa Cruz.

Programa 2.2 Tratamiento, rehabilitación y reintegración

El objetivo es **incrementar y fortalecer la oferta de servicios de tratamiento, rehabilitación y reintegración para personas con adicciones** mediante programas y proyectos integrales, intersectoriales y multidisciplinarios, **asegurando la equidad en el acceso** a una atención oportuna, integral, con calidad y calidez.



Acciones

- Elaboración y aprobación de **la normativa para los servicios destinados a drogodependientes y personas en situación de calle.**
- Creación e implementación del **Sistema Nacional de Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de Drogodependientes y Personas en Situación de Calle.**
- **Implementación y fortalecimiento de servicios integrales** a instituciones públicas y privadas que trabajan con drogodependientes y **personas en situación de calle.**
- **Estudios especializados** en tratamiento, rehabilitación y reintegración de drogodependientes; y personas en situación de calle.

2.10. Plan Nacional de reducción de la demanda de drogas en Bolivia 2013-2017 (NO VIGENTE)

El Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas, instancia encargada de proponer, desarrollar y aplicar políticas, leyes, reglamentos e instructivos para la lucha contra el tráfico ilícito de drogas a través de la Interdicción, el Control Social y la Defensa Social, tiene en sus competencias el hecho Preventivo. Desde esta perspectiva, esta Cartera de Estado, asumió el desafío de elaborar un Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, a partir de una Comisión Intersectorial compuesta por el Ministerio de Salud y Deportes, Ministerio de Educación, a la cabeza del Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas, con el propósito de “Reducir la vulnerabilidad al consumo de alcohol y otras drogas en la población boliviana, focalizando a grupos de mayor riesgo a partir de estrategias integrales de prevención universal, selectiva e indicada; asegurando el tratamiento, la rehabilitación y la reintegración familiar, social y laboral de las personas afectadas; fortaleciendo capacidades institucionales para mejorar los servicios y las respuestas oportunas y efectivas a los desafíos del Plan Nacional, con una visión de género y generacional, de manera intersectorial y asumiendo la interculturalidad”.

Aunque no está vigente en este momento, merece la pena señalar los aspectos que se plasmaron en él en relación con el tratamiento de adicciones en prisión, y, en general, en colectivos vulnerables. Porque en global fue un documento de referencia, aunque no se ha implementado apenas por diferentes motivos de carácter institucional y operativo.

Por otro lado, sienta las bases de un enfoque acorde al adoptado por el STAPPL, basado en la vulnerabilidad, y la perspectiva de salud pública de las adicciones.

Textualmente se dice en la introducción que: "El Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, es un instrumento de gestión que cohesiona la intervención del Estado y la sociedad en función de los principales ejes temáticos, buscando fortalecer la institucionalidad en los niveles nacional y sub nacional, fortaleciendo e institucionalizando las políticas y programas de prevención, tratamiento y reintegración social de drogodependencias, privilegiando a grupos en situación de riesgo y de mayor vulnerabilidad, con un enfoque biopsicosocial.

El proceso de formulación del Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas en Bolivia 2013 – 2017, se concibe en un momento histórico de ruptura con las políticas, nociones y paradigmas del pasado y el emergente desarrollo de comprensiones y tendencias nacionales e internacionales que demandan enfoques integrales y sistémicos."



El Plan está estructurado a partir de cinco ejes temáticos: prevención, poblaciones altamente vulnerables, tratamiento y rehabilitación, reintegración y desarrollo institucional. Asimismo, cada eje temático contiene programas definidos de acuerdo a la problemática priorizada por los actores involucrados.

Es enriquecedor lo que se recoge sobre un eje específico en poblaciones vulnerables que incide directamente en los cometidos del SITAPPL, y también traza una línea de trabajo sobre reinserción (global) por primera vez en documento de planificación. El SITAPPL adopta los criterios establecidos en este Plan.

4.2 Eje temático población altamente vulnerable

Objetivo

- Involucrar e integrar esfuerzos y **recursos gubernamentales y privados** para el desarrollo de **programas dirigidos a poblaciones altamente vulnerables.**

Resultados

- Programas implementados y en funcionamiento dirigido al fomento de capacidades, habilidades sociales en niños, niñas, adolescentes y **jóvenes en situación de calle.**
- **Programas implementados de tratamiento y rehabilitación para población privada de libertad con dependencia al alcohol y otras drogas.**
- **Seguro universal para la atención integral** y gratuita de la población en situación de calle.

Población meta

Población en situación de calle

Población privada de libertad

Este eje temático tiene el propósito de atender las necesidades y requerimientos de la población en situación de calle y la población privada de libertad. En este escenario, este eje plantea la implementación de **programas que fomenten el desarrollo de capacidades y habilidades sociales, conformación y fortalecimiento de redes hacia la des-estigmatización de esta población.**

Lineamientos Generales

- Implementar programas para **resolver de manera sostenible la situación de la población privada de libertad.**
- Desarrollar estrategias y acciones comunicacionales, destinadas a conseguir los fines deseados de manera coherente, integrada y no dispersa.



- Establecer líneas base a partir de diagnósticos del estado de situación para la formulación de los programas
- Trabajar intersectorialmente a partir de equipos interdisciplinarios con enfoque de género e interculturalidad.

En concreto se propone para esta línea de vulnerabilidad:

Programa: Desarrollo de capacidades y habilidades personales y sociales dirigidas a la rehabilitación, reducción de daños y acceso a la salud

Objetivo:

- Promover programas para el **fomento de capacidades** y habilidades sociales para **niños, niñas, adolescentes y jóvenes con problemas de conducta en espacios educativos, laborales y comunitarios.**

Resultado: Crear una Comisión para población altamente vulnerable, conformada y fortalecida, para diseñar programas y proyectos intersectoriales. Diagnósticos y estudios sistematizados sobre la problemática permiten establecer líneas de base para el desarrollo de los programas diseñados.

Objetivo:

- **Implementar sistemas integrados de tratamiento y rehabilitación para población privada de libertad**

Resultado:

- Proyecto **piloto implementado en un centro penitenciario que desarrollan programas de tratamiento y rehabilitación integral** con la población privada de libertad.

Objetivo:

- **Promover el seguro universal para la atención integral** y gratuita de la población en situación de calle.

Resultado: NO CONSTA

Objetivo:

- Crear **red de información** sobre población vulnerable

Resultado:

- Una red conformada y en funcionamiento hasta finales de la gestión 2011



4.3 Eje temático Tratamiento y Rehabilitación

Objetivos

- **Mejorar la calidad en la atención y la oferta de tratamiento y rehabilitación a poblaciones que presentan particularidades y necesidades que requieran intervenciones específicas y diferenciadas.** Asegurando la equidad en el acceso a una atención oportuna, integral y de calidad para la población con dependencia de las drogas, para desarrollar vidas más libres y saludables.

Lineamientos Generales

- Se facilitará el acceso a un **sistema de tratamiento que ofrezca varios modelos integrales de intervenciones terapéuticas basadas en evidencia y teniendo en cuenta estándares de calidad** aceptados internacionalmente. Los modelos de tratamiento deben considerar las **necesidades de los distintos grupos de población, teniendo en cuenta factores tales como el género, la edad, el contexto cultural y la vulnerabilidad.**
- Es necesario explorar vías para **ofrecer servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción social a infractores de ley penal dependientes de drogas, como medida alternativa a su prosecución penal o privación de libertad.**

4.4 Eje temático Reintegración

Objetivo

- Capacitar, reforzar y reparar aspectos de las distintas dimensiones de la vida en sociedad: autonomía, autoestima, empleo, familia, participación, y todos los necesarios para la plena integración.

Resultados

- Programas de formación, capacitación, **fortalecimiento de redes sociales, que promuevan la reintegración familiar, laboral con inclusión social y que permitan el acceso y/o la permanencia en el empleo para niñas, niños y adolescentes en situación de calle y población carcelaria, implementados y/o fortalecidos.**
- En el proceso de reintegración **se destinará un conjunto de recursos,** para responder adecuadamente a las necesidades transitorias o permanentes que presentan las personas con problemas debidos al uso de drogas, teniendo en cuenta sus potencialidades de desarrollo y participación. La reintegración social (familiar, educativa, laboral), solo será posible si existe un entorno favorable que apoye este proceso con efectivas políticas públicas.



- En este eje se plantea la **formación y capacitación permanente, la conformación y fortalecimiento de redes sociales y familiares y los proyectos de vida**, que contribuirán a la reorientación de los objetivos en la vida de estas personas.

Lineamientos generales

- Reconstruir los lazos sociales que posibilitan la inserción social a través de múltiples acciones: **evaluación del nivel de integración social, evaluación de las competencias en empleabilidad y la capacidad laboral.**
- Los programas terapéuticos deben estar divididos en áreas bien delimitadas y articuladas entre sí.
- La duración de cada modalidad debe ser acorde a las necesidades y requerimientos de las personas.
- Implementar programas para resolver de manera **sostenible la situación de la población que está en proceso de reinserción social.**
- Establecer líneas base a partir de diagnósticos del estado de situación para la formulación de los programas.
- **Trabajar intersectorialmente a partir de equipos interdisciplinarios con enfoque de género e interculturalidad.**

Programa: **Reintegración familiar, social y laboral para personas en la última etapa de tratamiento.**

Objetivo:

- Implementar programas de **formación y capacitación que contribuyan a la inclusión, social, familiar y laboral** de personas con problemas debidos al uso de drogas.

Resultado:

- Programas de formación y capacitación implementados a nivel intersectorial

Objetivo:

- Fortalecer las **redes sociales, familiares y de protección que permitan el acceso y/o la permanencia en el empleo.**

Resultado:

- Una comisión intersectorial entre instituciones públicas y privadas conformada.

Objetivo:



- Implementar **proyectos de vida** que faciliten la inclusión social y educativa para **niños, niñas y adolescentes en situación de calle**.

Resultado: Un **programa para niños, niñas y adolescentes en situación de calle en funcionamiento a partir de redes** conformadas entre instituciones públicas y privadas.

3. TRATADOS Y ACUERDOS SOBRE MENORES Y JUSTICIA QUE SE ALINEA EL SITAPPL

3.1.- Observatorio Internacional de justicia juvenil (OIJJ).

En un documento sobre la prevención del delito juvenil (2016) señala conceptos que se alienan completamente con lo que propone el SITAPPL, en concreto:

3.1.1. *Prevención ambiental*

- Prevención primaria:

Objetivo: centrarse en factores sociales y económicos bajo la responsabilidad del Gobierno (asuntos sociales, educación, sanidad, empleo, etc.), no en manos del poder judicial.

Aborda factores a nivel individual y familiar, correlacionados con un riesgo de actividad delictiva. Es bien conocido que los factores a nivel individual, tales como la asistencia escolar y la implicación en actividades sociales, tienen un importante impacto preventivo, especialmente para los niños y adolescentes, y disminuyen la probabilidad de participación delictiva. No obstante, también es importante destacar la necesidad de involucrar a la familia (la familia nuclear o bien la familia ampliada si es necesario) para reducir los riesgos individuales.

La prevención, en su dimensión primaria, debe abordar no solo los asuntos individuales y familiares, sino también la violencia que subyace en la vida social diaria, que es difusa y parece ser aceptada como destino.

3.1.2. *Prevención Selectiva*

- Prevención orientada a los grupos vulnerables

Objetivo: evitar que un acontecimiento no deseado, que ya haya ocurrido antes, se reproduzca. En términos de delincuencia, significa prevenir la repetición de una infracción.

Este es el motivo por el cual la prevención primaria utilizará más instrumentos técnicos, centrándose en situaciones de riesgo, como los jóvenes que abandonan la escuela, a través de la adopción de programas sociales al nivel del Gobierno. Para el sistema de justicia, esto también implica el uso de medidas alternativas y respuestas educativas y de apoyo, con preferencia sobre la privación de libertad o la institucionalización.

3.1.3 *Reinserción*

- La lucha contra la reincidencia

Objetivo: evitar que personas que ya han cometido infracciones las repitan de manera recurrente y crónica y se conviertan en reincidentes.



Responsabilidad del sistema de justicia para encontrar soluciones que permitan al infractor asumir la responsabilidad de sus numerosos actos, sin ser totalmente excluido de la comunidad y que favorezcan, al final de la intervención penal, la reintegración en la comunidad.

Es especialmente importante para los adolescentes, a quienes es necesario evitar calificar como “desesperados” delincuentes y excluirlos totalmente de actividades sociales.

Recomienda utilización de técnicas de mediación entre iguales por su eficacia en algunos proyectos en medio abierto en Lituania, o el modelo Sueco de intervención en comisarías como se propone en le SITAPPL. En cualquier caso, los resultados evaluados de proyectos son altamente eficaces.

3.2. Reglas mínimas de Naciones Unidas para la administración de justicia de menores (REGLAS DE BEIJING).

Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores (Reglas de Beijing) fueron adoptadas por la Asamblea General en su resolución 40/33 del 29 de noviembre del 1985 por recomendación del séptimo congreso. Anteriormente, por recomendación de la resolución 4 del sexto congreso, el Comité de las Naciones Unidas sobre Prevención y Control del Crimen había contribuido al desarrollo de estas Reglas en colaboración con los institutos de las Naciones Unidas regionales e interregionales.

Representan un mínimo de condiciones aceptadas internacionalmente para el tratamiento de jóvenes que entran en conflicto con la ley. En las Reglas de Beijing se expone que los objetivos de justicia juvenil son de promover el bienestar del joven y de asegurar que cualquier respuesta a los delincuentes juveniles será siempre en proporción a las circunstancias tanto del joven como del delito. En las Reglas se prevén medidas específicas que cubren las varias fases de justicia juvenil. Ponen hincapié en que el ingreso en instituciones sólo será utilizado como último recurso y durante el plazo más breve posible.

Nos alienamos en concreto con los siguientes principios:

3.2.1. Objetivos de la justicia de menores

El sistema de justicia de menores hará hincapié en el bienestar de éstos y garantizará que cualquier respuesta a los menores delincuentes será en todo momento proporcionada a las circunstancias del delincuente y del delito.

[Este principio en lo que respecta al SITAPPL indica la necesidad de tratar el abuso de drogas y el «principio de la proporcionalidad» como un instrumento para restringir las sanciones punitivas, y se expresa principalmente mediante la fórmula de que el autor ha de llevarse su merecido según la gravedad del delito. La respuesta a los jóvenes delincuentes no sólo deberá basarse en el examen de la gravedad del delito, sino también en circunstancias personales. Las circunstancias individuales del delincuente (por ejemplo, su condición social, su situación familiar, el daño causado por el delito u otros factores en que intervengan circunstancias personales) han de influir en la proporcionalidad de la reacción (por ejemplo, teniendo en consideración los esfuerzos del delincuente para indemnizar a la víctima o su buena disposición para comenzar una vida sana y útil)]



3.2.2. Remisión de casos

- Se examinará la posibilidad, cuando proceda, de ocuparse de los menores delincuentes sin recurrir a las autoridades competentes, mencionadas en la regla 14.1, para que los juzguen oficialmente.
- La policía, el Ministerio fiscal y otros organismos que se ocupen de los casos de delincuencia de menores estarán facultados para fallar dichos casos discrecionalmente, sin necesidad de vista oficial, con arreglo a los criterios establecidos al efecto en los respectivos sistemas jurídicos y también en armonía con los principios contenidos en las presentes Reglas.
- Toda remisión que signifique poner al menor a disposición de las instituciones pertinentes de la comunidad o de otro tipo estará supeditada al consentimiento del menor o al de sus padres o su tutor; sin embargo, la decisión relativa a la remisión del caso se someterá al examen de una autoridad competente, cuando así se solicite.
- Para facilitar la tramitación discrecional de los casos de menores, se procurará facilitar a la comunidad programas de supervisión y orientación temporales, restitución y compensación a las víctimas.

[Aquí se apoya la propuesta del SITAPPL en lo referido a promover esta medida que de hecho es la supresión del procedimiento ante la justicia penal y la reorientación hacia servicios apoyados por la comunidad. En muchos sistemas se practica habitualmente en muchos sistemas jurídicos con carácter oficial y oficioso. Esta práctica sirve para mitigar los efectos negativos de la continuación del procedimiento en la administración de la justicia de menores (por ejemplo, el estigma de la condena o la sentencia). En muchos casos la no intervención sería la mejor respuesta. Por ello la remisión desde el comienzo y sin envío a servicios sustitutorios (sociales) puede constituir la respuesta óptima. Así sucede especialmente cuando el delito no tiene un carácter grave y cuando la familia, la escuela y otras instituciones de control social oficioso han reaccionado ya de forma adecuada y constructiva o es probable que reaccionen de ese modo].

3.3.3. Especialización policial

- Para el mejor desempeño de sus funciones, los agentes de policía que traten a menudo o de manera exclusiva con menores o que se dediquen fundamentalmente a la prevención de la delincuencia de menores, recibirán instrucción y capacitación especial. En las grandes ciudades habrá contingentes especiales de policía con esa finalidad.

3.3.4. Prisión preventiva

- Sólo se aplicará la prisión preventiva como último recurso y durante el plazo más breve posible.
- Siempre que sea posible, se adoptarán medidas sustitutorias de la prisión preventiva, como la supervisión estricta, la custodia permanente, la asignación a una familia o el traslado a un hogar o a una institución educativa.



3.3 Regles mínimas de Naciones Unidas sobre medidas no privativas de libertad (REGLAS DE TOKIO).

El instrumento internacional más importante son las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas sobre las medidas no privativas de la Libertad, adoptadas por la Asamblea General en diciembre de 1990 y conocidas también por las Reglas de Tokio. Las Reglas estipulan protecciones legales para asegurar que penas no-privativas están siendo aplicadas con imparcialidad, dentro de un sistema legal claro, asegurando la protección de los derechos del delincuente y el recurso a un sistema de queja formal cuando sienten que en algún momento sus derechos hayan sido vulnerados.

La introducción de medidas no privativas de libertad tiene como objetivo reducir la aplicación de las penas de prisión y racionalizar las políticas de justicia penal, siempre teniendo en cuenta el respeto de los derechos humanos, las exigencias de la justicia social y las necesidades de rehabilitación del delincuente.

Se planificarán y aplicarán sistemáticamente programas de medidas no privativas de la libertad como parte integrante del sistema de justicia penal en el marco del proceso nacional de desarrollo. Se efectuarán evaluaciones periódicas con miras a lograr una aplicación más eficaz de las medidas no privativas de la libertad. Se realizarán estudios periódicos para evaluar los objetivos, el funcionamiento y la eficacia de las medidas no privativas de la libertad.

3.4.- Directrices de Naciones Unidas para la prevención de delincuencia juvenil (DIRECTRICES DE RIAD).

Las Directrices fueron adoptadas por la Asamblea General en su resolución 45/112 del 14 de diciembre del 1990.

Las Directrices establecen las normas para la prevención de la delincuencia juvenil e incluso medidas de protección de personas jóvenes quienes han sido abandonadas, descuidadas, abusadas o quienes se encuentran en situaciones marginales – en otros términos, en “riesgo social”. Las Directrices incluyen la fase pre-conflicto, es decir, antes de que los jóvenes entren en conflicto con la ley. Se concentran en el niño y se basan en la premisa de que es necesario contrarrestar aquellas condiciones que afectan e influyen desfavorablemente el desarrollo sano del niño. Para ello, se propusieron medidas exhaustivas y multidisciplinarias para asegurar a los jóvenes una vida libre de crímenes, victimización y conflictos con la ley. Las directrices se enfocan en modalidades de intervención preventiva y protectora y tienen como objetivo la promoción por un esfuerzo conjunto de un papel positivo de parte de varios organismos sociales, incluyendo la familia, el sistema educativo, los medios de comunicación y la comunidad, así como las personas jóvenes mismas.

Las directrices tocan prácticamente todos los ámbitos sociales: los tres principales entornos en el proceso de socialización (familia, escuela, comunidad); los medios de comunicación; la política social; la legislación y administración de la justicia de menores. La prevención general (art.9) debe consistir en “planes generales de prevención en todos los niveles de gobierno” y debería incluir entre otras cosas mecanismos para coordinar los esfuerzos realizados por los organismos gubernamentales y no gubernamentales; supervisión y evaluación continuas; participación comunitaria mediante un amplio abanico de servicios y programas; cooperación interdisciplinaria; participación de los jóvenes en las políticas y procesos de prevención.



4. CONSIDERACIONES NORMATIVAS DEL SISTEMA INTEGRADO DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES PARA PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD (SITAPPL)

El SITAPPL que se presenta se mueve dentro de un conjunto de declaraciones y regulaciones mundiales, regionales y estatales que delimitan el alcance de las acciones previstas esta propuesta. Dichas regulaciones son de obligada observación por parte de la administraciones y entidades colaboradoras que van a trabajar en las acciones previstas.

Las más relevantes por su relación directa con Objetivos previstos en Sistema Integrado de Tratamiento de Adicciones para Personas Privadas de Libertad (SITAPPL) son:

4.1. Normativa Estatal

1.- Reglamento de la Ley N° 264, de 31 de julio de 2012, del Sistema Nacional de Seguridad Ciudadana: “Para una Vida Segura”

En lo referido en este sistema de tratamiento a la creación de un cuerpo de funcionarios civiles especializados en régimen penitenciario, con formación específica en adicciones, y en lo referido a la formación policial en adicciones.

- **Artículo 11°. - (Especialización en Régimen Penitenciario)**
 - I. La Policía Boliviana creará dentro del escalafón único la especialidad de Régimen Penitenciario, de acuerdo con el reglamento específico.
 - II. La Universidad Policial - UNIPOL, creará la Escuela Básica de Seguridad Penitenciaria para la Formación y Especialización de servidores públicos policiales, cuyo funcionamiento responderá a las necesidades y requerimientos de recursos humanos para esta especialidad.
 - III. El personal formado y especializado en Régimen Penitenciario estará bajo supervisión del Ministerio de Gobierno a través de la Dirección General de Régimen Penitenciario y prestará sus servicios de manera exclusiva en los recintos penitenciarios de Bolivia, conforme a lo establecido en el Artículo 31 de la Ley N° 264.

[En lo referido en este Sistema de Tratamiento al rol de la policía comunitaria en cuanto a la formación de policías en intervención protocolizada de menores y jóvenes delincuentes y de consumo de drogas e implementación de un procedimiento de policía comunitaria de este tema. Y la incorporación en los planes de seguridad ciudadana los protocolos de intervención con menores y jóvenes con consumo de drogas]

Capítulo V sobre la Policía Comunitaria

- **Artículo 16°. - (Policía Comunitaria)**
 - I. El Comando General de la Policía Boliviana diseñará y ejecutará, a través de los Comandos Departamentales, planes, programas y proyectos para la



implementación y gestión del modelo de Policía Comunitaria en todo el territorio del Estado.

- **Artículo 18°.** - (Capacitación en el modelo de Policía Comunitaria) La Policía Boliviana a través de la UNIPOL transversalizará sus programas de formación, capacitación y especialización con el modelo de Policía Comunitaria, en todos sus grados jerárquicos.

Capítulo XII sobre Ejecución de planes de seguridad ciudadana

- **Artículo 55°.** - (Planificación)

Las Entidades Territoriales Autónomas a través de los Consejos de Seguridad Ciudadana de las Entidades Territoriales Autónomas, elaborarán y aprobarán sus respectivos Planes de Seguridad Ciudadana, los cuales deberán estar sujetos al Plan Nacional de Seguridad Ciudadana vigente, sin perjuicio de la continuidad de los programas y proyectos en ejecución.

- I. Los Planes de Seguridad Ciudadana de las Entidades Territoriales Autónomas, deben contemplar la asignación presupuestaria y la programación de su ejecución, en el marco del Artículo 38 de la Ley N° 264.
- II. Los planes operativos anuales y los presupuestos de las Entidades Territoriales Autónomas deberán incluir los programas y proyectos considerados en sus Planes de Seguridad Ciudadana.
- III. Los Planes de Seguridad Ciudadana de las Entidades Territoriales Autónomas aprobados se constituyen en convenios intergubernativos entre las Entidades Territoriales Autónomas y el Ministerio de Gobierno.

2.- Ley N° 031, de 19 de Julio de 2010, Marco de Autonomías y Descentralización "ANDRÉS IBÁÑEZ"

En su CAPÍTULO III ALCANCE DE LAS COMPETENCIAS, artículo.81 (salud)

En lo referido a las competencias en materia de salud de los departamentos y municipios, materia de planificación de los servicios de prevención y tratamiento de las adicciones previstos en el SITAPPL, lo referido a la acreditación de servicios de salud previsto en el SITAPPL, la coordinación de recursos con los municipios, en la implementación de programas preventivos de adicciones y de prevención del delito en adolescentes previstos, lo referido al control de la calidad de los Servicios de salud privados y públicos, lo referido al control de expedición de psicofármacos susceptibles de generar adicción conforme a lo previsto en el SITAPPL, el control de los medios de comunicación en relación con el usos y abuso de drogas.

1. Objetivos departamentales autónomos: (en relación con el SITAPPL)

- a) Formular y aprobar el Plan Departamental de Salud en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional.
- b) Ejercer la rectoría en salud en el departamento para el funcionamiento del Sistema Único de Salud, en el marco de las políticas nacionales.
- c) Proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del tercer nivel.



- d) Proveer a los establecimientos de salud del tercer nivel, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.
- e) Coordinar con los municipios y universidades públicas el uso exclusivo de los establecimientos del Sistema de Salud público para la formación adecuada de los recursos humanos, en el marco del respeto prioritario del derecho a las personas.
- f) Planificar la estructuración de redes de salud funcionales y de calidad, en coordinación con las entidades territoriales autónomas municipales e indígena originario campesinas en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
- g) Establecer mecanismos de cooperación y cofinanciamiento en, coordinación con los gobiernos municipales e indígena originario campesinos, para garantizar la provisión de todos los servicios de salud en el departamento.
- h) Acreditar los servicios de salud dentro del departamento de acuerdo con la norma del nivel central del Estado.
- i) Ejecutar los programas epidemiológicos en coordinación con el nivel central del Estado y municipal del sector.
- j) Elaborar y ejecutar programas y proyectos departamentales de promoción de salud y prevención de enfermedades en el marco de la política de salud.
- k) Monitorear, supervisar y evaluar el desempeño de los directores, equipo de salud, personal médico y administrativo del departamento en coordinación y concurrencia con el municipio.
- l) Apoyar y promover la implementación de las instancias departamentales de participación y control social en salud y de análisis intersectorial.
- ll) Fortalecer el desarrollo de los recursos humanos necesarios para el Sistema Único de Salud en conformidad a la ley que lo regula.
- m) Informar al ente rector nacional del sector salud y las otras entidades territoriales autónomas sobre todo lo que requiera el Sistema Único de Información en salud y recibir la información que requieran.
- n) Cofinanciar políticas, planes, programas y proyectos de salud en coordinación con el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas en el departamento.
- ñ) Ejercer control en el funcionamiento y atención con calidad de todos los servicios públicos, privados, sin fines de lucro, seguridad social, y prácticas relacionadas con la salud con la aplicación de normas nacionales.
- o) Ejercer control en coordinación con los gobiernos autónomos municipales del expendio y uso de productos farmacéuticos, químicos o físicos relacionados con la salud.
- p) Ejecutar las acciones de vigilancia y control sanitario del personal y poblaciones de riesgo en los establecimientos públicos y de servicios, centros laborales, educativos, de diversión, de expendio de alimentos y otros con atención a grupos poblacionales, para garantizar la salud colectiva, en coordinación y concurrencia con los gobiernos municipales.
- q) Vigilar y monitorear las imágenes, contenidos y mensajes que afecten la salud mental de niños, adolescentes y público en general, emitidos por medios masivos de comunicación, asimismo las emisiones sonoras en general.



3.- Gobiernos municipales autónomos (en relación con el SITAPPL)

- a) Formular y ejecutar participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal.
- b) Implementar el Sistema Único de Salud en su jurisdicción, en el marco de sus competencias.
- c) Administrar la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención organizados en la Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
- d) Crear la instancia máxima de gestión local de la salud incluyendo a las autoridades municipales, representantes del sector de salud y las representaciones sociales del municipio.
- e) Ejecutar el componente de atención de salud haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las comunidades urbanas y rurales.
- f) Dotar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del primer y segundo nivel municipal para el funcionamiento del Sistema Único de Salud.
- g) Dotar a los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de su jurisdicción: servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.
- h) Ejecutar los programas nacionales de protección social en su jurisdicción territorial.
- i) Proporcionar información al Sistema Único de Información en Salud y recibir la información que requieran, a través de la instancia departamental en salud.
- j) Ejecutar las acciones de vigilancia y control sanitario en los establecimientos públicos y de servicios, centros laborales, educativos, de diversión, de expendio de alimentos y otros con atención a grupos poblacionales, para garantizar la salud colectiva en concordancia y concurrencia con la instancia departamental de salud

4.- Decretos Departamentales de creación y funciones de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES)

En lo referido a las competencias en la prevención de adicciones y incorporación de en la cartera de servicios de los dispositivos de prevención y tratamientos a las adicciones.

5.- Ley N° 906, General de la Coca

De interés en lo referido a el desarrollo de estudios sobre el potencial uso de la hoja de coca y sus principios activos como sustitutivo del consumo de drogas como la cocaína y la pasta base o el crack, dentro de una estrategia de reducción de daños.

CAPÍTULO VIII sobre INVESTIGACIÓN E INDUSTRIALIZACIÓN DE LA HOJA DE COCA

• ARTÍCULO 39.- (INVESTIGACIÓN).

El Viceministerio de coca y Desarrollo Integral, apoyará la investigación, en el marco de los programas y proyectos que desarrollen las entidades públicas o privadas, de acuerdo a lo siguiente:

- a) Promover la investigación básica, adaptativa y de validación, hasta el desarrollo de la ciencia y tecnología para el desarrollo del complejo productivo de la coca;



- b) Coordinar y gestionar estudios de conocimiento científico y tecnológico de la coca, a través de convenios con universidades, instituciones especializadas públicas y privadas;
- c) Establecer mecanismos de investigación que permitan la utilización adecuada de la coca como fuente alimenticia, medicinal e industrial;
- d) Promover la publicación de documentos científicos y técnicos a nivel nacional e internacional;
- e) Coadyuvar en el fortalecimiento de las capacidades técnicas de los beneficiarios a través de la transferencia de tecnología.

6.- Ley 1152, de 20 de Febrero de 2019, modificatoria de la ley 475, de 30 de Diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por la 1096 de 28 de Mayo de 2018, hacia el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito.

En lo referido al Sistema Integral de tratamiento de adicciones para personas privadas de libertad, en la inclusión en el SUS (en su caso en los Sistemas de prestaciones de salud departamentales y municipales) de las prestaciones de atención a las adicciones y salud mental.

7.- Decreto Supremo No 3813 que regula parcialmente la Ley 1152, DE 20 de Febrero de 2019, modificatoria de la ley 475 de 30 de Diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral Del Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por ley 1096 de 28 de Mayo de 2018, hacia el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito.

Sobre la progresividad de aplicación de la ley, y sobre los mecanismos de financiación para los hospitales de tercer nivel.

8.- Ley Nº 475, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral Del Estado Plurinacional de Bolivia, de 30 de Diciembre de 2013 y Decreto Supremo Nº1984 de 30 Abril 2014: Reglamento a la ley Nº 475, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral Del Estado Plurinacional de Bolivia,

En las partes no derogadas, aún está vigente en su articulado, las prestaciones generales del sistema público de salud, en concreto ARTÍCULO 6. (PRESTACIONES DE SALUD), señala la prevención y la promoción de la salud, y los niveles de prestación desde el ambulatorio al hospitalario. En concreto se dice:

1. La atención integral de salud comprende las siguientes prestaciones: acciones de promoción, prevención, consulta ambulatoria integral, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento médico, odontológico y quirúrgico, y la provisión de medicamentos esenciales, insumos médicos y productos naturales tradicionales.

Y de especial relevancia es lo señalado en el artículo 7 (ACCESO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD), que señala expresamente que la entrada al sistema integral de salud se realiza obligatoriamente por el primer nivel de atención, que al segundo nivel de atención se accede a través del primer nivel, y que al tercer nivel se accede a través del segundo nivel.



ARTÍCULO 2.- (DEFINICIONES).

Apartado

c) Red funcional de servicios de salud

Es aquella conformada por establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, de los subsectores público, de la seguridad social a corto plazo y el privado con o sin fines de lucro, articulados mediante el componente de referencia y contra referencia, complementados con la medicina tradicional ancestral boliviana y la estructura social en salud;

g) Centros de Rehabilitación

Son unidades prestadoras de servicios en rehabilitación integral, con extensión comunitaria, que permiten a las personas con deficiencias, obtener una máxima independencia, capacidad física, intelectual, mental, social y vocacional;

ARTÍCULO 3.- (RESPONSABILIDADES).

Se establecen las siguientes responsabilidades:

a) Ministerio de Salud.- Es responsable de ejercer la rectoría, política, regulación y control de la aplicación de la Ley N° 475

b) Establecimientos de Salud.- Los establecimientos de salud públicos, de la seguridad social de corto plazo y privados bajo convenio, además de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana y otras entidades reconocidas por el Sistema Nacional de Salud, tienen la obligación de otorgar servicios y atenciones integrales e interculturales de salud determinados en la Ley N° 475, de acuerdo a la normativa específica emitida por el Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 5.- (REGISTRO DE BENEFICIARIAS Y BENEFICIARIOS).

Con fines de control. El Ministerio de Salud en coordinación con los Gobiernos Autónomos Municipales y los Servicios Departamentales de Salud - SEDES, determinara procesos de registro de beneficiarias y beneficiarios que lean atendidos en el marco de la Ley N° 475, de acuerdo con el área geográfica establecida en las redes funcionales de servicios de salud.

ARTICULO 6.- (ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES E INTERCULTURALES).

El Ministerio de Salud, en coordinac16n con los SEDES y los gobiernos autónomos municipales, realizara la reorganización de los establecimientos de salud en redes funcionales de servicios de salud de acuerdo con la normativa vigente.

9.- Resolución Ministerial N°- 0039 de 30 de Enero de 2013 para la "Aprobación e Impresión de la Normativa de la Unidad Redes de Salud y Calidad"

Publica las normas de caracterización de los dispositivos de salud y de su coordinación:

- Norma Nacional de caracterización de Establecimientos de salud del Primer Nivel.



- Norma Nacional de caracterización de Hospitales de Segundo Nivel.
- Norma Nacional de Referencia y Contrarreferencia.

[En lo referido al Sistema Integral de tratamiento de adicciones para personas privadas de libertad, para la inclusión en cartera de servicios de primer nivel, segundo nivel las prestaciones de atención a las adicciones y salud mental (para la población general y para la población penitenciaria privada de libertad) Y tercer nivel en cuanto que este redactada dicha normal. Así como lo referido a aplicar los protocolos de referencia y contrarreferencia establecidos por norma nacional para este tipo de patologías].

10.- Ley 913, 16 de Marzo de 2017.- Ley de Lucha contra el Trafico Ilícito de Sustancias Controladas. Decreto Supremo N° 3434 Álvaro Marcelo García Linera Presidente en Ejercicio del Estado Plurinacional de Bolivia

[Como norma más específica en materia de tratamiento y reinserción para el Sistema Integral de tratamiento de personas privadas de libertad, en lo referido a: creación de una red integral de tratamiento que será específica para personas privadas de libertad y con la misión de trabajar en red de programas y dispositivos y coordinados. Tanto nivel estatal, departamental, municipal, y ONG y centros públicos. De igual modo lo referido a la consideración de la perspectiva de género de personas privadas de libertad. Y se desarrolla reglamentariamente las competencias de cada departamento de Gobierno.

Igualmente, lo referido a programas de prevención del delito y de consumo de drogas. Se apoya la reinserción socio laboral en el nivel departamental y municipal.]

En sus capítulos y artículos de la Ley que siguen:

CAPÍTULO V PREVENCIÓN INTEGRAL, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINTEGRACIÓN DE PERSONAS CON ADICCIONES Y SU ENTORNO

ARTÍCULO 29. (RED DE PREVENCIÓN INTEGRAL, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINTEGRACIÓN DE PERSONAS CON ADICCIONES Y SU ENTORNO).

I. En el marco de las competencias concurrentes que se ejercen entre el Nivel Central del Estado y las Entidades Territoriales Autónomas establecidas en los numerales 2 y 13 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado, se crea la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, integrada por el Sistema Nacional de Salud, Sistema Nacional de Educación y el Sistema Nacional de Seguridad Ciudadana.

II. El Ministerio de Salud coordinará la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, con el fin dirigir y articular políticas, planes, programas, proyectos y acciones destinadas a coadyuvar en la lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas, mediante la prevención integral del consumo de sustancias psicoactivas, tratamiento, rehabilitación y reintegración de drogodependientes; en el marco de las políticas del Consejo Nacional de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas - CONALTID.

III. Además de las instituciones mencionadas en el artículo precedente, la Red de Prevención Integral estará conformada por:



a) Instituciones públicas y privadas con o sin fines de lucro, que desarrollan actividades de prevención integral al consumo de sustancias psicoactivas; tratamiento, rehabilitación y reintegración de drogodependientes e investigación científica sobre adicciones o sustancias psicoactivas.

b) Todas las instituciones públicas y privadas con o sin fines de lucro, que desarrollen actividades de prevención integral del consumo de sustancias psicoactivas; tratamiento, rehabilitación, reintegración de drogodependientes y de investigación científica sobre el fenómeno de las drogas, deben registrarse y acreditarse, bajo regulación específica emitida por el Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 30. (ATRIBUCIONES DE LA RED DE PREVENCIÓN INTEGRAL, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINTEGRACIÓN DE PERSONAS CON ADICCIONES Y SU ENTORNO Y SU ENTIDAD OPERATIVA).

1. Aprobar la Política de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno.
2. Realizar seguimiento a la implementación de la Política de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno.
3. Establecer mecanismos de coordinación intersectorial para la prevención integral, tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con adicciones y su entorno.
4. Promover la articulación entre el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas, así como con las entidades privadas sin fines de lucro.
5. Otras establecidas mediante reglamento.

ARTÍCULO 31. (FUNCIONAMIENTO DE LA RED DE PREVENCIÓN INTEGRAL, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINTEGRACIÓN DE PERSONAS CON ADICCIONES Y SU ENTORNO Y SU ENTIDAD OPERATIVA).

I. La Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, funcionará bajo la coordinación del Ministerio de Salud a través de su entidad operativa.

II. La entidad operativa, tiene como principal atribución elaborar la Política de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, para su aprobación por la Red y otras que serán establecidas mediante reglamentación.

III. La entidad operativa ejecutará las acciones necesarias en coordinación con los establecimientos de salud, centros educativos, los Consejos de Seguridad Ciudadana, e iniciativas públicas y privadas, con o sin fines de lucro; en el marco de sus competencias.

IV. La entidad operativa coordinará la implementación de programas integrales de prevención de adicciones y del consumo de sustancias psicoactivas; tratamiento, rehabilitación y reintegración de drogodependientes.

ARTÍCULO 32. (LINEAMIENTOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA POLÍTICA DE PREVENCIÓN INTEGRAL, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINTEGRACIÓN DE PERSONAS CON ADICCIONES Y SU ENTORNO).

a) Promover el bienestar y seguridad de las personas, familias, comunidades y la población en general.



- b) Promover y proteger la salud bajo un enfoque bio – psico – social.
- c) Establecer los mecanismos de coordinación y respuesta intersectorial y participativa.
- d) Incorporar perspectivas de género y generacional.
- e) Incorporar directrices para la implementación, acceso, supervisión y evaluación de programas de tratamiento para personas privadas de libertad.
- f) Incorporar directrices de prevención en los ámbitos: familiar, comunitario, educativo, laboral, deportivo, comunicativo, de salud y de seguridad.
- g) Otros establecidos mediante reglamentación.

ARTÍCULO 33. (POBLACIONES ALTAMENTE VULNERABLES AL TRÁFICO ILÍCITO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS).

I. La Dirección General de Régimen Penitenciario del Ministerio de Gobierno, en coordinación con la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de Personas con Adicciones y su entorno, realizará estudios de caracterización del consumo de sustancias controladas y otros riesgos sicosociales en los centros y recintos penitenciarios e implementará acciones necesarias para el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas privadas de libertad.

II. La Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de Personas con Adicciones y su entorno, realizará estudios de caracterización del consumo de sustancias controladas y otros riesgos sicosociales en poblaciones en situación de calle para implementar acciones de tratamiento, rehabilitación, reintegración y reinserción social.

ARTÍCULO 34. (REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS).

El Estado Plurinacional de Bolivia a través de la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, debe garantizar el acceso a programas de tratamiento médico y terapéutico de los consumidores de sustancias controladas, desde un enfoque de salud pública.

ARTÍCULO 35. (INGRESO DE LAS PERSONAS CON ADICCIONES Y SU ENTORNO A PROGRAMAS).

El ingreso a los programas de la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, procede por:

- a) Orden judicial, previo informe médico forense.
- b) Solicitud familiar, previo informe médico.
- c) Solicitud voluntaria.

ARTÍCULO 36. (MEDIOS DE COMUNICACIÓN).

I. Los medios de comunicación social, en el marco de la Ley N° 264 de 31 de julio 2012, del Sistema de Seguridad Ciudadana, y el Decreto Supremo N° 1436 de 14 de diciembre de 2012, deben contribuir en la lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas, a través de:

- a) Campañas de prevención del consumo de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, y contra delitos de sustancias controladas.



- b) La no difusión de mensajes o contenidos que promuevan el consumo de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, salvo el uso médico o terapéutico.
- c) La disposición obligatoria de espacios publicitarios con carácter gratuito para dar a conocer a la población mensajes educativos preventivos del consumo de estupefacientes y sustancias sicotrópicas.

II. El Ministerio de Comunicación verificará el cumplimiento de las disposiciones establecidas en el presente Artículo.

ARTÍCULO 37. (PREVENCIÓN SOCIAL Y SITUACIONAL EN EL NIVEL SUBNACIONAL).

En el marco de las competencias concurrentes entre el nivel central del Estado y las Entidades Territoriales Autónomas, establecidas en los numerales 2 y 13 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado, se promoverá la participación de los mismos en el diseño e implementación de acciones de prevención social. Para este efecto se enuncian las siguientes responsabilidades:

I. El Nivel Central del Estado definirá las políticas y estrategias del sector brindando los lineamientos generales.

II. Las Entidades Territoriales Autónomas desarrollarán y operativizarán:

- a) Planes y proyectos de Desarrollo Social y Humano para prevenir el involucramiento de poblaciones vulnerables en materia de narcotráfico.
- b) Formular e implementar planes y proyectos para la mejora de oportunidades laborales y económicas como alternativas para poblaciones vulnerables frente al riesgo de involucramiento en ilícitos.
- c) Generación de áreas y actividades alternativas para el desarrollo de capacidades para la vida y brindar seguridad en actividades de recreación saludable.
- d) Promoción de la participación social para la reducción de factores de riesgo del narcotráfico y su prevención.

[La Ley tiene especial relevancia por el empuje en el abordaje preventivo y asistencial y de reinserción de las adicciones. Establece las directrices de la nueva política para el abordaje de los problemas de adicciones en Bolivia, de modo que habla de una red de amplia que abarca todos los procesos implicados en las adicciones, que engloba la administración pública además de ONG y entidades privadas de lucro. Asimismo, establece un registro de entidades pertenecientes a las Red que debe operativizar el Ministerio de Salud.

Por otro lado, la Red establecida habla expresamente de establecer mecanismos de coordinación intersectorial tanto en prevención, tratamiento y reinserción de las personas con estos problemas, que sin duda integra al sistema penitenciario como parte de la red antes comentada. Por último, señalar en carácter descentralizador de la propuesta en cuanto al ámbito territorial y administrativo que opera, mediante una articulación en tres niveles y el ámbito público y privado sin lucro o sin él.

Se habla de una entidad operativa que será la encargada de la coordinación de la Red y se ubica en el Ministerio de salud, que formulara la política en la material y la ejecutara coordinando actores públicos y privados, de modo que la política para el tratamiento de adicciones en prisiones deberá ser formulada por la entidad operativa del Ministerio de salud y ejecutada por



todos los actores implicados que se marquen como agentes para la prevención, tratamiento y reinserción de jóvenes, adultos y mujeres con adicciones dentro de las prisiones.

Por último, se hace mención a la población vulnerable de prisiones que consume drogas y que se deben caracterizar en sus formas de consumo y otros riesgos sicosociales, y realizar estudios en este caso expresando claramente la coordinación de la administración penitenciaria y la de salud. Destacar la competencia expresa de Salud en estudios poblaciones de calle en riesgo de abuso de drogas. Hay que destacar como se establece también la obligatoriedad de garantizar el acceso a los tratamientos de las adicciones con perspectiva de salud pública a cualquier persona afectada tanto en prisión como fuera de ella. La perspectiva de salud pública señala precisamente la necesidad de que las opciones terapéuticas por adicciones de dentro de las prisiones deben ser iguales que las de fuera, porque los usuarios internos son sujetos de derecho del mismo modo que los de fuera salvo en la privación de libertad derivada de sus delitos y condenas.]

4.2. Normativa Penitenciaria de aplicación

1.- Ley del Régimen de la Coca y Sustancias Controladas Ley N° 1008 de 19 de Julio de 1988

Recoge en su TITULO VII, TRATAMIENTO, REHABILITACION Y REINSERCIÓN SOCIAL lo referido a las personas con problemas con adicciones.

Artículo 138º.- PERIODO DE TRATAMIENTO: El que se presentare voluntariamente para ser tratado no podrá ser obligado a quedarse interno, a menos que estuviera en condiciones graves para su salud o proclive a actos antisociales y delictivos.

Los que hubieran sido internados obligatoriamente por ser consumidores dependientes y agravando por tenencias y otra forma compulsiva, deberán quedar internos o sometidos a tratamiento obligatorio por todo el tiempo que el médico especialista juzgue necesario y con el cotejo de un perito.

Artículo 139º.- MENORES DE 16 AÑOS: Los consumidores que sean menores de 16 años serán puestos inmediatamente a disposición del Tribunal del Menor, que determinará obligatoriamente las medidas que se tomarán para su rehabilitación. En esta tarea cooperarán los padres o responsables del menor.

Artículo 140º.- EDUCACION FORMAL: Los planes y programas en los niveles intermedio, medio, superior, técnico en las materias pertinentes de estudios sociales, biológicos y psicológicos, contendrán temas destinados a comprender los fenómenos que genera el tráfico y el consumo de drogas. Las universidades, centros intermedios y medios, centros técnicos de educación no formales, los colegios técnicos militares, deben incorporar en sus planes y programas las materias sobre los problemas que genera el tráfico y consumo de drogas.

Artículo 141º.- EDUCACION NO FORMAL: El Consejo Nacional Contra el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas utilizará la educación no formal, como una estrategia para llegar al público, a fin de prevenir el consumo, el tráfico y la delincuencia relacionadas con sustancias controladas y hacer participar a la población y a la comunidad en la prevención integral. En estas tareas se



requerirá la cooperación intersectorial, interinstitucional e interdisciplinaria, bajo la necesaria dirección del Consejo Nacional Contra el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas.

Artículo 142º.- DE LA INFORMACION Y COMUNICACION EN MATERIA DE DROGAS: El Consejo Nacional diseñará políticas específicas en materia de información y comunicación social destinadas a la prevención integral del tráfico y consumo de drogas en sus aspectos informativos y de la utilización de medios masivos de comunicación pública y privada para efectuar campañas de prevención.

El Consejo Nacional Contra el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas reglamentará la realización de programas y campañas y el uso gratuito de los medios masivos de comunicación en el marco de estas políticas.

Artículo 143º.- REGLAMENTACION: El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, de acuerdo con el Consejo Nacional Contra el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas, dictará los reglamentos sobre la organización, selección del personal, funcionamiento y responsabilidad de los institutos de investigación en farmacodependencias

Artículo 144º.- DE LA REINCORPORACION SOCIAL: Los organismos competentes serán los encargados de adecuar los mecanismos correspondientes para facilitar la reinserción social y laboral de los ex -toxicómanos.

El SITAPPL al sostenerse en una perspectiva de salud pública y desarrollo, no se alinea con propuestas punitivas para tratar las adicciones, y en base al consenso internacional, no se recomienda que instituciones con competencias represoras se ocupen de prevención, tratamiento o reinserción de personas con problemas de adicciones.

Muy al contrario, se promueve aquí las alternativas a la prisión para los delincuentes jóvenes en especial con problemas de drogas, yendo a programas de rehabilitación y reinserción social.

2.- Ley Nº 2298, de 20 diciembre 2001, de Ejecución Penal y Supervisión

En lo referido a el fin rehabilitador y de reinserción del internamiento y cumplimiento de penas. Las consideraciones en relación con las mujeres privadas de libertad y la igualdad de trato jurídico. La consideración de que la asistencia y tratamiento de los internos se debe hacer con participación de las entidades sociales e instituciones para apoyar y complementar dichos tratamientos.

En lo referido a la ejecución de las penas y la capacidad del juez de implementar medidas de prevención del delito y de la adicción, mediante suspensiones de condena y cumplimientos en la comunidad y en tratamiento de la adicción, y la promoción de medidas de sustitución de prisión preventiva. Por último, la posibilidad de internamiento en centros especiales como es el caso de Comunidades terapéuticas.

Finalmente señalar lo referido a la obligatoriedad de hacer exámenes médicos en los que se propone aquí incluir lo referido a la adicción para determinar su estado de salud mental y física y proceder la correcta ubicación en programas de tratamiento.



ARTICULO 3º. (Finalidad de la Pena). - La pena tiene por finalidad, proteger a la sociedad contra el delito y lograr la enmienda, readaptación y reinserción social del condenado, a través de una cabal comprensión y respeto de la Ley.

ARTICULO 7º. (Igualdad). - En la aplicación de esta Ley, todas las personas sin excepción alguna gozan de igualdad jurídica. Queda prohibida toda discriminación de raza, color, género, orientación sexual, lengua, religión, cultura, opinión política, origen, nacionalidad, condición económica o social.

ARTICULO 11º. (Participación Ciudadana). - La administración penitenciaria y de supervisión, promoverá que la sociedad y las instituciones, participen en forma activa, tanto en el tratamiento del interno, así como en los programas y acciones de asistencia post-penitenciaria, en las condiciones establecidas por esta Ley y su Reglamento.

ARTICULO 19º. (Competencia del Juez de Ejecución Penal). - El Juez de Ejecución Penal es competente para conocer y controlar:

- 1.- La ejecución de las sentencias condenatorias ejecutoriadas que impongan penas o medidas de seguridad y de los incidentes que se produzcan durante su ejecución;
- 2.- La concesión y revocación de la libertad condicional, así como el cumplimiento de las condiciones impuestas;
- 3.- El cumplimiento de las condiciones impuestas en la suspensión condicional del proceso y de la pena;
- 4.- El trato otorgado al detenido preventivo, de conformidad a lo establecido en el Código de Procedimiento Penal, Ley 1970;
- 5.- El cumplimiento de las medidas sustitutivas a la detención preventiva;
- 6.- El cumplimiento de la condena en establecimientos especiales, cuando corresponda;
- 7.- Otras atribuciones establecidas por Ley.

ARTICULO 23º. (Revisión Médica). - A su ingreso al establecimiento, a todo interno se le practicará un examen médico para determinar su estado físico y mental y, en su caso, adoptar las medidas que correspondan. Todo interno, debe ser examinado por lo menos una vez al año.

3.- Ley 1970, de 25 de marzo de 1999 de Código de Procedimiento Penal

En lo referido a la obtención de fondos procedentes de bienes decomisados de actividades ilícitas con drogas fiscalizadas, que se propone para el incremento de recursos para la puesta en marcha del SITAPPL, mediante propuestas de adjudicación específica de fondos para tal fin.

5. CONTEXTO GENERAL DEL IMPACTO DEL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN BOLIVIA

5.1.- La Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región de las Américas de la OPS-OMS, (160ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de junio del 2017), Deja un panorama del impacto de los problemas más relevantes en salud de las Américas. La Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (la Agenda o ASSA2030) constituye el marco de políticas y planificación estratégica de más alto nivel en la Región de las Américas. Es



un llamado a la acción colectiva para lograr niveles más altos de salud y bienestar en la Región en su conjunto y en los Estados Miembros, teniendo en cuenta el nuevo contexto regional y mundial. La Conferencia Sanitaria Panamericana, la máxima autoridad de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que cuenta con representación de todos los países del continente americano, aprobó esta Agenda.

Los principios que rigen la agenda son muy relevantes para la implantación del SITAPLL, de modo que son los que se han puesto como base para su formulación. Estos principios son:

- ✓ La equidad en la atención sanitaria: Como afirma la OMS, “un enfoque de salud basado en los derechos humanos ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios. El objetivo de un enfoque basado en los derechos humanos es que todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas. Las intervenciones para conseguirlo se rigen por principios y normas rigurosos que incluyen: la no discriminación, la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad, la calidad, la rendición de cuentas y la universalidad.

La aplicación de estos principios en personas privadas de libertad es totalmente justificada ya que son, sin duda, uno de los colectivos que más sufre la inequidad de la atención dentro de los Sistemas Penitenciarios, y en el ámbito de las adicciones aún se agrava más el problema. De ahí que nos apoyemos en este principio de modo firme en esta propuesta.

- ✓ La universalidad: Los derechos humanos, entre ellos el derecho al goce del grado máximo de salud, son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercerlos y disfrutarlos. Las personas privadas de libertad con más razón, para que no queden fuera del sistema de prestaciones de salud.
- ✓ La inclusión social: En el ejercicio de los derechos humanos, entre ellos el derecho al goce del grado máximo de salud, se debe incluir a todas las personas, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, lugar de nacimiento o cualquier otra condición. Y en nuestro caso las personas privadas de libertad y evitar al máximo su exclusión social y estigmatización.

Las enfermedades no transmisibles, entre las que está en consumo de drogas legales o ilegales, son la principal causa de muerte en toda la región, con el 78% frente a otras causas de enfermedad.

La mortalidad por enfermedades no transmisibles comprende a la salud mental y las adicciones. Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas son los principales factores que contribuyen a la morbilidad, la discapacidad, los traumatismos, la mortalidad prematura y un riesgo mayor de padecer otras enfermedades. La prevalencia de estos trastornos estimada en 12 meses varía del 18,7% al 24,2% en la Región de las Américas



(los trastornos de ansiedad varían del 9,3% al 16,1%; los trastornos afectivos, del 7,0% al 8,7%; y los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, del 3,6% al 5,3%).

Los cuatro principales factores de riesgo por comportamientos modificables para las enfermedades no transmisibles son: a) el consumo del tabaco, b) el consumo perjudicial de alcohol, c) la alimentación poco saludable y d) la inactividad física; aunque no se pueden dejar de lado los cambios fisiológicos y metabólicos, como la presión arterial elevada, el sobrepeso y la obesidad, el incremento de la glucosa en sangre y los niveles altos de colesterol. En la Región, el promedio anual de consumo de alcohol por persona en mayores de 15 años fue de 8,4 litros.

En el año 2013, la prevalencia estandarizada por edad del consumo actual de tabaco estimada en las personas de 15 años o más en la Región fue del 17,5%. En los estudiantes de 13 a 15 años, la prevalencia del consumo actual de tabaco fue del 13,5% (14,7% en los hombres y 12,3% en las mujeres)

5.2.- La carga de enfermedad de las adicciones y de los trastornos mentales en Bolivia.

Las ENT (enfermedades no transmisibles) resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Y, básicamente, tienen que ver con los hábitos de vida como alimentación, ejercicio físico, y el consumo de sustancias. En las Américas supone una carga de enfermedad por ENT, mayor que la media mundial y se sitúa en el 78% de los fallecimientos y mortalidad. Según el análisis del informe de OPS_OMS (2018) con datos de 2015 regionales, la carga de la enfermedad de los trastornos por uso de sustancias es una de las causas de discapacidad y de fallecimiento prematuro más altas de entre todas las enfermedades no transmisibles. En concreto, los años perdidos por discapacidad (APD) un indicador que proporcionan una medida de la prevalencia de la enfermedad ponderada en función de su impacto discapacitante, en las Américas suponen la tercera parte de años perdidos por enfermedad, en el conjunto de todas las enfermedades no transmisibles y transmisibles. El otro gran indicador de carga de enfermedad son los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) proporcionan una medida compuesta de la mortalidad y la discapacidad atribuibles a una enfermedad dada. En las Américas supone la quinta parte de la mortalidad y discapacidad unidas, de todas las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

En el caso concreto de los trastornos por uso de sustancias y por uso de alcohol la suma del porcentaje de AVAD de ambos, se sitúa en un 2.12% que es la segunda causa de pérdida de calidad de vida y mortalidad dentro de todos los trastornos mentales.

En el caso de Bolivia el 14% de todas las causas de discapacidad y de muerte son debidas a uso de sustancias más trastornos mentales (AVAD) y un 32% de años de vida perdidos con discapacidad (APD) del total de enfermedades. En el caso separado del consumo de alcohol, en Bolivia produce una pérdida de años de vida con discapacidad del 0,9% y un 1,2% en el caso de consumo del resto de drogas. En comparación con el resto de las Américas Bolivia se sitúa en la zona media-baja. Sin embargo, los años de vida perdidos son considerables en el caso del alcohol.

Por último, señalar que Bolivia se encuentra a la cola de recursos de atención a adicciones y salud mental en las Américas, con un enorme desequilibrio entre la carga de enfermedad de



este tipo de trastornos y el presupuesto asignado a ello a nivel público. Este hecho genera que sean suplidas por servicios privados las necesidades de tratamiento y abriendo una brecha de desigualdad en el tratamiento, como se ve más adelante en los datos de usuarios de programas de rehabilitación cerrados en Bolivia. Los que tienen recursos de tratamiento los que no tienen no. Se calcula con los datos de carga de enfermedad y los recursos públicos destinados a adicciones y salud mental que solo se trata el 4,7% de todos los que lo necesitan.

5.3.- Población atendida y el consumo de drogas

Retomando la frase final del apartado anterior, sólo el 4,7% de los que necesitan tratamiento son tratados, partiendo de la carga de enfermedad de las adicciones. Por el lado de los datos de demanda de tratamiento, según los datos recogidos en el Plan Nacional de Reducción de la Demanda de drogas en Bolivia 2013-2017, no existe información sistematizada de las personas que acuden a estos centros. Los pocos datos extraídos de los propios centros señalan que el alcohol es la principal sustancia que genera la demanda de atención: el 55% de casos ingresan en estos centros con problemas exclusivos de consumo de alcohol, el 13% alcohol y alguna droga, 6% alcohol y drogas (poli consumo) y 5% droga y alcohol. El consumo de alcohol está presente en el 79% de los casos de población que admite iniciar un proceso de rehabilitación.

Hay muy poca fiabilidad de los datos y muchas dispersiones de estos, pero parece concluirse que el perfil de los usuarios es: un nivel de escolaridad medio alto. Según estos datos, el 62% de la población de este centro de rehabilitación ha cursado estudios del ciclo medio y universitarios, un 20% el nivel intermedio y el 11% el nivel básico. Este hecho se pone en relación muy clara con lo comentado de las conclusiones del Informe sobre carga de enfermedad de la salud mental y las adicciones 2018 de OPS_OMS, que apunta a que la falta de inversión pública en recursos para atención de la salud mental y adicciones en Bolivia aumenta los servicios de tratamiento privados. Estos centros, por ende, atienden un perfil muy específico de usuarios que dispone de recursos para ello, dejando fuera usuarios que no disponen de recursos económicos. El perfil de usuarios de trabajadores autónomos y profesionales como perfil laboral más importante refuerza lo señalado antes.

El grupo diana demandante de tratamiento es desde los 16 años hasta los 34 con un 64% del total de demandas, seguido por la población entre los 35 y 44 años (20%). La atención a adolescentes y jóvenes entre 16 y 25 años, se lleva un tercio aproximadamente del total. Este dato es significativo

Respecto a la perspectiva de género, señalar que el 83% de la población que ingresa son varones y únicamente el 17% son mujeres. Este hecho pone énfasis en la insuficiente accesibilidad de la mujer a los centros que debe mejorarse. Por otro lado, se señala en el documento referido antes que el trabajo con mujeres implica unas consideraciones especiales como son: la presencia de los hijos, por los problemas de violencia física y sexual que acompaña la adicción en muchos casos.

Desde otra perspectiva, del ingreso psiquiátrico por abuso o adicción de drogas o alcohol, de acuerdo con el estudio “Panorama de la Salud Mental en Bolivia”, realizado por el Dr. Rivera en 2004, la primera causa de morbilidad en pacientes internados en centros psiquiátricos de todo el país, son los “trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias



psicotrópicas” (CIE-10: F10-F19). Analizando la composición de este grupo - concluye el informe - encontramos que el 88% corresponden a consumo de alcohol, 7% a consumo de cocaína - marihuana y 5% a consumo de múltiples drogas.

5.4.- Estadísticas sobre consumo de drogas en Bolivia.

Presentamos a continuación los datos más relevantes por estadísticas de consumo de drogas ilegales y alcohol y tabaco.

Se comenta en notas de columna izquierda los resultados más relevantes sobre el consumo de drogas.

TABLA N.º 1 PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS EN BOLIVIA				
SEGÚN MES, AÑO Y VIDA, POBLACIÓN DE 12 A 65				
TIPO DE SUSTANCIA	PREVAL. DE MES	PREVAL. DE AÑO	PREVAL. DE VIDA	NÚM. APROX. ULTIMO AÑO BOLIVIA 2017
Alcohol	23.02	48.53	69.38	3.3 millones
Tabaco	14.81	25.05	45.31	1.7 millones
Tranquilizantes	0.95	1.87	4.62	127 mil
Estimulantes	0.05	0.26	0.64	17.6 mil
Marihuana	0.66	1.27	3.61	86.3 mil
Inhalables	0.20	0.30	0.99	20.4 mil
Cocaína	0.04	0.32	0.83	21.7 mil
Pasta Base de Cocaína	0.04	0.05	0.19	3 mil
Éxtasis	0.00	0.00	0.04	2.7 mil (alguna vez)
Fuente: “II Estudio nacional de prevalencia y características del consumo de drogas en hogares bolivianos de nueve ciudades capitales de departamento, más la ciudad de El Alto”, CONALTID, 2014.				



CONSUMO DE DROGAS EN UNIVERSITARIOS (18 A 25 AÑOS)		
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CONSUMO DE DROGAS UNIVERSITARIOS BOLIVIA 2016 UNODC (ÚLTIMOS 30 DÍAS)		
ALCOHOL	32%	H: 38.2%; M: 26,4% (15,2% de riesgo; mujeres han duplicado el riesgo 2009. 2016 (6,5→12,4%)
TABACO	15,3%	Mujeres 8,1%
TRANQUILIZANTES RECETA	SIN 3,1%	
MARIHUANA	5% (último año)	
COCAINA	0,41%	
LSD	0,8%	Aumento muy significativo en últimos años, junto con drogas nuevas, de la prueba 17,4%

CONSUMO EN ADOLESCENTES Y JOVENES TERCER DE ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR (2017) CONALTID				
SUSTANCIA	FRECUENCIA DE CONSUMO	EDAD DE INICIO	TENDENCIA	COMENTARIOS
ALCOHOL	16%	16 Años	2004 - 2017	17,5 H – 14,26 M. Importante consumo de riesgo 25% de los consumos de último mes. Muy igualado entre chicos y chicas 4,79 H – 3,14 M. 16 – 19 años y clase media alta.
TABACO	7,95%	14,6 Años	2004 - 2017	
TRANQUILIZANTES SIN RECETA	2,68%		2004 - 2017	2,40 H – 2,96 M
ESTIMULANTES SIN RECETA	1,60%		2004 - 2017	1,95 H – 1,27 M
MARIHUANA	2,30%	15 Años		Consumidores de riesgo 1 de cada 5,22% de los consumidores mensuales.



COCAINA	10%	14,94 Años	2004 - 2017	Consumen semanal o diario, un 20, 50% de los que consumen mensual. Último mes 0,61%, último año 1,12% (1,60 H – 0,64 M)
PASTA BASE	0,50%		2004 - 2017	
INHALABLES	1,97%	13 Años	2004 - 2017	Uso poco frecuente
MDMA DROGAS SINTÉTICAS	1,58%			2,08 H – 1,08 M
SÓLO UN 5% HA RECIBIDO ALGÚN TRATAMIENTO POR ALCOHOL O DROGAS. HAY UNA BAJA ACCESIBILIDAD A LOS TRATAMIENTOS PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES.				

5.5.- Años de vida perdidos más muerte prematura por drogas.

La magnitud del daño provocado por el consumo de drogas se hace patente en los 28 millones de años de vida “sana” (años de vida ajustados en función de la discapacidad) (AVAD) que, según las estimaciones, se perdieron en 2015 en todo el mundo de resultados de la muerte prematura y la discapacidad causadas por el uso de drogas. (UNODC, INFORME SOBRE LAS DROGAS 2017). Según la OMS, el consumo de drogas son la 18ª y 19ª causas de más mortalidad y morbilidad en la región de 88 evaluadas.

5.6.- Causa de muerte prematura por drogas.

Los usuarios de drogas ilegales tienen más probabilidades de morir prematuramente por una sobredosis de droga, por el VIH/SIDA, por suicidio o traumatismos. También es más probable que sufran discapacidades al menos durante parte de sus vidas.

5.7.- Impacto sanitario y social de las Adicciones. Comportamiento delictivo y consumo de drogas.

IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL DE LAS ADICCIONES			
VIOLENCIA SEXUAL Y VIOLENCIA VERBAL Y FÍSICA A MUJERES BOLIVIA			
El 70% de agresores sexuales bebió mucho o se drogó al cometer el delito de abuso o violación. El 26% de mujeres agredidas sexualmente había bebido mucho.			
VIOLENCIA SEXUAL (abuso o violación)	3.700.00 mujeres han sufrido alguna vez en su vida.	1.600.000 lo sufren actualmente (INE 2016)	
VIOLENCIA VERBAL O FÍSICA		2.000.000 500.000 1.200.000	Violencia verbal Encerradas Violencia física



IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL DE LAS ADICCIONES		
IMPACTO CONSUMO DE DROGAS TRANSITO Y MEDIO LABORAL		
ACCIDENTES DE TRÁNSITO (atropellos y colisiones)	20.000 (INE 21015, fuente Policía Nacional)	Un 50% debido al alcohol y otras drogas.
Accidentes Laborales	22 trabajadores / 100.000 fallecen (15-30% se relaciona con alcohol y drogas) Bolivia.	50% en construcción. OIT: 10% trabajadores tienen problemas de adicciones. El 80% de problemas laborales de personal.
Ausentismo laboral	2 a 3 veces mayor con consumos de alcohol y drogas.	

IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL DE LAS ADICCIONES	
DELITOS (ROBOS, HOMICIDIOS Y CONTRA INTEGRIDAD Y SALUD) FALTAS	
Hasta un 40% de delitos reiterados de producen bajo efectos del alcohol y otras drogas (estudio de SENDA Chile 2006)	
POBLACIÓN PENITENCIARIA (Fuente: INE 2013)	14.415 INTERNOS
NARCOTRÁFICO	4.000
VIOLACIÓN	2.500
ROBOS Y DELITOS COMUNES	5.600

IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL DE LAS ADICCIONES	
DELITOS (ROBOS, HOMICIDIOS Y CONTRA INTEGRIDAD Y SALUD) FALTAS	
Hasta un 40% de delitos reiterados de producen bajo efectos del alcohol y otras drogas (estudio de SENDA Chile 2006)	
DELITOS (FUENTE: INE 2016, BOLIVIA)	16.500
FALTAS (FUENTE INE: 2014, BOLIVIA)	25.700
● LEY 259 LEY DE CONTROL AL EXPENDIO Y CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS	
● ORDEN PÚBLICO	50.431



IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL DE LAS ADICCIONES

COMPORTAMIENTO DELICTIVO EN POBLACIÓN PENAL BOLIVIA

Hasta un 40% de internos declaran haber delinquido con el propósito de comprar droga o proveerse de ella (Estudio SENDA Chile, 2006, sobre expedientes judiciales)

POBLACIÓN PENITENCIARIA (Fuente: INE 2013)	14.415 INTERNOS
NARCOTRÁFICO	4.000
VIOLACIÓN	2.500
ROBOS Y DELITOS COMUNES	5.600

6. MANDATO Y CONTEXTO INSTITUCIONAL SOBRE EL REGIMEN PENITENCIARIO. CONSUMO DE DROGAS EN PRISIONES DE BOLIVIA. CONSIDERACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES EN PRIVADOS DE LIBERTAD (SITAPLL)

La atención de las adicciones dentro de régimen penitenciario forma parte de la articulación global que se está haciendo en todo el país para dar respuesta a este problema de salud pública. En este contexto, es donde las necesidades para la atención a personas privadas de libertad (PPL) en materia de adicciones, se debe plantear. El fenómeno de las adicciones no es un problema aislado de las prisiones, sino que las personas llegan a prisión con problemas de uso y abuso de drogas ya instaurados antes, y también salen en libertad en unos casos recuperados y otros no, y deberán seguir procesos de tratamiento o reinserción posteriores.

Sin embargo, el contexto de privación de libertad es muy bueno para iniciar un proceso de abandono de las drogas como parte de la reinserción social de interno. Por ello, articular una respuesta ordenada al problema e integrada dentro de los procedimientos de clasificación, así como dar una respuesta específica mediante programas de tratamiento y módulos específicos para ello, son uno de los objetivos fundamentales de la propuesta de tratamiento dentro de las prisiones.

La Ley n° 913 ley de 16 de marzo de 2017, Ley de lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas, es el marco legal de referencia en las responsabilidades y cometidos de la administración pública y sector privado en la respuesta a las adicciones, desde el lado de la salud pública tanto en prevención como tratamiento y reinserción. Establece las directrices de la nueva política para el abordaje de los problemas de adicciones en Bolivia, de modo que habla de una red de amplia que abarca todos los procesos implicados en las adicciones, que engloba la administración pública además de ONG y entidades privadas de lucro. Asimismo, establece un registro de entidades pertenecientes a las Red que debe operativizar el Ministerio de Salud.



Por otro lado, la Red establecida habla expresamente de establecer mecanismos de coordinación intersectorial tanto en prevención, tratamiento y reinserción de las personas con estos problemas, en los que sin duda integra al sistema penitenciario como parte de la red antes comentada.

Por último, señalar en carácter descentralizador de la propuesta en cuanto al ámbito territorial y administrativo que opera, mediante una articulación en tres niveles y el ámbito público y privado sin lucro o sin él.

En el ámbito específico de poblaciones vulnerables en su Artículo 33. (poblaciones altamente vulnerables al tráfico ilícito de sustancias controladas), se señala textualmente que La Dirección General de Régimen Penitenciario del Ministerio de Gobierno, en coordinación con la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de Personas con Adicciones y su entorno, realizará estudios de caracterización del consumo de sustancias controladas y otros riesgos sicosociales en los centros y recintos penitenciarios e implementará acciones necesarias para el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas privadas de libertad.

Este mandato de la ley 913, viene a complementar los cometidos de la *Ley nº 2298, de 20 diciembre 2001, de ejecución penal y supervisión* en lo referido al fin rehabilitador y de reinserción del internamiento y cumplimiento de penas. Las consideraciones en relación con las mujeres privadas de libertad y la igualdad de trato jurídico. La consideración de que la asistencia y tratamiento de los internos se debe hacer con participación de las entidades sociales e instituciones para apoyar y complementar dichos tratamientos.

En lo referido a la ejecución de las penas y la capacidad del juez de implementar medidas de prevención del delito y de la adicción, mediante suspensiones de condena y cumplimientos en la comunidad y en tratamiento de la adicción, y la promoción de medidas de sustitución de prisión preventiva. Y por último, la posibilidad de internamiento en centros especiales como es el caso de Comunidades terapéuticas.

Finalmente señalar lo referido a la obligatoriedad de hacer exámenes médicos, en los que se entiende que comprende también lo referido a la adicción para determinar su estado de salud mental y física y proceder la correcta ubicación en programas de tratamiento.

6.1.- Situación del consumo de drogas en prisiones y factores asociados

Centrándonos en lo estrictamente referido a tratamiento para privados de libertad, en un informe reciente de Plataforma Andina², y los informes de dos consultores durante 2018^{3 4} señalan a partir de un trabajo de campo realizado entre 2015 y 2016 mediante métodos cualitativos que las drogas más consumidas en las Cárceles de Bolivia son la marihuana, la pasta base de cocaína y el clorhidrato de cocaína, y también las "pilas" o medicamentos sin prescripción médica, en especial benzodiazepinas y anfetaminas. La forma de consumo es policonsumo, ya que usan las diferentes drogas para contrarrestar los efectos de una

² Rose Marie Achá: "Chivos Expiatorios: Control de drogas y Cárceles en Bolivia". Acción Andina. 2017

³ Ldo. Raúl Alejandro Aráoz Cutipa; "Guía de Tratamiento y Rehabilitación residencial para personas privadas de libertad con hábitos adictivos o drogodependientes en el Departamento de Santa Cruz"

⁴ Ldo. Diego Eróstegui Navia: "Manual de Implementación del Subprograma de abordaje Integral de hábitos disfuncionales, adictivos y drogodependientes en personas privadas de libertad. Departamento de La Paz"



estimulante como la cocaína con benzodicepinas, por ejemplo. Realmente parece cumplir el uso de drogas una función de evasión respecto a la situación de privación de libertad y las condiciones internas de convivencia.

A la par que el consumo de drogas ilegales, se consume alcohol de modo significativo, aun a pesar de que está prohibido por razones de seguridad. Normalmente se consigue mediante la elaboración de bebidas fermentadas y la mayor parte entra ilegalmente.

Por otro lado, en información cualitativa repacida en entrevistas con el personal sanitario y de salud mental de prisión también parece haber una elevada prescripción de psicofármacos.

Respecto al inicio del consumo señalar que un dato revelador y que justifica y apoya la necesidad de que el SITAPPL comprenda la prevención del delito con consumo de drogas, y es que más del 80% de los internos han empezado a consumir antes de los 16 años.

Por otro lado, es importante señalar que más de la mitad de internos no se encuentran en procesos de cambio de abandono del consumo, el resto si estaría en un momento en que se podría integrar en un programa terapéutico. Este dato es importante para planificar las listas de espera para acceder a tratamiento o, en su caso, priorizar por intención de abandono del consumo.

Por otro lado, la disponibilidad de drogas en muy alta dentro, lo que se une a que consumir es parte del "modus vivendi", por ello es necesario incidir en reducir la disponibilidad por parte de la Policía y los controles.

El consumo de droga es referido como un factor desencadenante de violencia dentro del penal por lo que es importante su control para mejorar la convivencia.

No todas las drogas se perciben de igual manera de modo que la marihuana es considerada como una droga de efectos positivos en actividades cotidianas como el trabajo y otras actividades educativas. Sin embargo, la pasta base se considera muy dañina para la persona física y mentalmente. El consumo de alcohol y marihuana no se considera cuando se habla de necesitar ayuda y tratamiento.

Estos elementos son muy importantes a la hora de planificar la intervención terapéutica y también a la hora de trabajar en programas de sensibilización sobre el daño de las otras drogas y el alcohol, y para poner en marcha programas de mitigación del daño por el consumo.

Un último factor que considerar para el SITAPPL es que hay una escala de consumo dentro de la prisión. En muchos casos que no consumían antes de quedar privados de libertad, empiezan a consumir (en un 25% de los internos consumidores), o si tenían un consumo ocasional o moderado se instaura un consumo compulsivo en especial de pasta base.

En relación con las tasas de consumo de las diferentes drogas en comparación con la población general ⁵ (consumo en el último mes), en prisión se consume un 30% más de alcohol que la población general; más del doble de tabaco; cannabis 20 veces más en prisión; pasta base 10 veces más en prisión; clorhidrato de cocaína 10 veces más en prisión;

⁵ Centro Latino Americano de Investigación Científica CELIN: Investigación "Cárcel y Drogas". La Paz Bolivia



6.1.1 Perspectiva de género y drogas en prisión.

La situación de la mujer privada de libertad en cuanto al ejercicio de sus derechos penitenciarios está en clara desigualdad respecto al hombre. En especial en el derecho a trabajo con igualdad en acceso a diferentes tipos de trabajos, y el derecho a la salud (en especial la salud reproductiva)⁶

La situación de las mujeres privadas de libertad con hijos en también digna de resaltarse ya que el impacto de medidas penales tiene mucho mayor impacto en hijos y familia que en el hombre; la mujer penada suele ser abandonada por su familia en la prisión con mayor frecuencia que los hombres. Se produce un traslado de los roles tradicionales de cuidado y responsabilidad sobre la familia, de modo que las mujeres siguen visitando a sus maridos cumpliendo con ese rol, mientras que al contrario se produce un quebrantamiento de los roles y se la deja a su suerte en prisión.

Los hijos quedan a cargo de ellas en prisión por todo ello, y el proceso de mantener a sus hijos pasa a primer plano dentro de la prisión mediante la consecución de ingresos para ello.

La situación de la salud mental de la mujer es especialmente llamativa por lo importante es su situación de salud general. Y también reseñar que frecuentemente son víctimas de abusos y violencia en prisión.

A diferencia de los hombres, la mujer inicia consumo de drogas ilegales en prisión en mucha menor medida que el hombre, y llegan consumiendo drogas legales e ilegales de fuera de la prisión.

En relación con la población general las mujeres incrementan significativamente el consumo dentro de la prisión de 3 a 5 veces más en todas las drogas y en especial señalar el enorme incremento del consumo de tabaco duplicando el consumo de la mujer en población general.

Por último, se da un consumo significativo de pisco fármacos sin receta médica entre las mujeres.

6.2.-Datos de partida de la atención a las adicciones en personas privadas de libertad (PPL)

La implantación de un sistema de tratamiento de adicciones implica tener en cuenta la situación de partida en relación con este tema en el contexto de prisiones, y no sólo, sino también la situación general de las prisiones. Para ello, exponemos una mirada a los datos relevantes a tener en cuenta para implantar el sistema de tratamiento en prisiones.

En datos de abril de 2019 la radiografía de la población penitenciaria es esta:

- ✓ POBLACIÓN DE PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD (PPL):
En la Actualidad existen 18.838 privados de libertad. El número de PPL varones es de 17.315 (91,2%), y 1,523 (8%) son mujeres.

- ✓ N° DE ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS Y CONDICIONES DE HABITABILIDAD

⁶ Informe de la Defensoría del Pueblo sobre "Derechos de las mujeres privadas de libertad" 2012



- En la actualidad existen 57 establecimientos penitenciarios (19 cárceles y 38 carceletas en provincias).
- Existen 4 recintos específicos para mujeres: San Sebastián Mujeres (Cochabamba), Trinidad Mujeres (Beni), Centro de Orientación Femenina Obrajés (La Paz), Centro Penitenciario Femenino de Miraflores (La Paz)
- El 20% de las edificaciones en ciudades datan del periodo del 92 al 98, y son producto de la ayuda internacional de la lucha contra el narcotráfico y de las inversiones realizadas en ese periodo.
- El hacinamiento general bordea el 227% en edificaciones sin condiciones y mantenidas por los propios internos.
- Está previsto la construcción de nuevas cárceles en próximos años, así como la puesta en marcha del Sistema Informático Penitenciario (SIPENBOL) y el Censo Penitenciario.

✓ Nº DE INTERNOS Y SU DISTRIBUCIÓN POR DEPARTAMENTOS, SEXO Y PROPORCIÓN SOBRE EL TOTAL

Departamento	Varones	Mujeres	Total	porcentaje
SANTA CRUZ	6.429	460	6.880	36,52%
LA PAZ	3.714	447	4.161	22%
COCHABAMBA	2.537	245	2.782	14,76%
BENI	943	58	1.001	5,31%
TARIJA	1.071	52	1.123	5,96%
POTOSI	754	57	811	4,3%
ORURO	842	147	989	5,25%
CHUQUISACA	692	46	738	3,9%
PANDO	342	11	353	1,87%
TOTALES	17.315	1.523	18.838	100%
	92,1%	7,9%		

Desde 2006 se ha más que duplicado hasta 2019 el número de internos en prisiones, con una reducción progresiva de la mujer y un aumento continuado de varones. En datos más actualizados proporcionados por los servicios médicos y equipos multidisciplinares, se confirma la tendencia continua en aumento.

✓ SITUACION JUDICIAL DE LOS INTERNOS



- El 68% de los internos se encuentra detenido preventivamente, pendiente de juicio.
- Los delitos por violencia han desplazado en los últimos años a los delitos por narcotráfico, aunque ambos delitos están muy relacionados.
- Aunque se han puesto en marcha indultos pero continúa aumentando el número de internos.
- La corrupción es un problema importante judicialmente lo que provoca un aumento de encarcelamientos por defenderse de esa acusación.
- Tanto desde la política como del propio Estado, optan por la vía penal y encarcelación como respuesta a las demandas ciudadanas de más seguridad.

6.3.- Consideraciones sobre el procedimiento de clasificación y su relación con el tratamiento de las adicciones en PPL.

El procedimiento de clasificación de una persona privada de libertad cuando ingresa en prisión, es uno de los momentos más importantes para el futuro proceso de cumplimiento de la pena y del proceso de reinserción social. El procedimiento es realizado por el servicio médico de la prisión conforme a los procedimientos establecidos.

Sin embargo, el énfasis se está poniendo en procesos de clasificación penal, dejando en un lugar menos importante la clasificación de interno para su integración en programas de diferentes tipos entre los que están los programas de tratamiento de las adicciones.

La mayor parte de los Centros penitenciarios están recogiendo datos sobre consumo de drogas y la posterior aplicación del programa de Régimen Penitenciario de Prevención Selectiva e Indicada.

Este hecho es muy importante, que se asegure que el interno es evaluado adecuadamente cuando ingresa en prisión, y poder así realizar un plan individualizado de intervención.

Sin embargo, por razones de exceso de ingresos diarios resulta imposible en varias prisiones, por falta de medios, realizar la clasificación a todos los nuevos PPL, y se opta por diferentes criterios como clasificar a todos aquellos que es requerido por el juez.

Por ello, nos encontramos con un problema importante para detectar y valorar adecuadamente a los internos con adicciones y poder planificar su tratamiento dentro del centro.

6.4.- Situación respecto al tratamiento de adicciones en prisión.

En el cuadro adjunto se presentan las variables más relevantes a tener en cuenta respecto al tratamiento de adicciones (drogas ilegales, alcohol, dependencia psicofármacos, tabaco) en los centros penitenciarios más relevantes del país.

CENTRO PENITENCIARIOS/CAR-CELETAS	Programa de adicciones/ Salud Mental	Adscripción al SUS para atención en salud	Internos atendidos por drogas (2018)
PALMASOLA	SI (CT)	SI	473
MONTERO-CERPROM	SI	SI	1



CENTROS DE LA PAZ (San Pedro, Obrajes, Miraflores, Chonchocoro, Patacamaya)	SI (CT)	NO (en breve si) (Usan el: SIS)	532
TARIJA	SI	NO (utilizan el SUSAT)	180
POTOSI (Santo Domingo, san Pedro Buena Vista,, Villazón, Tupiza)	SI	SI (También SIS)	27
PANDO	SI	SI	120
ORURO	SI	SI (60% COBERTURA)	959
COCHABAMBA (San Pedro Sacaba, El Abra Quillacollo, San Pedro, Arani, San Antonio, San Sebastián)	SI (CT)	SI	453
BENI (San Roque, Trinidad, Guayamerín)	SI	NO(en fase de implementación) (también el SIS-SUSA)	79(59V-20M)
CHUQUISACA (San Roque, +5 CARCELETAS))	SI	Si (también el SIS-DIMUSA-MASVIDA)	14

6.4.1.Situación de atención por adicciones en Qalauma (Centro de QALAUMA PARA ADOLESCENTES Y JOVENES MUJERES) 2018

DESCRIPCION	N° DE CASOS	EDAD								TOTAL POR GENERO		TOTAL
		< a 18		19 a 21		22 a 59		> a 60		H	M	
		H	M	H	M	H	M	H	M			

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	Drogodependientes	29	4	0	15	3	5	2	0	0	24	5	29
	Alcoholismo	3	0	0	1	0	2	0	0	0	3	0	3
	Fármacos dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



	Tabaco dependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
--	---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

6.5.- Porcentaje de internos atendidos por adicciones y salud mental sobre el total de internos

- ✓ Palmasola: 8,3%
- ✓ Centros penitenciarios de La Paz: Global: 12,78% (San Pedro 3,5%, Obrajés 26,5%, Miraflores 46,2%, Chonchocoro 6,2%, Patacamaya 0,4%, Qalauma 0,3%)
- ✓ Tarija: 16,02%
- ✓ Potosí: 3,5%
- ✓ Pando: 34%
- ✓ Oruro: 97%
- ✓ Cochabamba: 16,3%
- ✓ Beni: 14,8%
- ✓ Chuquisaca: 2,3%

La población penitenciaria atendida por problemas de adicciones (drogas ilegales, alcohol, dependencia a psicofármacos y tabaquismo) en 2018 fue de 2.380 internos/as. Teniendo en cuenta que la población total de internos de ese año fue de 18.838, tenemos que se atiende a un 12,63% del total. Teniendo en cuenta los datos de consumos en cárceles, la proporción de atendidos es baja. Pero es llamativo el gran número de atenciones de la población de mujeres, los desequilibrios del % de atendidos que no se debe solamente a la diferencia de prevalencia de problemas adictivos, si no que parece tener que ver con la coordinación de servicio médico y equipos multiprofesionales o diferencias de implantación de protocolos.

Se deben hacer esfuerzos en poner a disposición de todos los que lo necesiten los programas de tratamiento, unificar procedimiento de coordinación internos y también la oferta de programas de tratamiento.

6.6.- Ítems de atención social y sanitaria de prisiones para adicciones

Los ítems de Régimen penitenciario dedicados a la atención en adicciones en Bolivia (2019) son los siguientes:

CARGO	TOTAL
DIRECCIÓN GENERAL	33
DIRECTOR(A) DDRP	9
TRABAJADORES SOCIALES	20
PSICOLOGOS	20
EDUCACION	6



ODONTOLOGOS	18
ABOGADOS	16
MEDICOS	35
ENFERMERA	8
PSIQUIATRA	3
BIOQUIMICO	1

La implementación del STAPLL será mucho de mucha más calidad en la medida que haya ítems suficientes para ponerlo en marcha. Aunque es verdad que el SITAPPL utiliza todos los recursos del SUS, gobernaciones, municipios y ONG, que van a asegurar la implantación de este; lo referido estrictamente a la atención intrapenitenciaria para adicciones de los PPL si requiere un mínimo para conseguir un estándar razonable de calidad.

Teniendo en cuenta el número de internos/as del país es muy insuficiente el número de ítems dedicados a salud y reinserción social.

Para tener una idea de la situación general en cuanto a los ítems de atención para las adicciones y la salud mental comparada con los estándares del OMS en la materia, tenemos el siguiente cuadro:

TASA OPTIMA DE PERSONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES . OMS. INSTRUMENTO DE EVALUACION DE SISTEMAS DE SALUD MENTAL. 2013			
PROFESIONAL	TASA OPTIMA	TASA BOLIVIA	COBERTURA OPTIMA POB. BOLIVIA
MEDICOS, ENFERMERAS	23/100 MIL HAB.	14/100 MIL HAB.	2.600 DE CADA GRUPO PROFES.
PSIQUIATRAS	8-10/100 MIL HAB.	1,06/100 MIL HAB.	904
PSICOLOGOS	6,5/100 MIL HAB.	0,46/100 MIL HAB.	735
T. SOCIAL	0,8/100 MIL HAB.	0,25/100 MIL HAB.	52

Aquí queda más patente la insuficiencia de ítems en todo el país para adicciones y salud mental. Aun si querer acercarse al ratio optimo, no hay un ratio que permitiera una atención mínimamente correcta.



6.7.- Conclusiones generales y recomendaciones a considerar para implantar el SITAPLL, según los datos de situación

A modo de consideraciones generales de estos datos, cabe destacar los siguientes aspectos que se deben tener en cuenta a la hora de implantar las acciones propuestas por el SITAPLL:

- 1.- La falta de ítems dentro de los servicios multidisciplinarios y los servicios médicos para trabajar en condiciones de calidad mínima, especialmente lo referido a las Unidades de tratamiento de adicciones Intrapenitenciarias (Comunidades Terapéuticas). Aunque la coordinación con el SUS, Gobernaciones, Municipios y ONG puede resolver muchas necesidades.
- 2.- Cobertura desigual e incompleta del SUS en los Centros Penitenciarios para poder aprovechar los recursos específicos que se van a poner en marcha por el Ministerio de salud en colaboración con la SG-CONALTID para implementar los CAIFC (Centros de Atención Integral Familiar y Comunitaria) de cobertura por todo el país, como dispositivos de apoyo a los Centros Penitenciarios y carceletas en materia de adicciones y salud mental, así mismo, y de gran relevancia, en los procesos de reinserción socio laboral.
- 3.- Queda patente la necesidad de implementar módulos específicos de adicciones y salud mental en los Centros de mujeres dados los ratios tan altos de problemas registrados por los servicios médicos y multidisciplinarios de estas problemáticas.
- 4.- Las dificultades de clasificación a todos los que ingresan apunta la necesidad de reforzar este proceso para que puedan desarrollarse los programas de tratamiento sin discriminación ninguna, y en su caso poder poner en marcha medidas de mitigación en caso de no poder optar de una vez a los programas de comunidad terapéutica.
- 5.- Una gran parte de los centros penitenciarios disponen de programas para adicciones, pero solamente cuatro disponen de programa de internamiento en módulos específicos de tratamiento. Sin embargo, en todas las prisiones disponen de programas de atención a adicciones.
- 6.- Aproximadamente un 12,63% de los internos en prisión atendidos por problemas de adicciones y salud mental. Cifra que se duplica en el caso de mujeres. Esto apoya la necesidad de intervenir de modo específico en adicciones: por el problema de salud que se genera por la propia adicción, como por el impacto en enfermedades infecciosas (deficiente seguimiento de tratamientos por TB y otros como venéreas), la proclividad del adicto a drogas de adoptar comportamientos de riesgo para su salud y los que le rodean. Además, se añaden los problemas de comportamiento violento, deficiente seguimiento de reglas o violación de las mismas, con un aumento de la inseguridad general de la prisión.
- 7.- La coordinación y el trabajo en equipo para la atención del PPL con adicciones, entre el servicio médico y los equipos multidisciplinarios, aunque existe de modo informal, se carece de documentación de dichos procesos. Por ello, sería oportuno que se formalizara dicho trabajo en



equipo entre ambas unidades de atención de salud, adicciones, salud mental y reinserción de los internos.

8.- Se deben hacer esfuerzos en poner a disposición de todos los que lo necesiten los programas de tratamiento, unificar procedimiento de coordinación internos y también la oferta de programas de tratamiento.

9.- En la práctica existe una buena coordinación con departamentos y municipios para la atención de las adicciones y de otros problemas de salud general y salud mental. Se podría mejorar con la coordinación mediante protocolos.

10.- El hacinamiento en las prisiones de hombres especialmente, es un hándicap para realizar adecuadamente una oferta de tratamientos a todos los que esté indicado, lo aconseja que se establezcan prioridades de atención a las adicciones siguiendo un protocolo de priorización para la entrada a los programas de tratamiento en base a criterios clínicos en primer lugar y a criterios penales en segundo lugar. El problema del hacinamiento ya hemos visto que afecta de modo grave a la clasificación de los internos nuevos y por ello a la evaluación de las citadas prioridades de gravedad de la adicción e intención de cambio de conducta.

11.- El muy alto porcentaje de privados de libertad preventivos, es un factor a tener en cuenta dado que, inicialmente no se pueden beneficiar de la oferta de programas de tratamiento. Y si se dificulta la posibilidad de trabajar con ellos en programas de mitigación o de tratamiento aumenta la disponibilidad de drogas y dificulta el seguimiento de la recuperación.

12.- La puesta en marcha del Sistema de Información Penitenciaria Boliviana es un elemento muy positivo para evaluar los programas de tratamiento y el impacto general las actuaciones para mejorar la calidad de vida de los internos.

7. PRINCIPIOS RECTORES DEL SISTEMA INTEGRAL DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES PARA PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD (SITAPPL) Y EJES DE ACCION.

7.1. Enfoque de salud pública en todas las políticas de prevención y tratamiento de adicciones en personas privadas de libertad

Las adicciones son un problema de Salud Pública vinculado al autocuidado de la salud individual y colectiva.

Como cuestión de salud pública, las actuaciones en el ámbito de las adicciones en personas privadas de libertad están alineadas con las contenidas en Ley 913, 16 de marzo de 2017.- ley de lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas y la Ley 475, de prestaciones servicios de salud integral del estado plurinacional de Bolivia, 30 de diciembre de 2013. y La ley 1152, de 20 de febrero de 2019, modificatoria de la Ley 475, de 30 de diciembre de 2013, de prestaciones de servicios de salud integral del estado plurinacional de Bolivia, modificada por ley 1096 de 28 de mayo de 2018, hacia el sistema único de salud, universal y gratuito.



Así mismo, asumen en todas las políticas el paradigma de Salud basado en la acción intersectorial en todos los niveles de la Administración para generar políticas efectivas y sostenibles que contribuyan al logro de un máximo nivel de salud y bienestar de la población. Desde ese punto de vista, el SITAPPL tiene en cuenta los determinantes sociales de la salud entre los que destacan los factores ambientales que rodean a la persona, que influyen en la toma de decisiones sobre el uso de drogas y adicciones.

Por ello, plantea actuar sobre las conductas relacionadas con la salud, poniendo énfasis en las acciones individuales y colectivas, muy especialmente, en actuaciones orientadas a crear entornos saludables e influir en factores estructurales de orden social, económico y político.

7.2. Enfoque preventivo e integrado en el sistema de salud

Por cuanto el SITAPPL engloba desde el inicio del proceso delictivo-adictivo, persiguiendo como fin último promover la evitación de la entrada en procesos judiciales y planteando alternativas a la privación de libertad cuando existe un abuso o adicción de drogas como problema de salud pública.

El abuso de alcohol y drogas se integra de pleno en el sistema de salud desde el primer nivel de atención, el segundo y el tercer nivel, como una patología más de salud mental, evitando la creación de redes paralelas de tratamiento.

7.3. Proceso continuado hasta la reinserción sociolaboral

El proceso de prevención de la adicción, y su tratamiento no finaliza cuando se pasa a situación de libertad. La reinserción social y laboral es fundamental para la consolidación del tratamiento de la adicción y también del proceso penitenciario. Por todo ello, se proponen una acción continuada hasta la plena reinserción.

7.4. Integración de la perspectiva de género en la salud pública y la prevención y tratamiento de adicciones.

El SITAPPL contempla la perspectiva de género en todo su proceso de elaboración y acción.

Integrar la perspectiva de género en la prevención y tratamiento de adicciones significa tener en cuenta las diferentes necesidades de mujeres y hombres en todas las fases del desarrollo de políticas y programas. El objetivo fundamental es lograr la equidad de género.

La incorporación de la perspectiva de género en las adicciones desde la salud pública implica abordar la influencia de los factores biológicos, sociales y culturales en los recursos sanitarios para mejorar la eficiencia, cobertura y equidad en los programas.

En mujeres privadas de libertad significa tomar en cuenta las especificidades sociales, legales y de salud que afectan a su situación particular. E implementar acciones que den respuesta a esas necesidades.

Será necesario, por tanto, reforzar los factores de protección en las mujeres para recobrar el empoderamiento en el autocuidado de la salud.

Partiendo de los principios de equidad y accesibilidad en relación con la prevención y los recursos de atención a las adicciones, se deben tener en cuenta en primer lugar las diferencias fisiológicas y psicológicas entre hombres y mujeres y el análisis de los consumos de ambos en relación con las diferentes sustancias, así como las motivaciones que les mueven a consumir.



Y contemplar la puesta en marcha de programas sensibles al género para que las mujeres superen los posibles obstáculos de acceso a los tratamientos.

Para ello, se hace necesario abordar las actuaciones en materia de adicciones teniendo en cuenta las diferentes condiciones y necesidades de mujeres y hombres.

7.5. Visión integral de las adicciones

Dado su carácter transversal, el fenómeno de las adicciones debe abordarse desde una perspectiva multidisciplinaria e integral. Se trata de potenciar los factores de protección y reducir los factores de riesgo, garantizando la prevención y asistencia a las personas con problemas de adicciones privadas de libertad, en igualdad de condiciones respecto al resto del sistema sanitario.

El SITAPPL, como instrumento estratégico de planificación de la prevención y tratamiento de las adicciones, marca las prioridades en materia de adicciones de las personas privadas de libertad, también en el ámbito previo de los problemas judiciales vinculados a las adicciones y en el post periodo penitenciario con la reinserción. Establece los ámbitos de actuación y facilita la puesta en marcha de mecanismos que faciliten la participación social y la coordinación de acciones.

Se definen unos ejes transversales al Plan: la coordinación de recursos y programas mediante protocolos, la perspectiva de género con carácter transversal y la consideración especial de los jóvenes infractores y ya privados de libertad como el eje de SITAPPL.

Todo ello, a través de indicadores de resultados en salud como fin último de las acciones SITAPPL, para mejorar la calidad de vida de los adolescentes y jóvenes, mujeres y hombres a quienes se dirige.

7.6. Colaboración y coordinación de la sociedad civil

La estrategia de participación y colaboración social y de los recursos es uno de los pilares de acción del SITAPPL.

La sociedad estará representada a través de las ONG's, Sector Privado, Instituciones y Administraciones en los niveles estatal, departamental y local, para contribuir a la construcción de una política integrada que conformará el SITAPPL.

En este sentido, la administración departamental y administración local cumplen un papel fundamental debido a su cercanía al ciudadano, y como ejes vertebradores de la atención de las adicciones a través de las competencias que tienen atribuidas, especialmente en el primer y segundo niveles de atención.

7.7. Atención especial a la vulnerabilidad

El SITAPPL trata de ser equilibrado mediante el planteamiento de objetivos que atienden especialmente la vulnerabilidad social de los adolescentes y jóvenes y mujeres, aunque el propio colectivo de privados de libertad ya es de por sí mismo un grupo de alta vulnerabilidad, tanto en la prevención como en el tratamiento de las adicciones.

La vulnerabilidad viene determinada por la aparición del delito, el contexto social del mismo y el elemento añadido de la adicción que es un estigma social aún mayor. Las creencias y estructuras de las relaciones sociales configuran colectivos con el mayor riesgo de exclusión en el acceso a la atención sanitaria y social y la prevención.



Por otra parte, la edad, el género, el nivel educativo, el nivel socio-económico son factores de una mayor o menor desprotección ante las consecuencias del consumo de alcohol y de drogas ilegales.

Por todo ello, el SITAPPL prioriza la atención de los colectivos más vulnerables y en riesgo de exclusión asegurando el acceso de todas las personas a los servicios y recursos.

7.8. Derechos humanos, universalidad y equidad

El Informe Mundial sobre las Drogas 2016 puso un especial énfasis en la importancia de situar la política de drogas en sintonía con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y las iniciativas de desarrollo global más generales. El informe destaca la necesidad de reducir las desigualdades, garantizar la salud y conseguir la igualdad de género. El informe subraya que, para que las políticas de drogas apoyen el cumplimiento de los ODS, deben estar en plena consonancia con los derechos humanos internacionales, basarse en pruebas empíricas e incorporar la perspectiva de género, poniendo un especial acento en el derecho a la salud de las personas, en especial, a las más vulnerables.

Por todo ello, la aplicación de los ODS en salud pública referido al SITAPPL, implica garantizar a todos los usuarios del sistema de atención la accesibilidad a la prevención y el tratamiento a todos los niveles, por lo que el SITAPPL se cimenta en los principios de universalidad y equidad. El principio de universalidad implica el acceso universal a los recursos de prevención y promoción de la salud, protección y tratamiento, aun en situación de privación de libertad.

El principio de equidad busca que las personas privadas de libertad tengan las mismas oportunidades para enfrentar su adicción, independientemente de sus condiciones personales o sociales.

7.9. Principio de universalismo proporcional

El principio de universalismo proporcional es fundamental cuando los recursos son limitados: las actuaciones en materia de adicciones deben ser universales, pero con una escala e intensidad que sea proporcional a las necesidades y los recursos disponibles. Este principio rige el SITAPPL en su concepción.

8. CONCEPTO DEL SISTEMA INTEGRAL DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES PARA PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD (SITAPPL)

El Sistema Integral de tratamiento de adicciones para personas privadas de libertad, es un conjunto de recursos de atención que se sitúan en diferentes niveles organizativos según su proximidad al usuario, que giran en torno al Centro Penitenciario como eje de sistema, y que comprende desde dispositivos y programas comunitarios preventivos del delito, hasta la reinserción social; y que trabaja desde la atención a la vulnerabilidad y la consideración de las diferencias de género.



8.1. ¿Qué recursos y dispositivos de atención forman parte del sistema integral de tratamiento de adicciones para personas privadas de libertad?

Los recursos o dispositivos de atención de adicciones se organizan de modo teórico según el tipo de atención que se presta, donde se presta y el nivel de especialización o intensidad de estos.

8.1.1.- Estructura y niveles del SITAPPL.

El sistema se estructura en dos ejes:

- el primero, longitudinal, abarca el proceso desde la comisión del delito y comienzo del abuso de drogas, pasando por la privación de libertad y llega hasta la salida del sistema con la reinserción. Este eje está conformado por dispositivos de detección, valoración y tratamiento de las adicciones ubicados en el medio comunitario; por dispositivos de detección, valoración y tratamiento en el medio penitenciario; y por último, dispositivos de reinserción social y laboral comunitario nuevamente.
- el segundo, transversal, abarca los procesos que impregnan el sistema de tratamiento a lo largo del eje longitudinal; estos son: la coordinación en red con la sociedad civil, entidades privadas y públicas y administraciones, una perspectiva de género en todo el sistema de tratamiento, una consideración especial hacia el abuso y adicción en adolescentes y jóvenes con problemas jurídico-penales; y la capacitación continuada de todos agentes implicados en el SITAPPL.

Por otro lado, la atención a las adicciones en el SITAPPL según el tipo de programas, la cercanía al usuario y la intensidad y especificidad de estos se organiza en niveles del siguiente modo:

Primer Nivel:

- Primer escalón:

Atención Social de base (municipal, departamental).

Atención al delito y adicción en comisarías y órganos judiciales.

Programas sociolaborales de reinserción comunitarios.

Atención de primer nivel de Salud.

Servicios Médicos del Centro penitenciario.

- Segundo Escalón:

Atención Adicciones y Salud Mental en unidades específicas.

Programas de ONG ambulatorios.

Programas de intervención ambulatoria psicológica y psiquiátrica intrapenitenciarios.

Segundo nivel:

Hospitales de segundo nivel del SUS con programas de desintoxicación de alcohol y otras drogas, programas hospitalarios de tratamiento de deshabitación y estabilización de las adicciones de corta duración, consultas externas de adicciones con mayor nivel de intensidad.

Centros de Día para personas con adicciones.

Pisos de acogida/reinserción.

Tercer nivel:

Unidades hospitalarias de psiquiatría y adicciones.



Hospitales de día de adicciones y salud mental (tratamientos intensivos) Comunidades Terapéuticas intra y extrapenitenciarias.

8.1.2.- Recursos del SITAPPL que forma parte de la Red integral de prevención y tratamiento de las adicciones en personas privadas de libertad.

El tratamiento de las adicciones en un contexto de personas privadas de libertad comprende un continuo de servicios y programas que deben actuar en Red. El delito y el abuso de drogas van muy unidos desde los primeros estadios de la conducta antisocial adolescente y juvenil, pasando por los primeros actos delictivos, la privación de libertad y por último, la resolución de este proceso que es la reinserción socio laboral. Los recursos que conforman la Red de dispositivos de ayuda del SITAPPL, comprenden dispositivos de salud, de servicios sociales y de empleo; en niveles de comunidad, intermedios y especializados.

La incorporación al SUS (Sistema Único de salud) Boliviano de las prestaciones para la atención de las adicciones en los tres niveles de la atención (primero, segundo y tercero), es la propuesta central del SITAPLL para iniciar una nueva etapa que va a permitir que las adicciones junto con la salud mental vayan a tener una carta de identidad como verdaderos problema de Salud pública. Los centros penitenciarios de todo el país se van a beneficiar de este proceso sin duda, al poder derivarse pacientes a los mismos, y mantener una interconexión continúa con el sistema sanitario.

Con esta perspectiva, se ha integrado el SITAPPL a la red de tratamiento en el sistema de salud. Para tomar carta de identidad deberá pasar por un proceso de identificación de los dispositivos de atención a las adicciones (que tiene algunas peculiaridades propias de este problema de salud) que deben forma parte del él. Y un proceso de acreditación de los dispositivos para poder operar en este ámbito específico de las adicciones. En la formulación de este documento estratégico hemos establecido objetivos, acciones e indicadores en este sentido, que permitan alcanzar una concreción en un plazo establecido.

Pero los recursos del SITAPLL no se acaban en el ámbito sanitario, si no que implican en la Red del sistema a los Recursos Sociales. El proceso de prevención del delito y la intervención temprana de las adicciones, y el proceso de Reinserción socio laboral de internos que salen en libertad, precisan de unos recursos de intervención socio educativa en el medio abierto, y en familias vulnerables, y la reconstrucción de redes de apoyo social y laboral que sólo se pueden hacer desde los Servicios Sociales y de empleo, en íntima coordinación con los servicios sanitarios. Por esto hemos incluido una red de recursos sociales y laborales, tanto públicos como privados, para integrarlos mediante mecanismos de coordinación conjunta, convenios de colaboración, y otras fórmulas de trabajo en Red

La relación de dispositivos, centros y programas de intervención para las adicciones que relacionamos a continuación, son todos aquellos recursos que forman parte de la Red del SITAPPL. Conforme a la clasificación de dispositivos de atención de las adicciones según niveles expuesto anteriormente, vamos a identificar en el terreno los que se consideran más relevantes para poder implementar el SITAPPL.



8.2.- Eje longitudinal del SITAPPL objetivo de cada etapa, recursos implicados, actividades principales de su competencia y programas activos.

Según hemos considerado el eje longitudinal del SITAPPL, los recursos implicados en cada fase, junto con los programas que debe tener activos son:



EJE LONGITUDINAL DE SITAPPL			
PRIMERA ETAPA: PREVENCIÓN DEL DELITO E INTERVENCIÓN SOBRE EL ABUSO Y ADICCIÓN			
RECURSO IMPLICADOS	ACTIVIDAD PRINCIPAL DENTRO DEL SITAPPL	PROGRAMAS ACTIVOS PARA EL SITAPPL	OBSERVACIONES
ESCOLARES	<ul style="list-style-type: none"> • Detección de familias y jóvenes de riesgo. • Coordinación con recursos sociales y de salud. ONG. Servicios Legales Municipales. Defensoría del Menor. • Prevención de la demanda de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de prevención de intervención en caso de presencia de drogas. • Protocolos de referencia y contra referencia. • Programas comunitarios de jóvenes y familias vulnerables. • Programas de prevención selectiva e indicada. 	<p>El absentismo escolar es un factor de riesgo de consumo de drogas y delitos.</p> <p>Este medio es muy buen lugar para la prevención de las conductas delictivas en coordinación con los recursos comunitarios.</p>
POLICIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención preventiva con jóvenes y adultos infractores de la ley: detección de consumos. • Coordinación con programas escolares y comunitarios de drogas y vulnerabilidad y delincuencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de prevención del delito en consumidores de drogas. • Protocolo de intervención en la detención del jóvenes y adultos vulnerables. • Protocolos de referencia y contra referencia con recursos comunitarios (escuelas, de salud, de servicios sociales). 	<p>La FELCN cumple un rol especial en impedir que el joven, y un adulto también, inicie una entrada en el sistema penal mediante acciones de prevención del delito. Es clave la capacitación de este colectivo para ampliar sus funciones.</p>



<p>JUDICIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Propuesta y aplicación de medidas no privativas de libertad en jóvenes y adultos infractores de la ley con problema de adicciones. • Aplicación de alternativas a la prisión en privados de libertad con consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de prevención del delito en consumidores de drogas. • Protocolos de información y asesoramiento en la ejecución penal en jóvenes y adultos infractores consumidores de droga. • Protocolos de referencia y contra referencia con los recursos del programa 	<p>Jueces y fiscales tienen un rol muy importante en evitar la entrada al sistema penal de jóvenes consumidores y adultos que infringen la ley. Buscar el tratamiento de la adicción antes de aplicar penas de privación de la libertad y ejercer medidas educativas y rehabilitadoras es esencial para SITAPLL.</p>
<p>SALUD Y SOCIALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El sistema de atención social se ocupa de la detección, seguimiento e intervención con jóvenes y familias y adultos vulnerables al delito y adicciones. • Tratamiento de la adicción y acciones de coordinación para la inserción social del joven y adulto con sistemas de empleo, deporte, ocio y tiempo libre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de trabajo en el medio abierto con jóvenes en riesgo (Educación de calle y familiar). • Programas ambulatorios de tratamiento para jóvenes de riesgo. • Protocolos de referencia y contra referencia de recursos comunitarios. • Programas de jóvenes y adultos en régimen de penas alternativas a la prisión. 	<p>El eje de la intervención con jóvenes y adultos consumidores de drogas son los CAIFC de salud, donde se realiza el plan de trabajo en red.</p> <p>El sistema de atención social debe ampliar sus cometidos para la prevención del delito y las adicciones, para hacer seguimiento de casos y familias.</p>



EJE LONGITUDINAL DE SITAPPL			
SEGUNDA ETAPA: TRATAMIENTO EN PRIVACION DE LIBERTAD			
RECURSOS IMPLICADOS	ACTIVIDAD PRINCIPAL DENTRO DEL SITAPPL	PROGRAMAS ACTIVOS PARA EL SITAPPL	OBSERVACIONES
<p>SOCIALES Y DE SALUD (incluye a equipos multidisciplinares)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento de clasificación para programas de adicciones de los internos. • Referencia y contra referencia de la TS con la atención social (municipios gobernaciones) y ONG, de casos que ingresan en prisión. Remisión de información sobre PPL y familia y entorno. • Evaluación del problema adictivo y de salud mental. • Salud y equipos multiprofesionales ejercen la implementación técnica de todos los programas de tratamiento y reducción de daños. • Implementar los programas de tratamiento y reducción de daños por drogas. • Intercambio de información sobre casos, referencia y contra-referencia, gestión de alternativas a la prisión. Preparación para la libertad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de intervención en adicciones para mujeres privadas de libertad MLP (perspectiva de género en todos los programas). • Programa ambulatorio intrapenitenciario. • Programan de atención a la patología dual. • Programa de ingreso en unidad de internamiento para adicciones (comunidad terapéutica). • Programa de reducción de daños por consumo de drogas en la prisión. • Programas de atención a privados de libertad en cumplimiento alternativo (salidas alternativas) por adicción. • Programa de preparación para la libertad entre Centro penitenciario y CAIFC de salud. 	<p>Los servicios médicos y equipos multi - Profesionales deben trabajar de modo unificado en la clasificación para programas de adicciones.</p> <p>Se debe protocolizar en documentos todos los diferentes programas que se realicen.</p> <p>El sistema de atención social externo articula con la TS de prisión la información de cada interno para apoyos de familia y entorno en prisión, y preparación de la reinserción.</p>



		<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de intercambio de información entre Régimen penitenciario-salud-atención social-ONG. • Protocolo de referencia y contra referencia con recursos comunitarios. 	
POLICIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Colabora en la clasificación para programas de tratamiento. • Ejerce control sobre la disponibilidad de drogas dentro del centro para apoyar los PPL en tratamiento. • Coordinación con programas comunitarios de drogas y vulnerabilidad; y delincuencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de detección y d control de drogas dentro de la prisión. • Procedimiento de coordinación e información con la policía del programa de prevención del delito. • Programa de formación para policías en adicciones. 	<p>La policía debe ser formada para ejercer una labor no solo de control si no de información sobre conductas de internos y consumo de drogas y captación de los mismos.</p> <p>Así mismo ejercer el máximo esfuerzo para reducir las disponibilidades de drogas dentro la prisión.</p>
JUDICIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Propuesta y gestión de medidas alternativas a la prisión (salidas alternativas), gestión de penas sustitutorias y otros beneficios penitenciarios por adicción a las drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de formación de jueces y fiscales en adicciones y gestión de medidas alternativas para la prevención del delito y evitar la estigmatización. • Procedimientos de apoyo a jueces y fiscales en la toma de decisiones penales en caso de consumo de drogas. 	<p>Resulta clave la formación de jueces y fiscales en medidas no privativas de libertad y en la gestión de salidas alternativas de ya penados.</p> <p>Y lo que es importante, garantizar una gestión de los casos que dé seguridad al juez en esas medidas preventivas.</p>



EJE LONGITUDINAL DE SITAPPL			
TERCERA ETAPA: INTERVENCIÓN PARA LA REINSERCIÓN SOCIOLABORAL			
RECURSOS IMPLICADOS	ACTIVIDAD PRINCIPAL DENTRO DEL SITAPPL	PROGRAMAS ACTIVOS PARA EL SITAPPL	OBSERVACIONES
SOCIALES Y DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> • Colabora en el programan de preparación para la salida en libertad con recursos de presión y comunitarios. • Elabora el itinerario personalizado de reinserción entre el servicio de salud penitenciario y equipos multidisciplinario, y recursos comunitarios, en especial los CAIFC de salud. • Acogida por parte del CAIFC de salud a la salida en libertad, y articulación con gobernación y municipios, ONG, empleo, deporte, ocio y tiempo libre para la reinserción. • Continuidad de tratamiento de adicción y recuperación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programan de coordinación para elaboración de itinerario personalizado de reinserción. • Programa de acogida de los CAIFC a los ex privados de libertad. • Programa de implementación del itinerario personalizado de reinserción. • Programa de coordinación social con TS del centro penitenciario de referencia. • Programa de tratamiento de adicciones a ex privados de libertad: continuidad de tratamiento de prisión o seguimiento para la recuperación. 	<p>Todas las acciones y programas van orientados a la continuidad de tratamientos a la salida en caso de estar en tratamiento en ese momento. Y trabajo en red comunitaria para la reinserción social y laboral.</p>
POLICIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Tener conocimiento e informar sobre el seguimiento y reincidencias a los jóvenes y adultos en programa de reinserción social. • Coordinar con medio educativo y laboral el apoyo a los centros descolorares y a los ex PPL en su proceso reeducativo y laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de coordinación y comunicación periódica entre actores implicados. • Programa de seguimiento de PPL en proceso de recuperación de adicción y reinserción social y educativa. 	<p>La policía debe cumplir un rol de seguimiento del proceso de reinserción como un actor más implicado en el proceso de preservación del proceso de recuperación y reinserción.</p>
ESCOLARES	<ul style="list-style-type: none"> • Actuaciones de reinserción educativa en ex PPL. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de seguimiento en medio educativo de ex PPL en proceso de Re escolarización y formativos generales. 	<p>Esta acción se integra en el programa de actuación coordinados con centros educativos.</p>



8.3.- Eje transversal del SITAPPL: componentes.

8.3.1. Sistema de información para todo el proceso de tratamiento, y sistema de registro acumulativo de casos y actividad asistencial.

Por sistema de información se entiende, normalmente, el conjunto de personas, procedimientos y equipos diseñados y mantenidos para recoger, procesar, almacenar y utilizar la información. Dentro de este esquema básico, unos ponen el acento en la comunicación y en la importancia del continuo feed-back entre el destinatario y la fuente emisora; otros entienden que un sistema de información son las estadísticas que se producen en los distintos servicios; para algunos son las técnicas que se aplican al procesamiento de los datos; otros, en cambio, piensan en su importancia para la intervención al ofrecer diferentes alternativas de acción.

A los efectos del implantar el SITAPPL, son dos las misiones fundamentales de un sistema de información: a) En primer lugar, debe convertir los datos en información inteligible. Los datos no son más que variables asociadas a acontecimientos, mientras que la información surge de la interpretación de esos datos, y, en segundo lugar, debe posibilitar la utilización de esa información: nunca es práctico contar con un enorme volumen de información si no existe un sistema para ponerla a disposición de las personas que la necesitan, en el momento oportuno y en una forma fácil de entender.

La información nunca debe ser más importante que la acción a partir de ella, por ello, la "fascinación" por acumular datos debe dejar paso a disponer de los datos suficientes para poder evaluar, analizar, corregir y actuar en consecuencia.

Un elemento esencial del Sistema Integral de tratamiento para personas privadas de libertad (SITAPPL), como en cualquier sistema de asistencia de salud, es un sistema de información. Debemos disponer de dos conjuntos de datos diferentes, pero igualmente importantes.

Por un lado, el registro de la actividad de asistencial, y actividad clínica. Lo idóneo es que la historia clínica dentro de Régimen Penitenciario sea única e informatizada, de modo que los profesionales autorizados pueden entrar y actualizar las actuaciones profesionales realizadas, diagnósticos y también registrar el tipo de actividad asistencial realizada conforme a unos códigos previamente establecidos (clasificación, evaluación, consulta de seguimiento, derivaciones (referencias) y contra referencia, etc.). También es de gran importancia registrar datos de programas comunitarios de intervención de ONG y de centros públicos, datos policiales previos al ingreso y datos judiciales; asimismo datos de Servicios Legales municipales y Defensoría del menor, entre otros. En todo caso, se debe determinar el conjunto mínimo de datos a registrar.

De modo idóneo, aquí sería lograr inter-operatividad entre sistemas de otros ámbitos como el judicial, el de salud, los de gobernación y municipios. La implantación del Sistema de Información Penitenciario de Boliviano (SIPENBOL) puede ser de una gran ayuda para informatizar la historia clínica e incluir este conjunto mínimo de datos para el SITAPPL.

El otro conjunto de datos de gran interés en mantener y explotar un registro de casos atendido este como el registro acumulativo de los casos atendidos con especial referencia a los diagnósticos clínicos de adicciones y salud mental, y enfermedades asociadas.

Esto permite disponer de un histórico de casos atendidos por los servicios de salud de los centros penitenciarios.



El objetivo último es poder tener un seguimiento de la atención de la adicción desde el periodo anterior a la privación de libertad hasta la fase de reinserción, pasando por los programas intrapenitenciarios.

8.3.2. Programa diferenciado por género en todas las fases del SITAPPL.

El contexto legal en Bolivia sobre la perspectiva de género se recoge en la Ley n° 348, ley de 9 de marzo de 2013, Ley Integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia. En el ARTÍCULO 4. (PRINCIPIOS Y VALORES). Se relacionan los principios que protege esta ley respecto a la mujer, y que se aplican plenamente a las propuestas que sustentan el SITAPPL.

2. Igualdad. El Estado garantiza la igualdad real y efectiva entre mujeres y hombres, el respeto y la tutela de los derechos, en especial de las mujeres, en el marco de la diversidad como valor, eliminando toda forma de distinción o discriminación por diferencias de sexo, culturales, económicas, físicas, sociales o de cualquier otra índole.

3. Inclusión. Tomar en cuenta la cultura y origen de las mujeres, para adoptar, implementar y aplicar los mecanismos apropiados para resguardar sus derechos, asegurarles el respeto y garantizar la provisión de medios eficaces y oportunos para su protección.

7. Igualdad de Oportunidades. Las mujeres, independientemente de sus circunstancias personales, sociales o económicas, de su edad, estado civil, pertenencia a un pueblo indígena originario campesino, orientación sexual, procedencia rural o urbana, creencia o religión, opinión política o cualquier otra; tendrán acceso a la protección y acciones que esta Ley establece, en todo el territorio nacional.

8. Equidad Social. Es el bienestar común de mujeres y hombres, con participación plena y efectiva en todos los ámbitos, para lograr una justa distribución y redistribución de los productos y bienes sociales.

9. Equidad de Género. Eliminar las brechas de desigualdad para el ejercicio pleno de las libertades y los derechos de mujeres y hombres.

11. Informalidad. En todos los niveles de la administración pública destinada a prevenir, atender, detectar, procesar y sancionar cualquier forma de violencia hacia las mujeres, no se exigirá el cumplimiento de requisitos formales o materiales que entorpezcan el proceso de restablecimiento de los derechos vulnerados y la sanción a los responsables.

13. Atención Diferenciada. Las mujeres deben recibir la atención que sus necesidades y circunstancias específicas demanden, con criterios diferenciados que aseguren el ejercicio pleno de sus derechos.

14. Especialidad. En todos los niveles de la administración pública y en especial aquellas de atención, protección y sanción en casos de violencia hacia las mujeres, las y los



servidores públicos deberán contar con los conocimientos necesarios para garantizar a las mujeres un trato respetuoso, digno y eficaz.

Si bien son importantes todos los principios, a efectos de esta propuesta resaltaremos el 13, referido a la necesidad de atención diferenciada según sus necesidades específicas, y el 14 por la referencia que hace a la capacitación para sensibilizar y manejar la perspectiva de género. Cuestiones ambas que sustentan la propuesta de perspectiva de género en las acciones y su implementación.

La adopción de una perspectiva de género en adicciones significa varias cosas a conseguir, entre ellas están:

- incorporar la perspectiva de género en las actuaciones, los programas, las actuaciones y las políticas de drogas.
- Sensibilizar y mejorar los conocimientos en perspectiva de género de los agentes implicados en el SITAPPL.
- Adecuar el material y el contenido de los programas, integrando la perspectiva de género de forma transversal.
- Sensibilizar a los profesionales que participan del SITAPPL y mandos directivos y planificadores en mejorar sus competencias para incorporar la perspectiva de género en el tratamiento de las adicciones para PPL.
- Mejorar la atención de las mujeres atendidas en los diferentes programas de adicciones y reinserción social, así como de prevención del delito (minimizar los sesgos en el tratamiento: barreras de acceso y mantenimiento) y evitar desigualdades en el tratamiento.

Cuando hablamos de perspectiva de género en el tratamiento de las adicciones nos referimos a garantizar la equidad en la atención entre mujeres y hombres, analizando las particularidades y las necesidades específicas de unos y otros.

Incorporar la perspectiva de género en el tratamiento permite exteriorizar y comprender mejor los diferentes patrones y problemas asociados al consumo y adaptar los programas para mejorar su eficacia.

Y esto requiere hacer visible el consumo de las mujeres en un ámbito tradicionalmente masculino y en el medio penitenciario aún más, ya que al analizar las condiciones de vida de las mujeres implica necesariamente estudiar las realidades de los hombres y las complejas relaciones que se desarrollan entre los sexos.

Entre las medidas específicas que los profesionales de adicciones señalan como relevantes para profundizar en la perspectiva de género, están:

Entre las propuestas de mejora planteadas por los y las profesionales, destacan:

- Formación de los profesionales en perspectiva de género.
- Ampliar los recursos en prisión y externos para mujeres y su acceso.
- Habilitar programas o espacios de intervención específicos, especialmente para mujeres (p. ej., Grupos), y, concretamente, para mujeres víctimas de violencia de género.
- Adecuar los horarios para facilitar el acceso a programas a mujeres con cargas familiares, dentro y fuera de la prisión.
- Trabajar en equipos mixtos siempre que sea posible.
- Fomentar la investigación específica sobre diferencias de género y adicciones.



La adecuación de los recursos y programas asistenciales para mujeres con problemas de adicciones podrían ser entre otros:

- Incorporar objetivos y actividades dirigidas a detectar y abordar correctamente las formas diferenciales de enfermar de hombres y mujeres.
- Formular medidas que permitan identificar y abordar el impacto de los roles tradicionales de género y de las actividades en salud física y psíquica de las personas, para incorporar acciones para reducir las inequidades que se desprenden (horas de sueño, características del trabajo, tiempo libre, situación familiar, tiempo de actividad física, participación social, violencia, etc.).
- Establecer medidas y programas que eviten la asignación automática a las mujeres de los cuidados en el ámbito familiar, impulsando la corresponsabilidad de los hombres y las mujeres en el ámbito del autocuidado y del cuidado al resto de miembros de la familia.
- Impulsar el desarrollo de acciones que sirvan para disminuir los sesgos de género en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico. Por ello, hay que evitar la medicalización innecesaria del cuerpo de la mujer y de sus ciclos vitales.
- Incluir herramientas en los instrumentos clínicos y de gestión que permitan e incentiven la incorporación la perspectiva de género en los modelos de atención.
- Proponer revisiones de las guías de práctica clínica de uso habitual, los procesos asistenciales de adicciones y de los protocolos de actuación para incorporar en los contenidos la perspectiva de género.
- Promover el establecimiento de indicadores de género y estándares de igualdad en la planificación de la prevención de las adicciones y su tratamiento y en los diferentes servicios asistenciales.
- Garantizar que se tienen en cuenta las necesidades y expectativas de hombres y mujeres en la accesibilidad (horaria, ubicación, etc.), en la oferta por parte de los profesionales en sus programas de tratamiento intra y extra-penitenciarios, los recursos específicos de mujer como la patología sexual, salud reproductiva, etc. Hay que tener en cuenta que, en caso de que las intervenciones o los tratamientos tengan un coste, las mujeres en su conjunto tienen menos oportunidades, dado que como colectivo disponen de menos recursos económicos que los hombres.
- Desarrollar líneas de acción para garantizar la mejor atención en aquellos aspectos del problema de salud general y de su adicción que tengan especial trascendencia para las mujeres

En las recomendaciones finales de este documento se señala que se recomienda que se constituya un grupo de seguimiento de la aplicación de la perspectiva de género en el desarrollo de SITAPPL, de modo que pueda receptionar, antes de implementarse las acciones, la documentación necesaria para ejercer una auditoria de perspectiva de género, vinculante en sus recomendaciones.

En todo caso entre sus funciones estaría la de emitir un informe de aplicación de la perspectiva de género en el SITAPLL, durante cada una de las evaluaciones anuales del periodo de implementación



8.3.3. Programa diferenciado para adolescentes y jóvenes en todas las fases del SITAPPL.

Los jóvenes infractores son, sin lugar a duda, un eje central de esta propuesta. El carácter preventivo de la actuación jóvenes que infringen la ley y consumen drogas, es sumamente prometedor para incidir en evitar la estigmatización con lo que genera de auto marginación, promover medidas no privativas de libertad e incidir en el hacinamiento como uno de los problemas más acuciantes en el régimen penitenciario de Bolivia. De aquí que Sistema Integral de Tratamiento de Adicciones en Privados de Libertad (SITAPPL), se concibe como un continuo que se inicia en el medio abierto, la comunidad, todas las condiciones que hacen que el joven quede en situación de vulnerabilidad e inicie su camino por el delito y las adicciones.

El modelo conceptual más conocido y utilizado, que conecta los factores de riesgo para el delito que presenta un sujeto y la intervención o tratamiento rehabilitador, es el Modelo de Riesgo-Necesidades-Responsividad (Andrews y Bonta, 2010⁷; Cooke y Philip, 2001⁸; Cullen y Gendreau, 2006⁹; Howell, 2009¹⁰; Lipsey, 2009¹¹; Ogloff y Davis, 2004¹²; Redondo, 2008a¹³). En él se establecen tres principios operativos para el tratamiento de los infractores:

1. Principio de riesgo, según el cual para poder administrar la intervención apropiada a las características de los jóvenes infractores debe comenzarse por evaluar y predecir la magnitud global de su nivel de riesgo. De este modo, los individuos con mayor nivel de riesgo deberían recibir intervenciones más intensas mientras que aquéllos cuyo riesgo es bajo pueden participar en intervenciones menos específicas o, sencillamente, no requerir intervención alguna.
2. Principio de necesidad, que establece que el tratamiento debe enfocarse a las “necesidades criminogénicas” de los sujetos, entendiéndose como tales aquellos elementos de riesgo que probablemente guardan relación directa con su conducta delictiva (Polaschek y Reynolds, 2001¹⁴). Los factores principales de “necesidad criminogénica” son: las actitudes antisociales, tener amigos/compañeros delincuentes, abusar de sustancias tóxicas, los déficits en la capacidad de resolución de problemas, y presentar alta hostilidad hacia otros (Ogloff, 2002¹⁵).

⁷ Andrews, D. y Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct* (5th ed.). Cincinnati (EEUU): Anderson Publishing Co.

⁸ Cooke, D. J., y Philip, L. (2001). To treat or not to treat? An empirical perspective. En C.R. Hollin (Ed.), *Offender assessment and treatment* (págs. 17-34). Chichester (Reino Unido): Wiley.

⁹ Cullen, F. T. y Gendreau, P. (2006). Evaluación de la rehabilitación correccional: política, práctica y perspectivas. En R. Barberet y J. Barquín, *Justicia penal siglo XXI: Una selección de Criminal Justice 2000* (págs. 275-348). Granada: Editorial Comares.

¹⁰ Howell, J. C. (2009). *Preventing and reducing juvenile delinquency*. California: Sage.

¹¹ Lipsey, M. (2009). The primary factors that characterize effective interventions with juvenile offenders: A meta-analytic overview. *Victims y Offenders*, 4(2), 124-147.

¹² Ogloff, J. R. P., y Davis, M. R. (2004). Advances in offender assessment and rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10 (3), 229-242.

¹³ Redondo, S. (2008a). *Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes*. Madrid: Pirámide.

¹⁴ Polaschek, D. L. L. y Reynolds, N. (2001). Assessment and treatment: violent offenders. En C. R. Hollin (Ed.), *Offender assessment and treatment* (págs. 416-431). Chichester (Reino Unido): Wiley.

¹⁵ Ogloff, J. R. P. (2002). Identifying and accommodating the needs of mentally ill people in gaols and prisons. *Psychiatry, Psychology y Law*, 9, 1-13.



3. Principio de responsividad, que llama la atención sobre aquellos factores que podrían dificultar que un individuo respondiera eficazmente a un tratamiento. Tales inconvenientes pueden ser internos al individuo –como un bajo nivel intelectual o falta de motivación– o externos a él –baja calidad de la relación terapéutica o contenido inadecuado del programa de tratamiento–. Atendiendo a las dificultades que están presentes en cada caso, el tratamiento debe ofrecerse de la manera que pueda resultar más beneficioso y eficaz para los individuos.

Paralelamente al Modelo Riesgo-Necesidades-Responsividad (Andrews y Bonta, 2010), existen también otras perspectivas teóricas o aplicadas que enfatizan diversos factores que podrían constituir objetivos plausibles de las intervenciones educativas y tratamientos con jóvenes. Entre ellas la teoría del aprendizaje social, el denominado modelo cognitivo-conductual de tratamiento, las perspectivas psicológicas más clásicas que analizan los rasgos o actitudes de los individuos, la atribución de la actividad delictiva a las graves carencias educativas, la terapia multisistémica, etc. Todas estas perspectivas constituyen modelos psicológicos relevantes en los que se han basado numerosas intervenciones con jóvenes infractores y delincuentes adultos.

La literatura de evaluación de programas de intervención con menores infractores tanto en centros juveniles como en medidas comunitarias avala los resultados positivos de estas intervenciones. Estas evaluaciones específicas han obtenido por lo general resultados positivos en la reducción de la motivación y el riesgo delictivo de los jóvenes. Y en algunos casos se ha comprobado que han producido reducciones significativas de las tasas globales de reincidencia. Sin embargo, hay déficits de intervención en general que se deben subsanar. Es decir, habría que conectar en mayor grado las técnicas de intervención aplicadas con déficits y necesidades de los sujetos que se han asociado a su actividad y hábitos delictivos. En esta dirección sería muy importante una mayor formalización técnica de las intervenciones terapéuticas y educativas, incluyendo todas sus fases necesarias, tales como evaluación inicial y detección de necesidades de los individuos, especificación operativa de objetivos, medida pre tratamiento de las variables que son objetivos de la intervención, especificación de todas las actividades integrantes de la intervención, modo de entrenamiento de los profesionales que van a desarrollar la intervención, aplicación íntegra del programa, incorporación de estrategias de generalización de los aprendizajes, y medida pos tratamiento y seguimiento (Andrews, 2001¹⁶; Andrews y Bonta,

¹⁶ Andrews, D. (2001). Principles of effective correccional programs. En L. L. Motiuk y R. C. Serin (Eds.), Compendium 2000 on effective ocrreccional programming (págs. 9-17). Ottawa: Correctional Service Canada.



2010; Cullen y Gendreau, 2006; Hollin, 2006¹⁷; Lipsey, 2009; Lipsey y Landerberger, 2006¹⁸; Lösel, 1995, 1996¹⁹; McGuire, 2002, 2004²⁰; Redondo, 2008²¹).

Así mismo, las evaluaciones sistemáticas de las intervenciones educativas y de los tratamientos aplicados, que siguen siendo escasas. Idealmente, todas las intervenciones que se realizan con los menores infractores, y en todos los contextos, deberían ser evaluadas.

8.3.4. Coordinación y participación de todos los recursos de la Red del SITAPPL.

El carácter de Red que la ley 913 otorga a las acciones de prevención y tratamiento, y rehabilitación de las adicciones, deja muy claro que esta tarea es conjunta, colaborada y coordinada. Este es el enfoque que se propone y trabaja en el SITAPPL. Prácticamente en todos objetivos y acciones que se plantean se habla de trabajo en red, de coordinación, de comisiones y grupos de trabajo interinstitucionales.

El apoyo legal está recogido en la citad ley, de modo que (sic) "el Ministerio de Salud coordinará la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, con el fin dirigir y articular políticas, planes, programas, proyectos y acciones destinadas a coadyuvar en la lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas, mediante la prevención integral del consumo de sustancias psicoactivas, tratamiento, rehabilitación y reintegración de drogodependientes; en el marco de las políticas del Consejo Nacional de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas - CONALTID."

La Red de Prevención Integral se entiende conformada por todos los agentes de prevención, tratamiento y reinserción públicos y privados que trabajan en este sector. La ley señala (sic):

- a) Instituciones públicas y privadas con o sin fines de lucro, que desarrollan actividades de prevención integral al consumo de sustancias psicoactivas; tratamiento, rehabilitación y reintegración de drogodependientes e investigación científica sobre adicciones o sustancias psicoactivas.

¹⁷ Hollin C. R. (2006). Offending behaviour programmes and contention: evidencebased practice, manuals, and programme evaluation. En C. R. Hollin y E. J. Palmer (Ed.), Offending behaviour programmes (págs. 33-67). Chichester (Reino Unido): Wiley.

¹⁸ Lipsey, M. W. y Landerberger, N. A. (2006). Cognitive-behavioral interventions. En B.C. Welsh y D.P. Farrington, Preventing crime: What works for children, offenders, victims and places (págs. 57-71). Dordrecht (Holanda): Springer.

¹⁹ Lösel, F. (1995). The efficacy of correctional treatment. En J. McGuire, What works: Reducing reoffending. Nueva York: John Wiley & Sons.

Lösel, F. (1996). What recent meta-evaluations tell us about the effectiveness of correctional treatment. En G. Davies, S. Lloyd-Bostock, M. MacMurrán, y C. Wilson (Eds.), Psychology, Law and Criminal Justice: International Developments in Research and Practice. Berlín: De Gruyter.

²⁰ McGuire, J. (2002). Integrating findings from research reviews. En J. McGuire (Ed.), Offender rehabilitation and treatment: Effective programmes and policies to reduce re-offending (págs. 3-38). Chichester (Reino Unido): Wiley.

McGuire, J. (2004). Commentary: promising answers, and the next generation of questions. Psychology, Crime & Law, 10(3), 335-345.



- b) Todas las instituciones públicas y privadas con o sin fines de lucro, que desarrollen actividades de prevención integral del consumo de sustancias psicoactivas; tratamiento, rehabilitación, reintegración de drogodependientes y de investigación científica sobre el fenómeno de las drogas, deben registrarse y acreditarse, bajo regulación específica emitida por el Ministerio de Salud."

Las funciones que se proponen tienen para la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, aunque no se concreta la articulación de esta son de una vocación claramente colaborativa e impulsora de acciones y su seguimiento. El SITAPLL debe ser evaluado por subcomisiones "ad hoc" de la Red.

Las funciones son estas:

1. Aprobar la Política de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno.
2. Realizar seguimiento a la implementación de la Política de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno.
3. Establecer mecanismos de coordinación intersectorial para la prevención integral, tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con adicciones y su entorno.
4. Promover la articulación entre el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas, así como con las entidades privadas sin fines de lucro.
5. Otras establecidas mediante reglamento.

La única concreción de funcionamiento que se da de la Red se apoya en una unidad operativa dentro del ministerio de salud. La entidad operativa, tiene como principal atribución elaborar la Política sobre la atención de adicciones, para su aprobación por la Red. La entidad operativa será la encargada de ejecutar las acciones necesarias en coordinación con los establecimientos de salud, centros educativos, los Consejos de Seguridad Ciudadana, e iniciativas públicas y privadas, con o sin fines de lucro; en el marco de sus competencias.

La entidad operativa coordinará la implementación de programas integrales de prevención de adicciones y del consumo de sustancias psicoactivas; tratamiento, rehabilitación y reintegración de drogodependientes.

El SITAPPL, además de esta acción en Red, propone extender la Red a la sociedad civil con más amplitud que la mera presencia de ONG, que realmente son entidades de tratamiento, pero no de participación social en la toma de decisiones. En este sentido, se propone establecer un mecanismo de transparencia y participación en las acciones que se implementen.

Figura 1: Eje longitudinal del SITAPPL

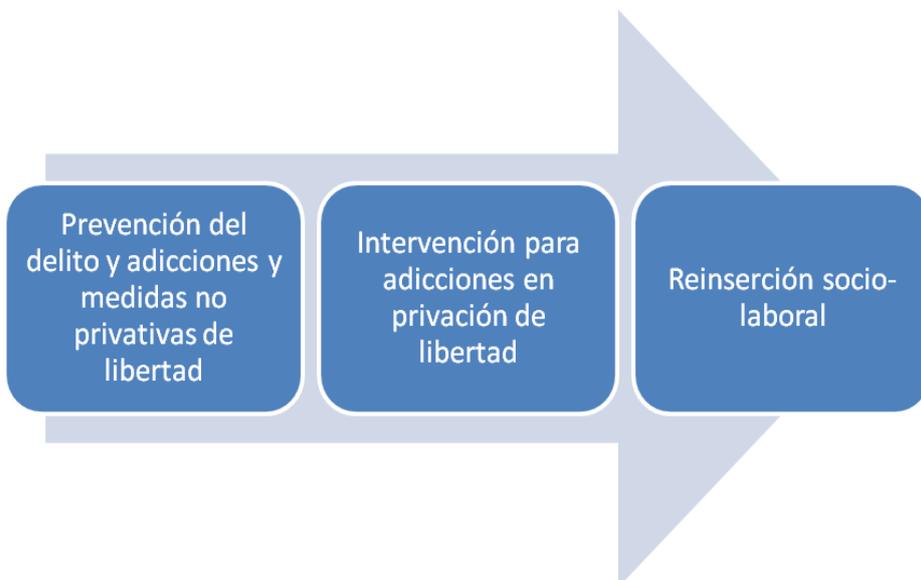


Figura 2: Eje transversal del SITAPPL



Figura 3: Red del Sistema Integral de Tratamiento de adicciones para personas privadas de libertad (SITAPPL)



9. LINEAS ESTRATÉGICAS DEL SITAPPL

1. Promover una Red integrada de tratamiento de adicciones para prevenir y actuar tempranamente en el inicio de la adicción y prevenir paralelamente el delito.
2. Fortalecer y convertir en eje esencial del sistema la reinserción sociolaboral para minimizar las recaídas.
3. Hacer de la perspectiva de género del SITAPPL uno de los ejes transversales centrales.
4. Situar la estrategia basada en la coordinación y colaboración entre todos los agentes implicados (sociedad civil, empresas y administraciones en todos sus niveles) en el centro de la gestión del SITAPPL.
5. Fortalecer la estrategia de prevención del binomio delito/adicción como herramienta básica para disminuir los efectos deletéreos de la judicialización en colectivos vulnerables como mujeres y jóvenes.
6. Impulsar la adopción de estrategias de reducción de daños por el uso de drogas, en entorno penitenciario, en colectivos específicos en riesgo para la salud física y mental.
7. Garantizar la atención sanitaria de las adicciones en el SITAPPL en condiciones de accesibilidad y equidad respecto de otras patologías físicas o mentales.



8. Potenciar la formación de todos los colectivos y ámbitos de actuación de interés dentro del SITAPPL, en especial jueces y fiscales, profesionales sanitarios y sociales, policía penitenciaria y comunitaria, educadores y otros colectivos.
9. Implementar un sistema de información del SITAPPL, que permita compartir las bases de datos con otros actores del sistema de tratamiento.
10. Incorporar el tratamiento de adicciones y salud mental para personas privadas de libertad (PPL), en el Sistema Único de Salud (S.U.S.), que garantice la asistencia a las adicciones en las mismas condiciones que el resto de las patologías y una adecuada reinserción sociolaboral a la salida en libertad.

10. PROGRAMACIÓN POR OBJETIVOS Y ACCIONES DEL SISTEMA INTEGRAL DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES PARA PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD (SITAPPL)

10.1. Objetivo general 1

Promover la prevención del abuso de drogas y del delito entre jóvenes y adultos, como puerta de entrada en el sistema penal, mediante programas comunitarios. Considerando la perspectiva de género.

JUSTIFICACION

La problemática de la comisión de delitos menores como robos con o sin violencia que en un porcentaje elevado terminan en prisión, y muchos de ellos cometidos por jóvenes y adultos, hacen este uno de los problemas más importantes que explican el hacinamiento en prisiones de Bolivia.

Por otro lado, acompañado por un consumo de alcohol y drogas en el momento de cometer el delito. Una buena parte de estos delitos podrían ser reconducidos hacia evitar la judicialización e implementar medidas de tratamiento del consumo de drogas, y será una oportunidad para recuperar al joven y adulto de su comportamiento delictivo y de su consumo de sustancias psicotrópicas.

Como se ha puesto de manifiesto en estudios sobre programas preventivos eficaces para jóvenes, la intervención en medio familiar de familias de riesgo, en medio escolar y medio comunitario son estrategias prometedoras para intervenir de modo selectivo e indicado (Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes: Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad. NIDA 2004).

Por otro lado, la intervención selectiva e indicada en adolescentes y jóvenes, teniendo en cuenta factores de riesgo familiares y del entorno, así como individuales, es una estrategia eficaz de intervención para lograr resultados en comportamientos de riesgo y delictivos (Estándares internacionales en prevención del uso de drogas. UNODC, 2015)

ACCIONES



1.1.- Implantar programas, en el medio escolar, de prevención selectiva e indicada de detección precoz de familias y adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad social, y de abuso de alcohol y drogas, y especialmente con conductas antisociales. Diferenciando medidas específicas de género.

Horizonte temporal: final de 2020.

Agentes implicados: Ministerio de Educación, CONALTID, Viceministerio de desarrollo social, Ministerio de salud.

Estimación de costes: con lleva coste de tiempo de trabajo de técnicos de dichos ámbitos y tiempos de reunión para coordinación. Costes de presentación en centros educativos en tiempo de técnicos. Posible consultoría para el impulso y preparación y asesoramiento en el programa. Elaboración de materiales de apoyo centro escolar y gastos de difusión en medios e internet (redes sociales).

> **Indicadores**:

- De proceso:

IP-1.1.1.- Existencia de un documento del programa consensuado y aprobado.

IP-1.1.2.- Porcentaje de alumnos en vulnerabilidad social y con consumo de drogas y conductas antisociales detectados sobre el total de alumnos diana.

- De resultado:

IR-1.1.3.- Reducción de la línea base de número de delitos en adolescentes con consumo de drogas sobre años anteriores.

1.2.- Implantar protocolos de referencia y contrarreferencia de detección precoz del consumo de alcohol y drogas entre adolescentes y jóvenes desde el centro escolar, el primer nivel de atención de salud, el CAIFC (Centro de atención integral familiar y comunitaria), segundo y tercer nivel de atención de salud, y sistema penitenciario. Diferenciando medidas específicas de género.

Horizonte temporal: final 2020.

Agentes implicados: Ministerio de Salud, CONALTID, Viceministerio de desarrollo social, Régimen penitenciario.

Estimación de costes: con lleva coste de tiempo de trabajo de técnicos de dichos ámbitos y tiempos de reunión para elaboración de los protocolos. Costes de presentación todos los servicios objeto de referencia y contrarreferencia en tiempo de técnicos.



> **Indicadores:**

- De proceso:

IP-1.2.1.- Existencia de un documento de referencia y contrarreferencia para cada uno de los niveles y servicios de atención, y entornos escolar y penitenciario, aprobado y en funcionamiento.

IP-1.2.2.- Porcentaje de adolescentes y jóvenes que se les aplica el protocolo sobre el total de detecciones de problemas con drogas.

- De resultado:

IR-1.2.3.- Número de adolescentes y jóvenes atendidos mediante protocolos de referencia y contrarreferencia en proceso de tratamiento, sobre el total de referenciados a los dos meses de iniciado el protocolo.

1.3.- Implantar programas dentro de las comisarías de Policía, de Intervención con infractores de la ley jóvenes y adultos con consumo de drogas en coordinación con los programas escolar y comunitario de drogas y delincuencia. Diferenciando medidas específicas de género.

Horizonte temporal: final 2021.

Agentes implicados: FELCN, Gobernaciones y Municipios, ONG, Ministerio de Salud, CONALTID, Viceministerio de Desarrollo Social, Régimen penitenciario.

Estimación de costes: Recursos de formación de policía comunitaria, CAIFC, SEDES, SEDEGES, ONG, y régimen penitenciario en lugares de implantación del programa de prevención del delito. Costes de coordinación y tiempo de técnico asignado al programa.

> **Indicadores:**

- De proceso:

IP- 1.3.1.- Redacción y aprobación de un documento de prevención del delito para jóvenes y adultos con consumo de drogas de enfoque comunitario para la policía, con su programa formativo para los agentes implicados.

IP- 1.3.2.- Para finales de 2020 estarán formados un 50 % de policías comunitarios, y para finales de 2021 estarán formados el 100%.

IP- 1.3.3.- Cobertura de al menos un 70 % de los policías comunitarios en el programa de prevención del delito.



IP- 1.3.4.- Formación en un 100% en el programa de los CAIFC, los recursos de Gobernaciones y Municipios prioritarios, ONG con programas comunitarios y equipos multidisciplinares de prisiones.

IP- 1.3.5.- Porcentaje de jóvenes y adultos que se les aplica el programa sobre el total de detecciones de problemas con drogas.

- De resultado:

IR- 1.3.6.- Disminución del número de jóvenes y adultos que no entran en prisión por delitos y consumo de drogas del total de detenidos por entrar en programa de prevención del delito.

IR- 1.3.7.- Porcentaje de jóvenes y adultos que reducen el comportamiento delictivo y el consumo de drogas a los seis meses de entrar en el programa de prevención del delito.

1.4.- Implantar programas de intervención social en medio abierto para jóvenes y adultos en riesgo de abuso de drogas y delincuencia, en el ámbito de los servicios sociales y salud de primer y segundo nivel.

Horizonte temporal: final 2021

Agentes implicados: Gobernaciones y Municipios, ONG, Ministerio de Salud, Régimen penitenciario. FELCN. Ministerio de Empleo, deportes.

Estimación de costes: Recursos de formación de agentes comunitarios en el programa: CAIFC, SEDES, SEDEGES, ONG, municipios en programas en medio abierto. Costes de coordinación (Centros educativos, CAIFC, FELCN, programas de empleo y deporte, gobernaciones y Municipios) y tiempo de técnicos asignado al programa. Contratación de Educadores de calle.

➤ Indicadores:

- De proceso:

IP- 1.4.1.- Número de documentos aprobados de programas de intervención social en medio abierto para jóvenes y adultos en riesgo de abuso de drogas y delincuencia, con su programa formativo para los agentes implicados; por parte de entidades implicadas (CAIFC, SEDEGES, ONG, Municipios)

IP- 1.4.2.- Cobertura de un 100 % de los CAIFC, en programas de intervención social en medio abierto para jóvenes y adultos en riesgo de abuso de drogas y delincuencia.

IP- 1.4.3.- Formación en un 100% en programas de intervención en medio abierto de los CAIFC, los recursos de Gobernaciones y Municipios prioritarios, ONG con programas comunitarios y equipos multidisciplinares de prisiones.



IP- 1.4.4.- Porcentaje de jóvenes y adultos captados para el programa de intervención en medio abierto sobre el total de detecciones de problemas con drogas en jóvenes y adultos atendidos.

- De resultado:

IR- 1.4.5.- Porcentaje de jóvenes y adultos que reducen el comportamiento delictivo y el consumo de drogas, medido por escalas, a los seis meses de entrar en el programa de intervención en el medio abierto.

1.5.- **Implantar un programa de apoyo a jueces y fiscales, que incluye un programa formativo para el ámbito de las adicciones y medidas no privativas de libertad, y medidas alternativas a la prisión para el tratamiento. Diferenciando medidas específicas de género.**

Horizonte temporal: final 2020.

Agentes implicados: Ministerio de Salud, Régimen penitenciario, FELCN Ministerio de justicia, Ministerio de Gobierno.

Estimación de costes: Recursos de formación de jueces y fiscales, y otros agentes del ámbito judicial.

> **Indicadores:**

- De proceso:

IP- 1.5.1.- Porcentaje de jueces y fiscales formados sobre el total de jueces y fiscales.

IP- 1.5.2.- Porcentaje de jóvenes y adultos a los que se les ha aplicado medidas alternativas a la prisión sobre el total con delitos con consumo de drogas.

- De resultado:

IR- 1.5.3.- Porcentaje de jóvenes y adultos que permanecen en programas alternativos a la prisión a los seis meses, sobre el total remitidos.

10.2. Objetivo general 2

Mejora de la calidad de la atención intrapenitenciaria de las adicciones para las personas privadas de libertad. Considerando la perspectiva de género.

JUSTIFICACION



Los indicadores provenientes de los servicios médicos y psiquiatras y psicólogos de los centros penitenciarios indican que la privación de libertad en el momento actual es un factor agravante de la adicción en caso de existir previamente y de adquirir una mayor dependencia que la que traía al ingreso. Todo ello por una carencia general de calidad de la atención a las adicciones referido a varios factores: la falta de personal profesional para ello, la falta de programas estructurados y documentados y consensuados para todos los centros penitenciarios para asegurar un estándar de atención y una equidad de la misma en todo el país; la dificultad de uso de recursos externos de apoyo para la atención médica en general y en el caso de adicciones, sistematizado y formalizado; el fracaso alto en la salida a libertad por la ausencia de programas de preparación para el alta y de itinerarios personalizados de reinserción social y laboral; y por último por la ausencia de un sistema de información sobre casos que entra en el sistema con sus datos clínicos y también sobre la actividad realizada en el tratamiento, que permita una continuidad de información sobre otros dispositivos comunitarios de salud y sociales y laborales de reinserción.

En lo referido a la coordinación con recursos externos, el tratamiento intrapenitenciario debe disponer de un sistema de coordinación y aprovechamiento de los recursos externos, en aspectos como los internamientos en unidades hospitalarias si fuera preciso, provisión de medicamentos, y otros. Aquí cobra especial relevancia tener protocolos de referencia y contrarreferencia con recursos de salud, sociales y policiales y judiciales.

La mejora de la calidad de atención de las adicciones en el medio penitenciario está fundamentada en la creación de entornos más adecuados para poder desarrollar los componentes terapéuticos que componen un programa de tratamiento. Por otro lado, limitar la accesibilidad a las drogas dentro de la prisión es importante por disminuir las probabilidades de recaída.

En este sentido, el formato de Comunidades terapéuticas Intrapenitenciarias, está avalado por la evidencia científica como un método más eficaz de intervención, que el cuidado médico o psicológico por sí solo (revisión Cochrane, base de datos de revisiones sistemáticas, 2006).

ACCIONES

2.1.- Redactar y poner en marcha un protocolo de detección y valoración del consumo de alcohol y drogas, y salud mental, al ingreso en el centro para realizar la ubicación en programas de atención a la adicción disponibles. Diferenciando medidas específicas de género.

Horizonte temporal: final 2021

Agentes implicados: Servicios médicos penitenciarios, equipos multidisciplinarios, Dirección del centro y policía penitenciaria

Estimación de costes: Gastos de tiempo de dedicación para elaborar el protocolo de detección y valoración de personal médico y multidisciplinar. Modificaciones en el proceso de acogida y evaluación inicial.

> Indicadores:



- De proceso:

IP-2.1.1.- Tener redactado y consensado un documento de protocolo de detección y valoración del consumo de drogas y salud mental para todos los centros penitenciarios.

IP-2.1.2.- Tener clasificados en el problema de consumo de drogas y salud mental al 100% de los nuevos ingresos para la incorporación a programas de intervención.

- De resultado:

IR-2.1.3.- Disminuir la escalada adictiva medida en estabilización y reducción del consumo medido en escalas de consumo, respecto al ingreso, medido al cabo de seis meses, en aquellos internos incluidos en programas de tratamiento.

2.2.- Redactar un mapa de recursos por departamentos, y un protocolo de coordinación entre el centro penitenciario y los recursos de salud, sociales, ONG's a través de los Gobiernos Departamentales y Municipales, como competentes en el primer nivel y segundo niveles de atención, y el Estado.

Horizonte temporal: final 2021

Agentes implicados: Dirección General de Seguridad Ciudadana y Prevención del delito, Servicios médicos de prisión, equipos multidisciplinares, Gobernaciones y municipios (servicios de gestión social y servicios de salud), recursos del SUS Ministerio de Salud de primer, segundo nivel y tercer nivel; ONG con programas específicos; servicios judiciales y fiscalía; policía comunitaria.

Estimación de costes: Elaboración de mapa de recursos mediante recursos propios o gasto de consultoría. Gastos de tiempo de reuniones de coordinación con recursos externos. Gastos de articulación del registro de casos. Dotación económica de departamentos y municipios, programas de ONG, vía subvenciones y convenios singulares.

➤ Indicadores:

- De proceso:

IP-2.2.1.- Documento del Mapa de Recursos para la atención en adicciones que cubra la atención en medio abierto para adolescentes, medio penitenciario y recursos de reinserción. Desde los ámbitos: salud, social, empleo, ocio y tiempo libre y deporte, programas de prevención del delito de policía y del ámbito judicial.

IP-2.2.2.- Tener redactado el documento por departamentos sobre coordinación de primer, segundo y el tercer nivel, adaptado a cada situación, y por ámbitos de Salud, Servicios sociales, ONG, empleo y otros de interés. Se debe contemplar las acciones de coordinación antes de pase a PPL, durante la privación y en la fase de reinserción.



- De resultado:

IR-2.2.2.- Mejora de la satisfacción (medida en escalas) de los internos, servicios médicos, equipos multidisciplinares, con la aplicación de los protocolos antes y después de su aplicación.

IR-2.2.3.- Mejora de la salud general y bienestar de las PPL, incluida adicciones y salud mental, medido en encuestas de estado de salud percibida y de consumo de drogas.

2.3.- Constituir un Grupo de Atención a las Adicciones (GAD) dentro de cada centro penitenciario que se va a ocupar de coordinar en la práctica lo expresado en el protocolo de coordinación, y hará seguimiento de los privados de libertad y propuestas de sustitución de penas y de alternativas a la privación de libertad. Se elaborará un reglamento de funcionamiento.

Horizonte temporal: final 2020

Agentes implicados: DGRP, servicios médicos penitenciarios y equipos multidisciplinares, Dirección General de Seguridad Ciudadana y Prevención del delito, Directores de prisiones, departamentos de salud y sociales departamentales y municipales y ONG, servicios policiales y judiciales.

Estimación de costes: El tiempo de trabajo en elaborar la propuesta de GAD por las entidades implicadas., y las reuniones de coordinación periódicas que conlleva. Gastos de gestión de los casos.

➤ Indicadores:

- De proceso:

IP-2.3.1.- Tener documento general de creación y puesta en marcha del GAD con régimen de funcionamiento y composición del mismo. Disponer de aprobación ministerial correspondiente si fuera preceptivo.

IP-2-3-2.- Para final de 2021 se habrá constituido un GAD en los centros penitenciarios de referencia en el país.

- De resultado:

IR-2.3.3.- Mejora de la satisfacción (medida con escalas) de los internos, servicios médicos, equipos multidisciplinares, ONG colaboradoras, dirección del centro penitenciario, y servicios judiciales, con el funcionamiento del GAD.



IR-2.3.4.- Mejora de la salud general y bienestar de las PPL, incluida adicciones y salud mental, medido en encuestas de estado de salud percibida.

2.4.- Se pondrán en funcionamiento Unidades de Internamiento Intrapenitenciarias para Adicciones (Comunidades terapéuticas) acreditadas para tratamiento de adicciones y salud mental, con una cobertura para todos centros penitenciarios mediante zonificación de áreas de cobertura, y con una perspectiva de género.

Horizonte temporal: para final de 2020 estará en funcionamiento tres Unidades de Internamiento Intrapenitenciarias para Adicciones (Comunidades terapéuticas) y una de mujeres. Para 2022 se habrá alcanzado el 100% de cobertura de Centros penitenciarios y carceletas con cobertura de Unidades de Internamiento Intrapenitenciarias para Adicciones (Comunidades terapéuticas).

Agentes implicados: DGRP, Servicios médicos penitenciarios, equipos multidisciplinares, gobernaciones y municipios (servicios de Gestión social y de salud), para elaborar el proyectos de las Unidades de Internamiento Intrapenitenciarias para Adicciones (Comunidades terapéuticas) y documentos de directrices de ingreso, criterios y perfiles.

DGRP para la elaboración de documento de cobertura universal para PPL en Unidades de Internamiento Intrapenitenciarias para Adicciones (Comunidades terapéuticas), zonificación y conciertos para su puesta en marcha).

Estimación de costes: Depende de los datos que se arrojen del proceso de detección y despistaje que se realice y del estadio de cambio respecto al abandono de las drogas. En cuanto a los ítems, el equipo de trabajo idóneo para la Unidades de Internamiento Intrapenitenciarias para Adicciones (Comunidades terapéuticas) es: Un responsable de proyecto, psicólogo/a, Educador/a, trabajador/a social, abogado/a, Terapeutas bajo convenio con DDRP, personal de servicio salud (médico, psiquiatra, odontología, enfermería), un técnico de movilidad y/o mantenimiento, un técnico de cocina y cuerpo de seguridad).

Para la estimación de costes se precisa de la DGRP un ante proyecto económico de la puesta en marcha de las Unidades de Internamiento Intrapenitenciarias para Adicciones (Comunidades terapéuticas).

➤ **Indicadores:**

- De proceso:

IP-2.4.1.- Existencia de un documento de proyecto de apertura y cobertura del servicio para todos los centros penitenciarios y carceletas, y estimación de costes y plurianualización en presupuestos, por parte de la DGRP, en colaboración con Gobiernos departamentales y municipios.

IP-2.4.2.- Elaboración de documento de directrices de apertura e ingreso en la Unidades de Internamiento Intrapenitenciarias para Adicciones (Comunidades terapéuticas) de para todo el



país y de registro de casos. Que contemple criterios de exclusión, programas estándar que desarrolla.

IP-2.4.3.- Para fase I hasta final de 2020: Estarán en funcionamiento y acreditadas tres Unidades de Internamiento Intrapenitenciarias para Adicciones (Comunidades terapéuticas) de varones y una de mujeres.

IP-2.4.4.- Para fase II hasta final de 2022: Estarán en funcionamiento y acreditadas hasta el 100% de las Unidades de Internamiento Intrapenitenciarias para Adicciones (Comunidades terapéuticas) priorizadas, y, en su caso, la zonificación de coberturas para el 100% de Centros Penitenciarios y carceletas.

IP-2.4.5.- Para final de 2020 estará formulado y documentado y en marcha, un procedimiento de acreditación para las Unidades de Internamiento Intrapenitenciarias para Adicciones (Comunidades terapéuticas), consensuado con los Gobiernos Departamentales y Municipios.

IP-2.4.6.- Implementar un registro de casos que entran en la Unidades de Internamiento Intrapenitenciarias para Adicciones (Comunidades terapéuticas) con indicación de diagnósticos, y otros datos penales y sociales en base de datos que permita su explotación posterior, y gestión de altas y bajas. Preferiblemente integrado en el SIPENBOL.

- De resultado:

IR-2.4.7.- Número de internos que entran en la Unidades de Internamiento Intrapenitenciarias para Adicciones (Comunidades terapéuticas) por semestre/salida de programa/motivo de salida/ derivación a recurso externo o interno de prisión.

IR-2.4.8.- Variación de parámetros médicos, adictivos y de salud mental, mediante escalas de salud percibida y bienestar psicológico y consumo de drogas, desde la entrada y a los seis y 12 meses de estancia en las Unidades de Internamiento Intrapenitenciarias para Adicciones (Comunidades terapéuticas).

IR-2.4.9.- Numero de reingresos con recaída en consumos y adicción en un año, comparado con año anterior.

10.3. Objetivo general 3

Promover la no estigmatización del tratamiento de adicciones para personas privadas de libertad, mediante su integración dentro de Sistema de prestaciones públicas, con un sistema de aseguramiento de la calidad de las prestaciones.

JUSTIFICACION

Desde la LEY 913, 16 DE MARZO DE 2017.- LEY DE LUCHA CONTRA EL TRÁFICO ILÍCITO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS se señala en su ARTÍCULO 29. (RED DE PREVENCIÓN INTEGRAL,



TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINTEGRACIÓN DE PERSONAS CON ADICCIONES Y SU ENTORNO) se crea la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, integrada por el Sistema Nacional de Salud, Sistema Nacional de Educación y el Sistema Nacional de Seguridad Ciudadana. Este artículo pone las bases de que la consideración de las adicciones como parte del Sistema Nacional de salud. Retomando este hecho, se da un paso de mucha trascendencia con la promulgación de Sistema Único de salud, en la Ley 1152, DE 20 DE FEBRERO DE 2019, MODIFICATORIA DE LA LEY 475, DE 30 DE DICIEMBRE DE 2013, DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA, que pone las bases de las prestaciones del sistema de salud de carácter público y gratuito. En este contexto, se considera trascendental que el S.U.S contemple la atención sanitaria de las adicciones como parte de la cartera de servicios del mismo. Y por extensión que toda la atención sanitaria de las adicciones dentro del sistema penal de privación de libertad.

Esta propuesta que se hace aquí tiene la virtud de considerar al PPL como un usuario más del sistema de salud con la única circunstancia del que ha sido privado de libertad, por lo que se aborda una cuestión de derechos fundamentales como es el derecho a la equidad de la atención en salud para cualquier ciudadano independientemente de su condición. Así mismo se podrá paliar en parte significativa, el impacto negativo de las políticas con énfasis en el control del consumo de drogas y no en el problema de salud pública que constituye, como ha puesto de manifiesto el informe de PNUD de 2015 sobre "Políticas de control de drogas y desarrollo Humano".

ACCIONES

3.1.- Recoger por normativa legal la integración de los tratamientos de adicciones para personas privadas de libertad dentro del Sistema Único de Salud (S.U.S)

Horizonte temporal: mediados de 2020

Agentes implicados: DGRP, Ministerio de Salud

Estimación de costes: Costes de la asunción de la atención a las adicciones en PPL por parte del S.U.S., cuantificables en atenciones ambulatorias, recursos intermedios y hospitalarios. Costes de coordinación de las unidades ministeriales correspondientes.

> Indicadores:

- De proceso:

IP-3.1.1.- Existencia del documento normativo que recoge la integración del SITAPPL dentro del S.U.S.



IP-3.1.2.- Elaborar un documento de integración del tratamiento de las adicciones y la salud mental de personas privadas de libertad (PPL), con análisis de necesidades, recursos, ítems necesarios y costes de dicha integración, y cronograma.

IP-3.1.3.- Registrar en S.U.S., para poder ser susceptibles de atención, al 100% de los internos con adicciones y/o problemas de salud mental, o en su caso asegurar la atención a los indocumentados, para final de 2020.

- De resultado:

IR-3.1.4.- Mejora de la atención a las adicciones percibida por los servicios médicos y equipos multidisciplinarios y los propios usuarios, antes y después de la integración.

IR- 3.1.5.- Disminución de consumo de drogas durante el ingreso y tras la privación de libertad en reinserción, y del estado de salud general percibido por los afectados.

3.2.- Se establecerá un sistema de acreditación de centros y programas de atención para las adicciones para personas privadas de libertad que contemple los diferentes niveles de atención. Y un programa de formación para su aplicación en los diferentes niveles de atención.

Horizonte temporal: Primer trimestre de 2021

Agentes implicados: Ministerio de Salud y DGRP.

Estimación de costes: Costes de personal implicado en la redacción del Sistema de acreditación. Conlleva costes de personal y desplazamientos para la formación en el sistema de acreditación.

➤ Indicadores:

- De proceso:

IP-3.2.1.- Estará formulado y documentado un procedimiento de acreditación para todos los programas de intervención de adicciones en los tres niveles de atención para PPL, consensado con los Gobiernos Departamentales y Municipales.

IP-3.2.2.- Realización de las actividades de formación para el 100% de dispositivos de tratamiento que les incumbe, sobre los requisitos técnicos de la acreditación y el procedimiento de solicitud de la misma.

- De resultado:

IR-3.2.3.- Para final de 2021 estarán acreditados el 100% de los recursos de atención a las adicciones para los PPL.



3.3.- Se formulará y se publicará el conjunto de prestaciones para la atención de personas privadas de libertad, que deberán formar parte del Sistema Único de salud, del sistema de servicios sociales, y del sistema de empleo; y la correspondiente cartera de servicios que prestan cada uno de ellos.

Horizonte temporal: primer semestre de 2020.

Agentes implicados: Ministerio de Salud, DGRP, ministerio de trabajo, Gobiernos departamentales y municipios.

Estimación de costes: gasto de personal dedicado a la formulación de los documentos de prestaciones para las personas privadas de libertad. Gastos de reuniones y coordinación.

> **Indicadores:**

- De proceso:

IP-3.3.1.- Existencia del documento de las prestaciones de salud entendida como conjunto de servicios que el SUS ofrece a los ciudadanos e incluye actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras y de promoción y mantenimiento de la salud. A nivel social y de empleo elaborar un documento similar, y su cartera de servicios y programas correspondiente. Y su publicación y aprobación en la colección "Norma Nacional de caracterización de Establecimientos" en la parte de Salud, y la que corresponda para Servicios sociales y empleo. Todo ello referido a las PPL.

IP-3.3.2.- Elaboración del documento de cartera de servicios del S.U.S en adicciones; entendida como el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiéndose por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias en adicciones. Y elaboración de un documento similar en atención social y recursos de empleo. Todo ello referido a las PPL.

- De resultado:

IR-3.3.3.- Mejora de la atención a las adicciones percibida, antes y después de su entrada en funcionamiento, difusión de la misma, por el personal de salud y equipos multidisciplinares del SITAPLL.

3.4.- Se pondrán en funcionamiento en cada prisión Programas de Atención Ambulatoria Intrapenitenciaria de Adicciones, para desarrollar las tareas despistaje de adicciones, evaluación, gestión y derivación a otros programas intra penitenciarios (CT, de reducción de daños, patología dual,) y programa de apoyo extra penitenciarios para tratamiento de adicciones y salud mental. Con una cobertura para todos centros penitenciarios y carceletas mediante zonificación de áreas de cobertura, y con perspectiva de género.

PRE-001 Contar con modelo integral de abordaje en adicciones para personas privadas de libertad, considerando las condiciones de género.	Consortio AGRER – AECOM - TRANSTEC	10 3
--	------------------------------------	---------



Horizonte temporal: final de 2020

Agentes implicados: DGRP, Servicios Médicos y Equipos multidisciplinarios, Gobiernos departamentales y municipios.

Estimación de costes: gasto de personal dedicado a la formulación de los documentos de programa ambulatorio para las personas privadas de libertad. Gastos de reuniones y coordinación. Gastos de Formación.

> **Indicadores:**

• **De proceso:**

IP-3.4.1.- Existencia de un documento de proyecto programa base de atención ambulatoria de adicciones para todos los centros penitenciarios y carceleras, que especifique las tareas básicas y criterios de referencia para los programas existentes.

IP-3.4.2.- Para la fecha de segundo semestre de 2020 cada centro penitenciario y carceleras dispondrá de su programa de atención ambulatoria de adicciones.

IP-3.4.3.- Numero de referencias a Unidades de Internamiento Intra penitenciarias para Adicciones (Comunidades terapéuticas) al semestre.

IP-3.4.4.- Numero de referencias a Programa de reducción de daños por uso de drogas al semestre.

IP-3.4.5.- Numero de detecciones de problemas de adicciones semestral.

IP-3.4.6.- Numero de referencias a recursos externos de apoyo en adicciones y salud mental.

IP-3.4.7.- Para final de 2020 se habrán formado todos los servicios médicos y equipos multidisciplinarios en el programa.

IP-3.4.8.- Implementar un registro de casos que entran en programa ambulatorio y de actividad, preferentemente integrado en el SIPENBOL.

• **De resultado:**

IR-3.4.9.- Número de internos que entran en programa sobre el total de internos que entran en prisión semestral.

IR-3.4.10.- Variación positiva de parámetros médicos, adictivos y de salud mental, mediante escalas de salud percibida y bienestar psicológico y consumo de drogas, desde la entrada y a los seis y 12 meses de estancia en Programa Ambulatorio de atención a las adicciones.



IR-3.4.11.- Satisfacción de los PPL con la atención recibida antes y después de entrar (3-6-12 meses).

3.5.-Puesta en funcionamiento de un Programa de transversalización de la perspectiva de género en adicciones en todos los programas del centro: detección, evaluación, programa ambulatorio, Unidades de Internamiento Intra penitenciarias para Adicciones (Comunidades terapéuticas), programa de reducción de daños, y otros, para todos los centros penitenciarios y carceletas, que especifique las tareas específicas de intervención diferenciada entre varón y mujer.

Horizonte temporal: final de 2020.

Agentes implicados: DGRP, Servicios Médicos y Equipos multidisciplinares, Gobiernos departamentales y municipios.

Estimación de costes: gasto de personal dedicado a la formulación de los documentos de programa de intervención para mujeres privadas de libertad. Gastos de reuniones y coordinación. Gastos de Formación.

➤ Indicadores:

- De proceso:

IP-3.5.1.- Para final de 2020 se habrán formado todos los servicios médicos y equipos multidisciplinares en el programa.

IP-3.5.2.- Existencia de un documento de proyecto de transversalización de perspectiva de género en adicciones para el primer semestre de 2020.

IP-3.5.3.- Para la fecha de segundo semestre de 2020 cada centro penitenciario y carceleras dispondrá de su programa de transversalización de perspectiva de género listo para ser implantado.

IP-3.5.4.- Numero de referencias a Programa de transversalización de perspectiva de género al semestre.

IP-3.5.5.- Numero de programas en los que se está aplicando la perspectiva de género, dato anual.

IP-3.5.6.- Elaboración de un informe anual sobre la transversalización de la perspectiva de género en adicciones por parte de la DGRP y servicios médicos y equipos multidisciplinares.

- De resultado:



IR-3.5.7.- Variación positiva de parámetros médicos, adictivos y de salud mental, mediante escalas de salud percibida y bienestar psicológico y consumo de drogas, desde la entrada y a los seis y 12 meses de aplicación del programa de transversalización de la perspectiva de género para mujeres con adicciones.

IR-3.5.8.- Satisfacción de las MPL con la atención recibida antes y después de entrar (3-6 meses).

3.6.- Disponer de un Programa implantado de atención a la patología dual intrapenitenciario que se ocupe de la comorbilidad de uso de drogas y salud mental. Que contemple diagnóstico, protocolo de intervención, criterios de referencia a recursos extra penitenciarios.

Horizonte temporal: final de 2020.

Agentes implicados: DGRP, Servicios Médicos y Equipos multidisciplinares, Gobiernos departamentales y municipios. Psiquiatras penitenciarios.

Estimación de costes: gasto de personal dedicado a la formulación de los documentos de programa atención a la patología dual intrapenitenciario. Gastos de reuniones y coordinación. Gastos de Formación.

➤ **Indicadores:**

- De proceso:

IP-3.6.1.- Para final de 2020 se habrán formado todos los servicios médicos y equipos multidisciplinares en el programa.

IP-3.6.2.- Existencia de un documento de programa atención a la patología dual intrapenitenciario para el primer semestre de 2020.

IP-3.6.3.- Para la fecha de segundo semestre de 2020 cada centro penitenciario y carceletas dispondrá de su programa atención a la patología dual intrapenitenciario listo para ser implantado.

IP-3.6.4.- Número de internos/as integrados en el programa atención a la patología dual intrapenitenciario al semestre.

- De resultado:

IR-3.6.5.- Variación positiva de parámetros médicos, adictivos y de salud mental, mediante escalas de salud percibida y bienestar psicológico y consumo de drogas, desde la entrada a programa y a los seis y 12 meses de aplicación del programa atención a la patología dual intrapenitenciario.



IR-3.6.6.- Satisfacción de los usuarios con el programa medido en atención recibida antes y después de entrar (3-6 meses).

3.7.- Disponer de un Programa implantado de reducción de daños por consumo de drogas en la prisión dirigido a PPL, con perspectiva de género, que contemple entre otras medidas: prescripción de medicamentos sustitutivos, implementación programa de masticado de coca como reducción de daños; actuación en casos de sobredosis, en caso de urgencias neurológicas, psiquiátricas o cardiovasculares por uso de drogas; entrenamiento de primeros auxilios entre PPL; habilitación de zonas de consumo seguro; educación entre pares sobre consumo seguro; disposición de preservativos; entre otras medidas.

Horizonte temporal: final de 2021.

Agentes implicados: DGRP, Servicios Médicos y Equipos multidisciplinares, Ministerio de salud, Gobiernos departamentales y municipios. Psiquiatras penitenciarios.

Estimación de costes: gasto de personal dedicado a la formulación de los documentos de programa de reducción de daños intrapenitenciario. Gastos de reuniones y coordinación. Gastos de Formación.

➤ **Indicadores:**

- De proceso:

IP-3.7.1.- Para segundo semestre de 2021 se habrán formado todos los servicios médicos y equipos multiprofesionales en el programa, así como personal de Dirección de prisión y Régimen penitenciario, Ministerio de salud, policía penitenciaria, y otras instancias de interés.

IP-3.7.2.- Existencia de un documento de programa de reducción de daños intrapenitenciario para el primer semestre de 2021.

IP-3.7.3.- Para la fecha de segundo semestre de 2021 cada centro penitenciario y carceletas dispondrá de su programa de reducción de daños intrapenitenciario listo para ser implantado.

IP-3.7.4.- Número de internos/as integrados en el programa de reducción de daños intrapenitenciario al semestre.

- De resultado:

IR-3.7.5.- Disminución de las urgencias por intoxicación por drogas, abstinencias, patologías derivadas de uso no seguro de drogas, de enfermedades infecciosas y ETS's, antes y después de implantar el programa de reducción de daños (6-12 meses).



IR-3.7.6.- Satisfacción de los usuarios, personal de salud y equipo multiprofesional, y dirección y policía con el programa (3-6 meses).

3.8.- Disponer de un Programa de atención a privados de libertad en cumplimiento alternativo por adicción, contemple medidas de coordinación entre recursos comunitarios e instancias de prisiones, y sistemas de comunicación eficientes del seguimiento del PPL. Tenido en cuenta la perspectiva de género.

Horizonte temporal: final de 2020.

Agentes implicados: DGRP, Servicios Médicos y Equipos multidisciplinares, Gobiernos departamentales y municipios.

Estimación de costes: gasto de personal dedicado a la formulación de los documentos de Programa de atención a privados de libertad en cumplimiento alternativo por adicción. Gastos de reuniones y coordinación. Gastos de Formación.

➤ Indicadores:

- De proceso:

IP-3.8.1.- Para segundo semestre de 2020 se habrán formado todos los servicios médicos y equipos multidisciplinares en el programa, así como personal de Dirección de prisión y Régimen penitenciario, policía penitenciaria, y otras instancias de interés.

IP-3.8.2.- Existencia de un documento de Programa de atención a privados de libertad en cumplimiento alternativo por adicción para el primer semestre de 2020.

IP-3.8.3.- Para la fecha de segundo semestre de 2020 cada centro penitenciario y carceletas dispondrá de su Programas de atención a privados de libertad en cumplimiento alternativo por adicción.

IP-3.8.4.- Número de internos/as integrados en el Programas de atención a privados de libertad en cumplimiento alternativo por adicción al semestre.

- De resultado:

IR-3.8.5.- Disminución de reingresos en prisión tras un año de puesta en marcha del programa.

IR-3.8.6.- Disminución de la adicción respecto a los ex PPL que no siguieron el programa en un año.



IR-3.8.7.- Satisfacción de los usuarios, personal de salud y equipo multidisciplinario, y dirección y policía con el programa (3-6 meses).

3.9.- Elaborar e implantar un Programa de preparación para la libertad entre Centro penitenciario y CAIFC de Salud. Tenido en cuenta la perspectiva de género.

Horizonte temporal: final de 2020.

Agentes implicados: DGRP, Servicios Médicos y Equipos multidisciplinarios, Ministerio de salud. Gobiernos departamentales y municipios.

Estimación de costes: gastos de personal dedicado a la formulación de los documentos de Programa de preparación para la libertad entre Centro penitenciario y CAIFC de Salud. Gastos de reuniones y coordinación. Gastos de Formación.

➤ **Indicadores:**

- **De proceso:**

IP-3.9.1.- Para segundo semestre de 2020 se habrán formado todos los servicios médicos y equipos multidisciplinarios en el programa, Régimen penitenciario, personal técnico de los CAIFC, y otras instancias de interés departamentales y municipales.

IP-3.9.2.- Existencia de un documento de Programa de preparación para la libertad entre Centro penitenciario y CAIFC de Salud, para el primer semestre de 2020.

IP-3.9.3.- Para la fecha de segundo semestre de 2020 cada centro penitenciario y carceletas dispondrá de su Programa de preparación para la libertad entre Centro penitenciario y CAIFC de Salud, o cobertura de referencia.

IP-3.9.4.- Número de internos/as que se han beneficiado del Programa de preparación para la libertad entre Centro penitenciario y CAIFC de Salud, al semestre.

- **De resultado:**

IR-3.9.5.- Disminución de reingresos de ex PPL en prisión a los 6 meses y al año de puesta en marcha del programa.

IR-3.9.6.- Disminución de la recaída de la adicción y mejora de la salud percibida respecto a los ex PPL que no siguieron el programa en un año.



IR-3.9.7.- Satisfacción de los usuarios, personal de salud y equipo multidisciplinario de prisión, personal técnico del CAIFC y dirección y policía con el programa (3-6 meses).

3.10.- Articular un Sistema de intercambio de información entre Régimen penitenciario-Salud-Atención social- defensoría del menor- SLIMS-ONG-jueces-fiscales-policía comunitaria para el seguimiento de los protocolos de referencia y contra referencia con recursos comunitarios, y seguimiento de los usuarios.

Horizonte temporal: final de 2021.

Agentes implicados: DGRP, Servicios Médicos y Equipos multidisciplinarios, Ministerio de salud. Gobiernos departamentales y municipios, Judicatura, fiscalía, defensoría del menor, SLIM's, policía comunitaria.

Estimación de costes: gastos de personal dedicado a la articular un Sistema de intercambio de información. Gastos de reuniones y coordinación. Gastos de Formación.

> **Indicadores:**

- De proceso:

IP-3.10.1.- Para segundo semestre de 2021 se habrán formado todas las partes implicadas en el sistema de información, para el uso del mismo.

IP-3.10.2.- Existencia de un documento de consenso sobre el sistema de información compartido, para el primer semestre de 2021.

IP-3.10.3.- Para la fecha de segundo semestre de 2021 cada centro penitenciario y carceletas, dispondrán de acceso al sistema de información.

IP-3.10.4.- Numero de entras al sistema de información semestral.

- De resultado:

IR-3.10.5.- Disminución de número de situaciones de carencia o déficit de información para la gestión de casos, tomando una línea base previa durante tres meses.

IR-3.10.6.- Satisfacción de las/los usuarios, y todas las instituciones implicadas con el sistema de información (3-6 meses de su implantación).

10.4. Objetivo general 4



Incrementar la participación de la policía en los programas de adicciones intrapenitenciarios y de coordinación con recursos externos; y en la formación en el programa de prevención del delito.

JUSTIFICACIÓN

Horizonte temporal: final de 2021

Agentes implicados: DGRP, Policía comunitaria y penitenciaria, Servicios Médicos y Equipos multidisciplinarios, Ministerio de salud. Gobiernos departamentales y municipios, Judicatura, fiscalía, defensoría del menor, SLIM's.

Estimación de costes: gastos de personal dedicado a los programas formativos. Gastos de reuniones y coordinación. Gastos de Formación.

ACCIONES

4.1. Elaborar un programa formativo para la policía de prisiones sobre su rol en los programas de adicciones del Centro penitenciario: prevención del delito por uso de drogas, fase de clasificación, detección de consumo de drogas, Unidades de Internamiento Intrapenitenciarias para Adicciones (Comunidades terapéuticas), programa de reducción de daños y programas de preparación para la libertad y de coordinación con recursos externos. Teniendo en cuenta la perspectiva de género.

➤ Indicadores:

- De proceso:

IP-4.1.1.- Para segundo semestre de 2020 se habrán incrementado respecto al año anterior, las acciones de formación de la policía de prisiones.

IP-4.1.2.- Elaboración de un programa formativo anual para policía de prisiones en colaboración con instancias implicadas. Elaboración de documento de plan de capacitación anual por parte de DGRP. Final de 2019 programa formativo de 2020.

IP-4.1.3.- Número de policías formados al año.

- De resultado:

IR-4.1.4.- Mejora de la predisposición a colaborar por parte de los policías de prisiones en los programas del centro, medido en escalas de actitudes.



IR-4.1.5.- Satisfacción de la policía con el sistema de formación, contenidos y conocimientos a los tres y seis meses de puesta en marcha del programa formativo anual.

10.5. OBJETIVO GENERAL 5

Implicar al centro penitenciario en su conjunto y la policía en particular en el control de la presencia de droga dentro de la prisión mediante actividades formativas en seguridad, y reforzar programas de reducción de daños para disminuir la demanda de drogas.

JUSTIFICACIÓN

La disponibilidad de drogas en las prisiones es una amenaza para la seguridad y la protección, obstruye la recuperación de los presos con problemas de uso indebido de drogas y lleva a otros a desarrollar problemas de uso de drogas mientras se encuentran en prisión, cuando apenas tenía ese problema, como hemos visto en otro apartado o incrementan el consumo de gran manera dentro de prisión.

Las drogas ingresan a la prisión de varias maneras: atravesar la puerta principal, al ser arrojadas sobre el perímetro, a través de visitas y correos, y entregas por drones se han descrito. A menudo, el tráfico de drogas a las cárceles forma parte de una compleja economía ilícita, impulsada en parte por delincuentes organizados. Por lo tanto, es crucial identificar e interrumpir a quienes se encuentran en el centro de este crimen organizado, así como encontrar cualquier droga que entre en nuestras cárceles.

Es fundamental la implicación de la policía y de todo el personal de prisiones en la tarea de complicar la presencia de drogas, mediante actividades formativas y puesta en práctica de medidas como:

Brindar orientación y asesoramiento a todas las cárceles sobre medidas de seguridad, incluidas búsquedas, y actuaciones en visitas ; Compartir el kit de herramientas de diagnóstico de drogas con todas las cárceles, orientación para ayudar a cada prisión a identificar mejoras en su práctica habitual, Revise el enfoque de las pruebas de drogas para asegurarse de que sea exhaustivo y equilibrado; lanzar una Unidad de lucha contra la corrupción dentro de la prisión, incluido el tráfico de drogas, y otras.

En el caso del programa de reducción de daños por consumo de drogas, puede cumplir un buen rol con la introducción de programas de sustitución como el de hoja de coca, para disminuir la demanda de drogas de los internos, incluso ensayar programas de sumisito controlado de droga seguro para disminuir el tráfico ilegal y mejora la seguridad en el uso de drogas dentro de la prisión.

Horizonte temporal: final de 2021.

Agentes implicados: DGRP, Policía penitenciaria, Servicios Médicos y Equipos multidisciplinarios, Ministerio de salud. Gobiernos departamentales y municipios, Judicatura, fiscalía.

Estimación de costes: gastos de personal dedicado a los programas formativos e implementación de programas de seguridad. Gastos de reuniones y coordinación. Gastos de Formación.



ACCIONES

5.1. Elaborar un programa formativo para la policía de prisiones sobre reducción de la presencia de drogas del Centro penitenciario: Brindar orientación y asesoramiento a todas las cárceles sobre medidas de seguridad, incluidas búsquedas, y actuaciones en visitas; uso kits de herramientas de diagnóstico de drogas en las cárceles, orientación para ayudar a cada prisión a identificar mejoras en su práctica habitual, y otras.

➤ Indicadores:

- De proceso:

IP-5.1.1.- Para segundo semestre de 2020 se habrán incrementado respecto al año anterior, las acciones de formación de la policía de prisiones en materia de presencia de drogas en prisiones.

IP-5.1.2.- Elaboración de un programa formativo anual para policía de prisiones en colaboración con instancias implicadas sobre presencia de drogas en las cárceles. Elaboración de documento de plan de capacitación anual por parte de DGRP. Final de 2019, programa formativo de 2020.

IP-5.1.3.- Número de policías formados al año.

- De resultado:

IR-5.1.4.- Mejora de la predisposición a colaborar por parte de los policías de prisiones en los programas del centro, medido en escalas de actitudes.

IR-5.1.5.- Satisfacción de la policía con el sistema de formación, contenidos y conocimientos a los tres y seis meses de puesta en marcha del programa formativo anual.

5.2. Crear una Unidad de lucha contra la corrupción dentro de la prisión, incluido el tráfico de drogas, que trabaje en la reducción de la disponibilidad de drogas dentro de la prisión.

➤ Indicadores:

- De proceso:

IP-5.2.1.- Constitución de una comisión de estudio de la propuesta de la Unidad de lucha contra la corrupción para reducción de la disponibilidad de drogas dentro de la prisión. Primer trimestre de 2020.



IP-5.2.2.-Para primer trimestre de 2021 estará constituida y en funcionamiento la Unidad de lucha contra la corrupción.

- De resultado:

IR-5.2.3.- Reducción de la disponibilidad de drogas en prisión medida en la percepción de los internos.

10.6. Objetivo general 6

Promover las medidas no privativas de libertad para jóvenes y adultos infractores consumidores de drogas y el cumplimiento alternativo de penas, para favorecer la no estigmatización de la persona con problemas de adicciones en el entorno judicial y penitenciario. Tenido en cuenta la perspectiva de género.

JUSTIFICACIÓN

Para ser legítima, cualquier medida cautelar privativa de libertad que se aplique a un adolescente acusado de infringir leyes penales debe cumplir con el principio de excepcionalidad, es decir: debe ser aplicada cuando el adolescente represente un peligro inmediato y real para los demás; como último recurso cuando no exista otra alternativa; durante el plazo más breve posible y ser objeto de revisión periódica; debe garantizar al adolescente privado de su libertad todos sus derechos y las protecciones acordes a su edad, sexo y características individuales, y en particular su derecho a estar separado de los adultos, así como también de los adolescentes que hayan recibido una condena. El carácter excepcional de la prisión preventiva en el caso de los adolescentes se encuentra reconocido en múltiples normas internacionales, entre ellas el artículo 37.b de la Convención sobre los Derechos del Niño, la regla 13 de las Reglas de Beijing, la regla 6 de las Reglas de Tokio y la regla 17 de las Reglas de La Habana, que ya hemos comentado en otro apartado.

La citada regla 13 de Beijing establece respecto de los menores de edad: 13.1 Solo se aplicará la prisión preventiva como último recurso [...]. 13.2 Siempre que sea posible, se adoptarán medidas sustitutorias de la prisión preventiva, como la supervisión estricta, la custodia permanente, la asignación a una familia o el traslado a un hogar o a una institución educativa.

Un problema añadido es que una vez que el joven consumidor de drogas que delinque entra en la vía penal se produce una estigmatización y proceso de culpabilización de la víctima. Existe una importante conexión entre la percepción del estigma, la rehabilitación e inclusión social, dejando en evidencia que una vez que se internaliza influye negativamente en el proceso de recuperación, y afecta especialmente la calidad de las relaciones sociales. De ahí que se constituya un verdadero impedimento para la reinserción social.

Como es sabido y se ha mostrado más atrás, uno de los problemas más graves de las prisiones en Bolivia es el hacinamiento. El diagnóstico de la situación de la hiper utilización de la privación de libertad para resolver los problemas incluso menores, señala a los jueces.

Por esto mismo, es necesario iniciar un proceso para la que judicatura se abra la adopción de medidas no privativas de libertad en adolescentes y jóvenes infractores y consumidores de



drogas. Para ello hace falta que estos tengan más confianza y seguridad de que habrá buena gestión de dichas medidas.

Los pilares en los que fundamentar esta apertura y que los jueces ganen confianza, son la capacitación y buenos programas comunitarios con lugares de referencia para los jóvenes en tratamiento. En este sentido, dispositivos como los CAIFC de Salud y programas de SEDES y SEDEGES pueden aportar esta confianza, en un futuro próximo.

Diversos estudios han dado como resultado que Intervenciones aplicadas durante la ejecución de medidas alternativas a la privación de libertad (probation / parole) tienen un resultado de reducciones de reincidencia de hasta el 20% y llega hasta el 30% si se incluyen técnicas cognitivo conductuales (Aos, Miller y Drake 2006)²²

Horizonte temporal: final de 2020.

Agentes implicados: DGRP, Gobiernos departamentales y municipios, Judicatura, fiscalía.

Estimación de costes: gastos de personal dedicado a los programas formativos e implementación de programas de medidas no privativas de libertad. Gastos de reuniones y coordinación. Gastos de Formación.

ACCIONES

6.1. Programa de formación de jueces y fiscales en adicciones, medidas no privativas de libertad para jóvenes y adultos consumidores de drogas, y gestión de penas alternativas al encarcelamiento. Teniendo en cuenta la perspectiva de género.

➤ Indicadores:

- De proceso:

IP-6.1.1.- Para final del segundo semestre de 2020 se habrán incrementado respecto al año anterior las acciones de formación de jueces y fiscales en adicciones y medidas no privativas de libertad, y alternativas al encarcelamiento.

IP-6.1.2.- Elaboración de un programa formativo anual para jueces y fiscales en colaboración con instancias implicadas. Elaboración de documento de plan de capacitación anual por parte de DGRP y judicatura y fiscalía. Para final de 2019, habrá un programa formativo para todo el año 2020.

- De resultado:

²² Aos, S., Miller, M., & Drake, E. (2006). Evidence-based public policy options to reduce future prison construction, criminal justice costs, and crime rates (Document 06–10–1201). Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.



IR-6.1.3.- Disminución de las penas de privación de libertad en jóvenes y adultos con consumos de drogas, respecto a la línea base de años anteriores.

IR-6.1.4.- Incremento de medias de tratamiento para adicciones en jóvenes infractores respecto a años anteriores.

6.2. Elaboración de un procedimiento de apoyo a jueces y fiscales en la aplicación de medidas no privativas de libertad en caso de consumo de drogas. Así como de procedimientos de mejora de asistencia legal de privados de libertad para promover cumplimientos alternativos al encarcelamiento. Teniendo en cuenta la perspectiva de género.

➤ **Indicadores:**

- **De proceso:**

IP-6.2.1.- Redacción de dicho procedimiento de apoyo a jueces y fiscales por consenso entre las partes implicadas, para final de 2020.

IP-6.2.2.- Durante el primer trimestre del 2021 se habrá presentado y hecho sesiones técnicas de implementación de los procedimientos.

IP-6.2.3.- A final de primer semestre de 2020, se habrá realizado una propuesta de mejora de la asistencia legal a PPL, con especial referencia a la mujer privada de libertad por su especial vulnerabilidad.

- **De resultado:**

IR-6.2.4.- Incremento respecto a otros años del número de jóvenes y adultos infractores que se les aplicó medidas de tratamiento por su consumo de drogas o asistencia a programas comunitarios.

IR-6.2.5.- Mejora de evolución delictiva y de consumo de drogas a los seis meses de intervención, medido en escalas de intención delictiva y de consumo de drogas, y otros parámetros objetivos.

IR-6.2.6.- Incremento respecto a otros años, del número de privados de libertad con problemas de drogas que se les aplicó cumplimiento alternativo de penas de tratamiento y seguimiento comunitario.

10.7. Objetivo general 7

Conseguir la continuidad del proceso de reinserción para personas privadas de libertad, con el fin de minimizar las probabilidades de reingreso en prisión y favorecer una integración social plena. Considerando la perspectiva de género.



JUSTIFICACION

Los programas comunitarios de apoyo a la reinserción social tienen como requisito indispensable un elevado nivel de articulación de las autoridades penitenciarias con organismos estatales y organizaciones civiles, de forma de asegurar orientación a los exreclusos en la búsqueda de oportunidades de trabajo, de vivienda, y en la continuación de los estudios y continuidad en procesos de recuperación de su adicción. En la medida que se consiga esta articulación existe evidencia que indica un considerable nivel de efectividad en procesos de reinserción.

Hay evidencias de hasta un 30% de resultados exitosos en ex PPL con delitos violentos, a través de estrategias de mentoring o ayuda entre jóvenes, servicios sociales, tratamientos del consumo de drogas u otros problemas de salud mental, y educación (Braga, Piehl y Hureau, 2009)²³. Diversos reportes han establecido la efectividad intervenciones Unidades intrapenitenciarias de tratamiento de adicciones (comunidades terapéuticas) , especialmente cuando la intervención se combina con la continuación del tratamiento en comunidades terapéuticas fuera de la prisión, o con otras formas de apoyo estructurado después de la salida de la prisión, con reducciones de hasta un 34% de arrestos y un 40 % las recarcelaciones, en personas que han entrado en programas de tratamiento de adicciones (Welsh, 2007)²⁴.

En Bolivia el diagnóstico de la situación de la reinserción de PPL es la carencia de programas estructurados que aseguren una continuidad del proceso de reinserción de dentro a afuera, en gran medida por la carencia de recursos de acogida comunitarios que permitan aglutinar los programas de tratamiento de adicciones, un abordaje de salud mental, y aprendizaje de habilidades sociales, laborales y educativas.

Horizonte temporal: final de 2021.

Agentes implicados: DGRP, Gobiernos departamentales y municipios, Ministerio de Salud, servicio médicos y equipo multidisciplinarios de prisiones, empleo, deporte.

Estimación de costes: gastos de personal dedicado a los programas de reinserción e implementación de los mismos en tiempo de trabajo. Gastos de reuniones y coordinación. Gastos de Formación.

ACCIONES

7.1. Elaborar un programa de coordinación para elaboración de Itinerario personalizado de reinserción para PPL con problemas de adicciones, desde la perspectiva de género, y un procedimiento de seguimiento, entre DGRP, gobiernos departamentales y municipios,

²³ Braga, A.; Piehl, A. y Hureau, D. (2009). "Controlling Violent Offenders Released to the Community: An evaluation of the Boston Reentry Initiative". Journal of Research in Crime and Delinquency. Vol. 46, 411-436.

²⁴ Welsh, W. (2007). "A multisite evaluation of prison-based therapeutic community drug treatment". Criminal Justice and Behavior, Vol. 34, 1481-1498



Ministerio de Salud, servicios médicos y equipos multidisciplinares de prisiones, empleo, deporte, y otros de interés.

➤ **Indicadores:**

- **De proceso:**

IP-7.1.1.- Se habrá constituido para final de 2019, una comisión para coordinación de los programas de reinserción de PPL que impulsará la continuidad de la reinserción, hará seguimiento y tomará medidas para preservar la buena marcha del proceso.

IP-7.1.2.- Para primer semestre de 2020 se habrá elaborado un documento de bases para elaborar un itinerario personalizado de reinserción y un procedimiento de coordinación para el seguimiento con todos los recursos comunitarios implicados, tomando como eje del mismo y punto de referencia los CAIFC de salud.

IP-7.1.3.- Para primer trimestre de 2021 cada prisión y carceleta dispondrá de su protocolo adaptado a su territorio para ser implementado. Se articularán el itinerario y los recursos disponibles.

- **De resultado:**

IR-7.1.4.- Reducción en un 20% las reincidencias en el delito, y los reingresos en prisión.

IR-7.1.5.- Mejora en los parámetros de estado de salud percibida, consumo de drogas, y bienestar psicológico de las personas en reinserción, medido en escalas al efecto. Comparar estado de salud en programa de preparación para la salida en libertad y a los 3 meses, 6 meses y 12 meses.

7.2. Elaborar un programa de Programa de acogida para la reinserción social de ex privados de libertad con problemas de adicciones en los CAIFC de Salud. Teniendo en cuenta la perspectiva de género.

➤ **Indicadores:**

- **De proceso:**

IP-7.2.1.- Se habrá elaborado para primer semestre de 2020, una comisión para elaborar las bases Programa de acogida para la reinserción social de ex privados de libertad con problemas de adicciones en los CAIFC, entre DGRP, Gobiernos departamentales y municipios, Ministerio de Salud, servicios médicos y equipo multidisciplinarios de prisiones.

IP-7.2.2.- Para segundo semestre de 2020 estará disponible un documento de bases para elaborar Programa de acogida para la reinserción social de ex privados de libertad con



problemas de adicciones en los CAIFC. Y se habrá realizado la presentación a los centros penitenciarios, y su personal técnico, y los CAIFC y recursos de empleo, deporte, ONG, y otros de interés.

IP-7.2.3.- Para primer semestre de 2021 cada prisión y carceleta dispondrá de su Programa de acogida para la reinserción social de ex privados de libertad con problemas de adicciones en los CAIFC adaptado a su territorio para ser implementado.

- De resultado:

IR-7.2.4.- Proporción de salidas en libertad de presos con problemas de adicciones que son acogidos en los CAIFC, sobre los que se pierden en el proceso y no llegan.

IR-7.2.5.- Retención en programa de reinserción en los CAIFC al cabo de 3 meses, 6 meses y al año de entrar. Proporción de los que siguen en programa sobre el total que entraron en los periodos señalados.

IR-7.2.6.- Reducción en un 20% las reincidencias en el delito, y los reingresos en prisión, respecto a años anteriores, tras la puesta en marcha del programa de acogida en los CAIFC.

IR-7.2.7.- Mejora en los parámetros de estado de salud percibida, consumo de drogas, y bienestar psicológico de las personas en reinserción acogidos en los CAIFC, medido en escalas al efecto. Comparar estado de salud en programa de preparación para la salida en libertad y a los 6 meses y 12 meses.

10.8. Objetivo general 8

Promover programas psicoeducativos eficaces en jóvenes infractores para favorecer la no reincidencia tanto en centros cerrados, para mejorar el impacto de la prevención del delito y la reinserción. Considerando la perspectiva de género.

JUSTIFICACIÓN

Desde una perspectiva técnica, el proceso de reinserción social comporta que los jóvenes infractores realicen amplios reajustes vitales, cambios de actitudes y conductas, en su relación con los demás y con su familia, y en sus vinculaciones con los ámbitos escolares, formativos y laborales.

La respuesta a la infracción debe ser socio educativa tanto para los padres como para los jóvenes. Un programa para adolescentes infractores debe dotar a los jóvenes de las habilidades y valores necesarios para la adquisición de una mayor competencia social, ayudándoles a reconocer que existen tales habilidades, a entender sus beneficios, a determinar en qué grado ellos las poseen o pueden aprenderlas y mejorarlas. Los programas más eficaces en la reducción de la reincidencia son aquellos basados en la perspectiva cognitivo-conductual de la



delincuencia, la cual pretende equipar al sujeto antisocial con habilidades que le permitan enfrentarse a los problemas con sus propios recursos.

La implementación de programas de incremento prosocial en la institución penitenciaria ha demostrado resultados significativos en la reducción de reincidencia, hasta de un 23%. Entre ellos, actualmente el Programa de Pensamiento Prosocial es uno de los más utilizados con delincuentes juveniles, el cual apunta a trabajar con factores de riesgo cognitivos, emocionales y de conducta, demostrando su eficacia en el incremento de habilidades de interacción y disminución de sus distorsiones cognitivas y justificación del delito (Redondo Illescas, Martínez Catena, & Andrés Pueyo, 2012)²⁵.

Es necesario incidir tanto en los programas de prevención del delito comunitarios, como dentro de instituciones cerradas en este enfoque de reinserción. Así como, dentro de los programas de intervención en el medio educativo cuando hay presencia de drogas y situaciones de vulnerabilidad social y familiar.

Horizonte temporal: final de 2021

Agentes implicados: DGRP, Gobiernos departamentales y municipios, Ministerio de Salud, servicio médicos y equipo multidisciplinarios de prisiones.

Estimación de costes: gastos de personal dedicado a los programas psicoeducativos e implementación de los mismos en tiempo de trabajo. Gastos de reuniones y coordinación. Gastos de Formación.

ACCIONES

8.1. Promover la implantación de programas psicoeducativos eficaces en jóvenes infractores para favorecer la no reincidencia, mediante formación específica de servicios médicos y equipos multidisciplinarios de prisiones, CAIFC de salud, ONG y otros agentes implicados. Teniendo en cuenta la perspectiva de género.

> Indicadores:

- De proceso:

IP-8.1.1.- Se habrá elaborado para segundo semestre de 2020, una capacitación sobre programas psicoeducativos para jóvenes infractores de probada eficacia.

IP-8.1.2.- Para segundo semestre de 2020 estará disponible un documento del bases para un programa psicoeducativo para jóvenes infractores con diseño de evaluación y perspectiva de género, homologado para todos los centros y programas de reinserción de menores infractores.

²⁵ Redondo Illescas, S., Martínez Catena, A., & Andrés Pueyo, A. (2012). Intervenciones con delincuentes juveniles en el marco de la justicia: investigación y aplicaciones. *EduPsykhé*, 11(2), 143-169.



- De resultado:

IR-8.1.3.- Disminución en un 20% de las reincidencias en menores infractores incluidos en programas psicoeducativos de probada eficacia, respecto a línea base de años anteriores.

IR-8.1.4.- Retención en programas psicoeducativos al cabo de 3 meses, 6 meses y al año de entrar. Proporción de los que siguen en programa sobre el total que entraron en los periodos señalados.

IR-8.1.5.- Mejora en los parámetros de estado de salud percibida, consumo de drogas, y bienestar psicológico de menores en programas psicoeducativos, medido en escalas al efecto, a los 6 meses y 12 meses.

10.9. Objetivo general 9

Promover la adopción de sistemas de información de la actividad del SITAPPL, registro de casos e interoperabilidad con otros sistemas de información de salud y penal, para mejorar la calidad de la atención de personas privadas de libertad con problemas de adicciones.

JUSTIFICACIÓN

El sistema de información de sobre la actividad de tratamiento de drogas y la reinserción, constituye el eje central de cualquier programa de garantía de calidad del tratamiento de datos, porque permite evaluar la actividad en el tiempo, identificar problemas oportunamente y realizar seguimiento a las actividades y programas desarrollados, mediante la obtención de datos que deben ajustarse a unos requisitos claramente definidos y conocidos por los diferentes participantes del proceso de información.

Los sistemas de información reflejan el funcionamiento de las organizaciones y deben apoyar a la Dirección, planificadores y profesionales de la atención a los internos, a convertir los datos procedentes del interior y del exterior de la organización, en información para la toma de decisiones.

Un sistema de información competente no basta por sí solo, debe ir acompañado de una cultura adecuada de generación, procesamiento, análisis y utilización de la información.

El Gobierno de Bolivia está haciendo un gran esfuerzo por implantar sistemas de información en varios ámbitos, entre ellos el penitenciario con la implantación del SIPENBOL (Sistema de información penitenciario Boliviano) lo que va a beneficiar una gestión más eficaz de todo el Régimen Penitenciario en conjunto. Aunque hay referencias a información sobre situación social y de salud de los internos, no alcanza la posibilidad de reforzar la información de gestión de programas y de la interconexión con sistemas externos para la reinserción social, por ejemplo.

Horizonte temporal: final de 2022.

Agentes implicados: DGRP, Gobiernos departamentales y municipios, Ministerio de Salud, servicio médicos y equipo multidisciplinarios de prisiones.



Estimación de costes: gastos de personal dedicado trabajar en la integración de los datos en el sistema. Gastos de formación de la red de informantes. Gastos de reuniones y coordinación.

ACCIONES

9.1. Integración de los datos del Sistema de Integral de Tratamiento de Adicciones para Privados de Libertad (SITAPPL), dentro del Sistema de Información penitenciario Boliviano (SIPENBOL): datos de actividad, programas, datos de usuarios (diagnósticos, datos penales, sociales y otros), historia clínica única para la atención biopsicosocial.

➤ **Indicadores:**

- **De proceso:**

IP-9.1.1.- Elaborar una propuesta de integración técnica para final de 2020 por parte de DGRP.

IP-9.1.2.- Constitución de un grupo de trabajo técnico que tenga representantes de DGRP, Servicios Médicos y equipos multidisciplinarios y representantes de los sistemas de información de salud, judicatura y atención social, para primer semestre de 2020.

IP-9.1.3.- Para final de 2021 estará preparada la integración en el SIPENBOL, y se habrá elaborado una programación de capacitación de profesionales de los sistemas penitenciario, de salud, judicial y de atención social.

IP-9.1.4.- Para final de 2022 estará a pleno rendimiento la integración de datos al sistema.

- **De resultado:**

IR-9.1.5.- Número de PPL con consumo de drogas con todos sus datos integrados en el SIPENBOL (SALUD/REINSERCIÓN) sobre el total registrado por semestres.

IR-9.1.6.- Porcentaje de uso del sistema de información por parte de los miembros de la Red de Información de Salud/Reinserción del SPENBOL, sobre el total, en alimentar el sistema, en tiempo y forma (según programa de reporte de datos al sistema).

IR-9.1.6.- Valoración de la satisfacción de los miembros de la Red de Información de Salud/Reinserción del SPENBOL, respecto a la gestión de programas para PPL con problemas de drogas (elaborar encuesta al efecto).

9.2. Constituir una Red de Informantes de Salud/Reinserción del SIPENBOL que se ocupe de los indicadores y haga seguimiento técnico y evaluación del funcionamiento del sistema de información.



➤ **Indicadores:**

- De proceso:

IP-9.2.1.- Elaborar un documento de propuesta técnica de los elementos que debe informar cada miembro de la Red de Informantes, y la definición de indicadores, fuente y periodicidad de la entrega de la información.

IP-9.2.2.- Definir un procedimiento de introducción de datos al sistema teniendo en cuenta los medios técnicos y humanos de cada miembro de la Red.

- De resultado:

IR-9.2.3.- Porcentaje de uso del sistema de información por parte de los miembros de la Red de Información de Salud/Reinserción del SPENBOL, sobre el total, en alimentar el sistema, en tiempo y forma (según programa de reporte de datos al sistema).

IR-9.2.4.- Valoración de la satisfacción de los miembros de la Red de Información de Salud/Reinserción del SPENBOL, respecto a la gestión de programas para PPL con problemas de drogas (elaborar encuesta al efecto).

10.10. Objetivo general 10

Mejorar las infraestructuras, y los medios técnicos y humanos que inciden en una prestación de calidad mínima exigible según estándares, en tratamientos de adicciones y salud en general dentro de prisiones.

JUSTIFICACIÓN

Conforme a los datos expuestos más arriba, el 20% de las edificaciones en ciudades datan del periodo del 92 al 98, y son producto de la ayuda internacional de la lucha contra el narcotráfico y de las inversiones realizadas en ese periodo. Varias de ellas no son edificios diseñados específicamente para establecimiento penitenciario, sino que son edificios civiles habilitados para prisión, con el consiguiente problema de habitabilidad (ventilación, espacio suficiente para celdas y esparcimiento, falta de espacio para servicios médicos y atención psicológica y de trabajo social...)

El hacinamiento general bordea el 227% en edificaciones sin condiciones y mantenidas por los propios internos.

En relación con la atención en salud y psicológica, el estándar es disponer de medios similares a los de fuera de la prisión en cuanto a equipamiento técnico y mobiliario, e insumos para el desarrollo de las actividades. A esto se añade la necesidad de disponer espacios especiales para



internos con problemas de consumo de drogas en tratamiento, ya que facilitará la recuperación y abandono de las drogas.

La Implementación de las Reglas Mínimas de Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos aporta una base sobre cómo deben ser las condiciones de vida y atención en salud de los internos y puede servir como guía para determinar las necesidades óptimas de cobertura de ítems y espacios para la asistencia de salud y adicciones.

Horizonte temporal: final de 2023.

Agentes implicados: DGRP, Gobiernos departamentales y municipios, Ministerio de Salud, servicio médicos y equipo multidisciplinarios de prisiones. Ministerio competente en infraestructuras penitenciarias.

Estimación de costes: Se requiere elaborar un presupuesto para conocer el alcance del coste de infraestructuras, ítems y equipamientos técnicos, mobiliario y material de apoyo: Coste de consultoría.

ACCIONES

10.1. Construcción de módulos en las cárceles de referencia, según criterios de priorización, para programas de salud y adicciones para los servicios médicos, odontología y equipos multiprofesionales (psicólogo y trabajar social), y otros profesionales de salud.

> **Indicadores:**

- **De proceso:**

IP-10.1.1.- Para final de 2020, se habrá elaborado un documento de planificación de construcción, cierre, ampliaciones y reformas de infraestructuras penitenciarias generales, y para salud y adicciones en particular, con el fin de disponer de objetivo estratégico final y una ruta crítica para ello.

IP-10.1.2.- Para mitad de 2020, se habrá realizado un relevamiento de recursos de infraestructuras de salud, psicología, trabajo social y psiquiatría, con el fin de tener una valoración de las necesidades.

IP-10.1.3.- Para final de 2021 se habrá construido o iniciado el 50% de las obras proyectadas en el plan de infraestructuras de salud y adicciones en prisiones.

IP-10.1.4.- Para final de Plan de Acción 2023, estará construido o iniciada la construcción del 100% de las infraestructuras de salud adicciones en prisiones.

- **De resultado:**



IR-10.1.5.- Reducción respecto a años anteriores, del incidente derivados del uso de drogas por los internos/as por la puesta en marcha de los nuevos espacios de tratamiento y atención médica.

IR-10.1.6.- Mejora de la satisfacción de los internos y el personal técnico y directivo con la atención a los problemas de salud y adicciones, medido en escalas "ad hoc".

10.2. Contratación de ítems de modo progresivo según priorización, para la mejora de los ratios por interno, de profesionales de salud (médicos, enfermeras, psicólogos, educadores sociales intrapenitenciarios para programas de reducción de daños, ambulatorios, de apoyo a la CT).

➤ **Indicadores:**

- De proceso:

IP-10.2.1.- Para final de 2019 se habrá realizado un estudio de necesidades de ítems para salud y adicciones a corto medio y largo plazo, teniendo en cuenta la planificación de apertura de nuevas infraestructuras.

IP-10.2.2.- A final de cada año se habrán contratado el 100% de los ítems previstos para las sucesivas ampliaciones o reformas de infraestructuras de salud adicciones en prisiones previstas en el relevamiento de necesidades de ítems.

- De resultado:

IR-10.2.3.- Incremento de entradas a los diferentes programas intrapenitenciarios de adicciones, medido a final de cada año tras la contratación de los ítems.

IR-10.2.4.- Mejora del clima laboral del servicio de salud y equipos multiprofesionales tras la contratación de ítems.

IR-10.2.5.- Mejora de la salud percibida y la satisfacción con la calidad de la atención en salud y adicciones recibida por parte de los internos. Medido en escalas.

10.3. Realizar un inventario de equipamiento técnico, mobiliario y material de soporte, de los servicios de salud y equipos multiprofesionales, con el fin de establecer un estándar mínimo que debe proveerse a cada prisión en estas áreas, para conseguir una calidad aceptable.

➤ **Indicadores:**

- De proceso:



IP-10.3.1.- Para final de 2019, se habrá realizado un inventario de equipamiento técnico, mobiliario y material de soporte de salud, psicología, trabajo social y psiquiatría, con el fin de tener una valoración de las necesidades, y un relevamiento de necesidades conforme a la planificación de infraestructuras.

IP-10.3.2.- A final de cada año se habrá adquirido el 100% del equipamiento técnico, mobiliario y material de soporte previstos para las sucesivas ampliaciones o reformas de infraestructuras de salud adicciones en prisiones previstas, así como haber cubierto las necesidades actuales.

- De resultado:

IR-10.3.3.- Mejora del clima laboral de Servicios de salud y equipos multiprofesionales tras la compra de equipamiento técnico, mobiliario y material de soporte.

IR-10.3.4.- Mejora de la satisfacción con la calidad de la atención en salud y adicciones recibida por parte de los internos. Medido en escalas.

11. CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL DESARROLLO DE LA PLANIFICACION PARA LA IMPLEMENTACION DEL SITAPPL

1.- La implementación de este Plan de Acción debe quedar integrada bajo el paraguas de la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, recogida en la Ley 913; de modo que sea operativa a través de una Comisión Especial sobre Medio penitenciario para la implementación de este Plan de Acción.

2.- El Plan de Acción para la puesta en marcha del Sistema Integral de Tratamiento de Adicciones para Personas Privadas de Libertad (SITAPPL), debe quedar incorporado dentro de la Estrategia de Lucha Contra el Narcotráfico y Control de Cultivos Excedentarios de Coca y el Plan de Acción de lucha contra el tráfico ilícito de drogas, como parte de los objetivos de ellos en lo referido a personas privadas de libertad.

3.- Se aconseja realizar un estudio de la legislación y normativas que afectan, y propuesta de modificaciones a la misma, los objetivos, acciones e indicadores previstos en el Plan de Acción para la puesta en marcha del Sistema Integral de Tratamiento de Adicciones para Personas Privadas de Libertad (SITAPPL), con el fin de posibilitar su implementación.

4.- Aunque esta expresado en otros lugares del documento, la perspectiva de género debe estar expresada en todas las acciones que han propuesto. Para ello se aconseja, la constitución de un grupo técnico de seguimiento de la aplicación de la perspectiva de género en este plan de acción.

5.- La referencia a adolescentes y jóvenes infractores consumidores de drogas y su situación de vulnerabilidad, se ha contemplado en todo el documento de STAPLL, hasta el punto de que se ha considerado oportuno ampliar a la fase previa al ingreso en prisiones o centro cerrados de



menores infractores, las acciones de este sistema integral de tratamiento. De hecho, se formula la necesidad de implementar un programa de prevención del delito para esta población vulnerable.

6.- Disponer de un buen sistema de información es una necesidad primordial para que pueda funcionar correctamente el SITAPPL, de modo que se considera una de las acciones prioritarias de implantación inicial.

7.- La temporización que se ha reflejado en las acciones, ha sido propuesta según la factibilidad de ser realizada en tiempo, pero siendo conscientes de que hay factores que pueden modificar los tiempos de ejecución, se recomienda hacer una revisión de este aspecto, para reprogramar si fuera necesario el tiempo de ejecución.

8.- Se recomienda, partiendo de este plan de acción para implementar el SITAPPL, elaborar una programación operativa que recoja objetivos, acciones y temporización y entidades e instituciones a las que le afecta la acción. Con esto elaborado, se recomienda hacer una puesta en común con los actores principales la propuesta de trabajo.

9.- Se recomienda el enriquecimiento de este plan de acción con aportaciones operativas de los agentes implicados en las acciones. Es muy posible que desde la práctica, desde el terreno y por algunos limitantes que pueda haber: legales, de recursos materiales y humanos, se pueda ajustar mucho más algunas acciones propuestas.

10.- Se recomienda y se deben evaluar las acciones y su cumplimiento, haciendo varios cortes en el tiempo: se recomienda anualmente hacer la evaluación del cumplimiento, hasta el final de plan de acción.

11.- El apartado de Costes estimados, realmente es más una relación de imputación de gastos según los objetivos propuestos y sus acciones. Sería necesario realizar un estudio económico de costes monetarios de la implantación del SITAPPL, que será requerido para la asignación de recursos en presupuestos anuales.

12.- Se recomienda que se habrá una nueva partida de gasto en los presupuestos del Ministerio de Gobierno, Dirección General de Régimen Penitenciario, plurianual para la implantación del SITAPPL.

13.- Se recomienda que esta propuesta sea elevada y expuesta a instancias de gobierno oportunas, y a organismos de cooperación internacional multilateral, y cooperación internacional de países, e instancias de cooperación bilateral, para buscar sinergias en la implantación y unir otros países a probar en otros contextos las propuestas que se realizan aquí.