

Estudio sobre Consumo de Drogas de las Personas Menores de Edad en Conflicto con la Ley Penal Juvenil



364.36

E79e Estudio sobre consumo de drogas de las personas menores de edad en conflicto con la Ley Penal Juvenil/ coordinado por Doris Arias Madrigal – Heredia: Poder Judicial. Departamento de Artes Gráficas; Programa Justicia Restaurativa, 2017.
56 p.

ISBN 978-9968-696-20-3

1. Derecho Penal 2. Justicia Penal Juvenil 3. Justicia Restaurativa
4. Drogas I. Arias Madrigal, Doris, coord. I. **TÍTULO**

Créditos

Coordinación General:

Dra. Doris Arias Madrigal, Magistrada Sala Tercera, Directora Programa Justicia Restaurativa

Consultor:

Lic. Ernesto Cortés Amador, Antropólogo Social, Especialista en Políticas de drogas.

Apoyo Técnico:

M.Sc. Jovanna Calderón Altamirano, Programa de Justicia Juvenil Restaurativa.

El presente estudio fue financiado por la Embajada de los Estados Unidos en Costa Rica, en el marco de la ejecución del Proyecto Corte-Embajada USA-NSCS y se autoriza su reproducción siempre que se cite la fuente.

Piñol, D. y Espinoza, O. (2011). *Estudio de la relación droga-delito a partir de la caracterización de usuarios de programas de tratamiento en contexto penitenciario*. Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana. Instituto de Asuntos Públicos, Universidad de Chile.

Rodríguez, J. (2007). *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington, D.C.: OPS.

Sáenz, M., Bejarano, J., Fonseca, S. (2006). Adolescentes en condiciones de vulnerabilidad: Consumo de drogas en menores privados de libertad y transgresión de la ley penal. *Revista de la Asociación de Ciencias Penales de Costa Rica*. Año 18, N° 24. San José, pp.79-88.

Stevens, A. & Trace, M. & Bewley, T. (2006). *Reduciendo los delitos relacionados con las drogas: Una visión general de la evidencia global*. Informe V. Fundación Beckley, Programa sobre Políticas en Droga.

UNODC / OMS. (2008). *Principios para el tratamiento de la drogodependencia – Documento de discusión*. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito / Organización Mundial de la Salud.

UNODC / CICAD. (2010). *La relación droga y delito en adolescentes infractores de la ley*. La experiencia de Bolivia, Chile, Colombia, Perú y Uruguay. Sistema subregional de información e investigación sobre drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay – SISUID. Washington D.C.: CICAD.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Área Desarrollo Institucional. Proceso de Investigación. (2014a). *Análisis geográfico provincial de las drogas en Costa Rica, 2011-2013*. San José, CR: IAFA.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Área Desarrollo Institucional. Proceso de Investigación. (2012b). *Análisis de oferta demanda en la atención de personas menores de edad consumidoras problemáticas de sustancias psicoactivas en Costa Rica 2012*. San José, CR.: IAFA.

Ley N° 8204, Ley sobre Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas de Uso no Autorizado, Legitimación de Capitales y Actividades Conexas. San José, Costa Rica: Asamblea Legislativa.

Ley N° 8289, Reforma de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, N.° 5412, para el otorgamiento de personalidad jurídica instrumental al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. San José, Costa Rica: Asamblea Legislativa.

Ministerio de Justicia y Paz. (2014). *Informe de la Población Penitenciaria II trimestre 2014. Departamento de Investigación y Estadística*. Instituto Nacional de Criminología. Dirección General de Adaptación Social.

Ministerio de Justicia y Paz. (2013). *Informe de la Población Penitenciaria, Octubre 2013. Departamento de Investigación y Estadística*. Instituto Nacional de Criminología. Dirección General de Adaptación Social.

Ministerio de Salud de Costa Rica. (2012). *Política Nacional de Salud Mental 2012-2021*. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud.

Organismo de Investigación Judicial. (2013). *Reporte de Situación sobre Tráfico de Drogas y Amenazas del Crimen Organizado en Costa Rica*. San José: OIJ.

Organismo de Investigación Judicial. (2015). *Agrupaciones delictivas en Costa Rica desde la perspectiva sociológica*. San José: OIJ.

Organización Mundial de la Salud. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias - ASSIST. Manual para uso en la atención primaria*. Washington D.C.: OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud -10ª, revisión*. Washington, D.C. : OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Estrategia sobre el consumo de sustancia psicoactivas y la salud pública*. Washington, D.C.: 50. Consejo Directivo.

Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Plan de acción sobre el consumo de sustancia psicoactivas y la salud pública*. Washington, D.C.: 51 Consejo Directivo.

Poder Judicial - Corte Suprema de Justicia de Costa Rica y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Costa Rica. (2014). *Diagnóstico del Sistema Penal Juvenil Costa Rica 2012*. San José, CR. : UNICEF.

Índice de contenido

Índice de contenido	3
Índice de tablas	4
Índice de gráficos.....	5
Abreviaturas	6
Introducción	7
Programa de tratamiento en drogas bajo supervisión judicial penal juvenil	
Justicia Restaurativa Penal Juvenil.....	9
Programa de Tratamiento en Drogas bajo Supervisión Judicial (PTDJ).....	11
Discusión sobre la relación entre consumo de droga y comisión de delitos	12
Datos sobre consumo de drogas en personas menores de edad vinculado al delito	
Datos de personas jóvenes en la justicia penal juvenil.....	17
Consumo de sustancias psicoactivas en personas menores de edad privadas de libertad	25
Consumo de drogas y comisión de delitos en personas menores de edad privadas de libertad	32
Atención de personas menores de edad por consumo de sustancias psicoactivas.....	34
Instituciones encargadas de la atención de personas menores de edad	36
Recomendaciones para la estrategia de atención institucional	44
Resultados y recomendaciones de investigación	44
Recomendaciones para disminuir la delincuencia asociada al consumo de drogas.....	47
Bibliografía	53

Índice de tablas

Tabla 1. Distribución de la población adscrita al Programa Penal Juvenil según condición jurídica, por sexo. Costa Rica 2013, 2014.....	17
Tabla 2. Clasificación de señalamientos efectuados por los juzgados penales juveniles y atendidos por las fiscalías penales juveniles según resultado obtenido. Costa Rica 2009 - 2014.....	18
Tabla 3. Personas condenadas en juzgados competentes en materia penal juvenil. Costa Rica 2009-2014.....	19
Tabla 4. Cantidad de asuntos acusados por infracción a la Ley de Psicotrópicos. Costa Rica 2012-2015.....	22
Tabla 5. Personas condenadas en juzgados competentes en materia penal juvenil según tipo de delito y sanciones impuestas. Costa Rica 2014.....	22
Tabla 6. Sanciones principales combinadas con sanciones alternas impuestas a las personas menores por infringir la Ley Penal Juvenil durante el 2013.....	25
Tabla 7. Prevalencia de consumo de último mes de varias sustancias en personas menores de edad privadas de libertad en el Centro Zurquí. Costa Rica 2003, 2004, 2006, 2007, 2008, 2012, 2013, 2014.....	29
Tabla 8. Porcentaje de indicadores de abstinencia, asociados al consumo de cannabis y cocaína. 2014.....	30
Tabla 9. Personas menores de edad privadas de libertad que han cometido un delito bajo los efectos del alcohol u otras drogas. Centro Zurquí. Costa Rica 2006-2008.....	32
Tabla 10. Consumo de sustancias psicoactivas un mes antes y el día antes de haber cometido el delito, según tipo de delito. Costa Rica 2014.....	33
Tabla 11. Indicadores de utilización del recurso cama para el tratamiento y rehabilitación de personas menores de edad. Costa Rica, 2012.....	35
Tabla 12. Programas de atención para personas menores de edad que usan sustancias psicoactivas. Costa Rica 2016.....	43

Bibliografía

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (2016). *Proyecto de Ley Justicia Restaurativa*. Expediente N° 19 935.

Amnistía Internacional (2009). *Informe de AI sobre menores en centros de protección terapéuticos, Castigos, aislamiento y medicación forzada: recetas recurrentes en el tratamiento de menores protegidos por la Administración*. España.

Arias, D., Barrantes, V. Coordinadores. (2015). *Política pública de justicia juvenil restaurativa*. Costa Rica. Heredia, Costa Rica: Poder Judicial.

Calvo, K., Peralta, G., Rodríguez, L., Stephenson, M. (2015). Relación entre el delito y el consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes infractores de la ley del Centro de Formación Penal Juvenil Zurquí, en la adolescencia tardía, durante el primer semestre de 2014. Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Comité de los Derechos del Niño. (2007). Observación general N° 10. Los derechos del niño en la justicia de menores. Ginebra, Suiza: Organización de las Naciones Unidas.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) de la Organización de Estados Americanos (OEA). Violencia, niñez y crimen organizado / Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Washington D.C.: OEA.

Consortio Internacional de Políticas de Drogas. (2016). *Guía sobre políticas de drogas del IDPC*. 3ra edición. Londres.: IDPC.

Cortés, E. (2015). *Comprando miedo. Personas usuarias de crack en Costa Rica*. Red Latinoamericana y del Caribe de Personas que Usan Drogas, LANPUD.

Fonseca, S. y Bejarano, J. (2012). Adolescentes costarricenses con problemas judiciales y consumo de drogas. *Revista Costarricense de Psicología*. Ene-dic 2012, Vol. 31, N°. 1-2, p.p. 21-39

Goldstein, Paul. (1995). *The drugs-violence nexus: a tripartite conceptual framework*. En: Inciardi, J. and Mc. Elrath, K. *The American Drug Scene: An Anthology*. Los Ángeles: Roxbury.

Grover, A. (2010). *Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Relator Especial sobre el derecho a la salud. Presentado de conformidad con la resolución 6/29 del Consejo de Derechos Humanos. Viena: ONU.

Instituto Costarricense sobre Drogas. (2013). *Plan Nacional sobre Drogas, 2013-2017*. San José, Costa Rica: ICD.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2012). *Decreto Ejecutivo 37110. Política del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica* San José. Costa Rica: IAFA, Ministerio de Salud.

a los más prolíficos delincuentes de bajo nivel y a personas con problemas severos con las drogas en tratamiento (que puede hacerse como parte de, o como alternativa a, sanciones de la justicia criminal), este tiene el potencial de reducir la delincuencia relacionada con las drogas, pero solo cuando los procedimientos estén coordinados, y el tratamiento brindado sea voluntario y basado en evidencia, así como que respeten los derechos fundamentales de las personas tratadas.

Un abordaje integral debe tener la pericia para identificar todos los factores intervinientes en la comisión del delito. Si bien el consumo de drogas puede estar vinculado, no se trata solamente de disminuir o eliminar la ingesta de SPA, sino incidir en situaciones más estructurales que pueden llevar a disminuir la delincuencia y, de forma complementaria, el consumo de drogas.

Índice de gráficos

Gráfico 1. Porcentaje de personas condenadas en juzgados competentes en materia penal Juvenil. Costa Rica 2009-2014	20
Gráfico 2. Personas condenadas en juzgados competentes en materia penal juvenil por infracción a la Ley de Psicotrópicos. Costa Rica 2009-2014	21
Gráfico 3. Personas condenadas en juzgados competentes en materia penal juvenil según tipo de sanción. Costa Rica 2009-2014.....	23
Gráfico 4. Personas condenadas en juzgados competentes en materia penal juvenil según tipo de sanción específica principal. Costa Rica 2009-2014	24
Gráfico 5. Jefatura de hogar en personas menores de edad privadas de libertad en el Centro Zurquí. Costa Rica 2014	27
Gráfico 6. Niveles de prevalencia de consumo de varias sustancias en personas menores de edad privadas de libertad en el centro Zurquí. Costa Rica 2014	28
Gráfico 7. Prevalencia de consumo de último mes de varias sustancias en personas menores de edad privadas de libertad en el Centro Zurquí. Costa Rica 2003, 2004, 2006, 2007, 2008, 2012, 2013, 2014.....	30
Gráfico 8. Personas menores de edad privadas de libertad con disposición al tratamiento para el consumo de sustancias psicoactivas. Costa Rica 2014	31
Gráfico 9. Personas menores de edad privadas de libertad que cometieron un delito bajo los efectos de una droga, según tipo de sustancia psicoactiva. Centro Zurquí. Costa Rica 2014	32
Gráfico 10. Personas menores de edad atendidas en servicios del IAFA y ONG. Costa Rica 2009-2015.....	34

Abreviaturas

ASSIST	Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias
CAID	Centros de Atención Integral en Drogas
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CICAD	Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
DAI	Departamento de Atención Inmediata del Patronato Nacional de la Infancia
DNI	Defensa de Niños Internacional
IAFA	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
ICD	Instituto Costarricense sobre Drogas
IMAS	Instituto Mixto de Ayuda Social
NH	Nuevos Horizontes
OEA	Organización de Estados Americanos
OIJ	Organismo de Investigación Judicial
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PANI	Patronato Nacional de la Infancia
PTDJ	Programa de Tratamiento de Drogas bajo Supervisión Judicial
SPA	Sustancias Psicoactivas
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito

Se recomienda contemplar la recaída como parte del proceso de atención y mejora del paciente, fortaleciendo las acciones para su prevención y evitando las acciones que puedan fomentar el estigma o el castigo cuando esta suceda, ya que estas se hallan en contraposición a los principios básicos de tratamiento y limitan su posibilidad de éxito.

Por razones de accesibilidad y costos en la atención para el consumo de SPA, se deben priorizar los servicios ambulatorios de atención primaria con un enfoque de salud comunitaria. Estas son políticas sociales y sanitarias que rompen con el paradigma tradicional de la atención intrahospitalaria y de institucionalización, promoviendo el empoderamiento de la comunidad para brindar las condiciones idóneas y los recursos de abordaje.

Se ha venido desarrollando este tipo de políticas en varios países de América Latina desde hace varias décadas (Rodríguez, 2007) y se encuentran respaldadas en la estrategia y el Plan de Acción sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas y la Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2010, OPS 2011), e incluso, en la Política Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud, 2012). Desde un enfoque de atención integral e integración social, el internamiento en un centro de atención residencial (al igual que el encarcelamiento) deben visibilizarse como el último recurso y deben utilizarse solamente como una medida especial para casos que presenten un consumo problemático severo y que no cuenten con recursos de apoyo suficientes.

Los enfoques que contravienen las normas de Derechos Humanos (como la detención forzada

u obligatoria, tratos crueles o tortura) deben ser eliminados. Además si no son éticos ni costo-efectivos, estos enfoques tienen muy pocas probabilidades de alcanzar los objetivos deseados. Entre estos, se incluyen el uso de castigos físicos o psicológicos, la utilización de cuartos de aislamiento y el control por medios farmacológicos o medicación.

En el caso de personas menores de edad, este tipo de medidas vulneran el interés superior, su derecho a ser escuchadas y no discriminadas, incluidas en la Convención de los Derechos del Niño, las Reglas de Naciones Unidas para la protección de menores privados de libertad, y la Convención contra la tortura y otras formas de castigo y penas crueles, inhumanas o degradantes. (Amnistía Internacional, 2009).

Finalmente, es necesario monitorear y evaluar de forma constante los sistemas nacionales de tratamiento para asegurarse de que estén funcionando con eficacia y en consonancia con los estándares globales. Los servicios resultarán mejor si tienen articulación con distintas instituciones y organizaciones e incentivan la participación de las personas a los que van dirigidos, tanto en su diseño como en su ejecución. Esto también significa elevar los niveles de educación, facilitar el acceso al empleo y la vivienda, y ofrecer otros tipos de respaldo social mediante el fortalecimiento de lazos sociales y comunitarios.

No queda duda de que los esfuerzos por reducir la pobreza y la exclusión social parecen tener un impacto positivo en la disminución de la delincuencia y el consumo problemático de drogas en las personas menores de edad. Incluso, involucrando

los y las miembros del equipo terapéutico, la administración y la población objetivo. Los y las profesionales que brinden servicios de atención deben estar debidamente capacitados sobre el consumo de SPA, las estrategias de intervención y ética profesional sobre el trato a la personas usuarias de los servicios.

- *Desarrollo de políticas, planificación estratégica y coordinación de servicios:* Es necesario un enfoque sistemático para la atención de los trastornos por consumo de drogas, así como para la planificación y ejecución de los servicios. Se requiere una secuencia lógica que vincule las políticas establecidas, la planificación del tratamiento, su ejecución, seguimiento y evaluación. De nada sirve una medida que potencialmente puede ser muy beneficiosa, si las opciones de tratamiento no se ajustan a las características de la población, si el modelo de atención no ha sido comprobado como efectivo, si no se asegura la sostenibilidad del programa y el seguimiento a las personas atendidas.

El Consorcio Internacional de Políticas de Drogas (IDPC 2016)¹⁰ en su *Guía sobre políticas* también señala que una estrategia integral e integrada para la atención del consumo de drogas exige cooperación, coordinación y financiamiento entre instituciones de salud, sociales, justicia y educación, en coordinación con gobiernos locales, grupos comunitarios,

organizaciones de la sociedad civil y las comunidades afectadas, como las personas que usan drogas. Estas deben basarse en acciones coordinadas y sistémicas en vez de intervenciones aisladas, a partir de una gama equilibrada de servicios que puedan adaptarse a las distintas características, necesidades y circunstancias de cada persona.

“La recuperación abarca cualquier paso positivo o cambio que conduzca a la mejora de la salud, el bienestar de la persona, los recursos disponibles y la disponibilidad de profesionales médicos formados (para garantizar la máxima cobertura, la mejor opción es una combinación de todos estos entornos). Los entornos comunitarios tienden a ser menos costosos en contextos con recursos limitados, y puede que sean los más apropiados cuando la persona dependiente de drogas cuenta con un fuerte apoyo social, familiar y comunitario.” (IDPC 2016).

El objetivo de todo tratamiento de drogas debería buscar alcanzar el más alto nivel de salud y bienestar. El síndrome de dependencia a SPA es una enfermedad crónica y la recaída es parte del proceso. La mayoría de las personas que han recibido servicios de atención tienen de cinco a siete recaídas luego de su egreso de este, por lo que la recaída debe asumirse como parte del proceso de atención y debe complementarse con estrategias que puedan prevenirla o retrasarla.

¹⁰ <http://idpc.net/es/publications/2016/03/guia-sobre-politicas-de-drogas-del-idpc>

Introducción

El siguiente documento es producto de la iniciativa del Programa de Justicia Restaurativa del Poder Judicial de Costa Rica, a cargo de la magistrada doctora Doris Arias Madrigal, en el marco de ejecución proyecto *Acceso a la Justicia de la población penal juvenil: oportunidad para el cambio judicial y cultural*, auspiciado por la Embajada de los Estados Unidos de América y el Centro Nacional para Tribunales Estatales (NCSC) por sus siglas en inglés.

El informe se divide en cuatro temas generales, a partir de los objetivos estipulados en los términos de referencia de la contratación. El primero es una explicación general de la política donde se enmarca el Programa de Tratamiento en Drogas bajo Supervisión Judicial Penal Juvenil, el cual incluye una descripción sobre la Justicia Restaurativa Juvenil, el Programa de Tratamiento de Drogas bajo supervisión Judicial (PTDJ) en personas adultas y una discusión sobre el vínculo existente entre consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y delitos.

La segunda parte se basa en los datos sobre el consumo de drogas en personas menores de edad

vinculado al delito. Este capítulo se divide en los datos generales en materia penal juvenil, consumo de SPA e instituciones y servicios de tratamiento existentes para personas menores de edad. La tercera parte se enfoca en las instituciones que se deben encargar de participar en el programa y sus roles para la atención de las personas menores de edad con consumo problemático de drogas vinculado con el delito.

La cuarta y última parte son propuestas y recomendaciones para desarrollar estrategias basadas en evidencia científica y desde un enfoque de derechos de las personas menores de edad. En este caso, se definen dos tipos de recomendaciones, las primeras enfocadas a insumos de producción de conocimiento necesario para el desarrollo del PTDJ en personas menores de edad; y las segundas, en función de los servicios o programas de atención que han demostrado ser más efectivos para implementarse con personas que presentan un consumo problemático de SPA.

múltiples necesidades de tratamiento a nivel personal, social y económico, las cuales no pueden ser abordadas si se tiene en cuenta solo el consumo. Los procesos de diagnóstico y de evaluación integral son la base para un enfoque individualizado y eficaz para la planificación del tratamiento y la participación de la persona en el tratamiento.

- *Atención orientada en evidencia empírica y documental:* La evidencia de buenas prácticas y el conocimiento científico acumulado sobre la naturaleza de la dependencia de drogas debe guiar las intervenciones e inversiones en tratamiento de la drogodependencia. Se debe asegurar una alta calidad de los estándares requeridos para la aprobación de las intervenciones clínicas, farmacológicas, psicológicas o sociales. Al igual que el Estado, regula los servicios de tratamiento privados, los servicios estatales también deben estar regulados, fiscalizados y evaluados por entes externos tanto en su proceso de atención, como en los resultados y efectividad. Se podría trabajar esto por medio de protocolos con las respectivas evaluaciones.
- *Garantía de Derechos Humanos y dignidad de la persona usuaria de los servicios:* Los servicios de tratamiento de la dependencia de drogas deben cumplir con las obligaciones de Derechos Humanos y reconocer la dignidad inherente a todos los individuos. Esto incluye la respuesta al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y el bienestar, la garantía de la no discriminación y opinión, así como la participación

voluntaria de las personas en procesos de atención. Esto también incluye la eliminación en el uso de violencia, abusos, malos tratos, humillación, control farmacológico u otras estrategias que atentan contra la dignidad de las personas y que han demostrado que son contraproducentes con el tratamiento.

- *Involucramiento comunitario, participación y orientación:* Las intervenciones comunitarias para el uso de drogas y la dependencia pueden apoyar y fomentar cambios de comportamiento directamente en la comunidad. Esto podría implicar un cambio de paradigma de lo vertical y directivo, hacia una forma más cooperativa de prestación de servicios, en donde la participación activa de los actores locales (organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, el sector privado, líderes comunitarios, organizaciones religiosas y curanderos tradicionales), miembros de la comunidad (familias) y las poblaciones objetivo son imprescindibles para establecer una red integrada de servicios de salud que den respuestas efectivas.
- *Servicios clínicos de tratamiento:* Un servicio de tratamiento de la dependencia de SPA requiere un método responsable, eficiente y eficaz de gestión clínica que facilite el logro de sus metas. La organización de servicios debe reflejar los datos de la investigación actual y ser sensibles a las necesidades de las personas usuarias del servicio. Deben definirse de antemano las políticas, programas, procedimientos y mecanismos de coordinación, y deben estar claros para todos

- *Apoyo a personas menores de edad y sus familias:* Esto se enfoca en reducir los factores de riesgo hacia la delincuencia (tales como el bajo nivel educativo, agresividad, impulsividad, pobres habilidades sociales, paternidad dura e inconsistente) y estimular los factores protectores (como una paternidad/maternidad consistente y solidaria, compromiso con la educación, empatía). Estas son estrategias de intervención que se deben brindar en edades tempranas e incluyen componentes psicosociales, deportivos, artísticos y laborales. Es importante visibilizar el trabajo con las familias y, particularmente, con las madres de las personas menores de edad, no culpabilizándolas por los problemas de su hijo/a, sino buscando generar empoderamiento y poder acompañar el proceso de atención.
- *Tratamiento para el consumo de drogas:* No hay duda de que el tratamiento es uno de los métodos más efectivos para reducir los delitos de personas que tienen problemas severos con las drogas. Pero esto tiene mucho que ver con la calidad y resultados del tratamiento, ya que algunos programas de tratamiento producen resultados dramáticamente mejores que otros. Es de suma importancia que los servicios de tratamiento sean accesibles, basados en evidencia y voluntarios. Un problema de utilizar el tratamiento como solución para la delincuencia asociada con las drogas es una cuestión de escala. Los impactos más positivos sobre la delincuencia se han alcanzado en pequeña escala con programas que tienen un seguimiento individual y comunitario constante.

Un documento elaborado por la UNODC y la OMS (2008) expone nueve principios básicos que deberían contar los servicios de tratamiento para el consumo de drogas. Estos principios buscan ser una base para que los gobiernos y las organizaciones interesadas puedan adoptar medidas concertadas para el desarrollo de servicios basados en evidencia y que respondan a las necesidades de la población. En cuanto al abordaje que debería realizarse con personas menores de edad en alta vulnerabilidad social y en conflicto con la ley, deben tomarse consideraciones particulares, por lo que se presentarán solamente aquellos principios que aplican a la población y que comentan sobre las necesidades específicas.

- *Disponibilidad y accesibilidad de tratamiento para la dependencia de drogas:* La dependencia de drogas y los problemas sociales y de salud asociados pueden ser tratados de manera efectiva en la mayoría de los casos, si las personas tienen acceso a la continuidad de los servicios de tratamiento y rehabilitación disponibles y asequibles en una manera oportuna. Con este fin, todas las barreras que limitan la accesibilidad a los servicios de tratamiento deben ser minimizadas para que las personas tengan acceso al tratamiento que mejor se adapte a sus necesidades. Se debe contar con un amplio sistema de servicios y redes de atención que complementen programas residenciales y ambulatorios tanto a nivel institucional, como residencial y barrial.
- *Tamizaje, evaluación, diagnóstico y planificación del tratamiento:* Las personas afectadas por el uso problemático de drogas tienen a menudo

Programa de Tratamiento en Drogas bajo Supervisión Judicial Penal Juvenil

Justicia Juvenil Restaurativa

Dentro de los principios esenciales del derecho penal juvenil se parte de una visión integral que reconoce el interés superior de la persona menor de edad, el principio de formación integral y de reinserción social que fundamentan el principio educativo y el uso de la prisión como último recurso. Se debe corresponder el interés individual con el interés social por lo que siempre se busca procurar que las personas jóvenes en conflicto con la Ley Penal Juvenil tengan un proceso favorable a la resocialización y la reinserción en su familia y en la sociedad.

La intervención penal juvenil restaurativa tiene como objetivo que la persona menor de edad en conflicto con la ley, desde una perspectiva integral y holística repare los daños causados con la infracción penal y cumpla con las responsabilidades y las obligaciones legales propias de la vida en sociedad. El procedimiento juvenil restaurativo favorece la adquisición de herramientas para un proyecto de vida alternativo al delito. A la vez, se le garantiza a las personas menores de edad ofensoras la protección integral, el interés superior, la autonomía progresiva y el respeto a sus derechos, asegurando una atención particular en cada caso y la aplicación efectiva de los institutos y sanciones propios del proceso penal juvenil, cuyo fin es la rehabilitación y reinserción social y familiar de la persona menor de edad. (Proyecto de Ley Justicia Restaurativa. Expediente n°19 935, artículo 5).

La Política Pública de Justicia Juvenil Restaurativa menciona que la sanción penal siempre debe fomentar el desarrollo integral, reconociendo las vulnerabilidades individuales y procurando una reinserción exitosa en la sociedad. Esto también es establecido por la Política Pública de Justicia Juvenil Restaurativa (Arias y Barrantes 2015) que busca brindar un trato a las personas ofendidas acorde a sus derechos y necesidades, partiendo del reconocimiento del daño realizado a la víctima, a la comunidad y su responsabilidad activa en el proceso de reparación, a través de un alto control y un alto apoyo por parte de las instituciones estatales. También se busca prevenir efectivamente la reincidencia mediante un constante apoyo y seguimiento a las personas menores de edad, los cuales aseguren la finalidad educativa del proceso, la minimización de los efectos negativos de la prisión y las sanciones penales.

La Justicia Juvenil Restaurativa constituye una alternativa complementaria al modelo de Justicia Especializada en materia penal juvenil y se encuentra en coherencia con los postulados de este proceso especializado que se orientan a la desjudicialización, la flexibilización de las actuaciones judiciales, la diversificación de las respuestas y “ultima ratio” del encarcelamiento. Estas deben preservar el respeto a las garantías judiciales y procesales consagradas

en la legislación costarricense, en el Sistema de Naciones Unidas en Justicia Juvenil y los diversos instrumentos internacionales de derechos humanos vinculados. Como por ejemplo, se pueden citar las Directrices de la RIAD que refieren a la necesidad de desarrollar políticas sociales orientadas al bienestar integral de las personas adolescentes para evitar su involucramiento en conflictos con la Justicia; las Directrices de Tokio con la promoción de sanciones no privativas de libertad con miras a reducir la reincidencia y favorecer el principio de reinserción de las sanciones; las Reglas de la Habana que resguardan los derechos humanos de las personas adolescentes en centros privativos de libertad; las Reglas de Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores (Reglas de Beijing).

Se deben mencionar la Observación General N° 10 del Comité de los Derechos del Niño, el Informe Violencia, Niñez y Crimen Organizado de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) de la Organización de Estados Americanos (OEA) y la Declaración de Doha en el 13° Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Justicia Penal, celebrada en Doha, del 12 al 19 abril de 2015, donde se insta a los Estados a la utilización de procesos restaurativos al tiempo que se disminuye la utilización de la prisión.

En Costa Rica, esta consideración se presenta en el Plan Estratégico del Poder Judicial, período 2013-2018, donde se enfatiza la desjudicialización de los procesos, la optimización de mecanismos alternativos para la solución de conflictos, entre otras acciones concretas. Igualmente, define la necesaria

participación ciudadana en la gestión judicial, con el fin de satisfacer a todas las partes involucradas (el o la adolescente, la persona víctima o afectada y la comunidad en su conjunto) y establece la contribución del Programa de Justicia Restaurativa a la modernización de la gestión judicial y la gestión del recurso humano.

Asimismo, la Política Pública de Justicia Juvenil Restaurativa (Arias y Barrantes 2015) se inserta dentro del marco jurídico en materia de niñez y adolescencia y del Sistema Especial de Justicia Juvenil, ya que pretende dar cumplimiento al conjunto de instrumentos, reglas y disposiciones, destinado a la protección y garantía de los derechos de niños, niñas y personas adolescentes a nivel general, promoviendo alternativas complementarias al Sistema de Responsabilidad Penal Juvenil vigente, aunque en este caso de carácter desjudicializador y no estigmatizante, según lo recomendado por el Comité de Derechos del Niño.

La Justicia Restaurativa reconoce la historia propia de las personas que conllevan a un conjunto de circunstancias sociales, personales, culturales y familiares que podrían haber incidido en un conflicto. Con esta perspectiva, se está aceptando que las personas menores de edad responden a su contexto y que existen factores de riesgo que de alguna manera condicionan la existencia de un modo de vida. Mediante este modelo, la persona ofensora reconoce el daño causado a la víctima y la comunidad; pero al mismo tiempo, se trabaja en los factores que lo llevaron a delinquir. Como método de prevención, se busca empoderar la responsabilidad activa por

ocupacionales y de accesos a servicios de salud, con el fin de realizar valoraciones e intervenciones que resulten más atinadas y se basen en la garantía de Derechos Humanos básicos.

Un desafío importante de contemplar es el hecho de que la persona menor de edad se encuentra a distintos grados vinculada a grupos organizados y/o violentos, tales como bandas juveniles o de otra índole. Esto implica retos particulares que deben ser estudiados y abordados a nivel cualitativo, ya que son pocos los estudios actualizados y contextualizados que reflejen realmente las dinámicas de estos grupos desde aproximaciones de subculturas juveniles vinculadas a actividades y economías ilícitas.

Recomendaciones para disminuir la delincuencia asociada al consumo de drogas

Cuando se buscan medidas exitosas para prevenir la delincuencia, debe considerarse a las drogas como un factor en la decisión para delinquir, aunque a menudo no es el único o el más influyente. La marginación socioeconómica que es experimentada por la mayoría de las personas usuarias problemáticas que se encuentran en conflicto con la ley es un punto importante a considerar.

Reconociendo la complejidad en el vínculo entre drogas y el delito, es claro que se deben apoyar las medidas que han demostrado ser efectivas en reducir la delincuencia asociada con las drogas. Aun pequeñas disminuciones en las tasas de delitos pueden producir grandes beneficios en términos de reducir los daños a víctimas y los costos en el sistema de justicia criminal.

Partiendo de la investigación realizada por Stevens, Trace y Bewley-Taylor (2006), se sugiere promover un enfoque integral que haga uso de políticas y medidas que hayan mostrado ser efectivas para reducir la delincuencia y el consumo de drogas. Los autores describen una gran cantidad de estrategias e intervenciones que han demostrado ser buenas experiencias, así como otras que han confirmado ser poco efectivas y hasta contraproducentes. En este caso, solamente se incluyen aquellas experiencias que han señalado ser efectivas para reducir el delito relacionado con las drogas.

- *Prevención situacional de la delincuencia.* Aunque no se dirigen específicamente a los delitos asociados con drogas, esta ha demostrado que disminuye los delitos de oportunidad, especialmente los robos que son cometidos para conseguir dinero para drogas. Las principales intervenciones de prevención situacional de la delincuencia son aumentar el esfuerzo y los riesgos de cometer un delito, así como reducir las recompensas o beneficios por el delito cometido. Las estrategias se fundamentan principalmente en el diseño medioambiental del espacio y la generación de convivencia social, convocando a que las personas que habitan en una comunidad específica se organicen para vigilar y mantener la seguridad, así como el desarrollo de actividades educativas, culturales o deportivas que convoquen a otras personas de la comunidad a participar de los procesos e integrar a las personas sancionadas.

instrumentos de tamizaje basados en manuales diagnósticos como la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10) o en el *Manual diagnóstico de enfermedades mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana* (DSM-IV TR). Se recomienda realizar investigaciones más puntuales, enfocadas en utilizar instrumentos estandarizados de tamizaje como la *Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST)* por sus siglas en inglés (OMS 2011) que es una prueba validada a nivel internacional con personas adolescentes.

Se debe conocer el impacto o efectividad que han tenido los servicios de tratamiento para personas menores de edad en Costa Rica. Entre esto se deberían realizar investigaciones cualitativas con personas menores de edad que hayan recibido estos servicios, con el fin de conocer el tipo de atención recibida y su opinión al respecto, principalmente entre aquellas personas menores de edad con salidas alternas o sentenciadas a tratamiento para el consumo de drogas.

Se deben efectuar más investigaciones que pregunten no solo sobre consumo de drogas, sino también por comportamientos de riesgo que puedan estar vinculados al consumo de sustancias psicoactivas, como son el policonsumo o consumo de distintas drogas al mismo tiempo, formas de administración de la sustancias, especialmente por vía inyectada, el compartir parafernalia para el consumo, relaciones sexuales riesgosas, explotación sexual comercial y la presencia de infecciones de transmisión sexual o sanguínea como VIH, hepatitis C, hepatitis B entre otras.

La información sobre las distintas opciones y servicios de atención para el consumo de drogas para personas menores de edad es escasa y de difícil acceso. Según los datos disponibles, el IAFA está cubriendo la mayor parte de la atención por medio de los servicios ambulatorios en los CAIDs y en el centro de atención a personas menores de edad. Aun así, estos se ubican solamente en nueve localidades del país y no cubren la totalidad del país. Entre los servicios residenciales, en este momento, existen ocho programas, dos del Estado (IAFA y CCSS) para una población mixta de hombres y mujeres, así como seis organizaciones no gubernamentales aprobadas por el IAFA; dos de ellos para mujeres. Los promedios de estancia en todos los programas residenciales no llegan a un 50% de la estancia, lo que hace preguntar sobre su efectividad.

Aun así, hasta la fecha se desconoce si existen evaluaciones de impacto en los servicios que se brindan actualmente, principalmente los servicios que el Estado ofrece. Se realizó una solicitud de esta información, la cual continúa en proceso de respuesta para este momento, ya que es de mucha relevancia para determinar las necesidades de atención de personas que consumen SPA, partiendo del hecho de que existen distintos tipos de consumidores y diferentes tipos de consumo, los cuales pueden generar riesgos variados según el tipo de sustancia y el contexto de uso.

En conclusión general, es necesario generar más insumos de conocimiento sobre un rango más amplio de comportamientos y condiciones de vida vinculadas a situaciones de consumo de sustancias, abuso, violencia, carencias socioeconómicas, educativas,

medio de la reparación del daño, fomentando la empatía y la consciencia de lo que sucedió, mediante programas de fines educativos y donde la persona ofensora, la víctima y la comunidad participen.

Programa de Tratamiento en Drogas bajo Supervisión Judicial (PTDJ) en materia penal

Mediante el PTDJ de personas adultas, se pretende dar un tratamiento integral a aquellas personas que han cometido un delito y que además presentan un problema de consumo de drogas. Por ello se integra el componente de salud pública. Se requiere reducir los riesgos asociados al consumo problemático de SPA para promocionar la reinserción social, aunados a la reparación del daño ocasionado en el delito a la víctima y al tejido social.

Este se formó gracias al trabajo conjunto del Poder Judicial de Costa Rica, al lado de entes rectores en materia de políticas de drogas, como el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD) y el Instituto sobre el Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), con el apoyo de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/OEA), que da como resultado la implementación en Costa Rica del modelo Cortes de Drogas o Tribunales de Tratamiento de Drogas, el cual concluye en Costa Rica como el proyecto "Programa de Tratamiento en Drogas bajo Supervisión Judicial" (PTDJ).

El PTDJ se enmarca dentro del Programa de Justicia Restaurativa del Poder Judicial, dirigido por la señora magistrada, Doris Arias Madrigal. Este programa

busca dar una resolución más eficiente y completa a los conflictos penales, favoreciendo a la víctima, a la persona ofensora y a la comunidad. El PTDJ procura brindar una atención especializada y de manera integral a aquellas personas ofensoras que tienen una problemática en relación con el consumo de SPA y que con algún grado de vinculación a este consumo ha cometido un delito.

Por lo tanto, el PTDJ es un trabajo interinstitucional entre sectores judiciales y sanitarios, donde se incorpora el tratamiento de la persona ofensora como parte de un proceso de abordaje integral de manera que se logren una efectiva reinserción, así como beneficios a las víctimas y a la sociedad al incrementar los niveles de efectividad y satisfacción de la intervención judicial. El objetivo principal del PTDJ es que la persona ofensora asuma su responsabilidad por el daño causado a la víctima y la comunidad, al tiempo que logra atender su problema de consumo abusivo de SPA.

Se parte de un trabajo interdisciplinario cuyo equipo está conformado por profesionales del Programa de Justicia Restaurativa (representantes de la Judicatura, del Ministerio Público, de la Defensa Pública, del Departamento de Trabajo Social y Psicología), del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y de la Organización No Gubernamental (ONG's), los cuales brindan tratamiento para el consumo de SPA. Para lo anterior, se han elaborado protocolos que clarifican las competencias específicas que cada instancia debe cumplir en el proceso. Para el año 2014, este Programa había abordado 12 casos de personas ofensoras y contabilizó un total de 14 meses de tratamiento residencial.¹

¹ http://www.poder-judicial.go.cr/justiciarestaurativa/index.php?option=com_content&view=article&id=33&Itemid=17

Partiendo del enfoque de Justicia Juvenil Restaurativa, el PTDJ en personas menores de edad busca visibilizar los factores de riesgo en los que están inmersos, tomando no solo en cuenta el consumo de SPA, sino también las situaciones familiares, de pobreza, falta de satisfacción de necesidades básicas, condiciones educativas especiales, violencia, entre muchas otras, los cuales puedan fomentar la comisión de delitos. Este es un modelo de abordaje del conflicto donde la persona ofensora repara el daño realizado, generando empatía con la víctima y la comunidad. Pero también genera oportunidades personales de desarrollo mediante la articulación de las respuestas institucionales más allá del Poder Judicial y del IAFA, como por ejemplo, con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Patronato Nacional de la Infancia (PANI) y el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), los gobiernos locales, las organizaciones de sociedad civil, entre otros.

Dentro de las necesidades detectadas por el Poder Judicial para el fortalecimiento de la aplicación de la Justicia Restaurativa en materia penal juvenil, se hallan la protocolización de las actuaciones para las causas penales juveniles bajo los principios de la Justicia Restaurativa y contar con un protocolo para el abordaje de las personas adolescentes que comenten delitos y que presenten consumo de drogas. Para asegurar la correcta implementación de los protocolos, acciones orientadas a la sensibilización y capacitación de los distintos operadores judiciales son necesarios y pertinentes, evitando con ello la discrecionalidad de los actores. (Arias y Barrantes 2015, p. 32).

Discusión sobre la relación entre consumo de droga y comisión de delitos

La construcción de una estrategia institucional que proponga brindar atención a las personas menores de edad que consumen sustancias psicoactivas y que se encuentran en conflicto con la Ley Penal Juvenil requiere necesariamente revisar la evidencia empírica entorno a esta relación entre “drogas” y “delito”.

Muchas investigaciones han abordado la vinculación entre estas dos variables. No obstante, existen pocos consensos sobre las especificidades de su relación. A continuación, se presentan un breve acercamiento a algunas de las posturas al respecto, así como una suerte de sumario de estudios que tratan de aproximarse a comprender la correlación entre uso de drogas y la comisión de delitos. Dentro de los modelos más utilizados para explicar la relación entre droga y delito, el formulado por Goldstein (1985) establece que los vínculos entre drogas y delincuencia se pueden clasificar en tres categorías:

- **Modelo psicofarmacológico:** Es una relación donde el uso de SPA puede inducir a una persona a presentar conductas violentas o delictivas. No es una relación causal, sino más bien correlación, ya que ninguna droga posee propiedades criminógenas en sí misma, pero si capacidad de desinhibir a la persona para realizar acciones violentas o delictivas.
- **Modelo económico compulsivo:** Es una relación donde la persona comete actos delictivos en

en los años en análisis. Sin dejar de lado que las acusaciones por delitos relacionados con drogas refieren una mayor cantidad de casos que se han investigado y se cuenta con prueba suficiente para llevarlos a juicio. Sin embargo, la tendencia en materia penal juvenil es que se solucionen los procesos por salidas alternas sin que se llegue a la etapa de debate y se cuente con una sentencia condenatoria.

En cuanto a las sanciones, se observa que las socioeducativas son las más utilizadas, pero se encuentran levemente por encima de las sanciones privativas de libertad. Entre las primeras sobresale la libertad asistida que representa la mitad de todas las sanciones, aunque no muy lejos se halla el internamiento en centro especializado con cerca de una tercera parte del total.

La aplicación de estas sentencias privativas en materia de justicia penal juvenil ha venido en aumento paulatino en los últimos años, tomando en cuenta que la información estadística refleja las sanciones más gravosas. Esto no sucede con las órdenes de orientación y supervisión que se mantienen estables durante el periodo.

Sobre el consumo de SPA, se observa una alta prevalencia de consumo alguna vez en la vida, pero en la prevalencia del último año y del último mes, sobresalen el cannabis, el alcohol y el tabaco con un consumo. De igual manera, el consumo de distintos tipos sustancias es mucho mayor al del resto de la población, especialmente entre adolescentes que se encuentran en el sistema educativo.

Aun así, los datos muestran algunas inconsistencias con respecto al consumo de sustancias como la cocaína, el crack, éxtasis (MDMA) e inhalantes. Menos de la mitad indicó que había consumido cannabis o alcohol antes de cometer el delito, aunque no se conoce claramente cuántos cometieron un delito con el fin de comprar drogas. Se debe aclarar que estos datos solo incluyen adolescentes recluidos en el centro Zurquí, principalmente hombres.

Se recomienda profundizar en la investigación sobre el consumo de drogas en personas en conflicto con la Ley Penal Juvenil, tanto las que están con salidas alternas, las privadas de libertad como las que tienen sanciones socioeducativas y órdenes de orientaciones y supervisión. En este caso, se debe pensar en distintos tipos de investigación tanto cuantitativas como cualitativas, buscando generar perfiles más claros sobre estas personas menores de edad que infringen la ley y el consumo de sustancias psicoactivas, así como el impacto que las sanciones aplicadas han tenido en su consumo y carrera delictiva.

Resulta de suma importancia ahondar en los factores de riesgo que pueden generar actos violentos o delinquir, así como condiciones de vida que puedan estar vinculadas, como el haber sido excluido del sistema educativo, haber vivido situaciones de violencia o abuso físico o sexual, participar en grupos juveniles violentos, encontrarse atrapado en comercio sexual comercial, entre muchos.

En relación con el consumo problemático o trastorno por uso de sustancias, se recomienda utilizar

de vulnerabilidad. Un elemento importante que se debe tomar en cuenta es la poca cantidad de servicios de atención ambulatoria, muchos casos donde no es imprescindible el internamiento, se pueden realizar intervenciones comunitarias, menos intensivas, con fuerte apoyo familiar y de otras instituciones públicas y privadas.

Recomendaciones para la estrategia de atención institucional

Este apartado se divide en dos secciones. La primera integra los resultados generales de la información recabada, así como los vacíos y la necesidad de investigación en torno al tema. La segunda parte son recomendaciones directas para desarrollar estrategias que puedan disminuir los delitos relacionados con drogas y mejorar los servicios de atención en salud para personas menores de edad. Cabe aclarar que, en esta segunda parte, se enfoca más en las distintas estrategias posibles, así como los criterios técnicos y éticos con los que se deben desarrollar.

Resultados y recomendaciones de investigación

Una de las principales herramientas para la formulación de políticas públicas es la investigación, tanto para conocer diversos universos de análisis así como para lograr monitorear y evaluar los programas y acciones que el Estado emprende en aras de mejorar la calidad de vida de sus poblaciones.

Al igual que en la discusión entre consumo de drogas y delincuencia, la evidencia presentada a continuación parte de los datos existentes hasta la fecha en Costa Rica, los cuales no permiten generar una relación clara entre el vínculo consumo de drogas y la comisión del delito. Mientras que, por un lado se tiene gran cantidad de información sobre los delitos cometidos y los tipos de sanciones impuestas a las personas menores de edad en la justicia penal juvenil, estos no parecen tener un vínculo directo con los datos sobre consumo de sustancias psicoactivas, los cuales son escasos y presentan grandes problemas de rigurosidad metodológica en realización y su publicación.

Como se puede apreciar, el Poder Judicial cuenta con una gran cantidad de acciones en torno a las personas jóvenes que ingresan en la justicia penal juvenil, y los registros de datos que así las respaldan, por ejemplo, la creación de perfiles de ingreso a los servicios de salud, así como distintos niveles de coordinación y capacitación. Las principales causas por las que estas personas entran al sistema judicial es por delitos contra la propiedad, principalmente robo agravado que ha venido en aumento en el último quinquenio. Más abajo encontramos delitos contra la vida y delitos sexuales y contra la Ley de Psicotrópicos, que se han mantenido muy estables en el periodo en análisis. Con la información existente, no es posible conocer la vinculación de las personas menores de edad con grupos violentos u organizaciones criminales, menos en relación con el tráfico de drogas.

En este último caso, el principal delito con sentencias es la venta de drogas, el cual se mantiene estable

función de proveerse de recursos para adquirir la o las SPA que consume. En este caso se habla de una criminalidad funcional

- **Modelo sistémico:** Este busca explicar la relación intrínseca entre delincuencia y el mercado de drogas ilícitas. Este es un tipo de criminalidad con una clara determinación estructural, ya que esta se fundamenta en la violación de las políticas internacionales y nacionales de control de drogas que sancionan penalmente una gran variedad de comportamientos relacionados con la producción y comercialización de aquellas plantas y sustancias químicas que son consideradas ilícitas.

Aun así, estos modelos explicativos no muestran el panorama completo entorno al uso de sustancias psicoactivas y el delito. De hecho, la precisión de la evidencia sobre la relación entre drogas y delito es diversa, ya que este vínculo se refleja en una gran variedad de factores personales, sociales y culturales, por lo que su conceptualización debe ir más allá de aproximaciones meramente criminalísticas, patologizantes o sanitarias.

Larroulet (2012) realiza una revisión de estudios sobre esta vinculación entre drogas/delitos donde se muestra que el consumo de drogas y la participación en delitos si bien están correlacionadas en distintas poblaciones (Newcomb & Bentler, 1988; Altschuler & Brounstein, 1991; National Institute of Justice, 2003; Eisner, 2002; Hammersley, 2008; Menard, Mihalic, & Huizinga, 2001; Fagan, Weis, & Cheng, 1990), la evidencia no permite sostener la existencia de

una relación causal tan fácilmente aceptada por la opinión pública.

[...]el hecho de que no existe siquiera un consenso respecto al tipo, grado y dirección de la relación entre ambas conductas. De hecho, la mayor parte de la evidencia señalaría que, lejos de existir una única forma de vinculación, la conexión entre ambas conductas antisociales es diversa y específica según tipo de drogas, tipo de crimen, mediada por características del individuo y del contexto (Bennet & Holloway, 2007; Bennett, Holloway, & Farrington, 2008; Stevens, et al., 2003; Simpson, 2003; MacCoun, Kilmer, & Reuter, 2003).

Según comenta Larroulet (2002), la principal crítica al modelo de Goldstein apunta a la atribución de causalidad que se desprende de su marco conceptual. Si bien el autor no aborda directamente este problema, sí da por sentado que la relación entre droga y delitos violentos se explica exclusivamente por un vínculo directo desde la primera a los segundos (citando a Stevens, 2011), sin matizar ni especificar los límites de esta relación. A esto aúna el hecho de que tampoco sería posible hablar de una causalidad en delitos específicos durante la trayectoria de vida de quienes delinquen y/o de quienes consumen drogas, ya que aun cuando la probabilidad de que ambas conductas estén asociadas es alta y significativa, son muchos quienes consumen drogas y no delinquen nunca, o que participan del mundo delictual sin haber consumido ninguna sustancia (citando a MacCoun, Kilmer, & Reuter, 2003). De

esta manera, plantea que, al considerar la relación de manera unidireccional, no se diferencia entre las conexiones droga-delito y las conexiones delito-droga, lo que le resta profundidad al análisis y genera sobreestimaciones en la cuantificación de dicha relación (Bennett & Holloway, 2009).

Una segunda crítica planteada por Larroulet (2002), basándose en investigaciones de Parker & Auerhahn, 1998; MacCoun, Kilmer, & Reuter, 2003; Bennett & Holloway, 2009, se basa en que dichos autores han planteado que no son solo tres posibles variables, sino más bien una serie de supuestos razonables sobre la relación entre droga y violencia como categorías testeables basadas en evidencia. También indica que esta dificultad para evaluar los mecanismos expuestos se debe principalmente al hecho de que Goldstein no explica en su modelo los mecanismos por los cuales se produce el vínculo, ni las condiciones en que este se genera.

A partir de lo expuesto por Stevens, la autora (Larroulet 2002) indica que esta falta de evidencia respondería en parte a que se construyó el modelo en un momento específico de tiempo –la epidemia del crack– y en relación con un lugar específico – Nueva York–, por lo cual, para hacerlo generalizable, sería necesario refinar el esquema planteado con base en nuevas investigaciones (MacCoun, Kilmer, & Reuter, 2003). Sin embargo, la evidencia no permite sostener que la violencia sea algo propio de los mercados ilegales *per se*, como tampoco de todos los mercados de drogas (Reuter, 2009; White & Gorman, 2000, citados por Larroulet), sino una característica específica en tiempo y lugar.

Una tercera crítica consiste en que el modelo planteado por Goldstein no daría cuenta de posibles interacciones con el contexto y el individuo (Parker & Auerhahn, 1998; Bennett & Holloway, 2009). Esto sería relevante en la medida que el contexto sociocultural donde se consume mediaría el vínculo entre consumo de sustancias y comportamiento violento (Fagan, 1990; Parker & Auerhahn, 1998). Sin lugar a dudas, la conexión entre droga y delito varía entre los individuos, pero también –indica la autora– en el desarrollo de vida de un mismo individuo.

Stevens, Trace y Bewley-Taylor (2006) plantean una cuarta explicación sobre cómo el vínculo entre las drogas y el delito no es causal, sino que ambos están relacionados con otros factores individuales, familiares, sociales, económicos y culturales. Los autores parten de una premisa básica: la delincuencia es claramente difícil de medir, el consumo problemático de drogas lo es aún más. Son actividades ilegales y/o marginalizadas y, por eso, son ocultadas. La combinación de la medición de ambas actividades para obtener una cifra de la delincuencia relacionada con las drogas suele ser una ciencia muy inexacta, y ha tendido a producir afirmaciones exageradas en precisión y escala.

Los autores indican que, al trasladar estos estudios a la política pública, se ha tendido a asumir que, debido a que hay un traslape entre los niveles reportados de delitos y consumo de drogas en esas poblaciones, una alta proporción de los delitos es causada por el consumo. Desde un punto de vista crítico, se puede señalar que esta es una visión muy simplificada del vínculo entre drogas y delincuencia, pues a pesar de

Tabla 12. Programas de atención para personas menores de edad que usan sustancias psicoactivas. Costa Rica 2016

Programa	Modalidad	Ubicación	Estancia	Población	Camas
Clínica Villa Paz	Ambulatorio	Moravia, San José	NA	Mixta	NA
RENACER	Residencial	Patarrá, Desamparados	1 año	Mujeres	40
Comunidad Encuentro	Residencial	San Vito, Coto Brus	2 años	Hombres	40
Hogar CREA Barva	Residencial	Barva, Heredia	1 año y 4 meses	Hombres	20
Hogar CREA Birrisito	Residencial	Birrisito, Cartago	1 año y 4 meses	Hombres	¿?
Hogar CREA Tres Ríos	Residencial	Tres Ríos, Cartago	1 año y 4 meses	Mujeres	¿?

Fuente: Elaboración propia del autor a partir de datos del IAFA, mayo 2016⁸

Las organizaciones no gubernamentales que brindan atención a las personas menores de edad para el consumo de drogas son muy pocas y casi todas ellas son de tipo residencial. En Costa Rica hay pocos centros de atención no estatales que atienden a personas menores de edad que usan drogas. En relación con los espacios de atención con que cada programa cuenta, dependen por supuesto del modelo de atención. En este caso, los centros de atención ambulatoria no cuentan con espacios definidos, ya que depende de la cantidad de citas que puedan realizar en un día, tomando en cuenta que fuera de la Clínica Villa Paz.

El costo promedio de atención para una persona en estas organizaciones depende del modelo de atención, el tiempo de estancia y los servicios que brindan para cada persona. En este caso, la atención ambulatoria siempre será la de menor costo, ya que el hecho de mantener la permanencia de una persona dentro de las instalaciones aumenta considerablemente los costos.

Es importante denotar que los Programas de Hogares CREA para personas menores de edad han cambiado mucho en los últimos años, ya que en un informe del IAFA (2013) con datos del 2012, se muestran centros en Paraíso, Oreamuno y Siquirres que actualmente no están en funcionamiento. Por otro lado, en el sitio web del IAFA⁹ se mencionan centros en Matina y Miramar que tampoco aparecen en el último *Directorio Programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Costa Rica. 2016*.

Es de suma importancia que los modelos y protocolos de atención de estos centros de tratamiento deben estar basados en evidencia de su efectividad, así como buenas prácticas de atención en personas menores de edad. Esto parte del hecho de que el modelo de trabajo con esta población debe ser contextualizado y comprensivo en las condiciones de vida de las personas menores de edad, en particular aquellas que se encuentran en mayores condiciones

⁸ <http://www.iafa.go.cr/images/descargables/Directorio-mayo-30-del-2016.pdf>

⁹ <http://www.iafa.go.cr/tratamiento/centros-de-atencion/centro-de-menores.html>

del IAFA tiene la responsabilidad de aprobar y darles seguimiento a los programas y centros de tratamiento no estatales, ya sean estos ambulatorios o residenciales. Para las personas menores de edad, existe el *Decreto 37326-S del 2012 "Oficialización de las normas mínimas para el funcionamiento de los servicios de atención a las personas menores de edad (PME), con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas"*, el cual busca regular la prestación de servicios de atención en el tratamiento, rehabilitación e inserción social, en congruencia con el respeto por los Derechos Humanos de la Niñez y Adolescencia.

Este decreto define distintos tipos de servicios según niveles de atención, a partir de la misma política del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica (Decreto 37110-s del 2012):

- Atención Inmediata: Incluye desintoxicación ambulatoria, desintoxicación residencial,
- Nivel I: Tratamiento ambulatorio. Incluye intervención temprana y consulta externa.
- Nivel II: Atención de mediana intensidad. Incluye ambulatorio intensivo, residencial parcial

(también denominado clínica día / hospital día).

- Nivel III: Internamiento residencial.
- Nivel IV: Hospital.

Este decreto delimita también condiciones que se requieren para el funcionamiento de los centros tales como:

- Normas de acceso, disponibilidad y admisión.
- Normas de evaluación.
- Normas de contenido, prestación y organización de la atención.
- Norma de egreso, referencia y seguimiento.
- Norma de expediente único.
- Norma sobre derechos de las personas menores de edad.
- Norma de recursos humanos y financieros.
- Norma sobre manejo de medicamentos

En este sentido, cabe destacar que esta regulación solo se aplica para centros privados o administrados por organizaciones no gubernamentales, por lo que hasta la fecha los servicios que actualmente el IAFA, en modalidades tanto ambulatorias como residenciales para personas menores de edad, así como los del Hospital Psiquiátrico a través del Programa Nuevos Horizontes se guían por los protocolos de atención.

que las personas arrestadas o encarceladas pueden estar usando más drogas que el resto de la población, su conducta delictiva se acelera durante períodos de consumo intenso de drogas (Farabee, Joshi & Anglin, 2001), y que tal vez muchas personas con consumos problemáticos financian el uso a través de delinquir (Hough, 2002), no significa que el consumo de drogas sea la causa de todos sus delitos. (Stevens, Trace y Bewley-Taylor, 2006).

Al respecto Piñol y Espinoza (2011) coinciden indicando que resulta evidente que la relación droga-delito responde a un esquema multicausal y multivariable que no puede ser evaluado de forma reduccionista o simplista. Por lo tanto, se debe analizar la comisión de delitos y el consumo de sustancias de forma ampliada, sin una presunción de causalidad, ya que esto tiende a facilitar la prueba y la comprobación de hipótesis que no tienen pleno sustento.

Asimismo, sugieren que, para poder analizar las diversas hipótesis sobre la relación droga-delito, es necesario comprender la lógica de los factores de riesgo y protección. En este sentido, indican que se entiende por factor de riesgo un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del inicio en el uso y/o abuso de drogas o una transición en el nivel de implicación con estas (mantenimiento), mientras que los factores de protección hacen referencia a uno o más atributos o características individuales, condiciones situacionales y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad

del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con estas (citando a Clayton, 1992).

En un estudio "Tratamiento, rehabilitación y reinserción social, para interno/as con consumo problemático de sustancias psicoactivas" realizado por el Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana, el cual tuvo por finalidad evaluar los resultados e impacto de los programas de tratamiento de drogas actualmente en funcionamiento en trece centros penales en Chile, fue posible caracterizar a las personas usuarias en una serie de variables, entre las que se contaban: consumo problemático de drogas, relación droga-delito, perfil delictual, relaciones familiares y apoyo social, salud física y mental, etc. En particular, se presentaron los datos relativos a la relación droga-delito emanados del estudio, a fin de caracterizar y analizar el perfil delictual y la relación con el consumo de drogas, visualizando aspectos como las razones y las motivaciones de consumo, la comisión de delitos para conseguir drogas, la comisión de delitos bajo la influencia de drogas y otras variables relevantes.

Según Piñol y Espinoza (2011), citando a Becoña (2002), los supuestos básicos que caracterizan la investigación sobre los factores de riesgo en relación con el abuso de drogas son los siguientes:

1. Un simple factor de riesgo puede tener múltiples resultados.
2. Varios factores de riesgo o de protección pueden tener impacto en un solo resultado.

3. El abuso de drogas puede tener efectos importantes en los factores de riesgo y de protección.
4. La relación entre los factores de riesgo y de protección entre sí y las transiciones hacia el abuso de drogas pueden estar influidas de manera significativa por las normas relacionadas con la edad de cada sujeto.

Tal como lo han planteado, los factores protectores indican una serie de variables que están en la base tanto del comportamiento delictual como del consumo de sustancias. Estas variables comunes indican un contexto marcado por la pobreza, el desempleo, los problemas familiares, escolares y vecinales, además de los procesos de socialización con el grupo de pares.

Para Piñol y Espinoza (2011), la relación entre la comisión de delitos y el consumo de sustancias no tiene una causalidad, ni una direccionalidad clara. Analizados los datos de una población muy particular en Santiago de Chile (con sujetos condenados y en tratamiento por uso de drogas), los autores encontraron que la relación entre ambas variables se muestra de forma concurrente, y se puede asociar el esquema explicativo de ambos elementos a factores más estructurales, marcado por contextos de pobreza y exclusión, más que por cierto patrón particular de consumo de sustancias.

En efecto, Piñol y Espinoza(2011) expresan que el delito viene determinado con anterioridad al

consumo de drogas; es decir, si bien el delito puede producirse antes o después del consumo de drogas y puede estar en referencia a él, la decisión de delinquir preexiste o se halla en estado latente. El esquema comprensivo de estos fenómenos, entonces, no puede simplificar la comisión de delitos al consumo de sustancias, ni al patrón de consumo de drogas con cierta conducta delictual. Puede vincularse el marco de entendimiento de estos fenómenos a la incorporación de una serie de factores, donde el consumo de sustancias y el perfil delictual sean uno más de un conjunto de variables que intervienen, de los cuales no tenemos información en Costa Rica.

Por otro lado, los autores comentan que un último y más difícil problema en atribuir la delincuencia a las drogas proviene de las notorias “cifras negras” del crimen. Los estudios existentes de la asociación entre drogas y delincuencia se centran en los países desarrollados, donde hay recursos disponibles para hacer esas investigaciones. Y esos estudios se concentran en los delitos del nivel callejero: los robos, asaltos, atracos y redadas de drogas que representan la mayoría de los arrestos y encarcelamientos. Los delitos más serios, como la corrupción de gobiernos, de los sistemas bancarios y de negocios que están asociados al comercio de drogas, y los crímenes contra la humanidad que los y las traficantes de drogas y las fuerzas gubernamentales y paramilitares cometen en los países de producción y tránsito de drogas no han sido explorados con detenimiento en la investigación existente sobre drogas y delincuencia.

las condiciones que serán homologadas a la persona juzgadora.

Durante todo el proceso tendrá comunicación con las instituciones que intervienen en el proceso de recuperación de la persona ofensora, tanto para emitir un primer perfil durante el seguimiento y, finalmente, para el cierre del proceso penal juvenil.

Mecanismos de corresponsabilidad en atención de personas menores de edad que usan sustancias psicoactivas y se encuentran en conflicto con la ley

“La responsabilidad del tratamiento de los trastornos por consumo de drogas (consumo perjudicial y dependencia), por ley, es responsabilidad del Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, e Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. La corresponsabilidad de la CCSS se hace efectiva a través del aporte de los medicamentos que se prescriben, los exámenes de laboratorio y la atención de las complicaciones médicas que así lo ameriten, mientras se mantengan como residentes en el Centro de Personas Menores de Edad del IAFA y durante el tratamiento ambulatorio. Por otra parte, la CCSS se encarga de la desintoxicación y manejo del síndrome de supresión por drogas, en el servicio creado para tal fin, por medio del Programa Nuevos Horizontes ubicado en el Hospital Nacional Psiquiátrico, mencionado anteriormente. Otros mecanismos de corresponsabilidad están relacionados con la coordinación permanente con el Departamento de Atención Integral y las oficinas locales del PANI y las oficinas locales del PANI, así como con los juzgados penales juveniles, con el fin de velar por el cumplimiento de los derechos de las personas menores de edad establecidos en la legislación nacional e internacional”.⁷

Basándose en las competencias institucionales para la ejecución de PTDJ en personas adultas, existen responsabilidades que asimismo se derivarían para el trabajo con personas adolescentes. El proceso de seguimiento y control de los casos se realizaría desde el Poder Judicial a través de la Oficina de Justicia Restaurativa (o su equivalente para el sector Juvenil), quienes deberán coordinar con el IAFA y el Ministerio de Justicia y Paz el cumplimiento del plan de rehabilitación.

Organizaciones no gubernamentales (ONGs) e instancias privadas

Es importante aclarar que la participación de organizaciones de sociedad civil o entes privados no debe centrarse solamente en los servicios de atención para el consumo de SPA. La atención integral debe comprender componentes que sobrepasen el enfoque médico-sanitario y contemplar intervenciones educativas, sociales y laborales, tanto para la persona

Ministerio de Justicia y Paz

El Ministerio de Justicia y Paz es una oficina especializada, adscrita a la Dirección General de Adaptación Social, la cual vigila el cumplimiento de las reglas impuestas e informa, periódicamente, al tribunal, en los plazos que determine, sin perjuicio de que otras personas o entidades también le suministren informes.

menor de edad como para sus familiares. Aun así, debido a la amplitud del espectro de organizaciones que trabajan con esta población, este apartado se enfocará exclusivamente en aquellas organizaciones que brinden servicios de atención para el consumo de SPA para personas menores de edad.

En el caso de la oferta privada y no gubernamental de servicios, y tal como se mencionó previamente, el Departamento de Aprobación de Programas

⁷ Ficha descriptiva IAFA: Programa prevención y tratamiento del consumo de alcohol, tabaco y drogas 2015. <http://www.fodesaf.go.cr/programas%20sociales/archivos%20programacion%20anual/fichas%20y%20cronogramas/2015/fichas/Ficha%20descriptiva%20IAFA%202015.pdf>

y del uso problemático de drogas. Para lograr lo anterior, trabaja de forma conjunta con el equipo interdisciplinario de la Oficina de Justicia Restaurativa, así como también asume un rol de acompañamiento y asesoría legal de las personas ofendidas, y da seguimiento de los acuerdos tomados.

Por otro lado, debe coordinar con la Oficina de Atención y Protección a Víctimas del Delito, cuando así se determine y requiera acompañamiento, asesoría y/o atención de la persona ofendida durante el proceso restaurativo.

Es importante que las personas funcionarias del Ministerio Público estén sensibilizadas y capacitadas sobre el consumo de SPA y los problemas de dependencia, con el fin de que puedan reconocer las necesidades de las personas ofensoras, y logren convertirse realmente en un agente de motivación al cambio.

La Defensa Pública

Tiene la misión de representar y asesorar técnicamente a la persona ofensora, a fin de que pueda tener la información necesaria para tomar sus decisiones dentro del proceso.

En todo momento, debe vigilar que se respeten los derechos y las garantías de la persona ofensora, así como mantener una comunicación continua, a fin de transmitirles al juez o a la jueza y al equipo interdisciplinario del Programa la información

necesaria para que se puedan atender las necesidades de la persona usuaria de los servicios.

La Defensa participa representando los intereses de la persona usuaria en la Reunión Restaurativa, en la audiencia que decreta la suspensión del procedimiento a prueba, en la negociación de las condiciones de cumplimiento y en las audiencias de verificación de cumplimiento del Plan Reparador.

La persona defensora destacada en el Programa debe asumir un rol activo de trabajo con el equipo interdisciplinario de la Oficina de Justicia Restaurativa y el IAFA, así como también debe asumir un rol de acompañamiento y asesoría legal de las personas ofensoras, y da seguimiento a los acuerdos tomados. Es importante que las personas funcionarias de La Defensa Pública estén sensibilizados y capacitados en el tema de consumo de SPA y los problemas de dependencia, con el fin de que puedan reconocer las necesidades de las personas representadas, y logren convertirse en un agente de motivación al cambio.

Departamento de Trabajo Social y Psicología del Poder Judicial

Es el encargado de hacer las entrevistas preliminares tanto a la víctima como a la persona ofensora, las cuales van a permitir al equipo legal conocer condiciones personales y sociales de las partes. Así mismo es el enlace de coordinaciones con el componente salud, con la función de transmitir la información al equipo legal para que puedan definir

Datos sobre consumo de drogas en personas menores de edad vinculado al delito.

Datos de personas jóvenes en la justicia penal juvenil

Los datos existentes para conocer la cantidad de personas que ingresan al sistema penal juvenil de Costa Rica provienen de diversas fuentes. En primer lugar, se utilizan los datos que la Unidad de Estadística de la Dirección de Planificación del Poder Judicial produce, la cual mantiene una serie de anuarios en línea con una gran cantidad de información sobre las acciones que esta institución realiza.

Por otro lado, debido a que el Ministerio de Justicia es la institución encargada de la contención de esta población, tanto en medidas privativas de libertad como socioeducativas, esta se convierte en el primer referente de consulta a partir de los informes

trimestrales que se encuentran en el sitio de Internet institucional para los años 2013 y 2014.² También se utilizan datos producidos por la Defensa de Niños Internacional (DNI, 2015), a partir de visitas a los centros especializados para determinar la cantidad de personas jóvenes privadas de libertad en el país, con el propósito de confirmar y compararlos con los datos que el Ministerio de Justicia suministra.

Resulta importante aclarar que para la condición de vulnerabilidad de esta población, los datos abiertos son escasos y poco actualizados, se denota que la cantidad de personas menores de edad que han ingresado a la justicia penal juvenil de Costa Rica ha venido en un aumento paulatino. También las condenas en esta materia se han duplicado en el último quinquenio, tanto en la aplicación de sanciones socioeducativas como las privativas de libertad.

Los datos del Ministerio de Justicia del 2014 muestran un total de 781 personas menores de edad en el Programa de Penal Juvenil, de los cuales 199 se encontraban privadas de libertad en un centro especializado (48 de estos en detención provisional).

Tabla 1. Distribución de la población adscrita al Programa Penal Juvenil de Adaptación Social, según condición jurídica, por sexo. Costa Rica 2013, 2014 (valores absolutos)

Condición Jurídica	Octubre 2013			Junio 2014		
	hombres	mujeres	total	hombres	mujeres	Total
Centro especializado	119	9	128	98	53	151
Detención provisional	72	9	81	42	6	48
Sanciones alternativas	472	40	512	543	39	582
Total	663	58	721	683	98	781

Fuente: Elaboración del autor a partir de datos del Ministerio de Justicia 2013 y 2014

² El Ministerio de Justicia tiene colgado en su página de Internet seis informes en total, de los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2013 y de los dos primeros trimestres del 2014. <http://www.mjp.go.cr/Informacion/Estadistica.aspx#info>

La Organización DNI también publicó el año pasado un informe de monitoreo del Observatorio Regional de Justicia Penal Juvenil (DNI 2015)³, el cual presenta que, para el 2014, había un total de 45 adolescentes (43 hombres, 3 mujeres) y 224 jóvenes adultos (219 hombres, 5 mujeres) privados de su libertad, así como 406 jóvenes adultos con sanciones no privativas de libertad (383 en libertad asistida, 8 con prestación de servicios a la comunidad y 15 con otro tipo de sanciones).

Por otro lado, las estadísticas de la Fiscalía Penal Juvenil muestran (tabla N° 2) un aumento creciente de señalamientos en los juzgados penales juveniles que, en cuestión de cinco años, han llegado a duplicarse. Para el 2014, un 15,5% de los juicios señalados fueron celebrados, y se resolvió un 32,9% con un salida alterna; de estos últimos, la mayor parte fue por suspensión al proceso a prueba (20,4% del total en el 2014). Un gran número de señalamientos no realizados sobresale y, para el 2014, representan el 43,7% de todos los juicios señalados.

Tabla 2. Clasificación de señalamientos efectuados por los juzgados penales juveniles y atendidos por las fiscalías penales juveniles según resultado obtenido. Costa Rica 2009 – 2014

AÑO	Juicios señalados	Juicios celebrados			Juicios realizados con salida alterna		No realizados	Suspensión con continuación
		Sent. condenatoria	Sent. absolutoria	Sent. Cond-Abs	Suspensión del proceso	Conciliación		
2009	2203	150	209	14	396	327	893	214
2010	2663	185	251	10	510	267	1195	245
2011	3019	214	235	22	612	316	1307	313
2012	3169	218	257	17	592	393	1352	340
2013	3420	265	257	23	787	301	1450	337
2014	4312	303	350	33	876	543	1886	321

Fuente: Elaboración del autor a partir de datos de la Dirección de Planificación del Poder Judicial

La siguiente tabla (N°3) muestra el total de cada una de las personas condenadas desde el 2009 al 2010 en juzgados penales juveniles, según los distintos tipos de delitos y contravenciones, denotando un aumento de un 116% en el periodo en estudio. El

principal delito por el que las personas menores de edad son condenadas en la justicia penal juvenil es contra la propiedad, seguido de lejos por los delitos contra la vida, sexuales, la Ley de Psicotrópicos y las contravenciones.

para administrar los fondos y contiene atribuciones para coordinar, diseñar e implementar las políticas, los planes y las estrategias para la prevención del consumo de drogas, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción de las personas dependientes a drogas.

Este Instituto debe coordinar con el IAFA, como rector técnico en materia de prevención del consumo y tratamiento; la CCSS, el Ministerio Público y el OIJ, el diseño y la implementación de políticas, planes y estrategias en aspectos de prevención, consumo, tratamiento, rehabilitación y reinserción en materia de drogas.

Ministerio de Salud

El Ministerio de la Salud es la institución encargada de velar por la salud de la población. Es responsable de la regulación sanitaria de establecimientos incluidos los centros de atención a personas que usan drogas. El Ministerio cumple sus funciones por medio de sus dependencias directas y de los organismos adscritos y asesores. En el campo de las drogas, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia es su órgano especializado por lo que le asigna la dirección técnica, el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la dependencia al alcohol, el tabaco y otras drogas lícitas o ilícitas, además de coordinar y aprobar todos los programas públicos y privados relacionados con sus fines.

Personas juzgadas

Deben mantener un rol imparcial y activo durante todo el proceso, velando por el respeto de los derechos y las garantías de la parte víctima y ofensora.

Mantienen un seguimiento constante por medio de audiencias, en las cuales no solo verifican que se cumplan las condiciones, sino que además se convierten en un espacio motivacional para que la persona en tratamiento pueda culminar adecuadamente su proceso.

El Ministerio Público

En el caso de personas adultas y en el marco del Programa de Tratamiento en Drogas bajo Supervisión Judicial, el fiscal o la fiscalía es quien realiza un análisis de admisibilidad del caso, se encarga del primer contacto con la persona ofendida, conoce sus necesidades y expectativas, la pone en conocimiento las consideraciones de la intervención del PTDJ.

El Ministerio Público participa en la Reunión Restaurativa y en las negociaciones de las condiciones del plan de tratamiento y, participa en las audiencias de verificación de las condiciones fijadas, en las cuales informa al juez o a la jueza de los quebrantamientos y/o etapa de proceso de rehabilitación donde la persona ofensora se encuentra.

En este sentido, el fiscal o la fiscalía debe mantener la coordinación con el equipo psicosocial de Justicia Restaurativa, quien refiere sobre el estado del seguimiento, así como también el equipo interdisciplinario del IAFA, los cuales remiten los informes diagnósticos e informes de cumplimiento y recomendaciones generales de tratamiento.

La representación fiscal debe mantener la objetividad a través de una visión integradora del conflicto

³ DNI-Costa Rica. Datos tomados directamente en visitas, los días 4 y 5 de junio de 2014. <http://www.orpj.org/>

sociedad civil que abarcan otras necesidades de esta población, más allá de las que brindan solo servicios de tratamiento.

Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)

En términos generales, la atención de los padecimientos de salud de las personas corresponde a la CCSS para lo que se le reconoce independencia financiera e, incluso, la responsabilidad del Estado de transferirle de su presupuesto las rentas necesarias para cumplir con sus deberes.

En el año 2009, la CCSS y el IAFA firmaron un Convenio de Cooperación Conjunta donde se establece el compromiso de la CCSS para brindar los servicios de apoyo de exámenes de laboratorio, radiodiagnóstico e imagenología, inyectables, interconsulta, en cualquier centro de salud que se requiera, así como los servicios de consulta externa, consulta de emergencias y hospitalización, en los casos que sea requerido, de acuerdo con las posibilidades de recursos de los centros de salud y a la normativa vigente en ese momento, utilizando los formularios institucionales con el sello que identifica este convenio, para los pacientes de los Centros de Atención Integral en Drogas (CAID), el Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para las Personas Menores de Edad y los servicios asistenciales ambulatorios de oficinas centrales del IAFA.

El Programa Nuevos Horizontes se encuentra en las instalaciones del hospital psiquiátrico en Pavas. Este es el único centro de desintoxicación para personas menores de edad con problemas graves de consumo de SPA y callejización. Funciona con una atención intensiva en periodos de corto plazo, la cual incluye

la desintoxicación para luego referir al Centro de Atención Integral para Personas Menores de Edad del IAFA o hacia otras organizaciones con programas de tratamiento residencial.

Otros servicios que la CCSS está ofreciendo de manera progresiva son los equipos de salud mental y adicciones que se ubicarán en distintas clínicas del país. Estos parten de un enfoque de atención integral, corte ambulatorio y atención primaria, con un equipo compuesto por profesionales en trabajo social, psicología, enfermería y medicina general para ofrecer intervenciones individuales, familiares o grupales. Se espera que, para el 2018, estén instalados en 20 equipos en comunidades en condición de vulnerabilidad del país como Coronado, Quepos y Heredia. El proyecto piloto inició en el 2016 en el cantón de Desamparados.

Patronato Nacional de la Infancia (PANI)

Como ente constitucionalmente concebido para la protección especial de las personas menores de edad, le confieren al Patronato Nacional de la Infancia competencias complementarias en la atención de personas menores de edad con trastornos por uso de SPA vinculadas principalmente al dictamen y seguimiento de las medidas de protección en sede administrativa y el acompañamiento de los procesos que involucren a una persona menor de edad en riesgo. El PANI también apoya en el financiamiento de organizaciones que brindan servicios de atención para las personas menores de edad.

Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD)

Es un órgano desconcentrado del Ministerio de la Presidencia con personalidad jurídica presupuestaria

Tabla 3. Personas condenadas en juzgados competentes en materia penal juvenil. Costa Rica 2009-2014. (valores absolutos)

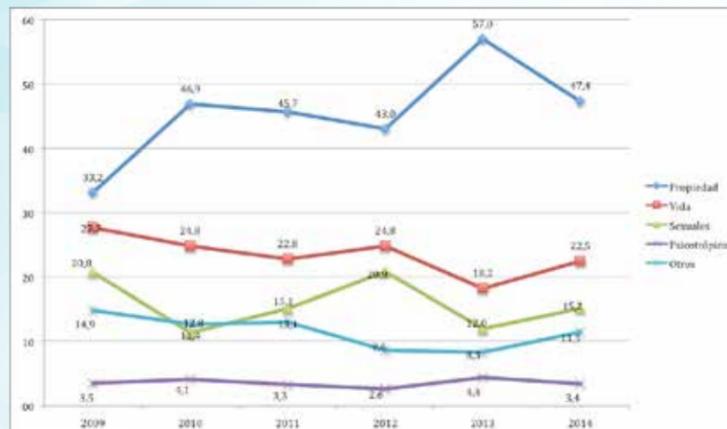
Delitos	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Contra la propiedad	67	136	154	130	219	206
Contra la vida	56	72	77	75	70	98
Sexuales	42	33	51	63	46	66
Contra la Ley de Psicotrópicos	7	12	11	8	17	15
Contravenciones	5	18	11	4	4	2
Contra la Ley de Armas y Explosivos	5	8	10	5	4	11
Contra la autoridad pública	4	4	15	7	11	16
Contra la Ley de Tránsito	1	3	2	2	3	2
Contra la libertad	10	1	3	3	5	9
Contra la Ley de Penalización de la Violencia contra la Mujer	1	1	2	2	4	4
Contra la Administración de Justicia	2	1	0	1	0	3
Contra el ámbito de la intimidad	0	1	0	2	0	2
Contra la seguridad común	0	0	0	0	0	1
Contra el honor	1	0	0	0	0	0
Contra la fe pública	0	0	1	0	0	0
Contra la familia	0	0	0	0	1	0
Contra los deberes de la función pública	1	0	0	0	0	0
Totales	202	290	337	302	284	435

Fuente: Elaboración del autor a partir de datos de la Dirección de Planificación del Poder Judicial

El siguiente gráfico nos muestra a nivel porcentual los principales delitos por los que se condenó a personas menores de edad en los juzgados penales juveniles de todo el país. En este se observa cómo el aumento en las condenas se ha presentado principalmente en los delitos contra la propiedad, el cual mientras

para el 2009 representaba un 33,2% del total, para el 2014 llegó a un 47,3%. Para este mismo año 2014, el segundo delito fue contra la vida (22,5%), delitos sexuales (15,1%) y solamente un 3,4% a la Ley de Psicotrópicos.

Gráfico 1.
Porcentaje de personas condenadas en juzgados competentes en materia penal juvenil. Costa Rica 2009-2014 (valores porcentuales)



Fuente: Elaboración del autor a partir de datos de la Dirección de Planificación del Poder Judicial

El robo agravado es la causa principal de las condenas y representa entre el 75 y el 80% de todos los casos por infracciones contra la propiedad. A nivel general, el robo agravado conforma más del 35% de todos los delitos, seguido muy por debajo por los delitos de violación, abuso sexual contra personas menores de edad, homicidio calificado, tentativa de homicidio simple, tentativa de homicidio calificado o venta de drogas, los cuales no sobrepasan el 5% del total.

Las razones por las que las personas jóvenes cometen más delitos contra la propiedad son variadas, que pueden estar ligadas a resolver necesidades económicas personales o familiares. En este caso, la pertenencia a grupos juveniles violentos también puede ser un factor a considerar, tomando en cuenta que muchos de estos aún son desorganizados y

llevan a cabo una criminalidad de subsistencia. Las características de estos grupos son variados y pueden obedecer a situaciones socioeconómicas a nivel familiar y comunitario, donde confluyen distintos factores de riesgo, tales como la socialización y la agrupación entre pares, la exclusión del sistema educativo y del mercado laboral. (OIJ, 2013, 2015).

En relación con el delito de infracción a Ley de Psicofármacos, el gráfico anterior muestra mucha estabilidad en el periodo de análisis, colocándose muy por debajo del total de delitos y siendo su momento más alto en el 2013 al llegar a un 4,4%. El siguiente gráfico nos muestra las tendencias en este mismo periodo, para los distintos comportamientos por los que se condenó a personas menores de edad por esta ley.

Existe, además, un equipo de trabajo o comisión interinstitucional conformada por el IAFA, el Programa Nuevos Horizontes (NH-CCSS), el PANI (Departamento de Atención Inmediata) para coordinar la remisión de personas menores de edad al proceso de desintoxicación en NH-CCSS y luego al proceso de tratamiento en el IAFA. Por su parte, se coordina con los jueces y las juezas de los juzgados penales juveniles y con el PANI, la remisión de personas a tratamiento en el Centro, en cumplimiento de las diferentes medidas dictadas en procesos judiciales. Directamente se coordinan con el Departamento de Atención Inmediata (DAI) del PANI, la remisión e ingreso de personas menores de edad que se encuentren en situación de calle o bien que las familias soliciten medidas de protección.⁵

En la circular N° 132-2016⁶ del Consejo Superior de la Corte Suprema de Justicia del Poder Judicial, *Nuevo perfil de ingreso al Programa Residencial del Centro de Atención Integral en Drogas para Personas Menores de Edad*, se describe una serie de características que estas personas deben cumplir, como tener una edad entre 12 años y 17 años, 9 meses, bajos o inexistentes recursos de apoyo o contención, sin complicaciones médicas o mentales severas que requieran de internamiento hospitalario, entre otras. Este también incluye una serie de información necesaria en caso de que la persona haya sido referida por el Programa de Nuevos Horizontes, del PANI o del Servicio de Atención Ambulatoria a Pacientes de oficinas centrales o de algún CAID.

Además del Centro Ambulatorio Intensivo ubicado en las oficinas centrales del IAFA en San Pedro, en las oficinas regionales se encuentran los Centros de Atención Integral en Drogas (CAID) que se ubican en siete zonas diferentes del país: Cartago, San Ramón, Ciudad Quesada, Puntarenas, Limón, San Vito y Santa Cruz. En los CAIDs también se efectúan los procesos de valoración, tratamiento y seguimiento de pacientes. Estos cuentan con equipos interdisciplinarios que pueden brindar una atención ambulatoria continua y referir aquellos casos a centros de tratamiento residencial. Este tipo de intervención resulta de mucha utilidad en aquellos casos donde la persona cuenta con apoyo familiar o comunitario y donde el internamiento en un centro residencial no resulta necesario. De hecho el internamiento debe verse como último recurso en la atención para el consumo de SPA, ya que debe realizarse un proceso de integración social exitoso desde un enfoque de salud comunitaria que incluya distintos actores y redes sociales que puedan beneficiar el proceso de atención.

El modelo de trabajo debe ser contextualizado y comprensivo en las condiciones de vida de las personas menores de edad, en particular aquellas que les coloca en mayores condiciones de vulnerabilidad. Es de suma importancia que el foco de la intervención sea la integración social de la persona y no solo el consumo. Es de suma importancia que el IAFA coordine con otras instituciones sociales, educativas y de salud, así como organizaciones de la

⁵ Ficha descriptiva IAFA: Programa Prevención y Tratamiento del Consumo de Alcohol, Tabaco y drogas 2015.

⁶ <https://www.poder-judicial.go.cr/casacionpenaljuvenil/index.php/circulares/72-circular-no-132-2016-nuevo-perfil-de-ingreso-al-programa-residencial-del-centro-de-atencion-integral-en-drogas-para-personas-menores-de-edad>

Instituciones encargadas de la atención de personas menores de edad

Para la atención de personas menores de edad, el ordenamiento jurídico costarricense dispone una pluralidad de competencias. La consolidación del Sistema Nacional de Tratamiento con el *Decreto 37110-s Política del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica* (IAFA 2012) incorpora y describe las responsabilidades institucionales para brindar atención a dicha población.

Para ejecutar un programa de tratamiento para personas menores de edad que infrinjan la ley, se requiere el desarrollo de mecanismos de coordinación, colaboración y cooperación entre instituciones públicas y la sociedad civil. Específicamente en la atención de personas menores de edad con uso problemático de drogas, las instituciones principales son el IAFA, la CCSS y el PANI, con responsabilidades directas en la prestación de servicios en salud.

En el caso de adolescentes en conflicto con la ley, se incorporan competencias de otras instituciones como el Ministerio de Justicia y Paz. Asimismo en el Poder Judicial, se disponen el Ministerio Público, la Defensa Pública, el Departamento de Trabajo Social y Psicología y los juzgados penales juveniles, así como los juzgados de ejecución de la sentencia penal juvenil

si es necesario, todos coordinados desde el Programa de Justicia Juvenil Restaurativa.

A continuación, se realiza una descripción general de las competencias institucionales en la materia.

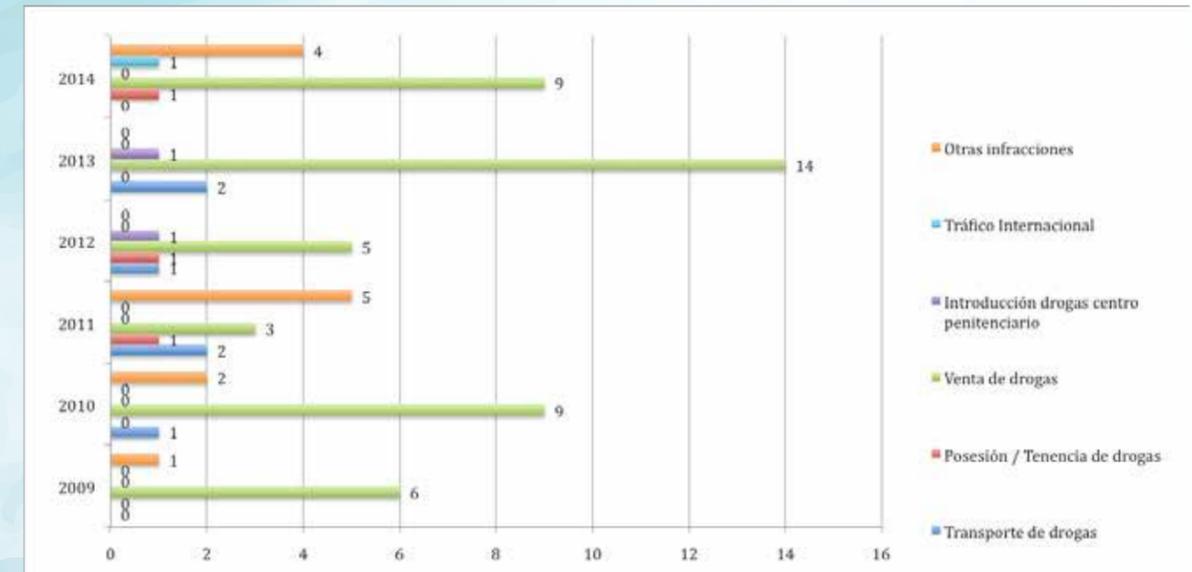
Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)

El Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia es un órgano con desconcentración mínima, adscrito al Ministerio de Salud, con personalidad jurídica instrumental. El IAFA tiene competencia en todo el territorio nacional y tiene a su cargo la dirección técnica, el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación por el consumo de drogas, y es responsable de coordinar y aprobar todos los programas tanto públicos como privados relacionados con sus fines.

Como parte de sus funciones a partir de la sentencia 05871 del 2005 de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, se establece la obligación del Estado costarricense por crear un centro de atención y tratamiento específico para esta población: el Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para Personas Menores de Edad.

Este Centro cuenta con los servicios de valoración de las personas menores edad, el Centro Ambulatorio Intensivo y el Centro Residencial, ubicados en las oficinas centrales en San Pedro de Montes de Oca. Este Centro cuenta con el apoyo para su funcionamiento de instituciones tales como la Caja Costarricense de Seguro Social, el Ministerio de Educación Pública, el Patronato Nacional de la Infancia y Ministerio de Trabajo.

Gráfico 2.
Personas condenadas en juzgados competentes en materia penal juvenil por infracción a la Ley de Psicotrópicos. Costa Rica 2009-2014 (valores absolutos)



Fuente: Elaboración del autor a partir de datos de la Dirección de Planificación, Poder Judicial

Como se puede observar en el gráfico anterior, el principal delito relacionado a la Ley de Psicotrópicos es la venta de drogas. En este caso, el OIJ (2013) también afirma que:

[...] la participación de menores de edad en los delitos de tráfico de drogas cada vez es mayor: los traficantes encuentran en la población joven alguien de quien aprovecharse. Los grupos de crimen organizado reclutan a jóvenes como narcomenudistas sirviéndose de la tentación que supone la obtención de ganancias y bienes materiales. Además, los criminales también pueden convertir a los jóvenes

en adictos para más tarde forzarles a vender la droga. Este fenómeno no es exclusivo de zonas marginales, sino que también ha sido identificado en centros de educación secundaria (p.23).

El delito de venta de drogas se ha mantenido relativamente estable, con la misma cantidad de condenas en el 2010 y en el 2014, y con un leve incremento a 14 en el 2013. En general, los delitos relacionados con la Ley 8204 no tienen una presencia fuerte en las condenas a personas menores de edad que no supera el 5% del total de sentencias dictadas.

Tabla 4. Cantidad de asuntos acusados por infracción a la Ley de Psicotrópicos. Costa Rica 2012-2015 (valores absolutos)

Año	Cantidad
2015	80
2014	55
2013	79
2012	86

Fuente: Datos: Dirección de Planificación, Poder Judicial

Hay que tener en cuenta que, en su mayoría, los procesos penales juveniles acusados son resueltos por salidas alternas, sin ser la excepción los delitos por infracción a la Ley de Psicotrópicos. Como se

muestra en la tabla anterior, en el período del 2012 al 2015, sumaron 300 casos con acusación relacionados con este tipo de ilícitos.

Tabla 5. Personas condenadas en juzgados competentes en materia penal juvenil según tipo de delito y sanciones impuestas. Costa Rica 2014, (valores absolutos).

DELITOS 2014	SANCIONES IMPUESTAS 2014						TOTAL
	Sanciones Socioeducativas			Sanciones Privativas de libertad		Orden de orientación y supervisión	
	Amonestación y advertencia	Libertad asistida	Prestación servicio comunidad	Internamiento en centro especializado	Internamiento con ejecución condicional		
Contra la vida	7	45	0	41	0	5	98
Sexuales	0	47	0	18	0	1	66
Propiedad	16	98	0	82	1	9	206
Seguridad común	1	0	0	0	0	0	1
Libertad	1	6	2	0	0	0	9
Administración de justicia	1	1	0	1	0	0	3
Ámbito de la intimidad	1	1	0	0	0	0	2
Autoridad pública	3	13	0	0	0	0	16
Ley de tránsito	2	0	0	0	0	0	2
Ley de penalización de violencia contra la mujer	0	4	0	0	0	0	4
Ley de Psicotrópicos	0	11	0	3	0	1	15
Ley de armas y explosivos	8	1	1	0	0	1	11
Contravenciones	0	2	0	0	0	0	2
Total	40	229	3	145	1	17	435

Fuente: Elaboración del autor a partir de datos de la Dirección de Planificación, Poder Judicial

La siguiente tabla proviene de una publicación realizada por el IAFA (2014), titulada *Análisis de la oferta demanda en la atención a personas menores de edad consumidoras problemáticas de sustancias psicoactivas en Costa Rica, 2012*. Esta tabla muestra

varios indicadores como la cantidad de egresos, el promedio de estancia, el porcentaje de ocupación y rotación de camas, lo que permite conocer la utilización del recurso existente para personas menores de edad a nivel residencial.

Tabla 11. Indicadores de utilización del recurso cama para el tratamiento y rehabilitación de personas menores de edad. Costa Rica, 2012

Nombre del Programa	Egresos	Camas	Estancia Terapéutica (días)	Promedio de estadía (días)	Porcentaje Ocupacional
Centro de Menores IAFA	194	24	90	44,92	99%
Nuevos Horizontes	136	12	45	24,59	76%
RENACER	17	40	365	69,29	8%
Comunidad Encuentro	81	40	730	118,49	66%
Hogar CREA - Paraíso	65	30	485	98,48	58%
Hogar CREA - Barva	60	20	485	67,47	55%
Hogar CREA - Oreamuno	25	18	485	103,92	40%
Hogar CREA - Siquirres	35	18	485	52,29	28%

Fuente: IAFA 2014b

En primer término, se observa que el centro de atención del IAFA tiene el porcentaje de ocupación más alto con un 99% del espacio. Esto implica una constante rotación de pacientes, tomando en cuenta que el promedio de días de estadía es la mitad del total de días establecidos en la estancia terapéutica.

El Programa Nuevos Horizontes de la CCSS es segundo en el porcentaje de ocupación (76%), tomando en cuenta que el tiempo de estancia terapéutica es menor (45 días), y el promedio de estancia es un poco más alto de la mitad (24,59 días).

Entre los centros administrados por ONGs, los que tienen porcentajes más altos de ocupación son la

Comunidad Encuentro con un 66% y Hogares CREA de Barva con un 55%. Resalta el bajo porcentaje ocupacional de RENACER (8%), tomando en cuenta que existen pocos programas específicos para mujeres. También resulta importante hacer notar el bajo promedio de estancia de las ONGs, el cuales es aún menor que los centros estatales y no supera el 20% del tiempo de estadía establecido. Pueden asociarse estas diferencias al tiempo de estancia más largos. Se debe hacer la acotación de que de los cuatro programas de Hogares CREA que fueron parte de la investigación del IAFA, actualmente solo existe el de adolescentes hombres de Barva de Heredia.

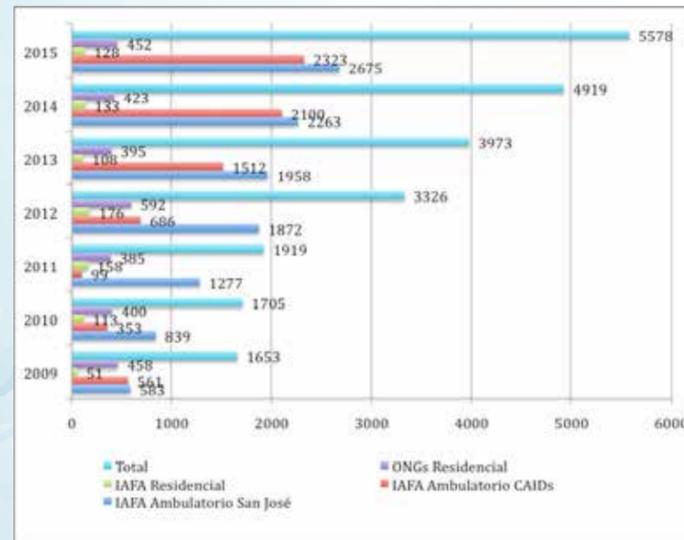
socioeducativas y principalmente con órdenes de orientación y supervisión, o con salidas alternas, buscando profundizar en las relaciones de los y las jóvenes con el uso de sustancias y el involucramiento en comportamientos delictivos.

Los únicos datos disponibles sobre consumo de drogas en la población penal juvenil no privada de libertad provienen del diagnóstico realizado por el Poder Judicial – Unicef (2012), los cuales mencionan que un 30% de la población de jóvenes en sanciones alternativas ha sido diagnosticado con problemas de drogas (p. 33). Así también señalan que un 16,7% de los casos donde se revocó la sanción alternativa fue por incumplimiento de la orden de no consumir drogas y un 11,1% por no mantenerse internado en un centro para tratamiento de adicción (p. 71).

Atención de personas menores de edad por consumo de sustancias psicoactivas

El siguiente gráfico muestra las tendencias en la atención a personas menores de edad según las distintas modalidades de tratamiento. Se observa un gran incremento en la atención general, relacionada principalmente a los servicios de atención ambulatoria que se ha quintuplicado en el periodo en análisis, mientras que los servicios residenciales se han mantenido estables. Esto puede tener muchas explicaciones de por qué en la mayoría de los casos no se ha realizado un internamiento, ya sea porque no existía un problema grave relacionado con el consumo de SPA, porque su manejo es posible desde una modalidad no residencial o porque no hay suficiente disponibilidad de espacios o camas en los centros de tratamiento existentes.

Gráfico 10. Personas menores de edad atendidas en servicios del IAFA y ONG. Costa Rica 2009-2015 (valores absolutos)



Fuente: Elaborado por el autor a partir de datos abiertos del IAFA sobre tratamiento (2016)⁴

4 <http://datosabiertos.iafa.go.cr/dashboards/19246/datos-de-tratamiento/>

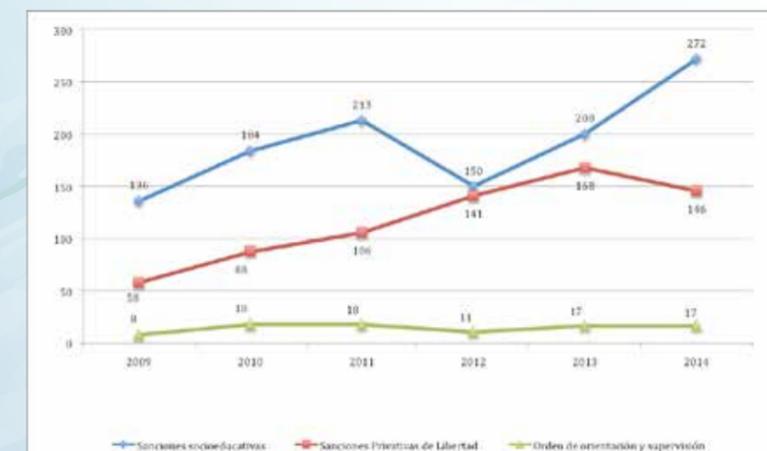
Es necesario investigar más a fondo si realmente existe un reclutamiento de personas menores de edad por organizaciones criminales, o si más bien esta actividad se relaciona al hecho de que las personas menores de edad que presentan una dependencia o trastorno por uso de sustancias psicoactivas pueden llegar a dedicarse a la venta de drogas como una forma de autoabastecimiento de la sustancia que consumen. Este es un hecho reconocido principalmente entre personas con una dependencia al crack, llamadas popularmente “robots”, las cuales pueden llegar a participar de grupos organizados de venta de drogas, y que son remuneradas con crack en vez de dinero. (Cortés 2015). Sin embargo, se requiere una mayor investigación para acercarse a la realidad de estos contextos y actividades.

Al segregar los delitos según el tipo de sanción aplicada en la condena, se denota que las sanciones socioeducativas son las más utilizadas, aunque no están muy por encima de las privativas de libertad. En el 2014, por ejemplo, un 62,5% de las sentencias fueron sanciones no privativas de libertad; un 33,6% fueron privativas de libertad, solamente un 3,9% de

órdenes de orientación y supervisión. Para el 2014, las sanciones privativas de libertad se observan principalmente en los delitos contra la vida (41,8%), contra la propiedad (40,3%), contra la Administración de Justicia (33,3%), delitos sexuales (27,3%) y contra La ley de Psicotrópicos (20%), mientras que, en los demás delitos, el porcentaje siempre es un 100% no privativa de libertad.

En el siguiente gráfico (N° 3), se aprecia una tendencia a la condena en las sanciones privativas de libertad con respecto a las sanciones socioeducativas y en las órdenes de orientación y supervisión, del 2009 al 2014. A pesar de haber disminuido en el 2012, las sanciones socioeducativas volvieron a repuntar para ubicarse muy por encima de las demás sanciones en el año 2014. El 2014 es el único año en el periodo en revisión que la privación de libertad ha sido disminuida levemente, de un constante incremento que llegó a sobrepasar las 150 condenas en el 2013.

Gráfico 3. Personas condenadas en juzgados competentes en materia penal juvenil según tipo de sanción. Costa Rica 2009-2014, (valores absolutos)



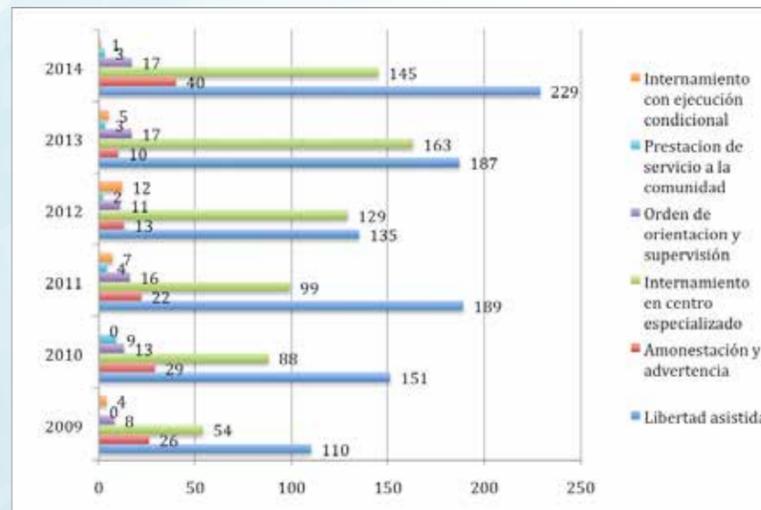
Fuente: Elaboración del autor a partir de datos de la Dirección de Planificación, Poder Judicial

La libertad asistida representa más del 50% de todas las condenas aplicadas y el 80% de las sanciones no privativas de libertad en el periodo del 2009 al 2014, mientras que el internamiento en un centro especializado se mantiene cerca del 40% del total y sobrepasa el 90% de las sanciones privativas de libertad. Las órdenes de orientación y supervisión siempre se ubican muy por debajo y, en ninguno de los años en análisis, sobrepasan el 5% del total.

El siguiente gráfico muestra que esta tendencia al incremento se debe principalmente por la aplicación

de la libertad asistida y del Internamiento en un centro especializado, ya que el resto de sanciones identificadas en el Registro Judicial Penal Juvenil mantienen una tendencia muy baja y estable. Estas otras sanciones son: órdenes de orientación y supervisión, prestación de servicios a la comunidad, amonestación y advertencia e internamiento con ejecución condicional. En el 2011, se registra una persona menor de edad sentenciada a la “reparación del daño”; pero al ser un caso aislado en el registro, no se incluyó en el siguiente gráfico.

Gráfico 4. Personas condenadas en juzgados competentes en materia penal juvenil según tipo de sanción específica principal. Costa Rica 2009-2014, (valores absolutos)



Fuente: Elaboración del autor a partir de datos de la Dirección de Planificación, Poder Judicial.

La justicia penal juvenil también permite la aplicación de varias sanciones, partiendo del principio de interés superior de las personas menores de edad; pero esto no sucede en la mayoría de los casos. En una tabla encontrada únicamente en el registro de juzgado penal juvenil del 2013, se muestra que de los 168 jóvenes condenados a una sanción privativa de

libertad (internamiento en un centro especializado) solamente un 20% recibió sanciones complementarias a la sanción principal. Algo similar sucede con las personas menores de edad sentenciadas a libertad asistida, de las cuales solo un 30% recibió más otras sanciones además de esta.

El gráfico anterior muestra quiénes de las 34 personas entrevistadas en el estudio del 2014 estaban bajo los efectos de cuatro sustancias específicas a la hora de cometer el delito. Un 35,3% estaba bajo los efectos de la marihuana cuando realizó el delito; un 29,4%, bajo los efectos del alcohol; 8,8% bajo los efectos de la cocaína y un 5,9% del crack.

Por otro lado, Calvo *et al.* (2015) también mencionan que un 23,5% presenta una relación sistémica, y un 26,5%, una relación económica compulsiva. Aun así, se desconoce la metodología para elaborar estas comparación, las cuales no distinguen entre tipo

de delito o sustancia. En esta misma investigación, también se preguntó a las 34 personas entrevistadas si habían consumido los 30 días y el mismo día de haber cometido el delito por el cual fueron condenadas.

La siguiente tabla reafirma que las principales sustancias de consumo antes de ingresar al centro penitenciario eran el cannabis y el alcohol, seguidos muy por debajo por el crack, la cocaína e inhalables. Aun así, debido a que se utilizaron porcentajes representativos al total de la muestra, se desconoce cuál es la representatividad del consumo de cierto tipo de sustancia según el delito específico.

Tabla 10. Consumo de sustancias psicoactivas un mes antes y el mismo día de haber cometido el delito, según el tipo de delito. Costa Rica 2014, (valores porcentuales)

Delitos	30 días antes de haber cometido el delito					El mismo día de haber cometido el delito				
	alcohol	cannabis	cocaína	crack	inhalab.	alcohol	cannabis	cocaína	crack	inhalab.
Robo no violento o hurto	2,9	0	2,9	0	0	0	0	0	0	0
Asalto con violencia o intimidación	29,4	38,2	14,7	0	5,9	14,7	20,6	2,9	0	2,9
Agresión sexual	2,9	0	2,9	0	0	2,9	0	0	0	0
Homicidio	8,8	8,8	2,9	0	0	5,9	5,9	2,9	0	0
Tráfico de drogas	0	0	0	8,8	0	0	0	5,9	0	0
Otros	11,8	20,6	5,9	0	2,9	5,9	20,6	0	5,9	0

Fuente: Elaboración del autor a partir de Calvo *et al.* (2015)

Se debe resaltar el 8,8% de consumo de crack un mes antes de haber sido detenido por el tráfico de drogas; es la única sustancia consumida antes de haber cometido este delito y tomando en cuenta la poca cantidad de personas condenadas por este. En los datos de consumo, el mismo día que se cometió el delito de tráfico, el uso de cocaína aparece con 5,9%, cuando en el último mes tenía 0%. Es un caso similar al del uso de crack con la variable de

“otros delitos”. Como se mencionó anteriormente, la información existente no clarifica el vínculo entre el consumo de SPA y la comisión de delitos o comportamientos violentos, partiendo del hecho de que esta es una relación compleja que debe ser comprendida con mayor profundidad. Esto implica la necesidad de desarrollar más investigaciones en la población penal juvenil, no solo las personas privadas de libertad, sino también con sanciones

Consumo de drogas y comisión de delitos en personas menores de edad privadas de libertad

Los datos existentes para personas menores de edad en Costa Rica muestran una relación poco clara entre el consumo y la comisión de delitos, partiendo del hecho de que el foco principal de las investigaciones se ha basado en una sola pregunta: si la persona

estaba bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva a la hora de cometer el delito. El siguiente cuadro muestra los datos recopilados por el IAFA en el 2006, 2007 y 2008 al respecto, donde menos de una cuarta parte indicó que se encontraba bajo los efectos del alcohol; y una tercera parte, bajo los efectos de otras drogas, aunque no se identifica cuál tipo de drogas consumieron.

Tabla 9. Personas menores de edad privadas de libertad que han cometido un delito bajo los efectos del alcohol u otras drogas. Centro Zurquí. Costa Rica 2006-2008 (valores porcentuales)

Comisión del delito	2006	2007	2008
Efectos del alcohol	13,4	24,8%	16,3%
Efectos de otras drogas	33%	34,1%	24%

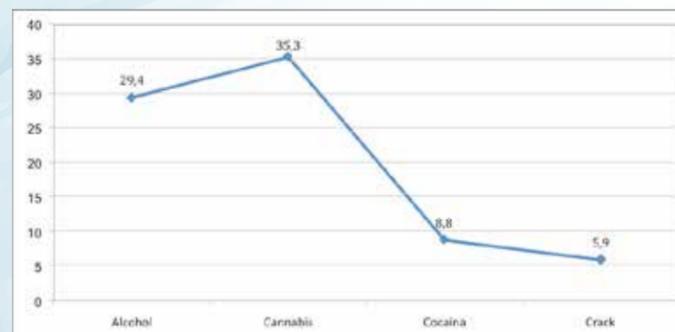
Fuente: Fonseca y Bejarano, 2012

Calvo *et al.* (2015) también plantean la misma pregunta en su investigación, reconociéndola como una relación psicofarmacológica. En esta:

“se encontró que la mayoría de las personas adolescentes tampoco tenía este tipo de conexión relacionada con la comisión del delito. Del total

de adolescentes, 41.1% estaban bajo los efectos de alguna droga cuando cometieron el delito; de esos, el 64.2% refiere que habría cometido el delito independientemente de estar o no bajo los efectos de la droga, es decir, que ya tenían la intención de delinquir.” (Calvo *et al.* 2015, p. 147).

Gráfico 9. Personas menores de edad privadas de libertad que cometieron un delito bajo los efectos de una droga, según tipo de sustancia psicoactiva. Centro Zurquí. Costa Rica, 2014, (valores porcentuales)



Fuente: Calvo *et al.*, 2015

Tabla 6. Sanciones principales combinadas con sanciones alternas impuestas a las personas menores por infringir la Ley Penal Juvenil durante el 2013, (valores absolutos)

Sanción Principal	Sanciones Alternas	Casos
Internamiento en Centro especializado con y sin sanción alterna	Internamiento en Ejecución Condicional	1
	Libertad Asistida	5
	Libertad Asistida/ prestación de servic. a la comunidad/ Órdenes de orientación y supervisión	5
	Libertad Asistida / Órdenes de orientación y supervisión	11
	Órdenes de Orientación y supervisión	4
	Órdenes de Orientación y supervisión / Amonestación y Advertencia	2
	Prestación de servicios a la comunidad / Órdenes de Orientación y supervisión	1
	Prestación de servicios a la comunidad	1
	Internamiento en Centro especializado (sin sanción alterna)	133
Libertad Asistida con y sin sanción alterna	Órdenes de orientación y supervisión	31
	Prestación de servicios a la comunidad / Órdenes de Orientación y supervisión	19
	Prestación de servicios a la comunidad	4
Prestación de servicios a la comunidad con y sin sanción alterna	Libertad asistida (sin sanción alterna)	133
	Órdenes de orientación y supervisión	1
	Prestación de servicios a la comunidad (sin sanción alterna)	2
Internamiento en ejecución condicional con y sin sanción alterna	Órdenes de orientación y supervisión	2
	Internamiento en ejecución condicional	3
Ordenes de Orientación y supervisión	Órdenes de orientación y supervisión	17
Amonestación y Advertencia	Amonestación y Advertencia	10

Fuente: Dirección de Planificación, Poder Judicial. Juzgados Penal Juvenil

Consumo de sustancias psicoactivas en personas menores de edad privadas de libertad

Existe alguna información sobre el consumo de SPA en las personas privadas de libertad en el Programa Penal Juvenil, aunque esta se encuentra dispersa en varias publicaciones y es poco sistemática. Las fuentes principales son el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD), las cuales han

utilizado pequeñas muestras de población menor de edad privada de libertad a partir de un cuestionario estandarizado de la Comisión Interamericana contra el Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD/OEA), en el marco del Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas (UNODC/CICAD 2010).

Por su parte, el IAFA ha venido realizando entrevistas en el Centro de atención especializado Zurquí desde

hace más de una década. Estos datos tienen algunos vacíos en varios años de análisis, ya que se presentan en distintas publicaciones (Sáenz *et al.* 2006; Fonseca y Bejarano 2012; IAFA 2014). A este tipo de estudios, se le suma el que recientemente publicaron como tesis para la licenciatura de Enfermería en la Universidad de Costa Rica (Calvo *et al.* 2015), con apoyo del ICD.

Como todos los estudios utilizan el mismo instrumento, se puede realizar una comparación de ciertos indicadores específicos; pero debido a la diferencia en los objetivos de investigación y los formatos de publicación, no se profundiza en algunos aspectos relevantes como los patrones de consumo, los riesgos asociados y los contextos y actividades concomitantes a esos consumos. Cabe resaltar que el consumo de drogas varía a través de la vida de una persona y, más allá de la sustancia, el peso de la intervención recae en lograr un abordaje que modifique tanto patrones individuales como contextuales vinculados a un uso riesgoso.

Por otro lado, para brindar servicios de atención a personas menores de edad que consumen sustancias psicoactivas (SPA), es importante comprender su situación personal y social más allá del uso de drogas. Partiendo del hecho de que la atención brindada debe darse de un enfoque biopsicosocial que integre no solo los factores biológicos y psicológicos de las personas que presentan un trastorno por consumo de SPA, sino también los factores familiares, comunitarios, sociales y económicos que sin duda van a estar vinculados a esta situación (Grover 2009).

Aun así, la información recopilada en las distintas investigaciones del IAFA e ICD no permite identificar

estos aspectos, ya que no va más allá del conocer su nivel educativo, localización geográfica y jefatura de hogar. Por otro lado, estos datos no se pueden comparar entre publicaciones, ya que en algunas de ellas no se presentan los mismos datos y en otras su especificidad es distinta. Por esta razón, se optó por utilizar solamente los datos recopilados en el 2014 (Calvo *et al.* 2015).

Según la provincia de procedencia, San José se ubica como primera con un 35% de los casos, lo cual no es una casualidad, ya que esta es la que contiene la mayor cantidad de población en el país. Limón se encuentra en segundo lugar (26%) y, en tercero, Alajuela (24%). Esto muestra la relevancia que la provincia de Limón tiene para las intervenciones en materia penal juvenil, ya que la población total para el 2011 solo superaba a la de Guanacaste y se encontraba muy por debajo de las de San José y Alajuela (INEC, 2012).

Con respecto al nivel educativo, los datos muestran que un 67,6% de las 34 personas jóvenes entrevistadas en el 2014 había cursado estudios de primaria, y un 41,2% había aprobado sexto grado. Por otra parte, indican que un 32,3% tenía algunos estudios de educación secundaria, y un 23,5% había aprobado séptimo año (Calvo *et al.* 2015).

Estos porcentajes son similares a los encontrados en estudios del IAFA (Fonseca y Bejarano 2012), con la diferencia de que para esta última investigación, se desconoce el porcentaje que aprobó séptimo año.

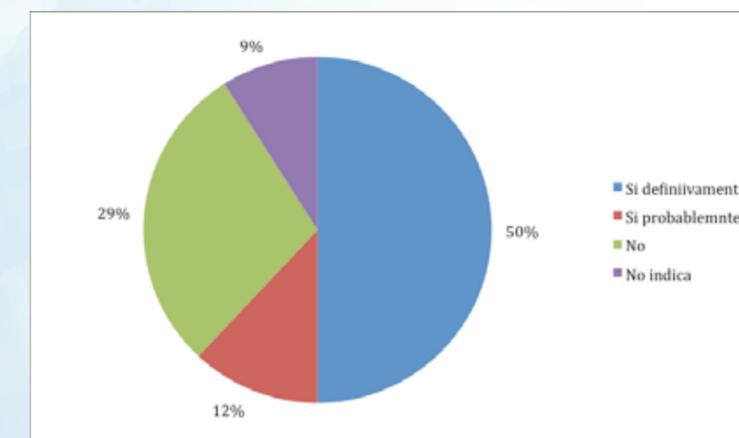
Con respecto a la jefatura de hogar, en el siguiente gráfico se aprecia que la gran mayoría de jóvenes

La tabla anterior muestra que un 32,3% de las personas entrevistadas tiene una dependencia simple al cannabis; y un 2,9%, a la cocaína, ya que es el porcentaje que respondió afirmativamente a tres o más de los indicadores generales. Por su parte, un 5,9% presenta una dependencia fisiológica al cannabis, ya que tiene un indicador en cada criterio diagnóstico, es decir, un indicador de tolerancia, uno de uso compulsivo y uno de síndrome de abstinencia. Estos criterios se asemejan más a las pruebas de tamizaje aprobadas por OMS (2011). Cabe destacar que, en el documento, no se menciona si existe una

dependencia (simple o fisiológica) a otras sustancias como el tabaco o el alcohol.

Finalmente, en ninguna investigación, se pregunta por comportamientos de riesgo que puedan estar vinculados al consumo de SPA, como son el policonsumo o consumo de varias sustancias al mismo tiempo, el compartir implementos o parafernalia para el consumo, la administración de drogas por vía inyectada, relaciones sexuales riesgosas, explotación sexual comercial y la presencia de infecciones de transmisión sexual o sanguínea, tales como VIH, hepatitis C, sífilis o papiloma, entre otras.

Gráfico 8. Personas menores de edad privadas de libertad con disposición al tratamiento para el consumo de sustancias psicoactivas. Costa Rica, 2014 (valores porcentuales)

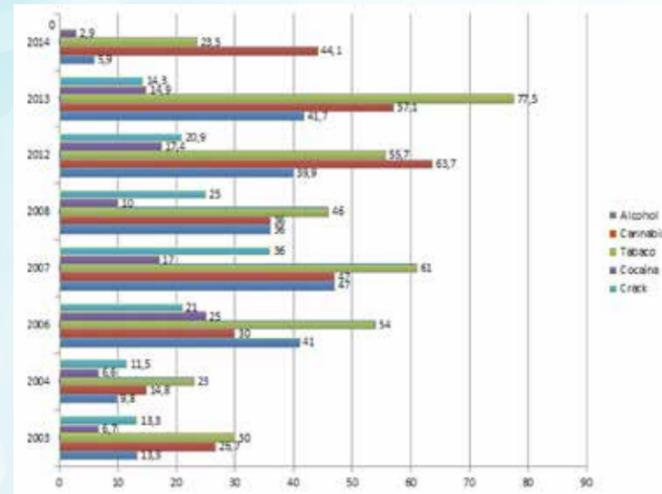


Fuente: Calvo *et al.* 2015

Como se observa en el gráfico anterior, un 50% de las personas menores de edad indica que definitivamente tiene la disposición para recibir tratamiento para el consumo de drogas; y un 12%, que probablemente lo haría. Aun así, un 29% señala que no desea recibirlo, y un 9% no indica. Un 23,5% refiere que había recibido algún tipo de tratamiento para el consumo de drogas, y un 37,5% de estos explica que lo recibió en el momento que se encontraba privado de libertad. Un

75% de las personas que recibió tratamiento estuvo internado en algún centro de rehabilitación. Un 62.5% manifiesta que había disminuido o cesado el consumo de drogas durante un mes, gracias al tratamiento. Sin embargo, la misma cantidad indica que abandonó el tratamiento antes de que terminara. Además, el 50% señala que volvió a consumir drogas antes de finalizar el programa de rehabilitación. (Calvo *et al.* 2015, p. 150).

Gráfico 7. Prevalencia de consumo del último mes de varias sustancias en personas menores de edad privadas de libertad en el Centro Zurquí. Costa Rica 2003, 2004, 2006, 2007, 2008, 2012, 2013, 2014 (valores porcentuales)



Fuente: Elaborado por el autor a partir de Sáenz *et al.* 2006; Fonseca y Bejarano 2012; IAFA, 2014; Calvo *et al.* 2015

Por otro lado, esta también es la única investigación que se acerca a realizar estimaciones sobre el nivel de dependencia que presentan las personas menores de edad privadas de libertad, la cual utiliza una serie de preguntas como tamizaje general a partir de criterios diagnósticos de tolerancia, abstinencia y uso compulsivo provenientes del *Manual diagnóstico de*

clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) de la OMS. Para la descripción de los datos, se incluirá el uso de estos conceptos partiendo de la descripción realizada por dichos autores. No obstante, se favorece la utilización original de los términos ordenados por el CIE-10 como consumo riesgoso, consumo perjudicial y síndrome de dependencia (OPS 1995).

Tabla 8. Porcentaje de indicadores de abstinencia, asociados al consumo de cannabis y cocaína, 2014 (valores porcentuales)

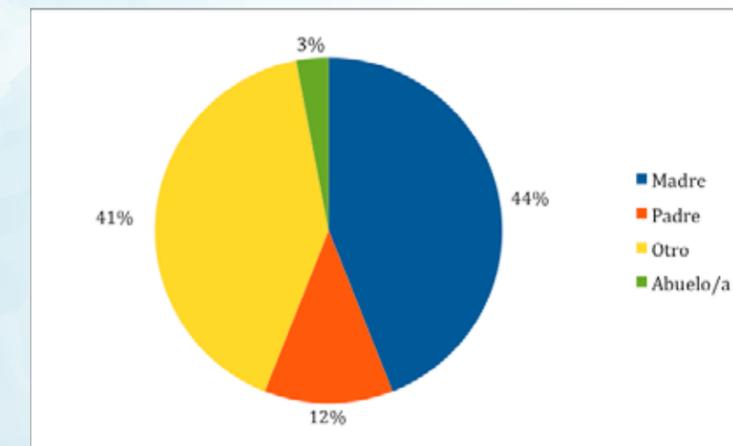
Criterios diagnósticos	Síntomas	Cannabis	Cocaína
Tolerancia	Aumento de consumo para obtener efecto	14,7	2,9
	Disminución del efecto con la misma cantidad de droga	14,7	2,9
Abstinencia	Presencia de problemas al suspender o disminuir el consumo	20,6	0
	Consumo para eliminar problemas	17,6	0
Uso compulsivo	Suspensión de actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo	20,6	0
	Permanencia del consumo a pesar de que ocasione problemas de salud	32,4	0
	Deseo irresistible de consumo	5,9	0
	Consumo a pesar de no tener la intención de hacerlo	23,5	2,9
	Consumo en mayores cantidades de lo pensado	38,2	0
	Mayor tiempo de recuperación de los efectos	5,9	0

Fuente: Elaboración del autor a partir de datos de Calvo *et al.* 2015

privados de libertad en el Zurquí depende principalmente de los ingresos de su madre (44%) o algún otro familiar (41%). Solamente un 12% indicó que su padre era el jefe de hogar y un 3% explicó que era su abuelo o abuela. Esto nos hace suponer que una gran mayoría de estas personas jóvenes no vive solo con su madre, su madre y su pareja u otro familiar que no es su abuelo o abuela. La minoría vive con su madre y padre biológicos y muy pocos deben vivir solo con su padre.

Aun así, los datos existentes no nos permiten definir claramente esta relación ni tampoco determinar la cantidad de personas que viven en su hogar, ya sean hermanos/as, primos/as, tíos/as, etc. Asimismo, no existen datos para conocer las condiciones socioeconómicas, los factores de vulnerabilidad, protectores ni otros elementos fundamentales para acercarse a comprender la complejidad de las actuaciones de estas personas menores de edad.

Gráfico 5. Jefatura del hogar de personas menores de edad privadas de libertad en el Centro Zurquí. Costa Rica 2014 (valores porcentuales)



Fuente: Calvo *et al.* 2015

En relación con el uso de SPA, los indicadores principales son los niveles de prevalencia de vida, año y mes que implican que la población específica ha consumido alguna sustancia alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses o en los últimos 30 días respectivamente.

La edad de inicio o de primer consumo es otro indicador de importancia, ya que se reconoce el factor de riesgo para desarrollar una dependencia

por el inicio temprano en el uso de SPA. Además, otro indicador es el que se obtiene a partir de tamizajes de consumo problemático o dependencia, el cual implica tomar en cuenta varias preguntas para valorar algunos comportamientos que pueden relacionarse con el consumo, criterios diagnósticos de trastorno mental y del comportamiento asociado al uso de SPA según la Clasificación Internacional de Enfermedades, edición n.º 11 (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud.

Los datos sobre consumo de SPA en personas menores de edad privadas de libertad se encuentran en cuatro publicaciones distintas, tres de ellas elaboradas por el IAFA (Sáenz *et al.* 2006, Fonseca y Bejarano 2012, IAFA, 2014) y una realizada por estudiantes de enfermería con apoyo del ICD (Calvo *et al.* 2015). Se denota que no hay una continuidad en los años de investigación, esto debido a que los estudios y su correspondiente publicación abarcan periodos específicos cada una.

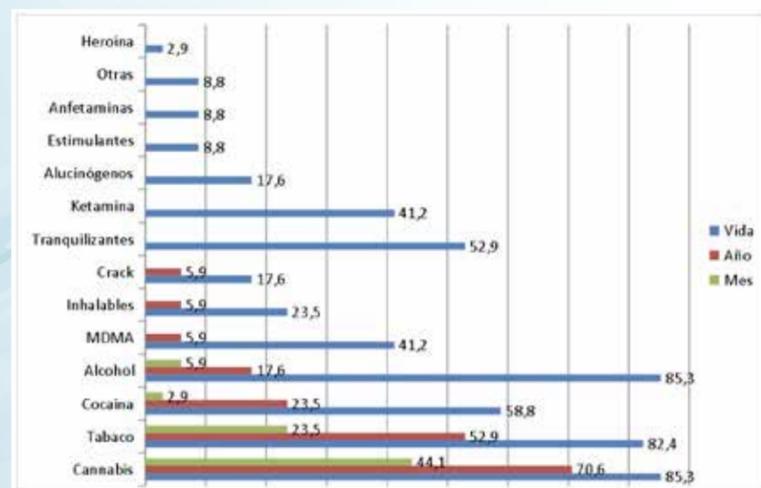
A nivel técnico, otro elemento que se debe tomar en cuenta es que las muestras utilizadas por el IAFA en los años 2012 y 2013 se desconocen. La cantidad de personas entrevistadas también nos da una imagen más certera sobre el universo de análisis, tomando en cuenta que los primeros cinco años en cuestión abarcaban más de la mitad de la población juvenil

privada de libertad. Pero para el último año de análisis (2014), no supera el 25% (utilizando los datos del Ministerio de Justicia), y además tomando en cuenta que ni siquiera se menciona la cantidad total de personas privadas de libertad en el momento del estudio (Calvo *et al.* 2015).

El siguiente gráfico elaborado con datos del 2014 (Calvo *et al.* 2015) se aprecia una disminución según los niveles de prevalencia indistintamente del tipo de sustancia, tomando en cuenta que una gran mayoría no presenta indicadores de consumo en el último mes o en el último año.

De esta forma y de acuerdo con dicho estudio, en el último mes las drogas de consumo fueron cannabis (44,1%), tabaco (23,5%), alcohol (5,9%), MDMA o éxtasis (2,9%) y cocaína (2,9%).

Gráfico 6. Niveles de prevalencia de consumo de varias sustancias en personas menores de edad privadas de libertad en el Centro Zurquí. Costa Rica 2014. (valores porcentuales)



Fuente: Elaborado por el autor a partir de datos presentados por Calvo *et al.* 2015

Cabe resaltar que los niveles de prevalencia del último mes o consumo activo son los que se acercan más a conocer el consumo de mayor riesgo o problemático, tomando en cuenta que la prevalencia de consumo en la vida o por año suelen ser mucho más altas en la población privada de libertad.

Aun así, en comparación con los datos provenientes entre la tesis de Calvo *et al.* (2015) son mucho más bajos que los datos del IAFA (Sáenz *et al.* 2006, Fonseca y Bejarano 2012, IAFA, 2014) además de que se reporta el consumo de otras sustancias, tales como crack, tranquilizantes, alucinógenos o inhalables.

Tabla 7. Prevalencia de consumo de último mes de varias sustancias en personas menores de edad privadas de libertad en el Centro Zurquí. Costa Rica 2003, 2004, 2006, 2007, 2008, 2012, 2013, 2014. (valores porcentuales)

Sustancias	2003 (n=30)	2004 (n=61)	2006 (n=97)	2007 (n=129)	2008 (n=129)	2012 (n=?)	2013 (n=?)	2014 (n=34)
Alcohol	13,3	9,8	41	47	36	39,9	41,7	5,9
Cannabis	26,7	14,8	30	47	36	63,7	57,1	44,1
Tabaco	30	23	54	61	46	55,7	77,5	23,5
Cocaína	6,7	6,6	25	17	10	17,4	14,9	2,9
Crack	13,3	11,5	21	36	25	20,9	14,3	n.d.
Tranquilizantes	10	1,6	2,1	1,6	3,9	6	8	n.d.
Alucinógenos	3,3	1,6	4,1	1,6	0,8	--	--	n.d.
Éxtasis	0	0	2,1	0,8	3,1	--	--	2,9
Heroína	3,3	1,6	0	0,8	0	--	--	n.d.
Inhalables	0	0	8,2	3,1	3,1	--	--	n.d.
Otras	--	--	9,3	4,7	3,1	--	--	n.d.

Fuente: Elaborado por el autor a partir de Sáenz *et al.* 2006; Fonseca y Bejarano 2012; IAFA 2014; Calvo *et al.* 2015

El siguiente gráfico muestra mucha irregularidad en el consumo de último mes de las principales sustancias, resaltando la fuerte disminución para el 2014 que llega a niveles aún más bajos a los reportados en 2003 o 2004. Este es un hecho de suma relevancia que implica una reflexión en torno a la calidad y rigurosidad de la toma de los datos o del cambio constante en los patrones de consumo de drogas de las personas menores de edad privadas de libertad. En todo caso, implica una necesidad de profundizar en la investigación sobre este tema y con esta población en específico.

Se parte del hecho de que se realizó el consumo activo durante el internamiento en el centro

especializado, tomando en cuenta que la única información disponible es la investigación realizada por los estudiantes de enfermería en el 2014 (Calvo *et al.* 2015). Esta muestra que un 67.6% de los 34 jóvenes entrevistados llevaba más de un año en el centro penal, y los que menos tiempo tenían, llevaban dos meses. Más adelante en el documento donde se analiza la relación entre consumo y delito también se muestran algunos datos al respecto, donde cerca de un 40% indicó que había consumido alguna sustancia el mes antes de haber cometido el delito, y una cuarta parte explicó que había consumido el mismo día que cometió el delito.