



# Plan nacional para el abordaje del uso problemático de drogas en personas adultas sujetas a sanciones penales en Uruguay

2024

Una publicación de:

---



Ministerio  
del Interior

Instituto Nacional  
de Rehabilitación

Con el apoyo financiero:

---



Con el apoyo técnico:

---



Montevideo, octubre de 2024.

## **Autoridades**

---

**Dr. Rodrigo Ferrés**, Secretario de la Presidencia de la República. Presidente de la Junta Nacional de Drogas

**Dr. Daniel Radío**, Secretario General de la Junta Nacional de Drogas

**Dr. Nicolás Martinelli**, Ministro del Interior

**Dr. Pablo Abdala**, Subsecretario del Interior

## **Equipo consultor**

---

**Dra. Clara Musto**

**Dra. Ana Juanche Molina**

## **Grupo motor**

---

### ***COPOLAD III***

**Sra. Inés Elvira Mejía**, Task force Acceso a servicios de calidad e inclusión social

### ***Episteme Social***

**Dr. David Pere Martínez Oró**, Director

### **Expositores internacionales**

**Psic. Beatriz Oliva**, Cuerpo Superior Técnico de Instituciones Penitenciarias (IIPP)- España

**Psic. Gonzalo Guzmán**, Consultor- Chile

### ***Secretaría Nacional de Drogas***

**Lic. en RRLL Verónica Paciello**, Área Salud Integral

**Lic. en Psic. Diego Grau**, Área Salud Integral

### ***Instituto Nacional de Rehabilitación***

**Sup. Lic. en Psic. Lourdes Salinas**, Subdirectora Nacional Técnica

**Sr. Fabián Rosano**, Director Nacional de Medidas Alternativas

## Colaboración

---

### *Instituto Nacional de Rehabilitación*

Lic. en Psic. Mónica Molina, Adjunta a la Subdirección Técnica

Mag. Fara De Ávila Machado, Coordinadora de Tratamiento

Mag. Natalia Bonilla Armada, Coordinadora de Evaluación

Lic. en RRH Nathalie Stagnari, Coordinadora de Salud Integral

Lic. en Psic. Yanina Montemño, Subdirectora Técnica de Medidas Alternativas

## Participantes

---

### *Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) - Servicio de Atención Integral a las Personas privadas de libertad (SAI-PPL)*

Mariana López, Magdalena Ardans, Patricia de Castro, Florencia Márquez, María José Fernández, Virginia Safi

### *Asociación Civil Familias Presentes*

Martha Billares Rodríguez

### *Asociación de Defensores Públicos*

Yamila Cabrera Muñoz, María Noel Rodríguez Nader

### *Asociación de Magistrados Fiscales del Uruguay*

Willian Rosa

### *Fiscalía General de la Nación*

Rodrigo Morosoli

### *Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay (IELSUR)*

Martín Fernández

### *Instituto Nacional de Rehabilitación*

#### *Dirección Nacional de Medidas Alternativas, Subdirección Técnica – Equipo Técnico*

Ernesto Sorozabal Fernández, Gabriel Martínez Geymonat, Nadín Rugnitz, Raquel Schettini, Jessica D'Elia Fuques, Ernesto Spinoglio Perdomo, Guillermo Ponce Rivera, Lucía Magnin Rodríguez, María Gimena Vázquez Albarenque, Silvia Romano Guillén, Marianne Bouzas Freitas, Mayra Curbelo Molina, Fabiana Ongarato Farías, María Victoria Da Luz Lalinde, Karina Rivas Correa, Guillermo Ponce Rivero, Nancy Rieiro, Wilma Ribeiro Viana, Nathalia Arrúa Larrosa, Atilio Larrosa Bonelli, Marcela Suárez Batista

***Centro de Formación Penitenciaria***

**Jorge Camargo Carneiro**, Director

***Departamento de Género y Diversidad***

**Paula Lacaña**, Encargada

***Subdirección Nacional Técnica, Coordinación de Salud Integral***

**Antonella Ardanz**

***Unidad N° 1***

**Florencia Trindade, Bettiana Serrato**

***Complejo de Unidades N° 4***

**Gonzalo Lamas**, Coordinación Técnica, **Tania Bermúdez Mozzo**, Preegreso, **Ana Laura Dorado Durán**, Subdirectora Técnica Unidad 4B

***Unidad N° 6***

**Soledad Ferraro Uríoste**, Subdirectora Técnica, **Pablo Nalerio Reyes**

***Unidad N° 16***

**Luciana Salles Carballo**

***Unidad N° 21***

**Virginia Ardohain, Silvana Di Gregori Lima**

***Ministerio de Desarrollo Social, Dirección Nacional de Apoyo al Liberado (DINALI)***

**Jhon Manzzi, Natalia Perrone, Josefina Costa, María Senar, Isaías Valencia, Rodrigo Duarte**

***Oficina del Comisionado Parlamentario para el Sistema Penitenciario***

**Graciela Riephoff, Laura Cotelo Martínez, Walter Leandro Blardoni Díaz**

***Poder Judicial***

**Ana Claudia Ruibal, María Natalia Tagliani Eduarte, Virginia de los Santos Caprielian**

***Secretaría Nacional de Drogas***

**Luis González Kellis**, Área de Salud Integral, **Stephanie Clavijo, Elisa Cabrera, Gustavo Schleger**, Área de Planificación y mejora continua, **Aline Trivel Da Rosa**, Ciudadela Artigas, **Claudia Zunino Gesta**, Ciudadela Montevideo, **Jimena Nin**, Ciudadela Paysandú, **Dayana Alfaro**, Dispositivo de tratamiento Unidad N° 5, RENADRO, **Rafael Almirati**, Dispositivo de tratamiento Unidad N° 5, RENADRO, **Stefanía Curbelo**, Dispositivo de tratamiento Complejo de Unidades N° 4, RENADRO, **Federico Casas**, Dispositivo de tratamiento Complejo de Unidades N° 4, RENADRO, **Wilson Coria**

**Camargo**, Dispositivo de tratamiento Complejo de Unidades N° 4, RENADRO, **Jessica Ramírez**,  
Observatorio Uruguayo de Drogas

***Universidad Católica del Uruguay***

Rosario Queirolo,

***Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales***

Ana Vigna

## Contenido

<b>Introducción.....</b>	<b>7</b>
<b>Contexto.....</b>	<b>8</b>
Sobre la relación entre drogas y delito.....	11
La intervención con personas infractoras de la ley penal.....	13
Sobre las intervenciones frente al uso problemático de drogas .....	19
<b>Fundamentación.....</b>	<b>23</b>
<b>Elementos constitutivos del Plan Nacional para el abordaje del uso problemático de drogas en personas adultas sujetas a sanciones penales en Uruguay .....</b>	<b>33</b>
Misión.....	33
Visión .....	33
Principios.....	33
Líneas estratégicas .....	35
1. Aplicación de los principios de las prácticas efectivas .....	35
Recomendaciones .....	43
2. Detección y estimación del uso problemático de drogas y de la demanda de tratamiento .....	45
Recomendaciones .....	51
3. Perspectiva de género, diversidad e interseccionalidad.....	53
Recomendaciones .....	58
4. Reclutamiento, formación y reconocimiento del personal .....	59
Recomendaciones .....	64
5. Monitoreo & evaluación .....	65
Recomendaciones .....	69
<b>Consideraciones finales .....</b>	<b>73</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>77</b>

# Plan nacional para el abordaje del uso problemático de drogas en personas adultas sujetas a sanciones penales

---

## Introducción

La Secretaría Nacional de Drogas (SND) y el Ministerio del Interior desarrollaron, en el marco del Programa Bilateral de cooperación en drogas del Mecanismo de Coordinación y Cooperación CELAC/UE, COPOLAD III, grupo de trabajo 2.2 para el asesoramiento en estrategias y programas de atención y tratamiento del Uso Problemático de Drogas en el ámbito penitenciario y medidas alternativas al encarcelamiento en Uruguay, el proceso de elaboración de un «Plan nacional para el abordaje del uso problemático de drogas en personas adultas sujetas a sanciones penales» (en adelante, el Plan nacional).

Dicho proceso fue realizado a través de la asistencia técnica de Episteme Social, con el objetivo de «Desarrollar un modelo de abordaje que impacte en la mejora de las políticas de ejecución penal, articulando institucionalmente sus características y alcances para mejorar el bienestar integral de las personas sujetas a sanciones penales». En consonancia con la política nacional de drogas, el Plan nacional plantea lineamientos estratégicos basados en la evidencia, con enfoque de derechos humanos, perspectiva de género y centrados en las especificidades de la población objetivo.

Para dinamizar el proceso de asistencia técnica se estructuró un grupo de trabajo compuesto por representantes de la Secretaría Nacional de Drogas (SND), el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) —Subdirección Nacional Técnica (SNT) y Dirección Nacional de Medidas Alternativas (DINAMA)— COPOLAD y Episteme Social. Dicho grupo también estuvo encargado del intercambio participativo, de carácter nacional, que involucró a representantes de diversas instituciones estatales, la academia y la sociedad civil, así como a las expertas Beatriz Oliva (Cuerpo Superior Técnico de Instituciones Penitenciarias de España) y Marzia Acevedo (Unidad de Organización y Métodos de Gendarmería de Chile) y el experto Gonzalo Guzmán (Chile). Finalmente, un equipo consultor revisó la literatura especializada, recopiló la información producida en el país, desarrolló reuniones y talleres con las instituciones contraparte, realizó el análisis de la experiencia internacional comparada, produjo



insumos conceptuales y metodológicos para el intercambio participativo, sistematizó los aportes recogidos y produjo el presente documento.

El documento se divide en dos grandes apartados. En el primero de ellos se presenta el contexto del uso problemático de drogas en personas adultas sujetas a sanciones penales, se enmarca analíticamente el vínculo entre el uso de drogas y el delito y se describen la institucionalidad relacionada y las principales normas que encuadran su intervención. El primer apartado culmina con la fundamentación del Plan nacional y las definiciones de su misión, visión, principios y objetivos.

El segundo apartado presenta las líneas estratégicas y recomendaciones para el desarrollo del Plan nacional: se describen los principios sobre los cuales debería estructurarse una oferta plural de programas y servicios para abordar el uso problemático de drogas en los contextos de privación de libertad y comunitario, se caracterizan el proceso y los instrumentos necesarios para avanzar hacia estimaciones sistemáticas del problema, se delinear especificaciones para una política pública sensible al género y sus intersecciones y se brindan orientaciones para que los procesos de planificación, monitoreo y evaluación integren acciones de trato y tratamiento orientadas a la gestión de riesgos y la reducción de daños, así como a la reducción de la reincidencia delictiva. A modo de síntesis, el documento presenta un conjunto de consideraciones finales.

## Contexto

En las últimas décadas Uruguay ha expandido significativamente la población sujeta a sanciones penales y, especialmente, las privativas de libertad (Comisionado Parlamentario, 2021, 2022 y 2023). En 2000, las personas encarceladas eran 4.469 y la tasa de prisionización 135 personas cada 100.000 habitantes; al 23 de agosto de 2024, la población penitenciaria ascendía a 15.977 personas y la tasa de prisionización a 424 personas cada 100.000 habitantes, lo que coloca a Uruguay en el primer puesto en el ranking de América del Sur y en el undécimo a nivel mundial (WPB, 2024). Esta tendencia se ha acelerado desde la aprobación de la Ley N° 19.889 en julio de 2019. En los años 2020, 2021, 2022 y 2023, el crecimiento fue 12,6 %, 10,3 %, 5,2 % y 5 %, respectivamente (Comisionado Parlamentario para el Sistema Penitenciario, 2024). Además, dicho crecimiento se distribuye en forma desigual según el género. Así, las mujeres privadas de libertad crecieron tres veces más que los varones: 28 % frente a 9% en 2021, 13 % frente a 4,7 % en 2022 y 11,4 % frente a 4,5 % en 2023. (Comisionado Parlamentario para el Sistema Penitenciario, 2022, 2023, 2024).

Sumado a esto, las penas alternativas al encarcelamiento también han crecido significativamente. Este fenómeno, conocido internacionalmente como

«ensanchamiento de la red» (Cracknell, 2023), amplía y complejiza el fenómeno de la punitividad, pues el uso de las penas alternativas al encarcelamiento no redundan necesariamente en una reducción de la presión sobre el sistema penitenciario ya que, en vez de aplicarse a personas ofensoras de menor riesgo, se expande sobre nuevas poblaciones que, de otro modo, no estarían sujetas a sanciones penales (Kantorowicz-Reznichenko, 2013; Lilley et al., 2020).

La multiplicación de la población penada no fue acompañada por un aumento proporcional de los recursos disponibles, por lo que este déficit impacta integralmente en la capacidad de cumplir con el mandato de rehabilitación que la ley le impone al INR. Al observar la evolución de dicha población en el mediano plazo persisten niveles de hacinamiento crítico, vulneración de derechos humanos básicos como la alimentación y el acceso a la salud integral, altos niveles de violencia y de muertes en custodia. A ello se suman dificultades para la intervención penitenciaria en las áreas de trato y tratamiento, que incluyen escaso acceso y permanencia en los programas de educación, capacitación laboral, trabajo, deporte y recreación, y en los dirigidos a modificar los riesgos directamente relacionados con la conducta delictiva para disminuir la reincidencia. Según el último informe del Comisionado Parlamentario para el Sistema Penitenciario (2024), en 40 % de las unidades penitenciarias se registran tratos crueles, inhumanos o degradantes y en solo 17 % existen buenas oportunidades de acceso a la rehabilitación.

Además, la grave falta de recursos humanos es un problema jerarquizado por todas las instituciones que participan en el proceso penal. Ello tiene consecuencias en la calidad de la defensa, el control de las garantías durante la ejecución penal y también en la oferta programática para la rehabilitación que, como se mencionó anteriormente, además de insuficiente es poco pertinente para las diversas necesidades de la población. Dada la prevalencia del uso problemático de drogas en la población sujeta a sanciones penales, resulta fundamental desarrollar respuestas apropiadas para abordarlo, lo que implica una oferta variada, disponible, accesible, aceptable y adaptada. La disponibilidad supone que los programas y dispositivos cuenten con las capacidades (profesionales idóneos, equipos multidisciplinarios, carga horaria, infraestructura, equipamiento y materiales) adecuadas para desarrollar intervenciones de calidad. La accesibilidad implica garantizar que todas las personas que tengan la necesidad accedan, sin discriminación de ningún tipo, a la respuesta pertinente conforme a sus especificidades. La aceptabilidad de las respuestas refiere al deber de asegurar procesos y contenidos relevantes y de calidad, culturalmente apropiados y consecuentes con los derechos humanos. Por último, la adaptabilidad es la capacidad indispensable para que tras la implementación, el monitoreo y la evaluación de las intervenciones, éstas sean susceptibles de ser revisadas y retroalimentadas conforme a las necesidades, intereses y capacidades de las personas usuarias.

Un correlato preocupante de esta situación es el crecimiento de los mercados ilegales de drogas en el país y de la influencia del narcotráfico dentro y fuera de las prisiones. La expansión de los mercados de drogas ha intersectado de maneras complejas con las transformaciones en la estructura social uruguaya de las últimas décadas y, en particular, la de su capital. El mayor distanciamiento físico y social entre las distintas clases sociales (Veiga & Lamschtein, 2015), el aumento de la fragmentación social y la segregación residencial (Kaztman & Retamoso, 2005; Aguiar, 2016), la expansión de las periferias (Borrás, 2019) y la proliferación y consolidación de asentamientos irregulares (Álvarez Rivadulla, 2019) han redundando en la conformación de círculos viciosos de violencia delictiva, policial y estructural. En estos entornos urbanos predomina un tipo específico de delito amateur (Kessler, 2010) de bandas locales y asociados con el tipo de drogas utilizadas en ese contexto, en particular, pasta base de cocaína. En algunas zonas periféricas de Montevideo, por ejemplo, las tasas de homicidios quintuplican las de zonas costeras, donde residen principalmente los sectores medios y altos, alcanzando 24 homicidios cada 100 mil habitantes en 2021 (Ministerio del Interior, 2022; Rojido, Cano & Borges, 2023). De los 93 homicidios a adolescentes ocurridos entre 2012 y 2018 en Montevideo, 83% ocurrió en los municipios periféricos de la ciudad (Tenenbaum et al., 2021). La mayor parte de estos homicidios no logran ser aclarados por la policía ni existen datos sobre sus protagonistas (Rojido, Cano & Borges, 2023)

La alta disponibilidad de drogas al interior de las prisiones y el fácil acceso a ellas es una problemática reconocida por los distintos actores del sistema. Sólo en el año 2023 se detectaron 21.760,01 gramos de cannabis, 1.105,13 gramos de cocaína y 8.298,37 gramos de pasta base en el sistema penitenciario (INR, 2024). El problema no es nuevo: un trabajo del Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) y la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FHCE) realizado a fines de 2015 e inicios de 2016 (Castelli et al. 2019) ya mostraba que 67,8 % de los varones privados de libertad en unidades penitenciarias de 400 personas o más personas declaraba saber que circulan drogas al interior del recinto penal; 47,3 % consideraba fácil o muy fácil acceder a marihuana, 44 % consideraba fácil o muy fácil acceder a pasta base de cocaína y 26.1 % acceder a alcohol. Entre las mujeres participantes, recluidas en la Unidad N° 5 de Montevideo, la mitad afirmaba tener conocimiento sobre la circulación de drogas al interior de la unidad. Una de cada cinco creía que es muy fácil o fácil obtener alcohol, cuatro de cada diez lo afirmaban para marihuana, y una de cada tres para pasta base de cocaína. Una de cada cuatro mujeres pensaba que todas o muchas personas privadas de libertad consumen drogas dentro de la unidad. Entre los hombres, este porcentaje es sensiblemente más elevado: alcanza a 46,3 % de los encuestados. Entre las mujeres que creían que hay personas que consumen dentro de la unidad, casi cinco de cada diez señalaban que este uso las afecta y ocho de cada diez consideraban que les podía haber generado situaciones de tensión o violencia (Castelli et al., 2019).

## Sobre la relación entre drogas y delito

La literatura especializada refiere evidencia respecto de la relación entre el uso de drogas psicoactivas y la conducta delictiva. Por ejemplo, un metaanálisis sobre 30 estudios realizado por Bennet, Holloway y Farrington (2008) mostró que las probabilidades de cometer delitos para las personas consumidoras de drogas eran entre tres y cuatro veces mayores que para las no consumidoras. También, que estas probabilidades eran mayores entre las personas consumidoras de crack y menores entre las consumidoras de drogas recreativas. A su vez, más de 50% de los delitos están conectados con el consumo de drogas psicoactivas legales o ilegales (Zara & Farrington, 2015; Watts & Wright, 1990, como se citaron en Redondo, 2017). Los consumos de drogas y alcohol reducen los inhibidores de la violencia, disminuyen el miedo ante los riesgos y los sentimientos de culpa. No obstante, los consumos de drogas y alcohol no explican por sí solos los delitos a los que se relacionan ya que la mayoría de las personas consumidoras, si bien pueden experimentar diversos problemas sociales y relacionales, no cometen delitos. En virtud de esto es necesario determinar, en cada caso, qué otros factores criminógenos concurren al consumo de drogas y alcohol, condicionando la conducta delictiva (Redondo, 2017).

La relación entre consumo de drogas y conducta delictiva puede comprenderse a partir de la hipótesis de «potenciación o fortalecimiento mutuo» (Redondo & Garrido, 2001). La hipótesis se sostiene en cuatro premisas: i) la conducta delictiva y el consumo de drogas pueden aprenderse y mantenerse independientemente una del otro; ii) sin embargo, en determinados sectores sociales, los contextos en los que se aprende a delinquir y a consumir drogas suelen coincidir; por ello, ambos comportamientos pueden confluír con mayor probabilidad; iii) dicha confluencia fortalece mutuamente ambas conductas, pudiendo volverse interdependientes y potenciarse recíprocamente; iv) el fortalecimiento mutuo puede interpretarse desde una perspectiva psicológica, a través del concepto de «cadena de conducta», integrada por distintas acciones específicas que se entrelazan, mantienen y refuerzan por el resultado gratificante que finalmente se obtiene (Redondo, 2017).

Otra explicación a la relación entre el delito y el uso de drogas deriva del modelo tripartito desarrollado por Goldstein (1985) para explicar el consumo y el tráfico de drogas como factores etiológicos de la violencia. El autor desarrolla tres tipos ideales para explicar dicha relación: i) el tipo psicofarmacológico sugiere que algunas personas, como resultado del uso de determinadas drogas, pueden volverse excitables, irracionales y exhibir un comportamiento violento; estas personas cometerían delitos bajo la influencia de las drogas; ii) el tipo económico-compulsivo sugiere que algunas personas consumidoras de drogas se involucran en delitos contra la propiedad para financiar, por ejemplo, el consumo de heroína y cocaína, que son drogas caras y caracterizadas por sus efectos compulsivos; la motivación de estas personas no es actuar violentamente sino solventar el consumo; iii) el tipo sistémico explica los delitos que ocurren al interior del mercado ilegal de drogas, ya

que algunas personas consumidoras se involucran en él a medida que su consumo se intensifica.

Algunos estudios específicos sobre personas en *probation* y *parole* señalan que, aunque el uso problemático de drogas psicoactivas no es exclusivo de las población infractora de la ley penal, sí es considerablemente prevalente. A modo de ejemplo, una investigación realizada en Estados Unidos (Kaeble et al., 2015, como se citó en Fearn et. Al, 2016) señala que 25 % de las personas sujetas a medidas en comunidad recibieron sanciones relacionadas con algún delito de drogas y que 14 a 25 % las recibió por algún otro delito relacionado con las drogas. Otras investigaciones (Gendreau et al., 1996, Vaughn et al., 2012, como se citaron en Fearn et al, 2016) señalan que identificaron que variables como el género (masculino), los bajos niveles educativos y de ingresos, el comportamiento antisocial reciente, la impulsividad y la propensión a cometer delitos son correlatos del uso de drogas psicoactivas entre la población estudiada. Entre sus hallazgos, señalan que el uso problemático de drogas psicoactivas en la población sujeta a medidas de *parole* o *probation* es entre 4 y 9 veces mayor que en sus contrapartes no supervisadas, y que responder eficazmente al uso problemático puede fortalecer el cumplimiento de las medidas, prevenir la reincidencia y mejorar la seguridad pública.

Si bien la prevalencia entre fenómenos está bien documentada, la literatura tiene algunas limitaciones importantes. La mayoría de estudios disponibles en América Latina se centran en poblaciones sesgadas, como las personas ya encarceladas, y no estudian el vínculo entre fenómenos en la población general, donde es más débil, espurio o directamente inexistente (Trajtenberg, Sánchez de Ribera & Musto, 2020). Discutir el vínculo desde la generalidad del «uso de drogas» o «el delito» es problemático pues ignora la heterogeneidad que puede ser causalmente decisiva y, en razón de ello, algunas teorías son más adecuadas para explicar cierto tipo de delitos. Las distintas características de las drogas determinan el vínculo con también distintas modalidades delictivas y/o distintos procesos causales, el tipo de consumo (frecuencia, intensidad y duración), así como la edad y las características (físicas y sociales) de la persona consumidora pueden modificar el tipo de vínculo con el delito. Finalmente, la naturaleza del vínculo puede ser dinámica, lo que implica cambios en la relación con las distintas etapas del ciclo de vida y del involucramiento delictivo (Musto, Trajtenberg y Vigna; 2012).

Como puede comprobarse, la generación de evidencia colabora en la comprensión del problema y dicha comprensión, en el diseño de respuestas más efectivas que, a su vez, redundarán en la eficiencia de la justicia penal y en la mejora de la seguridad pública.

# La intervención con personas infractoras de la ley penal

## La intervención en el sistema penitenciario

Con base en la evidencia y a partir del análisis comparado de modelos aplicados en distintos sistemas penitenciarios modernos, el INR definió como intervención penitenciaria al conjunto de cursos de acción orientados a la evaluación, el trato y el tratamiento de las personas infractoras de la ley penal (Juanche, 2018; De Ávila, 2021).

La intervención penitenciaria que propone el INR, a través de su Subdirección Nacional Técnica, se basa en el modelo de *Riesgo, Necesidad y Capacidad de Respuesta* (RNR) desarrollado, desde la criminología empírica, por Andrews y Bonta (1990, 2010, 2017). Este modelo es utilizado para evaluar y desarrollar programas que contribuyan a la reducción del riesgo de reincidencia delictiva, mediante la intervención sobre los factores dinámicos que se vinculan a la conducta delictiva y el fortalecimiento de los factores de protección que operan frente a dichos riesgos criminógenos. Además, señala cómo deben ser diseñados dichos programas, bajo una revisión sistemática y rigurosa de las trayectorias delictivas y las intervenciones penitenciarias.

El modelo RNR ha sido desarrollado con base en la psicología de la conducta criminal (PCC). Bonta y Andrews (2017) señalan que el objetivo de la PCC es comprender la variación en la conducta criminal en las personas. Esta perspectiva busca explicar teóricamente la ocurrencia del delito y su variación: que no todas las personas se involucran en el delito y que quienes sí lo hacen varían en la edad, la cantidad y el tipo delito que cometen, cuándo y bajo qué circunstancias lo hacen y cuándo y bajo qué condiciones reducen y abandonan la conducta delictiva. La PCC también ayuda a predecir quién cometerá o no futuros delitos y sugiere intervenciones dirigidas a reducirlos.

El modelo se estructura con base en un conjunto de principios.

Principios generales
<b>1. Respeto por la persona y el contexto normativo:</b> los servicios se prestan con respeto por la persona, incluida la autonomía personal, a través de prácticas, éticas, justas, legales y normativas.
<b>2. Programas basados en una teoría psicológica sólida,</b> como la perspectiva de la personalidad general y el aprendizaje cognitivo social.
<b>3. Mejora general de los servicios de prevención del delito:</b> la reducción de la victimización delictiva como un objetivo de todas las agencias encargadas de prestar servicios dirigidos a la población penal.
Principios básicos del RNR y cuestiones clínicas clave
<b>4. Servicio humano:</b> introducir el servicio humano en la administración de la justicia.
<b>5. Riesgo:</b> adaptar la intensidad del servicio al nivel de riesgo de los casos y trabajar con los casos de riesgo moderado y alto, así como evitar interacciones entre los casos de bajo riesgo con los de alto riesgo.
<b>6. Necesidad:</b> intervenir predominantemente sobre las necesidades criminógenas para que se conviertan en fortalezas.
<b>7. Capacidad de respuesta general:</b> emplear el aprendizaje cognitivo social para el desarrollo de habilidades.
<b>8. Capacidad de respuesta específica:</b> adaptar el estilo y la modalidad del servicio al entorno y las características específicas de las personas, sus fortalezas, motivaciones y preferencias, personalidad, edad, género, etnia, cultura, entre otros factores. Aunque la evidencia favorable a la capacidad de respuesta específica aún no es robusta, debería considerarse: a) cuando se trabaja con personas poco motivadas, aprovechar sus fortalezas y reducir las barreras personales y situacionales para la participación plena en el tratamiento; establecer relaciones de alta calidad y brindar atención temprana y frecuente en asuntos de interés personal; b) atender la evidencia con respecto a la edad, el género y los servicios culturalmente receptivos; c) atender la evidencia con respecto al tratamiento diferencial de acuerdo con la madurez interpersonal, la ansiedad interpersonal, el nivel de habilidades cognitivas y los aspectos de capacidad de respuesta de la psicopatía; d) considerar la focalización de necesidades no criminógenas con el fin de mejorar la motivación, reducir los factores distractores y por razones relacionadas con cuestiones humanitarias y de derechos.
<b>9. Amplitud o multimodalidad:</b> enfocarse en el conjunto de necesidades criminógenas.
<b>10. Fortaleza:</b> evaluar las fortalezas para mejorar la predicción y los efectos de la capacidad de respuesta.
<b>11. Evaluación estructurada:</b> a) evaluación de fortalezas, factores de riesgo y capacidad de respuesta, mediante instrumentos de evaluación estructurados y validados; b) evaluación e intervención integradas: cada intervención y contacto debe estar basado en la evaluación.
<b>12. Discreción profesional:</b> desviarse de las recomendaciones solo por razones muy

específicas sin apartarse de los principios del modelo.
<b>Principios organizacionales: entorno, dotación de personal y gestión</b>
<b>13. Basado en la comunidad:</b> se prefieren los servicios basados en la comunidad, pero los principios del RNR también se aplican en entornos residenciales e institucionales y, particularmente en la prisión.
<b>14. Prácticas basadas en una perspectiva general de la personalidad y en el aprendizaje cognitivo social:</b> la eficacia de las intervenciones aumenta cuando las realizan terapeutas y personal con habilidades de relación de alta calidad, en combinación con habilidades de estructuración de alta calidad. Las relaciones de calidad se caracterizan por ser respetuosas, afectuosas, entusiastas, colaborativas y que valoran la autonomía personal, el uso de entrevistas motivacionales para involucrar a la persona usuaria en el tratamiento. Las prácticas de estructuración incluyen el modelado prosocial, el reforzamiento y la desaprobación efectivos, el desarrollo de habilidades, la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas, el uso efectivo de la autoridad y la intermediación.
<b>15. Gestión:</b> promover la selección, la formación y la supervisión clínica del personal de acuerdo con el modelo RNR; introducir sistemas de seguimiento, retroalimentación y ajuste. Construir sistemas y culturas que apoyen la práctica eficaz y la continuidad de la atención. Algunos indicadores específicos de la integridad de la intervención incluyen: disponer de manuales de programas, supervisar el proceso de servicio y los cambios intermedios, adecuar, dosificar e involucrar a la academia en el diseño y la prestación del servicio.

Fuente: Bonta & Andrews, 2017, p. 154-155.

El modelo RNR define ocho factores centrales de riesgo directamente asociados a la conducta delictiva. Siete son dinámicos, es decir, susceptibles de ser modificados y, por ende, sobre ellos se debe intervenir para reducir la probabilidad de reincidencia: 1) el patrón de personalidad antisocial; 2) las actitudes procriminales; 3) el apoyo a la conducta criminal; 4) el abuso de drogas psicoactivas; 5) las relaciones familiares y de pareja; 6) el trabajo y el estudio; 7) las actividades prosociales de recreación o el buen uso del tiempo libre. Finalmente, el octavo factor —de gran incidencia en el pronóstico de la reincidencia— es la trayectoria delictiva. Este factor, a diferencia de los demás, es estático, no modificable.

Los principios básicos que estructuran el modelo desde su desarrollo inicial son:

1) El principio de *riesgo*, que establece que el comportamiento delictivo es predecible en forma fiable y que la intensidad del tratamiento debe ser proporcional al riesgo de reincidencia de la persona infractora. Para que los programas orientados a la reducción de la reincidencia sean efectivos, las acciones de tratamiento deben concentrarse en la población que ha sido evaluada con niveles de riesgo moderado a alto. Por el contrario, los niveles de riesgo bajo deben recibir intervenciones de baja intensidad o enfocadas en el ejercicio de sus derechos.



2) El principio de *necesidad*, que toma a las siete necesidades criminógenas (factores dinámicos) como elemento central para orientar el tratamiento. Estos factores son susceptibles de ser modificados a través de intervenciones específicamente orientadas hacia un sentido prosocial, intensivas y especializadas.

3) El principio de *capacidad de respuesta (responsivity)*, que orienta la receptividad de la persona para maximizar los efectos de la intervención. Estas intervenciones, de corte cognitivo-conductual y basadas en la teoría del aprendizaje social, deben tomar en cuenta la cultura, la motivación, los recursos y el estilo de aprendizaje de las personas que participan.

Desde 2018, el INR comenzó a desarrollar prácticas consonantes con este modelo. En el marco del Programa Integral de Seguridad Ciudadana<sup>1</sup> realizado a través de un préstamo de inversión del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), comenzó la implementación progresiva de un instrumento de valoración de riesgo de reincidencia y riesgo de daño severo, para evaluar a la población infractora de la ley penal. El Offender Assessment System (OASys 2.0), de origen británico y estructurado con base en el modelo RNR, permite observar el grado de probabilidad de reincidencia de la conducta delictiva en un período no mayor a un año, a través del análisis de los factores directamente asociados a la conducta delictiva. Es un insumo fundamental para planificar la intervención individual que permita gestionar y reducir eficazmente el riesgo de reincidencia. La evaluación es el factor clave para orientar la intervención penitenciaria y organizarla a través de programas basados en los principios que la evidencia identifica como prácticas efectivas.

El INR definió a la intervención técnica como una dimensión constitutiva de la gestión integral de la privación de libertad. Es el conjunto de acciones que se realizan con el propósito de mejorar las oportunidades de integración social de las personas infractoras de la ley penal. Para desarrollar dicha intervención se organizaron dos áreas programáticas, *trato* y *tratamiento*, sustentadas en la evaluación como proceso transversal (Juanche, 2018).

El *trato* refiere a los lineamientos o cursos de acción desarrollados para concretar el ejercicio de los derechos humanos que no son afectados por la condena, para lo cual el INR ha desarrollado programas dirigidos al *principio de normalización* (Juanche, 2018; de Ávila, 2021) para «reducir al mínimo las diferencias entre la vida en prisión y la vida en libertad, que tiendan a debilitar el sentido de responsabilidad del recluso o el respeto a su dignidad como ser humano» (ONU, 2015; Regla Mandela 5).<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ver: <https://www.iadb.org/es/proyecto/UR-L1112>

<sup>2</sup> Son lineamientos de intervención socioeducativa que actualmente se concretan en tres programas generales (Programa Nacional de Educación y Cultura (PEC); Programa Laboral y Programa Nacional de Actividad física, Deporte y Recreación (PRONADER) y tres programas específicos dirigidos a colectivos particulares (Programa de atención a las personas privadas de libertad extranjeras y

Por su parte, el *tratamiento* desarrolla una díada de acciones, específicas y complementarias, para intervenir sobre la incidencia de las condiciones vinculadas al riesgo de reincidencia delictiva (factores de riesgo) y para fortalecer competencias prosociales y conductas de protección que mitiguen la vulnerabilidad psicosocial. Son medidas focalizadas para dar respuesta a la obligación legal de rehabilitación que se le impone al sistema penitenciario (Juanche, 2018).<sup>3</sup>

La evaluación es una acción transversal de la intervención penitenciaria, pues orienta sus distintos procesos: la composición de perfiles individuales, la clasificación de la población, la determinación de objetivos y acciones que integrarán los *Planes de intervención individual* (PII) —incluida la derivación a programas de trato y tratamiento— el seguimiento y la valoración de los resultados alcanzados.

## La intervención en el sistema de medidas alternativas al encarcelamiento

La DINAMA es el órgano encargado de la ejecución de las medidas alternativas al encarcelamiento. Su Subdirección Técnica (ST) tiene dos funciones principales: 1) sobre las medidas dispuestas por los Juzgados Penales, la planificación, la coordinación y la supervisión de la intervención técnica para la Inclusión social de las personas sujetas a medidas alternativas dispuestas por el Poder Judicial, la adherencia y la orientación para el debido cumplimiento y 2) sobre las medidas dispuestas por los Juzgados de faltas, la instrumentación y fiscalización de la pena de trabajo comunitario y la elaboración de informes al Juzgado competente sobre el cumplimiento de la medida impuesta (DINAMA, 2024).

Por su parte, es función del Equipo Técnico (ET) de la ST, la intervención técnica en las medidas alternativas dispuestas por los Juzgados Penales, a través de la elaboración de un PII, el seguimiento, la supervisión, la evaluación de su adherencia y la elaboración de informes al Juzgado competente sobre la ejecución de la medida impuesta.

---

migrantes (PROEM), Programa de atención a las personas privadas de libertad en situación de discapacidad (PRODIS) y Programa de atención a las madres privadas de libertad con hijos a cargo en la prisión (PAMHI). También se desarrolló un protocolo para garantizar el acceso a la actividad de culto. Son programas intersectoriales e interinstitucionales, que se desarrollan junto a otros organismos gubernamentales, no gubernamentales y organizaciones religiosas (De Ávila, 2021).

<sup>3</sup> A partir de la experiencia internacional comparada, el INR ha desarrollado algunos programas de *tratamiento* penitenciario: Programa para el control de la agresión sexual (PCAS) (DGIP, 2006); Programa de prevención de la violencia de género para las mujeres en centros penitenciarios (SER MUJER.es) (DGIP, s.f.); Regulación emocional y resignificación de historias de vida a través del teatro con máscaras (TM) (De Ávila, 2015); El pensamiento prosocial: un programa de entrenamiento en habilidades sociales (PPS) (Ross, Fabiano, Garrido y Gómez, 1996); Programa para el uso problemático de drogas (PUPD) (SND, SAI - PPL e INR, 2018). Sin embargo, este último ha derivado, debido a su abordaje biopsicosocial, hacia un programa de trato (SND, 2024).

La intervención del ET se realiza a través de tres conjuntos de acciones complementarias: 1) acciones para orientar el ejercicio de los derechos humanos, que incluyen la información, la derivación y la coordinación para el acceso a los recursos disponibles en los ámbitos estatal y de la sociedad civil; 2) acciones para promover el cambio individual con orientación prosocial, lo que implica la intervención dirigida al reconocimiento y la responsabilización activa sobre el delito y los daños cometidos y 3) acciones de coordinación y articulación técnica con el Poder Judicial, las instituciones estatales y las organizaciones de la sociedad civil para articular los requerimientos y necesidades de la tríada Poder Judicial - persona - sociedad. Esta intervención se realiza mediante la metodología de la gestión de casos, una modalidad que trasciende la supervisión o el acompañamiento de la persona infractora, pues requiere el desarrollo de acciones que permitan manejar sus resistencias, promover conductas prosociales y generar confianza en el proceso de cambio (DINAMA, 2024).

El proceso de la gestión de casos está compuesto por un conjunto de etapas complementarias: i) la evaluación individual, que se realiza a través de entrevistas abiertas y con aproximación psicosocial, desde las distintas estrategias que desarrolla cada técnico según su encuadre, estilo de trabajo y perspectiva de formación; ii) la elaboración del PII, a partir de los elementos jerarquizados que derivan de la evaluación individual; iii) la implementación del PII; iv) el seguimiento del proceso de adherencia al PII y al cumplimiento de las medidas; v) la revisión y ajuste del PII y vi) la evaluación final del proceso de cumplimiento integral de la medida.

La DINAMA no utiliza instrumentos para la evaluación del riesgo de reincidencia. Algunos miembros del ET utilizan OASys 2.0 a modo de guía para la entrevista semiestructurada. Actualmente, en el marco del *Proyecto de Seguridad Ciudadana II* (Contrato Préstamo BID N° 5812/OC-UR), se está evaluando la adaptación de OASys para su aplicación en las medidas alternativas. También se ha planteado la posibilidad de incorporar la aplicación del instrumento que incorpora el sistema de evaluación de riesgo Correctional Offender Management Profiles for Alternatives Sanctions (COMPAS). COMPAS se utiliza en varios países (Inglaterra, Gales, Estados Unidos de América, entre otros) para las evaluaciones presentenciales y durante la ejecución de las sanciones penales en la comunidad, la libertad condicional y la libertad a prueba. También se usa en los sistemas penitenciarios. Está diseñado con base en el modelo RNR y un sólido cuerpo de investigación respalda su validez predictiva y su confiabilidad. El sistema ha desarrollado versiones para ofensores menores de edad, mujeres y personas con sentencias privativas de libertad de largo plazo (Brennan & Dietrich, 2017; Skeem & Eno Loudon, 2007).

## Sobre las intervenciones frente al uso problemático de drogas

En Uruguay, desde 1988, el órgano rector de la política nacional de drogas es la Junta Nacional de Drogas (JND), encargada de garantizar la ejecución de las acciones que competen a los diferentes organismos del Estado. Se conforma con un Secretario General y nueve subsecretarios ministeriales: Relaciones Exteriores, Trabajo y Seguridad Social, Salud Pública, Defensa Nacional, Interior, Economía y Finanzas, Educación y Cultura, Turismo y Desarrollo Social. Posteriormente, en 2015, se agregaría el Secretario Nacional para la Lucha Contra el Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo (SENACLAFT). A su vez, las Juntas Departamentales de Drogas y las Juntas Locales de Drogas (JLD) son los ámbitos interinstitucionales que descentralizan la política en el territorio nacional. La JND establece las directivas relacionadas con la orientación de las políticas de drogas en las distintas áreas, como también su supervisión y evaluación. Por su parte, la Secretaría Nacional de Drogas (SND) es la dependencia especializada, cuyo cometido es el apoyo y el asesoramiento técnico en el diseño, implementación y evaluación de la política pública (JND, 2021a).

A través de las sucesivas Estrategias Nacionales de Drogas (2005 – 2009, 2011 – 2015, 2016 – 2020, 2021–2025), Uruguay adoptó una visión integral de las políticas de drogas con perspectiva de derechos humanos, desarrolló un modelo de regulación y control de mercados, integró la perspectiva de gestión de riesgos y reducción de daños. Dichas estrategias se materializan a través del diseño, el monitoreo y la evaluación de diversos cursos de acción enfocados en la salud integral, con estándares de calidad y respaldados en la evidencia, para garantizar respuestas integrales a través de la coordinación de todas las agencias y actores involucrados, así como las relaciones internacionales y la cooperación (JND, 2021a).

La Estrategia Nacional de Drogas 2021 – 2025 está orientada al desarrollo de un sistema integral de promoción de salud y prevención y a lograr la integralidad en el sistema de atención y tratamiento en drogas. Fue concebida para «(...) avanzar como complemento al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y a las políticas de protección social, en la rectoría de las diversas prestaciones (...)». Para este último objetivo plantea la importancia de integrar al conjunto de actores sociales que ejercen diversas prestaciones en drogas, tales como las organizaciones de la sociedad civil, los organismos públicos y del ámbito privado, fortaleciendo los mecanismos de rectoría de dichas prestaciones (JND, 2021a).

En el área de la salud, desde su creación en 2007, el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) es el encargado de fijar las prestaciones obligatorias para las instituciones de salud públicas y privadas. Si bien el SNIS estableció la obligatoriedad para las mutualistas de prestar servicio ambulatorio de tratamiento de drogas, su modo de funcionamiento específico no está regulado por el Estado, por lo que es altamente heterogéneo. Las dificultades de acceso a los tratamientos de

drogas en las prestaciones base dentro del SNIS (Tomassini, 2017; JND, 2021 p. 13 - p.71; Tomassini, 2023) han llevado a la proliferación de instituciones privadas y, a nivel público, a la conformación de la Red Nacional de Atención en Drogas (RENADRO), con el liderazgo de la SND. Para ello, a fines de 2013, la Junta Nacional de Drogas, el Ministerio de Salud Pública, el Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay, la Administración de los Servicios de Salud del Estado y la Corporación Nacional para el Desarrollo celebraron un contrato de fideicomiso para el financiamiento de dicha Red. La mayoría de los cargos vinculados a la RENADRO son terciarizaciones a organizaciones no gubernamentales, ya que los formatos de trabajo son más flexibles que el régimen de contrato público. La RENADRO con cobertura nacional, brinda atención, tratamiento e inserción social a personas con uso problemático de drogas y orientación e información a familiares, referentes socioafectivos y a la ciudadanía (OUD, 2023).

La Ley N° 19.529 de Salud Mental, aprobada en 2017, incluye al consumo problemático de drogas psicoactivas como un asunto a ser abordado en el marco de las políticas de salud mental (Art. 5). Contiene un amplio capítulo sobre prevención, buscando consolidar la integración de los servicios de salud mental como prestación general de las instituciones de salud. Complementariamente, establece el pasaje del modelo asilar a uno de base comunitaria, ordenando un «proceso regresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes para ser sustituidas por estructuras alternativas» (Art.38), como centros de atención comunitaria, casas de medio camino y centros de rehabilitación. También jerarquiza a los equipos técnicos del primer nivel de atención como contacto y referente permanente en el proceso asistencial.

El Plan Nacional de Salud Mental 2020 – 2027 tiene como propósito contribuir a mejorar la salud mental de las personas mediante estrategias más efectivas para promover la salud mental, prevenir, reducir la morbilidad y la discapacidad de las personas con trastornos mentales, así como brindar atención de calidad, basada en los derechos humanos y centrada en un modelo comunitario e intersectorial de atención. El plan señala específicamente la necesidad de deconstruir las concepciones estigmatizantes que inciden tanto sobre la atención de las personas con problemas de salud mental o uso problemático de drogas, como en su inclusión en la comunidad (MSP, 2020). Entre sus objetivos se destaca la necesidad de implementar una atención adecuada en salud para las personas con uso problemático de drogas en privación de libertad y fortalecer las capacidades de los equipos básicos de salud, para resolver los problemas de salud mental y uso problemático de drogas (MSP, 2020).

El Decreto N.º 274/201 que regula los establecimientos especializados en la atención y el tratamiento de los usuarios problemáticos de drogas indica estándares respecto del servicio y las funciones de los profesionales de la salud psíquica en los dispositivos. Además, define la integralidad de las prestaciones y servicios «Tomando al usuario de drogas en relación a su contexto y situación de consumo» (Resultando

III) y obliga a los prestadores de los servicios especializados a «garantizar la integralidad del abordaje» (Resultando IV), con recursos humanos altamente capacitados, en cooperación con la red asistencial general y particularmente con la RENADRO.

La Ley N.º 19.580 de Violencia hacia las mujeres basada en Género tiene por objetivo erradicar las «prácticas sustentadas en estereotipos discriminatorios para las mujeres y adoptar medidas para garantizar el respeto de la autonomía, la libre determinación y la dignidad (...) sin distinción» (Artículo 22). Además, incorpora la cobertura universal y el acceso a la atención sanitaria para todas las mujeres en situación de violencia basada en género, así como la prevención, disminución de los factores de riesgo, tratamiento oportuno y rehabilitación (Artículo 22). También, garantiza que las intervenciones en salud respeten la libre voluntad de las mujeres en relación con «todo asunto que afecte su autonomía, integridad o bienestar» (Artículo 5). En este sentido, el Estado uruguayo debe brindar información de calidad no discriminatoria y comprensible «según sus necesidades de comunicación» acerca de los riesgos y beneficios de los tratamientos (Artículo 22).

Por Ley N.º 18.719 de Presupuesto Nacional 2010 - 2014 se creó el «Sistema de Atención Integral de las Personas Privadas de Libertad» (SAI-PPL) dependiente jerárquicamente de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Su Dirección es la responsable de organizar la asistencia de la salud en los centros de privación de libertad, en todos los niveles de atención, incluidos los programas vinculados a la salud mental.

El proceso de instalación de los servicios del SAI-PPL de ASSE en las unidades penitenciarias que inició en 2010, aún no ha culminado. Actualmente, se encarga de la prestación de salud en las Unidades N.º 1, N.º 3, Complejo de Unidades N.º 4, N.º 5, N.º 6 y N.º 9 de la zona metropolitana y N.º 12 del departamento de Rivera, las que alojan en su conjunto a aproximadamente 10.073 personas de las más de 16.000 que conforman la población penitenciaria. En el resto de las unidades penitenciarias el prestador de salud es la Dirección Nacional de Sanidad Policial del Ministerio del Interior, que no brinda servicios de salud mental en general ni de tratamiento del uso problemático de drogas en particular.

Desde 2009, la SND ha desarrollado experiencias para el tratamiento del uso problemático de drogas en personas privadas de libertad. Los emergentes de dichas experiencias, la evidencia internacional y las lecciones aprendidas en el marco de la política de drogas han sido recopilados en la cuarta edición de la «Guía de tratamiento. Abordaje del uso problemático de drogas en privación de libertad» (Paciello & Grau, 2024).

Dentro del 3er nivel de atención funciona el dispositivo de atención para personas con consumo problemático de drogas en privación de libertad. Dicho dispositivo cuenta con una mesa interinstitucional que se reúne mensualmente y toma las decisiones relativas a su implementación, a la formación de los equipos técnicos y a nuevas propuestas de programas específicos, entre otras. La mesa interinstitucional está integrada por representantes del INR, el SAI-PPL, la SND y la Dirección Nacional de Apoyo al Liberado (DINALI). Año a año, las instituciones acuerdan la cobertura, tomando en cuenta los recursos disponibles. Para ello, durante 2023, la RENADRO contrató recursos humanos y apoyó la implementación con materiales. Por su parte, el INR proporciona los espacios locativos, recursos humanos y materiales para desarrollar los talleres grupales y las instancias individuales de seguimiento. SAI-PPL aporta recursos humanos del área de salud mental y se encarga de las derivaciones y coordinaciones a Psiquiatría, atención médica y odontológica, al tiempo que también aporta recursos materiales para los grupos. Finalmente, la DINALI también aporta recursos humanos y materiales, así como acciones para la derivación oportuna, realizando el nexo con las personas que egresan del sistema penitenciario.

El dispositivo de tratamiento para personas con uso problemático de drogas dentro del Sistema penitenciario está orientado «a mejorar la calidad de la atención y el tratamiento, con parámetros de intervención definidos, basados en las buenas prácticas clínicas y en la satisfacción de las personas privadas de libertad (...)» (Paciello & Grau, 2024, p. 1). Mediante técnicas terapéuticas grupales e individuales busca reducir el impacto del uso problemático de drogas y generar aptitudes para la gestión de riesgos. Sus ejes orientadores son: 1) la atención a las necesidades específicas de los varones y las mujeres privados de libertad desde un enfoque de género; 2) la atención de las necesidades específicas desde un enfoque biopsicosocial; 3) la capacitación permanente del equipo de trabajo y 4) el desarrollo de un *Espacio de Higiene del Rol Técnico* (Paciello & Grau, 2024). Este sistema de tratamiento está organizado por módulos temáticos semestrales, con dispositivos diferenciados según las necesidades de cada persona usuaria y tiene dos funciones principales: i) desarrollar las habilidades y competencias necesarias para un cambio de estilos de vida en relación con el consumo de drogas y ii) monitorear a las personas participantes mediante instancias individuales, durante el ciclo de talleres grupales y los procesos de ejecución de la pena y posterior al egreso del sistema penitenciario. La intervención es definida de carácter flexible y oportuno, para garantizar una atención integral a partir de un enfoque de derechos y de participación ciudadana, favorecer los procesos saludables de autonomía y asegurar espacios de contención afectiva y protección contra prácticas discriminatorias. El dispositivo es dinamizado por un equipo multidisciplinario capacitado específicamente para desarrollar las competencias clínicas adecuadas para cada intervención terapéutica que, mediante la atención grupal, procura el entrenamiento de habilidades para la vida y los hábitos saludables. La evaluación y el monitoreo se enmarcan en el sistema de gestión de calidad de la SND e incorporan los requisitos de calidad plasmados en la norma ISO

9000 y los criterios establecidos por el Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD) (Grau & Paciello, 2024).

Por su parte, las personas que cumplen medidas alternativas al encarcelamiento acceden a los servicios de atención de salud en la comunidad, a través de los distintos prestadores públicos y privados. En los casos en que el ET de la DINAMA entiende pertinente la derivación a servicios de salud mental y de tratamiento del uso problemático de drogas, realiza las coordinaciones con los respectivos prestadores. Las derivaciones relacionadas con la evaluación y el tratamiento del uso problemático de drogas en el ámbito público se realizan a través del Dispositivo Ciudadela, que es la puerta de entrada a la RENADRO. Sin embargo, no existe un convenio interinstitucional que formalice el proceso de coordinación y establezca los mecanismos para el intercambio de información, la comunicación sobre las acciones vinculadas con la motivación, la adherencia y la sostenibilidad del tratamiento, así como el seguimiento y los resultados de los procesos terapéuticos brindados a dichas personas. El escaso número de personas derivadas que efectivamente son incorporadas a los dispositivos de la RENADRO es uno de los principales déficits señalados por la DINAMA. Como tampoco existe un mapeo de los recursos disponibles en las distintas comunidades, el éxito de las derivaciones depende de las redes y contactos que conozca y active cada técnico y de la existencia de cupos específicos para la población de DINAMA en las instituciones a las que se deriva.

## Fundamentación

Dado este panorama general del vínculo entre uso de drogas - delito, el encuadre institucional y normativo para la implementación de programas de tratamiento, en el proceso de elaboración del Plan se realizaron distintas actividades para componer un diagnóstico inicial que sustentara su formulación. El equipo consultor revisó los antecedentes de estudios e investigaciones disponibles a nivel nacional, redactó un documento para el pedido de acceso a la información a las instituciones involucradas, construyó una batería de indicadores y una matriz para el relevamiento de la información, elaboró una nota conceptual para orientar la organización de las presentaciones internacionales —jerarquizando los principales contenidos referidos al diagnóstico previo y a la formulación de las políticas públicas— y desarrolló una propuesta metodológica para el intercambio técnico en el marco del proceso participativo para la construcción del plan<sup>4</sup>. También se realizaron reuniones específicas de trabajo con el equipo técnico de INR, DINAMA y SND. Fruto de este

---

<sup>4</sup> Todos los insumos elaborados están disponibles en los Anexos 1 a 5.



intercambio, se desarrollan los principales fundamentos identificados sobre la necesidad de un plan integrado de abordaje del uso problemático de drogas en las personas adultas sujetas a sanciones penales.

## Sobre la estimación del uso problemático de drogas en personas infractoras de la ley penal

Si bien el país cuenta con valiosos antecedentes de investigación relativos a la estimación del uso problemático de drogas y la demanda de tratamiento, en particular entre la población privada de libertad (Castelli, et al., 2019; SNT del INR, 2020), no se produce información sistemática y actualizada que permita dimensionar el problema y planificar los recursos necesarios. En otras palabras, se conduce a ciegas.

En el caso de los datos producidos por el INR, no están digitalizados, lo que dificulta su procesamiento. Para intentar una aproximación actual al fenómeno, se solicitó a la SNT del INR y a la DINAMA, que relevara información conforme al catálogo de indicadores producido por la consultoría. Así, con base en las evaluaciones a 586 varones realizadas entre el 1 de marzo y el 31 de mayo del 2024 en la Junta de Ingresos del Centro de Ingreso, Diagnóstico y Derivación, mediante el instrumento OASys 2.0 v.1, se obtuvo la siguiente información: en la subescala 8. *Uso problemático de drogas*, el promedio estimado es 85% (valores  $\geq 8$  sobre un total de 12 puntos), de entre ellos el 94% tiene riesgo de reincidencia alto, en 78% de ellos la droga principal involucrada es la pasta base de cocaína y sólo un 11% tiene experiencias previas de tratamiento. Complementariamente, la DINAMA realizó la revisión de datos recogidos en las entrevistas practicadas a 202 personas (158 hombres y 44 mujeres) que transitaban medidas alternativas al encarcelamiento, a abril de 2024. La síntesis de la información proporcionada arrojó que 42 % declara algún consumo (28 % policonsumo, 8 % marihuana, 3,5 % pasta base de cocaína y 3 % cocaína); sólo 8,5 % declara experiencias de tratamiento previas. No se dispone del dato relativo a riesgo de reincidencia, pues DINAMA no utiliza instrumentos para evaluarlo.

En el caso del OUD se cuenta con el instrumento *tratamiento.registra* que incluye datos sobre las personas que han participado en los dispositivos de la RENADRO, dentro y fuera de prisión. El instrumento no reporta información relativa a medidas estandarizadas de estimación del consumo problemático entre la población atendida.

Ni la SNT ni la DINAMA relevan sistemáticamente la demanda de tratamiento por parte de la población que ha sido evaluada como usuaria problemática de drogas; tampoco utilizan instrumentos específicos para ello<sup>5</sup>. En el marco del dispositivo de

---

<sup>5</sup> Si bien el INR utiliza en el sistema penitenciario OASys 2.0 v.1, que incluye la subescala 8. *Uso problemático de drogas*, el instrumento no se aplica en forma universal y tampoco para evaluar la derivación de las personas usuarias problemáticas de drogas a programas de tratamiento. Ninguna de

tratamiento tripartito de la SND, el INR y SAI - PPL, la demanda se releva sin instrumentos estandarizados. Para el caso de la DINAMA, el uso problemático de drogas se explora en la entrevista abierta inicial. Si el técnico/a responsable estima la presencia, incorpora la necesidad de tratamiento en el PPI y realiza la derivación correspondiente.

## Sobre la cobertura de la oferta de tratamiento para personas infractoras de la ley penal

La oferta de tratamiento para el uso problemático de drogas en prisiones es escasa si se considera el universo de las personas que lo registran, conforme a los distintos antecedentes citados. En el sistema penitenciario, el tratamiento ofrecido es fundamentalmente a través del dispositivo tripartito de la SND, el INR y SAI - PPL. Este dispositivo, en 2023, sólo se implementó en las unidades N° 1, Complejo de Unidades N° 4, N° 5 y N° 6. En total, atendió a 30 mujeres y 51 varones que completaron el tratamiento.

El sistema penitenciario también recibe a organizaciones de la sociedad civil que brindan apoyo desde distintas perspectivas, como Narcóticos Anónimos y el Proyecto Fénix, aunque no participan de un sistema de información que permita un lineamiento común para el abordaje. Por otra parte, en el Complejo de Unidades N° 4 funciona el *Programa Preegreso* en su modalidad residencial, una intervención penitenciaria integral de alta intensidad diseñada con base en la evidencia internacional, que depende directamente de la SNT. Su objetivo principal es promover la adecuada inclusión social de los participantes, para disminuir la probabilidad de reincidencia delictiva. Participan en promedio cerca de 25 varones que, entre otras características, tengan un vencimiento de pena no mayor a 18 meses ni menor a 10 meses al entrar al dispositivo. Como parte de la intervención desarrolló el Programa de Intervención de los Desórdenes por Uso de Sustancias (PIDUS), elaborado por la Coordinación de Tratamiento de la SNT, a partir de la síntesis de diversos programas manualizados para el tratamiento del uso problemático de drogas. La intervención se enmarca en el modelo RNR y tiene enfoque cognitivo-conductual. Lo lleva adelante una psicóloga formada en dicho modelo y como operadora terapéutica por la Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta (SUAMOC) (De Ávila, 2024).

Finalmente, en el marco del *Programa de Seguridad Ciudadana II* (Contrato Préstamo BID N° 5812/OC-UR) el Ministerio del Interior realizó un llamado a Consultoría Individual para el «Diseño de un modelo de intervención y elaboración de manuales para el abordaje de uso problemático de drogas entre las personas privadas

---

las instituciones utiliza instrumentos específicos para el screening del uso problemático en persona infractoras de la ley penal. Hay antecedentes de aplicación de instrumentos que se utilizan para la población general, como la *Clasificación Internacional de Enfermedades* - CIE 11 (OMS) y *Alcohol, Smoking and Substance Screening Test*- ASSIST (OMS).

de libertad». La fundamentación de dicha contratación se basa en el diagnóstico de la alta prevalencia del uso problemático de drogas entre las personas privadas de libertad y la evidencia acerca de que los desórdenes por dicho uso son uno de los ocho grandes factores relacionados con la conducta delictiva y con las dificultades que enfrentan las personas liberadas para no reincidir. El documento relativo al llamado también enuncia que el abordaje técnico del uso problemático de drogas en contextos de encierro requiere una estrategia integral y modelos basados en evidencia ampliamente probados en la experiencia internacional, como lo es el RNR (Ministerio del Interior, 2024).

Para el caso de las personas sujetas a penas alternativas al encarcelamiento, la oferta es la disponible en la comunidad y presenta algunas dificultades que fueron anteriormente reseñadas. Entre las principales, la escasez de cupos para el tratamiento, los problemas de coordinación, seguimiento y evaluación de resultados como consecuencia de la no existencia de acuerdos o convenios interinstitucionales que permitan la participación activa de la DINAMA. Cabe agregar que la DINAMA no desarrolla programas de tratamiento y que junto a la evaluación estandarizada del uso problemático de drogas, así como la referida a la motivación al cambio, son funciones sobre las que la institución analiza la pertinencia de su incorporación al conjunto de tareas que realiza. La capacidad actual —en términos de recursos humanos y materiales— no es suficiente para asumir este desafío.

## Sobre el enfoque de las intervenciones para el tratamiento del uso problemático de drogas

Las sucesivas Estrategias Nacionales de Drogas integraron la perspectiva de gestión de riesgos y reducción de daños (JND, 2021a). Esta perspectiva surgió ante el cuestionamiento sobre la efectividad del prohibicionismo, el paradigma dominante en las políticas públicas, a nivel global. Mientras que el prohibicionismo se centra en el aspecto farmacológico de la drogas, pues las asocia al daño que causan a las personas y, por ello, se sostiene que deben ser combatidas, en la gestión de riesgos y daños el centro es la persona, un ser integral atravesado por las dimensiones subjetiva, social, cultural y económica. El modelo de gestión de riesgos y reducción de daños busca minimizar las consecuencias negativas asociadas al uso problemático de drogas. Parte del reconocimiento de que el consumo de drogas es una realidad social y se orienta a reducir los riesgos para la salud y el bienestar de las personas consumidoras, pues la evidencia señala que las personas continúan usando drogas, independientemente de las políticas de prohibición y de que accedan, voluntaria o compulsivamente, a tratamientos tradicionales. El modelo también apuesta al apoyo para la reducción o el abandono del consumo, aunque éste último no es un objetivo central (JND, 2021b).

En la revisión de la experiencia internacional realizada en el marco de este trabajo, se identificaron diversos programas implementados con este objetivo; entre los más conocidos figuran la sustitución de opioides, los de uso de metadona o buprenorfina para evitar el uso de drogas más peligrosas, los de distribución o intercambio de jeringas, acceso a kits de consumo, el mentoreo por pares para la provisión de información sobre el uso seguro de drogas y prevención de sobredosis, el testeo de drogas para identificación de adulterantes, los centros de consumo bajo la supervisión de profesionales, para reducir el riesgo de sobredosis y otros daños y, paralelamente, promover la no estigmatización y la inclusión social de las personas usuarias (Pérez & Carbellido, 2006; McIntosh & Saville, 2006; Stallwitz & Stover, 2007). Un elemento distintivo es la amplia diversidad de prácticas catalogadas bajo el espectro de la reducción de riesgos y daños, con algunos programas de muy bajo nivel de estructuración, replicabilidad y evaluación de resultados (Tomassini, 2023).

También existen las intervenciones desde el modelo de abstinencia, cuya premisa sostiene que el tratamiento es efectivo si la persona abandona por completo el consumo, ya que si éste se mantiene —incluso en dosis menores— puede provocar recaídas que dificultan su control. Este modelo suele incluir una etapa de desintoxicación, con apoyo médico para colaborar en el manejo de la abstinencia, la intervención terapéutica individual, grupal y familiar para identificar e intervenir sobre los patrones de pensamiento y conducta, para lo cual suele utilizar terapias cognitivo-conductuales y de apoyo mutuo (como las de los 12 pasos). El modelo contempla el apoyo a largo plazo, sobre la base de la generación de un nuevo estilo de vida saludable, con actividades para la prevención de las recaídas, la estructuración de redes de apoyo, la mejora del bienestar emocional y el enfrentamiento de situaciones de riesgo. Es el modelo tradicionalmente utilizado en la rehabilitación frente al uso de drogas en programas como Narcóticos o Alcohólicos Anónimos. Entre las principales críticas realizadas a este modelo se señalan: i) su rigidez, pues no contempla el hecho de que hay personas para las que otros enfoques, menos restrictivos, son más efectivos; de hecho la evidencia señala que hay personas que pueden mejorar su calidad de vida a través de la reducción de uso de drogas; ii) las altas tasas de recaída —principalmente en personas con uso problemático severo— que, a su vez, genera efectos en la subjetividad, a través de sentimientos de fracaso que pueden motivar el abandono del tratamiento y el reinicio del consumo en los niveles previos; iii) la falta de enfoque diferencial, ya que es inadecuado o innecesario para determinado grupo de personas (por ejemplo las personas con consumo moderado o quienes no tienen la voluntad o la capacidad para asumir la abstinencia); iv) la focalización en el síntoma (el uso problemático de drogas) y no en las causas que lo motivan; v) la abstinencia exige que las personas eviten ambientes y actividades asociadas al consumo, lo que puede contribuir al aislamiento social e impactar negativamente en su bienestar emocional y en su capacidad de reintegración social.

Por su parte, el modelo biopsicosocial entiende que en el uso problemático de drogas existe un complejo de factores de riesgo, vulnerabilidad y protección,

vinculados a los niveles neurobiológico, psicológico y social. Para este modelo, el consumo no está asociado *stricto sensu* a lo biológico, sino que se relaciona con las experiencias subjetivas de compulsión experimentadas por personas que están inmersas en contextos sociales y culturales. En este marco, las propuestas de tratamiento son diversas y abarcan las terapias cognitivo-conductuales, psicodinámicas y psicoanalíticas, estrategias motivacionales, abordajes con la familia, modelos sistémicos, entre otros (Apud & Romaní, 2016). El modelo condensado en la «Guía de tratamiento. Abordaje del uso problemático de drogas en privación de libertad» (Paciello & Grau, 2024) ubica entre sus ejes orientadores la atención a las necesidades específicas de los varones y las mujeres privados de libertad desde un enfoque de género y que integre aspectos biopsicosociales.

Así, a pesar de que existe cierta diversidad de enfoques para el tratamiento del uso problemático de drogas, no es claro cómo ellos se integran y potencian entre sí, ni cuáles son los perfiles de los usuarios que obtienen resultados efectivos en uno o en otro abordaje.

## Sobre la evaluación para la derivación al tratamiento

Como fue descrito en apartados anteriores, la evaluación para determinar el carácter problemático o no del uso de drogas, así como para tomar decisiones relativas a las derivaciones pertinentes según las características y necesidades específicas de cada persona, es un punto neurálgico.

Si bien en el ámbito penitenciario el INR realiza una evaluación para estimar el riesgo de reincidencia y daño severo para sí mismo y terceras personas, a través de la herramienta OASys 2.0 v.1, cabe señalar dos precisiones: i) actualmente, dicha evaluación no se aplica en forma universal; por ejemplo, no se aplica en mujeres ni en todas las unidades penitenciarias; ii) ni los resultados de la escala general ni los de la subescala 8. *Uso problemático de drogas*, son considerados para resolver la derivación de las personas con uso problemático a los programas de tratamiento (con excepción del Programa Preegreso modalidad residencial). Tampoco se aplican otros instrumentos de evaluación ni del conjunto disponible para la población general ni de los específicamente desarrollados para la población infractora de la ley penal<sup>6</sup>. Por su

---

<sup>6</sup> COPOLAD (s/f, p. 2) realizó el estudio «Uso de instrumentos para evaluar el consumo problemático de drogas en países de habla hispana», a partir de un relevamiento liderado por los observatorios nacionales de drogas de los países participantes. Se consultó sobre el uso de ocho escalas o instrumentos y sobre los criterios diagnósticos de la CIE-10 y DSM-IV: ICD 10 (WHO) - Diagnostic Criteria; DSM IV (American Psychiatric Association) – Diagnostic Criteria; AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test. WHO; ASSIST – Alcohol, Smoking and Substance Screening Test. WHO; CUPIT – The Cannabis Use Problems Identification Test. (Jan Bashford, Ross Flett, Jan Copeland); CIDI – Composite International Diagnostic Interview. WHO; CAST – Cannabis Abuse Screening Test. (Austin, Beck and Legleye); CRAFFT – Substance Abuse Screening Test among adolescent. (Knight JR, Shrier LA, Bravender TD, Farrell M, Vander Bilt J, Shaffer HJ); SDS – Severity of Dependence

parte, la SND, en el marco del dispositivo de tratamiento tripartito (SND, INR, SAI-PPL) dispone de una ficha de ingreso<sup>7</sup> elaborada por el OUD, cuyos datos son cargados al sistema *tratamiento.registra*. A su vez, SAI - PPL colabora con una aproximación desde el modelo clínico de abordaje psicosanitario.

La DINAMA tampoco utiliza instrumentos de evaluación y valora el uso de drogas a partir de las entrevistas abiertas, con enfoque psicosocial, que aplica para la evaluación de las personas usuarias. Para el caso de las personas sobre las que entiende deben recibir tratamiento, la evaluación la realiza el centro al que es derivado para la atención del uso problemático. En el caso de los dispositivos de la RENADRO, se aplica la ficha de ingreso elaborada por el OUD.

Destacamos que la población usuaria problemática de drogas sujeta a sanciones penales es un segmento específico sobre el que la literatura especializada señala que, además de la evaluación sobre la presencia del uso problemático de drogas, resulta fundamental determinar su relación con otros factores criminógenos y su incidencia sobre la conducta delictiva. Dos razones fundamentan esta directriz: i) no todo uso de drogas es problemático y ii) no todo uso problemático guarda relación biunívoca con la conducta delictiva. En consecuencia: i) para aquellas personas que registren uso problemático de drogas junto a otros factores asociados a la conducta delictiva, la intervención deberá incluir un plan que asegure un tratamiento multimodal orientado a modificar las necesidades criminógenas y a fortalecer los factores de protección frente a ella. En términos del modelo de Gordon (1987), es la población objeto de programas de tratamiento indicados, dirigidos a las personas que ya dan muestras de conductas agresivas graves y reiteradas, vinculadas con el uso problemático de drogas, y por lo tanto buscan reducir la probabilidad de que esas conductas persistan en el futuro. (ii) Para aquellas personas que registren uso problemático de drogas pero la evidencia señale que no hay conexión con la conducta delictiva, la intervención deberá incluir la derivación a un programa que lo aborde desde la perspectiva psicosanitaria. En este caso, el programa es selectivo, en el sentido de focalizar en los espacios de intervención que buscan reducir el riesgo de problemas futuros entre subgrupos de individuos que están expuestos a factores de riesgo, pero que no necesariamente muestran una trayectoria delictiva vinculada al consumo problemático.

Tipo de intervención	
<b>Universal</b>	Dirigida a garantizar el acceso a la salud física y mental de toda la población con medidas penales
<b>Selectiva</b>	Dirigida a quienes muestran signos de uso problemático de drogas sin

Scale (Ludwing Kraus); PUM – Problematic Use of Marijuana (Janusz Sieroslawski). Uruguay reportó la utilización de AUDIT y CIE-10 para la población de 15 a 65 años.

<sup>7</sup> Ver Anexo 6.

	estar vinculado a la trayectoria delictiva
<b>Indicada</b>	Dirigida a quienes muestran signos de uso problemático de drogas vinculado al desarrollo de la trayectoria delictiva

Fuente: elaboración propia en base al modelo de Gordon (1987)

En definitiva, resulta fundamental que la oferta para el tratamiento del uso problemático de drogas contemple programas y dispositivos que aseguren un abordaje pertinente a las necesidades específicas de las personas usuarias. Algunas personas podrán responder mejor al modelo de gestión de riesgos y reducción de daños y otras al de abstinencia. La evaluación profesional debe incluir también los aspectos referidos a la capacidad de respuesta y la motivación al cambio. Sin estos elementos y sin una oferta diversa y accesible la efectividad de las intervenciones puede ser escasa o nula.

## Sobre los resultados de las intervenciones realizadas

Respecto de la evaluación del logro terapéutico en las personas que participaron de distintas modalidades de tratamiento, solo se logró recuperar información sobre el dispositivo de tratamiento tripartito de la SND, el INR y SAI - PPL: Los equipos que desarrollan los dispositivos aplican una *Ficha de tratamiento, seguimiento y egreso*<sup>8</sup> sobre la que, posteriormente, el OUD procesa los datos recogidos en el sistema *tratamiento.registra*. Sin embargo, los formularios de evaluación están diseñados para su aplicación en los Dispositivos Ciudadela y otros, pero no son específicos para la población privada de libertad.

## Sobre los recursos humanos

Si bien durante las reuniones de trabajo se destacó el alto compromiso del personal como una fortaleza dentro del panorama actual, también hubo un fuerte consenso en el déficit presupuestal y de dotación de recursos humanos para dar cuenta de la magnitud del uso problemático en la población sujeta a medidas penales.

Sin embargo, las posibilidades de implementación de un Plan nacional no solo requieren contar con recursos humanos adecuados para la dimensión del problema, sino también una transformación profunda de la cultura organizacional del sistema penal. Implica la incorporación y generalización del uso de instrumentos estandarizados de evaluación, el desarrollo de un lenguaje técnico común, la armonización de enfoques, en particular, de salud, biopsicosocial y del riesgo de reincidencia delictiva, así como la superación de los objetivos contrapuestos del personal policial, civil penitenciario, de trato y de tratamiento. Implica, en definitiva, que todo el personal conozca y adhiera al modelo de trabajo, sus conceptos y

---

<sup>8</sup> Anexo 7.

fundamentos básicos, apuntando a la complementariedad y especialización del perfil de cada tipo de trabajador/a. Para ello es clave el compromiso no solo de quienes están en el trato directo con la población penada sino también de los diferentes estamentos de poder y decisión de los Ministerios y Secretarías. Sin un liderazgo claro y proactivo, cualquier intento de armonización de enfoques se verá seriamente amenazado.

## El abordaje del uso problemático de drogas en las personas adultas sujetas a sanciones penales como política pública

Las políticas públicas son los lineamientos que el Estado opera de forma racional, a través de un proceso de acciones estratégicas, para resolver problemas públicos y demandas de la sociedad (OACNUDH México, SEGOB y SRE, 2014). Dichas acciones derivan de procesos políticos en los que participan diversos actores institucionales y sociales, que movilizan sus recursos de poder y articulan agendas para incidir en las decisiones que atañen a sus intereses, en el marco del Estado de derecho (SDH, 2022). Las políticas públicas trascienden las resoluciones técnicas, ya que las respuestas que brindan están permeadas por diferentes factores políticos y sociales.

El principal objetivo de las políticas públicas es darle racionalidad a las acciones estatales. Esto implica dotarlas de los principios de eficiencia, eficacia, economía, productividad y oportunidad. La racionalidad, como característica central de la política pública, busca que las soluciones a un problema o las respuestas a una determinada demanda estén orientadas al bienestar público. Esto implica que sus objetivos y procedimientos deben alcanzar los mayores niveles de logro posible, con el mejor uso de los recursos disponibles (OACNUDH México et al., 2010). Para ello, las políticas públicas deben reunir un conjunto de características: a) ser planificadas y sustentables con tiempos de ejecución de mediano y largo plazo; b) desarrollar acciones mensurables sobre la base de fuentes de información transparente y confiable; c) asegurar la participación de los actores involucrados y del saber experto, d) disponer de presupuesto adecuado y e) contar con una institucionalidad idónea, que incluya una estructura de recursos humanos profesional y suficiente para desarrollar la diversidad de acciones (Juanche & Palummo, 2012).

La planificación es la actividad que permite a las instituciones estatales analizar y tomar decisiones sobre la programación de acciones y recursos necesarios para concretar los lineamientos definidos para la política pública. En este sentido, el «Plan Nacional para el abordaje del uso problemático de drogas en personas sujetas a sanciones penales» es una iniciativa para coordinar y potenciar las políticas de



drogas, de ejecución penal y de salud. Busca dar un marco común que contribuya al fortalecimiento, diversificación e integralidad de los abordajes al consumo problemático, maximizando las posibilidades de integración social de las personas que cumplen medidas penales. La posibilidad de un lineamiento unificado es el punto de partida de la política pública que involucra a diversas instituciones. Refiere a la necesidad de actuación conjunta y coordinada de las agencias de ejecución penal, salud y drogas, la que debe desarrollarse de forma integral, a partir del trabajo organizado de los profesionales de dichas áreas. El abordaje integral es un requisito sustantivo para asegurar la transversalidad y la sostenibilidad de las acciones en todas las instituciones que participan en las distintas instancias del proceso de intervención con las personas usuarias. Finalmente, el lineamiento debe considerar específicamente a la población objetivo y al contexto en que se desarrollará. Esto equivale a incorporar, específicamente, el foco en la población usuaria problemática de drogas en dos contextos particulares: el sistema penitenciario y el sistema de supervisión de las medidas alternativas al encarcelamiento.

A modo de ejemplo, la *Estrategia Nacional de Drogas en Prisiones y Sanciones en la comunidad* (HM UK & Wales, 2019) plantea un enfoque para abordar el uso problemático de drogas centrado en tres objetivos: i) restringir la oferta (que no haya drogas disponibles dentro de las prisiones y desarrollar estrategias para el control del acceso en la comunidad), ii) ayudar a las personas penadas a reducir la demanda (evitar el uso abusivo) y iii) brindar tratamiento (para colaborar en el bienestar integral, el regreso y la inclusión en la comunidad).

Para lograr dichos objetivos, la estrategia *5P* se centra en cinco áreas: i) las personas (*people*), lo que implica que el sistema de prisiones y el de *probation* tengan el personal suficiente, con las habilidades adecuadas para la tarea que deben desarrollar y el apoyo institucional a través de los recursos apropiados; ii) procedimientos (*procedural*) claros, justos y efectivos; iii) infraestructura (*physical*) que asegure condiciones de intervención seguras, limpias, decentes y promuevan el bienestar y la «recuperación» de las personas usuarias; iv) población (*population*) que conviva y desarrolle su vida cotidiana a través de relaciones positivas y participe en actividades constructivas; v) colaboración (*partnership*) para que todas las organizaciones contribuyan al logro conjunto y efectivo de los objetivos.

## Elementos constitutivos del Plan Nacional para el abordaje del uso problemático de drogas en personas adultas sujetas a sanciones penales en Uruguay

### Misión

Proveer un marco común para el diseño, organización, monitoreo y evaluación de las políticas públicas para el abordaje del uso problemático de drogas en la ejecución penal de adultos.

### Visión

Contribuimos a la reducción del impacto sanitario y social del uso problemático de drogas, a la disminución del riesgo de conductas delictivas asociadas y favorecemos la integración comunitaria de las personas que cumplieron sanciones penales, a través de la disponibilidad de una oferta programática diversa y coordinada.

### Principios

**Enfoque basado en derechos humanos (EBDH)** como marco rector que incorpora los estándares y principios de promoción y protección de los derechos humanos en la política pública, para garantizar que las acciones estatales lleguen a todas las personas y, especialmente, a aquellas más vulnerables o con mayores dificultades para el acceso y aprovechamiento de los servicios y recursos.

**Equidad** para facilitar el acceso de la población sujeta a sanciones penales a las prestaciones públicas y privadas para la prevención, el tratamiento y la integración social.

**Transversalidad** que implica: i) articular y alinear las políticas públicas de drogas, salud y ejecución penal para asegurar la integralidad de las acciones dirigidas a la población sujeta a sanciones penales, ii) desarrollar programas para atender las

necesidades específicas de la población privada de libertad y sujeta a medidas alternativas al encarcelamiento y iii) diseñar, implementar, monitorear y evaluar conjuntamente dichos programas.

**Perspectiva de género y diversidad** que permita visibilizar y abordar las características e impacto diferencial del uso problemático de drogas en mujeres y varones, para desarrollar acciones sensibles al género. Además, considerar los riesgos particulares que enfrentan las personas con orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género diversas o cuyos cuerpos varían del estándar corporal femenino y masculino. Promover la adopción de medidas diferenciadas en razón de las identidades diversas, considerando la intersección de factores como la etnia-raza, la edad, la discapacidad, la situación socioeconómica, el origen nacional, la orientación sexual, la identidad y la expresión de género, entre otras variables que pueden acentuar los riesgos asociados al uso problemático de drogas y la discriminación.

**Participación activa** de las personas sujetas a sanciones penales, la sociedad civil y la academia en todo el ciclo de la política pública, para que ésta incorpore sus saberes, experiencias y perspectivas.

**Producción y acceso a la información como garantía de transparencia y rendición de cuentas**, como elementos fundamentales del control ciudadano de la gestión de la política pública, la participación informada y la incidencia en las decisiones públicas. Esto incluye la producción de información comprensible y en formato de datos abiertos, y medidas de transparencia activa y pasiva para la difusión y el acceso a la información pública. Dicha información debe transversalizar la perspectiva de género en los sistemas y bases de datos, lo que implica su desagregación por sexo, género y otras variables de diversidad como la edad, la etnia-raza, la discapacidad, la situación socioeconómica, el origen nacional, entre otras.

**Evidencia científica** para sustentar lineamientos y acciones orientados a la calidad, la efectividad, la eficiencia y la sostenibilidad de la política pública.

## Objetivo general

Contribuir al fortalecimiento, la diversificación y la integralidad de las respuestas para el abordaje del uso problemático de drogas en personas sujetas a sanciones penales.

## Objetivos estratégicos

1. Promover acciones coordinadas para el tratamiento del uso problemático de drogas en el sistema penitenciario y en la comunidad, así como el

acompañamiento a los procesos terapéuticos tras el cumplimiento de las sanciones penales.

2. Establecer lineamientos interinstitucionales para el diagnóstico y la estimación de la demanda de tratamiento en la población objetivo.
3. Incorporar la perspectiva de género y diversidad en la política pública de abordaje del uso problemático de drogas en personas sujetas a sanciones penales.
4. Fortalecer los procesos de reclutamiento, formación y reconocimiento del personal
5. Incorporar en el monitoreo y la evaluación de los programas de tratamiento para el uso problemático de drogas las metas específicas de reducción de daños ante el uso problemático de drogas y general de reducción de la reincidencia.

## Líneas estratégicas

De acuerdo al diagnóstico inicial, la misión, visión y objetivos planteados, se jerarquizan cinco líneas estratégicas para el desarrollo de un «Plan nacional de abordajes del uso problemático de drogas en personas adultas sujetas a sanciones penales.»

### 1. Aplicación de los principios de las prácticas efectivas

La rehabilitación y la inclusión en la comunidad son objetivos claramente reconocidos en el derecho internacional de los derechos humanos. Además, son el cometido específico del sistema de ejecución penal en Uruguay.

En la comunidad, ya sea tras el encarcelamiento o durante el cumplimiento de las medidas alternativas, las personas atraviesan diversas dificultades sociales, económicas y personales: acceso a la vivienda, al empleo formal, al crédito, a la educación y la formación profesional, a la salud integral y, en particular, a la salud mental y al tratamiento para el uso problemático de drogas, ausencia de redes prosociales y el estrés derivado de la supervisión institucional. Todos estos elementos son clave con relación a la reducción de la reincidencia.

En los últimos treinta años ha habido un desarrollo importante de estudios científicos internacionales orientados a identificar «qué funciona» para reducir la reincidencia, mediante intervenciones técnicas con la población sujeta a sanciones

penales. A partir de estos estudios se generó el paradigma de «los principios de las prácticas efectivas» (McGuire, 2006), compuesto por un conjunto de elementos clave que, cuando se desarrollan en forma interrelacionada, impactan en la disminución de la reincidencia. Estos elementos son la evaluación del riesgo de reincidencia, las necesidades y la capacidad de respuesta, las necesidades criminógenas como objetivos de la intervención, la incorporación de la capacidad de respuesta de las personas frente a la intervención, la modalidad de tratamiento y la integridad del programa.

### ***La evaluación del riesgo de reincidencia, las necesidades y la capacidad de respuesta***

La evaluación del riesgo de reincidencia, las necesidades y la capacidad de respuesta son elementos fundamentales del proceso para orientar el diseño del plan de intervención individual, la jerarquización de objetivos y de las acciones pertinentes para su desarrollo, monitoreo y evaluación. En este marco se realiza la evaluación sobre el uso problemático de drogas y su eventual incidencia en la conducta delictiva.

El modelo RNR orienta a trabajar sobre los factores de riesgo y de protección de las personas antes y durante el cumplimiento de las sanciones penales y posteriormente a la liberación.

Los factores de riesgo (necesidades criminógenas o riesgos dinámicos) son múltiples e interactúan entre sí, por lo que las intervenciones deben ser amplias, multimodales; es decir, que deben enfocarse simultáneamente en todos los factores y no en algunos de ellos o de manera sucesiva o fragmentada. Por ejemplo, si el uso problemático de drogas se presenta como una necesidad, la intervención deberá abordar el conjunto de necesidades concatenadas con dicho consumo como la vivienda, la calificación laboral y las relaciones interpersonales, entre otros (Bonta & Andrews, 2015; McIntosh & Saville, 2006).

La evidencia señala que los programas para el tratamiento del uso problemático de drogas, tanto en prisiones como en la comunidad, tienen efectos positivos (Doyle et al. 2019; Koehler et al., 2014) y un alto nivel de costoeficiencia (Washington State Institute for Public Policy, 2019).

Las intervenciones orientadas a la disminución del uso problemático de drogas como factor de riesgo de reincidencia son complementarias a la efectivización de los derechos de la población penal que no se eliminan por consecuencia de la aplicación de una condena. Aspectos como la salud física y mental, acceso a una alimentación adecuada y nutricionalmente balanceada, las visitas y la comunicación con la familia, la educación, la capacitación laboral y el acceso al empleo, la libertad de culto y la asistencia espiritual, actividades culturales, artísticas y deportivas son áreas importantes que hacen al trato penitenciario (Bonta & Andrews, 2015). El buen trato

penitenciario potencia los factores de protección y promueve prácticas de trato digno y respetuoso, no solo entre la población privada de libertad, sino también entre los funcionarios, profesionales y técnicos (Morales et al., 2018). Sin embargo, sin un plan de intervención específico sobre los factores de riesgo delictivo, el trato penitenciario puede mejorar la calidad de la vida institucional en el mejor de los casos, pero tener efectos poco significativos sobre la reincidencia (Gaes, 2009).

### ***Las necesidades criminógenas como objetivos de la intervención***

Como ya fue señalado, en la órbita del INR el tratamiento sobre los factores de riesgo de reincidencia delictiva —y en particular del consumo problemático de drogas como uno de ellos— se realiza bajo el paraguas del modelo RNR, como principio rector que organiza las intervenciones técnicas dentro del sistema penal (Juanche, 2018; Salinas, 2023). Contar con este marco general para organizar el tratamiento del uso problemático de drogas en la población sujeta a medidas penales es clave, ya que permite planificar y jerarquizar los recursos escasos en base a un modelo empíricamente validado (Sosa, 2021). Las investigaciones científicas que evalúan la efectividad de los programas coinciden en señalar la importancia de focalizar los programas más intensivos y estructurados en quienes tienen riesgo moderado y alto de reincidencia delictiva (Andrews, Bonta & Andrews, 2015), asociado al uso problemático de drogas. Así por ejemplo, personas con consumos asociados a bajo riesgo de reincidencia podrían tener intervenciones mínimas y preventivas y, a medida que aumenta el consumo de riesgo, se pasaría desde intervenciones breves y motivacionales a tratamientos intensivos y estructurados. De hecho, los estudios de impacto muestran que, en general, los programas de tratamiento de drogas con población sujeta a sanciones penales son más efectivos para disminuir el riesgo de reincidencia delictiva que para evitar el uso de drogas en sí (Inciardi et al., 1997; Knight et al., 1997; Farabee et al., 1999; Belenko & Peugh, 2005; Welsh & Zajac, 2013; de Andrade et al., 2018).

El tratamiento multimodal y en consonancia con el nivel de riesgo de reincidencia de la persona se organiza en torno a un PII, que debe ser supervisado por un gestor del caso. Un PII eficaz abarca las necesidades diversas de la persona y no solamente su problema de abuso de drogas; debe ser evaluado continuamente y, de ser necesario, modificado para asegurar que se mantenga a la par con cualquier cambio en su condición<sup>9</sup>; debe ser breve y de comprensión fácil para todos los involucrados (profesionales y usuarios) e implica la traducción de las necesidades,

---

<sup>9</sup> El desarrollo de un plan individual de intervención debería plantear: el objetivo general de la intervención y sus objetivos específicos; acciones a desarrollar para el logro de los objetivos; resultados esperados y plazos, así como medios de verificación.

fortalezas y riesgos identificados en un documento escrito que responde a la fase del proceso del consultante.

El concepto de gestión o manejo de caso tiene por objetivo garantizar la entrega coordinada y eficiente de los servicios requeridos por una persona. Tanto en el contexto penitenciario como en la supervisión de condenados en el medio libre, se ha implementado como una estrategia que permite desarrollar nuevas acciones para vincular a la persona infractora con los programas de intervención y servicios sociales necesarios para cumplir con su proceso de inclusión social.

No existe un único tratamiento adecuado para todas las personas ni todos los contextos, por lo que el objetivo general de dicho plan es ayudar a consolidar un ecosistema programático plural y diverso, tanto en términos de formatos (individual, grupal, ambulatorio y residencial), de estilos de aprendizaje y de objetivos (abstinencia, reducción de riesgos y daños) y modalidades de gestión (pública, privada, público-privada).

Una diferencia fundamental entre las terapias residenciales y las ambulatorias es la segregación. Para el caso de las terapias residenciales, tanto en los sistemas penitenciarios como en las propuestas desarrolladas en la comunidad, los participantes habitan en un espacio relativamente segregado. En las terapias ambulatorias, el tratamiento está integrado a la rutina cotidiana del trato penitenciario (Welsh, et al., 2013) o al catálogo de acciones previstas en el PII para las personas que cumplen sanciones comunitarias (UNODC, 2020). Aquí, los desafíos a la exposición a drogas psicoactivas producto del tráfico interno al centro penitenciario suelen ser mayores, así como los problemas derivados de la convivencia entre bandas criminales. En el caso de las terapias residenciales vinculadas a «comunidades terapéuticas», el tratamiento se asemeja lo más posible a un hogar donde las personas usuarias están a cargo de su organización y mantenimiento cotidiano (cocina, limpieza, etc.). Así, dependiendo del contexto concreto, se debe evaluar las condiciones de posibilidad de tratamientos ambulatorios o residenciales y su pertinencia en el marco de un PII

Si bien la experiencia indica que la voluntariedad de participar en un tratamiento para abordar el uso problemático de drogas es clave para su efectividad, en el contexto de la población sujeta a sanciones penales ésta puede verse soslayada de múltiples maneras. De hecho, en la actualidad, la mayor parte de las demandas de tratamiento no las efectivizan las propias personas usuarias sino que son introducidas por terceras personas: familiares, la oficina del Comisionado Parlamentario o abogados defensores. Así, muchas veces, se percibe un desencuentro entre lo que demandan las terceras personas y las motivaciones y posibilidades de la persona usuaria de iniciar y sostener un tratamiento.

El enfoque motivacional es un principio clave en el desarrollo del PII. Se entiende a la motivación como una característica específica de la conducta, no de las personas (no existe en este sentido una persona «no motivada» o «refractaria»), plausible de ser modificada. La motivación es interactiva; puede ser afectada por condiciones "internas" (decisiones relativamente autónomas) y "externas" (incentivos o premios). Aunque las condiciones externas generan cambios más rápidos, las condiciones internas suelen asociarse con cambios más duraderos. El proceso de cambio sigue un proceso secuencial e iterativo que incluye precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantención, y eventualmente, recaída, o bien salida del ciclo por consolidación (Walters, 2005). Se recomiendan evaluaciones del estadio motivacional cada 6 meses.

### ***La incorporación de la capacidad de respuesta de las personas frente a la intervención***

Algunas recomendaciones para fortalecer el interés y el compromiso individual de las personas con el tratamiento de drogas se relacionan con la especial atención a la capacidad de respuesta específica, es decir, la adaptación del tratamiento a las características de la persona usuaria (sus fortalezas, motivaciones, preferencias, personalidad, edad, género, raza-etnia, identificaciones culturales y otros factores). Si bien la evidencia en torno a la capacidad de respuesta específica aún no ha sido sometida a un metaanálisis completo, sí hay estudios que señalan elementos nodales cuando se trabaja con personas escasamente motivadas. Entre ellos: i) aprovechar las fortalezas de la persona, reducir las barreras personales y situacionales para la plena participación en el tratamiento, establecer relaciones de alta calidad y atender en forma oportuna y frecuente los intereses de carácter personal; ii) desarrollar servicios sensibles a factores como la edad, el género y la cultura; iii) basarse en la evidencia para desarrollar tratamientos diferenciados en relación con elementos como la madurez interpersonal, la ansiedad interpersonal, el nivel de habilidades cognitivas y la capacidad de respuesta ante la presencia de psicopatías; iv) fortalecer los factores de protección con el fin de mejorar la motivación, reducir la distracción y promover el trato humanitario y basado en derechos humanos. En este sentido, la entrevista motivacional, las sesiones individuales durante las fases iniciales y el seguimiento del tratamiento y mostrar la evidencia del éxito de quienes han participado por los programas, son herramientas fundamentales (Bonta & Andrews, 2017).

También se recomienda que el personal de tratamiento participe en la selección de nuevas admisiones para garantizar que la población es la adecuada al objetivo del programa. Las estrategias de reclutamiento activo de participantes dentro de la población general de personas privadas de libertad o sujetas a medidas alternativas ayuda a evitar que los grupos se conformen con personas menos apropiadas, debido a la «presión para llenar los cupos» (Farabee et al., 1999).



Finalmente, es importante resaltar que la intervención específicamente dirigida a la reducción de los riesgos asociados a la conducta delictiva sólo debería iniciarse una vez que la persona tiene la motivación apropiada para abordar los problemas que inciden en dicha conducta. Tomando como base el modelo transteórico de motivación al cambio (Prochaska & Diclemente, 1992), si la intervención se desarrolla durante la etapa precontemplativa no dará resultados y derivará en el desperdicio de recursos y en el desgaste de la relación de colaboración entre la persona usuaria y el personal (Morales, 2019).

### ***La modalidad de tratamiento***

Existen diferencias entre mujeres y varones, entre personas jóvenes y adultas y entre personas con distinto nivel socioeconómico, que repercuten en los niveles de riesgo, necesidad y capacidad de respuesta. Las personas también difieren en la frecuencia de su actividad delictiva y en la cantidad, tipo y variedad de los delitos en los que participan. También hay diferencias entre las unidades que integran el sistema penitenciario y su oferta programática, las distintas modalidades de ejecución de las penas alternativas, las características de los centros y las modalidades para el tratamiento del uso problemático de drogas en la comunidad.

La evidencia señala que cuando el uso problemático de drogas se presenta como una necesidad criminógena, esta debe ser abordada en el marco de una propuesta de intervención integral que incluya a todas las necesidades identificadas. Como fuera señalado, este tipo de intervenciones se conoce como multimodal y se ha demostrado ampliamente que son más efectivas que aquellas de carácter focalizado o bimodal (Bonta & Andrews, 2015).

Respecto del modelo teórico que sustenta la intervención, la evidencia indica que el enfoque cognitivo - conductual es el que arroja mejores resultados, ya que incorpora técnicas para la modificación de las conductas, los pensamientos, las actitudes, las creencias y las emociones, entendiendo que en la producción del cambio median factores individuales. Bajo esta premisa, se recomienda que la intervención se centre en aspectos como: a) el manejo de la impulsividad y la agresividad, para fomentar respuestas efectivas frente a situaciones estresantes mediante la incorporación de habilidades para el reconocimiento y de los elementos que las disparan y para su control; b) la reestructuración cognitiva, a través del trabajo sobre las distorsiones cognitivas que desencadenan interpretaciones erróneas sobre diferentes situaciones, particularmente el reconocimiento y la modificación de las que desencadenan pensamientos disfuncionales y conductas antisociales; c) las habilidades sociales como la comunicación y la capacidad de interpretar y reaccionar adecuadamente frente a las conductas de los demás o frente a situaciones de presión

social (conductas prosociales); d) las habilidades cognitivas, a través de acciones que mejoran las capacidades de razonamiento y toma de decisiones, al tiempo que buscan reducir la impulsividad; e) la modificación conductual basada en las teorías del aprendizaje social y el uso de incentivos para fomentar determinadas conductas; f) el razonamiento moral, que promueve el entrenamiento para distinguir lo adecuado de lo no adecuado en situaciones asociadas a la conducta delictiva; g) la prevención de recaídas, para crear conciencia sobre aquellas situaciones y ambientes que pueden predisponer a la conducta delictiva, buscando que las personas logren identificarlas y reducir dichas conductas; h) el impacto en la víctima, que busca la concientización y la responsabilización sobre las consecuencias de las acciones propias en terceras personas, a través de la mediación y con intervenciones de la justicia restaurativa. Además del enfoque de la intervención, la efectividad de los programas depende de la población usuaria y del contexto en el que se apliquen (Droppelmann, 2010).

### ***La integridad del programa***

Si bien muchas intervenciones se diseñan a partir de la evidencia hay elementos relacionados con la administración, los recursos humanos y la gestión que impactan en la efectividad de las prácticas. Son aspectos centrales: i) la calidad de la formación del personal que desarrolla las intervenciones ii) la calidad del relacionamiento con las personas usuarias; iii) el registro de la información y el establecimiento de guías y protocolos de acción; esto implica que los programas tengan lineamientos generales y manuales de procedimientos para orientar las acciones que deben desarrollar los equipos. También es fundamental la gestión de la resistencia organizacional, lo que incluye tanto a los obstáculos institucionales como a los emergentes de la comunidad. Para esto, la experiencia comparada recomienda que se establezca claramente la participación de cada uno de los agentes involucrados, los procedimientos de comunicación, transparencia y rendición de cuentas.

La aplicación de un tratamiento con integridad refiere a la realización de todas las acciones previstas en la planificación de cada uno de los programas de intervención. Esto incluye los elementos materiales o formales (número de sesiones, frecuencia y duración, tareas entre sesiones, posible colaboración con otros profesionales, etc.) como sustantivos o de contenido, relativos a las tareas previstas en las diferentes sesiones y etapas de la intervención (cumplimiento de autorregistros, entrenamiento de habilidades sociales, reestructuración de cogniciones, etc.): «Integridad significa que el programa se lleva a cabo en la práctica como se había concebido en la teoría y en su diseño» (Hollin, 1995, como lo citó Redondo, 2017, p. 116).

En la experiencia internacional comparada existe un fuerte consenso respecto de la importancia que tiene la continuidad del tratamiento luego de cumplida la

sanción penal, para lograr la sostenibilidad de los objetivos y, por ende, garantizar la integridad del programa. El contexto en el que las personas regresan a su comunidad, el acceso a una vivienda segura y estable, la forma en que su proceso de egreso es supervisado y el acompañamiento que reciben durante esta etapa son aspectos cruciales, especialmente durante el primer año (Gideon & Sung, 2011; Ciapessoni & Vigna, 2018; Ciapessoni, 2019). Para mejorar la coordinación interinstitucional, el énfasis en la necesidad de sostener el tratamiento al egreso debe comenzar al menos tres meses antes de la fecha de liberación. En algunos países se utiliza el instituto de la libertad condicional para la asistencia a tratamientos residenciales en el egreso (Farabee et al., 1999).

Desde una perspectiva cualitativa, también se destaca que las características del personal asignado a la intervención, como la empatía y el apoyo proporcionado en todas las etapas del programa (antes y después de la liberación), son fundamentales para la adherencia y el logro de los objetivos. Por dicha razón, las acciones en pro de la continuidad de la intervención frente al consumo problemático de drogas no deberían limitarse al seguimiento para la asistencia constante, sino incluir un trabajo de apoyo y promoción de la independencia y la autonomía personales (Kendall, et al., 2018). La evidencia señala que el rol de los gestores de casos puede ser clave para mejorar la continuidad del tratamiento dentro y fuera de prisión. Concretamente, las mujeres valoran especialmente que las personas referentes continúen desarrollando su rol de acompañamiento una vez que retornan a la comunidad (Kendall et al., 2018). También se ha demostrado la importancia del rol de las y los trabajadores sociales para apuntalar el «capital de recuperación» (Kendall et al., 2018) de quienes egresan de la cárcel y deben superar las barreras estructurales a las que suelen enfrentarse, como la falta de vivienda, trabajo, integración de vínculos prosociales, superación del estigma y los prejuicios. El acompañamiento individual es importante para promover un sentido de propósito que oriente el comportamiento, ayudando a que las personas habiten nuevos espacios, ocupen roles diferentes e interactúen con nuevas personas (Droppelmann, 2019).

Por otro lado, las dificultades para garantizar la continuidad del tratamiento constituyen un importante desafío, pues esta exige la acción coordinada de varios actores institucionales. Algunos de los obstáculos pueden deberse a la falta de voluntad para asistir a tratamientos pospenitenciarios y/o a barreras impuestas por las propias instituciones comunitarias para recibir a este perfil de personas usuarias, especialmente a quienes han desarrollado conductas más violentas o han cometido agresiones sexuales (Aguilar et al., 2010).

El tipo de programa de tratamiento ofrecido en el ámbito comunitario puede variar significativamente en términos de modalidades, bases conceptuales, duración y lugar donde se ofrece. La falta de control sobre el tipo y la calidad de los tratamientos existentes en la comunidad tiene efectos en la continuidad del programa por parte de las personas usuarias y, en consecuencia, afecta su integridad (Welsh et al., 2013).

Asimismo, una buena cooperación entre los roles custodial y técnico es importante para el -correcto uso de las sanciones ante quienes violen las normas o amenacen a otros participantes. La posibilidad de remover en tiempo y forma a quienes no cumplen con las reglas básicas del tratamiento es un componente crítico para la integridad y autoridad del programa (Farabee et al., 1999).

Una oferta programática amplia y variada (cantidad de programas disponibles con objetivos y modalidades diversas) y la conformación de grupos con adecuada cantidad de participantes (entre 12 y 20 personas) son elementos centrales de la integridad programática (Bonta & Andrews, 2015). Contar con una base teórica consensuada, manuales de implementación claros, compromiso institucional, recursos humanos y materiales suficientes resultan elementos clave para que las intervenciones logren impactar positivamente en la población destinataria (Latessa & Holsinger, 1998; Rojido, Trajtenberg & Vigna, 2014; Redondo, 2017). Además, es imprescindible contar con infraestructura adecuada para el desarrollo programático (capacidad locativa, iluminación, climatización y mobiliario) y condiciones ambientales dignas y saludables. Otro componente fundamental es el personal suficiente, idóneo y estable para garantizar el ciclo de implementación, seguimiento y evaluación de los programas. La carencia de formación específica, los cambios en la dotación de los recursos humanos durante la implementación del programa, la asignación de tareas disímiles o la sobrecarga de tareas no sólo atentan contra la calidad de la implementación, sino que también tienen efectos en la dimensión actitudinal del personal, a través del descreimiento, el malestar o la desmotivación respecto de las intervenciones.

## Recomendaciones

- 1) Como señala la evidencia, el uso problemático de drogas puede tener o no relación con la conducta delictiva. En cualquiera de los casos debe ser abordado en el marco de la intervención penitenciaria, sea a través del tratamiento, cuando se presenta como una necesidad criminógena o a través de un programa de trato, cuando se presenta como un componente que afecta la salud de la persona. Las intervenciones multimodales se adaptan a los factores de riesgo y de protección identificados. Las intervenciones efectivas son aquellas que trabajan la integralidad de las personas, en pos de disminuir los factores de riesgo y fortalecer los de protección.
- 2) Jerarquización de las intervenciones con base en el nivel de riesgo. Los programas más intensivos y estructurados deben focalizarse en las personas que presentan riesgos moderados y altos de reincidencia asociados al uso problemático de drogas. Por el contrario, personas con uso problemático asociado a bajo riesgo de reincidencia podrían recibir intervenciones breves y preventivas. Existe evidencia de que no es favorable conformar grupos de tratamiento con personas que tengan

diferentes niveles de reincidencia y de que no debe aplicarse tratamiento intensivo a personas con bajo riesgo de reincidencia, dados sus efectos negativos (Bonta & Andrews, 2017).

**3)** Los gestores de caso tienen el cometido de supervisar y motivar el desarrollo de los planes individuales de intervención, centrados en las necesidades y fortalezas de cada persona. Son quienes tienen una proyección suficiente para vincular a la persona infractora con los programas de intervención y los servicios sociales necesarios para contribuir a su proceso de inclusión social, tanto durante el cumplimiento de la pena como en la preparación del egreso.

**4)** Si bien las modalidades de comunidad terapéutica han mostrado los mejores resultados en la experiencia comparada, es importante desarrollar y mantener una oferta programática diversa en formatos y estilos, para asegurar que las personas reciben respuestas adecuadas a sus estilos de aprendizaje y a su capacidad de respuesta. Por lo tanto, dicha oferta debe incluir tanto dispositivos orientados a la abstinencia como a la reducción de riesgos y daños.

**5)** La intervención penitenciaria es una estrategia integral que involucra a todas las áreas de la ejecución penal y no solamente a su dimensión técnica. En consecuencia, las decisiones de seguridad deben ser coherentes con los requerimientos fundamentales del modelo de rehabilitación (en este caso el RNR); esto es, en concreto, que el consumo no puede ser sancionado, pues hacerlo, no solo inhibe el reconocimiento del problema por parte de las personas privadas de libertad, por temor a que desencadene una sanción, sino que coarta las intervenciones dirigidas a su abordaje<sup>10</sup>. El «Plan nacional para el abordaje del uso problemático de drogas» debería incluir una discusión sobre las normas administrativas que regulan los procesos y procedimientos de disciplina y convivencia, para que coadyuven a la integridad del modelo de intervención

---

<sup>10</sup> El artículo 27° del Reglamento de Disciplina y Convivencia del Instituto Nacional de Rehabilitación, en su literal e) señala que es una falta leve «Facilitar o poseer objetos prohibidos, siempre que su tenencia no ponga en riesgo la seguridad de la Unidad de Internación, del personal o de cualquier otra persona». En el inciso final de dicho artículo se establecen las modalidades de sanción por motivo de faltas leves (amonestación o internación en celda propia), la duración (entre 1 y 20 días) y el proceso de supervisión (programa de tratamiento para la revisión de la conducta, con sesiones individuales o grupales de apoyo desarrolladas por terapeuta o consejero). Así también, el artículo 28°, literal f) establece que es una falta gravísima «Introducir, facilitar, poseer o consumir bebidas alcohólicas o fermentadas, así como narcóticos o drogas». Las sanciones por faltas gravísimas consisten en «internación en celda propia con restricción de derechos» durante un período de entre 40 a 60 días, o el traslado a otra Unidad de mayor nivel de seguridad. La modalidad de supervisión de la sanción es la misma reseñada para las sanciones leves. En situaciones excepcionales, determinadas por la Junta Asesora de la Unidad, se podrán aplicar sanciones de internación en celda propia por un período de hasta 90 días o de aislamiento por un período de hasta 10 días, con supervisión médica diaria.

6) La evidencia indica que la voluntariedad de participar en un tratamiento para abordar el uso problemático de drogas es clave para su efectividad, sin embargo en el contexto de la población sujeta a sanciones penales ésta puede solaparse o soslayarse debido a multiplicidad de factores. La evaluación de la motivación al cambio así como el enfoque motivacional son claves para tomar decisiones relativas a la intervención y a la gestión del caso.

7) El resguardo de la integridad programática es un punto nodal. Contar con recursos edilicios, materiales, procedimentales y humanos adecuados y sostenidos durante todo el ciclo programático es una condición indispensable para la implementación exitosa de los tratamientos. Existe contundente evidencia de que si el tratamiento en curso se discontinúa al finalizar la condena, su efectividad disminuye significativamente.

## 2. Detección y estimación del uso problemático de drogas y de la demanda de tratamiento

Si bien el país cuenta con valiosos antecedentes de investigación relativos a la estimación del uso problemático de drogas y la demanda de tratamiento, en particular entre la población privada de libertad, los estudios no son sistemáticos y, por ende, la información es desactualizada.

El antecedente más importante al respecto son los estudios promovidos por el OUD en conjunto con la Facultad de Psicología (2008) y con la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (2019). Este último tuvo como objetivo «dimensionar y caracterizar el consumo de drogas y factores asociados, y establecer la posible vinculación con el delito en la población privada de libertad de Uruguay, para favorecer con evidencias la toma de decisiones en las políticas públicas» (Castelli et al., p. 31). Se trató de un estudio descriptivo y exploratorio, de tipo transversal y diseño mixto, aplicado a una muestra de 500 personas (56 mujeres y 444 varones) alojadas en 5 unidades penitenciarias de la zona metropolitana y otras dos en el este y el norte del país, respectivamente.

Entre los principales hallazgos se señala, para los varones encuestados, la «prevalencia vida» del consumo de alcohol (87,9 %), marihuana (82,2 %), tabaco (81,1 %), cocaína (61,9 %) y pasta base (52,5 %), cifras sensiblemente mayores a las de población general. Focalizada en los 12 meses previos a la privación de libertad que cursaban, la prevalencia en el consumo de tabaco registró el 74,2 %, marihuana y alcohol 54 %, pasta base de cocaína 28,5 % y cocaína 25,8 %. Comparados con la población general de varones de similar tramo de edad (18 – 40 años), a excepción del alcohol, los varones privados de libertad encuestados presentaron mayores niveles de consumo. Respecto de la edad de inicio, los consumos más precoces entre quienes los comenzaron antes de la privación de libertad que cursaban, eran los

relativos a los solventes y el tabaco (14 años), el alcohol y la marihuana (15 años), la cocaína (17,5 años) y la pasta base de cocaína (20 años).

El estudio también indagó signos problemáticos por consumo de marihuana, cocaína y pasta base de cocaína en quienes señalaron haberlas consumido en los 12 meses previos a la reclusión que cursaban, o presentaron una frecuencia máxima de consumo «algunas veces por mes» o superior, previo a la reclusión que cursaban. Para ello se aplicó la escala CIE-10. Los varones presentaron signos de consumo problemático de: marihuana, 44,8 %; cocaína, 68,3 %; pasta base de cocaína, 92,8%.

Respecto de la relación droga – delito, 4 de cada 10 varones encuestados señalaron que cometieron el delito por el que estaban encarcelados bajo los efectos de drogas: más de la mitad, que dicha droga era la pasta base de cocaína y 44 %, el alcohol. Consultados sobre si hubieran cometido el delito sin el efecto de las drogas psicoactivas, casi 7 de cada 10 respondieron negativamente.

Para las mujeres estudiadas, también se encontró importante consumo previo a la reclusión que cursaban, con prevalencias sensiblemente mayores que en la población general, al igual que en el consumo durante los 12 meses previos a dicha reclusión. Las drogas más consumidas fueron el alcohol (92,9 %), el tabaco (83,9 %), la marihuana (64,3 %), la pasta base de cocaína (39,3 %) y la cocaína (37,5 %). Respecto de las edades de inicio para tabaco, alcohol, marihuana y solventes, los registros son anteriores a los 17 años y para la pasta base de cocaína, 20 años. La frecuencia del uso de dichas drogas se estimó como «prácticamente diaria». De las mujeres a quienes se aplicó la escala CIE-10 para uso de marihuana, 34,8 % registraba signos de uso problemático; para uso de cocaína, 57,1 % y para pasta base de cocaína, el 94,4 %. Finalmente, respecto de la relación drogas – delito, 53,6 % de las encuestadas respondió que el delito cometido tenía alguna relación con las drogas y 28,6 % señaló que lo cometió bajo su efecto. De estas últimas, 9 de cada 10 expresaron que no hubieran delinquido de no haber estado intoxicadas.

Complementariamente, el instrumento OASys 2.0 incluye dos subescalas específicas para evaluar los usos problemáticos de drogas y alcohol, en tanto factores de riesgo de reincidencia. Con base en la sistematización de la información recogida a través de dichas subescalas, entre enero de 2019 y febrero de 2020, la SNT produjo informes mensuales de «Análisis de datos recogidos en la aplicación del Instrumento de evaluación de riesgo, OASys 2.0 v1 en el Centro de Ingreso, Diagnóstico y Derivación (CIDD) del INR». El registro promedio sobre uso problemático de drogas derivado de la evaluación aplicada a todas las personas evaluadas por el CIDD en el período mencionado es 78,2 % y de ellas, 64,2 % corresponde a riesgo de reincidencia alto. En el relevamiento *ad hoc* para el Plan nacional se identificó que de las 586 evaluaciones realizadas por el CIDD entre el 1 de marzo y el 31 de mayo de 2024 el porcentaje era 85 % y, de ellas, 90 % corresponde a riesgo de reincidencia alto. En 78 % la droga principal involucrada es la pasta base de cocaína y solo 11% tiene experiencias previas de tratamiento. Respecto de las personas sujetas a

medidas alternativas el relevamiento *ad hoc*, realizado por la DINAMA en febrero de 2024 sobre 743 casos, arrojó que 37.8 % declaró algún consumo. En 51 % la principal droga involucrada es la marihuana<sup>11</sup>.

La disponibilidad de información respecto de las personas sujetas a penas alternativas al encarcelamiento es aún más limitada (Juanche, 2022; Vigna, 2022; De los Santos, 2022). En el marco del proceso de elaboración del presente Plan se realizó un relevamiento sobre los perfiles de consumo de drogas a 202 personas que eran parte del universo de las 9.289 medidas que administraba la DINAMA al 16 de febrero de 2024. Mediante el análisis de los registros documentales de dicha institución se arribó a los siguientes datos: i) sobre el historial de consumo, 42 % declaró consumir alguna droga: 28 % policonsumo, 8 % marihuana y 3,5 % pasta base de cocaína; 8,5 % declaró experiencias de tratamiento previas; ii) respecto de la principal droga consumida en los últimos 6 meses, solo 10 % declara algún consumo, 65 % marihuana, 10 % cocaína, 10 % policonsumo y 5 % pasta base de cocaína (DINAMA, 2024).

Un obstáculo identificado en la literatura internacional (Farabee et al., 1999) es que, en general, se sabe poco respecto del número de personas sujetas a sanciones penales que necesitan tratamientos de diferente tipo y nivel de intensidad. Ello se asocia, en parte, al poco uso de exámenes y evaluaciones clínicas estandarizadas y validadas en los sistemas penitenciarios y de supervisión de medidas alternativas. El objetivo de dichas evaluaciones es determinar qué personas tendrán mejores resultados en diferentes modalidades de tratamiento. Así, por ejemplo, personas con consumos asociados a bajo riesgo de reincidencia podrían tener intervenciones mínimas y, a medida que aumenta el consumo de riesgo, se pasaría desde intervenciones breves y motivacionales a tratamientos intensivos y estructurados.

De acuerdo a lo revisado en la experiencia internacional comparada, en la **primera fase** (presentencial) interviene la Fiscalía con equipos multidisciplinarios que realizan la evaluación del riesgo de reincidencia, del estado de salud general y, específicamente, de salud mental y del uso problemático de drogas. En el caso de Uruguay esta instancia no existe.

Una **segunda fase** evaluativa se realiza cuando la persona ingresa al sistema de ejecución penal (sistema penitenciario o de medidas alternativas). En esta fase debe determinarse si el abordaje del uso problemático de drogas debe realizarse desde una perspectiva de gestión del riesgo de reincidencia o desde una perspectiva exclusivamente sanitaria, y orientar las decisiones de derivación a los programas que trabajen con la perspectiva pertinente para las necesidades que presenta la persona.

---

<sup>11</sup> Cabe precisar que los datos que relevó DINAMA derivan de la sistematización de información registrada por los/as técnicos/as durante la entrevista abierta que realizan a las personas al momento de su ingreso. DINAMA no utiliza instrumentos estandarizados para la evaluación del riesgo de reincidencia ni para el uso problemático de drogas.



En el caso de Uruguay, los actores clave responsables de establecer esta distinción son la SNT del INR para las penas privativas de libertad y la ST de la DINAMA para las medidas alternativas.

Para esta evaluación se deben aplicar los instrumentos de evaluación pertinentes, como es el caso del OASys 2.0, que cuenta con subescalas específicas sobre uso problemático de drogas y uso problemático de alcohol (Sosa, 2021) y complementar los resultados con la información contenida en las carpetas procesales. En esta fase, si se detecta que el consumo problemático está asociado a la conducta delictiva, las personas deben ser derivadas a programas de tratamiento que se ajusten a los principios del modelo RNR. Conforme a ellos, los programas más intensivos y estructurados deberán dirigirse exclusivamente a quienes tienen riesgos moderado y alto de reincidencia delictiva. El programa de tratamiento, para estos casos, debería adscribirse a un plan de intervención individual compuesto por acciones integradas bajo una lógica multimodal, que intervenga sobre el conjunto de las necesidades criminógenas evaluadas y fortalezca los factores de protección identificados. Es la persona que desarrolla la gestión de casos quien articula y supervisa el correcto desarrollo del PII, elaborando los informes de actuación y resultados para informar a la administración y al sistema de justicia y coordinando las derivaciones pertinentes para la preparación del egreso una vez cumplida la sentencia.

Una vez que se ha detectado el consumo problemático y se ha establecido su vínculo con las trayectorias delictivas, la fase siguiente es la valoración de la disposición al cambio con una herramienta única, validada, con personal formado y entrenado, contemplando beneficios como la reducción de la pena. Dicha evaluación debe ser continua y periódica, atendiendo a la dinámica, la fluctuación del interés y la disposición de la persona usuaria<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Existen instrumentos estandarizados que permiten evaluar la disposición al cambio y, por ende, la demanda de tratamiento:

1) **University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)** es un instrumento autorreportado que evalúa las etapas del cambio: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento. Está conformada por 4 escalas (existe una versión con 32 ítems y otra con 24). Las respuestas se dan en una escala *Likert* de 5 puntos que van desde 1 = fuerte desacuerdo a 5 = fuerte acuerdo (McConaughy et al., 1983).

Disponible en: <https://www.bexar.org/DocumentCenter/View/27262/URICA>

2) **Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)** (Miller & Tonnigan, 1996) proporciona información sobre las fortalezas y necesidades de las personas usuarias problemáticas de drogas y alcohol en las áreas de disposición al cambio, ingreso y permanencia en el tratamiento. Sigue las etapas del modelo de *Etapas del cambio* (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994): precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Se aplica antes y después de la intervención.

SOCRATES no determina la etapa de cambio específica en la que se encuentra la persona usuaria, sino que proporciona información sobre tres áreas, a través de las escalas: **i) reconocimiento**: el nivel de conciencia o reconocimiento de la persona usuaria sobre la relación entre el consumo de drogas y sus problemas actuales; **ii) ambivalencia**: si la persona usuaria está segura o no de que tiene o no un problema y cuánto piensa en el proceso de cambio o en debatir los pros y los contras; **iii) toma de**

Una **tercera fase** en el proceso de tamización secuencial se asocia al SNIS. Esta evaluación tiene como objetivo identificar consumos no asociados al riesgo de reincidencia o que se desarrollen con posterioridad a la evaluación de ingreso, durante el proceso de ejecución de la pena privativa de libertad o de la medida alternativa. Para las personas privadas de libertad, la responsabilidad de esta evaluación es del SAI-PPL y para las personas sujetas a medidas alternativas, es de los prestadores públicos y privados de salud, según corresponda a cada caso. Actualmente, SAI-PPL utiliza la entrevista clínica como principal herramienta de detección del uso de drogas y la demanda de tratamientos. Desde SAI – PPL se considera el acceso a la atención en salud mental como un derecho independientemente del delito cometido por la persona, de la situación procesal penal o de la duración de la pena a cumplir. En la «Guía de tratamiento: Abordaje del uso problemático de drogas en privación de libertad» una publicación de la JND, el INR, SAI-PPL y la RENADRO (Paciello & Grau, 2024) se define un conjunto de pautas para orientar el diagnóstico inicial mediante entrevistas individuales (Capítulo 4, apartado 4.2): identificar si la persona presenta uso problemático de drogas, si existe motivación para realizar el proceso de tratamiento y descartar criterios de exclusión motivados en una patología psiquiátrica severa (psicosis crónicas, trastornos graves de la personalidad), en la discapacidad cognitiva o en criterios referidos a la seguridad de la unidad penitenciaria. También encomienda la aplicación de la CIE-10 para identificar trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de drogas psicoactivas (F10 - F19).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud

---

**medidas:** evidencia acerca de que la persona está empezando o ya ha tomado algunas medidas para cambiar su comportamiento.

La escala se usa como punto de partida para la discusión entre el técnico/a y la persona y permite planificar los siguientes pasos de la intervención y, particularmente, las opciones de tratamiento y las decisiones de derivación. Cuando la persona usuaria se involucra en el tratamiento, las posteriores aplicaciones de SOCRATES permiten evaluar los efectos de las intervenciones, a través de los cambios en las tres escalas.

**3) Escala de estadios de cambio (SOCS)** (McConaughy, Prochaska & Velicer, 1983) es un cuestionario de autoinforme integrado por 32 ítems o afirmaciones sobre creencias o disposiciones que puede tener la persona respecto del problema de conducta que experimenta. Las personas a quienes se aplica deben valorar, en una escala tipo *Likert* de 1 a 5 puntos, su grado de acuerdo o desacuerdo con lo planteado en cada ítem. Cada ítem de la escala se asocia a alguno de los cuatro estadios del cambio del *modelo transteórico* de Prochaska y DiClemente (4 subescalas: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento). El criterio de corrección de la escala es categórico: la sumatoria de puntuaciones de los ítems que componen cada escala determina la puntuación para cada uno de los estadios del cambio y evaluar cuál es el predominante (Callaghan & Tylor, 2006; DiClemente, Schlundt & Gemmel, 2004; Hemphill & Howell, 2006).

Una versión traducida al español puede encontrarse en Redondo Illescas & Martínez Catena (2011): <https://reic.criminologia.net/index.php/journal/article/view/65/63>

(CIE-10<sup>13</sup>) propone una guía para el diagnóstico a través de criterios clínicos que están frecuentemente presentes en personas con consumo dependiente y perjudicial. Se considera a la persona dependiente de una droga psicoactiva si se cumplen tres o más de los siguientes síntomas: a) deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir; b) disminución de la capacidad para controlar el consumo; c) síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia; d) tolerancia, aumento progresivo de la dosis para conseguir los mismos efectos; e) abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones; f) persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales. Se considera que el consumo es dependiente y perjudicial cuando la salud física o mental se ve afectada por el consumo y se observan consecuencias sociales negativas vinculadas al consumo, incluida la reprobación de terceros.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado la «Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias»<sup>14</sup> (ASSIST, por sus siglas en inglés) para su uso en la atención primaria de la comunidad, con el fin de identificar a las personas que consumen drogas y brindarles, según sea necesario, una intervención breve o la derivación a un tratamiento. El cuestionario consta de ocho preguntas y su aplicación toma entre cinco y diez minutos. Releva información respecto de cada droga que el usuario informa haber consumido a lo largo de la vida, así como del consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. La puntuación obtenida permite clasificar a las personas según el nivel de riesgo para cada droga en «bajo», «moderado» o «alto» y, en cada caso, se determina la intervención más adecuada («no tratamiento», «intervención breve» o «derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento», respectivamente). Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de drogas, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de «alto riesgo». El ASSIST es un instrumento simple y está pensado para ser administrado por cualquier persona con trato directo con usuarios de drogas, para lo cual la OMS pone a disposición un manual de administración.

Finalmente, la **cuarta fase** evaluativa se realiza al finalizar el cumplimiento de la sanción penal. En los casos pertinentes, la persona encargada de la gestión del caso debe generar un resumen de las acciones del PII y sus resultados y, con el acuerdo de la persona, realizar las coordinaciones correspondientes para la continuidad del tratamiento, la prevención de las recaídas y el acompañamiento integral para su inclusión en la comunidad.

---

<sup>13</sup> Actualmente se encuentra disponible una nueva versión de la clasificación, C11: [https://icd.who.int/es/docs/192190\\_ICD-11\\_Implementation\\_or\\_Transition\\_Guide\\_edited\\_ES.pdf](https://icd.who.int/es/docs/192190_ICD-11_Implementation_or_Transition_Guide_edited_ES.pdf)

<sup>14</sup> Disponible en la página Web de la OMS: <https://iris.who.int/handle/10665/85403>

## Recomendaciones

**1)** La evaluación universal del uso problemático de drogas y su vinculación o no con la conducta delictiva, para lo cual resulta estratégico la realización de tamizajes (*screenings*) sistemáticos que permitan identificar si existe uso de drogas y de qué tipo, así como su incidencia en el conjunto de necesidades criminógenas sobre las que se debe intervenir con tratamiento y los factores de protección que se deben fortalecer. Estos *screenings* deberían ser secuenciales y realizarse a lo largo de todo el proceso de ejecución penal, en diferentes entornos y fases: en la etapa presentencial, cuando la persona entra en contacto con el sistema de justicia penal, en la etapa de ejecución de la condena y en la etapa de inclusión comunitaria. El tamizaje debería estar orientado a la coordinación entre las necesidades individuales y el tipo de tratamiento pertinente para intervenir sobre ellas.

En la fase presentencial se podría utilizar el instrumento ASSIST, dadas sus características ventajosas reseñadas en este trabajo. Su aplicación podría estar a cargo de los equipos técnicos de la Fiscalía General de la Nación o del Instituto Técnico Forense del Poder Judicial. Dicha evaluación debería incorporarse a la carpeta procesal de la persona infractora y estar disponible para su consulta por parte de las instituciones que intervienen durante el proceso de la ejecución penal, en cualquiera de las modalidades de sanción que se resuelva imponer, dado que es un insumo sumamente relevante para las evaluaciones posteriores.

**2)** Conformar un sistema único de evaluación que armonice e integre los tamizajes secuenciales y consolide la información sobre: la identificación del uso problemático o no de drogas, su relación o no con la conducta delictiva; si existiese tal relación, la incidencia de este factor en el conjunto de necesidades criminógenas identificadas y la disposición al cambio; en ambos escenarios, la demanda de tratamiento, el progreso y el logro terapéutico.

Dicha información debe orientar la formulación del PII y brindar insumos para que la persona encargada de la gestión del caso trabaje sobre las resistencias y la motivación al cambio. La confianza entre la persona privada de libertad y el técnico interviniente es clave para la detección y la asunción del consumo de drogas, los problemas asociados a él y la motivación para ingresar a un programa de tratamiento. Sin embargo, el problema se genera si las distintas secuencias diagnósticas orientadas a los objetivos de disminución del riesgo de reincidencia delictiva o de mejoramiento de la salud de las personas se mantienen desconectadas. Estos diferentes componentes deberían evaluarse en la etapa presentencial, al ingreso al sistema penitenciario o al sistema de medidas alternativas, antes de la derivación al programa de tratamiento o de salud pertinente, durante el desarrollo y tras la finalización del programa idóneo para el caso. En todos los procesos de tamizaje deberían usarse instrumentos estandarizados, aplicados en el marco de entrevistas realizadas por profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, operadores

terapéuticos, médicos, psiquiatras) formados en modelo de riesgo, uso de drogas, motivación al cambio, intervenciones técnicas y programas basados en la evidencia.

El sistema también debería integrar la información complementaria que se recoge de la carpeta procesal de las personas infractoras, los informes relativos al desarrollo y los resultados del PII, que deberían ser elaborados por las personas encargadas de la gestión del caso, a partir de los insumos recogidos durante el proceso y los aportados por el personal que desarrolla los programas de trato y tratamiento, así como el personal encargado de la convivencia, para los casos relativos a personas privadas de libertad. Contar con informantes calificados permitirá enriquecer la evaluación constante.

**3)** El acceso al sistema único de evaluación debe adecuarse a los procedimientos que tiene el estado uruguayo en relación a la Ley de protección de datos personales (2008) y el Decreto 158/019. Este marco normativo debe orientar el registro de los datos personales en cualquier soporte que los haga susceptibles de tratamiento, y a toda modalidad de uso posterior de estos datos por los ámbitos público o privado.

Este sistema debería habilitar no sólo la estimación de la cantidad y las características de la población sujeta a medidas penales con uso problemático de drogas (asociado y no asociado a la conducta delictiva) sino también el acceso a información cuantitativa y cualitativa sobre los programas en los que participaron y los resultados alcanzados. La información acumulada debería orientar la toma de decisiones sobre la oferta programática y su mejora continua.

**4)** Convocar a un grupo de trabajo con actores sociales y las instituciones involucradas en el proceso penal para establecer y acordar qué instrumentos estandarizados son los adecuados, así como los procedimientos de validación y adaptación a las características de la población objetivo; por ejemplo, privados de libertad, medidas alternativas, varones, mujeres, transgénero. El grupo de trabajo debe revisar periódicamente los instrumentos utilizados y establecer la conveniencia de la creación de instrumentos propios en base a la experiencia que se ha acumulado durante años en el sistema penitenciario y en las instituciones de tratamiento de drogas, así como la incorporación de instrumentos que hoy se aplican en la región.

**5)** Unificación de criterios de cobertura pública mínima dentro del sistema penitenciario. Por Ley N° 18.719 de Presupuesto Nacional 2010 - 2014 es el «Sistema de Atención Integral de las Personas Privadas de Libertad» (SAI-PPL) dependiente jerárquicamente de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) quien tiene la responsabilidad de garantizar el acceso a la salud en general y la salud mental en particular dentro de las unidades penitenciarias. Por lo tanto, se recomienda la extensión de la cobertura del SAI-PPL a todas las unidades penitenciarias, garantizando el uso estandarizado de herramientas a través del sistema penal.

### 3. Perspectiva de género, diversidad e interseccionalidad

Desde hace varios años la política de drogas en Uruguay tiene como uno de sus principios rectores el abordaje del uso problemático desde una perspectiva sensible al género (JND, 2011, 2019, Paciello & Grau, 2024), pues a través de ella se comprenden «las relaciones específicas que varones y mujeres establecen con las drogas, sus semejanzas y diferencias, permitiendo que las acciones desarrolladas alcancen resultados más justos y efectivos, en lugar de reproducir y profundizar las desigualdades existentes» (Paciello & Grau, 2024, p. 10).

El género no es una categoría fija o biológica, sino un constructo social que «se hace» o «se actúa». Las identidades de género no se limitan a categorías binarias de hombre y mujer, sino que existe una diversidad de identidades de género posibles. Estas identidades se construyen a través de normas culturales y sociales que se repiten, se interiorizan y que también están sujetas a cambio, dependiendo de las prácticas y discursos culturales en los que las personas participan (Butler, 1990).

La incorporación de la perspectiva de género e interseccionalidades debe darse de forma complementaria y no excluyente a la aplicación de los principios de las prácticas efectivas reseñados en la primera línea estratégica. Las mujeres y otras minorías dentro del sistema de ejecución penal han sufrido una discriminación histórica en el acceso a tratamientos de base profesional: no se aplica con ellas evaluaciones de ingreso y tienen menos alternativas de derivación dentro del sistema penitenciario y en la comunidad (OUD, 2023). La incorporación de esta perspectiva se basa en atender a las necesidades criminógenas y capacidades de respuesta de las personas vinculadas a su identidad de género.

La experiencia nacional e internacional indica que existen diferencias sustanciales de género en las trayectorias de consumo, los motivos para participar en los programas de tratamiento, las barreras de acceso y en las posibilidades de éxito de los mismos (Pascale et al., 2011; Belenko & Houser, 2012; Tomassini, 2023). A nivel global, por ejemplo, mientras que uno de cada siete hombres con consumo problemático de drogas recibe tratamiento, en el caso de las mujeres lo recibe solo una de cada dieciocho (UNODC, 2024).

Entre el conjunto de diferencias, un eje de particular importancia es el de **los factores relacionales**. En las trayectorias de las mujeres, las relaciones con otras personas significativas (fundamentalmente amigos/as y parejas) ocupan más frecuentemente un rol reforzador del consumo problemático y del involucramiento en el delito que en los varones. Las principales razones del involucramiento de las mujeres en el delito combinan experiencias de traumas, violencia de género, trastornos por uso de drogas, trastornos de salud mental y pobreza (BID, 2024). También se ha encontrado que el consumo, en el caso de las mujeres privadas de libertad, está asociado a mayores comorbilidades, experiencias de violencia en el hogar de origen y situaciones de abuso (EUDA 2022).

Entre las personas que consumen drogas, los trastornos de estrés postraumático y otros problemas de salud mental, como la ansiedad y la depresión, son más frecuentes en las mujeres, y pueden vincularse con las causas o consecuencias de su involucramiento delictivo. También es mayor la frecuencia de la comorbilidad psiquiátrica (problemas primarios de salud mental seguidos del uso problemático de drogas) en las mujeres que en los hombres. Por consiguiente, la exclusión de las mujeres con diagnóstico de patología dual de los servicios de salud mental puede repercutir más en ellas (EUDA, 2022). Así también, las mujeres con patologías de salud mental se ven más afectadas por la sobremedicación (CIDH, 2023).

Los psicofármacos son, junto con la marihuana, la droga psicoactiva más consumida dentro de la cárcel (OPS, 2016, p. 69). Según la investigación del Observatorio Uruguayo de Drogas y la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (Castelli et al., 2019), hay consenso en que las pastillas o «canicas» son «moneda de cambio» entre las personas privadas de libertad, o entre ellas y el personal penitenciario. Existe un vacío de datos desde SAI-PPL en relación a la cantidad de personas que toman psicofármacos en cárceles (Castelli et al., 2019). Según los datos suministrados por el OUD para la elaboración de este plan, entre las personas que han participado en el dispositivo tripartito de tratamiento de drogas en privación de libertad durante 2022 y 2023 pueden observarse diferencias significativas en los patrones de consumo de psicofármacos según el género: 21,6 % de los varones dice consumirlos diariamente frente a 50 % de las mujeres. Además, 34 % de los varones dice haber consumido regularmente psicofármacos en el pasado frente a 53,5 % de las mujeres. Sin embargo, la mediana de edad inicio del consumo frecuente es más temprana entre ellos: 17 años frente a 25 años.

Para los casos de las mujeres embarazadas usuarias problemáticas de drogas, la literatura señala la necesidad de realizar una evaluación exhaustiva por parte de profesionales de la salud debidamente cualificados, para garantizar que cualquier farmacoterapia que se administre asegure la protección de la salud y el bienestar tanto de la madre como del bebé (UNODC, 2008). También se recomienda que el tratamiento para este grupo de mujeres incluya un componente de intervenciones familiares y psicosociales para el fortalecimiento de las actitudes y habilidades para el cuidado integral de las niñas y los niños (UNODC & OMS, 2023).

Las mujeres que consumen drogas por vía parenteral presentan vulnerabilidades específicas a las infecciones víricas hematógenas. A menudo se observa una mayor prevalencia del VIH que entre los hombres, ya que es más probable que compartan los utensilios de inyección, especialmente con sus parejas íntimas. Las mujeres y la población transgénero es más probable que declaren intercambiar sexo por drogas o dinero, pueden tener dificultades a la hora de negociar el uso del preservativo con los compañeros sexuales y están más expuestas a situaciones de violencia sexual dentro y fuera de prisión (UNODC, 2008; CIDH, 2023).

Las intervenciones orientadas al género consisten en programas de tratamiento diseñados específicamente para mujeres, así como para la población LGBTI+, con el objetivo de reducir los índices de reincidencia. Buscan dar respuestas que aborden sus necesidades y circunstancias específicas, como por ejemplo, historias de violencia a nivel individual, familiar, social e institucional, así como las complejidades de cumplir obligaciones y prestaciones que son parte de la medida, al tiempo que desarrollan el cuidado de hijos, hijas y otras personas. Incluyen, entre otros, programas de tratamiento del uso problemático de drogas mediante el abordaje terapéutico cognitivo-conductual (BID, 2024). Así, mientras que el tratamiento para los varones suele estructurarse en torno a formas de aumentar y reforzar el autocontrol, en las mujeres debe centrarse en mejorar su sensación de bienestar y en la superación de eventos traumáticos (Langan & Pelissier, 2001).

La evidencia señala que las mujeres que reciben tratamiento para el uso problemático de drogas reducen la probabilidad de reincidencia hasta 45 % (Tripoldi, Bledsoe, Kim & Bender, 2011) y que las intervenciones orientadas al género inciden en mayor proporción que las intervenciones neutras (Gobeil, Blanchette & Stewart, 2016; Morales et al., 2018).

Para el desarrollo de intervenciones desde el modelo RNR, Bonta & Andrews (2015) señalan un conjunto de consideraciones relacionadas con la capacidad de respuesta específica conforme al género y otras variables de la interseccionalidad, que implican brindar tratamiento: i) sensible al género lo que incluye la atención a las experiencias de abuso y traumas; para el caso de la mujeres con hijos/as a cargo es necesario garantizar servicios de cuidados que les permitan sostener la participación; ii) sensible a la etnia-raza y la cultura; iii) abordar las necesidades específicas relacionadas con la salud mental, a través de respuestas complementarias (medicación, asesoramiento, hospitalización y cuidados posteriores). También sistematizan las recomendaciones específicas de la literatura especializada sobre tratamiento para las mujeres y señalan cuáles de ellas son las más compatibles con el modelo RNR: i) toma de decisiones: observación objetiva para establecer hechos; fortalecimiento o articulación de sistemas de apoyo saludables y reacciones emocionales reflexivas; ii) empoderamiento a través del desarrollo de habilidades prosociales; iii) expresión y contención apropiada de las emociones negativas; iv) reconocimiento y cuestionamiento de las relaciones no saludables o desiguales con pareja, pares o familiares; v) desarrollo de un plan de vida. Finalmente, frente al uso problemático de drogas son compatibles las acciones orientadas a la mejora de la calidad del relacionamiento en distintos ámbitos (el hogar, las instituciones educativas, el trabajo, el ocio y la recreación); la comprensión del uso problemático en el marco de relaciones de pareja con personas usuarias problemáticas o experiencias de abuso y trauma.

***Grupos específicos: personas con patología dual y personas con discapacidad***



La evidencia señala que las personas usuarias problemáticas de drogas con comorbilidad psiquiátrica tienen mayor número de admisiones en servicios de urgencias, mayores tasas de hospitalizaciones psiquiátricas y mayor prevalencia de suicidio que aquellas sin trastornos mentales comórbidos. Además, presentan más comportamientos de riesgo que, a su vez, generan problemas orgánicos (como las infecciones por VIH o VHC), problemas sociales (como mayores tasas de desempleo, falta de acceso a la vivienda y situación de calle) y más comportamientos violentos o delictivos (Torrens et al., 2017; Redondo, 2017). Así, la patología dual (PD) se define como la coexistencia del consumo problemático de drogas y patologías de orden psiquiátrico en una misma persona (Tomassini, 2017)

Los programas de tratamiento deben tener especialmente presente las complejidades relativas al consentimiento informado en los casos de patología dual, así como los protocolos para la consideración de casos de personas que no están en condiciones para dar su consentimiento. Las personas con discapacidad mental son particularmente vulnerables a la intimidación y el abuso, lo que incluye formas más sutiles de discriminación que pueden tener lugar dentro del entorno de tratamiento, como interrumpir a la persona o excluirla de las discusiones grupales o hablar por ella (UNODC, 2008).

En el marco del Plan nacional se recomienda la constitución de un grupo de trabajo específico orientado al desarrollo de criterios claros a la hora de diagnosticar, derivar, brindar tratamiento, preparar el proceso de egreso y brindar acompañamiento a la inclusión social de las personas con patología dual. A nivel comunitario, entre las dificultades para realizar las derivaciones se ha identificado la escasa oferta de servicios para las mujeres que han sido diagnosticadas con patología dual (Tomassini, 2017). En estos casos, los seguimientos y controles deben realizarse con mayor frecuencia, incluyendo la valoración de autolesiones, espacios para la intervención en crisis, contención emocional y promoción de la permanencia en sectores con mayor supervisión. También se recomienda establecer un diálogo lo más cercano posible con las sedes judiciales, para informar la evolución de las personas con patología dual, así como la elaboración de manuales o protocolos que guíen los servicios, programas y dispositivos para la atención e intervención de esta población específica.

Otro grupo específico de especial consideración es el de las personas en situación de discapacidad. La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad define en su Artículo 1: «Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.» En este caso, es preciso evaluar el tipo y el grado de discapacidad para implementar el dispositivo más adecuado para la persona, teniendo en cuenta sus capacidades funcionales y sus potencialidades. En estos casos la evaluación debe

ser constante, pues las necesidades pueden ir variando y, en razón de ello, se deben realizar los ajustes pertinentes. En concordancia con la Convención, los servicios de salud y los programas de tratamiento deberán asegurar la accesibilidad universal, que implica disponer de un entorno, edificación, producto, servicio o medio de comunicación para ser utilizado en condiciones de comodidad, seguridad, igualdad y autonomía por todas las personas. Además, deberán incorporar los ajustes razonables para garantizar a las personas con discapacidad el uso del servicio o del programa en igualdad de condiciones. Esto implica acciones para remover las barreras que obstaculicen el pleno acceso. En este sentido, deberán considerarse las diversas dimensiones de la accesibilidad: física, sensorial, cognitiva y digital.

Los equipos de trabajo deben ser multidisciplinarios también incluyendo técnico especialista en discapacidad. Es importante la capacitación y sensibilización para todo el personal que trabaje con dicha población dado que presentan doble estigmatización por su condición de discapacidad y por el uso de drogas, al igual que las personas que tienen patología dual. Las intervenciones consideradas en el plan de tratamiento deben estar adaptadas a las capacidades de la población con la que se está trabajando, pero apelando siempre a promover la mayor autonomía y a la capacidad de decisión respecto al tratamiento terapéutico y farmacológico administrado.

### ***Trabajo con las familias***

Las familias ocupan un rol sustantivo, ya que asumen el sostén económico y emocional de las personas privadas de libertad y de la mayoría de las personas sujetas a medidas alternativas. Sin embargo, la carga del cuidado de sus seres queridos y las condiciones institucionales adversas generan efectos que repercuten negativamente en su situación financiera, familiar, social y emocional. Las consecuencias negativas afectan muy especialmente a las mujeres familiares pues son quienes mayoritariamente asumen dicho rol.

A pesar de la magnitud de su aporte, ni el sistema de justicia penal ni las instituciones encargadas de las diversas políticas sociales han desarrollado servicios y recursos para atender y apoyar adecuadamente sus diversas necesidades (vinculadas con la vivienda, el trabajo, el acceso al crédito, la atención de salud mental, los cuidados de niños, niñas, adolescentes y personas dependientes) y las demandas relacionadas con las condiciones de vida y la rehabilitación de sus familiares.

Tampoco reciben información amigable y accesible sobre las normas que regulan los aspectos fundamentales de la ejecución penal y, en particular, los procedimientos de comunicaciones y visitas: qué objetos pueden ingresar, qué procedimientos deben seguirse, qué restricciones o prohibiciones existen en el sistema penitenciario. Las deficientes condiciones para la visita y el alojamiento de sus familiares en unidades alejadas de su lugar de residencia obstaculizan las

posibilidades de mantener, reconstruir y fortalecer los vínculos socioafectivos. Esto tiene un impacto diferencial en las mujeres privadas de libertad, quienes son menos visitadas y reciben menos apoyo de sus familiares. A ello se suma la desvinculación de sus hijos e hijas quienes, mayoritariamente quedan al cuidado de familiares o bajo la custodia del sistema de protección infantil (UNODC, 2008, Castelli et al., 2019).

Para los familiares que acompañan a las personas sujetas a medidas alternativas la carga es similar, ya que también deben asumir los cuidados de niños y niñas mientras los adultos referentes cumplen con las tareas comunitarias y otras medidas impuestas (incluidos los tratamientos) y/o el sostén económico familiar, cuando las personas condenadas con prisión domiciliaria no pueden trabajar.

Los niños, niñas y adolescentes (NNA) que tienen referentes adultos privados de libertad enfrentan desafíos particulares como la falta de apoyo emocional y la posibilidad de ser estigmatizados en los centros educativos o en la comunidad, lo que puede tener un impacto en su desarrollo.

Así, un lineamiento estratégico para toda política vinculada con la justicia penal es generar una trama de servicios, dispositivos y recursos disponibles en las propias comunidades para brindar orientación y apoyo a las familias.

En los casos en que los familiares se constituyen como vínculos prosociales, es importante que se generen espacios para su incorporación a los procesos terapéuticos. Las investigaciones disponibles muestran que las familias pueden jugar un rol importante en la motivación y el apoyo a los procesos de rehabilitación. Sin embargo, también pueden estar atravesadas por diversos conflictos que hacen necesaria la intervención de un profesional de la salud mental ya sea a nivel del grupo familiar o individual (Pinzón y Calvo, 2021). Siempre que sea posible y positivo para la intervención terapéutica, deberá promoverse el involucramiento de la familia, para contribuir al desarrollo de las habilidades prosociales y el fortalecimiento de los vínculos interpersonales saludables (Tomassini, 2023).

## Recomendaciones

- 1)** Formación y sensibilización del personal técnico y no técnico en género e interseccionalidad, como elementos centrales en pos de la no discriminación, la promoción de la autonomía y la capacidad de decisión respecto al tratamiento terapéutico y farmacológico administrado, y desarrollar protocolos para la consideración de casos de personas que no están en condiciones para dar su consentimiento. Conocimiento de las manifestaciones específicas de los problemas derivados del consumo problemático, comorbilidades y manejo de la abstinencia.
- 2)** Desarrollo de programas de tratamiento que atiendan las especificidades de las trayectorias de consumo, los motivos para participar en los programas de

tratamiento, las barreras de acceso y las posibilidades de éxito de los mismos. Integrar el impacto diferencial de los factores relacionales, así como las complejidades de cumplir obligaciones y prestaciones que son parte de la medida, al tiempo que desarrollan el cuidado de hijos, hijas y otras personas.

**3)** Constitución de un grupo de trabajo orientado al desarrollo de criterios comunes de diagnóstico de patología dual, de criterios de inclusión y exclusión en las opciones de tratamiento y derivación. Elaboración de manuales o protocolos que guíen los dispositivos de intervención hacia esta población específica. Aumentar la frecuencia de seguimientos y controles, incluyendo la valoración de autolesiones y promoción de la permanencia en sectores con mayor supervisión.

**4)** Asegurar la accesibilidad universal a tratamientos para personas con discapacidades incorporando ajustes razonables para la utilización de los programas en igualdad de condiciones. Esto implica acciones para remover las barreras físicas, sensoriales, cognitivas y digitales que obstaculicen el pleno acceso.

**5)** Disponer la coordinación programática para la inclusión de las familias como parte integral de los procesos de tratamiento. Propiciar redes de apoyo y orientación en las comunidades de residencia y en su ámbito sociocultural.

#### 4. Reclutamiento, formación y reconocimiento del personal

Los equipos humanos son un recurso crucial para la calidad de la implementación de los programas de tratamiento. Contar con personal motivado, empático, que crea en la posibilidad de cambio de la población que ha cometido delitos, con capacidades de adaptación, gestión de conflictos, comunicación asertiva y trabajo en equipo es un elemento sustantivo de la integridad programática. El desarrollo de estas capacidades se logra a través de procesos de reclutamiento, formación y reconocimiento.

Los principios organizacionales del modelo RNR (Bonta & Andrews, 2015) enfatizan la importancia de que la política pública y los órganos encargados de su administración respalden la integridad programática. De hecho, el personal involucrado en los programas y servicios no podrá desarrollar adecuadamente su labor sin el apoyo de la institución en la que cumple funciones y de las involucradas en las distintas prestaciones que brindan a la población infractora de la ley penal. Por ello, es crucial que las instituciones de salud, drogas, educación, formación profesional y de servicios sociales actúen coordinadamente en el marco del objetivo de la rehabilitación.

En este sentido, la implementación del Plan nacional no solo requerirá la dotación de recursos humanos suficientes e idóneos para intervenir sobre el problema conforme a su magnitud y complejidad, sino también la transformación de la cultura organizacional del sistema de ejecución penal. Dado su carácter interinstitucional, esta política exigirá la armonización de enfoques orientados a la rehabilitación, la incorporación y la generalización del uso de instrumentos estandarizados de evaluación, el desarrollo de un lenguaje técnico común y acciones coordinadas para asegurar la coherencia transversal de las intervenciones. Además, exigirá que el sistema de ejecución penal supere su lógica de gestión centrada en la seguridad y armonice los objetivos de los distintos escalafones de su personal, para que aseguren la integralidad de la intervención.

Se trata, en definitiva, de que todos los recursos humanos que trabajan con la población infractora de la ley penal, desde distintas instituciones y funciones, conozcan y adhieran al modelo de trabajo, sus conceptos y fundamentos básicos, apuntando a la complementariedad y especialización de los distintos perfiles. Para ello es clave el compromiso de los actores responsables de la toma de decisiones en cada una de las instituciones involucradas y también de quienes desarrollan tareas en el trato directo con la población penada. Sin un liderazgo claro y proactivo, cualquier intento de armonización de enfoques se verá seriamente amenazado. En este sentido, el Plan deberá establecer la esfera de responsabilidades colectivas y los ámbitos para su coordinación, así como el alcance de las funciones de cada una de las instituciones que lo integran.

El sistema de ejecución penal suele presentar problemas para contar con recursos humanos calificados y con experiencia. La alta rotación del personal es un obstáculo para la estabilidad y la efectividad de los programas de tratamiento. Por un lado, las prisiones suelen estar ubicadas en lugares alejados y de difícil acceso, lo que empeora las condiciones generales de trabajo. A esto se suma la precariedad de las condiciones ambientales, la multitarea y la sobrecarga de trabajo. Por otro lado, las intervenciones en la comunidad requieren habilidades específicas, por cuanto es necesario que la formación inicial y continua del personal incorpore la contextualización correspondiente. La literatura especializada también señala que los problemas relacionados con el exceso de familiarización y la resistencia a las rígidas normas de custodia son comunes entre los proveedores de tratamiento que carecen de experiencia en los entornos de justicia penal (Farabee et al., 1999).

Conforme a lo reseñado en este trabajo a partir de las experiencias internacionales analizadas, las intervenciones frente al uso problemático de drogas suelen ser desarrolladas por equipos multidisciplinarios, usualmente compuestos por psicólogos, trabajadores sociales, médicos comunitarios y médicos psiquiatras, operadores terapéuticos y educadores sociales. Dichos equipos son coordinados por profesionales referentes que, a su vez, integran otros equipos multidisciplinarios más amplios, conformados para articular las acciones de trato y tratamiento. Así también,

como fue descrito, existe personal encargado de la gestión de casos, cuya función es codiseñar, acompañar, monitorear y evaluar el PII, a través de acciones para la motivación al cambio, el manejo de las resistencias, la prevención de las recaídas y la promoción de conductas prosociales. Tanto en la intervención penitenciaria como en la intervención en la comunidad, el personal encargado de la gestión de casos coordina acciones, comparte y analiza información relativa a cada persona usuaria con los equipos que desarrollan los distintos programas. En la privación de libertad, también coordina acciones con el personal de custodia que dinamiza la convivencia cotidiana.

Respecto de los roles dentro de los equipos, el médico psiquiatra es quien se encarga de evaluar e indicar el tratamiento farmacológico y la agenda para el seguimiento y el control de cada caso. Los/as psicólogos/as suelen estar a cargo de las sesiones individuales y junto a operadores/as terapéuticos y trabajadores/as sociales desarrollan las sesiones programáticas grupales y propician la participación de familiares y referentes socioafectivos en el proceso de tratamiento. En el trabajo social específicamente suele centrarse la evaluación y coordinación de acciones en la comunidad, si correspondiere al caso. Generalmente, estas duplas o tríos profesionales están a cargo de otro/a profesional que supervisa su labor y coevalúa el desarrollo y los resultados de la intervención.

### ***El cuidado de los equipos de trabajo***

El personal que trabaja con la población penal está expuesto a múltiples riesgos y condiciones de trabajo que pueden producir estrés laboral y agotamiento emocional. Estos y otros signos de desgaste profesional (Grifn et al., 2010) pueden reducirse en la medida que se promueven prácticas de buen trato que mejoran el ámbito laboral y las condiciones de seguridad en que trabaja el personal.

El trabajo multidisciplinario, llevado a cabo correctamente, auspicia el intercambio, fomenta la creatividad, retroalimenta las propuestas y cohesión y sentido de pertenencia al grupo, entre otros beneficios. Se debe promover el desarrollo de habilidades blandas como la comunicación asertiva, la escucha activa, la creatividad, la flexibilidad, la planificación y la gestión del tiempo, la participación, el trabajo colaborativo, la mediación, la negociación y la gestión de conflictos.

El desarrollo regular de reuniones de trabajo, ateneos para la discusión de casos individuales y las dinámicas de funcionamiento de los grupos, la planificación de tareas, el relevamiento de temas de interés para la formación profesional continua, así como la organización de talleres participativos para el intercambio y la sistematización de saberes y experiencias y la innovación de las prácticas son instancias fundamentales para el fortalecimiento del colectivo. También, los espacios de cuidado y salud ocupacional dinamizados por agentes externos al grupo que releven las dificultades y tensiones que emerjan de la labor, así como promuevan

espacios recreativos para la socialización y el fortalecimiento de la comunicación interpersonal.

### ***La formación de los equipos de trabajo***

Contar con posibilidades de formación específica y continua es una necesidad y una demanda característica del personal que desarrolla tareas de trato directo con la población penal. La formación es sustantiva para el desarrollo y el fortalecimiento de saberes y herramientas que nutran la práctica profesional cotidiana.

En las experiencias internacionales relevadas, la formación continua sobre los marcos teóricos y metodológicos que encuadran la labor es una herramienta sustantiva para garantizar la calidad y la mejora continua de los servicios y programas. Así también, el entrenamiento intensivo de los equipos encargados de aplicar instrumentos para la evaluación estandarizada y supervisar y dinamizar los programas específicos para el tratamiento del uso problemático de drogas. La formación continua debe asegurar los mejores estándares curriculares, pedagógicos y didácticos, para lo cual deberá contar con unidades académicas y equipos docentes altamente calificados. La formación curricular también integra talleres, cursos específicos, seminarios y congresos en los que participan expertos/as nacionales e internacionales. El personal, además de recibir la formación, debe participar activamente en la creación de la curricula, la organización de instancias de intercambio técnico y la evaluación de las propuestas formativas (Heseltine et al., 2011).

Los procesos de formación de los equipos a cargo de la implementación de los servicios y programas cuentan con procesos de acreditación que involucran a diversas instituciones académicas, universidades y organizaciones profesionales nacionales e internacionales (Heseltine et al., 2011).

Por otra parte, las políticas de certificación técnica y los incentivos financieros para la formación han arrojado buenos resultados para mejorar la calidad de las intervenciones y la retención del personal (Farabee et al., 1999). Las políticas activas de formación cruzada han mostrado ser útiles para superar el problema de los objetivos contrapuestos del personal policial, civil penitenciario y técnico. Sin una formación integrada por los tres grupos, los objetivos custodiales, anclados a la gestión tradicional de la ejecución penal, terminan desplazando a los orientados a la rehabilitación y, en definitiva, también desvirtuando a la intervención integral.

Respecto de la formación continua, hay amplio consenso sobre los contenidos transversales, como el enfoque basado en derechos humanos, la perspectiva de género y diversidad, el modelo social de la discapacidad, el modelo RNR y la perspectiva de gestión de riesgos y reducción de daños, que deben integrar la curricula general. Y hay otros específicos, relacionados con los instrumentos de

evaluación, los programas basados en la evidencia y las técnicas de tratamiento, que componen la curricula específica para la formación del personal técnico.

Para impulsar una política de formación activa, el Centro de Formación Penitenciaria podría celebrar acuerdos con las universidades, los centros de investigación, las organizaciones de profesionales, las instituciones involucradas en las políticas de salud, drogas, justicia, derechos humanos, entre otras.

La formación continua debe ser acompañada con prácticas profesionales supervisadas por parte de profesionales especializados y con experiencia de trabajo con la población penal.

Muchos programas de tratamiento de drogas también han reconocido el valor del mentoreo por pares, apostando a integrar a personas exusuarias problemáticas de drogas quienes ya han cumplido medidas penales, para su implementación. Su participación también puede colaborar en la construcción de confianza para declarar los problemas del consumo, superar «la barrera del uniforme» y vencer las resistencias que operan contra el cambio. La incorporación de pares debe darse en el marco de protocolos claros, procesos de formación y de certificación que habilite el desarrollo del rol de mentoreo.

Más allá de las políticas de certificación técnica y formación continua es fundamental la implementación de acciones de reconocimiento simbólico **y material** que permitan a los funcionarios potenciar su perspectiva de desarrollo profesional. Debe existir una carrera funcional que evalúe y valore el desempeño y la formación del personal, habilitando el ascenso, la llegada a puestos jerárquicos y el reconocimiento material y simbólico a través de criterios justos, explícitos y conocidos de antemano. También se deben promover los reconocimientos colectivos, fomentando el trabajo colaborativo y en pos de objetivos compartidos.

Entre las medidas de reconocimiento simbólico, se propone el acompañamiento de referentes y jefes directos, como acción de respaldo a la tarea; la elaboración de notas de reconocimiento con anotación en los legajos y la organización de jornadas donde se promuevan las iniciativas de los equipos técnicos y se expongan las prácticas exitosas.

Finalmente, además del esfuerzo por mejorar los espacios de trabajo y su equipamiento, es necesario considerar la incorporación de la tecnología en los procesos técnicos. En los últimos años hemos presenciado una transformación profunda en la diversificación de las herramientas y las tecnologías de la información y la comunicación. La tecnología genera, constantemente, nuevas oportunidades y desafíos, por cuanto resulta relevante que exista un aprovechamiento crítico y reflexivo que potencie el trabajo con la población que cumple sanciones penales.



En las consultas realizadas se estableció que en el núcleo principal de las intervenciones —como las entrevistas, la atención individual y grupal, la evaluación, y la contención— existe un espacio de desarrollo para las opciones telemáticas. Así por ejemplo, las entrevistas con familiares o referentes, el seguimiento de casos, agendas, monitoreo a distancia, formación del personal, reuniones de equipo o asistencia jurídica a distancia, pueden optimizar recursos y disminuir los tiempos de espera.

Para finalizar, es necesario contar con personal suficiente para asegurar, de inicio a fin, la implementación de los programas en las condiciones adecuadas. Cambiar la dotación de recursos humanos sobre la marcha, no solo atenta contra la calidad de la implementación, sino que puede impactar negativamente en la dimensión actitudinal del personal, a través del descreimiento respecto de la política pública.

## Recomendaciones

- 1)** Propiciar el compromiso y liderazgo de los actores responsables de la toma de decisiones de política pública, así como de quienes desarrollan tareas en el trato directo con la población penada para conozcan y adhieran al modelo general de trabajo, sus fundamentos básicos, el rol y responsabilidad específica de cada institución.
- 2)** Apostar por el desarrollo de equipos multidisciplinarios (psicólogos trabajadores sociales, médicos comunitarios y psiquiatras, operadores terapéuticos y educadores sociales) que junto al personal encargado de la gestión de casos, deben codiseñar, acompañar, monitorear y evaluar los programas de Intervención. Desarrollar regularmente reuniones de trabajo y ateneos para la discusión de casos individuales y las dinámicas de funcionamiento de los grupos, sistematización de experiencias e identificación de prácticas innovadoras.
- 3)** Complementar la formación curricular con prácticas supervisadas por parte de profesionales especializados y con experiencia de trabajo con la población penal.
- 4)** Promover el buen trato y las condiciones de seguridad en que trabaja el personal. Habilitar espacios de cuidado y salud ocupacional dinamizados por agentes externos al grupo que releven las dificultades y tensiones que emerjan de la labor. Difundir la información relativa a los protocolos de protección y denuncia ante situaciones de acoso laboral.
- 5)** Entrenamiento intensivo de los equipos encargados de aplicar instrumentos para la evaluación estandarizada y supervisar y dinamizar los programas específicos para el tratamiento del uso problemático de drogas. Facilitar la participación del personal

en el diseño de la curricula, la organización de instancias de intercambio técnico y la evaluación de las propuestas formativas

**6)** Generar ámbitos de formación cruzada entre personal policial, civil penitenciario y técnico para que el rol custodial no desplace a los objetivos de rehabilitación. Desarrollar contenidos transversales, como el enfoque basado en derechos humanos, la perspectiva de género y diversidad, el modelo social de la discapacidad, el modelo RNR y la perspectiva de gestión de riesgos y reducción de daños.

**7)** Desarrollar protocolos, procesos de formación y de certificación que permitan ampliar la base de reclutamiento del personal a través del mentoreo por pares, apostando a integrar a personas exusuarias problemáticas de drogas quienes ya han cumplido medidas penales.

**8)** Supervisar que la carrera funcional evalúe y valore el desempeño y la formación del personal, habilitando el ascenso, la llegada a puestos jerárquicos y el reconocimiento material y simbólico a través de criterios justos, explícitos y conocidos de antemano.

**10)** Generación de un sistema de reconocimiento simbólico, con elaboración de notas de reconocimiento con anotación en los legajos y la organización de jornadas donde se promuevan las iniciativas de los equipos técnicos y se expongan las prácticas exitosas.

**11)** Contar con personal suficiente para asegurar, de inicio a fin, la implementación de los programas en las condiciones adecuadas.

## **5. Monitoreo & evaluación**

Los procesos de monitoreo y evaluación (M&E) son parte sustantiva del ciclo de vida de las políticas públicas y los programas sociales, pues plantean el seguimiento continuo de las acciones realizadas (monitoreo), la revisión de los avances de cumplimiento de los objetivos trazados (evaluación de proceso), así como del nivel de alcance de dichas metas (evaluación de resultados). El proceso de M&E se desarrolla desde las etapas de planificación y diseño de los planes programas y proyectos hasta su implementación, lo que brinda la oportunidad de retroalimentar dicha planificación e, incluso, replantear los objetivos, realizar rediseños o ajustes de implementación (Orozco & Valdivia, 2021).

Por monitoreo se entiende al proceso continuo que, mediante procedimientos de recolección de información y su análisis, observa la implementación de los cursos de acción asociados a políticas y programas, conforme fueron diseñados. Por su parte, la evaluación es el análisis que permite identificar el grado de pertinencia y

cumplimiento de los objetivos planificados para dicha política o programa respecto de su diseño, implementación, impacto y sostenibilidad. La evaluación de las políticas y programas es un proceso de mejora continua y rendición de cuentas orientado a dos objetivos: 1) proveer información válida y confiable que apoye el análisis de la política y la mejora continua de sus programas para que contribuyan a su articulación y, con ello, al mejor logro de los resultados; 2) contribuir a la transparencia y a la rendición de cuentas, informando a la ciudadanía sobre los resultados de las diferentes acciones de política pública (CONEVAL, 2024).

Todo proceso de planificación de políticas y programas comienza con la estructuración de una línea de base. Este es un punto de referencia fijo que se utiliza para comparar el desarrollo de las políticas y programas a lo largo del tiempo en relación con los costos estimados para su desarrollo. Para componer la línea de base es necesario definir adecuadamente los objetivos específicos de la política o programa e identificar las implicancias de cada uno de ellos con relación a la meta de la política o programa (objetivo general). Las implicancias asociadas a cada objetivo específico se clasifican en dos tipos de efectos: directos y de segunda y tercera vuelta (Ortegón, Pacheco & Prieto, 2014). Los efectos directos son los cambios buscados de manera explícita por la política o programa y que han sido impulsados a través de sus actividades. Por ejemplo, el número de personas que participan en un programa de tratamiento para el uso problemático de drogas es un efecto directo de una acción para el fortalecimiento de la respuesta frente al problema. Por su parte, el número de participantes que completan el ciclo programático con buenos resultados (es decir, constatando mediante la evaluación estandarizada la disminución de riesgos y daños) es un efecto directo de una acción que busca que la intervención sobre el uso problemático de drogas sea efectiva. Los efectos de segunda y tercera vuelta son aquellos a los que la política o programa pretende contribuir en el marco de procesos de mayor alcance. Por ejemplo, si el objetivo del programa para el abordaje del uso problemático de drogas es que las personas usuarias tengan disponible un conjunto de servicios y prestaciones para la inclusión social, los efectos de segunda vuelta serán que los recursos presupuestales, humanos y materiales sean utilizados de manera eficiente para garantizar dicha disponibilidad. Por su parte, los efectos de tercera vuelta serían que la mayor disponibilidad de los servicios y prestaciones utilizados de forma eficiente aumenta las tasas de inclusión social efectiva; esto es, que las personas retornen a sus comunidades con un proyecto de vida y no reincidan.

Una vez que se ha identificado el conjunto de efectos directos se deben construir los indicadores cuantitativos y cualitativos que permitirán medir los efectos. Para cada indicador se definen los instrumentos de medición.

Como puede apreciarse, la información es un requisito sustantivo para la construcción de la línea de base y del plan de M&E de la política o programa.

## ***Sobre la información para el monitoreo y la evaluación***

La prevención de la reincidencia delictiva es un objetivo central del sistema de ejecución penal, a partir de la función que la Constitución de la República le asigna a las cárceles en su artículo 26. La reincidencia es un criterio central para evaluar el éxito o el fracaso del sistema penal y la política criminal y puede ser medida de diversas formas, distinguiéndose la comisión de nuevos delitos aunque éstos no fueran sancionados penalmente (reincidencia criminológica), el reingreso a un establecimiento penitenciario (reincidencia penitenciaria), la que provoca una nueva condena (reincidencia judicial) o la existencia de un nuevo arresto (reincidencia policial) (Ministerio del Interior, 2023).

Los estudios centrados en el desistimiento delictivo enfatizan la importancia de considerar el proceso mediante el cual las personas van abandonando progresivamente su involucramiento en el mundo del delito. Así, la reincidencia no interesa sólo como evento discreto (presencia / ausencia) sino que toman relevancia los distintos grados de avance en un proceso de abstención de la actividad criminal (Maruna, 2004), como la disminución en la frecuencia, en la gravedad o en la variedad de los delitos cometidos (Farrall, 2002; Loeber y LeBlanc, 1990; Farrington, 2007).

A pesar de su centralidad para el monitoreo y la evaluación de las intervenciones dirigidas a personas sujetas a sanciones penales, recién en 2023 el Ministerio del Interior presentó el primer informe oficial sobre reincidencia. Allí se plantea la creación del indicador *reincidencia penitenciaria*, definido como «Proporción de liberados en un año calendario que, tras su primera excarcelación, vuelve a prisión por haber cometido algún nuevo delito en los 6 meses, uno, dos y tres años posteriores» (Ministerio del Interior, 2023, p. 4). Dentro de este marco operativo, relativamente restrictivo, se observa que en Uruguay casi la tercera parte de la población liberada vuelve a prisión en los 6 meses posteriores a su liberación, mientras que dos terceras partes reingresan en un período de tres años. El reencarcelamiento es mayor entre los hombres que entre las mujeres y se da de modo más acentuado entre la población joven que entre la de edad avanzada (Ministerio del Interior, 2023).

Más allá del gran avance que significó esta primera aproximación al problema es fundamental que el país siga desarrollando sistemas de información que permitan jerarquizar a la reincidencia como indicador del sistema penal en general y del sistema de ejecución en particular; considerando por ejemplo, tanto la población condenada por delitos penales como por faltas.

La rehabilitación puede entenderse como el resultado efectivo de la intervención desarrollada por un conjunto de instituciones en el ámbito de la ejecución penal. Por definición, la intervención es una estrategia de carácter integral que ensambla los cursos de acción en las áreas de evaluación, trato y tratamiento. En

consecuencia, la generación de información sobre las personas usuarias, las formas en que los programas se implementan, así como los resultados esperados y no esperados que producen es crucial para el desarrollo de intervenciones exitosas. La información producida también debe permitir estimar la dimensión del problema para tomar decisiones sobre el nivel de inversión necesario para resolverlo. En el marco de recursos escasos, un adecuado proceso de monitoreo y evaluación sobre el uso del esfuerzo público y sobre el nivel de logro alcanzado respecto de los objetivos trazados es una herramienta fundamental para orientar la inversión eficiente.

Es casi una regla que la evaluación será tanto mejor cuanto antes sea planeada (Cano, Rojido & Borges, 2020). Lo ideal es que sea diseñada en conjunto con la propia intervención y que se incorpore como un rubro específico dentro del presupuesto del programa. Para ello, es esencial que los programas establezcan objetivos que sean específicos, medibles, alcanzables y realistas, de modo que sean susceptibles de ser monitoreados.

La Organización de Estados Americanos (2013) distingue tres niveles de información para el desarrollo de rutinas de monitoreo y evaluación. El primer nivel es el de **monitoreo de procesos y productos**. Aquí se incluye información sobre las formas en las cuales se está entregando el servicio, si se ajusta al diseño de intervención y cuáles han sido los problemas y adaptaciones que se han tenido que llevar adelante en el proceso para superar las dificultades. Indicadores plausibles de utilizarse para el monitoreo de productos de implementación es la proporción de personas que demandan tratamientos, quienes inician y finalizan, sus perfiles, las modalidades de atención y el nivel de satisfacción del personal a cargo y de las personas usuarias, como modo de identificar problemas en la forma que se están implementando. Una administración comprometida con procesos de innovación, eficiencia del gasto, mejora continua y eficacia de la política pública y su programas implementa procesos consistentes de monitoreo y evaluación.

La consolidación de un **ecosistema plural** de ofertas programáticas debería acompañarse con el desarrollo de un esquema de **relevamiento de información estandarizada sobre los programas**, con fines comparativos. Este instrumento debería permitir evaluar el contenido del programa y su estructura (por ejemplo, tipo de programa, duración y enfoque del tratamiento), del personal implicado (por ejemplo, roles y proporción de personal/participantes) y de los y las participantes (por ejemplo, elegibilidad y procedimientos de admisión) para poder establecer **qué funciona, para quiénes y en qué momento** (Welsh y Zajac, 2004).

El segundo nivel es la **evaluación de impacto**. Se orienta a los resultados que está obteniendo el programa y si la intervención logra los cambios propuestos con relación al problema en forma sostenible. Tiene vínculo directo con los objetivos terapéuticos que fijó el programa e intenta establecer los efectos de la participación en el programa para los participantes. La evaluación del impacto de las acciones del

programa debe ser periódica. La periodicidad estará dada por las características del programa (Espinoza, 2013).

Por último, el tercer nivel refiere a la **evaluación de resultados**. A diferencia de la anterior, este tipo de evaluación debería ser llevada adelante por un equipo independiente y es acotada en el tiempo. Está orientada al establecimiento de inferencias causales robustas respecto del impacto específico del programa y pretende dilucidar qué hubiera pasado si la intervención no hubiese ocurrido o se hubiera desarrollado de un modo distinto. La posibilidad de realizar buenas evaluaciones de resultados depende, en gran medida, de si fueron previstas desde el propio diseño del programa, pues en muchas ocasiones requiere tomar decisiones respecto de cómo se seleccionarán las personas participantes y los grupos de control, para comparar la ocurrencia o no de cambios en quienes participaron y no del programa; también el tamaño de los programas, las características de los equipos que los desarrollaron y cómo fueron implementados. Para ello es necesario contar con información robusta proveniente del proceso de monitoreo continuo. Es un tipo de evaluación costosa y que requiere un largo plazo para realizarse.

Complementariamente, también se identifican las evaluaciones costo - beneficio (Cano et al., 2020). En este sentido, contar con una estimación robusta de la población con usos problemáticos de drogas que demanda tratamientos permitiría acercarnos al problema de los recursos necesarios para abordar el problema. Disminuir la brecha existente entre demanda y oferta de tratamientos es un requisito central para la implementación del Plan nacional y sin recursos asociados no existe base sólida para lograr los objetivos.

El desarrollo de evaluaciones costo-beneficio implica comparar el valor o el beneficio de un programa con el costo que originó. Los costos no son solamente económicos, sino sociales o de otro tipo. Los impactos negativos no intencionales de los programas también deben formar parte de este costo. Sin embargo, para realizar este tipo de evaluaciones se debe poder monetizar tanto los costos como los beneficios de la reducción de la reincidencia delictiva asociada al uso problemático de drogas para el sistema penal y el sistema de salud. Así, a diferencia de otro tipo de evaluación, la de costo-beneficio es siempre relativa, pues un programa será eficiente o ineficiente en comparación con las alternativas disponibles (Cano et al., 2020).

## Recomendaciones

**1)** Generar las transformaciones necesarias para que los sistemas de información existentes permitan una estimación actualizada sobre el uso problemático de drogas en la población privada de libertad y la sujeta a medidas alternativas, su perfil sociodemográfico, penal y de riesgo de reincidencia asociado.

**2)** Validar y adaptar las herramientas comunes del sistema *tratamiento.registra* y de gestión de calidad de la RENADRO para la población sujeta a medidas penales. Mejorar los niveles de estructuración y estandarización de respuestas.

**3)** Avanzar en la producción de información y su registro actualizado en los sistemas institucionales para poder estimar el uso problemático de drogas en la población sujeta a sanciones penales y la demanda de tratamiento. Para colaborar en este esfuerzo, el equipo consultor diseñó un set de indicadores y pautas metodológicas para su relevamiento de información<sup>15</sup>.

**4)** A partir de la disponibilidad de dicha información podrá construirse la línea de base para el Plan nacional y definir los indicadores que permitirán medir el logro de los objetivos. En consecuencia, debería diseñarse un plan de monitoreo y evaluación del Plan nacional.

**5)** Construir indicadores y métodos apropiados para su relevamiento, a efectos de determinar: i) si el uso problemático está asociado a la conducta delictiva y si el programa para intervenir sobre dicho uso ha logrado disminuir el riesgo de reincidencia y en qué medida; ii) si el uso no está asociado a la conducta delictiva, si el programa ha logrado disminuir el uso problemático y en qué medida; iii) si se realizaron las coordinaciones sanitarias pertinentes y si estas contribuyeron a la mejora de la salud integral de la persona y al uso problemático en particular; iv) si el programa ha logrado mejorar la convivencia en su entorno (sistema penitenciario o comunidad) y en qué medida; v) si el programa ha contribuido a la inserción social de las personas participantes y en qué medida.

**6)** Planificar e implementar un proceso para monitorear la incorporación generalizada de instrumentos estandarizados para la evaluación del uso problemático de drogas y la demanda de tratamiento. El proceso debería incluir acciones de: i) asesoramiento técnico a las instancias encargadas de planificar y coordinar la evaluación de la población objetivo sobre el encuadre teórico y metodológico de dichos instrumentos; ii) la composición de manuales, guías y listas de verificación para el apoyo a la aplicación; iii) la formación del personal sobre el encuadre conceptual y metodológico del instrumento; iv) el entrenamiento del personal en la aplicación; v) la organización de sesiones para el testeo y la calibración de la aplicación, para asegurar que no existen errores derivados de criterios o interpretaciones personales; vi) un proceso de monitoreo de la aplicación para identificar tempranamente y corregir sesgos, errores o derivas en el procedimiento de aplicación que, a la postre, alteren los resultados y por ende, afecten la fiabilidad y la capacidad predictiva de los instrumentos. Esto es especialmente relevante no solo para el caso de los instrumentos importados de otros países —hayan sido o no adaptados al contexto y segmentos de población específicos— sino también para los que pudieran producirse en el ámbito nacional.

---

<sup>15</sup> Disponible en los Anexos 1 y 2.

**7)** Conformar un grupo técnico interinstitucional que implemente y monitoree el proceso de acciones para la incorporación generalizada de instrumentos estandarizados dentro de las medidas de ejecución penal en todo el territorio nacional. El grupo podría ser liderado por la Coordinación de evaluación de la Subdirección Técnica del INR y ser conformado por técnicos del INR, la DINAMA, el CEFOPEN, la SND, el SAI-PPL y la DINALI.

**8)** Producir informes periódicos sobre el monitoreo de la aplicación de los instrumentos y sus resultados. Dichos informes deberían recopilar información cualitativa y cuantitativa sobre los instrumentos aplicados y los resultados que arrojan, como por ejemplo: i) descripción de los instrumentos y del proceso de aplicación; ii) descripción del personal encargado de la aplicación (cantidad, sexo, autoidentificación de género y étnico-racial, perfil profesional, escalafón y cualquier otra variable que se entienda pertinente); iii) cantidad de personas que fueron evaluadas distribuidas por tipo de instrumento (evaluación del uso problemático de drogas, disposición al cambio, sexo, género, tramos de edad, nacionalidad, situación de discapacidad, departamento de residencia, tipo de delito, situación procesal, tipo de pena y duración de la condena, así como cualquier otra variable que se considere relevante. Así, los informes realizados deberían ser de acceso público, a través de canales diversos y en formatos accesibles.

**9)** Conformar una Coordinación de evaluación en la órbita de la Subdirección Técnica de la DINAMA, encargada de liderar el proceso de incorporación de la evaluación estandarizada para todas las medidas alternativas penales que supervisa y gestiona dicha Dirección. Entre otras funciones, deberá: i) relevar y sistematizar fundamentos para la selección de instrumentos para la evaluación de riesgo; ii) organizar, junto a la ST y el CEFOPEN, la formación del equipo técnico que implementará dicha evaluación; iii) coordinar, en el marco del grupo técnico interinstitucional el rol que asumirá la DINAMA en la implementación de las acciones previstas para el proceso de monitoreo de la incorporación de los instrumentos estandarizados.

**10)** Promover la digitalización de la información como condición clave para la realización de procesos de monitoreo y evaluación de calidad, consonantes con la «Agenda Uruguay Digital 2025. Sociedad digital resiliente» (AGESIC s/d). Desplegar infraestructura, servicios y activos de uso compartido, para facilitar la adopción del análisis de datos en la Administración Pública y generar capacidades en el Estado para la gobernanza, la gestión, y el aseguramiento de la calidad de los datos. Es preciso que las instituciones involucradas en el Plan nacional inviertan en tecnología (equipos, software, desarrollo de sistemas de información), ya que contribuirá a la eficiencia de los procesos de recolección y análisis de datos, a la optimización de los recursos humanos y a la producción de información.



**11)** El Estado tiene la obligación de producir y difundir información, ya que esto es esencial para que la sociedad pueda fiscalizar los procesos de formulación y gestión de las políticas públicas, lo que implica también conocer los logros alcanzados en relación con el gasto público realizado. En términos concretos implica: i) la producción de información comprensible y en formato de datos abiertos y ii) desarrollar medidas de transparencia activa y pasiva para la difusión y el acceso a la información pública. Adicionalmente, la información pública debe transversalizar la perspectiva de género en los sistemas y bases de datos, lo que implica la producción de información desagregada por género, sexo y otras variables de diversidad como la edad, la etnia-raza, la discapacidad, la situación socioeconómica, el origen nacional y la situación de migración, entre otras (CIDH, 2018).

**12)** El Plan nacional es una excelente oportunidad para avanzar en una política de producción de información sistemática, confiable, trazable y actualizable que disponga de datos vastos, desagregados y abiertos, que permitan procesamientos autónomos. Dicha información debería ser de acceso público a través de los sitios Web institucionales, y presentada de forma claramente comprensible, incorporando los criterios de usabilidad y accesibilidad. Una referencia directa en este sentido, es la nueva política de transparencia activa impulsada por el Observatorio del Ministerio del Interior, poniendo a disposición herramientas de visualización en línea de estadísticas criminales y catálogo de datos abiertos.

**13)** Promover activamente la celebración de acuerdos estratégicos con la academia y con organizaciones de la sociedad civil para el desarrollo de indicadores, selección y adaptación de instrumentos estandarizados de evaluación, análisis independiente de la información y la evaluación externa de los procesos y programas desarrollados en el marco del Plan nacional. Para ello, un aspecto crucial es el acceso a las bases de datos generadas, ajustado a los protocolos necesarios para garantizar el anonimato y privacidad de la información.

# Consideraciones finales

## Generalidades

Como señala la evidencia, el uso problemático de drogas puede tener o no relación con la conducta delictiva. En cualquiera de los casos debe ser abordado, a través del tratamiento cuando se presenta como una necesidad criminógena (programas indicados), o a través de un programa de trato cuando se presenta como un componente que afecta la salud integral (programas selectivos).

Las personas usuarias problemáticas de drogas sujetas a sanciones penales deben tener acceso a los servicios para el uso problemático de drogas, entre los que se incluyen: los mecanismos de detección temprana y la derivación a servicios de salud, la prevención de la transmisión de infecciones por vía sanguínea, el tratamiento farmacológico y psicosocial de los trastornos por consumo y las comorbilidades, así como de las afecciones psiquiátricas y físicas, la desintoxicación, el tratamiento vinculado a las necesidades criminógenas, los vínculos asistenciales con la salud comunitaria y los servicios sociales de preparación para el egreso y de acompañamiento a la inclusión social.

Una vez cumplida la condena es fundamental garantizar la continuidad del abordaje realizado, mediante la coordinación eficaz de los servicios de atención de salud y asistencia social en la comunidad. Ello contribuirá a la reducción de las probabilidades de recaídas y de reincidencia. Las acciones derivadas del «Plan nacional para el abordaje del uso problemático de drogas en personas adultas sujetas a sanciones penales» deben procurar las condiciones para que dichas personas accedan a tratamientos, servicios de salud y servicios sociales en igualdad de condiciones que el resto de la comunidad.

Según lo señalado en la literatura especializada y en las mejores prácticas analizadas, los servicios para el abordaje del uso problemático de drogas deben estar disponibles para todas las personas, independientemente de su situación penal.

## Sobre los servicios

### Características

Los servicios para abordar el uso problemático de drogas, tanto en la prisión como en la comunidad, deben ser accesibles, asequibles, diversificados, dirigidos a alcanzar el más alto nivel de salud posible y a disminuir la probabilidad de reincidencia delictiva. Deben ser sensibles al género y a la diversidad y estar orientados a las necesidades específicas de las personas usuarias, mediante acciones que remuevan

los obstáculos para su acceso en condiciones de igualdad y no discriminación. También deben ser basados en la evidencia y brindar un conjunto de prestaciones que ofrezcan la intervención más adecuada para cada persona, conforme a las distintas perspectivas de abordaje (salud, biopsicosocial, intervención sobre las necesidades criminógenas), objetivos (abstinencia, gestión de riesgos y reducción de daños) y modalidades (residencial, ambulatoria, comunidad terapéutica, hospitalización).

Deben elaborarse y establecerse normas y procedimientos para que los servicios se desarrollen conforme a los mejores estándares de calidad y mejora continua y generarse mecanismos para su gobernanza, supervisión y evaluación.

Los servicios para el abordaje del uso problemático de drogas deben contar con el apoyo de otros servicios especializados con las capacidades para intervenir, en forma pertinente y oportuna, en casos graves y en otros que presenten comorbilidades psiquiátricas y físicas.

### **Los recursos humanos**

Los servicios de tratamiento para el uso problemático de drogas deben contar con equipos multidisciplinarios formados en intervenciones basadas en la evidencia. Además, deben componerse con profesionales especializados en la medicina general, la toxicología, la psiquiatría, la psicología clínica, la enfermería y el trabajo social. Siempre que sea posible, deberán integrar personas que hayan vivido la experiencia del uso problemático de drogas y su tratamiento, que estén rehabilitadas y con la debida capacitación para oficiar como referente par.

El personal del sistema de justicia penal, incluido el policial, el penitenciario, el de la Fiscalía General de la Nación y el del Poder Judicial debe recibir formación para garantizar el reconocimiento de las necesidades asociadas al uso problemático de drogas y apoyar los esfuerzos de tratamiento y desintoxicación.

El personal que desarrolla intervenciones con la población sujeta a sanciones penales debe recibir formación para la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento del uso problemático de drogas, así como sobre los trastornos y las enfermedades relacionadas. Esta debe impartirse en el marco de la carrera profesional, en la formación inicial y continua para el desarrollo de la función y debe ser certificada. También debe contar con supervisión, apoyo para el desarrollo de su función, acceso a programas de salud ocupacional y espacios de cuidado.

### **Diseño y planificación**

Debe trazarse un lineamiento sistémico, que involucre al sistema de justicia penal, los sistemas de salud y de servicios sociales, para la detección temprana del

uso problemático de drogas y los trastornos relacionados y, frente a él, brindar una respuesta oportuna y pertinente a través de servicios para la atención de la salud y el tratamiento basado en la evidencia de la efectividad para reducir el consumo, promover la rehabilitación y reducir la reincidencia (Bonta & Andrews, 2017). El tratamiento debe estar disponible en todas las etapas del proceso penal, como sustitución y alternativa (parcial o total) a la pena de prisión e, incluso, a la condena.

La información sobre los patrones de consumo de drogas y las comorbilidades psiquiátricas y de salud física debe ser objeto de seguimiento periódico y los resultados de dicho seguimiento deben estar disponibles para fundamentar la planificación y la gobernanza de los servicios de tratamiento.

La información sobre la cantidad, el tipo y la distribución de los servicios de atención de salud y de tratamiento disponibles y la utilización debe ser un insumo sustantivo para la planificación y el desarrollo del Plan nacional.

Es indispensable que el Estado avance en una política interinstitucional de producción de información sistemática y actualizada que permita dimensionar y analizar el uso de drogas por parte de la población infractora de la ley penal.

Las políticas para el abordaje del uso problemático de drogas y los trastornos relacionados deben ser diseñadas y planificadas a partir de los datos generados a través de la evaluación de las necesidades de las personas usuarias y procesados en los sistemas de información institucionales. No obstante, la falta de datos no debe ser motivo para retrasar la implementación de los servicios de salud y tratamiento.

### **Monitoreo y evaluación**

Los sistemas de información institucionales deben proveer información respecto de la evolución de los servicios de atención de salud y tratamiento del uso problemático de drogas y los trastornos relacionados. Dicha evolución debe tener en cuenta la prevalencia del consumo de drogas y de los trastornos relacionados en las personas adultas sujetas a sanciones penales, así como los resultados del monitoreo y la evaluación de los servicios de salud y los programas de tratamiento disponibles.

### **Organización y coordinación**

Deben existir mecanismos eficaces de coordinación entre el sistema de justicia penal y los sistemas de salud y servicios sociales para facilitar el acceso de las personas usuarias problemáticas de drogas a los servicios de salud, a los programas de tratamiento y a los servicios sociales. También deben definirse las funciones de cada uno de los organismos implicados y las de su instancia de coordinación.

Pueden utilizarse distintos modelos de organización de los servicios y programas para brindar un elenco de respuestas accesible y diversificado. La prestación eficaz de servicios y programas requiere una estrecha coordinación entre las distintas instituciones competentes.

Los servicios y programas para el tratamiento del uso problemático de drogas deben trabajar en red y establecer vínculos con todos los niveles de atención de la salud, incluidos los servicios de atención primaria y especializada, los servicios sociales y otros pertinentes, a fin de prestar una atención integral a las personas usuarias. Los vínculos deben extenderse a las comunidades (incluidas las familias, las organizaciones sociales, los grupos de apoyo mutuo y autoayuda y las congregaciones religiosas), las instituciones (educativas, deportivas, recreativas y, especialmente, las de atención primaria de salud y de salud especializada) y las empresas locales, asegurando la plena confidencialidad sobre la información de las personas usuarias.

Dada su centralidad como rector de la política nacional de drogas y su composición multiministerial, la Junta Nacional de Drogas (JND) es el órgano llamado para dar seguimiento a la implementación del Plan Nacional, con competencia para aprobar el diseño, elaborar su planificación estratégica y operativa, coordinar la acciones para su implementación, y supervisar el desarrollo del plan de monitoreo y evaluación. La JND debe promover la colaboración, el consenso y la participación de los múltiples actores implicados, así como la incorporación de actores clave, como la Agencia Nacional de Vivienda.

Para finalizar, es evidente que este primer esfuerzo de consolidación de un plan nacional para el abordaje del uso problemático de drogas en personas adultas sujetas a sanciones penales debe sostenerse en el tiempo. Debe promoverse la participación activa de la población objetivo, deben fortalecer los procesos de descentralización y transferencia de orientaciones, capacidades, cursos de acción y herramientas desde el nivel de gobierno nacional hacia los niveles subnacionales y viceversa. En este contexto, cobra sentido la necesidad de involucrar la dimensión política de la gobernanza, hacia el encuentro de intereses diversos que promueven o resisten los cambios.

## Bibliografía

AGESIC (s/f): *Agenda Uruguay Digital 2025. Sociedad digital resiliente*.  
<https://www.gub.uy/agencia-gobierno-electronico-sociedad-informacion-conocimiento/politicas-y-gestion/programas/agenda-digital-del-uruguay>

Aguilar, L. & Espina, C. & Espinoza, O. & Landabur, R. & Martínez, F. & Mohor, A. & Sánchez, M. & Viano, C. & Villagra, C. (2010). *Volver a confiar. Caminos para la integración post carcelaria*. Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana. Santiago de Chile, Chile.

Aguiar, S. (2016.). *Acercamientos a la segregación urbana en Montevideo*. Tesis de doctorado. Universidad de la Republica (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Sociología.  
[https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9905/6/TD\\_AguiarSebastian-1.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9905/6/TD_AguiarSebastian-1.pdf)

Álvarez Rivadulla, M.J. (2019). *Política en los márgenes: asentamientos irregulares en Montevideo*. Universidad de los Andes.  
<https://books.google.com.co/books?hl=en&lr=&id=7kiyDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA63&ots=dBQ1PVXWGV&sig=iB9cbu1HD6X9AUUUNTkk2k-PnbA#v=onepage&q&f=false>

Andrade, D., Ritchie, J., Rowlands, M., Mann, E. & Hides, L. (2018). *Substance Use and Recidivism Outcomes for Prison-Based Drug and Alcohol Interventions*, *Epidemiologic Reviews*, 40(1), 121–133  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29733373/>

Apud, I.; & Romaní, O. (2012). *La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia* en *Salud y drogas*, vol. 16, núm. 2, 2016, pp. 115-125. Instituto de Investigación de Drogodependencias.  
<https://www.redalyc.org/pdf/839/83946520005.pdf>

BID (2024). *Programas de Intervención Especializados en la Población Femenina*. Plataforma de Evidencias, Equipo de Seguridad Ciudadana y Justicia, División de Innovación para Servir al Ciudadano.  
<https://plataformadeevidencias.iadb.org/es/sobre>

Belenko S. & Peugh J. (2005). *Estimating drug treatment needs among state prison inmates*. *Drug Alcohol Depend.* 77(3):269-81.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15734227/>

Belenko, S., Houser, K.A. (2012). *Gender differences in prison-based drug treatment participation*. Int J Offender Ther Comp Criminol. 56(5):790-810.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21764764/>

Bennett, T., Holloway, K. & Farrington, D. (2008). *The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis*, Aggression and Violent Behavior, Volume 13, Issue 2, pp. 107-118,  
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.02.001>

Bonta, J. & Andrews, J.A. (2015). *The psychology of criminal conduct*. Routledge.

Bonta, J. & Andrews, D.A. (2017). *The Psychology of Criminal Conduct*. 6<sup>th</sup> edition. Routledge.  
<https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781315677187/psychology-criminal-conduct-andrews-james-bonta>

Borrás, V. (2019) Cambios y discontinuidades en la configuración socioespacial de Montevideo y el Área metropolitana: una mirada longitudinal. En Aguiar, S., Borrás, V., Cruz, P., Fernández, L. y Pérez Sánchez, M. (2019) *Habitar Montevideo*. 21 *Miradas sobre la ciudad*. La diaria, Montevideo.

Brennan, T. & Dietrich, W. (2017). *Correctional Offender Management Profiles for Alternative Sanctions (COMPAS)* en Singh, J.P.; Kroner, G.D.; Stephen Wormith, J.; Desmarais, S.L. & Hamilton, Z. (Edits.) *Handbook of Recidivism Risk/Needs Assessment Tools*.  
<https://doi.org/10.1002/9781119184256.ch3>

Cano, I.; Rojido, E.; & Borges, D. (2020). *Guía de evaluación para programas de prevención de homicidios en América Latina y el Caribe*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Open Society Foundations.  
[https://lav-uerj.org/wp-content/uploads/2022/11/Gu%C3%ADa-de-evaluaci%C3%B3n-para-programas-de-prevenci%C3%B3n-de-homicidios-en-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe\\_web.pdf](https://lav-uerj.org/wp-content/uploads/2022/11/Gu%C3%ADa-de-evaluaci%C3%B3n-para-programas-de-prevenci%C3%B3n-de-homicidios-en-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe_web.pdf)

Castelli, L.; Rossal, M.; Keuroglan, L.; Ramírez, J.; Suárez, H. (Coords.) (2019). *Desarmando tramas: dos estudios sobre consumo de drogas y delito en población privada de libertad. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas*. Observatorio Uruguayo de Drogas y Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Disponible en: <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/Desarmandotramas.pdf>

Ciapessoni, F., & Vigna, A. (2018). *El rol de la vivienda en el proceso de desistimiento delictivo*. El Uruguay desde la Sociología, 16, 259-278.

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/24204/1/EI%20Uruguay%20desde%20la%20Sociolog%c3%ada%2016.pdf>

Ciapessoni, F. (2019). La prisión y después. Violencia, reingreso y situación de calle. *Revista de Ciencias Sociales*, vol. 32 (45).

CIDH (2018). *Políticas públicas con enfoque de derechos humanos*. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 191. OEA.

<https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PoliticPublicasDDHH.pdf>

CIDH (2023). *Mujeres privadas de libertad en las Américas*. OEA/Ser.L/V/II Doc. 91/23. OEA

<https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/2023/Informe-Mujeres-privadas-libertad.pdf>

Consejo Nacional de Evaluación de las Políticas Sociales (CONEVAL) (18 de setiembre de 2024). *Evaluación de Políticas y Programas*.

[https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/Paginas/Evaluacion\\_pp.aspx](https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/Paginas/Evaluacion_pp.aspx)

Cracknell, M. (2023). *The resettlement net: 'revolving door' imprisonment and carceral (re)circulation*. *Punishment & Society*, 25(1), 223-240.

<https://doi.org/10.1177/14624745211035837>

de Andrade D., Ritchie J., Rowlands M., Mann E., Hides, L. (2018). *Substance Use and Recidivism Outcomes for Prison-Based Drug and Alcohol Interventions*. *Epidemiol* (1):121-133.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29733373/>

De Ávila, F. (2022). *La evolución del tratamiento penitenciario en Uruguay*. *Revista Fermentario*, 15(2), 117–134.

<https://doi.org/10.47965/fermen.15.2.8>

De Ávila, F. (2024). *Innovación penitenciaria: Programa Preegreso, modalidad residencial Aplicación del modelo RNR en Uruguay* en Juanche, A. & Vigna, A. (Edits.). *Políticas penitenciarias en América Latina*. Cuadernos del CLAEH Vol. 43. Núm 119.

<https://ojs.claeh.edu.uy/publicaciones/index.php/cclaeh/article/view/635/482>

De los Santos, V. (2002). *Medidas alternativas a la prisión en Uruguay*. Tesis de grado de la Licenciatura en Sociología. Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

[https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/35288/1/TS\\_SantosVer%c3%b3nicadelos.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/35288/1/TS_SantosVer%c3%b3nicadelos.pdf)



DINAMA (2024). *La intervención técnica en la ejecución de las medidas alternativas*. Documento interno. Subdirección Técnica de la Dirección Nacional de Medidas Alternativas.

Doyle M.F., Shakeshaft A., Guthrie J., Snijder M. & Butler, T. (2019) *A systematic review of evaluations of prison-based alcohol and other drug use behavioural treatment for men*. Aust N Z J Public Health. 43(2):120-130.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30908856/>

Droppelmann, C. (2010). *Elementos clave en la rehabilitación y reinserción de infractores de ley en Chile*. Conceptos, Edición N° 14. Fundación Paz Ciudadana.  
<https://pazciudadana.cl/biblioteca/documentos/conceptos-no-14-elementos-clave-en-la-rehabilitacion-y-reinsercion-de-infractores-de-ley-en-chile/>

Droppelmann, C. (2019). *Transitions out of crime: intentions, changes and obstacles on the road towards desistance*. Cambridge: PhD thesis University of Cambridge, Institute of Criminology.

Espinoza, O. (2013). *Metodología estandarizada para el monitoreo y la evaluación de proyectos y programas de reintegración social orientados a la disminución de la reincidencia delictiva*. Organización de Estados Americanos.

European Union Drugs Agency (EUDA) (2022). *Women and drugs: health and social responses*.  
[https://www.euda.europa.eu/sites/default/files/pdf/14980\\_es.pdf?271546](https://www.euda.europa.eu/sites/default/files/pdf/14980_es.pdf?271546)

Farabee, C., Prendergast, M., Cartier, J., Wexler, H., Knight, K., Anglin, M. (1999). Barriers to Implementing Effective Correctional Drug Treatment Programs. Prison Journal, vol. 79.  
[https://www.researchgate.net/publication/255610172\\_Barriers\\_to\\_Implementing\\_Effective\\_Correctional\\_Drug\\_Treatment\\_Programs](https://www.researchgate.net/publication/255610172_Barriers_to_Implementing_Effective_Correctional_Drug_Treatment_Programs)

Fearn, N.; Vaughn, M.; Nelson, E.; Salas-Wright, C.; DeLisi, M.; Qian, Z. (2016). *Trends and correlates of substance use disorders among probationers and parolees in the United States 2002–2014*. Drug and Alcohol Dependence, Volume 167, pp.128-139.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871616302381>

Gideon, L., & Sung, H. (2011). *Rethinking corrections: Rehabilitation, reentry, and reintegration*. SAGE Publications, Inc.  
<https://doi.org/10.4135/9781452230474>

Goldstein, P. J. (1985). *The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework*. Journal of Drug Issues, 15(4), 493–506.

<https://doi.org/10.1177/002204268501500406>

Gobeil, R., Blanchette, K., & Stewart, L. (2016). *A Meta-Analytic Review of Correctional Interventions for Women Offenders: Gender-Neutral Versus Gender-Informed Approaches*. Criminal Justice and Behavior, 43(3), 301-322.

<https://doi.org/10.1177/0093854815621100>

Goldstein, P. J. (1985). *The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework*. Journal of Drug Issues, 15(4), 493–506.

<https://doi.org/10.1177/002204268501500406>

Gordon, R. (1987). *An operational classification of disease prevention*. In J. A. Steinberg & M. M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders: A research perspective* (pp. 20–26). National Institute of Mental Health.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424415/>

Heseltine, K., Day, A. & Sarre, R. (2011). *Prison-based correctional offender rehabilitation programs: The 2009 national picture in Australia*. Research and public policy series no. 112. Australian Institute of Criminology.

<https://www.aic.gov.au/publications/rpp/rpp112>

HM Prison & Probation Service (2019). *National Prison & Parol Stratey Drugs Strategy*.

<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5ca4848940f0b625decad614/prison-drugs-strategy-print.pdf>

Inciardi, J. A., Martin, S. S., Butzin, C. A., Hooper, R. M., & Harrison, L. D. (1997). *An Effective Model of Prison-Based Treatment for Drug-Involved Offenders*. Journal of Drug Issues, 27(2), 261-278.

<https://doi.org/10.1177/002204269702700206>

INR (2024). *Procedimientos con estupefacientes en unidades del INR*. Información enero - diciembre 2023. Área de Planificación Estratégica.

INR (2020). *Análisis de datos recogidos en la aplicación del Protocolo de evaluación de riesgo OASys 2.0 v1 en el Centro de Ingreso, Diagnóstico y Derivación del INR, 2020 – 2021*. Subdirección Nacional Técnica del Instituto Nacional de Rehabilitación.

JND (2019a). *Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento en Uruguay*.

<https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/mujeres-politicas-drogas-encarcelamiento-uruguay>

JND (2019b). *Info drogas. Más información, menos drogas*.  
<https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/GuiaInfodrogas2019.pdf>

JND (2021). *Estrategia Nacional de Drogas, 2021 - 2025*.  
<https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/institucional/plan-estrategico/periodo-2021-2025>

JND (2021). *Segundo Foro Académico de Gestión de Riesgos y Reducción de Daños: Un desafío de las políticas públicas*.  
[https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/ForoAcademico2021\\_web.pdf](https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/ForoAcademico2021_web.pdf)

Juanche, A. (2018). *La perspectiva técnica en la privación de libertad. Breve reseña*. Subdirección Nacional Técnica, Instituto Nacional de Rehabilitación, Ministerio del Interior.

Juanche, A. (2022). *Mapeo de medidas alternativas a la privación de libertad. Informe de consultoría*. Comisionado Parlamentario para el Sistema Penitenciario, Naciones Unidas – Uruguay, ACNUDH y PNUD. Proyecto: “Tendiendo puentes” Fortaleciendo el compromiso por la protección de los Derechos Humanos y el Desarrollo Sostenible con foco en justicia y privación de libertad.  
[https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2023-02/informa\\_final\\_mapeo\\_de\\_medidas\\_alternativas\\_juance.pdf](https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2023-02/informa_final_mapeo_de_medidas_alternativas_juance.pdf)

Juanche, A. & Palummo, J. (2012). *Hacia una política de Estado en privación de libertad. Diálogo, recomendaciones y propuestas*. Montevideo: SERPAJ y OSJ.  
<https://relapt.usta.edu.co/images/Juanche-y-Palumbo-Hacia-una-Politica-de-Estado-en-privacion-de-libertad-Uruguay-2012.pdf>

Kantorowicz-Reznichenko, E. (2013). *The 'Net-Widening' Problem and its Solutions: The Road to a Cheaper Sanctioning System*.  
[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2387493](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2387493)

Katzman, R. & Retamoso, A. (2005). *Segregación espacial, empleo y pobreza en Montevideo*. Revista de la Cepal, N° 85; pp. 131 – 148.  
<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/f5f666d9-1a36-4434-bceb-b72571c56330/content>

Kendall, S., Redshaw, S., Ward, S., Wayland, S. & Sullivanet, E. (2018). *Systematic review of qualitative evaluations of reentry programs addressing problematic drug use and mental health disorders amongst people transitioning from prison to communities*. Health Justice 6, 4 <https://doi.org/10.1186/s40352-018-0063-8>

Knight, K., Dwayne, S. D., Chatham, L. R., & Camacho, L. M. (1997). *An Assessment of Prison-Based Drug Treatment: Texas' In-Prison Therapeutic Community Program*. *Journal of Offender Rehabilitation*, 24(3–4), 75–100.  
[https://doi.org/10.1300/J076v24n03\\_05](https://doi.org/10.1300/J076v24n03_05)

Koehler, J. A., Humphreys, D. K., Akoensi, T. D., Sánchez de Ribera, O., & Lösel, F. (2013). *A systematic review and meta-analysis on the effects of European drug treatment programmes on reoffending*. *Psychology, Crime & Law*, 20(6), 584–602.  
<https://doi.org/10.1080/1068316X.2013.804921>

Langan, N.; Pelissier, B. (2001). *Gender differences among prisoners in drug treatment*, *Journal of Substance Abuse*, Volume 13(3): 291-301.  
[https://www.bop.gov/resources/research\\_projects/published\\_reports/equity\\_diversity/oreprdap\\_gender.pdf](https://www.bop.gov/resources/research_projects/published_reports/equity_diversity/oreprdap_gender.pdf)

Latessa, E.J. & Holsinger, A.M. (1998). *Correctional Contexts: Contemporary and Classical Readings*. Oxford.

Lilley, D. R., Stewart, M. C., & Tucker-Gail, K. (2020). *Drug Courts and Net-Widening in U.S. Cities: A Reanalysis Using Propensity Score Matching*. *Criminal Justice Policy Review*, 31(2), 287-308.  
<https://doi.org/10.1177/0887403419828045>

McConaughy, E.; Prochaska, J. & Velicer, W. (1983). *Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles* en *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, vol. 20, pp. 368-375.  
[https://www.researchgate.net/publication/232492826\\_Stages\\_of\\_change\\_in\\_psychotherapy\\_Measurement\\_and\\_sample\\_profiles\\_Psychotherapy\\_Theory\\_Research\\_and\\_Practice\\_20\\_368-375](https://www.researchgate.net/publication/232492826_Stages_of_change_in_psychotherapy_Measurement_and_sample_profiles_Psychotherapy_Theory_Research_and_Practice_20_368-375)

McGuire, J. (2006). *What works: Reducing reoffending, Guidelines from research and practice*. Willey.

McIntosh, J., & Saville, E. (2006). *The challenges associated with drug treatment in prison*. *Probation Journal*, 53(3), 230-247.  
<https://doi.org/10.1177/0264550506063570>

Ministerio del Interior (2023). *Reincidencia penitenciaria*.  
<https://www.gub.uy/ministerio-interior/comunicacion/publicaciones/reincidencia-penitenciaria>

Ministerio del Interior (2024). *Términos de Referencia. Contrato de Obra. Llamado a consultor/a individual para el «Diseño de un modelo de intervención y elaboración*

*de manuales para el abordaje de uso problemático de drogas entre las personas privadas de libertad».*

<https://www.uruguayconcurso.gub.uy/Portal/servlet/com.si.retsel.verllamado?34081>

Morales Peillard, A.M., Pantoja Vera, R., Piñol Arriagada, D., Sánchez Cea, M. (2018). Una propuesta de modelo integral de reinserción social para infractores de ley. Fundación Paz Ciudadana e Instituto de Asuntos Públicos, Centro de Estudios de Seguridad Ciudadana de la Universidad de Chile.

[https://www.cesc.uchile.cl/Modelo\\_ReinsercionSocial\\_CESC\\_FPC.pdf](https://www.cesc.uchile.cl/Modelo_ReinsercionSocial_CESC_FPC.pdf)

OACNUDH México, SEGOB & SRE (2014). *Manual y Protocolo para la elaboración de políticas públicas de Derechos Humanos conforme a los nuevos Principios Constitucionales*. Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

[http://www.gobernacion.gob.mx/work/models/SEGOB/Resource/1093/8/images/Manual\\_politica\\_publica\\_dh.pdf](http://www.gobernacion.gob.mx/work/models/SEGOB/Resource/1093/8/images/Manual_politica_publica_dh.pdf)

OACHUDH México, FLACSO, FUNDAR & GESOC (2010). *Políticas públicas y presupuestos con perspectiva de derechos humanos. Manual operativo para servidoras y servidores públicos*. Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

Observatorio sobre violencia y Criminalidad (2022). Homicidios. 1º de Enero al 31 de Diciembre (2020 – 2021). Ministerio del Interior.

<https://www.gub.uy/ministerio-interior/sites/ministerio-interior/files/documentos/publicaciones/Homicidios%20-%202021.pdf>

OMS & OPS (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): manual para uso en la atención primaria*.

<https://iris.who.int/handle/10665/85403>

Orozco, M.E.; & Valdivia, R. (2012). *Monitoreo y evaluación de políticas y programas sociales*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL.

[https://igualdad.cepal.org/sites/default/files/2022-02/7.%20CC\\_Monitoreo\\_es.pdf](https://igualdad.cepal.org/sites/default/files/2022-02/7.%20CC_Monitoreo_es.pdf)

Ortegón, E.; Pacheco, J.F. & Prieto, A. ( ) Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Serie Manuales. CEPAL.

<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/2d86ecfb-f922-49d3-a919-e4fd4d463bd7/content>

Observatorio Uruguayo de Drogas (2023). *Situación y características de la oferta de Atención y Tratamiento para personas con uso problemático de drogas en Uruguay*. Documento de Trabajo 5. Junta Nacional de Drogas.

[https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/Situaci%C3%B3n%20y%20caracter%C3%AAsiticas%20oferta%20de%20atenci%C3%B3n%20y%20tratamiento\\_Uruguay%202022\\_versi%C3%B3n\\_final.pdf](https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/Situaci%C3%B3n%20y%20caracter%C3%AAsiticas%20oferta%20de%20atenci%C3%B3n%20y%20tratamiento_Uruguay%202022_versi%C3%B3n_final.pdf)

Paciello, V. & Grau, D. (2024). *Guía de tratamiento: Abordaje del uso problemático de drogas en privación de libertad*. Cuarta edición. JND, MI – INR, MIDES – DINALI, ASSE – SAI PPL, RENADRO.

[www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/Guía%20UPD%20PPL%20digital\\_última\\_14\\_junio\\_0.pdf](https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/Guía%20UPD%20PPL%20digital_última_14_junio_0.pdf)

Pérez - Loza Gallego, M. & Arenas Carbellido, C. (Coords). (2006). *Actuar es posible. Intervención sobre Drogas en Centro Penitenciarios*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo.  
<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/IntervCCPP.pdf>

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors, en M. Hersen R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*, Newbury Park, California, Sage.

Redondo Illescas, S. (2017). *Evaluación y tratamiento de delincuentes. Jóvenes y adultos*. Pirámide.

Redondo Illescas, S. & Garrido Genovés, V. (2001). *Violencia y delincuencia juvenil*. Ediciones Jurídicas Cuyo.

Rojido, E, Trajtenberg, N y Vigna, A. (2014.). *Problemas de integridad en programas de tratamiento: el caso del Centro Nacional de Rehabilitación*. Revista de Ciencias Sociales, v.27, n.34, pp. 11-32.

[https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/6819/1/RCS\\_Rojido\\_2014n34.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/6819/1/RCS_Rojido_2014n34.pdf)

Rojido, E., Cano, I. & Borges, D. (2023). *Diagnóstico de los homicidios en Uruguay (2012-2022)*. Centro de Informaciones y Estudios del Uruguay (CIESU) y Laboratorio de Análisis de Violencia (LAV).

[https://www.gub.uy/ministerio-interior/comunicacion/publicaciones/diagnostico-homicidios-uruguay-2012-2022#:~:text=En%202022%20la%20tasa%20de,per%C3%ADodo%20\(9%2C1\).](https://www.gub.uy/ministerio-interior/comunicacion/publicaciones/diagnostico-homicidios-uruguay-2012-2022#:~:text=En%202022%20la%20tasa%20de,per%C3%ADodo%20(9%2C1).)

Ross, R.R.; Fabiano, E.; Garrido Genovés, V.; Gómez Piñana, A.M. (1996). *Programa de Pensamiento Prosocial. Una guía para la prevención y tratamiento de la delincuencia y la drogodependencia*. Editorial Cristóbal Serrano Villalba.



Rossi, G., González Kelis, L., González Almaraz, A., Olivera, G. & Pascale, A. (2011). *Abordaje del uso problemático de drogas en mujeres privadas de libertad*. ONU Mujeres & SND

[https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/Abordaje%20del%20uso%20problem%C3%A1tico%20de%20drogas%20en%20mujeres%20privadas%20de%20libertad\\_SND.pdf](https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/Abordaje%20del%20uso%20problem%C3%A1tico%20de%20drogas%20en%20mujeres%20privadas%20de%20libertad_SND.pdf)

Salinas, L. (2023). *Lineamientos Estratégicos de la Subdirección Nacional Técnica*. Con aportes de González, M.; de Ávila, F.; Stagnari, N.; Bonilla, N. Instituto Nacional de Rehabilitación.

Sánchez Pardo, L. (1999). *Evaluación de la Efectividad de los Programas de Sustitutivos Opiáceos*. Elsevier, Vol. 2. Núm. 1; pp. 56-72.

<https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-evaluacion-efectividad-programas-sustitutivos-opiaceos-10016681>

Skeem, J.L.; Eno Loudon, J. (2007). *Assessment of Evidence on the Quality of the Correctional Offender Management Profiling for Alternative Sanctions (COMPAS)*. California Department of Corrections and Rehabilitation (CDCR) & Center for Public Policy Research, University of California.

<https://bpb-us-e2.wpmucdn.com/sites.uci.edu/dist/0/1149/files/2013/06/CDCR-Skeem-EnoLouden-COMPASeval-SECONDDREVISION-final-Dec-28-07.pdf>

Sosa Barón, S. (2021). *Desafíos de la implementación del OASys en el Uruguay*. Revista Pensamiento Penal.

<https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/doctrina89634.pdf>

Stallwitz, A., & Stöver, H. (2007). *The impact of substitution treatment in prisons--A literature review*. International Journal of Drug Policy, 18(6), 464–474.

<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.11.015>

Tenembaum, G., Fuentes, M., Viscardi, N., Salamano, I., Espíndola, F. (2021). *Relatos de muerte: homicidios de jóvenes montevidianos en ajustes de cuentas y conflictos entre grupos delictivos*. Proyecto ANII, FCS, OBSUR, FHCE.

[https://www.academia.edu/62343680/Relatos\\_de\\_muerte\\_Homicidios\\_de\\_j%C3%B3venes\\_montevidianos\\_en\\_ajustes\\_de\\_cuentas\\_y\\_conflictos\\_entre\\_grupos\\_delictivos\\_Proyecto\\_ANII\\_FCS\\_OBSUR\\_FHCE\\_2021](https://www.academia.edu/62343680/Relatos_de_muerte_Homicidios_de_j%C3%B3venes_montevidianos_en_ajustes_de_cuentas_y_conflictos_entre_grupos_delictivos_Proyecto_ANII_FCS_OBSUR_FHCE_2021)

Tomassini Urti, A. (2017). *Diagnóstico, tratamiento y derivación de patología psiquiátrica asociada al consumo de drogas*. Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9899/1/Tomassini%2c%20Aldo.pdf>

Tomassini Urti, A. (2023). *Estudio sobre patrones de consumo y tratamiento ambulatorio en usuarios consumidores de sustancias psicoactivas*. Tesis de doctorado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.  
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/37273/1/Tomassini%2c%20Aldo.pdf>

Torrens, M.; Mestre-Pintó, J.I.; Montanari, L.; Vicente, J. & Domingo-Salvany, A. (2017). *Patología dual: una perspectiva europea*. Adicciones, vol. 29(1), 3-5.  
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/933/0>

Trajtenberg, N., Sánchez de Ribera, O. & Musto, C. (2021). *Drug Use and Crime in the Context of the War on Drugs* en Idler, A. & Garzón Vergara, J.C. (Eds), *Transforming the War on Drugs: Warriors, Victims and Vulnerable Regions*. Oxford Academic  
<https://doi.org/10.1093/oso/9780197604359.003.0012>

Tripodi, S. J., Bledsoe, S. E., Kim, J. S., & Bender, K. (2011). *Effects of Correctional-Based Programs for Female Inmates: A Systematic Review*. Research on Social Work Practice, 21(1), 15-31.  
<https://doi.org/10.1177/1049731509352337>

UNODC (2008). *Drug Dependence Treatment: Interventions for Drug Users in Prison*.  
[https://www.unodc.org/docs/treatment/111\\_PRISON.pdf](https://www.unodc.org/docs/treatment/111_PRISON.pdf)

UNODC (2020). *Alternativas al encarcelamiento*. Educación para la Justicia. Serie de Módulos Universitarios. Prevención del delito y justicia penal. Módulo 7.  
[https://www.unodc.org/documents/e4j/CPCJ/E4J\\_CPCJ\\_Module\\_07\\_-\\_Alternatives\\_to\\_Imprisonment\\_-\\_Spanish\\_-\\_Final.pdf](https://www.unodc.org/documents/e4j/CPCJ/E4J_CPCJ_Module_07_-_Alternatives_to_Imprisonment_-_Spanish_-_Final.pdf)

UNODC (2023). *Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por consumo de drogas*. Edición revisada con los resultados de las pruebas sobre el terreno.  
[https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/ES\\_UNODC-WHO\\_International\\_Standards\\_Treatment\\_Drug\\_Use\\_Disorders.pdf](https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/ES_UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders.pdf)

UNODC & OMS (2018). *Tratamiento y atención de las personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas que están en contacto con el sistema de justicia penal*. Medidas sustitutivas de la condena o la pena.  
[https://www.unodc.org/documents/UNODC\\_WHO\\_Alternatives\\_to\\_conviction\\_or\\_punishment\\_SP.pdf](https://www.unodc.org/documents/UNODC_WHO_Alternatives_to_conviction_or_punishment_SP.pdf)



- Vigna, A. (2022). *Maternidad, cárceles y medidas alternativas a la privación de libertad*. Montevideo: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Comisionado Parlamentario para el Sistema Penitenciario.  
[https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2023-02/informe\\_final\\_medidas\\_alternativas\\_para\\_mujeres\\_privadas\\_de\\_libertad\\_vigna.pdf](https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2023-02/informe_final_medidas_alternativas_para_mujeres_privadas_de_libertad_vigna.pdf)
- Veiga, D y Lamschtein, S. (2015.). *Desigualdades sociales y territoriales en Uruguay*. Udelar. FCS-DS.  
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9621/1/Desigualdades%20sociales%20y%20territoriales%20en%20Uruguay.pdf>
- Walters, G. D. (2005). *Recidivism in Released Lifestyle Change Program Participants*. Criminal Justice and Behavior, 32(1), 50-68.  
<https://doi.org/10.1177/0093854804270628>
- Welsh, W. N., & Zajac, G. (2013). *A Multisite Evaluation of Prison-Based Drug Treatment: Four-Year Follow-up Results*. The Prison Journal, 93(3), 251-271.  
<https://doi.org/10.1177/0032885513490265>
- Welsh, W. N., Zajac, G., & Bucklen, K. B. (2014). *For whom does prison-based drug treatment work? Results from a randomized experiment*. Journal of Experimental Criminology, 10, 151-177.  
<https://link.springer.com/article/10.1007/s11292-013-9194-z>
- Zara, G., & Farrington, D. (2015). *Criminal Recidivism: Explanation, prediction and prevention* (1st ed.). Willan.  
<https://doi.org/10.4324/9780203083451>
- Zurbriggen, C. (2011). Gobernanza: una mirada desde América Latina. En *Perfiles latinoamericanos*, 19(38), pp. 39-64.  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-76532011000200002](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532011000200002)