



Consejo Económico y Social

Distr. general
21 de febrero de 2008
Español
Original: inglés

Comisión de Estupefacientes

51º período de sesiones

Viena, 10 a 14 de marzo de 2008

Tema 3 del programa provisional**

Debate temático sobre el seguimiento del vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General: panorama general y progresos logrados por los gobiernos en el cumplimiento de las metas y los objetivos para los años 2003 y 2008 establecidos en la Declaración política aprobada por la Asamblea en su vigésimo período extraordinario de sesiones

El problema mundial de las drogas

Quinto informe del Director Ejecutivo

Adición

Reducción de la demanda de drogas

Resumen

En el presente informe, preparado a partir de la información aportada por los Estados Miembros en el cuestionario para los informes bienales y el cuestionario para los informes anuales, se exponen algunas conclusiones acerca de los progresos alcanzados en la reducción de la demanda de drogas en el período 1998-2007.

Según la información facilitada sobre la situación del uso indebido de drogas, el consumo a nivel mundial de la mayoría de las drogas tiende a estabilizarse, observándose en general una disminución del consumo en los países que han aplicado estrategias de reducción de la demanda sostenidas y a largo plazo.

* Publicado nuevamente por razones técnicas.

** E/CN.7/2008/1.



Durante el período que se examina se han hecho progresos considerables en el cumplimiento de las medidas de reducción de la demanda definidas por Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones. La mayoría de los Estados avanza en el establecimiento de estrategias nacionales al respecto, la evaluación del problema del uso indebido de drogas y la prestación de servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación. No obstante, si se consideran la cobertura y la oferta de todos los servicios, en la mayoría de las regiones se registró un nivel de cumplimiento más bien bajo de las obligaciones previstas en el Plan de Acción para la aplicación de la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas (resolución 54/132 de la Asamblea General, anexo).

Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción	1-4	4
II. Nuevos y mejores programas y estrategias de reducción de la demanda de drogas	5-64	5
A. Adopción de medidas	8-43	5
B. Creación de la capacidad institucional	44-64	32
III. Recomendaciones	65-66	50

I. Introducción

1. En el vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, los Estados Miembros aprobaron una Declaración política (resolución S-20/2, anexo) en la que se fijaban dos metas de gran alcance para reducir la demanda de drogas, a saber: establecer antes del año 2003 nuevos o mejores programas y estrategias de reducción de la demanda; y lograr, gracias a esos renovados esfuerzos, resultados importantes y mensurables en cuanto a la reducción de la demanda para el año 2008.

2. Los dos instrumentos utilizados para medir los progresos en la consecución de esas metas fueron el cuestionario para los informes anuales, en el que se reunían los datos anuales sobre la situación del uso indebido de drogas (cuyo análisis se recoge en el informe del Director Ejecutivo sobre la “Situación mundial con respecto al uso indebido de drogas” (E/CN.7/2008/4)), y el cuestionario para los informes bienales, diseñado para seguir de cerca las medidas adoptadas por los Estados Miembros a fin de reducir la demanda de drogas. Por lo tanto, la evaluación de los progresos realizados en los diez últimos años se basa en la información que los Estados Miembros han facilitado a la Secretaría en esos instrumentos.

3. La Secretaría ha informado a la Comisión de Estupefacientes de varias limitaciones en relación con los datos comunicados en esos instrumentos. Una de las principales dificultades fue el establecimiento de una correlación entre las tendencias del uso indebido de drogas y los programas de reducción de la demanda ejecutados en los diez últimos años. Atribuir tendencias positivas a determinadas intervenciones es difícil por una serie de motivos, pero principalmente porque las conductas proclives al uso indebido de drogas están influenciadas por múltiples factores y porque es difícil establecer con precisión un único elemento como el desencadenante del cambio observado. Además, las conductas adictivas tienden a modificarse lentamente, manera que, aunque las actividades iniciadas en los diez últimos años puedan ya haber producido algunos frutos, sus resultados no se manifestarán claramente hasta más adelante. Con todo, un hecho destacado son los cambios positivos en el uso indebido de drogas (estabilización o disminución) que se están produciendo en las regiones¹ en que ha habido intervenciones sostenidas y dotadas de suficientes recursos para reducir la demanda.

4. Pese a las diversas limitaciones, la información suministrada permite extraer algunas conclusiones generales que orienten a los Estados Miembros en la

¹ En el presente informe los países se han dividido en las regiones y subregiones siguientes:

- a) Región de África y el Oriente Medio, que comprende las siguientes subregiones:
 - i) África del Norte y Oriente Medio;
 - ii) África subsahariana;
- b) Región de América, que comprende las siguientes subregiones:
 - i) América Latina y el Caribe;
 - ii) América del Norte;
- c) Región de Asia y Oceanía, que comprende las siguientes subregiones:
 - i) Asia central, meridional y sudoccidental;
 - ii) Asia oriental y sudoriental;
 - iii) Oceanía;
- d) Región de Europa, que comprende las siguientes subregiones:
 - i) Europa central y occidental;
 - ii) Europa oriental y sudoriental.

evaluación de sus propios avances y en la determinación de cómo seguir haciendo frente al problema mundial de las drogas.

II. Nuevos y mejores programas y estrategias de reducción de la demanda de drogas

5. Desde 1998 la Secretaría recibe información de los Estados Miembros -por conducto del cuestionario para los informes bienales- sobre los programas y estrategias que abordan la situación cambiante del uso indebido de drogas. Los Estados informaron principalmente acerca de la ejecución de distintas actividades en determinadas esferas de la reducción de la demanda, en consonancia con el Plan de Acción para la aplicación de la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas (resolución 54/132 de la Asamblea General, anexo). La Secretaría ha podido complementar la información del cuestionario para los informes bienales con la aportada por organizaciones internacionales, organismos regionales y órganos especializados. Se ha recurrido también a fuentes regionales de datos para corroborar el análisis de las respuestas al cuestionario.

6. En el curso de los diez últimos años, la Secretaría ha sintetizado la información proporcionada por los Estados Miembros con objeto de describir las modificaciones operadas en la aplicación de las estrategias y los programas de reducción de la demanda de drogas.

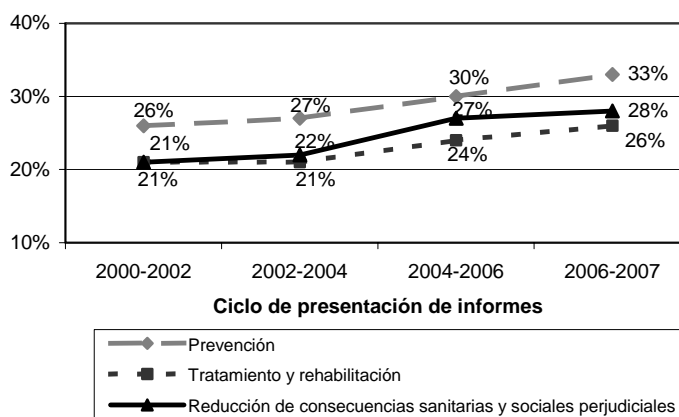
7. En el presente informe se reseña la información proporcionada a partir de 1998, de manera que los Estados Miembros puedan evaluar los progresos realizados y reflexionar acerca de las orientaciones futuras. El informe se divide en dos secciones principales. La sección titulada “Adopción de medidas” presenta un resumen de las actividades y los programas ejecutados para grupos y entornos específicos, en tanto que en la sección titulada “Creación de capacidad institucional” se analizan los cambios en la capacidad de los Estados para poner en práctica programas y estrategias eficaces de reducción de la demanda.

A. Adopción de medidas

8. Las intervenciones más importantes en la esfera de la reducción de la demanda de drogas son las que en el cuestionario para los informes bienales se clasifican como a) prevención; b) tratamiento y rehabilitación; y c) reducción de las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales del uso indebido de drogas. Si bien es alentador observar que más Estados intensificaron sus esfuerzos durante la fase de seguimiento del vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, el grado de respuesta al problema sigue siendo en buena parte insuficiente. A nivel mundial aumentó el número de los Estados Miembros que informaron de la existencia de diversas intervenciones con fines de prevención y de modalidades de tratamiento en distintos contextos, pero los avances fueron limitados; las pequeñas mejoras notificadas respecto del ciclo de presentación de informes, 1998-2000 (el ciclo de referencia) se debieron mayormente a la cobertura estimada de las actividades ejecutadas, que fue relativamente baja en general (véase la figura 1)^{2, 3}.

² En los índices compuestos que se han elaborado se resumen las respuestas facilitadas por los Estados Miembros por conducto del cuestionario en relación con la aplicación notificada y la

Figura 1
Intervenciones centradas en la reducción de la demanda, por esfera de intervención, determinados ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)



9. Un mero recuento de los Estados Miembros que informaron únicamente de la ejecución de distintos tipos de actividades indicaría que se registraron mayores progresos en muchas regiones, pero ello no reflejaría adecuadamente la amplitud de las actividades.

cobertura estimada de las actividades, como se solicitaba en los planes de acción. Se ha realizado un análisis con los datos suministrados por todos aquellos países que respondieron al cuestionario en cada ciclo de presentación de informes. Los índices se presentan en forma de promedios regionales, que varían de un mínimo del 0% a un máximo del 100%. Por ejemplo, una región alcanzará el 100% si todos los países informantes indican que han implantado todas las medidas prescritas, mientras que la región en la que todos los países informantes notifiquen que no han implantado ninguna de esas medidas obtiene una calificación del 0%.

- ³ Un índice compuesto ayuda a aclarar situaciones tales como el hecho de que la mayoría de los Estados hayan comunicado que en el quinto ciclo de presentación de informes ejecutaron más programas de reducción de la demanda que en el primer ciclo, pero hayan estimado que la cobertura fue baja, con pocas mejoras a ese respecto desde el ciclo de referencia. El índice compuesto tiene en cuenta la cobertura estimada de las intervenciones, el programa, la actividad o el servicio. Por consiguiente, los valores que muestran los índices compuestos son sistemáticamente inferiores a la proporción de Estados que efectivamente notificaron actividades en cada región. Idealmente, la cobertura podría referirse, por ejemplo, al porcentaje de la población destinataria que interviene efectivamente en un programa de prevención del uso indebido de drogas, o sea, que participa regular o periódicamente en un programa de esa índole. En cuanto a los conceptos y términos empleados en la versión actual del cuestionario para los informes bienales, no se dio ninguna definición estándar de "cobertura" respecto de las distintas intervenciones de reducción de la demanda de drogas. Por tanto, al ser la connotación de "cobertura" subjetiva y reflejar la situación propia de cada Estado, las respuestas presentan sólo un panorama general. Además, la amplitud y la calidad de las actividades no están claras. La deficiencia persistente en cuanto a la vigilancia de la calidad y la cobertura de los programas de reducción de la demanda de drogas es un aspecto importante del análisis de los progresos realizados en la ejecución de esos programas. Se trata también de una esfera prioritaria que hay que tener presente al elaborar futuros sistemas de vigilancia.

1. Intervenciones centradas en la prevención del uso indebido de drogas

10. Desde fines del decenio de 1990 se han registrado avances en materia de prevención, si bien son difíciles de cuantificar. Con todo, las respuestas al cuestionario para los informes bienales indican que las intervenciones preventivas como parte de la reacción mundial para contrarrestar el problema de la droga han sido escasas en el mejor de los casos, y en muchas regiones han seguido siendo insuficientes.

11. Se mantuvieron los programas de prevención en las esferas en que ya existían. En los últimos años se registraron algunos avances en las regiones en que las actividades habían acusado mucho retraso. Por ejemplo, un número creciente de Estados organizaron actividades de prevención del abuso de drogas en escuelas, aunque en muchos casos esas actividades consistieron en conferencias o programas aislados de poca proyección en la población destinataria y limitados por lo general a las zonas urbanas.

12. Los Estados de África del Norte y el Oriente Medio y de Asia central, meridional y sudoccidental registraron las mejoras más notables respecto de la situación de referencia. En cambio, las respuestas procedentes del África subsahariana, América Latina y el Caribe y Europa oriental y sudoriental ponen de manifiesto una inversión relativamente limitada en los programas de prevención. En Europa oriental y sudoriental, la proporción de Estados que ejecutan programas de prevención en distintos contextos mostró una tendencia a la baja a lo largo del decenio. En América Latina y el Caribe, si bien la mayoría de los Estados tenían algún tipo de programa, la prevención estaba a cargo en buena parte de un pequeño número de especialistas y a menudo se limitaba a actividades que carecían de cohesión y que llegaban a un reducido número de personas.

Figura 2

África del Norte y Oriente Medio: ejecución de intervenciones con fines de prevención, determinados ciclos de presentación de informes
(Índice compuesto)

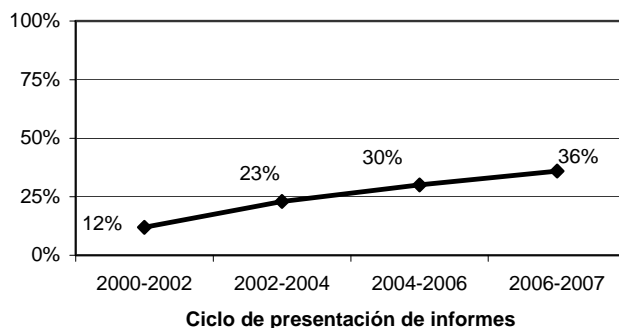


Figura 3
África subsahariana: ejecución de intervenciones con fines de prevención, determinados ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

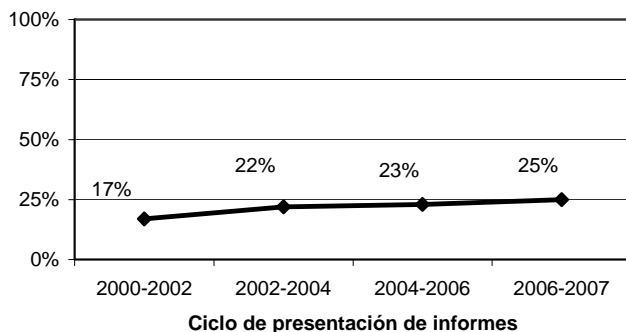


Figura 4
América Latina y el Caribe: ejecución de intervenciones con fines de prevención, determinados ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

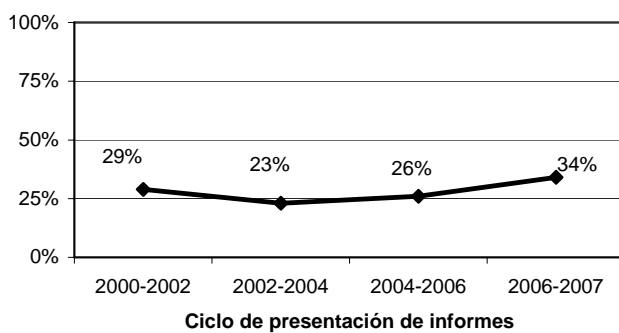


Figura 5
América del Norte: ejecución de intervenciones con fines de prevención, determinados ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

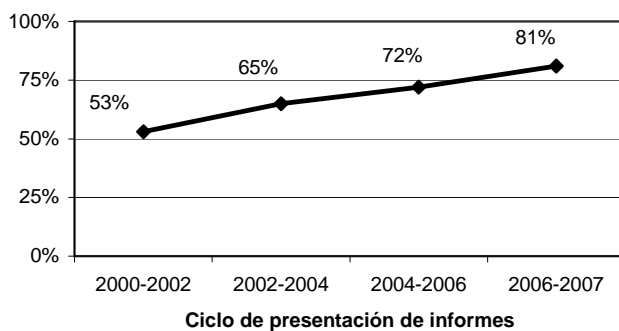


Figura 6
Asia central, meridional y sudoccidental: ejecución de intervenciones con fines de prevención, determinados ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

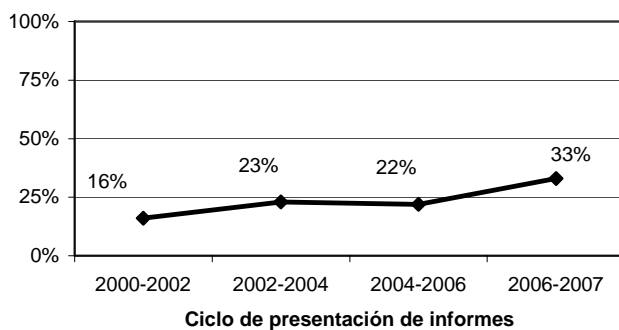


Figura 7
Asia oriental y sudoriental: ejecución de intervenciones con fines de prevención, determinados ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

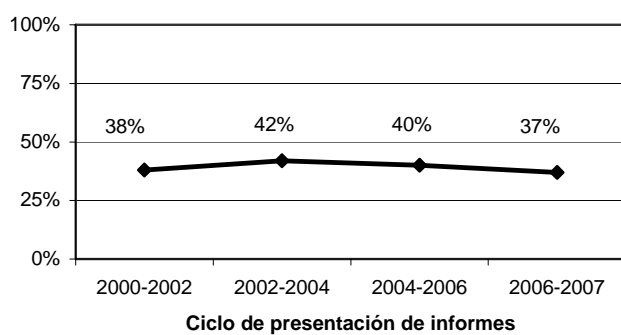


Figura 8
Oceanía: ejecución de intervenciones con fines de prevención, determinados ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

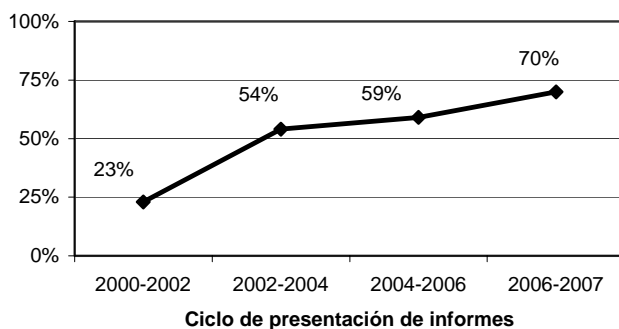


Figura 9
Europa central y occidental: ejecución de intervenciones con fines de prevención, determinados ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

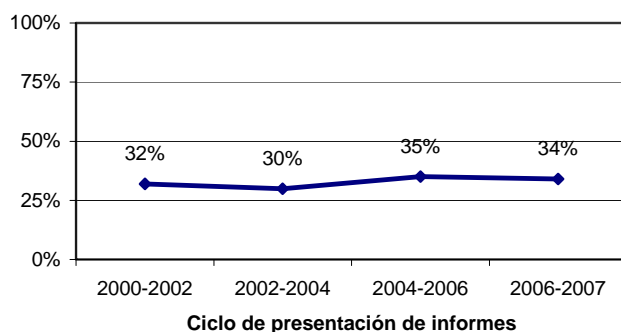
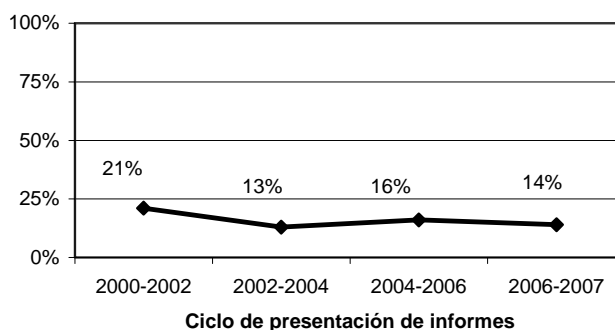


Figura 10
Europa oriental y sudoriental: ejecución de intervenciones con fines de prevención, determinados ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)



13. En Europa, muchos Estados introdujeron nuevas modalidades de prevención, como la selectiva, complementando gradualmente el tipo más clásico y universal de los programas de prevención en medio escolar y en la comunidad. También se observó en Europa una mejora cualitativa gracias a la introducción y difusión de mecanismos de garantía y evaluación de la calidad. En muchas regiones las actividades de prevención están ahora más diversificadas y a menudo tienen una base más empírica que en 1998.

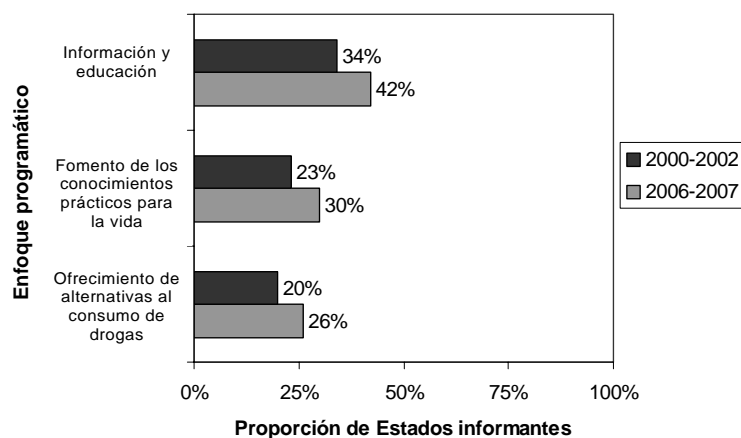
14. Los programas se centraron en su mayor parte en el suministro de información, siendo menos comunes los orientados a la adquisición de aptitudes para la vida al ofrecimiento de alternativas al consumo de drogas. Al mismo tiempo, la tendencia mundial indica que los programas de prevención encaminados a fomentar la adquisición de aptitudes para la vida van ganando aceptación, en tanto que los programas de índole principalmente informativa siguen extendiéndose en los Estados Miembros, pero a un ritmo proporcionalmente más lento. Este hecho es notable porque, de los tres tipos de prevención del abuso de drogas sobre los que los Estados Miembros han de informar en el cuestionario para los informes bienales, los

programas en que se inculcan conocimientos prácticos para la vida son los que han demostrado ser más eficaces (véase la figura 11).

Figura 11

Todas las regiones: ejecución de intervenciones con fines de prevención, por enfoque programático, 2000-2002 y 2006-2007

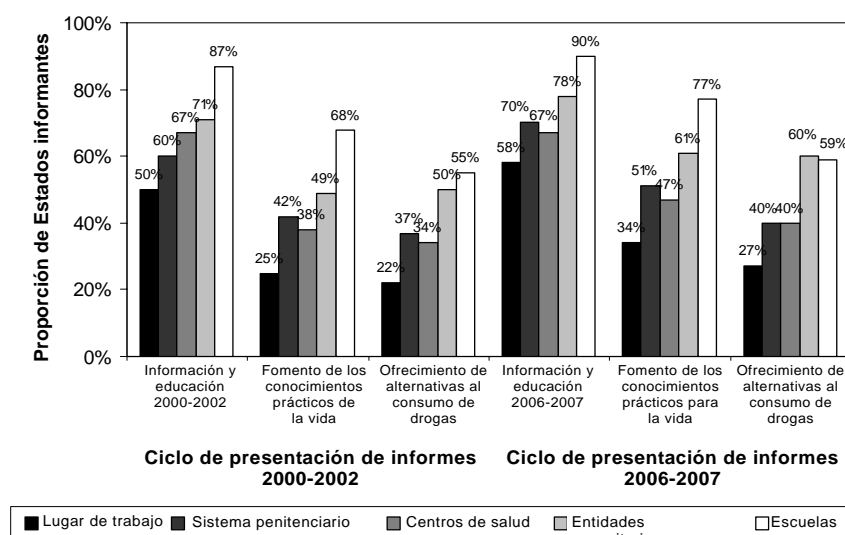
(Porcentaje)



15. Las actividades de prevención se desarrollan de preferencia en el ámbito escolar más que en los lugares de trabajo, vista la necesidad de orientar esas actividades a los niños y adolescentes que aún no han comenzado a probar drogas. Dicho esto, los programas integrales de prevención y tratamiento del uso indebido de sustancias han dado muestras alentadoras de ser eficaces para reducir no sólo ese hábito, sino también los accidentes y el absentismo.

16. La ejecución de programas de prevención registró un aumento creciente en diferentes contextos durante el período objeto de examen (véase la figura 12), como se observó especialmente en África subsahariana, África del Norte y Oriente Medio y Asia central, meridional y sudoccidental.

Figura 12
**Todas las regiones: ejecución de intervenciones con fines de prevención,
 por enfoque programático y contexto, 2000-2002 y 2006-2007**
 (Porcentaje)



2. Intervenciones centradas en el tratamiento y la rehabilitación de personas drogodependientes

17. La demanda de tratamiento viene creciendo desde 1998 en la mayoría de las regiones. El aumento se ha registrado tanto en la demanda como en el número de Estados que han comunicado que ofrecen distintas modalidades de tratamiento. Incrementos importantes se han notificado, por ejemplo, en África del Norte y el Oriente Medio y en Asia central, meridional y sudoccidental. Los Estados de América del Norte y Oceanía informaron de altos niveles de administración de distintas modalidades de tratamiento en todos los ciclos de presentación de informes (véanse las figuras 13 a 21).

18. En tres de las nueve regiones, el número de Estados que comunicaron disponer de programas de tratamiento fue constantemente bajo, registrándose ligeras mejoras durante el ciclo en cuestión (África subsahariana, América Latina y el Caribe y Europa oriental y sudoriental). Fuentes complementarias de información (procedentes de Benin, Egipto, Jordania, Kenya, el Líbano, Marruecos, Mauricio y Uganda) han corroborado las conclusiones del cuestionario para los informes bienales que señalan una intensificación de las actividades de tratamiento de la drogodependencia en África y el Oriente Medio.

19. Cabe señalar que el tratamiento de sustitución, disponible en la actualidad únicamente para la drogodependencia de opioides, no responde a las necesidades de la mayoría de los Estados del África subsahariana y de América Latina y el Caribe, donde la demanda de tratamiento se refiere principalmente al consumo de cannabis y cocaína. Este hecho puede haber alterado el índice compuesto general de la labor de tratamiento y rehabilitación en esas subregiones.

Figura 13
África del Norte y Oriente Medio: aplicación de medidas de tratamiento y rehabilitación, determinados ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

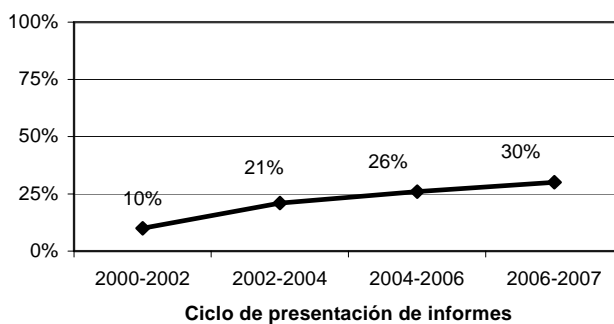


Figura 14
África subsahariana: aplicación de medidas de tratamiento y rehabilitación, determinados ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

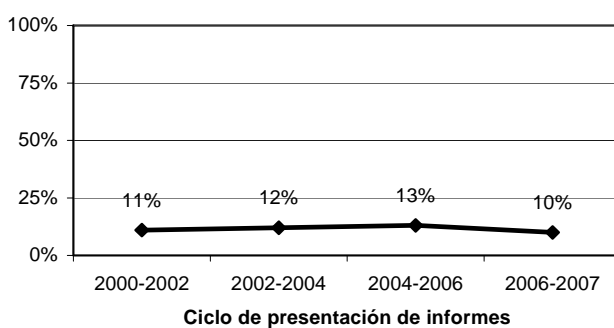


Figura 15
América Latina y el Caribe: aplicación de medidas de tratamiento y rehabilitación, determinados ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

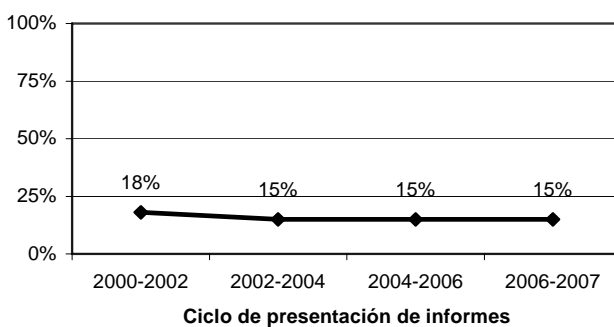


Figura 16
América del Norte: aplicación de medidas de tratamiento y rehabilitación, determinados ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

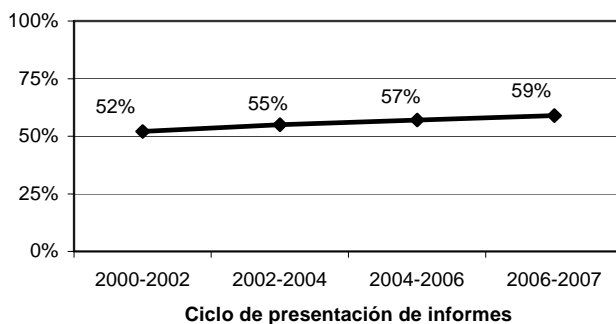


Figura 17
Asia central, meridional y sudoccidental: aplicación de medidas de tratamiento y rehabilitación, determinados ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

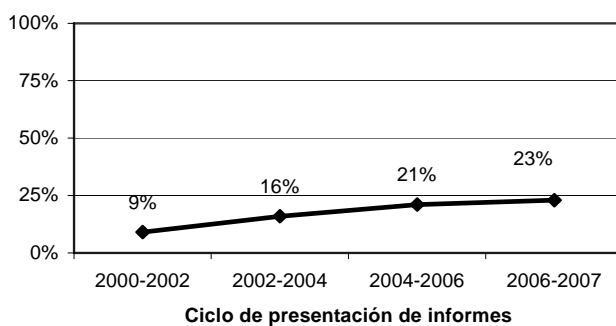


Figura 18
Asia oriental y sudoriental: aplicación de medidas de tratamiento y rehabilitación, determinados ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

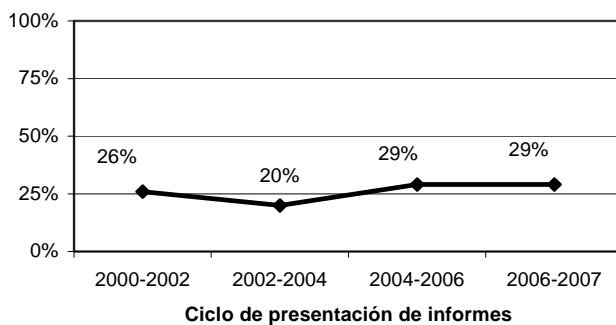


Figura 19

Oceanía: aplicación de medidas de tratamiento y rehabilitación, determinados ciclos de presentación de informes
(Índice compuesto)

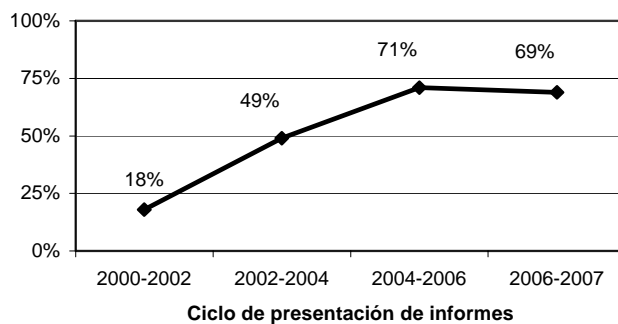


Figura 20

Europa central y occidental: aplicación de medidas de tratamiento y rehabilitación, determinados ciclos de presentación de informes
(Índice compuesto)

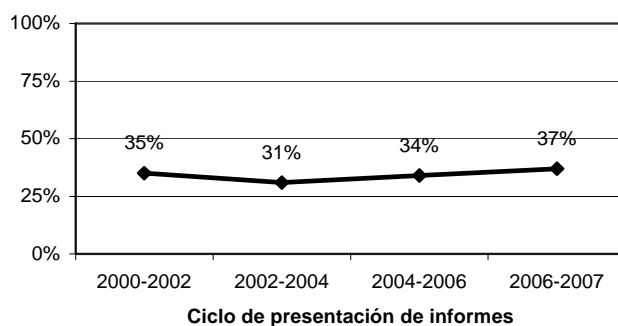
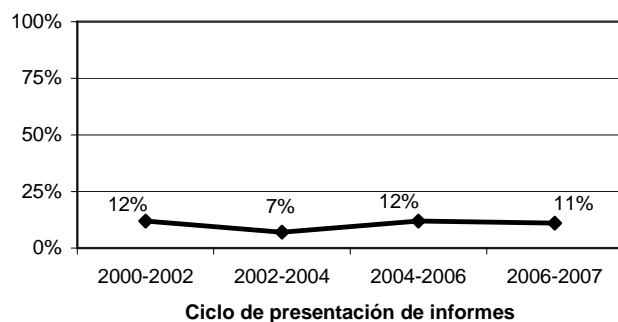


Figura 21

Europa oriental y sudoriental: aplicación de medidas de tratamiento y rehabilitación, determinados ciclos de presentación de informes
(Índice compuesto)



20. Es probable que desde 1998 se haya duplicado en Europa el número de personas sometidas a tratamiento. Este hecho puede deberse a la mayor oferta de tratamiento ambulatorio de sustitución con metadona y buprenorfina, y, más recientemente, al aumento de servicios especializados en el tratamiento de la dependencia del cannabis y la cocaína. Además, se han notificado muchas mejoras cualitativas -logradas gracias a la garantía de la calidad, la implantación de mecanismos de evaluación más perfeccionados y la difusión de directrices basadas en criterios científicos.

21. Respecto de América Latina y el Caribe, la información complementaria proveniente del Mecanismo de Evaluación Multilateral de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos indica que en la subregión se han realizado algunos progresos en la ejecución de programas de tratamiento de la drogodependencia. Muchos Estados cuentan con algún tipo de servicio básico dispensado por el sector público o el privado. Esos servicios ofrecen la posibilidad de un tratamiento ambulatorio o de internación, y cuentan con dispensarios de atención diurna y nocturna que prestan servicios de detección precoz, tratamiento extrainstitucional y derivación de pacientes, reinserción social y postratamiento, además de contar con grupos de autoayuda. El hecho de que los sistemas nacionales de tratamiento de la drogodependencia no aúnen sus diversas actividades para que respondan mejor a las necesidades del paciente explica en parte los limitados progresos observados. La CICAD presta asistencia en esa esfera mediante el establecimiento de sistemas nacionales de tratamiento de la drogodependencia, la provisión de redes de comunicación para todos los servicios y modalidades de tratamiento de cada país y la creación de sistemas nacionales de derivación de pacientes. Esa configuración permite que la atención se centre en las necesidades del paciente, en vez de obligar a éste a que se adapte a la modalidad de tratamiento que el prestador de servicios ofrece. También se han notificado avances en la elaboración de directrices o reglamentos sobre normas para el tratamiento de la drogodependencia en la mayoría de los países. Casi todas esas directrices son obligatorias y se aplican a los programas de tratamiento que se ejecutan en los ámbitos nacional, estatal, provincial o local.

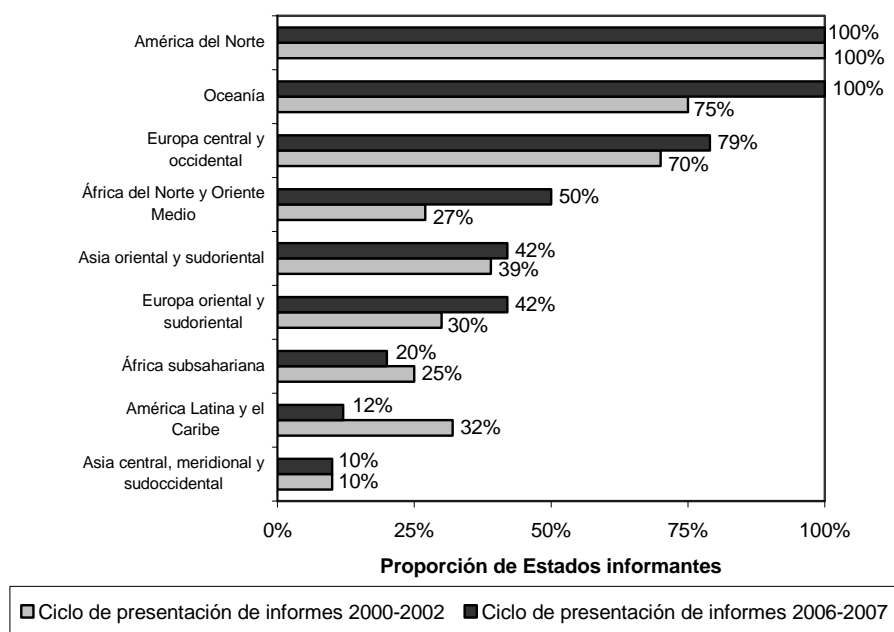
22. En todo el mundo, el tratamiento de desintoxicación fue la forma de intervención más corriente durante el período que se examina, y la mayoría de las regiones informaron de la intensificación de esfuerzos en ese sentido. No obstante, procede señalar que, por denotar una amplia gama de actividades, el término “desintoxicación” es difícil de interpretar. Sería importante que ese tipo de intervención fuera acompañada de tratamientos a más largo plazo y de seguimiento, ya que la desintoxicación por sí sola no ha demostrado ser eficaz. Por ejemplo, en todos los Estados miembros de la Unión Europea se ofrece el tratamiento ambulatorio y de internación a pacientes que han dejado la droga y, en algunos de ellos, esa modalidad es incluso la principal forma de tratamiento de la drogodependencia, aunque el número notificado de las personas que reciben ese tratamiento es inferior al de las que reciben el tratamiento de sustitución.

23. De los cuatro tipos principales de intervenciones terapéuticas que figuran en el cuestionario para los informes bienales, el tratamiento de sustitución fue el menos frecuente. Ese hecho es preocupante, en particular en los casos de dependencia de opioides, ya que es una de las modalidades de tratamiento que ha dado las mayores

muestras de eficacia. En este sentido es muy destacable que en el quinto ciclo de presentación de informes, los Estados de América del Norte y Oceanía hayan informado de la administración integral del tratamiento de sustitución en distintos contextos, seguidos de los Estados de Europa central y occidental, cuyo número había aumentado a tal punto que en la actualidad ese tratamiento se administraba en casi todos los Estados de la subregión. Sin embargo, en muchos de ellos el tratamiento tiene sólo carácter experimental, de manera que su cobertura es más bien limitada. La información proveniente de fuentes complementarias indica que tal vez haya que interpretar con cautela los resultados del cuestionario referentes a la proporción baja de Estados de América Latina y el Caribe y del África subsahariana que han comunicado la administración del tratamiento de sustitución (véase la figura 22).

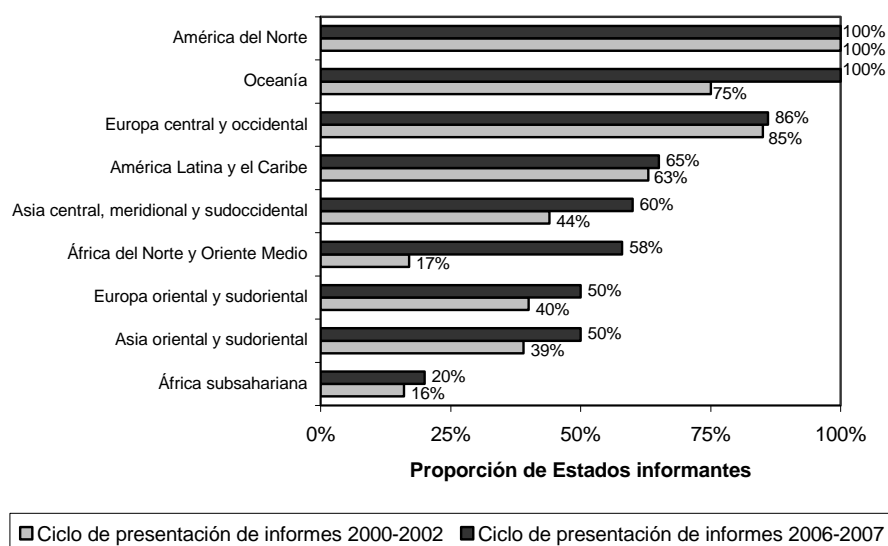
Figura 22

Disponibilidad de tratamiento de sustitución en régimen ambulatorio, por subregiones, 2000-2002 y 2006-2007
(Porcentaje)



24. El tratamiento no farmacológico aumentó en la mayoría de las regiones durante el período que se examina, en particular en África del Norte y el Oriente Medio y el Asia central, meridional y sudoccidental (véase la figura 23). Se observó una tendencia similar en las medidas que se centraban en la reinserción social. En los últimos años, la situación mundial se ha mantenido estable. En Europa existen programas de rehabilitación social en casi todos los Estados miembros de la Unión Europea, aunque el grado de disponibilidad se considera limitado.

Figura 23
**Disponibilidad de tratamiento no farmacológico en régimen ambulatorio,
 por subregiones, 2000-2002 y 2006-2007**



25. En líneas generales, poco se ha avanzado en la administración de tratamientos, y habrá que redoblar los esfuerzos para cumplir las metas fijadas. Al interpretar los resultados, deberá tenerse presente que la situación de las drogas en los planos nacional o regional tal vez exija diferentes tipos de respuesta. Para mantener la coherencia con la base de pruebas existentes sobre la eficacia del tratamiento de la drogodependencia, es preciso insistir en la utilización de diversos enfoques terapéuticos, integrados en un proceso continuo de atención. Además, las intervenciones han de adaptarse a las necesidades cambiantes de los grupos destinatarios específicos y a las nuevas tendencias en materia de drogas.

3. Intervenciones encaminadas a reducir las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales del uso indebido de drogas

26. Se observaron notables diferencias regionales en la aplicación de las medidas enumeradas en la subsección del cuestionario para los informes bienales relativa a las intervenciones para reducir las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales del uso indebido de drogas. La proporción de Estados que en el quinto ciclo de presentación de informes notificaron haber aplicado la mayor parte de las medidas fue relativamente alta (por lo general el 75% o más) en cuatro de las nueve regiones (Oceanía, América del Norte, Europa central y occidental y Asia central, meridional y sudoccidental). En algunas subregiones, como el África subsahariana y América Latina y el Caribe, la proporción fue marcadamente más baja.

27. Cabe observar que, cuando se tienen en cuenta las respuestas relativas al nivel de cobertura del grupo destinatario de las actividades que se realizan, el nivel regional de aplicación de la gama completa de medidas verificadas en el cuestionario para los informes bienales es relativamente bajo en la mayoría de las regiones (véanse las figuras 24 a 32).

Figura 24

África del Norte y Oriente Medio: aplicación de medidas para reducir las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales, determinados ciclos de presentación de informes

(Índice compuesto)

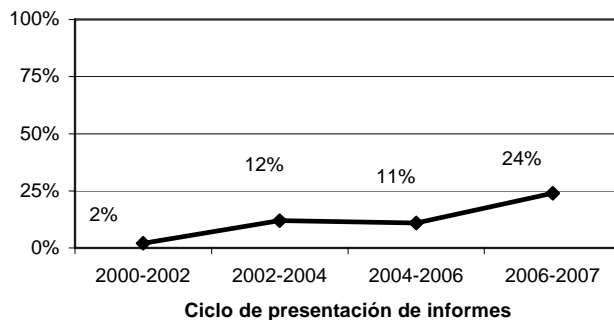


Figura 25

África subsahariana: aplicación de medidas para reducir las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales, determinados ciclos de presentación de informes

(Índice compuesto)

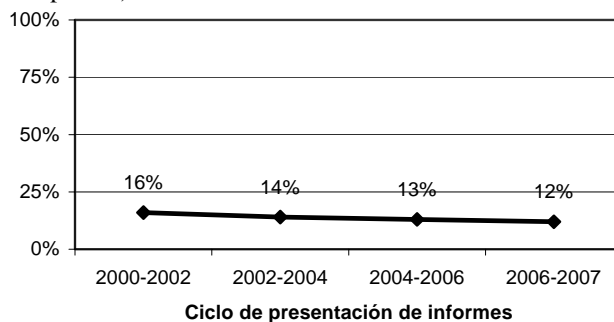


Figura 26

América Latina y el Caribe: aplicación de medidas para reducir las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales, determinados ciclos de presentación de informes

(Índice compuesto)

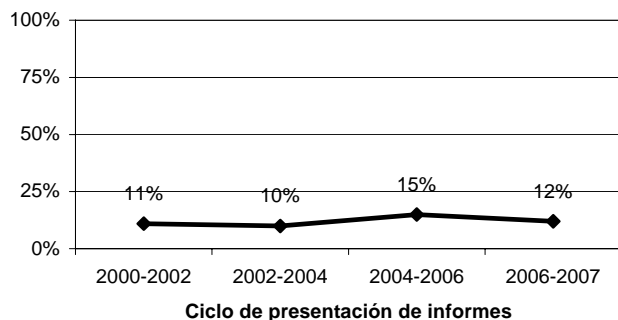


Figura 27
América del Norte: aplicación de medidas para reducir las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales, determinados ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

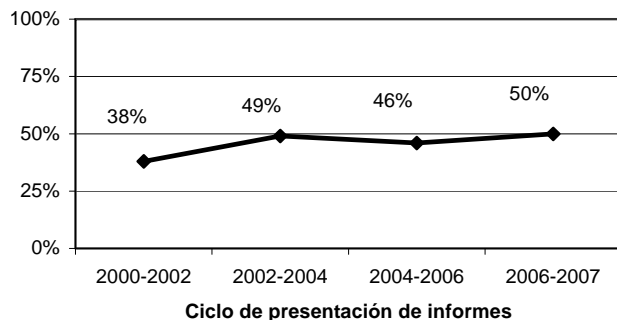


Figura 28
Asia central, meridional y sudoccidental: aplicación de medidas para reducir las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales, determinados ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

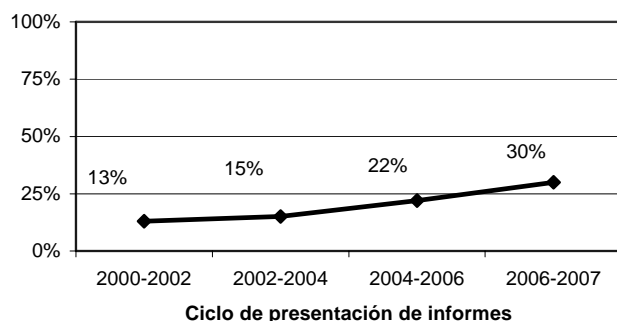


Figura 29
Asia oriental y sudoriental: aplicación de medidas para reducir las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales, determinados ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

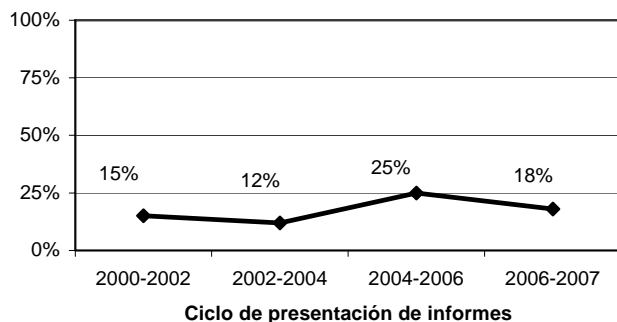


Figura 30

Oceanía: aplicación de medidas para reducir las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales, determinados ciclos de presentación de informes
(Índice compuesto)

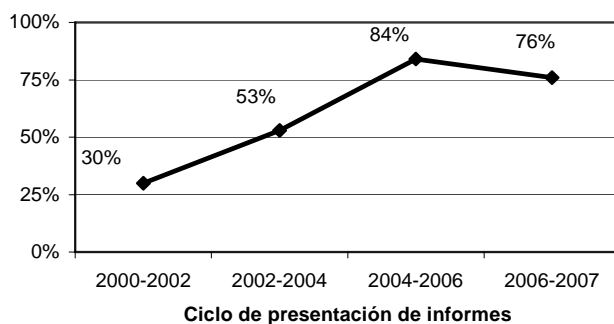


Figura 31

Europa central y occidental: aplicación de medidas para reducir las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales, determinados ciclos de presentación de informes
(Índice compuesto)

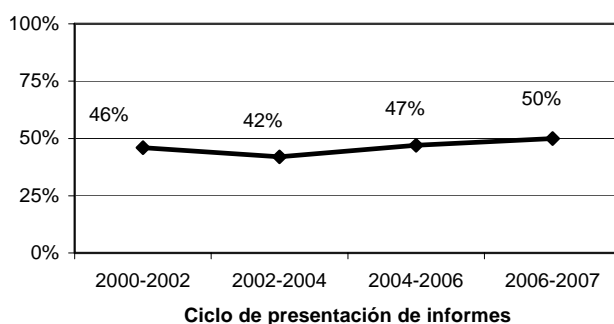
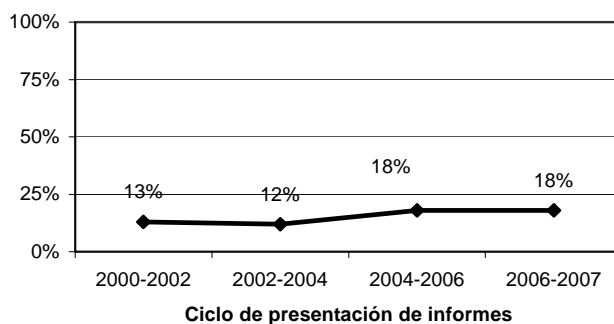


Figura 32

Europa oriental y sudoriental: aplicación de medidas para reducir las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales, determinados ciclos de presentación de informes
(Índice compuesto)

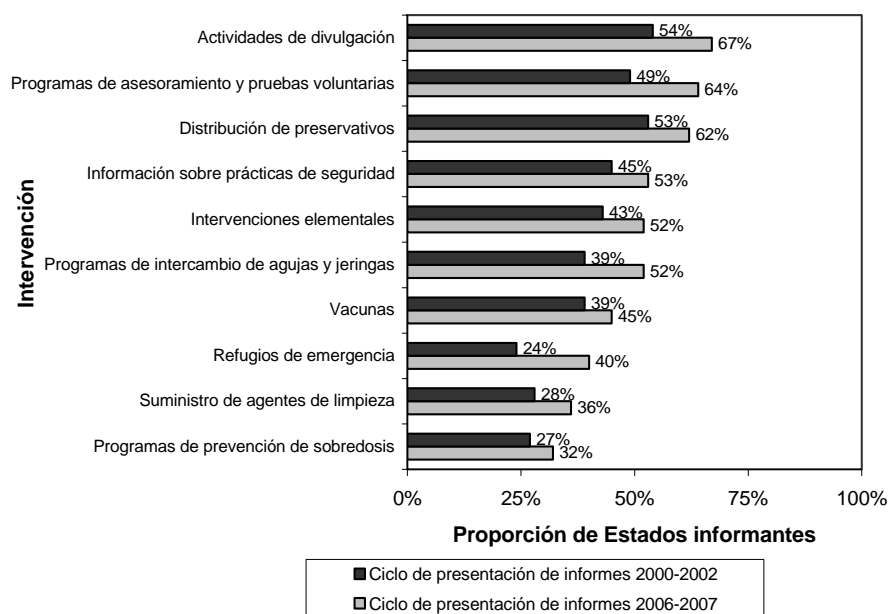


28. Se estima que hasta el 10% de todos los nuevos casos de infección por el VIH se deben al consumo de drogas inyectables (el 30% si se excluye África), y que alrededor de 3 millones de las personas que han consumido o consumen drogas por vía intravenosa viven con el VIH/SIDA. El consumo de drogas inyectables es una vía importante de transmisión del VIH en varias regiones y ya causa preocupación en África.

29. En 2005, la Junta Coordinadora del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) aprobó y recomendó un conjunto general de medidas preventivas y paliativas del VIH/SIDA, seis de las cuales figuran en el cuestionario para los informes bienales. Centrado específicamente en la transmisión del VIH por consumo de drogas inyectables, el conjunto de medidas consiste en una amplia variedad de opciones de tratamiento. Globalmente, las medidas más comúnmente aplicadas son la divulgación a cargo de los pares entre los consumidores de drogas inyectables (en el 67% de los Estados informantes en 2007), los programas de asesoramiento y pruebas voluntarias (en el 64%), la prevención de la transmisión sexual del VIH entre los consumidores de drogas mediante la distribución de preservativos (en el 62%), y la difusión de información y educación sobre prácticas de seguridad entre los consumidores de drogas (en el 53%). En 2007 el tratamiento de sustitución se venía administrando en menos del 50% de los Estados que respondieron al cuestionario para los informes bienales (véase la figura 33).

Figura 33

Disponibilidad de medidas para reducir las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales del uso indebido de drogas, por tipo de intervención, 2000-2002 y 2006-2007
(Porcentaje)



30. Hay gran disparidad entre las regiones en cuanto a la oferta de programas de intercambio de agujas y jeringas. En Oceanía, América del Norte y Europa central y occidental, por ejemplo, el 90% o más de los Estados comunicaron que con esos programas, en tanto que en el África subsahariana y en América Latina y el Caribe la proporción era del 10% o menos. La prevalencia baja del consumo de drogas inyectables en muchos países del África subsahariana y de América Latina y el Caribe podría explicar en parte la limitada disponibilidad de esas medidas en ambas subregiones.

31. En Europa oriental y el Asia central, donde la gran mayoría (más del 80%) de los casos de VIH se deben al consumo de drogas inyectables, la aplicación eficaz de medidas orientadas a los consumidores de drogas por vía intravenosa plantea a muchos Estados un reto de vital importancia. Los resultados del cuestionario para los informes bienales indican que se han registrado algunos hechos positivos en ese sentido. En Europa oriental y sudoriental, la proporción de Estados informantes que notificaron la disponibilidad de intervenciones esenciales aumentó en el período 2000 a 2007: los programas de divulgación pasaron del 20% al 50%; los programas de asesoramiento y pruebas voluntarias de enfermedades infecciosas, del 40% al 67%; la distribución de preservativos, del 50% al 67%; la difusión de información y la educación, del 40% al 50%; y los programas de intercambio de agujas y jeringas, del 40% al 58%. De forma análoga, el tratamiento de sustitución en régimen ambulatorio se ha hecho más común, ya que la proporción de Estados que lo aplican se incrementó del 30% en 2000 al 42% en 2007. Era alentador que el 80% de los Estados de Asia central, meridional y sudoccidental comunicaran que prestan la mayoría de los servicios esenciales, con la notable excepción del tratamiento de sustitución: sólo el 10% de los Estados comunicó disponer de ese tratamiento en 2007, lo que indicaba que no se había registrado aumento alguno desde la situación de referencia.

32. Pese a lo que antecede, no siempre queda claro si los cambios comunicados reflejan la realidad de toda la región o si, en algunos casos, la información está sesgada. Por ejemplo, los informes que comunican una disminución de los programas de asesoramiento y pruebas voluntarias de enfermedades infecciosas en el África subsahariana deben interpretarse con cautela, teniendo en cuenta los ingentes esfuerzos desplegados en la subregión a ese respecto en los cinco últimos años.

33. En algunas regiones, los aumentos podrían atribuirse a que desde 1998 se han intensificado las acciones para combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sanguínea. En Europa central y occidental, por ejemplo, una gran mayoría de los Estados informantes (del 80% al 90%) comunicaron la aplicación de diversas medidas encaminadas a reducir las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales del uso indebido de drogas. Esa información se vio respaldada por la Recomendación 2003/488/CE del Consejo de la Unión Europea, de 18 de junio de 2003, relativa a la prevención y la reducción de los daños para la salud asociados a la drogodependencia⁴. En la mayoría de los Estados de la Unión Europea las actividades han pasado a formar parte de las estrategias y planes de acción nacionales de fiscalización de drogas. Aunque los programas de intercambio de agujas y jeringas se habían introducido antes de 1998 en casi todos los Estados

⁴ *Diario Oficial de la Unión Europea*, L 165, 3 de julio de 2003.

Miembros de la Unión Europea y Noruega, el tamaño de esos programas y el número de puntos de provisión de agujas y jeringas han aumentado. También se han iniciado y extendido otras intervenciones para reducir el número de casos de enfermedades infecciosas y de muertes vinculados al consumo de drogas, como los servicios elementales y la difusión de material informativo.

34. La información complementaria aportada por el ONUSIDA indica que en todo el mundo la proporción de consumidores de drogas por vía intravenosa que reciben algún tipo de servicios de prevención ha aumentado en los últimos años (del 4,3% en 2003 al 8% en 2005, según las estimaciones correspondientes a 94 países informantes de ingresos bajos y medianos). Concretamente, esas estimaciones muestran que en esos países el número de consumidores de drogas por vía intravenosa con acceso a información sobre la reducción de riesgos, a actividades educativas y a mecanismos de comunicación se triplicó entre 2003 (320.000 personas) y 2005 (1,1 millones de personas). El número de personas con acceso a programas de distribución de equipo esterilizado para inyecciones o de descontaminación de equipo también se incrementó, pasando de 150.000 en 2003 a 400.000 en 2005, así como el de las que podían someterse a terapia de sustitución de opioides, que pasó de 20.000 a 33.000 en el mismo período. A pesar de esas tendencias, la cobertura sigue siendo muy baja en relación con el tamaño de la población de consumidores de drogas inyectables, que en 2003 se estimó en aproximadamente 13,2 millones de personas en el mundo.

35. Aunque la tendencia mundial ha mostrado un aumento considerable en el curso de los años, es preciso introducir mejoras. Aun cuando se dispone de servicios, su grado de cobertura entre los consumidores de drogas es a menudo bajo y, en muchos países, no se da a conocer su existencia entre la población. En zonas como Europa oriental y sudoriental, donde el consumo de drogas inyectables es la causa de la propagación de gran parte de las infecciones sanguíneas, en particular el VIH y las hepatitis B y C, es de la máxima importancia lograr la cobertura en gran escala de las medidas entre los grupos de población más expuestos, como los niños de la calle, los profesionales del sexo y los reclusos.

4. Actividades con grupos de población vulnerables o especiales: “concentración en las necesidades especiales”

36. La oferta de programas orientados a atender a las necesidades de los grupos de población de más alto riesgo ha aumentado desde 1998. Se notificaron avances particularmente grandes en África del Norte y el Oriente Medio, donde la proporción de Estados con esos programas pasó del 33% en 1998 al 91% en 2007. En Asia central, meridional y sudoccidental, las actividades se basan por lo general en la determinación de los factores de riesgo y de protección en mayor medida que en 1998. En América Central se ha progresado mucho y las actividades han aumentado en los casos pertinentes (véanse las figuras 34 a 42).

Figura 34
África del Norte y Oriente Medio: realización de actividades con grupos de población vulnerables o especiales, por ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

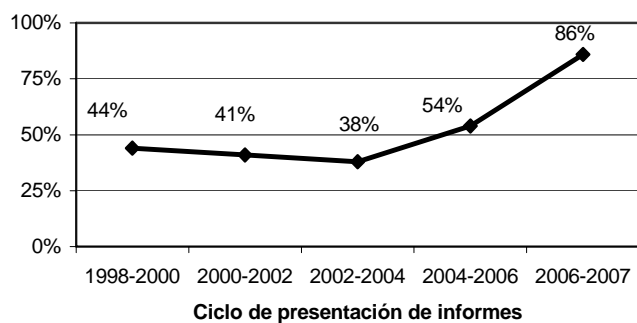


Figura 35
África subsahariana: realización de actividades con grupos de población vulnerables o especiales, por ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

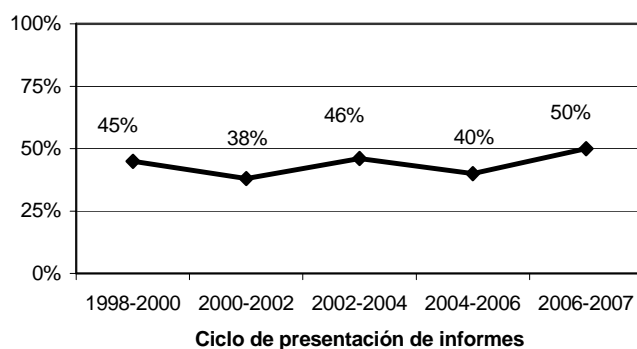


Figura 36
América Latina y el Caribe: realización de actividades con grupos de población vulnerables o especiales, por ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

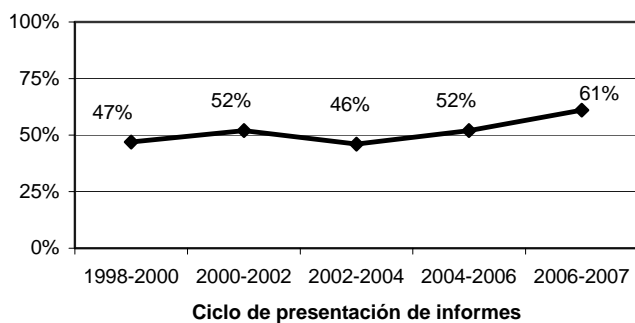


Figura 37
América del Norte: realización de actividades con grupos de población vulnerables o especiales, por ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

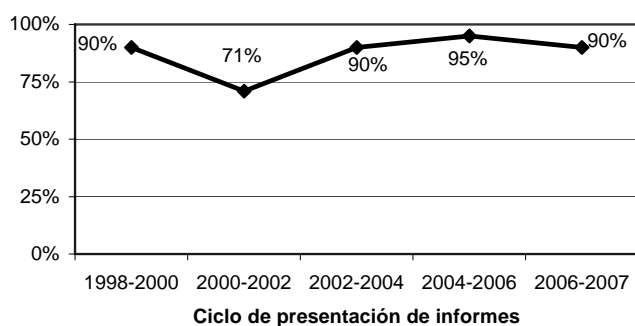


Figura 38
Asia central, meridional y sudoccidental: realización de actividades con grupos de población vulnerables o especiales, por ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

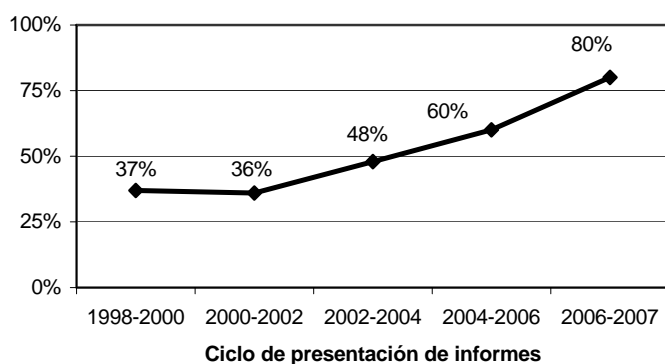


Figura 39
Asia oriental y sudoriental: realización de actividades con grupos de población vulnerables o especiales, por ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

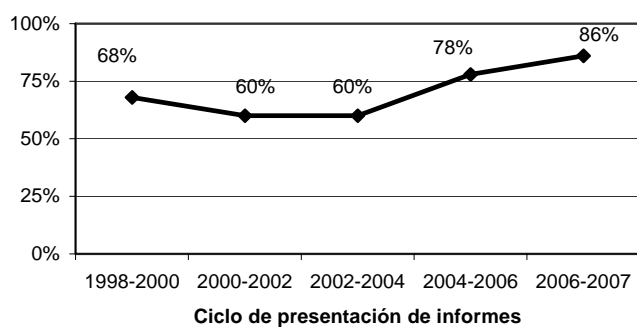


Figura 40

Oceanía: realización de actividades con grupos de población vulnerables o especiales, por ciclos de presentación de informes
(Índice compuesto)

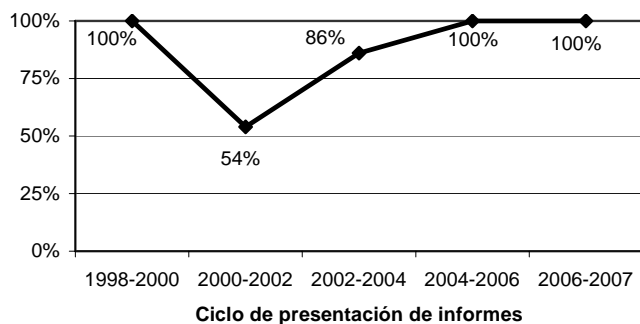


Figura 41

Europa central y occidental: realización de actividades con grupos de población vulnerables o especiales, por ciclos de presentación de informes
(Índice compuesto)

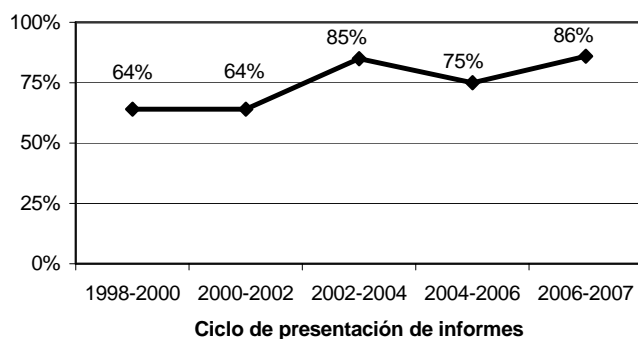
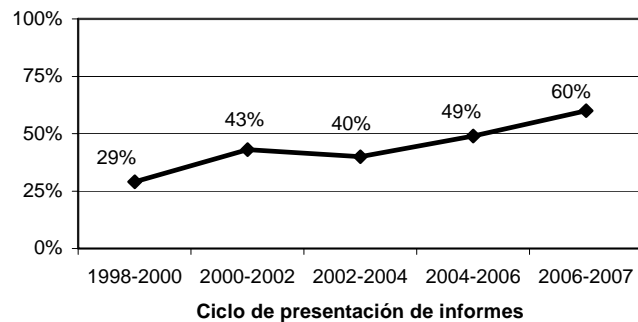


Figura 42

Europa oriental y sudoriental: realización de actividades con grupos de población vulnerables o especiales, por ciclos de presentación de informes
(Índice compuesto)



37. Los usuarios de drogas inyectables suelen verse expuestos a múltiples riesgos, como los que entraña el trabajo sexual, y con frecuencia son encarcelados por posesión de drogas, lo que aumenta más aún el riesgo de contraer y transmitir el VIH y otras enfermedades infecciosas de transmisión sanguínea. En comparación con 1998, los programas en regímenes carcelarios son ahora más comunes. A nivel mundial, la proporción de Estados informantes que ofrecen esos programas ha aumentado del 53% al 76%, registrándose el mayor aumento en Asia central, meridional y sudoccidental (del 29% al 75%) y en América Latina y el Caribe (del 36% al 83%). En el África subsahariana, sólo algunos Estados notificaron la ejecución de ese tipo de programas, con unas tasas de aumento sólo ligeras desde 1998. Sin embargo, la información complementaria regional indica que la ejecución de programas especiales en las cárceles es mucho más común en esa región de lo que muestran los resultados regionales del cuestionario para los informes bienales.

38. Los programas comunitarios para ex reclusos siguen siendo menos comunes, y la proporción de Estados que notificaron su ejecución disminuyó en todo el mundo del 47% en 1998 al 43% en 2007. Sin embargo, fuentes regionales de información complementaria, por ejemplo del África subsahariana, indican que, aun cuando esos programas sean menos comunes que los que se llevan a cabo en régimen penitenciario, la tendencia no apunta necesariamente a una disminución en la mayoría de los Estados. Los programas sustitutivos de la declaración de culpabilidad y la condena se han hecho más frecuentes; en 2007, el 72% de los Estados informaron de la ejecución de esos programas, en comparación con el 44% en 1998.

5. Respuestas relativas a las campañas de información pública y en los medios de comunicación: “difusión del mensaje apropiado”

39. En cuanto a las respuestas al problema de la droga transmitidas por los medios de comunicación, en todas las regiones se suelen realizar campañas de información pública. Sin embargo, debería prestarse más atención a la calidad y cantidad de esas campañas (véanse las figuras 43 a 51).

Figura 43

África del Norte y Oriente Medio: respuestas relativas a las campañas de información pública y en los medios de comunicación: “difusión del mensaje apropiado”

(Índice compuesto)

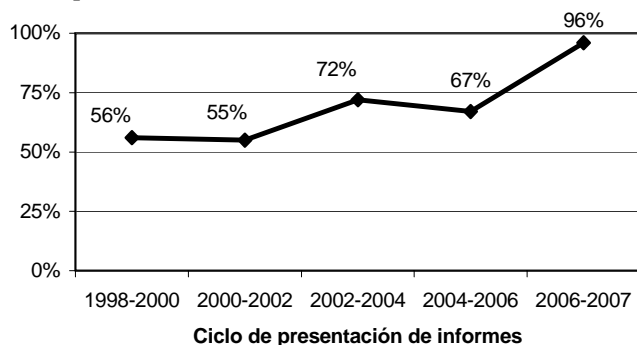


Figura 44

África subsahariana: respuestas relativas a las campañas de información pública y en los medios de comunicación: “difusión del mensaje apropiado”
(Índice compuesto)

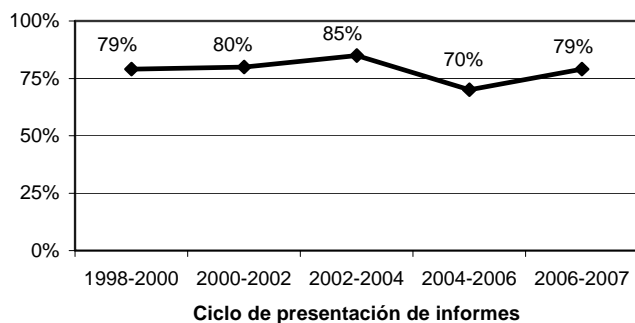


Figura 45

América Latina y el Caribe: respuestas relativas a las campañas de información pública y en los medios de comunicación: “difusión del mensaje apropiado”
(Índice compuesto)

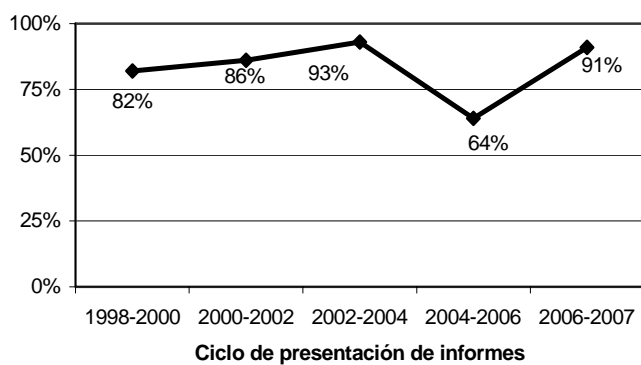


Figura 46

América del Norte: respuestas relativas a las campañas de información pública y en los medios de comunicación: “difusión del mensaje apropiado”
(Índice compuesto)

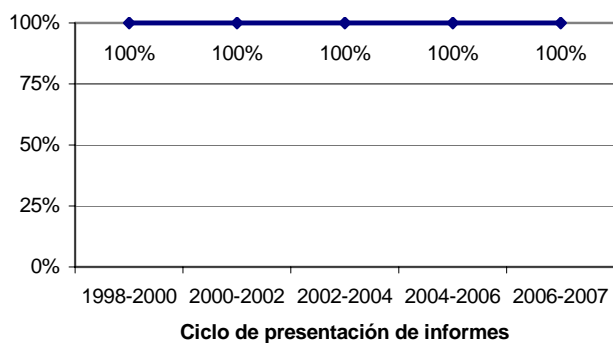


Figura 47
Asia central y sudoriental: respuestas relativas a las campañas de información pública y en los medios de comunicación: “difusión del mensaje apropiado”
 (Índice compuesto)

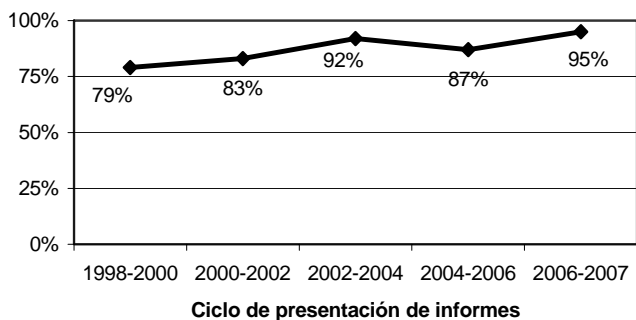


Figura 48
Asia oriental y sudoriental: respuestas relativas a las campañas de información pública y en los medios de comunicación: “difusión del mensaje apropiado”
 (Índice compuesto)

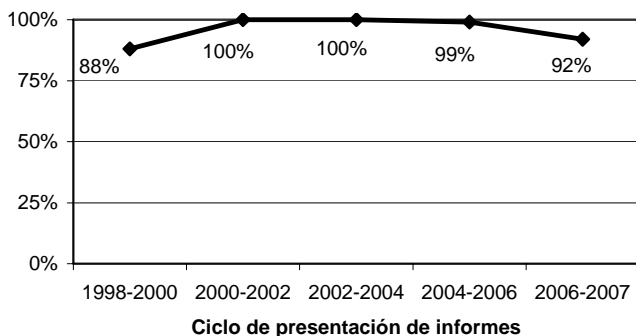


Figura 49
Oceanía: respuestas relativas a las campañas de información pública y en los medios de comunicación: “difusión del mensaje apropiado”
 (Índice compuesto)

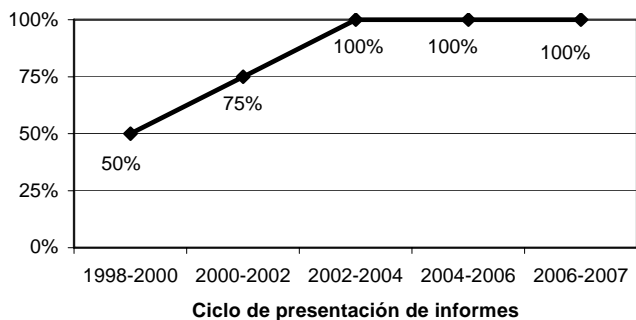


Figura 50
Europa central y occidental: respuestas relativas a las campañas de información pública y en los medios de comunicación: “difusión del mensaje apropiado”
 (Índice compuesto)

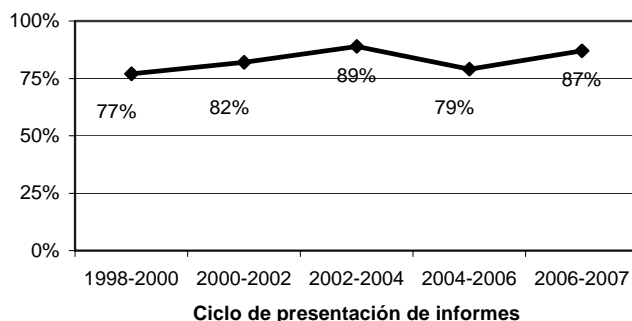
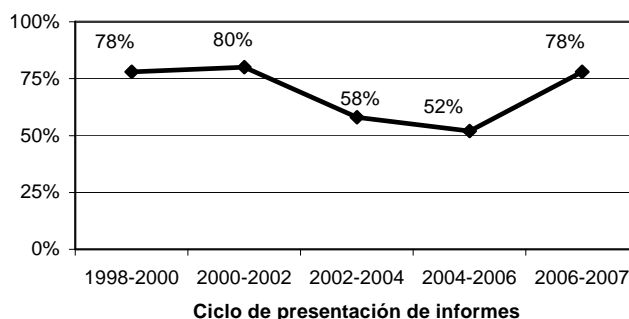


Figura 51
Europa oriental y sudoriental: respuestas relativas a las campañas de información pública y en los medios de comunicación: “difusión del mensaje apropiado”
 (Índice compuesto)



40. La realización de campañas de información pública en el marco de la reducción de la demanda de drogas fue general en todos los ciclos de presentación de informes. En el quinto ciclo, la proporción de Estados que se valieron de los medios de difusión para transmitir mensajes de reducción de la demanda superó el 80% en todas las regiones. De forma análoga, las actividades de capacitación de mediadores sociales fueron comunes en todas las regiones (el promedio mundial se situó en el 86%). Se han desplegado esfuerzos para difundir información sobre el problema de la droga y ponerla en conocimiento del público por Internet, la prensa escrita, la radio, la televisión, las bibliotecas, los institutos de investigación y las escuelas. Por ejemplo, varios Estados de América Latina cuentan con un presupuesto público destinado expresamente para ese fin.

41. En algunas regiones es motivo de preocupación el grado relativamente bajo de homogeneidad y profesionalidad al determinar la repercusión de las campañas mediáticas y de información pública. Sin embargo, una evaluación de las campañas

realizadas en los medios de difusión en América del Norte demostró que incluso las campañas bien financiadas, planificadas y sostenidas tenían un efecto limitado en el cambio de actitud del grupo destinatario, no obstante haber cambiado efectivamente su nivel de conocimientos y de sensibilización. Sería, pues, especialmente importante hacer participar a colaboradores no gubernamentales en la difusión de mensajes apropiados y precisos en pro de la reducción de la demanda de drogas.

42. La mayoría de los Estados informantes (el 94%) comunicaron que habían llevado a cabo campañas de información pública en 2007, muchas de ellas sobre la base de una evaluación de las necesidades en que se habían tenido en cuenta las características sociales y culturales del grupo destinatario (el 77% y el 80%, respectivamente). Sólo la mitad de esos Estados notificaron que habían evaluado los resultados de las campañas.

43. Las subregiones con la proporción más baja de Estados que evaluaron los resultados de sus campañas de información pública fueron Europa oriental y sudoriental (el 20%) y en América Latina y el Caribe (el 31%).

B. Creación de capacidad institucional

1. Respuestas estratégicas y de política: “el compromiso”

44. A nivel mundial se mantuvo estable un alto grado de compromiso político en todos los ciclos de presentación de informes. De los informes bienales se desprende que se ha avanzado en la elaboración y aplicación de estrategias nacionales de reducción de la demanda que reflejan las normas internacionales (véanse las figuras 52 a 60).

Figura 52

África del Norte y Oriente Medio: puesta en práctica de las respuestas estratégicas y de política, por ciclos de presentación de informes
(Índice compuesto)

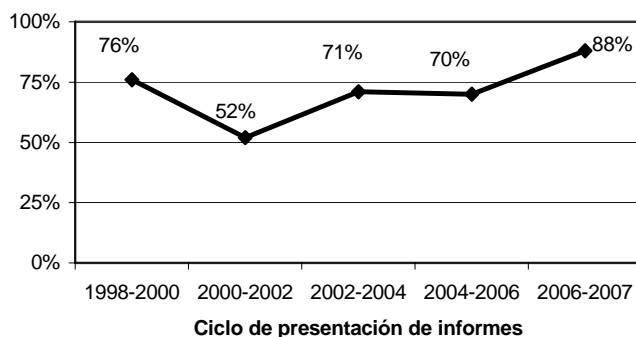


Figura 53
África subsahariana: puesta en práctica de las respuestas estratégicas y de política, por ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

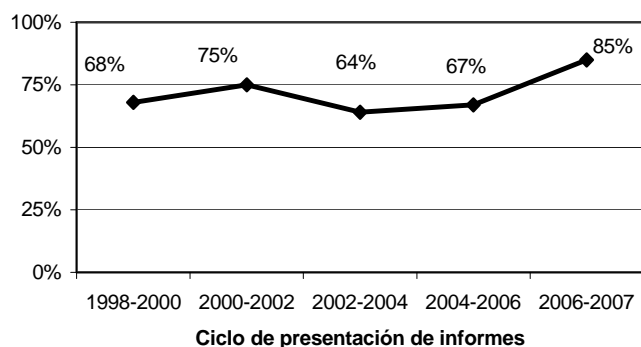


Figura 54
América Latina y el Caribe: puesta en práctica de las respuestas estratégicas y de política, por ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

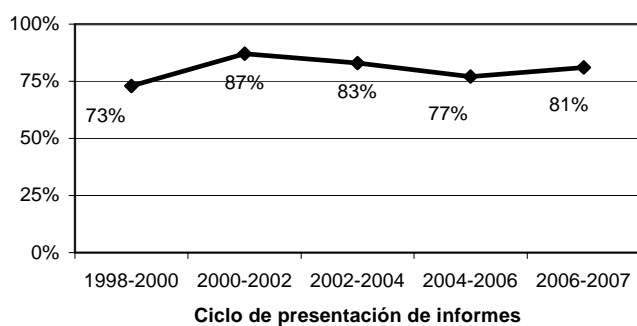


Figura 55
América del Norte: puesta en práctica de las respuestas estratégicas y de política, por ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

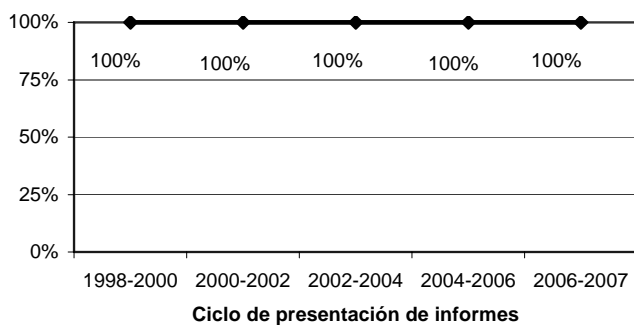


Figura 56
Asia central, meridional y sudoccidental: puesta en práctica de las respuestas estratégicas y de política, por ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

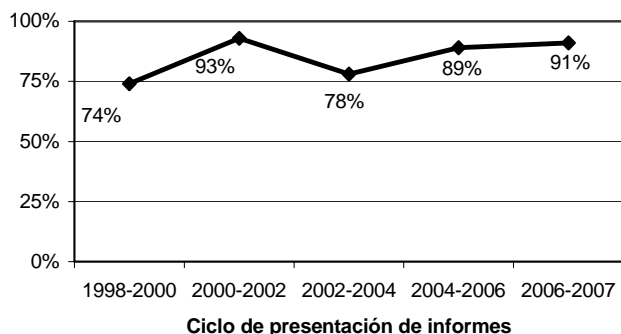


Figura 57
Asia oriental y sudoriental: puesta en práctica de las respuestas estratégicas y de política, por ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

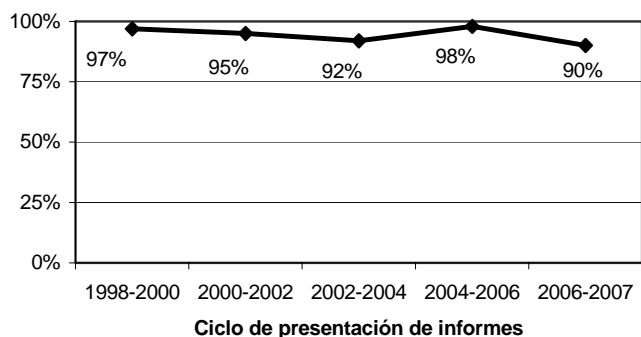


Figura 58
Oceanía: puesta en práctica de las respuestas estratégicas y de política, por ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

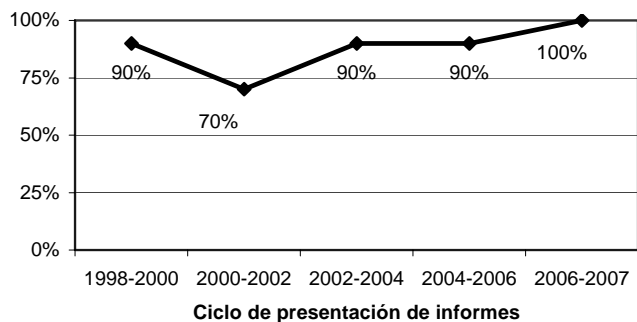


Figura 59

Europa central y occidental: puesta en práctica de las respuestas estratégicas y de política, por ciclos de presentación de informes
(Índice compuesto)

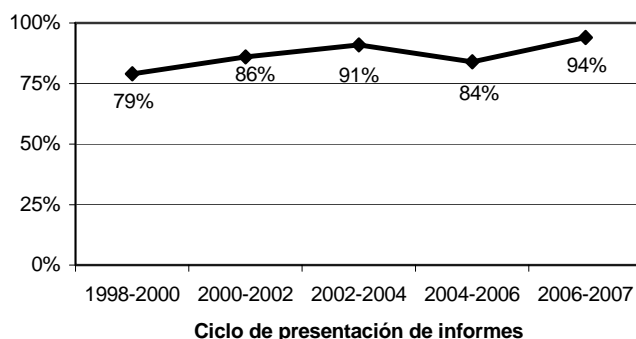
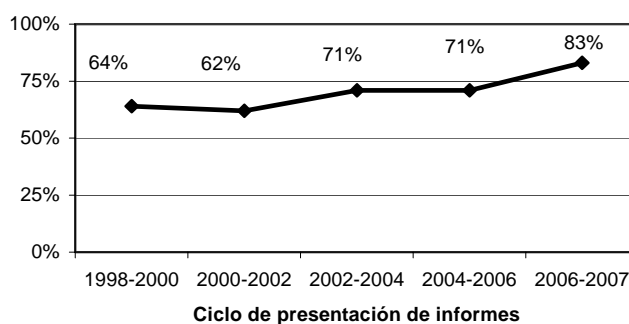


Figura 60

Europa oriental y sudoriental: puesta en práctica de las respuestas estratégicas y de política, por ciclos de presentación de informes
(Índice compuesto)



45. En el quinto ciclo de presentación de informes, la gran mayoría de los Estados informantes (el 90%) comunicaron que contaban con una estrategia nacional de reducción de la demanda de drogas. Los Estados que ya la tenían en 1998 la conservaron, y los que en esa fecha no la tenían adoptaron medidas para elaborarla. Es particularmente alentadora la tendencia a la aplicación de estrategias nacionales de reducción de la demanda de carácter multisectorial. Si bien la proporción de los Estados ya era alta (el 87%) en 1998, aumentó durante el período de seguimiento. En 2007, el 97% de los Estados habían logrado el concurso de distintos sectores de la sociedad para llevar a cabo actividades de reducción de la demanda. A lo largo de todos los ciclos de presentación de informes, el sector de la salud fue el que más participó en la formulación y aplicación de las estrategias nacionales, seguido muy de cerca por los sectores de la educación y de la aplicación coercitiva de la ley. En todo el mundo, la proporción de Estados que comunicaron la participación de esos sectores osciló entre el 70% y el 90%. El sector que menos intervino fue el del empleo: sólo la mitad de los Estados notificaron que tenían en marcha programas que contaban con la participación de los lugares de trabajo en las actividades de reducción de la demanda de droga.

46. La proporción de Estados que comunicaron la creación de una entidad coordinadora central encargada de la organización y de la participación de las autoridades y sectores pertinentes de la sociedad en la reducción de la demanda aumentó del 84% en 1998 al 91% en 2007.

47. Casi todos los Estados informantes (el 91%) comunicaron que habían evaluado la amplitud del problema de la droga antes de formular la estrategia de reducción de la demanda. De forma análoga, una gran proporción de los Estados informantes (el 87%) notificó que habían establecido mecanismos de evaluación para evaluar los resultados logrados con sus estrategias.

48. En 2007, el 66% de los Estados informantes comunicaron que tenían un presupuesto dedicado expresamente a aplicar sus estrategias de reducción de la demanda; esto representaba un aumento de 12 puntos porcentuales respecto de 1998. Si se compara con otras esferas del compromiso político, la asignación de presupuestos especiales es la que más varía de una región a otra. En las subregiones con los porcentajes más bajos, a saber, el África subsahariana y América Latina y el Caribe, menos de la mitad de los Estados (el 40% y el 47%, respectivamente) habían asignado fondos a la aplicación de las estrategias nacionales de reducción de la demanda de drogas. En América Latina y el Caribe esa proporción fue menor que en 1998. Las grandes diferencias de magnitud, cobertura y alcance de las estrategias nacionales y de las inversiones destinadas a sufragarlas dificultan estimar el grado efectivo de compromiso para llevar a cabo la vasta gama de actividades previstas en el Plan de Acción para la aplicación de la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas.

2. Alcance de las respuestas multisectoriales y los mecanismos de creación de redes: “establecimiento de vínculos”

49. Desde el primer ciclo de presentación de informes, los Estados vienen indicando constantemente que disponen de mecanismos de creación de redes. En 2007, cuatro de cada cinco Estados informantes (el 79%) habían establecido comités multisectoriales de ámbito nacional para la reducción de la demanda de drogas, lo que supone una disminución del 5% respecto de 1998. Los mecanismos de creación de redes en los planos local y regional fueron menos comunes, y la proporción de Estados que comunicaron contar con ellos se mantuvo entre el 50% y el 60% aproximadamente desde el primer ciclo de presentación de informes.

50. En América del Norte, Europa central y occidental y Oceanía las estructuras de redes ya existían antes de 1998, en tanto que en Europa oriental y sudoriental, Asia central, meridional y sudoccidental, África del Norte y el Oriente Medio y África subsahariana los progresos se registraron en buena parte a partir de ese año (véanse las figuras 61 a 69).

Figura 61
África del Norte y Oriente Medio: aplicación de las respuestas multisectoriales y los mecanismos de creación de redes, por ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

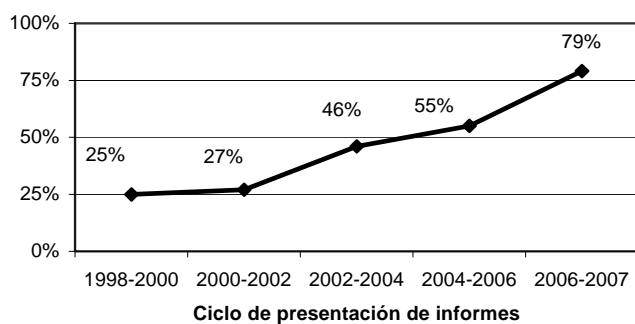


Figura 62
África subsahariana: aplicación de las respuestas multisectoriales y los mecanismos de creación de redes, por ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

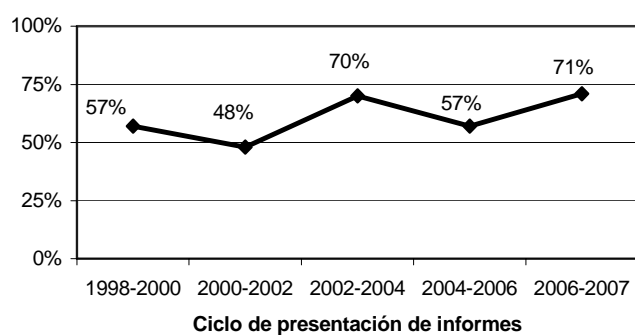


Figura 63
América Latina y el Caribe: aplicación de las respuestas multisectoriales y los mecanismos de creación de redes, por ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

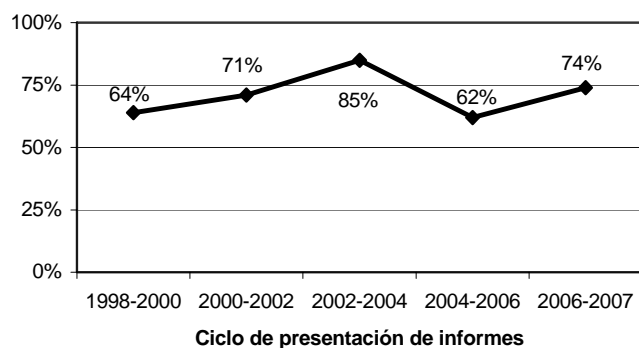


Figura 64
América del Norte: aplicación de las respuestas multisectoriales y los mecanismos de creación de redes, por ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

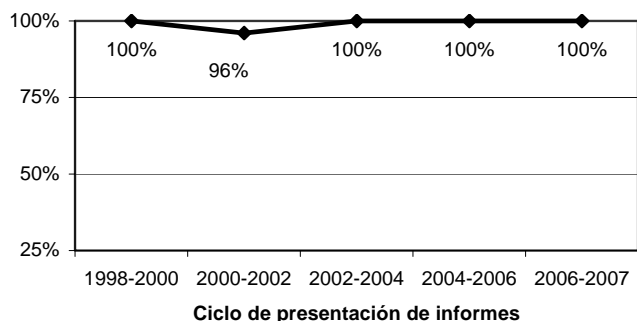


Figura 65
Asia central, meridional y sudoccidental: aplicación de las respuestas multisectoriales y los mecanismos de creación de redes, por ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

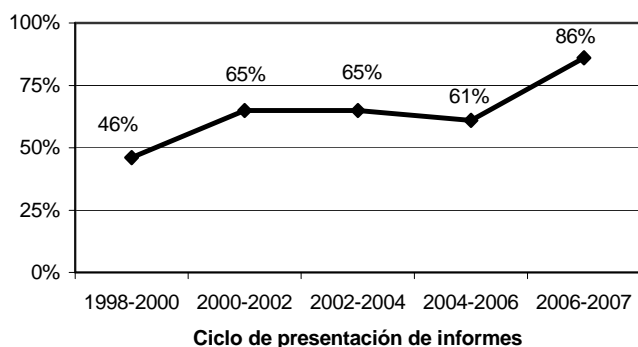


Figura 66
Asia oriental y sudoriental: aplicación de las respuestas multisectoriales y los mecanismos de creación de redes, por ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

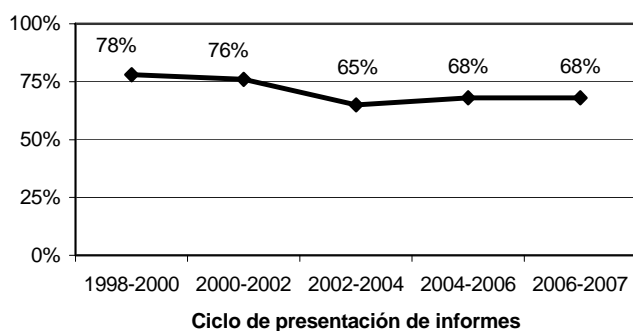


Figura 67

Oceanía: aplicación de las respuestas multisectoriales y los mecanismos de creación de redes, por ciclos de presentación de informes
(Índice compuesto)

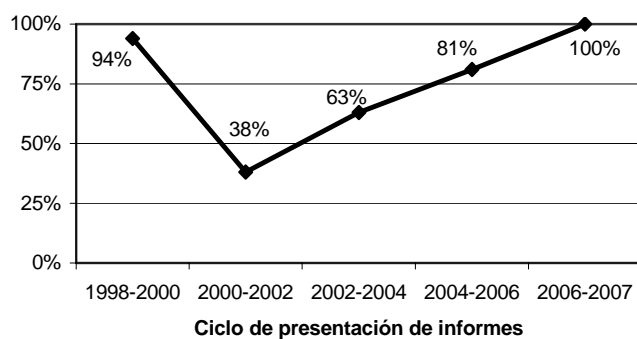


Figura 68

Europa central y occidental: aplicación de las respuestas multisectoriales y los mecanismos de creación de redes, por ciclos de presentación de informes
(Índice compuesto)

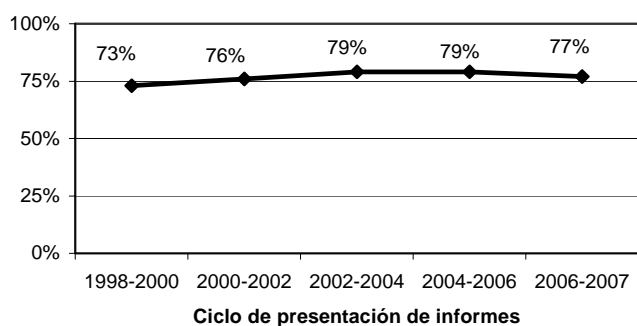
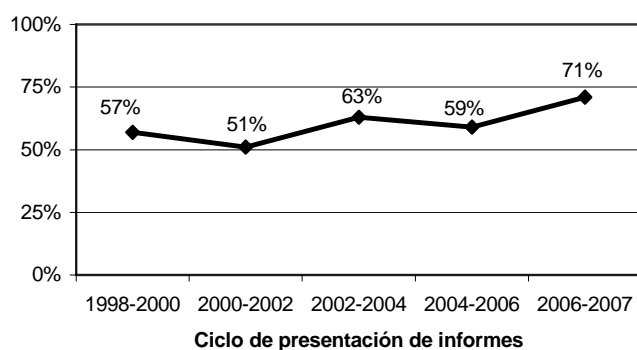


Figura 69

Europa oriental y sudoriental: aplicación de las respuestas multisectoriales y los mecanismos de creación de redes, por ciclos de presentación de informes
(Índice compuesto)



51. En el plano regional, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) ha apoyado fructíferamente la creación de redes de grupos de jóvenes y de organizaciones comunitarias que participan en la prevención del uso indebido de drogas entre los jóvenes en Europa oriental, Asia meridional, Asia oriental, África oriental, México y América Central, y América del Sur, como actividad de seguimiento y complementaria de la labor de la Red mundial de jóvenes dedicados a la prevención del uso indebido de drogas. Esta red (www.ONUDD.org/youthnet) se creó como seguimiento del Foro sobre la Prevención del Uso Indebido de Drogas organizado por *Youth Vision Jeunesse* en Banff (Canadá) en 1998, en ocasión del vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General. Pese a la realización sostenida de actividades y a los avances logrados, es necesario desplegar nuevos esfuerzos para impulsar aún más el desarrollo y ampliación de coordinación.

3. Capacidad de reunir y analizar información: “evaluación del problema”

52. La reunión y el análisis de datos se ha extendido en todo el mundo, con un número mayor de Estados de todas las regiones que comunican contar con mecanismos de evaluación del uso indebido de drogas. La base de información sobre el uso indebido de drogas y los problemas conexos a nivel nacional, regional y mundial ha mejorado. Cabe destacar al respecto la función desempeñada por los órganos nacionales y regionales de coordinación, las redes de expertos y otras estructuras de apoyo ya existentes (véanse las figuras 70 a 78).

Figura 70

África del Norte y Oriente Medio: disponibilidad de mecanismos para la evaluación del uso indebido de drogas, por ciclos de presentación de informes
(Porcentaje)

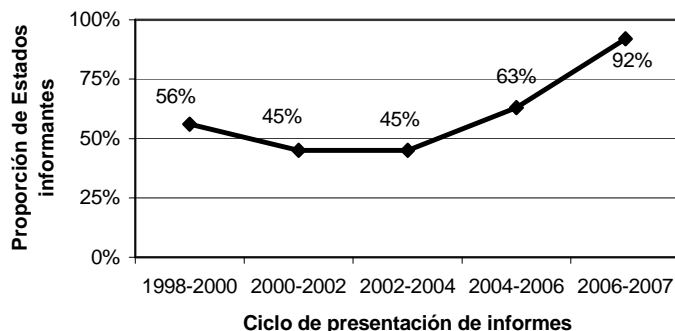


Figura 71
África subsahariana: disponibilidad de mecanismos para la evaluación del uso indebido de drogas, por ciclos de presentación de informes
 (Porcentaje)

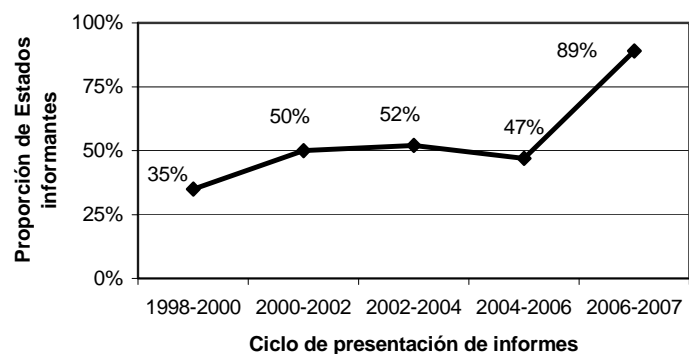


Figura 72
América Latina y el Caribe: disponibilidad de mecanismos para la evaluación del uso indebido de drogas, por ciclos de presentación de informes
 (Porcentaje)

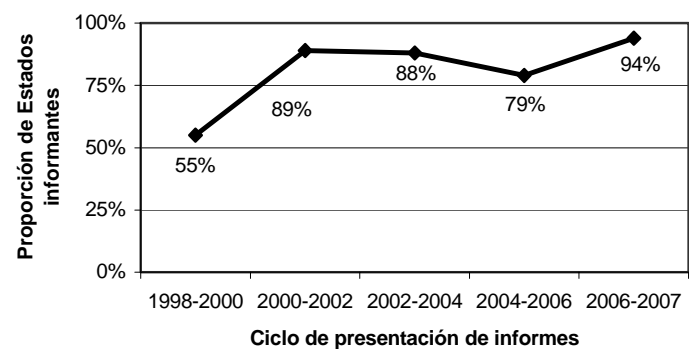


Figura 73
América del Norte: disponibilidad de mecanismos para la evaluación del uso indebido de drogas, por ciclos de presentación de informes
 (Porcentaje)

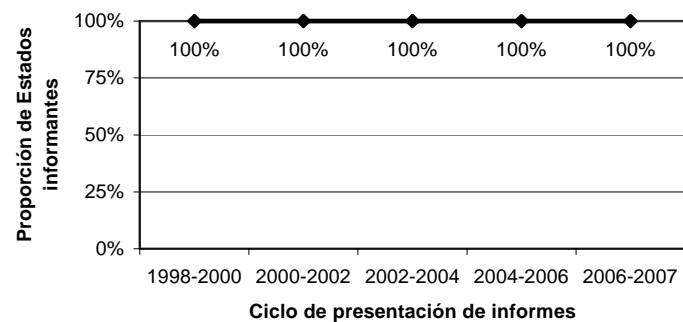


Figura 74
Asia central, meridional y sudoccidental: disponibilidad de mecanismos para la evaluación del uso indebido de drogas, por ciclos de presentación de informes
 (Porcentaje)

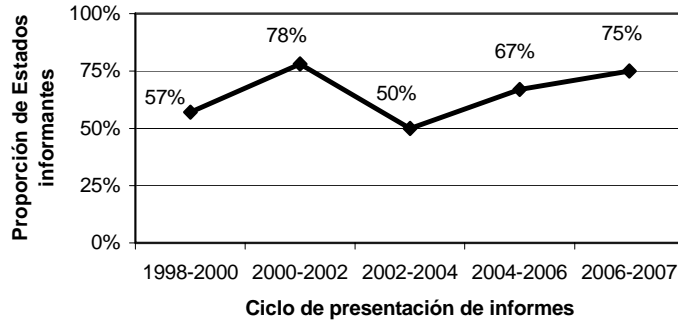


Figura 75
Asia oriental y sudoriental: disponibilidad de mecanismos para la evaluación del uso indebido de drogas, por ciclos de presentación de informes
 (Porcentaje)

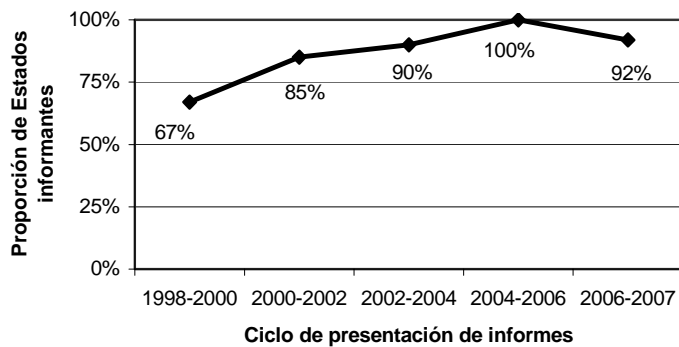


Figura 76
Oceanía: disponibilidad de mecanismos para la evaluación del uso indebido de drogas, por ciclos de presentación de informes
 (Porcentaje)

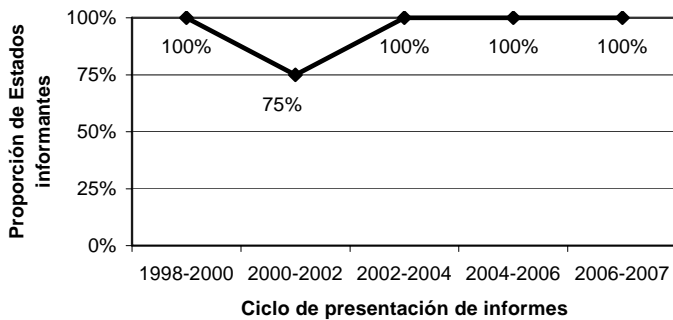


Figura 77

Europa central y occidental: disponibilidad de mecanismos para la evaluación del uso indebido de drogas, por ciclos de presentación de informes
(Porcentaje)

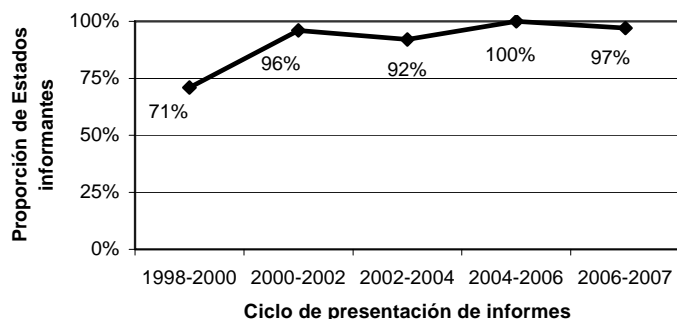
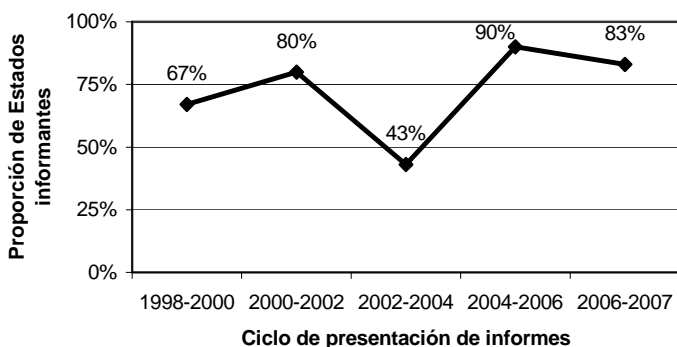


Figura 78

Europa oriental y sudoriental: disponibilidad de mecanismos para la evaluación del uso indebido de drogas, por ciclos de presentación de informes
(Porcentaje)



53. Es posible que la intensificación de las actividades de evaluación de la situación del uso indebido de drogas comunicada en el cuestionario para los informes bienales presente un panorama demasiado optimista de la capacidad técnica existente, el alcance o la sostenibilidad en lo referente a la reunión y análisis de datos en muchos países. Sin embargo, las actividades en curso de creación de capacidad y la difusión de prácticas, métodos e instrumentos epidemiológicos basados en pruebas para observar las modalidades y tendencias del consumo de drogas han contribuido al establecimiento de sistemas de vigilancia nacionales en algunas regiones.

54. Por ejemplo, los Estados de Asia oriental y sudoriental y de Asia central, meridional y sudoccidental han intensificado considerablemente sus esfuerzos por vigilar las modalidades y tendencias epidemiológicas del consumo de drogas mediante la creación de redes regionales de expertos en coordinación con la ONUDD. El establecimiento de mecanismos como la Red de Información sobre el Uso Indebido de Drogas para Asia y el Pacífico a fin de seguir de cerca las

modalidades y tendencias del uso indebido de estimulantes de tipo anfetamínico y la Red de Información sobre Drogas de la Región del Asia Central para vigilar la demanda de tratamiento, ha sido determinante en el desarrollo de la capacidad nacional. Los Estados de América Latina y el Caribe han registrado considerables progresos, en particular en la realización de encuestas escolares, para la cual ha contado con la asistencia de la CICAD.

55. Las redes de coordinación regionales y nacionales (como el Grupo Pompidou del Consejo de Europa, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, la CICAD, el Grupo de Trabajo de Epidemiología Comunitaria del Instituto Nacional contra la Drogadicción, de los Estados Unidos de América, la Red de epidemiología sobre el consumo de drogas de la Comunidad del África Meridional para el Desarrollo (SADC) y las actividades cooperativas de la Asociación de Naciones del Asia Sudoriental y de China en respuesta a las drogas peligrosas (ACCORD)), han ayudado a los gobiernos a evaluar sistemáticamente la situación del consumo de drogas en sus territorios mediante la utilización de indicadores internacionales básicos y las prácticas metodológicas más adecuadas. La asistencia técnica ha mejorado también el acceso a la información estadística y facilitado el intercambio entre Estados de los resultados de las investigaciones. El Programa Mundial de Evaluación del Uso Indebido de Drogas de la ONUDD siguió prestando ayuda a los Estados en el establecimiento de sistemas nacionales de información sobre drogas que promueven, apoyan y facilitan la comunicación de datos comparables sobre el consumo de drogas.

56. La CICAD, por conducto del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas (SIDUC), ha prestado asistencia técnica y financiera a los países que la han solicitado para poder realizar estudios epidemiológicos entre los estudiantes de América Latina y el Caribe. Se están llevando a cabo estudios entre la población en general en varios países en los que no se pudieron hacer antes esos estudios por las dificultades técnicas y financieras. La CICAD presta también asistencia a los Estados para que establezcan observatorios nacionales de drogas y oficinas centrales encargadas de reunir información y datos estadísticos sobre el uso indebido de drogas. Sin embargo, la creación y aplicación de sistemas nacionales de reunión y gestión de información se ven obstaculizadas todavía en varios países por los limitados recursos humanos, financieros y técnicos de que disponen y por problemas de coordinación interinstitucional.

57. La capacidad de reunión y análisis de datos de muchos Estados quedó confirmada por las respuestas al cuestionario para los informes anuales, que, desde su revisión en 2001, ha sido presentado todos los años por más de 100 países, y ofrece hoy día un panorama más rico y preciso que antes del alcance, las modalidades y las tendencias del uso indebido de drogas. El empleo de un conjunto armonizado de indicadores epidemiológicos básicos ha mejorado considerablemente la comparabilidad de los datos obtenidos del cuestionario. La inclusión de opiniones cualitativas de expertos sobre las tendencias ha brindado a todos los Estados la oportunidad de dar a conocer nuevos hechos aun cuando no se disponga de datos cuantitativos extraídos de encuestas, registros de tratamiento u otros estudios.

58. Pese a sus limitaciones, el cuestionario para los informes bienales representa un adelanto importante para seguir la evolución de varias esferas temáticas, especialmente la esfera de la reducción de la demanda. Los progresos en materia de vigilancia logrados hasta ahora en esas esferas no deberían perderse, si bien se ha

señalado la necesidad de perfeccionar los instrumentos y mecanismos de presentación de informes. Se ha puntualizado que todo sistema futuro de presentación de informes debería ser tan eficaz como sea posible y centrarse en un conjunto básico de indicadores metodológicamente idóneos. Debería aligerarse al máximo la tarea de presentar informes restringiendo la reunión de datos a las esferas básicas, utilizando con eficiencia la capacidad existente y los recursos disponibles a fin de evitar toda duplicación de actividades.

59. La comunidad internacional y las entidades informantes regionales y nacionales deberán colaborar para desarrollar instrumentos de presentación de informes comunes y de alta calidad y compartir el acervo informativo y técnico. Habrá que empeñarse constantemente por mejorar la capacidad en el plano nacional para realizar los estudios necesarios con que determinar la magnitud y las características del problema en las distintas regiones. Será necesario contar con el concurso de expertos nacionales y regionales competentes para realizar los análisis a nivel mundial. Está claro que los enfoques deben estar adaptados a los diferentes contextos nacionales y regionales según la cantidad de información de que se disponga. Además, habrá que impulsar actividades de fomento de la capacidad para presentar informes en las regiones del mundo en que actualmente esa capacidad es insuficiente.

4. Evaluación e incorporación de las lecciones aprendidas: “aprovechamiento de la experiencia”

60. En 2007, el 76% de los Estados informantes comunicaron que contaban con bases de datos nacionales sobre la reducción de la demanda de drogas, en tanto que en 1998 esa proporción fue de sólo el 45%. Ahora bien, es difícil sacar conclusiones a partir de las respuestas al cuestionario sin disponer de información complementaria, entre otras cosas sobre la forma en que esas bases de datos se han utilizado para fines de planificación de políticas y programas.

61. En varias regiones se ofrece capacitación a los planificadores y profesionales que participan en la prestación de servicios. A nivel mundial, el 90% de los Estados informantes comunicaron que se ofrecía capacitación al personal de organismos especializados y no especializados, y en alrededor del 60% de los Estados informantes se ofrecían cursos de capacitación continuos a ambos grupos. La capacitación es una esfera en la que casi todas las regiones han registrado considerables mejoras desde el primer ciclo de presentación de informes. Algunos de esos avances se reflejan en el índice compuesto elaborado a partir de las diferentes preguntas de la subsección del cuestionario titulada “Aprovechamiento de la experiencia” (véanse las figuras 79 a 87).

Figura 79
África del Norte y Oriente Medio: aplicación de medidas sobre la evaluación e incorporación de las lecciones aprendidas, por ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

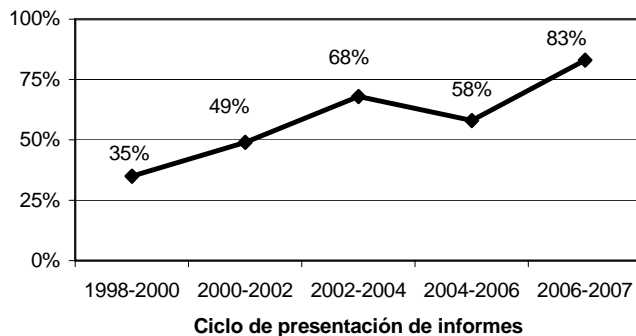


Figura 80
África subsahariana: aplicación de medidas sobre la evaluación e incorporación de las lecciones aprendidas, por ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

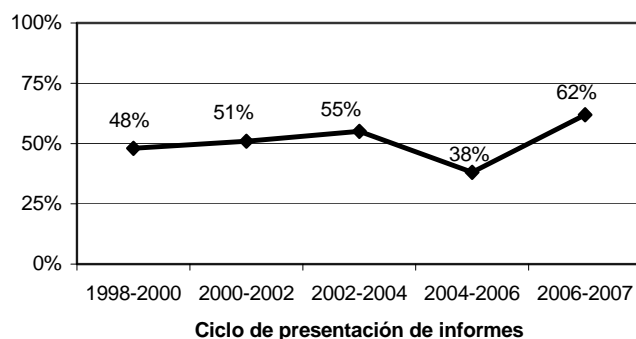


Figura 81
América Latina y el Caribe: aplicación de medidas sobre la evaluación e incorporación de las lecciones aprendidas, por ciclos de presentación de informes
 (Índice compuesto)

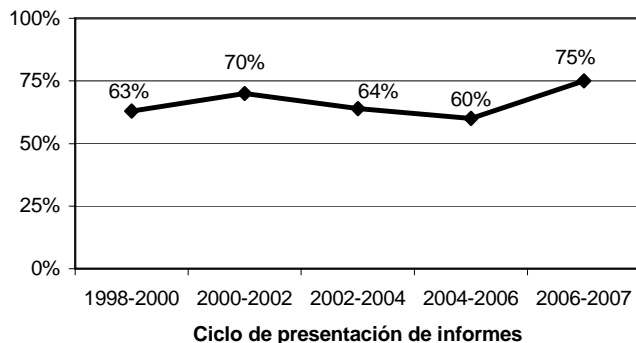


Figura 82

América del Norte: aplicación de medidas sobre la evaluación e incorporación de las lecciones aprendidas, por ciclos de presentación de informes
(Índice compuesto)

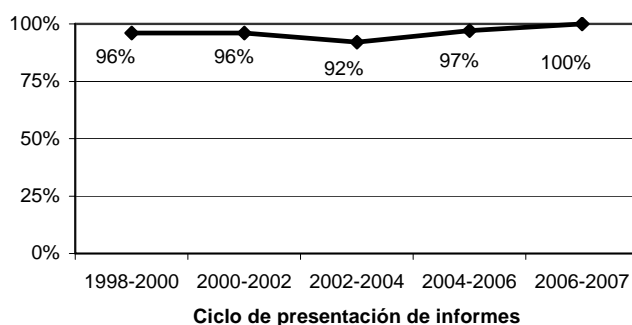


Figura 83

Asia central, meridional y sudoccidental: aplicación de medidas sobre la evaluación e incorporación de las lecciones aprendidas, por ciclos de presentación de informes
(Índice compuesto)

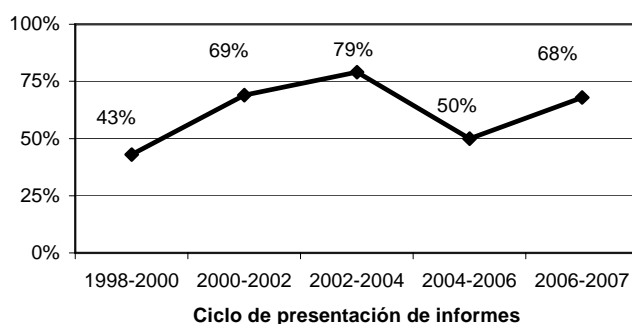


Figura 84

Asia oriental y sudoriental: aplicación de medidas sobre la evaluación e incorporación de las lecciones aprendidas, por ciclos de presentación de informes
(Índice compuesto)

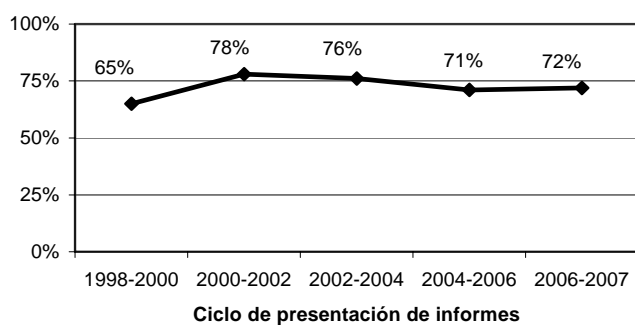


Figura 85

Oceanía: aplicación de medidas sobre la evaluación e incorporación de las lecciones aprendidas, por ciclos de presentación de informes
(Índice compuesto)

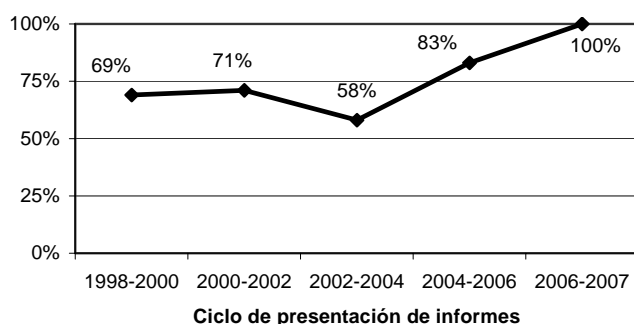


Figura 86

Europa central y occidental: aplicación de medidas sobre la evaluación e incorporación de las lecciones aprendidas, por ciclos de presentación de informes
(Índice compuesto)

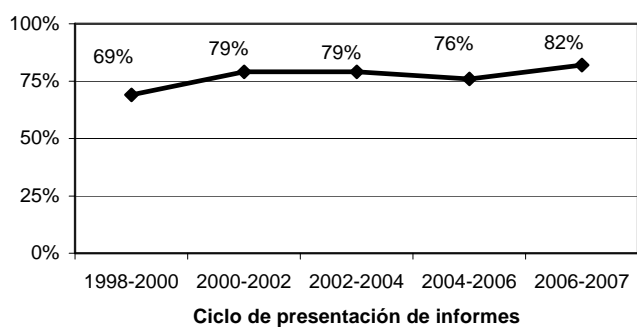
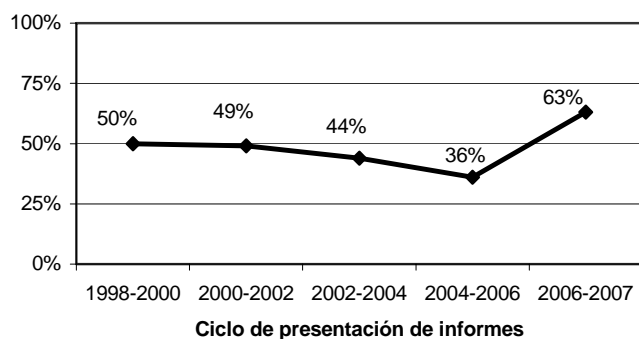


Figura 87

Europa oriental y sudoriental: aplicación de medidas sobre la evaluación e incorporación de las lecciones aprendidas, por ciclos de presentación de informes
(Índice compuesto)

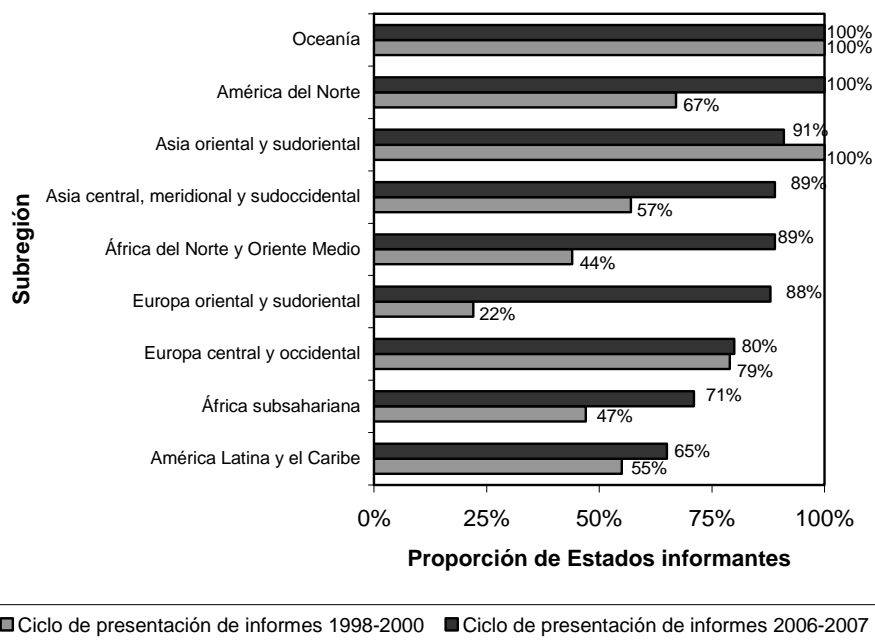


62. En 1998, en África del Norte y el Oriente Medio, el 44% de los Estados notificaron que no disponían de capacitación para el personal de los servicios especializados en drogas (el 78% en el caso del personal de servicios no especializados), en tanto que en 2007 sólo el 11% comunicó que el personal de los servicios especializados en drogas no recibía capacitación alguna (el 13% en el caso del personal de servicios no especializados). Además, el 78% de los Estados informantes de esa subregión notificaron que se ofrecía capacitación continua (el 63% en el caso del personal de servicios no especializados).

63. Los informes bienales indican una tendencia positiva en la evaluación de las actividades de reducción de la demanda y la incorporación de las lecciones aprendidas (véase la figura 88). La mayoría de los Estados informantes registraron un avance constante desde el primer ciclo de presentación de informes: el 81% notificó en 2007 que vigilaban y evaluaban las actividades de reducción de la demanda, en comparación con el 62% en 1998. Es esencial que se mantenga y consolide esa tendencia positiva. Cabe señalar que 91 de los 108 Estados informantes en el quinto ciclo de presentación de informes, respondieron a la pregunta sobre la vigilancia y evaluación, lo cual tal vez haya afectado al análisis de la tendencia en algunas regiones.

Figura 88

Vigilancia y evaluación de la aplicación de las estrategias y actividades de reducción de la demanda, por subregiones, 1998-2000 y 2006-2007



64. En América, la labor de la CICAD en la preparación de un instrumento regional práctico para evaluar los programas de prevención del uso indebido de drogas (aún no terminado) puede haber contribuido a sensibilizar a los países de la región acerca de la necesidad de aprovechar la experiencia.

III. Recomendaciones

65. El cuestionario para los informes bienales fue el primer intento de seguir de cerca y de forma integral las actividades de los Estados Miembros a escala mundial. Es importante aprovechar los logros conseguidos hasta la fecha y continuar las actividades de vigilancia después de 2008, ya que se trata de un componente fundamental para sostener y ampliar las actividades de reducción de la demanda.

66. Teniendo presente el seguimiento de la evaluación del vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General y a fin de abordar varias esferas que exigen la adopción de medidas, se señalan a la atención de la Comisión y de los Estados Miembros las recomendaciones que se enumeran a continuación.

a) Teniendo presente el alto grado de compromiso político para aplicar medidas de reducción de la demanda de drogas, esas medidas deberán basarse en pruebas sólidas y mantenerse o ampliarse en algunas regiones;

b) Deberán destinarse más recursos a fin de sentar las bases para la formulación de estrategias nacionales eficaces, mediante la inversión en actividades de investigación y análisis;

c) Los Estados Miembros deben producir datos de mejor calidad y acrecentar su base de información y su capacidad de evaluación a fin de adoptar decisiones más fundamentadas;

d) Deberá proporcionarse apoyo a largo plazo a los sistemas regionales existentes de información sobre drogas a efectos de obtener resultados de manera rentable y metodológicamente correcta;

e) Es general la necesidad de que los Estados amplíen y mejoren aún más la cobertura de los programas y servicios de reducción de la demanda; si bien se han realizado algunos progresos, no pueden considerarse suficientes en muchos países;

f) En la esfera de la prevención, deberán ampliarse programas eficaces, como los destinados a adquirir aptitudes para la vida;

g) Deberá aumentarse la cobertura de los programas de tratamiento y rehabilitación porque en algunas regiones el nivel de prestación de servicios es muy bajo, y no se ofrecen de forma generalizada componentes esenciales (como el tratamiento de sustitución) de la gama completa de servicios;

h) Los Estados Miembros deberán considerar la posibilidad de extender la cobertura y garantizar la disponibilidad del conjunto completo de los servicios requeridos en las intervenciones para reducir las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales del uso indebido de drogas;

i) Los Estados Miembros deberán asignar más recursos a los grupos de población con necesidades especiales y a los más vulnerables, mediante la dotación de servicios y programas integrales;

j) Los Estados Miembros deberán ampliar sus vínculos de asociación para contar con la participación de todas las partes interesadas;

k) Los Estados Miembros deberán tratar de encontrar más oportunidades de crear redes e intercambiar la experiencia adquirida y las buenas prácticas en las

actividades de reducción de la demanda que puedan adaptarse para satisfacer las necesidades locales a fin de atenuar la diferencia entre los Estados con experiencia de larga data en reducción de la demanda de drogas y en programas sostenidos y los Estados que carecen de la experiencia y los recursos necesarios;

l) La Comisión deberá abordar la cuestión de la vigilancia y la presentación de informes en el futuro y contemplar la posibilidad de establecer un mecanismo de vigilancia perfeccionado y bien dotado de recursos que:

- i) permita evaluar de forma precisa la calidad, el alcance y la cobertura de las intervenciones;
 - ii) constituya un foro de normalización y armonización de métodos, conceptos e instrumentos para la presentación de informes;
 - iii) coopere estrechamente con los órganos nacionales, regionales e internacionales a fin de aligerar la carga general que la presentación de informes representa para los Estados Miembros y de utilizar los recursos con máximo provecho;
 - iv) preste apoyo a la creación de capacidad para reunir y analizar datos en las regiones que carezcan de ella;
 - v) tenga en cuenta el contexto regional.
-