



Comisión de Estupefacientes**54º período de sesiones**

Viena, 21 a 25 de marzo de 2011

Tema 6 a) del programa provisional*

Aplicación de la Declaración política y el Plan de Acción sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas: a) Reducción de la demanda y medidas conexas**Medidas para proteger a los niños y los jóvenes contra el uso indebido de drogas****Informe del Director Ejecutivo****I. Introducción**

1. En su resolución 53/10, titulada “Medidas para proteger a los niños y los jóvenes contra el uso indebido de drogas”, la Comisión de Estupefacientes alentó a los Estados Miembros a que realizaran diversas intervenciones para prevenir el consumo de drogas y proteger a los niños y los jóvenes. En el párrafo 6, la Comisión pidió al Director Ejecutivo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) que informara a la Comisión en su 54º período de sesiones sobre las medidas adoptadas y los progresos realizados en lo relativo a la aplicación de la resolución.

2. A fin de que el Director Ejecutivo pudiera reunir información sobre las cuestiones planteadas en la resolución y cumplir la obligación de presentar un informe a la Comisión de Estupefacientes en su 54º período de sesiones, el 25 de agosto de 2010 se envió a los gobiernos una nota verbal en que se los invitaba a presentar información a la UNODC sobre las medidas adoptadas para aplicar la resolución, respondiendo a un cuestionario que abarcaba varias esferas importantes de la prevención y el tratamiento del uso indebido de drogas.

* E/CN.7/2011/1.

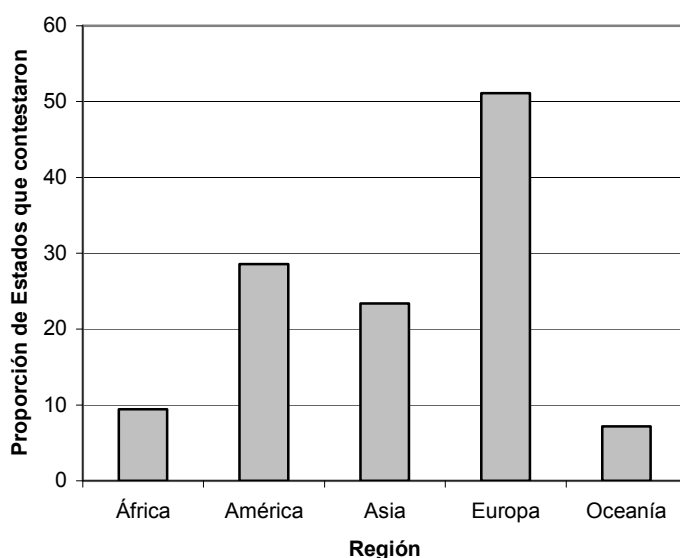


II. Conclusiones

3. En el momento de la redacción del presente documento, 50 gobiernos, en total, habían respondido a la nota verbal¹. Debido al número limitado de respuestas recibidas, el análisis de los resultados que se presenta se aplica preferentemente a nivel mundial. En algunos casos concretos, se hace un análisis por región. Europa fue el continente con la tasa de respuesta más alta (más del 50%). En Asia y América, contestó más del 20% de los Estados Miembros, mientras que menos del 10% de los Estados de África y Oceanía hizo lo propio (véase el gráfico I).

Gráfico I

Tasa de respuesta al cuestionario por región
(Porcentaje)



III. Prevención del consumo de drogas

4. Con respecto a la prevención, en el cuestionario se invitaba a los Estados Miembros a señalar si realizaban las intervenciones normalmente incluidas en los programas amplios de prevención del consumo de drogas: difusión de información sobre los peligros de las drogas; educación escolar basada en la preparación para la vida cotidiana; capacitación para la vida en familia y la educación de los hijos; programas de prevención en el lugar de trabajo; actividades alternativas (deportes,

¹ Alemania, Andorra, Argelia, Argentina, Armenia, Australia, Bahrein, Belarús, Bolivia (Estado Plurinacional de), Canadá, Chile, China, Chipre, Colombia, Costa Rica, Croacia, Ecuador, El Salvador, España, Estonia, Filipinas, Grecia, Hungría, Irlanda, Israel, Kirguistán, Líbano, Lituania, Luxemburgo, Malta, Mauricio, México, Myanmar, Nigeria, Noruega, Pakistán, Polonia, Portugal, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Checa, República de Corea, República de Moldova, Rumania, Singapur, Sudáfrica, Suecia, Suiza, Túnez, Turquía y Venezuela (República Bolivariana de).

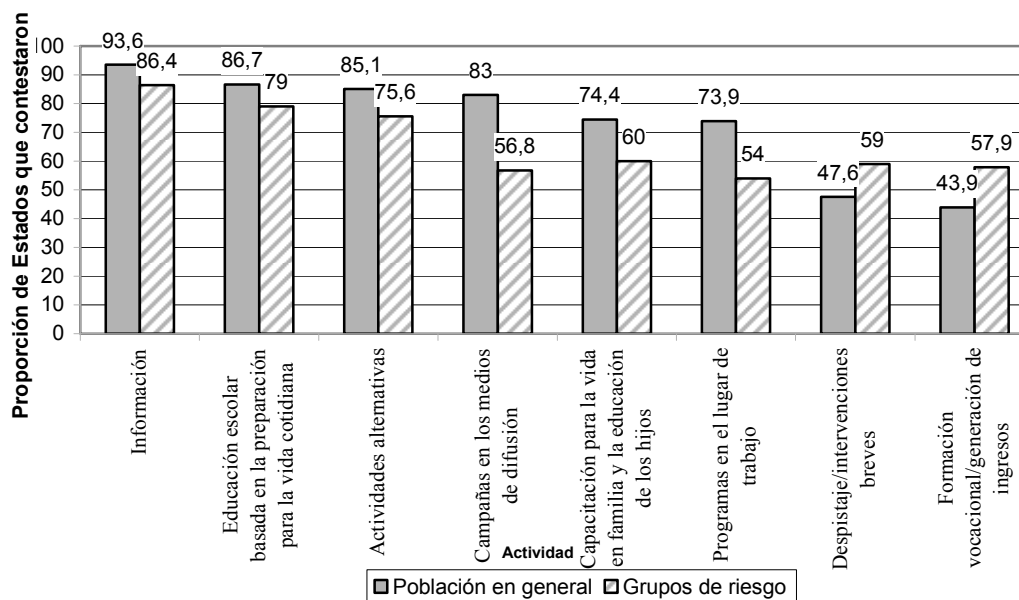
teatro, música, etc.); formación vocacional y apoyo a la generación de ingresos; campañas en los medios de difusión; y despistaje e intervenciones breves. Además, en el cuestionario se pedía a los Estados Miembros que informaran sobre la promoción de dos tipos de programas mencionados explícitamente en la resolución 53/10, a saber: programas de prevención en coordinación con las autoridades locales y la sociedad civil y programas para prevenir la participación de niños y jóvenes en la producción y el tráfico ilícitos de drogas.

5. Además, respecto de cada intervención, se pedía a los Estados Miembros que indicaran si esas medidas se habían destinado a la población en general o a los grupos de riesgo y que determinaran si las intervenciones tenían una cobertura nula, parcial, de la mayor parte o del total de la población destinataria y señalaran si se habían evaluado o se evaluarían las intervenciones.

6. En el gráfico II se presentan los porcentajes, a nivel mundial, en orden decreciente de prevalencia, de los Estados Miembros que informaron sobre la realización de las diversas actividades de prevención, tanto entre la población en general como entre los grupos de riesgo. Las características son las mismas en ambos grupos de destinatarios: las actividades, en orden decreciente de realización, son las siguientes: información, educación escolar basada en la preparación para la vida cotidiana, actividades alternativas, campañas en los medios de difusión, capacitación para la vida en familia y la educación de los hijos, programas en el lugar de trabajo, despistaje/intervenciones breves y formación vocacional/generación de ingresos.

Gráfico II

Todas las regiones: realización de diversas actividades de prevención, tanto entre la población en general como entre los grupos de riesgo
(Porcentaje)



7. El intervalo entre la actividad de prevención más frecuente y la menos frecuente, según los porcentajes comunicados por los Estados Miembros, fue sustancialmente similar respecto de la población en general (entre el 43,9% y el 93,6%) y los grupos de riesgo (entre el 54% y el 86,4%). Aunque esos datos no permiten conocer las amplias variaciones entre las actividades y las regiones, deben considerarse una señal muy alentadora. Con excepción del despistaje y las intervenciones breves y de la formación vocacional/generación de ingresos, la mayoría de los Estados Miembros indicó que realizaba todas las demás actividades de prevención y, por ello, esos Estados parecen realizar una amplia gama de actividades de prevención.

8. En particular, es muy alentadora la elevada tasa de educación escolar basada en la preparación para la vida cotidiana comunicada. Cuando la educación escolar sobre las drogas basada en la preparación para la vida cotidiana se imparte de conformidad con las normas científicamente establecidas, puede ser muy eficaz, como es sabido, dado que, de esa manera, es posible prevenir hasta el 20% de los nuevos inicios en el mundo de las drogas. Asimismo, es eficiente porque se ahorran nueve dólares por cada dólar gastado.

9. En el cuestionario de los informes bienales, por medio del cual los Estados Miembros informaron sobre sus programas de reducción de la demanda de drogas hasta 2008, no se pedía información acerca de la mayoría de las intervenciones de eficacia demostrada que se incluyen en el cuestionario con que se reúnen datos relacionados con la aplicación de la resolución 53/10. Por ello, es particularmente alentador que, según se informó, se hayan realizado en gran escala dos intervenciones que, de acuerdo con gran número de pruebas, han demostrado ser eficaces y eficientes, a saber, la capacitación para la vida en familia y la educación de los hijos y el despistaje y las intervenciones breves.

10. Si bien las pruebas de la eficacia de las campañas en los medios de difusión son menos inequívocas, hay razones para pensar que una campaña en los medios de difusión cuya población destinataria se haya elegido cuidadosamente, basada en investigaciones formativas sólidas y de duración e intensidad suficientes, puede apoyar con eficacia un programa nacional de prevención, por ejemplo, sugiriendo tipos de conducta sencillos a los padres que protegen mucho a sus hijos. En ese caso, como en el de todas las intervenciones descritas en el presente informe, un análisis de la calidad y el contenido de las intervenciones ayudaría a saber concretamente si los recursos se han invertido de la manera más eficiente.

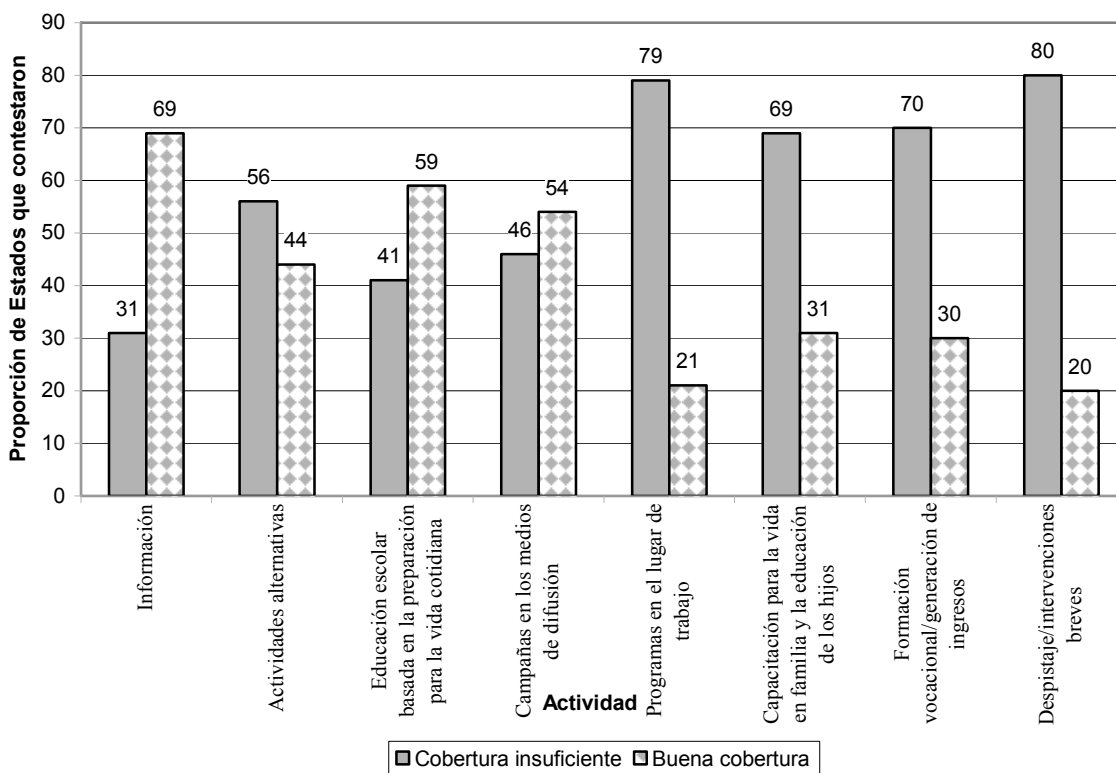
11. Por último, con respecto al despistaje y las intervenciones breves, cabe observar que muchos más Estados Miembros indicaron que habían prestado esos servicios en el contexto del tratamiento y la atención de la drogodependencia. Sin embargo, el despistaje y las intervenciones breves también se aplicaron con éxito en las escuelas, los lugares de trabajo y los centros de atención primaria de la salud y demostraron ser eficaces para reducir el consumo de drogas por personas que no eran aún drogodependientes o no habían tomado contacto con los servicios de tratamiento y atención de la drogodependencia.

12. Sin embargo, cabe observar que, según se informó, todavía era más común destinar las intervenciones a la población en general que a los grupos de riesgo. Más del 70% de los Estados Miembros señaló que realizaba seis actividades, de las ocho enumeradas en el cuestionario, entre la población en general. Ello era así en el caso de solo tres actividades destinadas a los grupos de riesgo. Ello es motivo de preocupación, dado que las actividades de prevención destinadas y adecuadas a los grupos particularmente vulnerables se consideran en general más eficaces y eficientes que las destinadas a la población en general, aunque en un sistema de prevención amplio se deberían incluir ambos tipos de actividades.

13. Además, con respecto a la cobertura de esa gama de actividades de prevención, la situación no era tan alentadora. En el gráfico III, el porcentaje de los Estados Miembros que informó sobre una cobertura nula o parcial de los grupos destinatarios comunica, según se indica, que la cobertura era 'insuficiente'. En cambio, los Estados Miembros que informaron sobre una cobertura de la mayoría o del total de los grupos destinatarios figuraban entre los que habían comunicado una 'buena' cobertura. Resulta claro que, con excepción de la información relativa a la educación escolar sobre las drogas basada en la preparación para la vida cotidiana y las campañas en los medios de difusión, la mayoría de los Estados Miembros (más del 55% en todos los casos) declararon que la cobertura de las actividades de prevención era insuficiente. El porcentaje más alto correspondió a los Estados Miembros que informaron sobre una cobertura insuficiente con respecto al lugar de trabajo y al despistaje y las intervenciones breves. Incluso en el caso de la educación escolar basada en la preparación para la vida cotidiana y de las campañas en los medios de difusión, un porcentaje apreciable de los Estados Miembros (el 41% y el 46%, respectivamente) indicó una cobertura insuficiente.

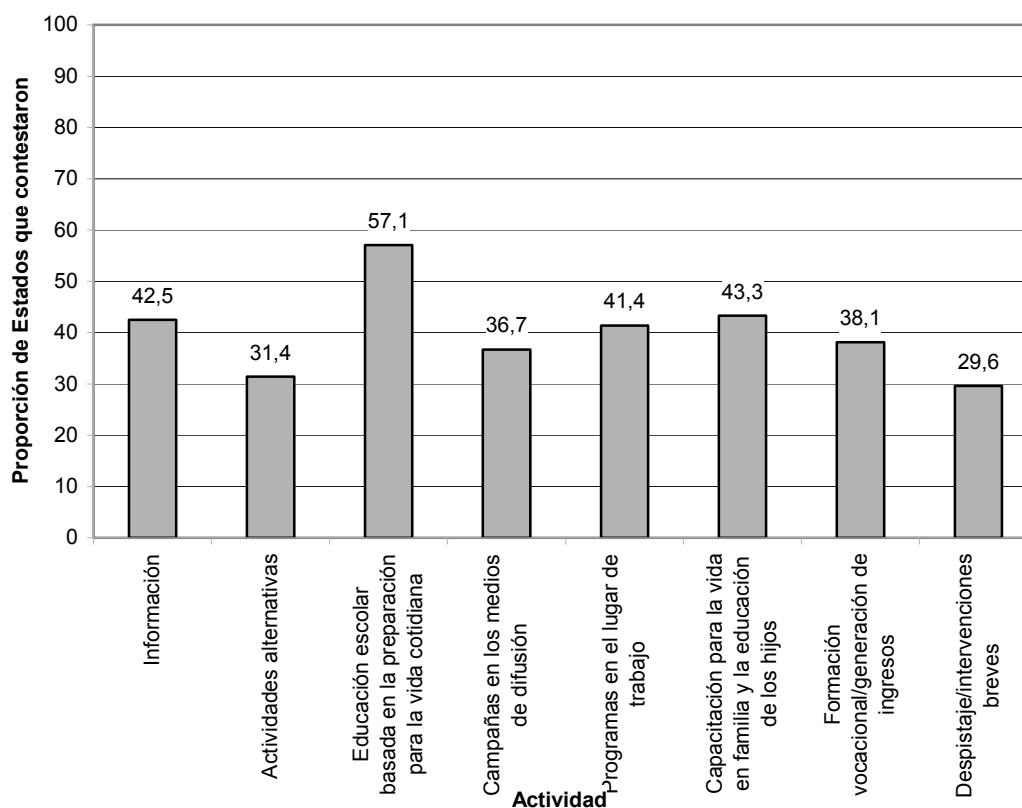
14. Como se señaló *supra*, la educación escolar basada en la preparación para la vida cotidiana y en pruebas objetivas es una actividad de prevención eficaz y eficiente, mientras que la eficacia de las campañas en los medios de difusión es menos inequívoca. A ese respecto, el porcentaje relativamente alto de Estados Miembros que indicaron una buena cobertura de la educación escolar basada en la preparación para la vida cotidiana es un hecho muy positivo. Además de las preocupaciones ya mencionadas con respecto a la calidad y el contenido de la intervención, cabe observar que una buena cobertura de la educación escolar basada en la preparación para la vida cotidiana podría no equivaler a una buena cobertura de los niños y jóvenes en general en los Estados Miembros donde la tasa de los niños que asisten a la escuela no es alta o respecto de los grupos de riesgo, que, la mayoría de las veces, no asisten a la escuela.

Gráfico III
Todas las regiones: cobertura de diversas actividades de prevención
 (Porcentaje)



15. En el gráfico IV se resume, en porcentajes, la información presentada por los Estados Miembros sobre la evaluación de diversas actividades de prevención. En muchos casos (por lo menos el 40%), no se evaluaron las actividades realizadas, lo cual reveló otro aspecto preocupante de las actividades de prevención a nivel mundial.

Gráfico IV
Todas las regiones: evaluación de las diversas actividades de prevención
 (Porcentaje)



16. Por último, casi todos los Estados Miembros indicaron que estaban ejecutando programas de prevención, en coordinación con las autoridades locales y la sociedad civil, entre la población en general. Se informó sobre ese hecho con respecto tanto a la población en general (96%) como a los grupos de riesgo (89,0%), y las variaciones de un continente a otro fueron mínimas. Respecto de las actividades para prevenir la participación de los niños y los jóvenes en la producción y el tráfico ilícitos de drogas, la situación, según lo informado, era más variada. En general, un número menor de Estados Miembros declaró que ejecutaba esos programas tanto entre la población en general (53,6%) como entre los grupos de riesgo (61,1%).

IV. Servicios de tratamiento y atención de la drogodependencia

17. Respecto del tratamiento, en el cuestionario se pedía a los Estados Miembros que informaran sobre algunas características básicas de su sistema de tratamiento, por ejemplo, si se basaba más en un régimen residencial o en un régimen ambulatorio, si había un sistema de tratamiento obligatorio de la drogodependencia o si se ofrecía ese sistema como medida sustitutiva de las medidas de justicia penal. Se pedía asimismo a los Estados Miembros que señalaran si prestaban toda una

gama de servicios de tratamiento y atención de la drogodependencia en la comunidad y en entornos carcelarios y que evaluaran el respectivo nivel de cobertura. Por último, se invitaba a los Estados Miembros a que informaran sobre algunos indicadores básicos de la calidad de los servicios de tratamiento prestados, como la existencia de normas de atención.

18. Hubo más países que informaron acerca de la disponibilidad de servicios de tratamiento y atención en la comunidad para las personas drogodependientes que países con actividades de prevención. Como se indica en los gráficos V y VI, más del 70% de los Estados Miembros declaró que prestaba la totalidad de los 19 servicios examinados. Por ello, en cuanto a la disponibilidad de una amplia gama de servicios de tratamiento y atención, los resultados fueron aún más alentadores que en el caso de las actividades de prevención. Simplemente por razones de presentación se han dividido los servicios en servicios de tratamiento y atención de la drogodependencia y servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH y otras enfermedades infecciosas. Una representación continua de la atención, orientada a la recuperación, incluiría toda la gama de los servicios incluidos en el cuestionario.

19. De las respuestas recibidas se desprende la existencia de una disponibilidad relativamente más baja (menos del 80%) de las terapias farmacológicas de larga duración y de una determinada terapia psicosocial, la gestión de situaciones imprevistas. Si bien los datos relativos a las terapias farmacológicas de larga duración podrían parecer preocupantes, deben interpretarse en uno de los siguientes contextos: a) la actual falta de medicación claramente reconocida para el tratamiento de la dependencia de los estimulantes; b) la falta de necesidad de ofrecer una terapia farmacológica, porque la dependencia de los opioides no es un problema nacional generalizado o c) la falta de legislación apropiada para que las sustancias farmacológicas con efectos de larga duración estén disponibles en un Estado Miembro; o una combinación de las tres posibilidades mencionadas.

Gráfico V
Todas las regiones: servicios de tratamiento y atención de la drogodependencia en la comunidad
 (Porcentaje)

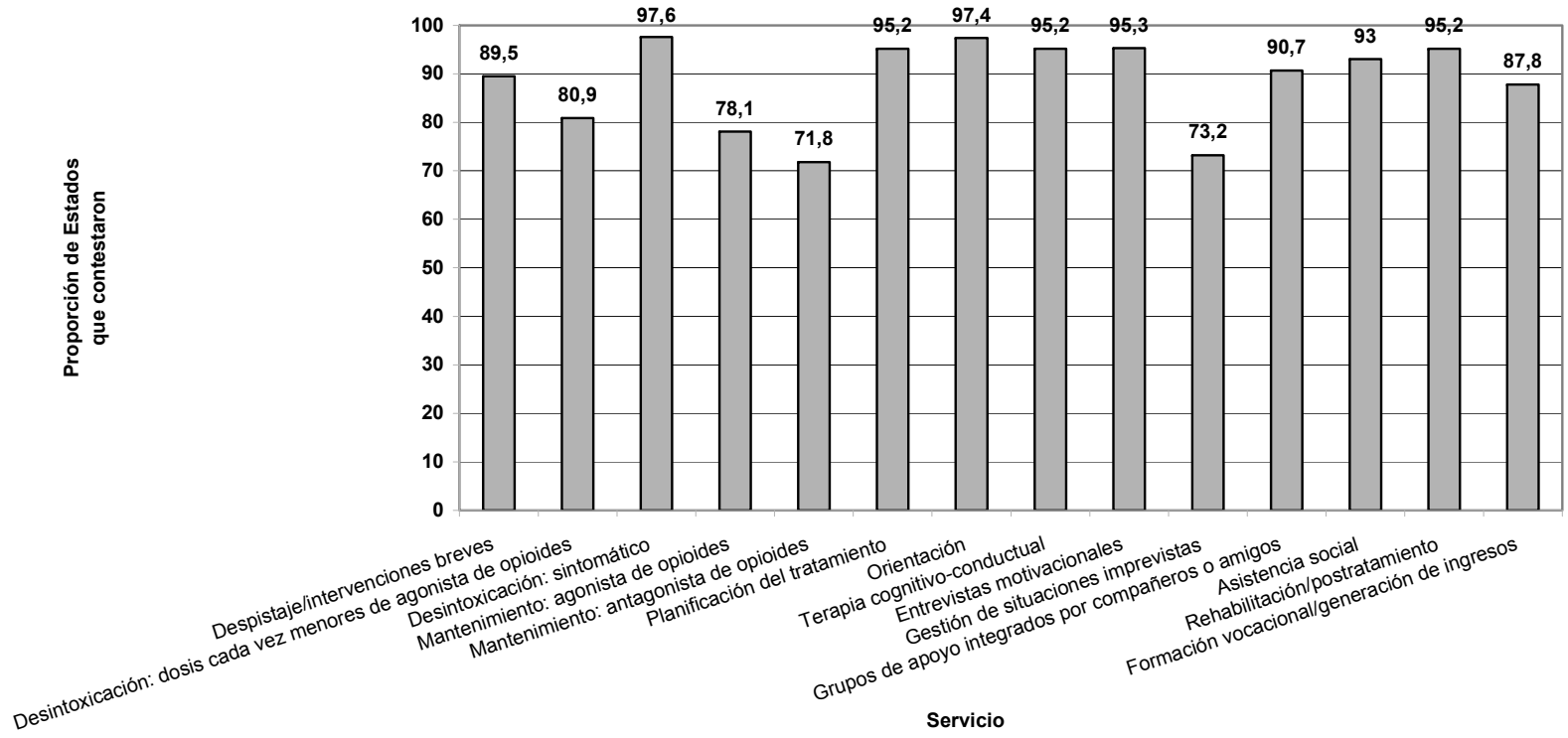
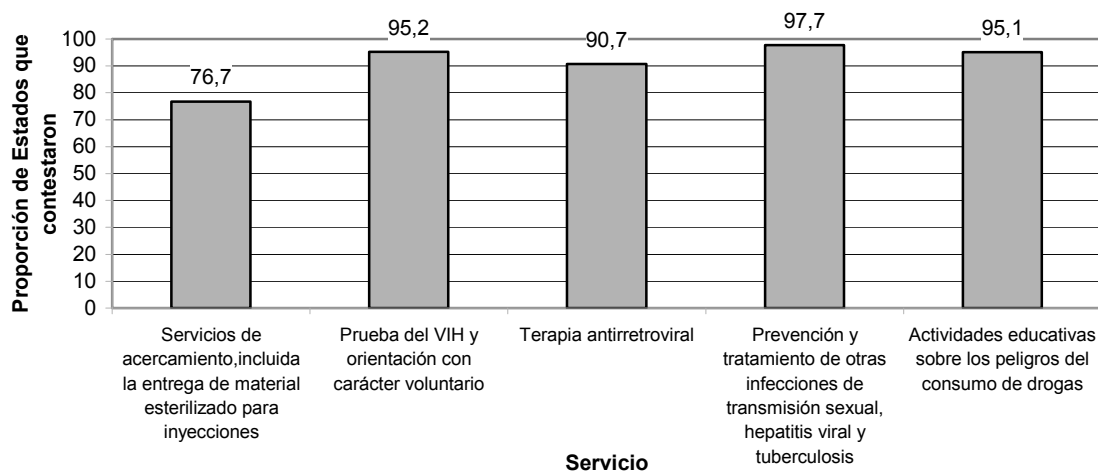


Gráfico VI
Todas las regiones: diversos servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH y otras enfermedades infecciosas entre los consumidores de drogas en la comunidad
 (Porcentaje)



20. En los gráficos VII y VIII se resumen los datos comunicados con respecto a los servicios de tratamiento y atención de la drogodependencia en entornos carcelarios. Evidentemente, en estos no se prestan servicios a un nivel equivalente al de la comunidad. El porcentaje de los Estados Miembros que señaló haber prestado esos servicios en entornos carcelarios fue más bajo (el 70% o más de los Estados Miembros informó sobre la prestación de solo 13 de los 19 servicios) que el porcentaje de los Estados Miembros que informó de la prestación de esos servicios en la comunidad y no tan uniforme (la prevalencia de la disponibilidad se situaba entre el 33% y el 95%). Se observó la misma debilidad con respecto a los servicios de asistencia farmacológica, además de la labor de los servicios de acercamiento a los consumidores de drogas, incluidos los programas de entrega de material esterilizado para inyecciones que aún no se ejecutan (o aceptan) en muchas prisiones.

Gráfico VII
Todas las regiones: diversos servicios de tratamiento y atención de la drogodependencia en entornos
carcelarios
 (Porcentaje)

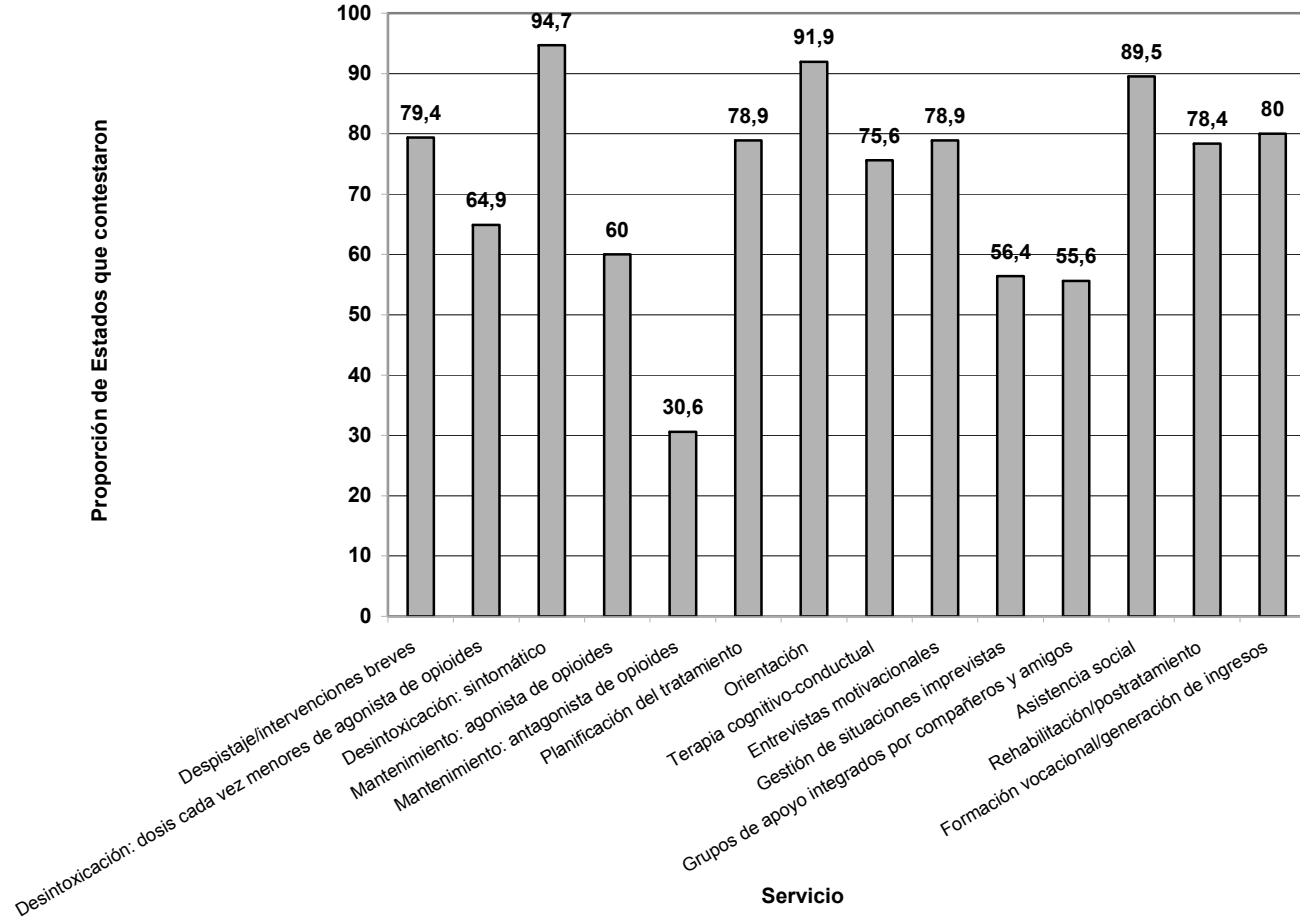
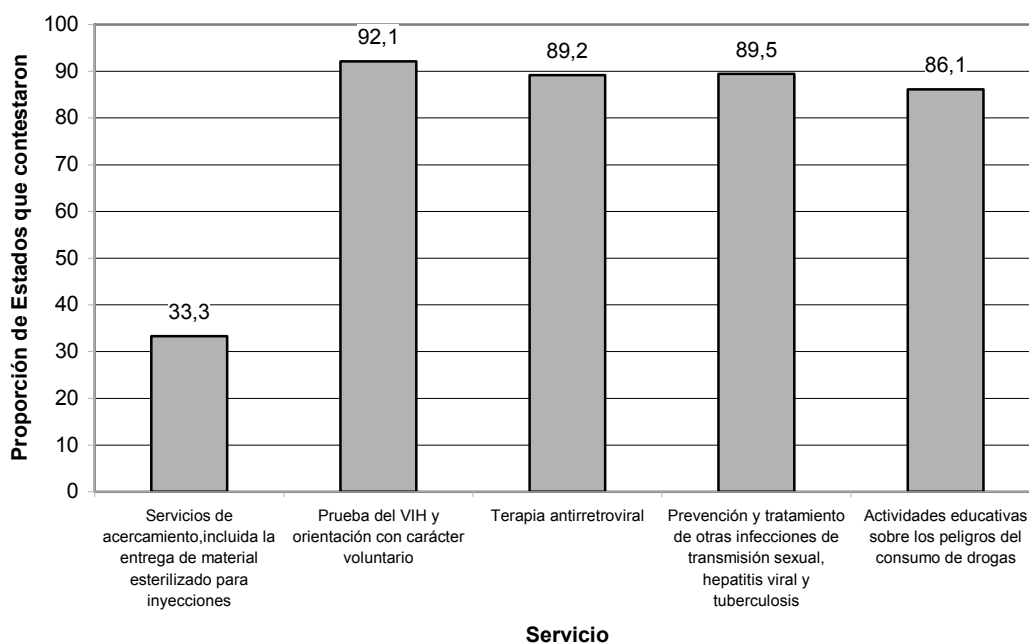


Gráfico VIII
Todas las regiones: diversos servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH y otras enfermedades infecciosas entre los consumidores de drogas en entornos carcelarios
 (Porcentaje)



21. La situación se vuelve más compleja cuando se analiza la cobertura de los servicios. En los gráficos IX y X se indica el porcentaje de los Estados Miembros que informaron sobre una cobertura baja, media o alta de sus respectivos servicios en la comunidad. Es notable observar que la cobertura de la mayoría de los servicios sobre cuya prestación se informó era baja o media, y en aproximadamente la mitad de los 50 Estados Miembros que respondieron al cuestionario era alta la cobertura de solo la mitad de los servicios sobre los que informaron. Entre una cuarta parte y la mitad de los Estados Miembros informó sobre una alta cobertura de sus servicios de tratamiento y atención de la drogodependencia. Se trata de una señal muy alentadora. Por ejemplo, el 48% de los Estados Miembros informó sobre la alta cobertura de la terapia de mantenimiento con un agonista de opioides, lo cual es un fenómeno nuevo. Sin embargo, hay que tener presente que esas señales positivas significan que todavía entre el 75% y el 50% de los Estados Miembros no están en condiciones de prestar determinados servicios con una cobertura alta, lo cual demuestra que todavía queda mucho camino por andar hasta alcanzar el acceso universal a los servicios de tratamiento y atención de la drogodependencia.

Gráfico IX
Todas las regiones: niveles de cobertura de diversos servicios de tratamiento y atención de la drogodependencia en la comunidad
 (Porcentaje)

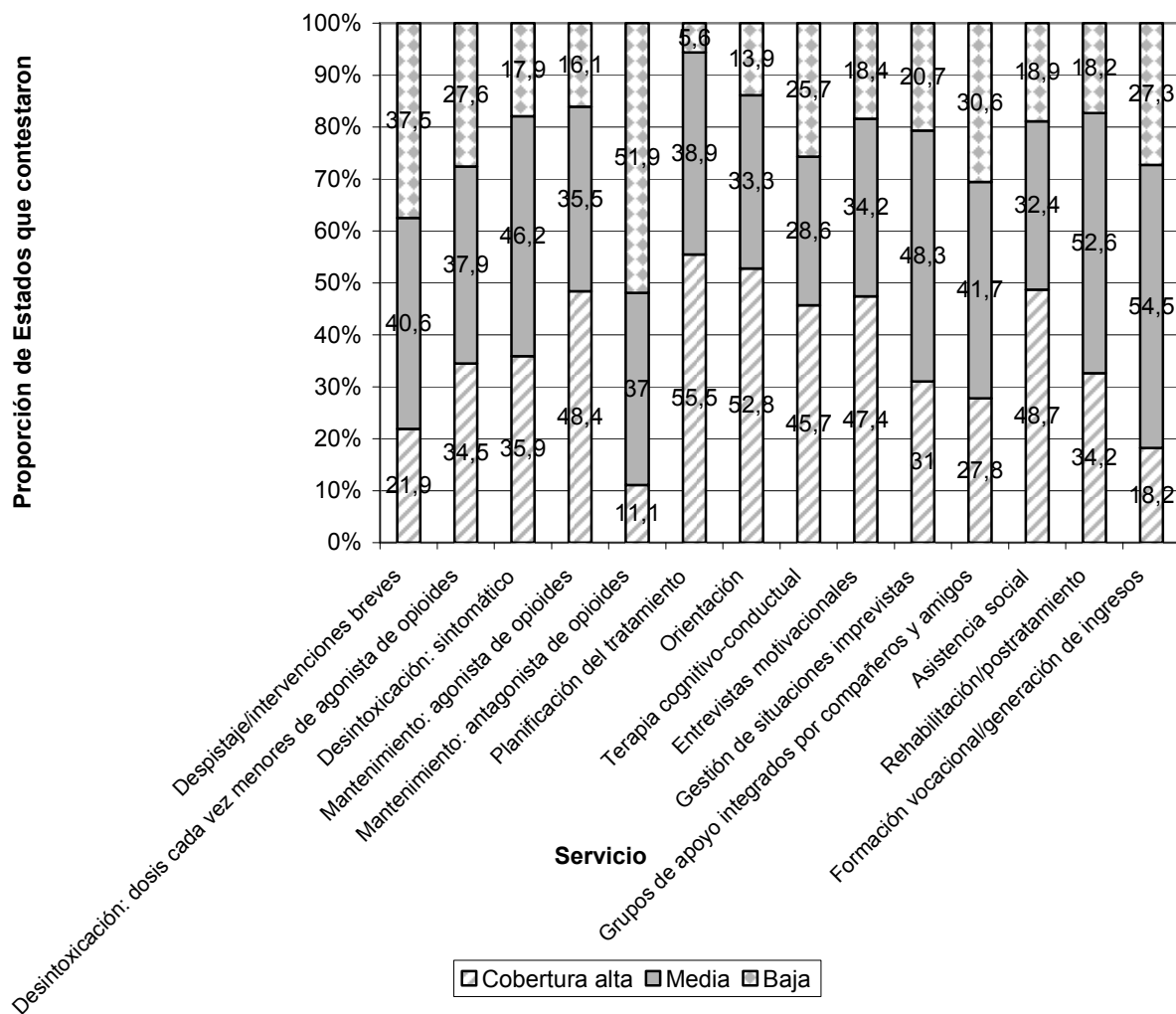
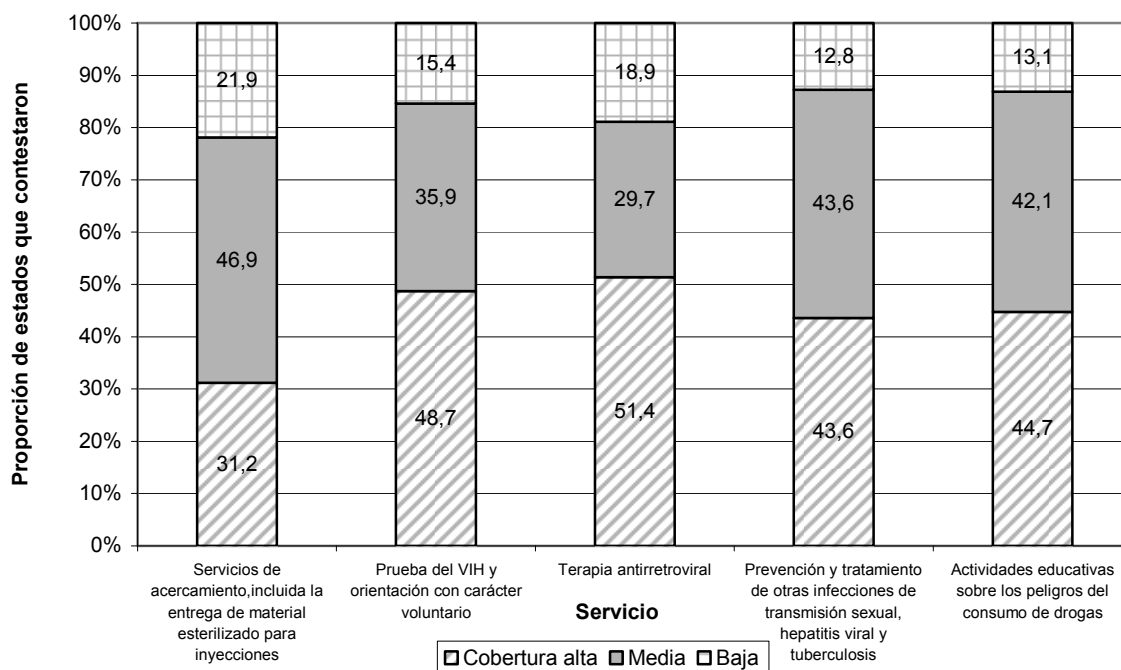


Gráfico X

Todas las regiones: niveles de cobertura de diversos servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH y otras enfermedades infecciosas entre los consumidores de drogas en la comunidad
(Porcentaje)



22. Además, en los entornos carcelarios (gráficos XI y XII), casi uno de cada cinco Estados Miembros indicó que prestaba la mayoría de los servicios de tratamiento y atención de la drogodependencia con una cobertura baja y solo entre el 20% y el 40%, aproximadamente, indicó que prestaba los diferentes servicios con alta cobertura. Dado que es probable que la población en los entornos carcelarios esté en mal estado de salud, tanto física como mental, debido, entre otros factores, a la drogodependencia, el VIH/SIDA y la tuberculosis, se trata de un hecho particularmente preocupante.

Gráfico XI
**Todas las regiones: diversos niveles de cobertura de diversos servicios de
 tratamiento y atención de la drogodependencia en los entornos carcelarios**
 (Porcentaje)

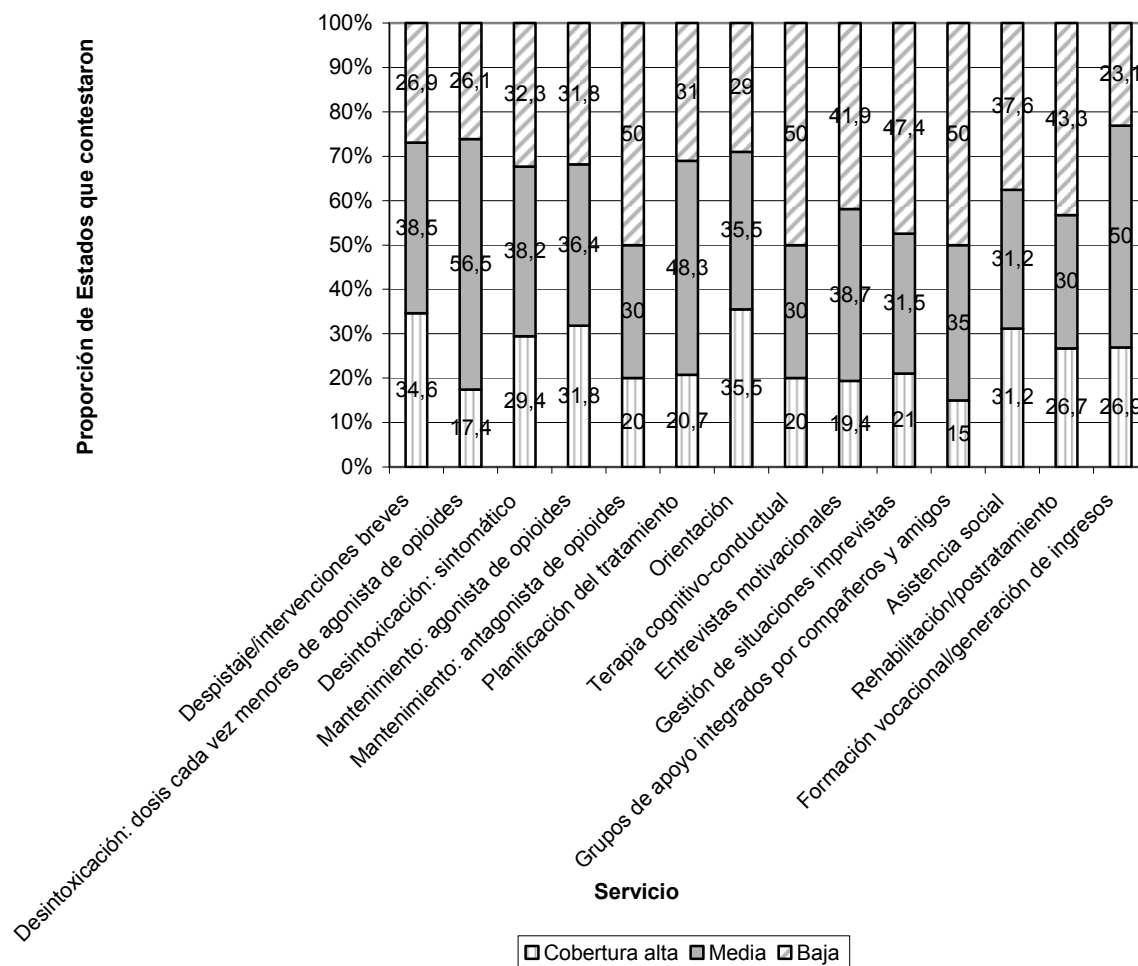
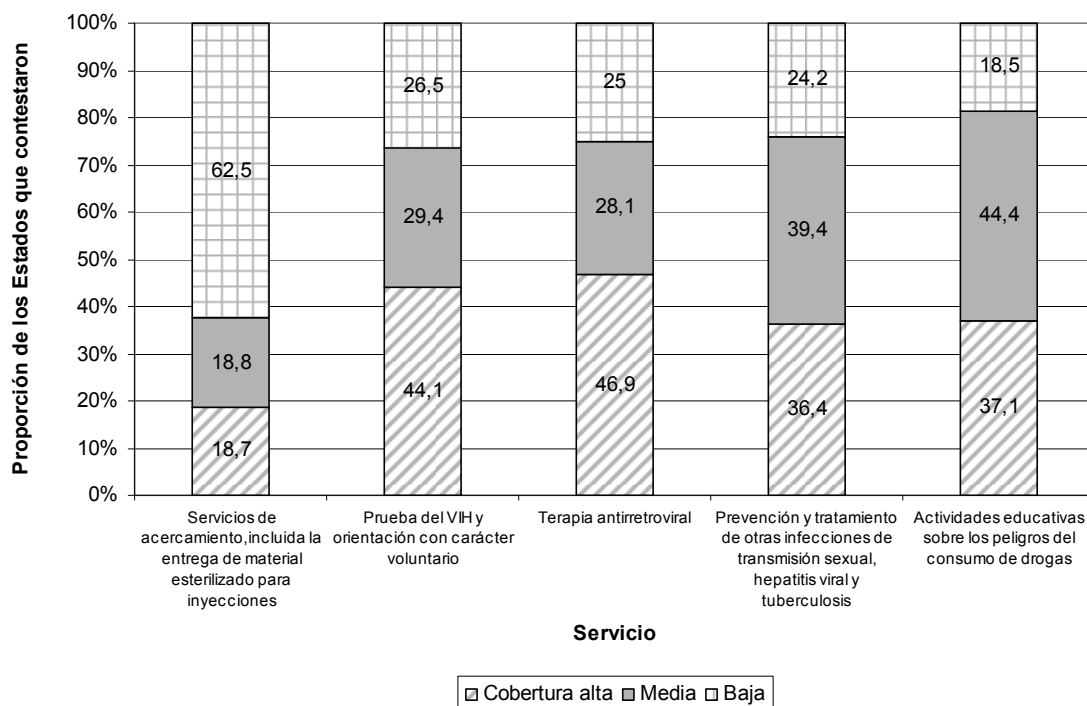


Gráfico XII
Todas las regiones: niveles de cobertura de diversos servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH y otras enfermedades infecciosas entre los consumidores de drogas en entornos carcelarios
 (Porcentaje)



23. Con respecto a las características básicas de los servicios prestados, la calidad de los datos reunidos mediante el cuestionario no fue tan alta como con respecto a las cuestiones que figuran *supra*. Por ejemplo, el 29% de los Estados Miembros que respondieron al cuestionario señaló que no tenía ninguna estimación del número de personas que necesitaban tratamiento. Si bien una estimación mundial o continental no sería significativa desde el punto de vista estadístico, dada la tasa de respuesta relativamente baja en general, ello suscita graves preocupaciones respecto de la base para planificar la prestación de servicios de tratamiento en la mayoría de los países en el mundo. A fin de planificar los sistemas de prevención y tratamiento, los encargados de formular políticas necesitan un sistema de información que suministre los datos pertinentes.

24. Casi el 95% de los Estados Miembros indicó que prestaba servicios en la comunidad en régimen residencial y régimen ambulatorio, y el 50% de los países informó de que más del 70% de sus servicios de tratamiento se prestaban en programas que se regían por el régimen residencial. En general, si la mayoría de los servicios se prestan de acuerdo con el régimen ambulatorio, ello es señal de la existencia de un sistema de tratamiento maduro; por ello, esos datos son preocupantes. De hecho, cabe concluir que por lo menos la mitad de los Estados Miembros presta servicios de tratamiento de la drogodependencia con arreglo al régimen más caro y menos eficiente. Además, debe señalarse que el tratamiento en

régimen residencial que no cuenta con el apoyo de sólidos servicios de acercamiento y un firme régimen ambulatorio no suele ser tan eficaz como podría serlo, dado que los pacientes drogodependientes tienen dificultades para acceder a ese tratamiento.

25. Más de la mitad de los Estados Miembros que enviaron una respuesta declararon que tenían un sistema de tratamiento obligatorio de la drogodependencia, mientras que la gran mayoría (82,2%) indicó que prestaba servicios de tratamiento de la drogodependencia como medida sustitutiva del encarcelamiento. Esto último es una señal alentadora, dado que se ha determinado que prestar servicios de tratamiento de la drogodependencia como medida sustitutiva de las medidas de justicia penal es eficaz y eficiente para reducir el consumo de drogas y las tasas de drogodependencia, así como las consecuencias sanitarias y sociales de esos fenómenos, incluida la delincuencia². Los datos sobre un sistema de tratamiento obligatorio eran más preocupantes dado que, de conformidad con las normas éticas y médicas, solo se debería administrar tratamiento con el consentimiento del paciente. Sin embargo, esos datos han de interpretarse con cautela, dado que muchos Estados Miembros que ofrecen tratamiento como medida sustitutiva de las medidas de justicia penal podrían haber incluido ese sistema como si fuera una forma de tratamiento obligatorio. Mientras la elección entre el tratamiento y las medidas de justicia penal dependa realmente del paciente, no habrá infracción de las normas éticas. Sin embargo, sobre la base de la información suministrada, no es posible por el momento llegar a una conclusión definitiva.

26. Por último, de los datos sobre otros indicadores básicos de la calidad de los servicios de tratamiento se desprende una imagen más alentadora. Más del 75% de los Estados Miembros que respondieron al cuestionario señaló haber redactado y aprobado normas y directrices y haber promulgado reglamentos para la concesión de licencias.

V. La labor de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito de promoción de medidas para proteger a los niños y los jóvenes contra el uso indebido de drogas

27. La UNODC ha estado ayudando a los Estados Miembros a adaptar los programas de prevención de eficacia demostrada en las escuelas, las familias y los lugares de trabajo, así como los servicios de tratamiento y atención de la drogodependencia de eficacia demostrada y de carácter ético³. En particular,

² Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, “*From Coercion to Cohesion: Treating Drug Dependence Through Health Not Punishment*”, documento de debate presentado en un seminario científico, Viena, 28 a 30 de octubre de 2009.

³ Con respecto a la prevención del consumo de drogas, sírvase consultar los recursos y la documentación disponibles en el sitio web <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/index.html>, en particular las siguientes publicaciones de la UNODC: *Escuelas – Educación de base escolar para la prevención del uso indebido de drogas*, (Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.04.XI.21); *Guía para la ejecución de programas de desarrollo de aptitudes de la familia en materia de prevención del uso indebido de sustancias* (Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.09.XI.8); complementada por la *Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programmes* (2010) y *Workplace Prevention* (se publicará próximamente). Con respecto a los servicios de tratamiento y atención de la drogodependencia, sírvase consultar el material de capacitación y la documentación de Treatnet (Red internacional de centros de

en 2010, la UNODC impartió capacitación a unos 200 funcionarios del cuadro de servicios generales para que celebraran sesiones de capacitación para la vida en familia y la educación de los hijos con padres e hijos en seis países de tres regiones. La mayor parte de ese personal ya ha empezado a trabajar directamente con los padres de familia, según los cuales, esa labor ha producido cambios positivos entre sus familiares y, en particular, sus hijos. El programa beneficia actualmente a unas 500 familias y su alcance se ampliará a otros seis países en 2011. Sin embargo, es evidente que, sin recursos adicionales, dicho alcance seguirá siendo muy limitado.

28. La red internacional de la UNODC de centros de tratamiento y atención de la drogodependencia, "Treatmentnet", alcanzó su madurez en 2010, en que se capacitó a 4.000 funcionarios para prestar servicios de eficacia demostrada, de carácter ético y de umbral bajo a personas drogodependientes. Esa labor pionera, que actualmente se realiza en más de 20 países de cinco regiones, se complementa también con labores destinadas a ampliar y mejorar el alcance de los propios servicios, con el objetivo de beneficiar a por lo menos 20.000 personas en el mundo entero.

29. Además, la UNODC ha emprendido iniciativas innovadoras destinadas a los niños expuestos al consumo de drogas a una edad muy temprana, al uso indebido de medicamentos de venta con receta médica y al acceso a analgésicos fiscalizados.

30. Los trastornos debidos al uso indebido de sustancias son más problemáticos cuando éste empieza a una edad temprana, dado que el daño que se produce en el cerebro no desarrollado es mayor. En la mayoría de los casos, la decisión de los niños y adolescentes de experimentar con sustancias psicoactivas se debe a una combinación de factores genéticos y ambientales que contribuyen a la vulnerabilidad psicobiológica y a una reducción de la resistencia. La UNODC promueve una respuesta coordinada a nivel mundial de las instituciones públicas y las organizaciones no gubernamentales en favor de los niños y adolescentes en situación de riesgo o que se ven afectados por el consumo de drogas, la drogodependencia y sus consecuencias sanitarias y sociales. El objetivo de esa respuesta es reducir los riesgos de que surjan trastornos por el consumo de drogas, para lo cual se formularán y aplicarán estrategias de tratamiento e integración social apropiadas, concebidas expresamente para satisfacer las necesidades especiales de ese grupo de edad.

VI. Conclusiones

31. Si bien la falta de información de los Estados Miembros que no enviaron respuestas impide en parte llegar a conclusiones concretas, es posible extraer con cautela las siguientes conclusiones generales a partir de los datos presentados *supra*.

32. Queda mucho por hacer para asegurar la protección de los niños y los jóvenes contra el uso indebido de drogas. Ello es así especialmente con respecto a la disponibilidad de un amplio conjunto de actividades de prevención destinadas, con cobertura adecuada, tanto a la población en general como a los grupos de particular

colaboración sobre tratamiento y rehabilitación de drogodependientes) y del programa conjunto sobre tratamiento y atención de la drogodependencia de la UNODC y la Organización Mundial de la Salud, disponible en el sitio web <http://www.unodc.org/treatment/en/index.html>.

riesgo. Como se desprende claramente de los datos reunidos, el número de Estados Miembros que realizan actividades de prevención es en general inferior al de los Estados Miembros que prestan servicios de tratamiento y atención de la drogodependencia, y ese es el caso, especialmente, de los grupos particularmente vulnerables.

33. En general, tanto para la prevención como para el tratamiento, la disponibilidad de una gama de servicios preocupa menos que la cobertura de las intervenciones en la práctica. La mayoría de los Estados Miembros ofrecen, según informan, toda una gama de actividades de prevención y servicios de tratamiento y atención de la drogodependencia, si bien menos con fines de prevención que con fines de tratamiento. La situación se vuelve problemática cuando se analiza la cobertura de las intervenciones, en particular con respecto a la prevención entre los grupos de alto riesgo y con respecto a los servicios de tratamiento y atención de la drogodependencia en los entornos carcelarios.

34. Evidentemente queda mucho por hacer para asegurar que haya un acceso universal a las intervenciones y los servicios de eficacia demostrada y de carácter ético entre quienes los necesitan.

35. En un primer análisis y a un nivel más general, se debería iniciar un debate y realizar un examen general a fondo de la eficacia y eficiencia relativa de las diferentes intervenciones, a fin de determinar si los recursos limitados se invierten de la manera más apropiada. Hay algunas señales preocupantes a ese respecto, en lo que atañe a la prevención y el tratamiento. Las intervenciones breves y con base en la familia cuentan con el apoyo de toda una serie de pruebas científicas mucho más sólidas y dan resultados más positivos y de más larga duración que, por ejemplo, el suministro de información y las actividades alternativas. Sin embargo, según la información recibida, son muchos menos los Estados Miembros que realizan esas intervenciones. La alternativa entre un tratamiento en régimen ambulatorio y un tratamiento en régimen residencial descrita *supra* es un buen ejemplo con respecto a los servicios de tratamiento y atención de la drogodependencia.

36. La escasa información sobre la evaluación de la prevención del consumo de drogas y la insuficiencia de las estimaciones de las personas que necesitan tratamiento señalan una segunda insuficiencia general que se debe corregir, es decir, la falta de un sistema apropiado de reunión de datos, que proporcione información útil para planificar los programas de prevención y tratamiento, así como para evaluar su ejecución y eficacia.

37. De las señales inquietantes sobre la cobertura tanto de la prevención como del tratamiento se desprende la necesidad de seleccionar, entre una amplia gama de intervenciones basadas en pruebas, un conjunto reducido de intervenciones mínimas de bajo costo y eficacia demostrada, así como de la más alta eficiencia. Estas intervenciones mínimas deberían poder ser realizadas por personal no profesional. Ello no significa que se deban invertir menos recursos en la capacitación, sino lo contrario: el apoyo y la capacitación adecuados de equipos profesionales y no profesionales son esenciales para ampliar la cobertura, a la vez que se mantienen una alta calidad de los servicios prestados y también, en consecuencia, la eficacia y eficiencia. Además, las intervenciones de prevención del uso indebido de drogas y los servicios de tratamiento y atención de la drogodependencia deben formar parte de la prestación habitual de servicios de atención de la salud y de educación a nivel

nacional, y toda la población, incluidos los reclusos, debería tener acceso a esos servicios.

38. Por último, si bien existe una sólida base de pruebas científicas de la eficacia y eficiencia de muchas intervenciones para la prevención del consumo de drogas y de muchos servicios de tratamiento y atención de la drogodependencia, hay también muchas lagunas, sobre todo con respecto a las intervenciones de prevención relacionadas con diversos factores de riesgo a una edad temprana y con respecto al tratamiento farmacológico de la dependencia de los estimulantes. Los Estados Miembros deberían hacer considerables inversiones en la promoción de las investigaciones científicas para profundizar la comprensión de la patología de la drogodependencia y saber cómo hacer frente a sus factores de riesgo y de protección y cómo tratar y atender toda dependencia de sustancias. En ese contexto, se necesitan iniciativas para hacer frente a las barreras económicas y de idioma, que obstaculizan el intercambio de información entre las comunidades científicas.

VII. Recomendaciones

39. El análisis y las conclusiones que anteceden llevan a las siguientes recomendaciones, que se presentan para su examen por la Comisión de Estupefacientes:

a) Los Estados Miembros deberían seguir esforzándose por ampliar la gama y, sobre todo, la cobertura de las intervenciones de eficacia demostrada y de carácter ético, tanto para la prevención del consumo de drogas como para el tratamiento y la atención de la drogodependencia, no solo en favor de la población en general, sino también de los grupos de particular riesgo y la población carcelaria;

b) La Comisión quizá desee reforzar el mandato de la UNODC y el apoyo prestado a la Oficina para que ayude a los Estados Miembros en esa tarea, desarrollando y difundiendo la base científica de las pruebas de la eficacia de diversas intervenciones, y prestando la asistencia técnica que se solicite, en particular con respecto a lo siguiente:

i) Los nuevos retos, como el de los niños expuestos al consumo de drogas a una edad muy temprana, el uso indebido de medicamentos de venta con receta médica y el acceso a analgésicos fiscalizados;

ii) Un conjunto de intervenciones de bajo costo, básicas y de eficacia demostrada para la prevención del consumo de drogas y los servicios de tratamiento y atención de la drogodependencia, para emplear en el contexto de recursos limitados, con la máxima eficacia en función de los costos.