



Consejo Económico y Social

Distr. general
18 de diciembre de 2002
Español
Original: inglés

Comisión de Estupefacientes

46º período de sesiones

Viena, 8 a 17 de abril de 2003

Temas 3 y 11 del programa provisional*

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

Debate general de la serie de sesiones a nivel ministerial: evaluación de los progresos realizados y las dificultades encontradas en el cumplimiento de las metas y los objetivos establecidos en la Declaración política aprobada por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones

Segundo informe bienal sobre la aplicación de los resultados del vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General dedicado a la lucha en común contra el problema mundial de las drogas

Informe del Director Ejecutivo

Adición

Plan de Acción para la aplicación de la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas

* E/CN.7/2003/1.



Índice

| | <i>Párrafos</i> | <i>Página</i> |
|---|-----------------|---------------|
| I. Introducción | 1 | 4 |
| II. El compromiso | 2-9 | 4 |
| III. Evaluación del problema | 10-13 | 7 |
| IV. Tratamiento del problema | 14-25 | 9 |
| A. Intervenciones con fines de prevención | 14-16 | 9 |
| B. Tratamiento y rehabilitación | 17-23 | 12 |
| C. Reducción de las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales del uso indebido de drogas | 24-25 | 20 |
| V. Establecimiento de vínculos | 26 | 22 |
| VI. Concentración en las necesidades especiales | 27-29 | 22 |
| VII. Difusión del mensaje apropiado | 30 | 24 |
| VIII. Aprovechamiento de la experiencia | 31-33 | 24 |
| IX. Dificultades encontradas en la realización de las actividades de reducción de la demanda de drogas de conformidad con el Plan de Acción | 34 | 25 |

Cuadros

| | |
|---|----|
| 1. Participación de los diferentes sectores en la elaboración y aplicación de las estrategias nacionales de reducción de la demanda de drogas: porcentaje de Estados que dieron respuestas afirmativas entre los que presentaron el cuestionario bial correspondiente al período 2000-2002 | 5 |
| 2. Participación de los diferentes sectores en la elaboración y aplicación de las estrategias nacionales de reducción de la demanda de drogas: comparación del porcentaje de Estados informantes que dieron respuestas afirmativas en los períodos de presentación de informes 1998-2000 y 2000-2002 | 6 |
| 3. Materias en las que se publicaron resultados de investigaciones o se realizaron investigaciones durante los períodos a que se refieren los informes: porcentaje de los Estados informantes que respondieron afirmativamente en el período de referencia (o primer período) de presentación de informes (1998-2000) y en el segundo (2000-2002); y porcentaje de los que habían respondido en el período de referencia que respondieron afirmativamente en el segundo período de presentación de informes | 9 |
| 4. Grado de cobertura y ejecución de los programas de prevención en el período de referencia (o primer período) de presentación de informes (1998-2000) y en el segundo (2000-2002): información y educación relativa a las drogas y su uso indebido | 10 |
| 5. Grado de cobertura y ejecución de los programas de prevención en el período de referencia (o primer período) de presentación de informes (1998-2000) y en el segundo (2000-2002): fomento de los conocimientos prácticos para la vida | 10 |

| | |
|---|----|
| 6. Grado de cobertura y ejecución de los programas de prevención en el período de referencia (o primer período) de presentación de informes (1998-2000) y en el segundo (2000-2002): ofrecimiento de alternativas al consumo de drogas | 11 |
| 7. Grado de cobertura y ejecución de los programas en la esferas del tratamiento y la rehabilitación en el período de referencia (o primer período) de presentación de informes (1998-2000) y en el segundo (2000-2002): desintoxicación | 13 |
| 8. Grado de cobertura y ejecución de los programas en las esferas del tratamiento y la rehabilitación en el período de referencia (o primer período) de presentación de informes (1998-2000) y en el segundo (2000-2002): tratamiento (terapia) de sustitución, excluida la desintoxicación a corto plazo | 14 |
| 9. Grado de cobertura y ejecución de los programas en las esferas del tratamiento y la rehabilitación en el período de referencia (o primer período) de presentación de informes (1998-2000) y en el segundo (2000-2002): tratamiento no farmacológico..... | 15 |
| 10. Grado de cobertura y ejecución de los programas en las esferas del tratamiento y la rehabilitación en el período de referencia (o primer período) de presentación de informes (1998-2000) y en el segundo (2000-2002): reintegración social | 16 |
| 11. Reducción de las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales del uso indebido de drogas: comparación entre el período de referencia (o primer período) de presentación de informes (1998-2000) y el segundo (2000-2002)..... | 19 |
| 12. Dificultades encontradas en la realización de las actividades de reducción de la demanda de drogas de conformidad con el Plan de Acción en el segundo período de presentación de informes (2000-2002) | 25 |

I. Introducción

1. La sección VIII del cuestionario bienal, dedicada a la reducción de la demanda de drogas, consta a su vez de siete secciones, que abarcan los siguientes aspectos: las reacciones políticas y estratégicas (el compromiso), los recursos de información (evaluación del problema), las respuestas (tratamiento del problema), los métodos de trabajo (establecimiento de vínculos), la labor de asistencia a poblaciones vulnerables o especiales (concentración en las necesidades especiales), la difusión y educación (difusión del mensaje apropiado) y las cuestiones de capacitación y coordinación (aprovechamiento de la experiencia). Además, se incluye una sección sobre las dificultades con que tropiezan los Estados en la ejecución del Plan de Acción para la aplicación de la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas (resolución 54/132, anexo, de la Asamblea General).

II. El compromiso

2. En las preguntas relativas al compromiso de los Estados se intenta obtener información sobre sus medidas políticas y estratégicas para la reducción de la demanda de drogas. Una estrategia nacional para lograrla es importante a fin de coordinar dichas medidas y asegurar la utilización de prácticas correctas y de un enfoque equilibrado entre las medidas para reducir la demanda y la oferta previstas en la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas (resolución S-20/3, anexo, de la Asamblea General). Además, esta estrategia sirve de base para promover las reacciones multisectoriales y de ámbito comunitario propuestas en la Declaración. Acertadamente, en la primera pregunta de la sección VIII se inquirió si los Estados cuentan con una estrategia nacional de reducción de la demanda de drogas, y la inmensa mayoría de las respuestas fue afirmativa. De los 115 Estados que presentaron respuestas correspondientes al período de presentación de informes 2000-2002, el 86% indicó que aplicaba una estrategia nacional. Si se comparan las respuestas de los Estados correspondientes al segundo período de presentación de informes (2000-2002) con las del período de referencia (o primer período) (1998-2000), se observa que un porcentaje mayor de los Estados (el 89% en el período 2000-2002, en comparación con el 84% en el período 1998-2000) señaló que contaba con una estrategia nacional para la reducción de la demanda.

3. En una respuesta complementaria, la mayoría de los Estados (el 82%) que contaba con una estrategia nacional señaló, con respecto al período 2000-2002, que en ella se incorporaban los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas, lo que indica que en su planificación estratégica se tenían en cuenta los principios convenidos de las buenas prácticas. Una comparación de las respuestas de los Estados a esta pregunta en ambos períodos de presentación de informes revela un aumento considerable del porcentaje de los que señalaron que en su estrategia nacional se incorporaban los principios rectores: el 96% en el período 2000-2002, frente al 68% en el período 1998-2000. Asimismo, con respecto al período 2000-2002 el 85% de los Estados que respondieron señaló que en su estrategia nacional se incorporaban aspectos relativos a la prevención, mientras que el 81%, el 69% y el 76% de ellos, respectivamente, señalaron que en sus estrategias

nacionales se preveían planes de tratamiento, medidas para reducir las consecuencias sanitarias y sociales del consumo y el uso indebido de drogas e iniciativas de recopilación de datos.

4. Otro indicador de la idoneidad de las estrategias nacionales y del grado en que concuerdan con la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas (en la que se subraya que los programas al respecto deben basarse en una evaluación periódica de la situación de las drogas) fue que la mayoría de la Estados (el 79%) que contaban con una estrategia nacional para la reducción de la demanda de drogas señaló que antes de elaborarla se había evaluado la naturaleza del problema de las drogas. Al comparar las respuestas de los Estados a esta pregunta en ambos períodos de presentación de informes, se observa un aumento considerable del porcentaje de los que han realizado esa evaluación (el 84% en el período 2000-2002, frente al 74% en 1998-2000) antes de preparar su estrategia.

5. Casi todos los Estados (el 84%) que contaban con estrategias nacionales de reducción de la demanda comunicaron que disponían de una entidad coordinadora central encargada de aplicarlas; el 89% de los Estados también indicó que, como parte de esa estrategia, habían adoptado un enfoque multisectorial. En el caso de los Estados que respondieron a estas dos preguntas en ambos períodos de presentación de informes, el 84% (1998-2000) y el 88% (2000-2002) disponían de una entidad coordinadora central encargada de aplicar la estrategia, y el 87% (1998-2000) y el 92% (2000-2002) aplicaban un enfoque multisectorial de la reducción de la demanda de drogas en su estrategia nacional.

6. En el cuadro 1 se resumen los datos sobre el grado de participación de las autoridades, organismos públicos y otros organismos oficiales a nivel nacional y local, así como el de las organizaciones de la sociedad civil en la elaboración y aplicación de la estrategia nacional para la reducción de la demanda de drogas en el período 2000-2002. También se indica el porcentaje de los Estados que respondieron afirmativamente a esas preguntas.

Cuadro 1

Participación de los diferentes sectores en la elaboración y aplicación de las estrategias nacionales de reducción de la demanda de drogas: porcentaje de Estados que dieron respuestas afirmativas entre los que presentaron el cuestionario bienal correspondiente al período 2000-2002.

(Porcentaje)

| <i>Sector</i> | <i>Participación a nivel nacional</i> | <i>Participación a nivel local</i> | <i>Participación de la sociedad civil</i> |
|---------------------|---------------------------------------|------------------------------------|---|
| Salud | 89 | 79 | 73 |
| Servicios sociales | 81 | 71 | 71 |
| Educación | 84 | 77 | 68 |
| Represión antidroga | 83 | 71 | 30 |
| Justicia | 74 | 60 | 30 |
| Empleo | 50 | 44 | 32 |
| Otros | 30 | 22 | 19 |

7. Los datos indican que hay una considerable cooperación multisectorial y entre organismos. No es de extrañar que en los planos nacional y local los organismos de salud sean los que más participan en la formulación y aplicación de la estrategia nacional de reducción de la demanda, al igual que las instituciones educativas, los organismos de represión antidroga, los servicios sociales y los órganos de justicia. La mitad de los Estados informantes señaló también que los organismos de empleo participaban en el plano nacional en la formulación y aplicación de la estrategia nacional de reducción de la demanda. La participación de la sociedad civil (organizaciones no gubernamentales, etc.) se mencionó con suma frecuencia en los sectores de la salud, los servicios sociales y la educación. Esta participación se ajusta a la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas, en que se señala la importancia de establecer vínculos entre los órganos gubernamentales y no gubernamentales.

8. Al comparar la información presentada por los Estados que respondieron a las mencionadas preguntas en ambos ciclos de presentación de informes (véase el cuadro 2), cabe señalar que, si bien en los planos nacional y local, y en la sociedad civil, los organismos de salud son los que más se citan entre los que participan en la formulación y aplicación de la estrategia nacional de reducción de la demanda, un número proporcionalmente mayor de Estados notificó que tal era el caso en el plano local y en la sociedad civil en el período 2000-2002. También merece mencionarse la mayor participación de la sociedad civil, en particular en el sector de los servicios sociales, y la de organizaciones de ámbito tanto nacional como local y de la sociedad civil en el sector de la educación durante el mismo período.

Cuadro 2

Participación de los diferentes sectores en la elaboración y aplicación de las estrategias nacionales de reducción de la demanda de drogas: comparación del porcentaje de Estados informantes que dieron respuestas afirmativas en los períodos de presentación de informes 1998-2000 y 2000-2002

(Porcentaje)

| <i>Sector</i> | <i>Participación a nivel nacional</i> | | <i>Participación a nivel local</i> | | <i>Participación de la sociedad civil</i> | |
|---------------------|---------------------------------------|------------------|------------------------------------|------------------|---|------------------|
| | <i>1998-2000</i> | <i>2000-2002</i> | <i>1998-2000</i> | <i>2000-2002</i> | <i>1998-2000</i> | <i>2000-2002</i> |
| Salud | 93 | 93 | 74 | 82 | 68 | 78 |
| Servicios sociales | 85 | 84 | 71 | 72 | 63 | 76 |
| Educación | 86 | 89 | 73 | 79 | 61 | 73 |
| Represión antidroga | 89 | 83 | 67 | 70 | 32 | 27 |
| Justicia | 82 | 76 | 60 | 60 | 29 | 30 |
| Empleo | 53 | 54 | 44 | 45 | 35 | 34 |
| Otros | 46 | 33 | 27 | 24 | 19 | 23 |

9. A la pregunta de si la aplicación de la estrategia nacional de reducción de la demanda de drogas contaba con un presupuesto dedicado expresamente a ello, el 68% de los Estados respondió afirmativamente. En cuanto a si los Estados que tenían estrategias nacionales habían establecido un marco para evaluar los resultados obtenidos e informar sobre ellos, el 69% señaló que así era. Al comparar las respuestas de los Estados en el período de referencia (o primer período) de presentación de informes (1998-2000) y en el segundo período (2000-2002), cabe observar que en el segundo período de presentación de informes un número mayor de los que tenían estrategias nacionales, el 74%, indicó que contaba con un presupuesto dedicado expresamente a su aplicación, frente al 60% de los Estados en el primer período de presentación de informes. Dada la importancia que se atribuye en los principios rectores a la evaluación y la adopción de un enfoque basado en hechos concretos, también es de notar que el porcentaje de los Estados con estrategias nacionales que notificaron la existencia de un marco estructural para evaluar los resultados e informar sobre ellos aumentó del 69% en el período de referencia (o primer período) de presentación de informes (1998-2000) al 75% en el segundo período (2000-2002).

III. Evaluación del problema

10. En el cuestionario bienal, el asunto de la evaluación abarca la existencia, la calidad y la cobertura de los programas nacionales o regionales de investigación y los mecanismos de evaluación. Además, los Estados pueden indicar las esferas que les plantean dificultades para evaluar el problema de la droga de conformidad con el Plan de Acción. La existencia de programas nacionales o regionales de investigación sobre drogas, toxicomanía y reducción de la demanda de drogas se mantuvo estable desde 1998 durante ambos períodos de presentación de informes. Tanto en el período de referencia (el primer período) de presentación de informes (1998-2000) como en el segundo (2000-2002), el 62% de los Estados señaló que contaba con programas de investigación. En el período 2000-2002, el 82% de los Estados indicó que disponía de un mecanismo de vigilancia permanente, en comparación con el 61% en el período 1998-2000.

11. Por lo que atañe a los elementos que entran en juego para aplicar el mecanismo de evaluación, más de la mitad de los 115 Estados que respondieron en el segundo ciclo de presentación de informes comunicó que se utilizaban estimaciones de prevalencia (el 65%), encuestas escolares (el 65%) y sistemas de presentación de informes sobre el tratamiento (el 59%), como parte de la evaluación del uso indebido de drogas. El 53% de los Estados que respondieron señaló que existían mecanismos de vigilancia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y el 47% que contaba con medios de vigilancia de las defunciones relacionadas con las drogas. Con respecto a los demás elementos señalados, Grecia y los Países Bajos informaron de que habían realizado encuestas generales de población, mientras que Austria e Irlanda notificaron que tenían previsto realizarlas dentro de poco. En Italia existe un sistema de alerta temprana como medida nacional de control para hacer frente con rapidez a las nuevas drogas que se detecten. México señaló que se realizaban investigaciones cualitativas y cuantitativas en varios subgrupos de riesgo, como las mujeres encarceladas y los niños de la calle. No es posible extraer conclusiones relativas a las tendencias de la

disponibilidad de mecanismos de evaluación, porque esta pregunta se agregó como parte de la revisión del cuestionario bienal que se realizó después del período de referencia (o primer período) de presentación de informes.

12. En el cuestionario bienal revisado se incorporó una pregunta relativa a la evaluación de la calidad de la información nacional existente sobre las modalidades y tendencias del consumo de drogas. Poco menos de un tercio de los países que respondieron (el 30%) consideró que la calidad de la información era buena, y la mitad de ellos (el 51%) que era regular. Apenas el 12% de los países informantes señaló que la calidad de la información era deficiente. Mientras que casi la cuarta parte de los Estados de África y las Américas que respondieron calificó óptimamente su información nacional sobre el uso indebido de drogas (el 23% y el 24%, respectivamente), la mitad de los países informantes de Europa (el 50%) la consideró buena. Había grandes diferencias entre los Estados que respondieron en cuanto a su capacidad de invertir en actividades de investigación, tanto en materia de intensidad como de alcance. En Australia, por ejemplo, la estrategia nacional en materia de drogas se vale de centros nacionales de investigación especializados que permiten realizar un programa de investigación básica, y las prioridades de la investigación se determinan con cada uno de esos centros. Otros Estados, como Chipre, señalaron que las iniciativas de investigación eran limitadas y metodológicamente inadecuadas.

13. Las tendencias observadas en las esferas en que se realizaron investigaciones se presentan en el cuadro 3. De su análisis se desprende que estas actividades se han intensificado, en particular en las materias en que muchos Estados señalaron que las investigaciones las habían comenzado ya en el período de presentación de informes, por ejemplo en los ámbitos de la prevención, el tratamiento, la epidemiología y los aspectos sociológicos. La frecuencia de las actividades realizadas en otras esferas de investigación tendió a mantenerse estable en el segundo ciclo de presentación de informes en comparación con el primero. Si se incorpora en el análisis a todos los Estados que respondieron en el segundo ciclo de presentación de informes, los principales ámbitos de investigación se mantienen idénticos en lo esencial. Además, el 39% de los Estados que respondieron señaló que se estaban realizando actividades de investigación en lo tocante a la prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Este hecho es alentador, porque esas investigaciones deberían aportar los datos necesarios para concebir y aplicar medidas de intervención eficaces. No obstante, como el aspecto de la prevención de la infección por el VIH no se incluyó en el cuestionario del período de referencia (o primer período) de presentación de informes, no puede extraerse ninguna conclusión sobre las tendencias al respecto.

Cuadro 3

Materias en las que se publicaron resultados de investigaciones o se realizaron investigaciones durante los períodos a que se refieren los informes: porcentaje de los Estados informantes que respondieron afirmativamente en el período de referencia (o primer período) de presentación de informes (1998-2000) y en el segundo (2000-2002); y porcentaje de los que habían respondido en el período de referencia que respondieron afirmativamente en el segundo período de presentación de informes

(Porcentaje)

| <i>Materia</i> | <i>Porcentaje que respondió afirmativamente en el período de referencia (o primer período) (1998-2000) (n=109)</i> | <i>Porcentaje que había respondido en el período de referencia que respondió afirmativamente en el segundo período de presentación de informes (n=89)</i> | <i>Porcentaje que respondió afirmativamente en el segundo período de presentación de informes (2000-2002) (n=115)</i> |
|---------------------------------------|--|---|---|
| Bioquímica | 22 | 23 | 17 |
| Farmacología | 32 | 30 | 25 |
| Sociología | 46 | 54 | 46 |
| Epidemiología | 58 | 63 | 55 |
| Prevención | 61 | 67 | 62 |
| Tratamiento | 58 | 66 | 58 |
| Política general en materia de drogas | 43 | 42 | 38 |
| Análisis de los costos | 21 | 20 | 17 |
| Prevención de la infección por el VIH | ^a | ^a | 39 |

^a Esta materia no figura en el cuestionario del período de referencia.

IV. Tratamiento del problema

A. Intervenciones con fines de prevención

14. En el cuestionario bienal las actividades de prevención se desglosan en los tres ámbitos generales de actividad siguientes: información y educación relativa a las drogas y su uso indebido; fomento de los conocimientos prácticos para la vida; y ofrecimiento de alternativas al consumo de drogas. Además, se pide a los Estados que clasifiquen según su importancia el alcance de las actividades en los diversos contextos. Los datos indican que la mayor parte de la labor de prevención se realiza en las escuelas y consiste en el suministro de información. Sin embargo, cabe recordar que existe la tendencia a orientar tanto el fomento de los conocimientos prácticos para la vida como las alternativas al consumo de drogas hacia grupos determinados que se consideran en riesgo, en lugar de concebirlas necesariamente como enfoques adecuados para la población general. Además, estos programas pueden ser más complejos y costosos de ejecutar que las meras actividades de difusión de información. Tal vez estos factores expliquen en parte que las actividades de prevención señaladas con mayor frecuencia sean las de información y

educación sobre las drogas. En los cuadros 4 a 6 figura el análisis de las tendencias de las actividades de prevención en los dos primeros períodos de presentación de informes (1998-2000 y 2000-2002).

Cuadro 4

Grado de cobertura y ejecución de los programas de prevención en el período de referencia (o primer período) de presentación de informes (1998-2000) y en el segundo (2000-2002): información y educación relativa a las drogas y su uso indebido

| <i>Ámbito</i> | <i>Cobertura del grupo destinatario</i> | | | | <i>Ejecución del programa</i> | | | |
|-----------------------------|---|------------------|-----------------------|------------------|--|------------------|-----------------------------|------------------|
| | <i>(Porcentaje de los Estados que respondieron)</i> | | | | <i>(Porcentaje de los Estados que notificaron actividades)</i> | | | |
| | <i>Baja</i> | | <i>Mediana o alta</i> | | <i>Sensible a consideración de género</i> | | <i>Resultados evaluados</i> | |
| | <i>1998-2000</i> | <i>2000-2002</i> | <i>1998-2000</i> | <i>2000-2002</i> | <i>1998-2000</i> | <i>2000-2002</i> | <i>1998-2000</i> | <i>2000-2002</i> |
| Escuelas | 27 | 15 | 68 | 70 | 33 | 32 | 43 | 38 |
| Medidas de base comunitaria | 34 | 24 | 51 | 50 | 33 | 26 | 39 | 30 |
| Lugares de trabajo | 50 | 38 | 17 | 16 | 32 | 14 | 31 | 14 |
| Sistema penitenciario | 42 | 23 | 32 | 39 | 35 | 34 | 26 | 28 |
| Centros sanitarios | 32 | 18 | 40 | 51 | 34 | 30 | 38 | 30 |

Nota: En la categoría “Baja” se incorpora la categoría “Aislado” del período de referencia. En la categoría “Mediana o alta” se incorpora la categoría “Relativamente difundido” del período de referencia.

Cuadro 5

Grado de cobertura y ejecución de los programas de prevención en el período de referencia (o primer período) de presentación de informes (1998-2000) y en el segundo (2000-2002): fomento de los conocimientos prácticos para la vida

| <i>Ámbito</i> | <i>Cobertura del grupo destinatario</i> | | | | <i>Ejecución del programa</i> | | | |
|-----------------------------|---|------------------|-----------------------|------------------|--|------------------|-----------------------------|------------------|
| | <i>(Porcentaje de los Estados que respondieron)</i> | | | | <i>(Porcentaje de los Estados que notificaron actividades)</i> | | | |
| | <i>Baja</i> | | <i>Mediana o alta</i> | | <i>Sensible a consideración de género</i> | | <i>Resultados evaluados</i> | |
| | <i>1998-2000</i> | <i>2000-2002</i> | <i>1998-2000</i> | <i>2000-2002</i> | <i>1998-2000</i> | <i>2000-2002</i> | <i>1998-2000</i> | <i>2000-2002</i> |
| Escuelas | 28 | 11 | 49 | 60 | 40 | 20 | 38 | 35 |
| Medidas de base comunitaria | 39 | 16 | 31 | 39 | 34 | 20 | 28 | 30 |
| Lugares de trabajo | 37 | 16 | 10 | 12 | 41 | 12 | 25 | 24 |
| Sistema penitenciario | 30 | 12 | 27 | 33 | 37 | 30 | 24 | 33 |
| Centros sanitarios | 30 | 12 | 29 | 29 | 34 | 30 | 28 | 38 |

Nota: En la categoría “Baja” se incorpora la categoría “Aislado” del período de referencia. En la categoría “Mediana o alta” se incorpora la categoría “Relativamente difundido” del período de referencia.

Cuadro 6

Grado de cobertura y ejecución de los programas de prevención en el período de referencia (o primer período) de presentación de informes (1998-2000) y en el segundo (2000-2002): ofrecimiento de alternativas al consumo de drogas

| Ámbito | Cobertura del grupo destinatario | | | | Ejecución del programa | | | |
|-----------------------------|--|-----------|----------------|-----------|---|-----------|----------------------|-----------|
| | (Porcentaje de los Estados que respondieron) | | | | (Porcentaje de los Estados que notificaron actividades) | | | |
| | Baja | | Mediana o alta | | Sensible a consideración de género | | Resultados evaluados | |
| | 1998-2000 | 2000-2002 | 1998-2000 | 2000-2002 | 1998-2000 | 2000-2002 | 1998-2000 | 2000-2002 |
| Escuelas | 22 | 16 | 48 | 43 | 37 | 23 | 34 | 23 |
| Medidas de base comunitaria | 28 | 20 | 35 | 35 | 35 | 24 | 29 | 24 |
| Lugares de trabajo | 31 | 10 | 9 | 12 | 27 | 18 | 25 | 23 |
| Sistema penitenciario | 28 | 16 | 23 | 25 | 43 | 33 | 29 | 25 |
| Centros sanitarios | 25 | 10 | 24 | 26 | 42 | 26 | 34 | 31 |

Nota: En la categoría “Baja” se incorpora la categoría “Aislado” del período de referencia. En la categoría “Mediana o alta” se incorpora la categoría “Relativamente difundido” del período de referencia.

15. El 66% de los Estados que presentaron el cuestionario bienal indicaron que ejecutaban programas de educación sobre las drogas en las escuelas con una cobertura de mediana a alta del grupo destinatario. Otros entornos que se consideraron importantes para la difusión de información y la educación sobre las drogas, con una cobertura notable de mediana a alta, fueron los centros sanitarios (el 46%) y los comunitarios (el 44%). Se prestó un interés relativamente escaso al sistema penitenciario (el 35%) y el lugar de trabajo (el 13%). Los Estados que habían respondido al cuestionario del período de referencia (o primer período) de presentación de informes y también al del segundo período indicaron porcentajes ligeramente mayores de los programas con una cobertura de mediana a alta en las escuelas (del 68% al 70%), los centros sanitarios (del 40% al 51%) y el sistema penitenciario (del 32% al 39%). En consonancia con los resultados del primer período de presentación de informes, alrededor de una tercera parte de todos los programas (excepto los destinados al lugar de trabajo) se calificaron como sensibles a las consideraciones de género, aunque no son claros los criterios en que se basa esa apreciación, y tal vez convenga examinar y debatir más a fondo esta cuestión en el futuro. Los programas de educación sobre las drogas en la escuela son los que tienden a evaluarse con mayor frecuencia (el 37%), pero en general, y también en comparación con el período anterior, se registra una disminución notable del porcentaje de los programas que se evalúan en todos los entornos.

16. En este contexto el fomento de los conocimientos prácticos para la vida hace referencia a una serie de actividades cuyo fin es aumentar la aptitud de las personas para la vida social y enfrentar las dificultades de forma que puedan evitar la drogadicción y el desarrollo de problemas de drogas. Los programas de fomento de

los conocimientos prácticos para la vida más frecuentemente indicados fueron los de ámbito escolar. Esta labor suele considerarse particularmente apropiada para los grupos de alto riesgo o vulnerables. A ello obedece tal vez en el hecho de que el 30% de los Estados que respondieron indicaron que contaban con amplios programas de fomento de los conocimientos prácticos para la vida, particularmente en las cárceles. Una vez más, el lugar de trabajo resultó ser el entorno en que dicha labor se realizaba con menor frecuencia. En comparación con el período de referencia de presentación de informes (véase el cuadro 5), se registró un aumento considerable del número de Estados que en el segundo período indicó una amplia cobertura en los entornos de la escuela, la comunidad y el sistema penitenciario. Fueron menos frecuentes los programas sensibles a las consideraciones de género. La evaluación fue más frecuente y hubo cierto aumento en comparación con el período de referencia (o primer período). Ello se debe quizá a que este tipo de programas es más intenso y por lo tanto tiene más posibilidades de contar con los recursos humanos y financieros necesarios para efectuar una evaluación. Como se indica en el cuadro 6, con respecto al ofrecimiento de alternativas al consumo de drogas, se ha registrado un ligero aumento de la cobertura de los programas que se ejecutan en el lugar de trabajo, el sistema penitenciario y los centros sanitarios. Con estos programas se pretende fomentar actividades y formación positivas que reemplacen la función que el consumo de drogas pudiera tener en la vida de la persona. También es frecuente que este enfoque se considere especialmente adecuado para los jóvenes o para las personas que se estime corren más riesgo de desarrollar problemas de drogas.

B. Tratamiento y rehabilitación

17. El tratamiento y la rehabilitación de los toxicómanos y las personas con drogadicción constituye, claramente, una esfera importante de la labor de reducción de la demanda de drogas. Se puede y debe esperar que, gracias al tratamiento del uso indebido de drogas, mejore la salud pública y se reduzcan los problemas sociales de los pacientes; hay métodos que permiten organizar la estructura de la atención y el modo en que se presta atención para que el logro de esos resultados sea eficaz en función de los costos. Es difícil amalgamar los servicios de tratamiento y rehabilitación, debido a la diversidad de actividades y contextos en los distintos países. En el cuestionario, los servicios de tratamiento y rehabilitación se subdividen de la siguiente manera: desintoxicación, terapia de sustitución, tratamiento no farmacológico y reintegración social. Los datos correspondientes figuran en los cuadros 7 a 10.

18. La desintoxicación es una de las formas de intervención más frecuentes en la lucha contra el uso indebido de drogas y la toxicomanía. Probablemente no sea eficaz en sí misma para ayudar a los pacientes a que logren una recuperación duradera; es mejor considerar esta fase como una preparación para un tratamiento continuo destinado a mantener la abstinencia y promover la rehabilitación. Bajo este rubro se podría agrupar una amplia gama de procedimientos, que probablemente varíen según el tipo de drogas y el país. Por ello, no se debería suponer que en las respuestas recibidas se describen servicios similares. Esto se aplica muy probablemente en el caso de la utilización de medicamentos de desintoxicación, donde varían considerablemente entre sí las prácticas, desde el tratamiento con

hierbas hasta la medicación con opioides. En el segundo período de presentación de informes se señaló que se realizaban más comúnmente actividades de desintoxicación en instituciones de tratamiento especializado de pacientes internos, hospitales generales y psiquiátricos e instituciones de tratamiento especializado de pacientes ambulatorios, en ese orden. Aproximadamente uno de cada dos Estados notificó una cobertura mediana o alta de los servicios de desintoxicación de pacientes internos, mientras que uno de cada tres Estados señaló que tenía una cobertura relativamente amplia de los servicios de desintoxicación de pacientes ambulatorios y uno de cada cuatro Estados informó sobre servicios de desintoxicación relativamente amplios en establecimientos penitenciarios. Entre uno de cada tres y uno de cada cuatro Estados informó de que los servicios de desintoxicación eran sensibles a las consideraciones de género, lo cual era más marcado en los establecimientos penitenciarios, los servicios sociales y los servicios de tratamiento especializado de la toxicomanía de pacientes internos. Los resultados de los servicios de desintoxicación se habían evaluado en uno de cada tres o hasta uno de cada cinco Estados que presentaron informes, según el contexto, sobre todo en el caso de los servicios sociales o los servicios de tratamiento especializado de la toxicomanía de pacientes internos o ambulatorios.

Cuadro 7

Grado de cobertura y ejecución de los programas en las esferas del tratamiento y la rehabilitación en el período de referencia (o primer período) de presentación de informes (1998-2000) y en el segundo (2000-2002): desintoxicación

| Ámbito | Cobertura del grupo destinatario | | | | Ejecución del programa | | | |
|---|--|-----------|----------------|-----------|---|-----------|----------------------|-----------|
| | (Porcentaje de los Estados que respondieron) | | | | (Porcentaje de los Estados que notificaron actividades) | | | |
| | Baja | | Mediana o alta | | Sensible a consideración de género | | Resultados evaluados | |
| | 1998-2000 | 2000-2002 | 1998-2000 | 2000-2002 | 1998-2000 | 2000-2002 | 1998-2000 | 2000-2002 |
| Hospitales generales y psiquiátricos | 34 | 28 | 52 | 48 | 34 | 31 | 43 | 22 |
| Centros de atención primaria y otros centros sanitarios | 47 | 23 | 18 | 25 | 30 | 27 | 31 | 27 |
| Establecimientos penitenciarios | 39 | 19 | 20 | 28 | 38 | 37 | 20 | 28 |
| Instituciones comunitarias | 25 | 7 | 17 | 18 | 38 | 26 | 29 | 22 |
| Tratamiento especializado de la toxicomanía (hospitalización) | 16 | 15 | 57 | 55 | 41 | 35 | 47 | 30 |

| Ámbito | Cobertura del grupo destinatario | | | | Ejecución del programa | | | |
|---|--|-----------|----------------|-----------|---|-----------|----------------------|-----------|
| | (Porcentaje de los Estados que respondieron) | | | | (Porcentaje de los Estados que notificaron actividades) | | | |
| | Baja | | Mediana o alta | | Sensible a consideración de género | | Resultados evaluados | |
| | 1998-2000 | 2000-2002 | 1998-2000 | 2000-2002 | 1998-2000 | 2000-2002 | 1998-2000 | 2000-2002 |
| Tratamiento especializado de la toxicomanía (ambulatorio) | 29 | 16 | 43 | 38 | 35 | 29 | 43 | 29 |
| Servicios sociales | 25 | 7 | 18 | 12 | 32 | 42 | 28 | 26 |

Nota: En la categoría “Baja” se incorpora la categoría “Aislado” del período de referencia. En la categoría “Mediana o alta” se incorpora la categoría “Relativamente difundido” del período de referencia.

Cuadro 8

Grado de cobertura y ejecución de los programas en las esferas del tratamiento y la rehabilitación en el período de referencia (o primer período) de presentación de informes (1998-2000) y en el segundo (2000-2002): tratamiento (terapia) de sustitución, excluida la desintoxicación a corto plazo

| Ámbito | Cobertura del grupo destinatario | | | | Ejecución del programa | | | |
|---|--|-----------|----------------|-----------|---|-----------|----------------------|-----------|
| | (Porcentaje de los Estados que respondieron) | | | | (Porcentaje de los Estados que notificaron actividades) | | | |
| | Baja | | Mediana o alta | | Sensible a consideración de género | | Resultados evaluados | |
| | 1998-2000 | 2000-2002 | 1998-2000 | 2000-2002 | 1998-2000 | 2000-2002 | 1998-2000 | 2000-2002 |
| Hospitales generales y psiquiátricos | 26 | 17 | 18 | 26 | 33 | 29 | 40 | 34 |
| Centros de atención primaria y otros centros sanitarios | 19 | 8 | 18 | 20 | 34 | 23 | 41 | 31 |
| Establecimientos penitenciarios | 17 | 6 | 14 | 25 | 41 | 33 | 24 | 44 |
| Tratamiento especializado de la toxicomanía (hospitalización) | 28 | 11 | 23 | 29 | 36 | 36 | 38 | 36 |
| Tratamiento especializado de la toxicomanía (ambulatorio) | 17 | 10 | 42 | 31 | 33 | 33 | 48 | 49 |
| Servicios sociales | 9 | 3 | 15 | 9 | 50 | 58 | 38 | 42 |

Nota: En la categoría “Baja” se incorpora la categoría “Aislado” del período de referencia. En la categoría “Mediana o alta” se incorpora la categoría “Relativamente difundido” del período de referencia.

Cuadro 9

Grado de cobertura y ejecución de los programas en las esferas del tratamiento y la rehabilitación en el período de referencia (o primer período) de presentación de informes (1998-2000) y en el segundo (2000-2002): tratamiento no farmacológico

| Ámbito | Cobertura del grupo destinatario | | | | Ejecución del programa | | | |
|---|--|-----------|----------------|-----------|---|-----------|----------------------|-----------|
| | (Porcentaje de los Estados que respondieron) | | | | (Porcentaje de los Estados que notificaron actividades) | | | |
| | Baja | | Mediana o alta | | Sensible a consideración de género | | Resultados evaluados | |
| | 1998-2000 | 2000-2002 | 1998-2000 | 2000-2002 | 1998-2000 | 2000-2002 | 1998-2000 | 2000-2002 |
| Hospitales generales y psiquiátricos | 28 | 21 | 27 | 23 | 27 | 23 | 42 | 25 |
| Centros de atención primaria y otros centros sanitarios | 29 | 7 | 17 | 25 | 26 | 24 | 26 | 28 |
| Establecimientos penitenciarios | 25 | 19 | 24 | 33 | 40 | 31 | 38 | 35 |
| Tratamiento especializado de la toxicomanía (hospitalización) | 18 | 15 | 46 | 52 | 40 | 40 | 49 | 37 |
| Tratamiento especializado de la toxicomanía (ambulatorio) | 21 | 11 | 46 | 45 | 32 | 37 | 48 | 42 |
| Servicios sociales | 24 | 11 | 16 | 18 | 27 | 30 | 32 | 23 |

Nota: En la categoría “Baja” se incorpora la categoría “Aislado” del período de referencia. En la categoría “Mediana o alta” se incorpora la categoría “Relativamente difundido” del período de referencia.

Cuadro 10

Grado de cobertura y ejecución de los programas en las esferas del tratamiento y la rehabilitación en el período de referencia (o primer período) de presentación de informes (1998-2000) y en el segundo (2000-2002): reintegración social

| Ámbito | Cobertura del grupo destinatario | | | | Ejecución del programa | | | |
|---|--|-----------|----------------|-----------|---|-----------|---------------------|-----------|
| | (Porcentaje de los Estados que respondieron) | | | | (Porcentaje de los Estados que notificaron actividades) | | | |
| | Baja | | Mediana o alta | | Sensible a consideración de género | | Resultados evaluado | |
| | 1998-2000 | 2000-2002 | 1998-2000 | 2000-2002 | 1998-2000 | 2000-2002 | 1998-2000 | 2000-2002 |
| Hospitales generales y psiquiátricos | 34 | 20 | 18 | 13 | 42 | 34 | 35 | 22 |
| Centros de atención primaria y otros centros sanitarios | 35 | 15 | 8 | 13 | 34 | 37 | 26 | 22 |
| Establecimientos penitenciarios | 33 | 15 | 24 | 30 | 31 | 31 | 27 | 18 |
| Tratamiento especializado de la toxicomanía (hospitalización) | 21 | 12 | 43 | 44 | 35 | 28 | 41 | 24 |
| Tratamiento especializado de la toxicomanía (ambulatorio) | 26 | 17 | 37 | 36 | 41 | 19 | 50 | 33 |
| Servicios sociales | 27 | 10 | 27 | 33 | 34 | 23 | 31 | 23 |

Nota: En la categoría “Baja” se incorpora la categoría “Aislado” del período de referencia. En la categoría “Mediana o alta” se incorpora la categoría “Relativamente difundido” del período de referencia.

19. La terapia de sustitución de drogas se utiliza ampliamente en los casos de dependencia de los opioides (“tratamiento de sustitución de opioides”, “terapia de reemplazo de opioides”, “farmacoterapia de opioides”). En aras de la claridad, se excluyen de la cuestión las terapias de sustitución de drogas de corta duración con fines de desintoxicación. Al igual que en el cuestionario del período de referencia (o primer período) de presentación de informes, en el del segundo período se proporcionaban datos sobre las terapias de sustitución, y las características de esos datos eran ampliamente similares a las de los datos sobre desintoxicación, aunque la cobertura era algo menor. Se informó de que, en su mayor parte, el tratamiento de sustitución estaba disponible con gran amplitud en los hospitales generales y psiquiátricos y en los casos de tratamiento especializado de la toxicomanía de pacientes internos o ambulatorios (en uno de cada cuatro Estados que presentaron informes), mientras que, en uno de cada cinco Estados que respondieron al

cuestionario, la cobertura en los establecimientos penitenciarios y las instituciones de atención primaria de salud era mediana o alta. Nuevamente, los servicios que, según se informó, eran los más sensibles a las consideraciones de género se basaban en los servicios sociales (el 50% de los Estados informantes), seguidos de los servicios de tratamiento especializado de pacientes internos o ambulatorios en aproximadamente uno de cada tres Estados informantes. Los servicios sociales, el tratamiento especializado de pacientes internos y los servicios en establecimientos penitenciarios se habían evaluado, según se informó, en aproximadamente uno de cada dos Estados que presentaron informes.

20. Las estrategias de tratamiento y rehabilitación no farmacológicas han constado de elementos tan variados como diversas formas de sesiones de asesoramiento y terapia de grupo o individual, medicina védica, acupuntura, participación en grupos de pares o de ayuda que brindan apoyo continuo a la abstinencia (o cualquier combinación de esos elementos), para pacientes tanto internos como ambulatorios. En los informes sobre el tratamiento no farmacológico, la desintoxicación y la terapia de sustitución se presentan con características ligeramente diferentes. El tratamiento no farmacológico, en la mayor parte de sus formas, está a cargo de servicios especializados para pacientes internos o ambulatorios (en aproximadamente dos de cada cinco Estados), y también se dispensa en los establecimientos penitenciarios (en aproximadamente uno de cada cuatro Estados), y con menos frecuencia en los hospitales o los centros de atención primaria de salud. Varios Estados (por ejemplo, Alemania, Haití, México y Palau) hicieron referencia a la contribución de los grupos de autoayuda a ese tipo de tratamiento. Además, El Salvador observó la contribución de la sicoterapia y la terapia de grupo y Australia puso de relieve la amplia gama de respuestas recibidas. Los servicios de tratamiento especializado no farmacológico para pacientes internos fueron los más frecuentemente señalados por su sensibilidad a las consideraciones de género (dos de cada cinco Estados), mientras que aproximadamente uno de cada tres Estados indicó que esos servicios, cuando se prestaban en forma especializada a pacientes ambulatorios o reclusos de establecimientos penitenciarios, eran sensibles a las consideraciones de género. Los ámbitos más frecuentemente evaluados, según se informó, fueron los servicios de tratamiento especializado de la toxicomanía (pacientes tanto internos como ambulatorios) y los establecimientos penitenciarios (aproximadamente uno de cada cinco Estados).

21. El objetivo final del tratamiento y la rehabilitación es lograr la reintegración del antiguo toxicómano en la sociedad. Una reintegración social satisfactoria requiere esfuerzos a todos los niveles de la sociedad, en la familia, la comunidad, el lugar de trabajo y la escuela (en la enseñanza tanto escolarizada como no escolarizada), con el apoyo de las políticas y la legislación vigentes. Se informó de que la reintegración social era más comúnmente viable en los servicios de tratamiento especializado de pacientes internos o ambulatorios (aproximadamente uno de cada tres Estados notificó una cobertura mediana o alta), seguidos de los servicios sociales y los establecimientos penitenciarios (en aproximadamente uno de cada cuatro Estados). Entre los servicios concretos que pusieron de relieve algunos Estados figuraron los siguientes: servicios de empleo (Austria y Grecia), organizaciones no gubernamentales y asociaciones de jóvenes (El Salvador y México) y residencias de transición (Singapur). Según se informó, los servicios de atención primaria de salud, si bien no constituían un contexto común a los servicios de reintegración, ofrecían una reintegración sensible a las consideraciones de género

en dos de cada tres Estados, seguidos de las instituciones comunitarias y los hospitales generales (en aproximadamente uno de cada tres Estados). Los resultados de las evaluaciones de los servicios de reintegración social en diferentes contextos ocupaban una escala que iba de uno de cada tres Estados (en el caso de los servicios especializados en pacientes ambulatorios) a uno de cada seis Estados (en el caso de las instituciones comunitarias).

22. Varios Estados mencionaron servicios o contextos adicionales que no figuraban concretamente en el cuestionario, como las intervenciones breves basadas en la población (Australia), el trabajo de las instituciones comunitarias con los niños de la calle (Chile), la acupuntura, el yoga y la naturopatía (India), los servicios de consulta a cargo de los funcionarios de fiscalización de estupefacientes (Japón y Zambia), la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales (Mozambique), los enfoques comunitarios (Myanmar), la asistencia o terapia basadas en la fe o la religión (Arabia Saudita, Estados Unidos de América, Palau, Tailandia y Venezuela), la distribución de naltrexona (Singapur), las actividades de divulgación (Sri Lanka), la promoción de la salud (Swazilandia), los centros de control de intoxicaciones (Túnez) y los dispensarios privados (Uzbekistán).

23. De una comparación entre la disponibilidad general de los servicios de tratamiento y rehabilitación notificada en el período de referencia (o primer período) de presentación de informes (1998-2000) y en el segundo período (2000-2002) se desprende, al parecer, una disminución general de la proporción de Estados que prestan servicios de tratamiento. Sin embargo, aumentaba en forma absoluta la proporción de los Estados que informaban sobre la disponibilidad del tratamiento no farmacológico en los establecimientos penitenciarios y los servicios de tratamiento especializado de pacientes internos. La evidente disminución general de la disponibilidad contrastaba con un aumento de la proporción de Estados que informaban sobre una cobertura mediana o alta de algunos servicios, como los de desintoxicación a cargo de los centros de atención primaria de salud, los establecimientos penitenciarios y las instituciones comunitarias; el tratamiento de sustitución que ofrecen los hospitales generales y psiquiátricos, los establecimientos penitenciarios y los servicios de tratamiento especializado de pacientes internos; el tratamiento no farmacológico en los centros de atención primaria de salud, los establecimientos penitenciarios y los servicios de tratamiento especializado de pacientes internos, así como los servicios sociales; y la reintegración social que ofrecen los centros de atención primaria de salud, los establecimientos penitenciarios, los servicios de tratamiento especializado de pacientes internos y los servicios sociales. Asimismo, parece haber una disminución general de la sensibilidad a las consideraciones de género en todos los contextos y modalidades, excepto en el caso de los servicios sociales, en que se observaba una tendencia al aumento. Aumentó también, según los informes, la sensibilidad a las consideraciones de género en el tratamiento no farmacológico ofrecido en los servicios de tratamiento especializado de pacientes ambulatorios y en la reintegración social ofrecida en los centros de atención primaria de salud. En cuanto a la evaluación, disminuyó en general la información presentada sobre la evaluación de los resultados obtenidos por los servicios de tratamiento, si se exceptúa una tendencia al aumento respecto de las diferentes modalidades ofrecidas por los establecimientos penitenciarios y el tratamiento de sustitución en diferentes contextos.

C. Reducción de las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales del uso indebido de drogas

24. En el cuestionario para los informes bienales también se tiene en cuenta en qué medida está previsto reducir las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales del uso indebido de drogas. En el cuadro 11 figura un análisis de las tendencias observadas, basado en una comparación entre los Estados que informaron al respecto en el período 1998-2000 y el período 2000-2002. Respecto de los Estados que rellenaron el cuestionario para los informes bienales en ambos períodos de presentación de informes, hubo una mayor tendencia a que la cobertura de los servicios pasara de la categoría “Baja” a la categoría “Mediana o alta” en relación con los programas de prevención de sobredosis, los programas de intercambio de agujas y jeringas, el suministro de agentes de limpieza, los programas de análisis de enfermedades infecciosas y la distribución de condones. Se observó también una tendencia a informar menos sobre los programas sensibles a las consideraciones de género en todas las esferas de servicios abarcadas. Disminuyó el porcentaje de los Estados informantes que indicó que los resultados de sus programas se evaluaban en relación con las intervenciones elementales, las actividades de divulgación, el intercambio de agujas y jeringas, los programas de análisis de enfermedades infecciosas y las vacunas. Los programas de refugios de emergencia se evaluaron más en el ciclo de presentación de informes 2000-2002, mientras que el porcentaje de los Estados que evaluaron sus programas de prevención de sobredosis, difusión de información sobre prácticas de seguridad y suministro de agentes de limpieza fue bastante similar en ambos períodos de presentación de informes.

Cuadro 11

Reducción de las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales del uso indebido de drogas: comparación entre el período de referencia (o primer período) de presentación de informes (1998-2000) y el segundo (2000-2002)

| Ámbito | Cobertura del grupo destinatario | | | | Ejecución del programa | | | |
|--|--|-----------|----------------|-----------|---|-----------|----------------------|-----------|
| | (Porcentaje de los Estados que respondieron) | | | | (Porcentaje de los Estados que notificaron actividades) | | | |
| | Baja | | Mediana o alta | | Sensible a consideración de género | | Resultados evaluados | |
| | 1998-2000 | 2000-2002 | 1998-2000 | 2000-2002 | 1998-2000 | 2000-2002 | 1998-2000 | 2000-2002 |
| Intervenciones elementales | 36 | 21 | 27 | 26 | 32 | 21 | 38 | 26 |
| Actividades de divulgación | 23 | 17 | 43 | 38 | 32 | 19 | 39 | 30 |
| Refugios de emergencia | 27 | 12 | 17 | 17 | 33 | 25 | 27 | 36 |
| Programas de prevención de sobredosis | 17 | 11 | 11 | 18 | 23 | 14 | 29 | 28 |
| Difusión de información sobre prácticas de seguridad | 20 | 12 | 35 | 33 | 23 | 13 | 23 | 24 |

| Ámbito | Cobertura del grupo destinatario | | | | Ejecución del programa | | | |
|---|--|-----------|----------------|-----------|---|-----------|----------------------|-----------|
| | (Porcentaje de los Estados que respondieron) | | | | (Porcentaje de los Estados que notificaron actividades) | | | |
| | Baja | | Mediana o alta | | Sensible a consideración de género | | Resultados evaluados | |
| | 1998-2000 | 2000-2002 | 1998-2000 | 2000-2002 | 1998-2000 | 2000-2002 | 1998-2000 | 2000-2002 |
| Programas de intercambio de agujas y jeringas | 22 | 11 | 20 | 29 | 24 | 18 | 46 | 26 |
| Suministro de agentes de limpieza | 18 | 8 | 11 | 17 | 28 | 12 | 25 | 27 |
| Programas de análisis de enfermedades infecciosas | 25 | 12 | 37 | 42 | 27 | 14 | 31 | 16 |
| Vacunas | 17 | 11 | 29 | 29 | 24 | 16 | 30 | 19 |
| Distribución de condones | 30 | 12 | 34 | 40 | 30 | 18 | 23 | 18 |

Nota: En la categoría “Baja” se incorpora la categoría “Aislado” del período de referencia. En la categoría “Mediana o alta” se incorpora la categoría “Relativamente difundido” del período de referencia.

25. Además del mencionado análisis de tendencias, se examinaron más detenidamente las respuestas de los 115 Estados que, en el período de presentación de informes 2000-2002, respondieron a las preguntas sobre las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales del uso indebido de drogas. Si bien la mayor parte de los programas está destinada a encarar los problemas del VIH y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), algunos se destinaron a otros problemas, como la prevención de las sobredosis, el suministro de información y la promoción de los servicios de atención primaria de salud. El 51% de los Estados informó de que distribuía condones, porcentaje seguido de cerca por los correspondientes a los programas de divulgación (50%), de análisis de las enfermedades infecciosas (48%) y de difusión de información sobre prácticas de seguridad (41%). La cobertura de más de dos terceras partes de todos los programas en esas cuatro esferas de servicios se incluyó en la categoría “Mediana o alta”. No sorprenden las tasas de ejecución bastante altas en esas cuatro esferas de servicios, ya que se trata de los programas de lucha contra el VIH/SIDA más universalmente difundidos y mejor aceptados. Los sigue, en cuanto a frecuencia, la ejecución de los programas de intervenciones elementales, de intercambio de agujas y jeringas y de vacunas, sobre cada uno de los cuales informó un 38% de los Estados. La ejecución de programas sensibles a las consideraciones de género fue en general baja, porque la información al respecto osciló entre el 13% y el 25% en todas las esferas de servicios. Asimismo, la evaluación de los resultados de los servicios produce todavía tasas bastante bajas, del 18% al 36%, en todos los programas.

V. Establecimiento de vínculos

26. La subsección D de la sección VIII del cuestionario para los informes bienales atañe a la cuestión de la facilitación de vínculos mediante estructuras multisectoriales en diferentes planos. La existencia de esas estructuras en el segundo período de presentación de informes (2000-2002) no difiere sustancialmente de la del período de referencia (o primer período) (1998-2000). De los Estados que respondieron en ambos períodos, fue menor el porcentaje de los que informaron sobre la existencia de comités multisectoriales en el plano nacional (del 84% en el período 1998-2000 al 78% en el período 2000-2002) y en el plano regional (del 59% en el período 1998-2000 al 55% en el período 2000-2002); al mismo tiempo, aumentó ligeramente el número de comités multisectoriales en el plano local (del 62% al 64%). De todos los Estados que presentaron el cuestionario correspondiente al segundo ciclo de presentación de informes (2000-2002), el 71% notificó la existencia de comités multisectoriales en el plano nacional, el 50% en el plano regional y el 59% en el plano local. Aproximadamente la misma proporción de los Estados que rellenaron el cuestionario (56%) informaron sobre la existencia de organizaciones no gubernamentales coordinadoras. El 59% de todos los Estados que enviaron sus respuestas informó sobre una colaboración activa o mecanismos de creación de redes en el plano local durante ese período. Además, el porcentaje de Estados que informó de que los mecanismos de colaboración o de creación de redes habían adoptado disposiciones para localizar e incluir a nuevos asociados aumentó considerablemente, pasando del 61% en el período de referencia (o primer período) de presentación de informes (1998-2000), al 78% en el segundo (2000-2002). El 71% de todos los Estados que respondieron en el segundo ciclo de presentación de informes señaló que había adoptado esas disposiciones.

VI. Concentración en las necesidades especiales

27. Una esfera importante de la labor de reducción de la demanda de drogas consiste en identificar las poblaciones particularmente vulnerables a los problemas de drogas. Una consecuencia al respecto podría ser un mejoramiento tanto de la preparación de los programas de reducción de la demanda como de la elección de sus beneficiarios. Es importante asegurar que en las intervenciones se respete la diversidad cultural y se la tenga en cuenta, como se señala concretamente en la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas. La existencia de directrices puede ayudar a asegurar que se respeten las buenas prácticas a ese respecto. Muchos Estados que respondieron al cuestionario informaron sobre la existencia de directrices relativas a las actividades de prevención (65%), los servicios de tratamiento (65%) y los servicios de rehabilitación (57%). El 60% de los Estados informó de que en esas directrices se tuvieran en cuenta la diversidad cultural y necesidades concretas relacionadas con el sexo y la edad, así como con los grupos de población social, cultural y geográficamente marginales. Entre las directrices que se habían preparado figuraron las de mantenimiento con metadona en Bulgaria; una serie de publicaciones sobre las mejores prácticas en el Canadá; manuales de enseñanza sobre la prevención del uso indebido de drogas en Etiopía; directrices en materia de investigación, coordinación y adopción de medidas en Francia; directrices en que se tenían concretamente en cuenta las cuestiones de género en Alemania; directrices en

materia de capacitación, evaluación y vigilancia en México; protocolos en los Países Bajos; directrices relativas a la labor de divulgación en Sri Lanka; y directrices relativas a la información y el asesoramiento mediante líneas telefónicas de ayuda en los centros de remisión de casos en Venezuela.

28. La mayor parte de los Estados aplica el principio consistente en beneficiar a las personas particularmente vulnerables; en el segundo ciclo de presentación de informes el 75% de todos los Estados señaló que contaban con programas especiales con ese fin, lo que representó un aumento considerable con respecto al 62% notificado en el período de referencia (o primer período) de presentación de informes. El grupo que con más frecuencia se benefició de esos programas fue el de los jóvenes (en más de dos de cada tres Estados), seguido de los menores delincuentes (uno de cada dos Estados), los consumidores de drogas inyectables (casi uno de cada dos Estados) y otros grupos, como las personas que ejercen la prostitución, los niños de la calle y las personas sin hogar. Era probable que, de una sociedad a otra, variaran los grupos a los que se considera vulnerables a los problemas de drogas. Por ejemplo, países como Alemania, el Canadá, Chipre, Finlandia, México, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y la República Checa tienen programas especiales para las poblaciones indígenas y minoritarias y los migrantes; y en Bulgaria, Irlanda, Italia y Portugal se atiende a las toxicómanas embarazadas y con hijos y a sus hijos. Otros países concentran sus esfuerzos en grupos ocupacionales especiales como los camioneros y los mineros (India y Myanmar) o los consumidores ocasionales de drogas (Francia, Grecia y los Países Bajos). Otros grupos identificados como vulnerables son los de las personas económicamente marginadas, las privadas de acceso a la escuela y los trabajadores de la industria del espectáculo. De conformidad con el principio de las “buenas prácticas”, deberá tenerse en cuenta la opinión de las personas destinadas a beneficiarse de la labor de reducción de la demanda cuando se elaboren programas. En el período 2000-2002, al igual que en el de 1998-2000, dos de cada tres Estados que respondieron al cuestionario comunicaron que habían hecho participar a los jóvenes en la elaboración de programas. Solamente dos de cada cinco Estados hicieron que participaran, en el período 2000-2002, otros grupos de población distintos de los mencionados, lo que representó una disminución con respecto al 58% de los Estados informantes en el período 1998-2000.

29. Los reclusos y los participantes en el sistema de justicia penal son un grupo particularmente vulnerable a los problemas de drogas. De los resultados del segundo período de presentación de informes se desprende que, mientras que los programas de reducción de la demanda destinados a los reclusos antes de su liberación son relativamente comunes (dos de cada tres Estados informó al respecto), los destinados a beneficiar a los reclusos después de su liberación fueron menos frecuentes (uno de cada tres Estados informó al respecto). En el 45% de todos los Estados informantes se disponía de programas para los delincuentes involucrados en problemas de drogas, como medida sustitutiva del castigo o la declaración de culpabilidad. En el período de referencia (o primer período) de presentación de informes, aproximadamente uno de cada dos Estados informó sobre la existencia de programas de reducción de la demanda en las prisiones y aproximadamente dos de cada cinco países ofrecía medidas sustitutivas de la cárcel y la declaración de culpabilidad. Sin embargo, cabe observar que en el cuestionario se hace referencia sólo a la existencia de esos programas, pero no hay ninguna indicación de su cobertura.

VII. Difusión del mensaje apropiado

30. Siguieron incluyéndose campañas de información pública en las estrategias nacionales en materia de drogas de la mayoría de los Estados que enviaron respuestas en ambos periodos de presentación de informes (el 83% en el periodo 2000-2002, en comparación con el 81% en 1998-2000). En el periodo 2000-2002, el 81% de todos los Estados que respondieron al cuestionario notificó esas actividades. En cuanto a la calidad de las campañas, cabe observar que cada vez más Estados, entre los que informaron de que las habían realizado, las basaban en una evaluación de las necesidades (el 95% en el periodo 2000-2002), en comparación con el 79% en el periodo 1998-2000). De todos los Estados que respondieron en el segundo periodo de presentación de informes, el 88% comunicó que había hecho una evaluación de las necesidades para la preparación de las campañas. De los Estados que enviaron respuestas en ambos periodos de presentación de informes, el porcentaje de ellos que señaló que en sus campañas de información pública se habían tenido en cuenta las características sociales y culturales de la población destinataria permaneció estable, aunque a un nivel relativamente alto: el 89% en el periodo 1998-2000, en comparación con el 93% en 2000-2002. (De todos los Estados que respondieron en el segundo periodo de presentación de informes el 92% notificó que en sus campañas de información pública se habían tenido en cuenta esas características.) Hubo una evolución positiva en la evaluación de las campañas de información pública (del 53% en el periodo 1998-2000 al 66% en el periodo 2000-2002). La cifra correspondiente de todos los Estados que respondieron en el segundo periodo de presentación de informes fue el 58%. Por último, la mayor parte de los Estados siguió impartiendo capacitación a los mediadores sociales para que transmitieran mensajes sobre la reducción de la demanda: el porcentaje de esos Estados aumentó ligeramente, pasando del 75% en el periodo 1998-2000 al 80% en el periodo 2000-2002. (De todos los Estados que respondieron en el segundo periodo de presentación de informes, el 76% siguió impartiendo capacitación a los mediadores sociales.)

VIII. Aprovechamiento de la experiencia

31. La subsección E de la sección VIII del cuestionario trata del mejoramiento de los programas de reducción de la demanda mediante la capacitación, vigilancia y evaluación. Respecto de la capacitación, menos de una cuarta parte de los Estados comunicó que impartía capacitación inicial a los encargados de prestar servicios especializados en drogas. La disponibilidad de esos servicios aumentó ligeramente, pasando del 18% en el periodo 1998-2000 al 21% en el de 2000-2002. Más de la mitad de los Estados (el 58%) impartió “capacitación constante” en el periodo 2000-2002, en comparación con el 61% en el periodo 1998-2000. (De todos los Estados que respondieron en el segundo periodo de presentación de informes el 26% impartió capacitación inicial, mientras que el 53% capacitación constante.) Aproximadamente una tercera parte de los Estados impartió capacitación inicial a los encargados de prestar servicios no especializados (el 33% en el periodo de referencia (o primer periodo) de presentación de informes y el 30% en el segundo). El porcentaje de los que imparten capacitación constante aumentó considerablemente, pasando del 28% en el periodo 1998-2000 al 38% en el de 2000-2002), si bien aún

representa menos de la mitad del total. (Las cifras correspondientes a todos los Estados que respondieron al cuestionario en el segundo período de presentación de informes fueron aproximadamente las mismas: el 31% impartió capacitación inicial y el 33% capacitación constante.)

32. De los Estados que enviaron respuestas en ambos períodos de presentación de informes, el porcentaje que indicó que tenía programas que se vigilaban y evaluaban aumentó considerablemente, (pasando del 62% en el período de referencia (o primer período) de presentación de informes al 75% en el segundo). (De todos los Estados que respondieron al cuestionario en el segundo ciclo de presentación de informes, el 69% notificó que contaba con esos programas.) De los Estados que respondieron en ambos períodos de presentación de informes, el porcentaje que comunicó haber participado en mecanismos internacionales de coordinación disminuyó en el plano bilateral (del 74% en el período 1998-2000 al 57% en el período 2000-2002) y en el regional (del 80% en el período 1998-2000 al 70% en el de 2000-2002). Por otra parte, la proporción de Estados que comunicó haber participado en los mecanismos de coordinación en el plano multilateral o en otros planos aumentó ligeramente (del 74% en el período 1998-2000 al 76% en el período 2000-2002). (Las cifras correspondientes de todos los Estados que respondieron en el segundo ciclo de presentación de informes fueron algo parecidas: el 57% participó en esos mecanismos de coordinación en el plano bilateral, el 69% en el plano regional y el 70% en el plano multilateral.) El porcentaje de los Estados informantes que indicaron contar con una base de datos con información sobre la reducción de la demanda de drogas aumentó del 45% en el período 1998-2000 al 57% en el período 2000-2002. (La cifra correspondiente de todos los Estados que respondieron al cuestionario en el segundo período de presentación de informes fue del 52%.)

33. De los Estados que respondieron en ambos períodos de presentación de informes, el porcentaje que comunicó disponer de bases de datos nacionales sobre la reducción de la demanda de drogas enlazadas a redes regionales u otras redes multilaterales o mundiales aumentó algo, pasando del 24% en el período 1998-2000 al 29% en el período 2000-2002. (De todos los Estados que respondieron en el segundo período de presentación de informes, el porcentaje que comunicó que disponía de esas bases de datos fue ligeramente menor (el 25%).)

IX. Dificultades encontradas en la realización de las actividades de reducción de la demanda de drogas de conformidad con el Plan de Acción

34. En el cuestionario revisado para los informes bienales se tienen en cuenta las dificultades encontradas por los Estados en la ejecución de las actividades de reducción de la demanda de drogas de conformidad con el Plan de Acción y, por ello, se pide información sobre cinco esferas posiblemente problemáticas. Los informes sobre la reducción de la demanda de drogas que se recibieron con respecto al segundo ciclo de presentación de informes, 2000-2002, muestran que las mayores dificultades en ese período provenían de las restricciones financieras, seguidas de la falta de sistemas y estructuras apropiados, la competencia técnica y la coordinación y la cooperación multisectorial (véase el cuadro 12). La legislación nacional vigente figuró con menor frecuencia como esfera que creaba problemas en comparación con las otras esferas. En general, aproximadamente uno o dos de cada diez Estados que

respondieron al cuestionario señalaron que la legislación nacional era una esfera problemática con respecto a la reducción de la demanda. Más de la mitad de los Estados informantes señaló que las restricciones financieras constituían una esfera problemática. Aproximadamente una tercera parte de los Estados que presentaron el cuestionario mencionó las otras tres esferas (la coordinación y la cooperación multisectorial; la competencia técnica; y la falta de sistemas y estructuras apropiados) como las que habían causado dificultades en la realización de las actividades de reducción de la demanda de drogas de conformidad con el Plan de Acción. Como la pregunta se agregó al cuestionario, como lo había pedido la Comisión, después del período de referencia de presentación de informes, no se puede sacar ninguna conclusión sobre los cambios a ese respecto.

Cuadro 12

Dificultades encontradas en la realización de las actividades de reducción de la demanda de drogas de conformidad con el Plan de Acción en el segundo período de presentación de informes (2000-2002)

(Porcentaje de los Estados que respondieron al cuestionario (n = 115))

| <i>Materia</i> | <i>La legislación nacional vigente</i> | <i>Restricciones financieras</i> | <i>La coordinación y la cooperación multisectorial</i> | <i>La competencia técnica</i> | <i>La falta de sistemas y estructuras apropiadas</i> |
|---|--|----------------------------------|--|-------------------------------|--|
| El compromiso | 17 | 67 | 34 | 32 | 37 |
| Evaluación del problema | 11 | 66 | 36 | 38 | 40 |
| Tratamiento del problema: intervenciones con fines de prevención | 13 | 59 | 30 | 29 | 26 |
| Tratamiento del problema: intervenciones centradas en el tratamiento y la rehabilitación | 13 | 62 | 33 | 32 | 41 |
| Reducción de las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales del uso indebido de drogas | 18 | 62 | 33 | 32 | 37 |
| Establecimiento de vínculos | 8 | 53 | 37 | 27 | 37 |
| Concentración en las necesidades especiales | 17 | 58 | 34 | 30 | 42 |
| Difusión del mensaje apropiado | 9 | 61 | 24 | 29 | 28 |
| Aprovechamiento de la experiencia | 10 | 58 | 33 | 29 | 39 |