



Consejo Económico y Social

Distr. general
17 de enero de 2005
Español
Original: inglés

Comisión de Estupefacientes

48º período de sesiones

Viena, 7 a 14 de marzo de 2005

Tema 4 del programa provisional*

**Seguimiento del vigésimo período extraordinario
de sesiones de la Asamblea General**

El problema mundial de la droga

Tercer informe bienal del Director Ejecutivo

Adición

Reducción de la demanda de drogas

Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción	1-12	3
A. Validez de la información	6-9	4
B. Análisis de la información	10-12	5
II. Respuestas políticas y estratégicas	13-17	6
III. Capacidad para reunir y analizar información	18-20	7
IV. Alcance de las respuestas	21-48	9
A. Intervenciones con fines de prevención del uso indebido de drogas	21-29	9
B. Intervenciones centradas en el tratamiento y la rehabilitación de los consumidores de drogas	30-41	11
C. Intervenciones centradas en la reducción de las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales	42-48	14
V. Alcance de las respuestas multisectoriales y los mecanismos de establecimiento de vínculos	49-52	17

* E/CN.7/2005/1.



VI.	Esfuerzos por trabajar con poblaciones vulnerables o especiales	53-55	18
VII.	Medios de comunicación y campañas de información pública	56-62	20
VIII.	Evaluación e incorporación de la experiencia adquirida	63-66	22
IX.	Conclusiones	67-69	24

Cuadros

1.	Países que han respondido al cuestionario para los informes bienales en los tres ciclos de presentación de informes, 1998-2000, 2000-2002 y 2002-2004	5
2.	Informe de situación 2004: cumplimiento de los objetivos fijados por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones en la esfera de la reducción de la demanda de drogas, por regiones	25

Figuras

I.	Respuestas políticas y estratégicas: cumplimiento de los objetivos fijados por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones, por regiones, 1998-2000, 2000-2002 y 2002-2004	6
II.	Capacidad para reunir y analizar información: cumplimiento de los objetivos fijados por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones, por regiones, 1998-2000, 2000-2002 y 2002-2004	8
III.	Intervenciones con fines de prevención del uso indebido de drogas: cumplimiento de los objetivos fijados por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones, por regiones, 2000-2002 y 2002-2004	10
IV.	Intervenciones centradas en el tratamiento y la rehabilitación: cumplimiento de los objetivos fijados por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones, 2000-2002 y 2002-2004	12
V.	Intervenciones centradas en la reducción de las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales: cumplimiento de los objetivos fijados por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones, por regiones, 2000-2002 y 2002-2004	16
VI.	Alcance de las respuestas multisectoriales y los mecanismos de creación de redes: cumplimiento de los objetivos fijados por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones, por regiones, 1998-2000, 2000-2002 y 2002-2004	17
VII.	Esfuerzos por trabajar con poblaciones vulnerables o especiales: cumplimiento de los objetivos fijados por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones, por regiones, 1998-2000, 2000-2002 y 2002-2004	19
VIII.	Medios de comunicación y campañas de información pública: cumplimiento de los objetivos fijados por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones, por regiones, 1998-2000, 2000-2002 y 2002-2004	21
IX.	Evaluación y aprovechamiento de la experiencia adquirida: cumplimiento de los objetivos fijados por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones, por regiones, 1998-2000, 2000-2002 y 2002-2004	23

I. Introducción

1. El presente informe ofrece un panorama general de los progresos hechos por los Estados Miembros en la reducción de la demanda de drogas desde 1988. Este panorama general se basa en la información obtenida de las respuestas al Cuestionario para los informes bienales (CIB) durante los tres ciclos de presentación de informes (1998-2000, 2000-2002 y 2002-2004).

2. Las principales conclusiones del análisis son las siguientes:

a) El CIB proporciona importante información sobre la forma en que los países perciben su actuación, pero tiene limitaciones que es necesario considerar cuando se evalúen los análisis y conclusiones de este informe;

b) Ha habido progresos en los compromisos políticos y estratégicos de fiscalización de drogas, pero es necesario ampliar el consenso básico;

c) Este compromiso necesita una base de información y un mecanismo de evaluación apropiados;

d) Es necesario avanzar en la esfera de la reducción de las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales;

e) En algunas regiones se amplían las actividades de prevención y de tratamiento y rehabilitación, pero en otras se estancan o retroceden;

f) El África subsahariana, el norte de África y el Oriente Medio así como el Asia central, meridional y sudoccidental necesitan más decisión y recursos para reducir la demanda de drogas;

g) América Latina y el Caribe y parcialmente Asia oriental y sudoriental necesitan mantener sus intervenciones;

h) América del Norte, Europa y Oceanía necesitan mantener su nivel relativamente bueno de respuesta en muchas esferas y responder con flexibilidad a las nuevas tendencias que se van manifestando.

3. El CIB se preparó como instrumento para vigilar los avances en el logro de los objetivos aprobados en 1998 en el vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General.

4. La sección VIII del cuestionario para los informes bienales sobre la reducción de la demanda de drogas se preparó siguiendo las líneas generales del Plan de Acción para la aplicación de la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas (anexo de la resolución 54/132 de la Asamblea General). La sección está dividida en siete apartados y en ella se pide información sobre las iniciativas de los Estados Miembros en algunas esferas determinadas:

a) El compromiso: respuestas políticas y estratégicas;

b) Evaluación del problema: capacidad de compilar y analizar información;

c) Tratamiento del problema: alcance de las respuestas:

i) Prevención;

ii) Tratamiento y rehabilitación;

iii) Consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales;

- d) Establecimiento de vínculos: alcance de las respuestas multisectoriales y los mecanismos de creación de redes;
- e) Concentración en las necesidades especiales: programas de trabajo para grupos de población vulnerables o especiales;
- f) Difusión del mensaje apropiado: campañas en los medios de comunicación y campañas públicas;
- g) Aprovechamiento de la experiencia: evaluación y aprovechamiento de la experiencia adquirida.

5. En el presente informe se examina la información facilitada en cada apartado de esta sección y se ofrece un análisis de las respuestas para dar una idea de los progresos logrados por los países en sus esfuerzos por reducir la demanda de drogas.

A. Validez de la información

6. La información facilitada a través del CIB tiene un carácter principalmente cualitativo, pues se basa en las opiniones de expertos. Las valoraciones de este tipo, aunque muchas veces sean confirmadas por otras fuentes de información, tienen un valor relativamente limitado. La mayoría de las preguntas requieren que la respuesta se reduzca a “sí” o “no” y muchas veces se refieren a la simple existencia de estructuras, programas, actividades, etc., determinados, pero no solicitan información sobre su calidad o su impacto.

7. Sin embargo, el apartado C de la sección VIII, titulado “Tratamiento del problema” (prevención, tratamiento y rehabilitación y consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales), permite facilitar información sobre el nivel de cobertura de las intervenciones (bajo, mediano, alto), sobre su sensibilidad a las cuestiones de género y sobre la existencia de procesos de evaluación. Esta petición de información se añadió en el CIB de 2000 y, por consiguiente, sólo se han recibido datos en los dos últimos ciclos.

8. La clasificación del nivel de cobertura en bajo, mediano y alto es subjetiva y se relaciona con la situación existente en cada país. Un país en el que haya un gran número de consumidores ilícitos de drogas podrá ofrecer unos buenos servicios de tratamiento e invertir en ellos unos recursos considerables y, sin embargo, tener dificultades para declarar que el nivel de cobertura de los servicios es “alto” y, por tanto, es posible que opte por considerarlo “mediano”. Por otra parte, un país con un número limitado de consumidores ilícitos de drogas o con conocimientos limitados de las dimensiones del problema puede optar por calificar el nivel de cobertura de sus servicios de tratamiento como “alto” aunque esta calificación no refleje adecuadamente la situación real.

9. Aparte de la fiabilidad de la información, se plantea el problema de la validez de la muestra. La tasa de respuesta al CIB se ha situado en cada uno de los tres ciclos en torno al 50% (aproximadamente 100 países). Sin embargo, el número de países que ha respondido al cuestionario en más de un ciclo es inferior. Sólo 60 países, el 31% del total mundial, han respondido al cuestionario en los tres ciclos de presentación de informes. Un número ligeramente superior de países respondió al cuestionario en dos ciclos (véanse en el cuadro 1 las posibles combinaciones). En

total, el porcentaje de países que han respondido más de una vez no llega al 50% del número total de países. No obstante, y en lo que respecta a la validez de la muestra, hay que observar que los países que han respondido al cuestionario en más de un ciclo suman en cualquier caso una población muy superior al 50% de la población total mundial con edades comprendidas entre 15 y 64 años.

Cuadro 1

Países que han respondido al cuestionario para los informes bienales en los tres ciclos de presentación de informes, 1998-2000, 2000-2002 y 2002-2004

<i>Combinaciones</i>	<i>Número de países</i>	<i>Porcentaje de países</i>	<i>Porcentaje aproximado de la población de 15 a 64 años que vive en los países que han respondido al cuestionario</i>
Base	109	57	90
Base+A1	90	47	87
Base+A2	64	33	56
A1+A2	74	38	58
Base+A1+A2	60	31	52

Nota: Base = primer ciclo de presentación de informes (1998-2000); A1 = segundo ciclo de presentación de informes (2000-2002); A2 = tercer ciclo de presentación de informes (2002-2004).

B. Análisis de la información

10. A pesar de las limitaciones antes indicadas en lo que respecta a la calidad de la información, la tasa de respuestas y el significado de la muestra de países considerados, las respuestas al CIB proporcionan sin embargo una información importante sobre cómo cree cada uno de los países que avanza en el logro de los objetivos generales fijados en la Declaración Política aprobada por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones (párrafo 17 del anexo de la resolución S-20/2):

a) Fijar el año 2003 como objetivo para el establecimiento de nuevos o mejores programas y estrategias de reducción de la demanda de drogas formulados en estrecha colaboración con las autoridades sanitarias, las de bienestar social y las encargadas de hacer cumplir la ley;

b) Lograr resultados importantes y mensurables en cuanto a la reducción de la demanda para el año 2008.

11. Para facilitar el análisis de los progresos hechos en el cumplimiento de las metas y objetivos fijados para el año 2008, la ONUDD, como se indicaba el año pasado en el informe sobre la situación mundial con respecto al uso indebido de drogas (E/CN.7/2004/2), ha preparado una herramienta analítica para cuantificar las respuestas a las distintas secciones del CIB. Esta herramienta, el Índice de reducción de la demanda¹, ha servido de base para realizar el análisis que se ofrece en el presente informe. Este Índice permite una presentación visual de los cambios que se han producido en las distintas esferas de la reducción de la demanda.

12. La información se ha desglosado en ocho regiones o subregiones para permitir un análisis más adecuado de las distintas pautas y tendencias. Sin embargo, se ha de

examinar con precaución la información de subregiones compuestas por un número limitado de países (por ejemplo, Oceanía y América del Norte) ya que las tendencias están muy influidas por las respuestas de un solo país. Se considera que Europa es una sola región en reconocimiento de la nueva situación creada por la ampliación de la Unión Europea, pero sus promedios ocultan las diferencias en rápida reducción, pero todavía importantes, entre la Europa oriental y la occidental.

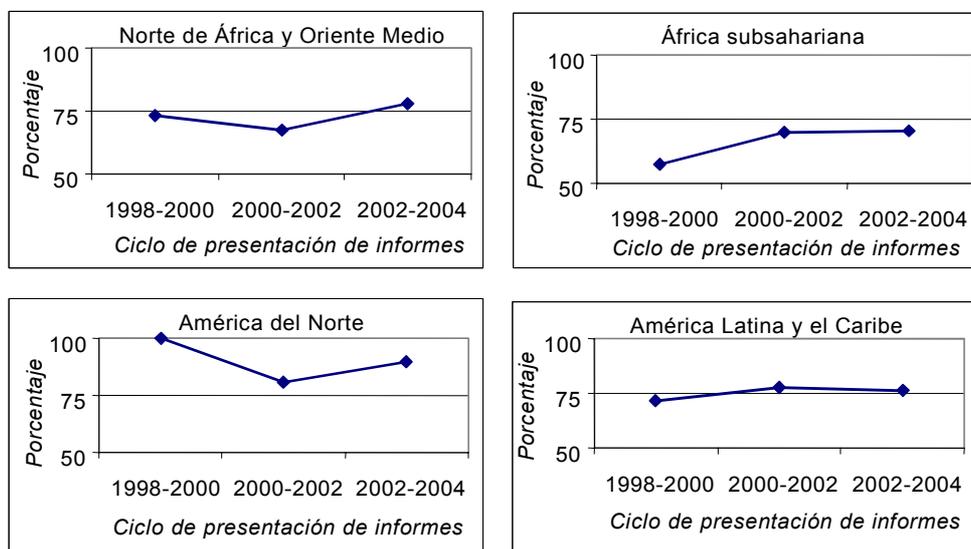
II. Respuestas políticas y estratégicas

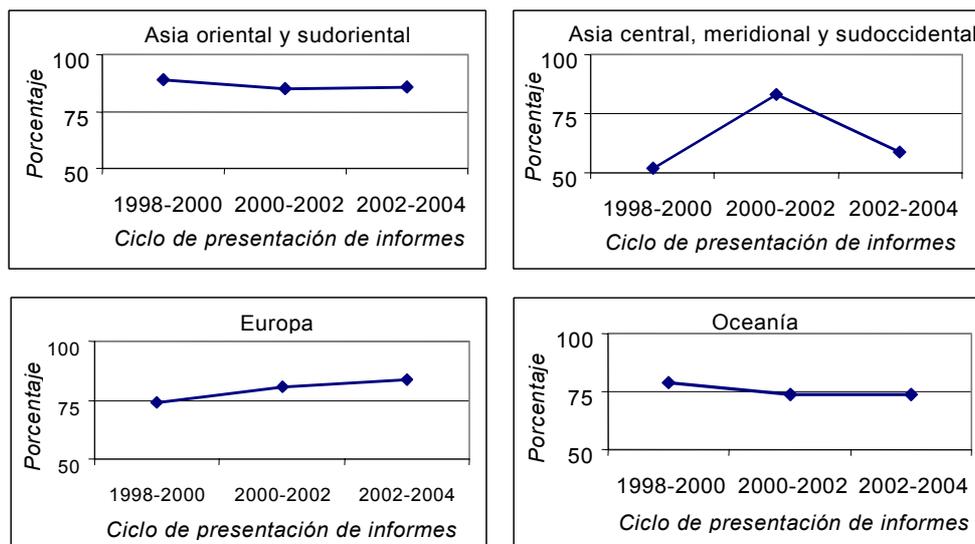
13. En el apartado A de la sección VIII, titulado “El compromiso”, se pide a los Estados información sobre la existencia de una estrategia nacional de reducción de la demanda de drogas y sobre si esta estrategia se basa, en su caso, en datos sobre la situación con respecto al uso indebido de drogas. Además, se pregunta a los Estados sobre la coordinación, la participación de los interesados, los fondos disponibles y los sistemas de vigilancia y evaluación.

14. Los Estados de la mayoría de las regiones respondieron positivamente a más del 75% de las preguntas y han mantenido este nivel, más o menos, durante los tres ciclos de presentación de informes. El África subsahariana ha mejorado su nivel del 57% en el tercer ciclo (1998-2000) al 70% en el último ciclo (2002-2004). Los países de Asia central, meridional y sudoccidental parecen haber tenido algunas dificultades y en el tercer ciclo han vuelto a un nivel próximo al de base (59%) después de haber logrado un nivel del 83% en el segundo ciclo de presentación de informes (2000-2002) (véase la figura I).

Figura I

Respuestas políticas y estratégicas: cumplimiento de los objetivos fijados por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones, por regiones, 1998-2000, 2000-2002 y 2002-2004





Fuente: Cuestionario para los informes bienales.

15. La noticia positiva es que en todas las regiones aparentemente hay países que cuentan con alguno de los elementos fundamentales de una estrategia general de reducción de la demanda de drogas, que es una de las piedras angulares de la continuidad de las políticas de fiscalización de las drogas. Por término medio, los países han respondido positivamente en todas las regiones a tres cuartos de las preguntas.

16. Además, la respuesta positiva a la mayoría de las preguntas parece indicar que casi todos los países tienen un firme compromiso político y que hay algunos mecanismos que garantizan la coordinación y participación de las autoridades y los sectores pertinentes de la sociedad. En la mayoría de los casos, parece que esta situación relativamente favorable existía ya antes de 1998, pero en algunas regiones la situación ha mejorado notablemente en los últimos seis años (África subsahariana y Europa).

17. Evidentemente, hay diferencias significativas en la calidad y el nivel de cobertura de las distintas estrategias nacionales de reducción de la demanda de drogas. El planteamiento utilizado y el nivel de aplicación varían considerablemente y, por tanto, resulta difícil comprender el nivel real de compromiso de cada país si sólo se utiliza como base esta información. Las siguientes secciones del CIB y el análisis de las respuestas proporcionarán más información y permitirán comprender mejor en qué situación se encuentran los países con respecto al logro de resultados mensurables e importantes en cuanto a la reducción de la demanda de drogas.

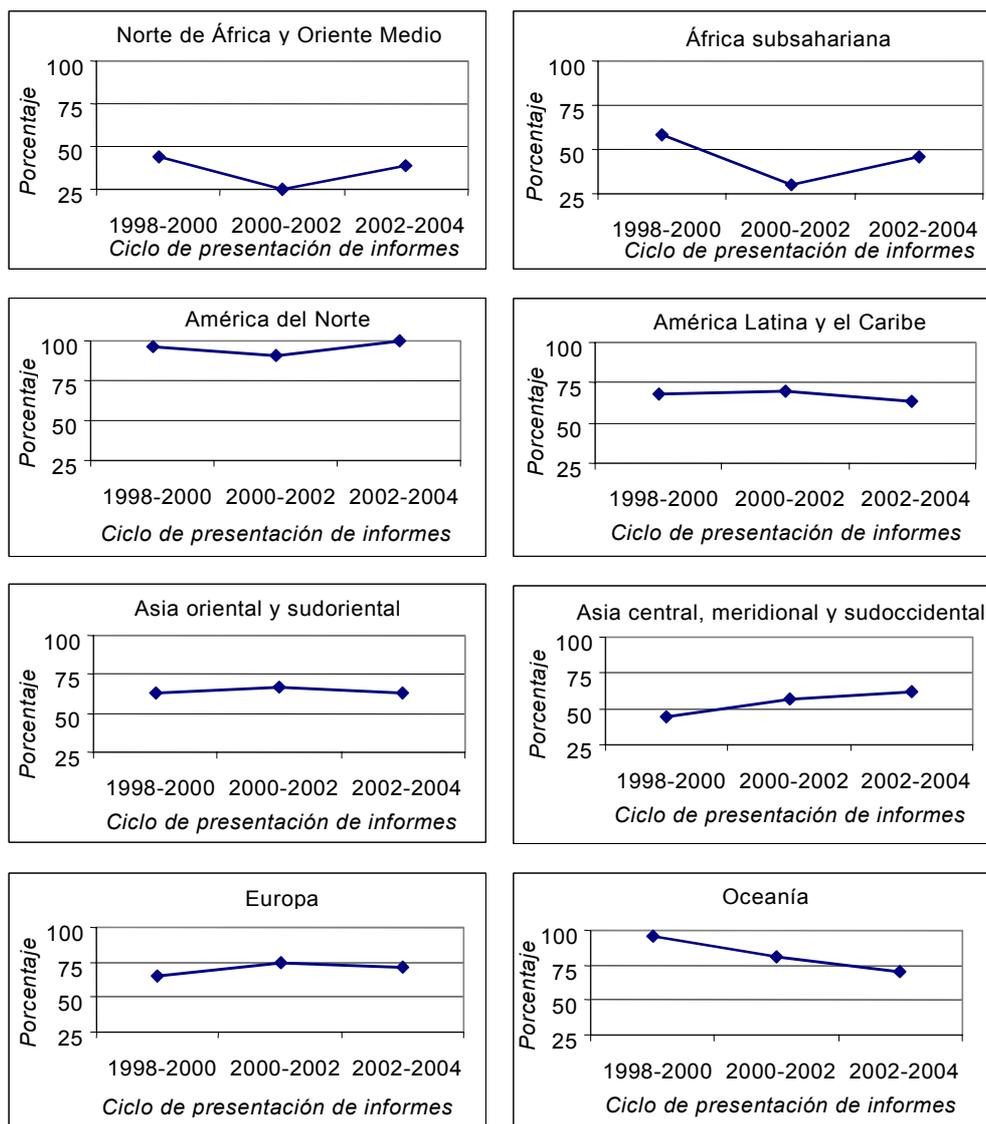
III. Capacidad para reunir y analizar información

18. Los progresos de los países en la evaluación del problema del uso indebido de drogas se analizan tomando como base las respuestas a una serie de preguntas relativas a la existencia de un sistema nacional de compilación de datos sobre el uso indebido de sustancias y sobre los componentes de este sistema (estimaciones de prevalencia, encuestas escolares, sistema de presentación de informes sobre tratamiento, etc.).

19. En esta esfera, parece que el porcentaje de países que han adoptado medidas para evaluar el problema es relativamente elevado (superior al 60% en los últimos tres ciclos). La única región que aparentemente ha adoptado todas las medidas previstas en esta esfera es América del Norte, con una respuesta positiva del 100%. El África subsahariana, el norte de África y el Oriente Medio necesitan mejorar su situación con el fin de disponer de algún fundamento fiable para aplicar estrategias y programas (véase la figura II).

Figura II

Capacidad para reunir y analizar información: cumplimiento de los objetivos fijados por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones, por regiones, 1998-2000, 2000-2002 y 2002-2004



Fuente: Cuestionario para los informes bienales.

20. La imagen general parece confirmar la información disponible de otras fuentes que señala la existencia de sistemas muy desarrollados de información sobre las drogas en Europa y América del Norte. En otras regiones, como América Latina y el Caribe, Asia central, meridional y sudoccidental, y Asia oriental y sudoriental, se han registrado progresos significativos en los últimos seis años pues se han establecido algunos mecanismos de vigilancia de las tendencias del uso indebido de drogas, en especial en lo que respecta a la demanda de tratamientos y las encuestas escolares. Además, merece la pena señalar el papel desempeñado por las redes epidemiológicas regionales en la armonización de la compilación de datos y la aportación de capacitación y recursos a los países.

IV. Alcance de las respuestas

A. Intervenciones con fines de prevención del uso indebido de drogas

21. En el CIB se pide a los Estados que faciliten información sobre algunos de los tipos más básicos de intervención con fines de prevención del uso indebido de drogas, a saber, 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. Ello se debe a que la prevención del uso indebido de drogas ha de tener un alcance amplio, es decir, no debe centrarse únicamente en ofrecer información sino que también debe ofrecer a la población, especialmente a los jóvenes, los conocimientos y las oportunidades que necesitan para adoptar decisiones saludables. En la sección VII de este informe se aportan datos sobre las campañas de información pública, que deben formar parte también de cualquier respuesta preventiva general.

22. Otro principio básico es que los mensajes y las medidas de prevención del uso indebido de drogas se deben reforzar en algunas circunstancias. Por consiguiente, en el CIB se pide a los Estados que faciliten información sobre estos tipos de intervención en algunos escenarios concretos, como escuelas, comunidades, lugares de trabajo, sistemas penitenciarios y centros sanitarios. En particular, se pide a los Estados que faciliten información sobre el nivel de cobertura del grupo destinatario (bajo, mediano, alto) y la sensibilidad de la intervención a consideraciones de género.

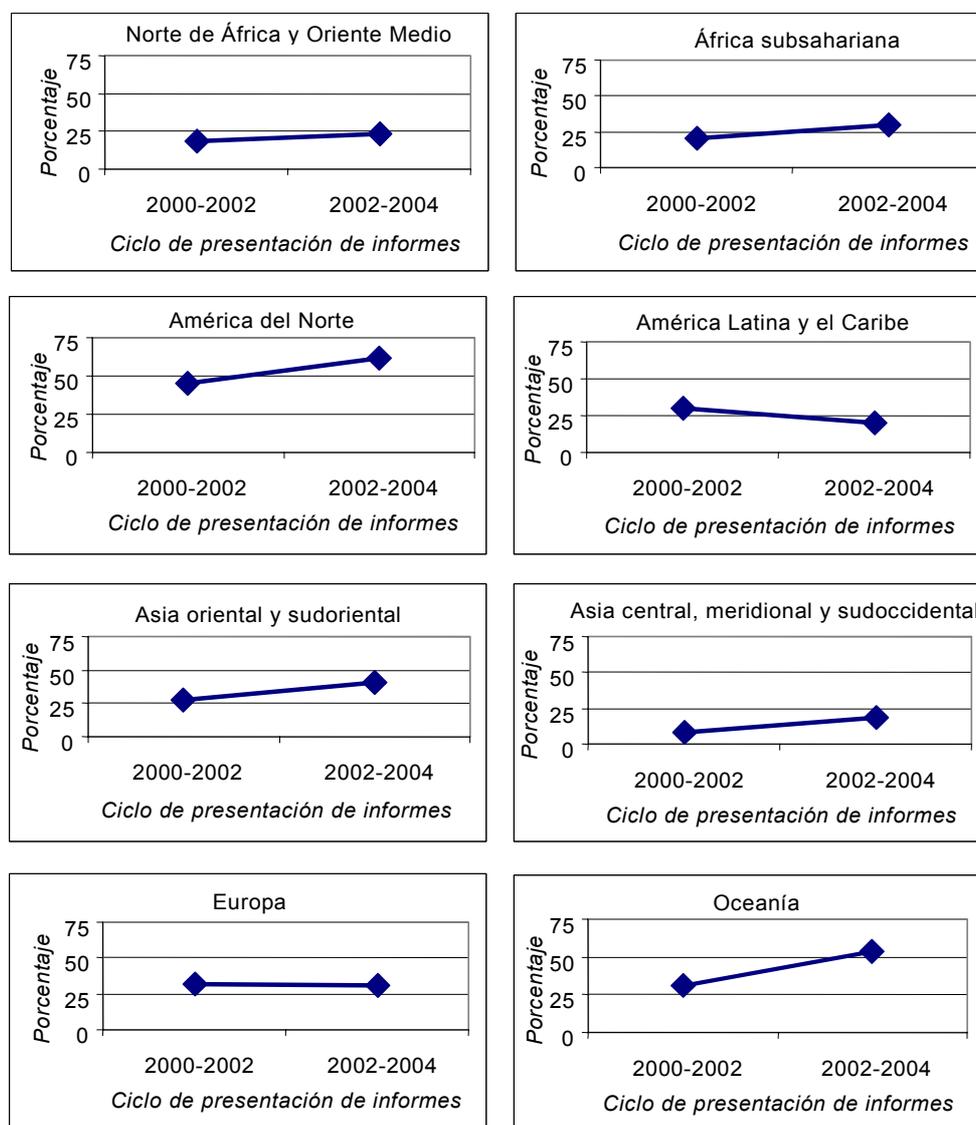
23. En la figura III se han combinado los datos obtenidos a través de esta sección del cuestionario para ofrecer un panorama regional de los progresos hechos en el cumplimiento del objetivo de establecer intervenciones nuevas o mejores con fines de prevención del uso indebido de drogas, de conformidad con los principios fijados en la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas (anexo de la resolución S-20/3 de la Asamblea General).

24. Todas las regiones, con la salvedad de dos, América Latina y el Caribe y Europa, han informado de un aumento del nivel de cobertura de las intervenciones con fines de prevención del uso indebido de drogas. En algunos casos, como América del Norte y Oceanía, ese aumento ha sido bastante importante (aproximadamente un 20%); en otros, como el África subsahariana, Asia central, meridional y sudoccidental y Asia oriental y sudoriental, no se ha registrado ningún aumento o éste ha sido limitado. Los países de Europa han señalado en sus informes

un nivel de cobertura estable, mientras que los países de América Latina y el Caribe han informado de una reducción de esa cobertura (véase la figura III).

Figura III

Intervenciones con fines de prevención del uso indebido de drogas: cumplimiento de los objetivos fijados por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones, por regiones, 2000-2002 y 2002-2004



Fuente: Cuestionario para los informes bienales.

25. En lo que respecta a los tipos específicos de intervención, sólo los países de América del Norte y de Asia central, meridional y sudoccidental han informado de un aumento superior al 20% en la oferta de información y educación sobre el uso indebido de drogas, mientras que Oceanía ha informado de un aumento significativo de la cobertura de la oferta de conocimientos prácticos para la vida y alternativas al consumo de drogas. La mayoría de los aumentos de la cobertura han sido menos notables, cifrándose entre el 5 y el 10%; en algunos casos se ha señalado una disminución de la cobertura.

26. Todos estos hechos se están produciendo en un entorno general en el que aumenta la experimentación con drogas. Aunque pueda parecer contradictorio, ha de recordarse que la prevención del uso indebido de drogas tiene por objetivo modificar las actitudes y comportamientos. Por consiguiente, su eficacia sólo se puede evaluar a largo plazo y no es posible establecer un vínculo entre el aumento general de la cobertura de la prevención entre 2000 y 2004 y la modificación de las tendencias en el consumo de drogas que se han señalado en las respuestas al cuestionario para los informes bienales.

27. La ampliación del nivel de cobertura pudo haber sido mayor. Para frenar o incluso invertir la tendencia al aumento del uso indebido de drogas hay que ampliar sin demora el nivel de cobertura de las intervenciones con fines de prevención del uso indebido de drogas en una serie de lugares y esas intervenciones deben centrarse en algunos grupos concretos (incluidos los de mayor riesgo), además de mantenerse en ese nivel más elevado a medio plazo.

28. De momento, sólo los países de América del Norte y Oceanía han informado de que han logrado un nivel de cobertura del grupo destinatario superior a la mitad en los tres tipos de intervención. La región de Asia oriental y sudoriental tiene un nivel de cobertura superior a la mitad del grupo destinatario gracias a la oferta de información y educación relativa a las drogas y su uso indebido. Ninguna región ha informado de un nivel de cobertura próximo o superior al 75%. Sin embargo, debe considerarse que el nivel de cobertura del 100% es un objetivo teórico y que un nivel de cobertura del 75% no cabe duda de que no es un fracaso.

29. En general, por tanto, aunque se haya logrado un progreso satisfactorio y en algunos casos un progreso muy significativo, no hay lugar para la complacencia. Las iniciativas nacionales y regionales de prevención del uso indebido de drogas han de ampliarse y mantenerse si los Estados Miembros quieren cumplir los compromisos asumidos en el vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General.

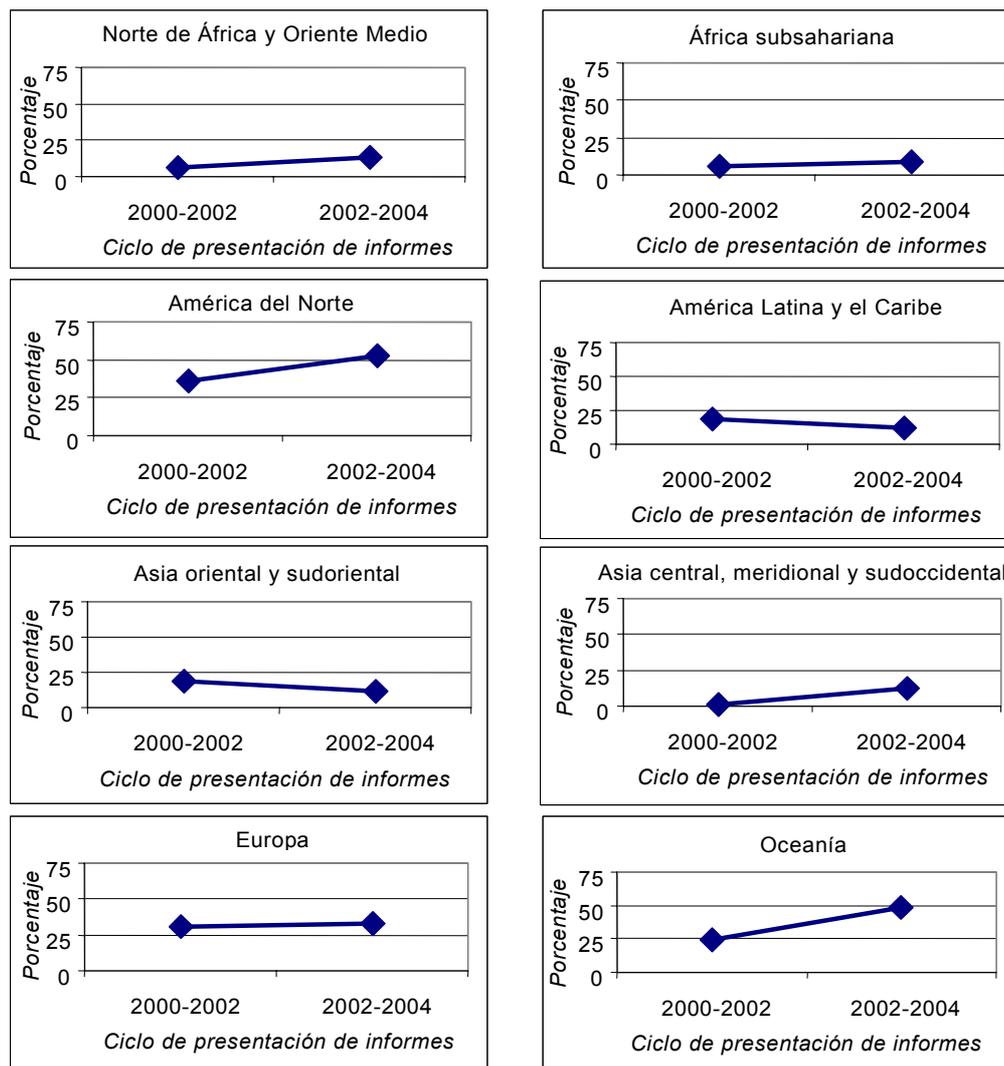
B. Intervenciones centradas en el tratamiento y la rehabilitación de los consumidores de drogas

30. Según las respuestas al CIB, el nivel de cobertura general en la esfera de las intervenciones centradas en el tratamiento y la rehabilitación de los consumidores de drogas ha oscilado entre el 8,5% y el 53% del total posible durante el período de presentación de informes 2002-2004, dependiendo de la región (véase la figura IV). América del Norte y Oceanía lograron aproximadamente la mitad del resultado máximo, Europa (incluido el Cáucaso) aproximadamente un tercio y las otras cinco regiones entre el 8,5% y el 13%. Es importante señalar que sólo un tercio

aproximadamente de los países ha informado de que dispone de servicios diversificados en función del género. Según la información facilitada a través de los cuestionarios para los informes bienales, están en tratamiento más de una persona por mil en América Latina y el Caribe, América del Norte y Europa, entre 0,6 y 0,8 por mil en la mayoría de las demás regiones y menos del 0,2 por mil en el África subsahariana.

Figura IV

Intervenciones centradas en el tratamiento y la rehabilitación: cumplimiento de los objetivos fijados por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones, 2000-2002 y 2002-2004



Fuente: Cuestionario para los informes bienales.

31. Los resultados antes indicados son una combinación que refleja el grado de ejecución de 28 medidas particulares distribuidas en cuatro áreas principales de intervención (desintoxicación, terapia de sustitución, tratamiento no farmacológico y reintegración social) en siete ámbitos posibles. Los países que han informado en todos los ámbitos de un nivel alto de cobertura de las intervenciones sensibles a consideraciones de género obtienen la máxima puntuación. El sistema de puntuación no compensa el hecho de que algunos países, aunque tengan una cobertura elevada en un tipo concreto de intervención, es posible que ofrezcan ésta principalmente en un ámbito, y por consiguiente tengan una calificación baja en los otros seis ámbitos, por lo que tendrán una puntuación combinada baja en ese tipo concreto de intervención.

32. En todas las regiones, los resultados combinados mejoraron entre los ciclos de presentación de informes de 2000-2002 y 2002-2004, salvo en América Latina y el Caribe y en Asia oriental y sudoriental. Especialmente notables fueron los cambios registrados en regiones con un nivel de cobertura bajo, como Asia central, occidental y sudoccidental, donde pasó del 1,5% al 12,5%, y en el norte de África y Oriente Medio, donde pasó del 6,5% al 13%. Oceanía y América del Norte informaron también de aumentos significativos (del 36% al 53% y del 24% al 49%, respectivamente).

33. En América Latina, la reducción general del nivel de cobertura se debe a que este nivel descendió en todos los tipos de intervención, sobre todo en la reintegración social. Este hecho contrasta de algún modo con la información obtenida gracias al CIB que indica que el mayor porcentaje de población en tratamiento por mil habitantes se registra en América Latina y el Caribe.

34. Este número relativamente elevado de personas que, según las respuestas al cuestionario, reciben tratamiento puede ser atribuible en parte a la disponibilidad de servicios y en parte a un sistema bastante detallado de elaboración de los informes. En algunos casos, la presentación de unos informes más exactos puede explicar una disminución aparente del nivel de cobertura ya que algunos países que no ofrecen tratamientos de sustitución (en gran medida no pertinentes debido a la poca prevalencia de la dependencia de opioides en la región) pasaron de indicar unos niveles de cobertura altos en 2000-2002 a 0 en 2002-2004. En el caso de Asia oriental y sudoriental, las disminuciones del nivel de cobertura señaladas en los informes se focalizaron principalmente en las intervenciones centradas en la desintoxicación y la reintegración social.

35. En lo que respecta a las intervenciones individuales, la cobertura de la desintoxicación aumentó en todas las regiones salvo en América Latina y el Caribe y en Asia oriental y sudoriental, llegando a unos niveles del 66% en América del Norte (que es el mejor resultado) y al 40% en Oceanía. Otras regiones obtuvieron resultados entre el 20% y el 40%.

36. Las terapias de sustitución son el planteamiento menos utilizado, lo que posiblemente refleje el hecho de que sólo tienen trascendencia en el caso de la dependencia de opioides y de que siguen siendo muy controvertidas en algunas regiones. Sin embargo, su nivel de cobertura está aumentando en América del Norte, Europa y Oceanía, donde obtienen cerca de la mitad de la puntuación máxima posible. En regiones como el África subsahariana o el norte de África y Oriente Medio se indican unos niveles de cobertura relativamente elevados, pero otros

informes indican que, en el mejor de los casos, existe una disponibilidad muy reducida de terapias de sustitución.

37. El nivel de cobertura de las intervenciones no farmacológicas que se ha señalado en los informes ha aumentado o se ha mantenido estable en todas las regiones salvo América Latina y el Caribe. América del Norte y Oceanía han informado de unos niveles superiores a la mitad de la puntuación máxima posible, Europa ha informado de unos niveles próximos a un tercio de esa puntuación máxima y todas las demás regiones han informado de niveles situados entre el 7% y el 19% de la puntuación.

38. Partiendo de un nivel bajo, se han señalado algunos avances en lo que respecta a la reintegración en la sociedad, apartado en el que todas las regiones, salvo América Latina y el Caribe y el Asia oriental y sudoriental, han informado de aumentos, llegando a más de la mitad de la puntuación máxima en América del Norte y Oceanía, a un tercio aproximadamente en Europa y entre el 9% y el 19% en las demás regiones.

39. Teniendo en cuenta la tendencia cada vez más amplia al uso indebido de la mayoría de las sustancias en todas las regiones, los resultados antes señalados indican que se ha producido sólo un avance limitado en el cumplimiento de los objetivos fijados para 2008 en el vigésimo período extraordinario de sesiones, así como un equilibrio relativo en la disponibilidad de los distintos tipos de intervención, factor esencial para que el tratamiento y la rehabilitación de consumidores indebidos de drogas sean eficaces.

40. De confirmarse, es preocupante la tendencia a que disminuya la disponibilidad de intervenciones centradas en el tratamiento y la rehabilitación en América Latina y el Caribe y en Asia oriental y sudoriental. Es necesario identificar los factores que influyen en esta disminución y redoblar los esfuerzos para cumplir los objetivos fijados por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones.

41. Algunas regiones, como el África subsahariana y Asia central y sudoccidental, parecen confiar excesivamente en la desintoxicación, atribuyendo menos importancia a las etapas posteriores del tratamiento y la rehabilitación y, por consiguiente, no ofrecen una continuidad en los servicios de atención y una diversificación de los mismos. Es necesario reforzar la tendencia ascendente en el norte de África y Oriente Medio y es necesario renovar los esfuerzos en Europa con el fin de consolidar los logros conseguidos hasta la fecha. En todos los casos, es necesario adaptar las intervenciones a la evolución de las necesidades de los grupos destinatarios concretos, como los consumidores jóvenes de cannabis y estimulantes de tipo anfetamínico, los consumidores de opioides por inyección y los delincuentes.

C. Intervenciones centradas en la reducción de las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales

42. El CIB ofrece información sobre las respuestas de los Estados para reducir las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales del uso indebido de drogas. Las preguntas hacían referencia tanto a la prevención del VIH/SIDA como a las medidas de fiscalización, así como a otras cuestiones como la prevención de sobredosis y la oferta de refugios de emergencia.

43. El nivel de cobertura muestra, en la mayoría de las regiones, una tendencia positiva del nivel de oferta de servicios para reducir las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales del uso indebido de drogas. El aumento de ese nivel es más pronunciado en América del Norte, en el norte de África y Oriente Medio y en Oceanía. Se han observado ligeros aumentos en Asia central, meridional y sudoccidental, un nivel estable en América Latina y el Caribe, Asia oriental y sudoriental y Europa, y una disminución en el África subsahariana (véase la figura V).

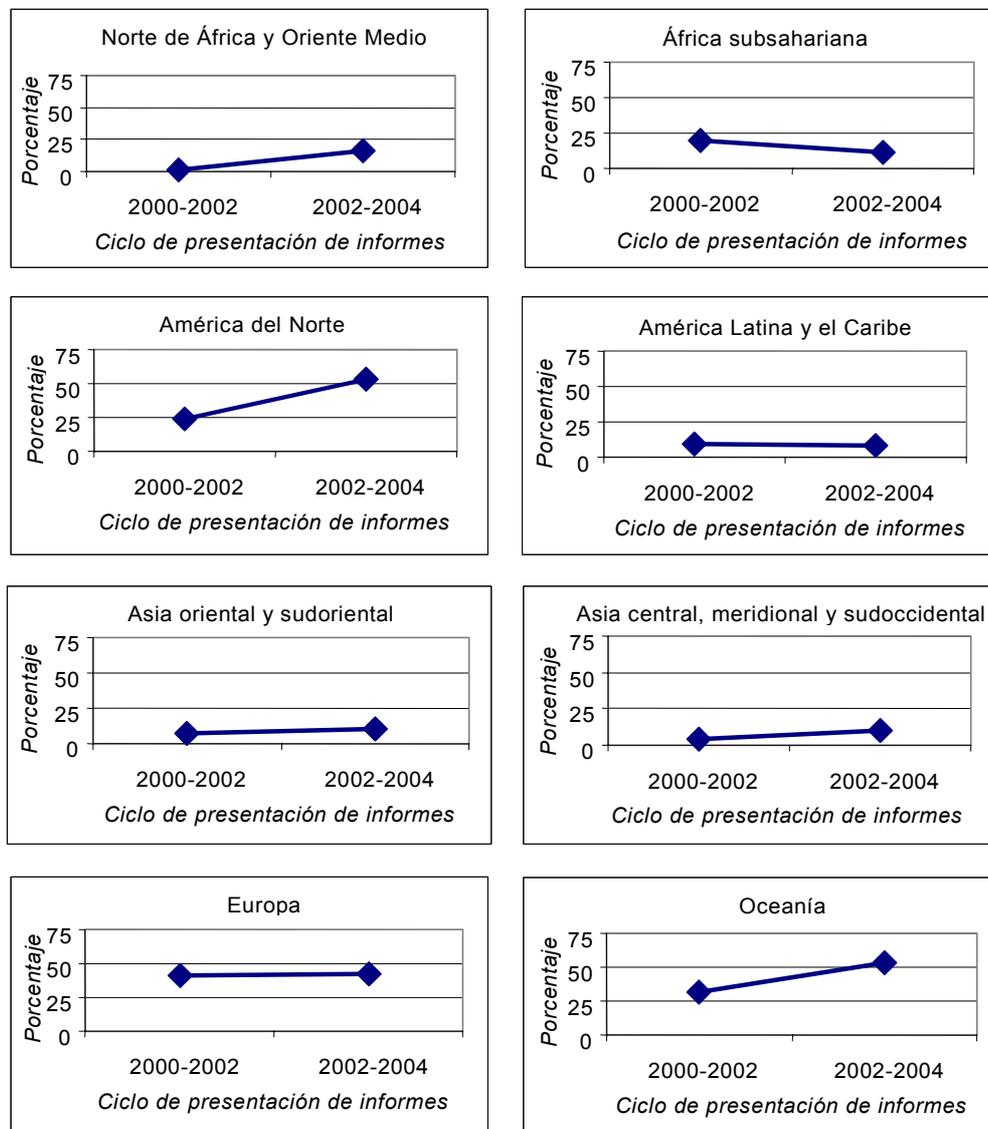
44. Sólo dos países que han respondido al CIB en América del Norte y Oceanía tienen un nivel de cobertura alto en la oferta de servicios a los consumidores de drogas. Otros países que pueden tener una oferta muy distinta de servicios y que podrían alterar el resultado de las respuestas en sus regiones no han respondido al cuestionario. Por ejemplo, Papua Nueva Guinea tiene hoy la tasa más elevada de infecciones por VIH de Oceanía, con una prevalencia estimada de VIH de casi el 1% entre las mujeres embarazadas que son atendidas en clínicas prenatales en Port Moresby. En otros países de Oceanía, los niveles de infección por VIH son todavía muy bajos. Sin embargo, en Australia y Nueva Zelanda la forma principal de transmisión del VIH sigue siendo el contacto sexual entre hombres. En Australia, se ha atribuido un porcentaje relativamente reducido de nuevas infecciones a los antecedentes de consumo de drogas por inyección (3,4%).

45. En el norte de África y Oriente Medio, aunque los resultados indiquen un aumento del nivel de cobertura de los servicios centrados en la reducción de las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales, las infecciones por VIH parecen estar aumentando, lo que podría significar que, dada la escasez de datos, podrían estarse ignorando brotes importantes en algunos grupos de población (incluidos hombres que practican el sexo con otros hombres y consumidores de drogas por inyección). En algunos países de la región, el elevado aumento del nivel de cobertura de los servicios se puede atribuir al lanzamiento de iniciativas piloto.

46. Las respuestas facilitadas por los países de la región de Europa muestran una tendencia a la estabilidad, pero en realidad las respuestas de los países de Europa central y oriental se diferencian de las respuestas de los países de Europa occidental. Las respuestas de los países de Europa occidental muestran una tendencia al aumento y, en comparación con otras regiones del mundo, el nivel de cobertura de los consumidores de drogas por inyección con diversos servicios de prevención del VIH se ha mantenido relativamente alto a lo largo de los últimos años. En los países de Europa central y oriental se ha observado una ligera tendencia a la baja. Considerando que el consumo de drogas por inyección es el motor principal de la epidemia de VIH/SIDA en esta región, adquiere la máxima importancia ofrecer a los consumidores de drogas por inyección una amplia cobertura con unos servicios eficaces de prevención del VIH.

47. En el África subsahariana, la epidemia de VIH/SIDA se ha generalizado (en Botswana, Lesotho, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe la tasa de prevalencia entre la población adulta es superior al 20%) y tiene un carácter heterosexual en casi todos los países de la región. La principal droga que se utiliza indebidamente en el África subsahariana es el cannabis y el consumo de drogas por inyección es todavía limitado, lo que quizá explique la tendencia a la baja de los servicios centrados en la reducción de las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales del uso indebido de drogas.

Figura V
Intervenciones centradas en la reducción de las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales: cumplimiento de los objetivos fijados por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones, por regiones, 2000-2002 y 2002-2004



Fuente: Cuestionario para los informes bienales.

48. Las respuestas que adoptan la forma de programas voluntarios de análisis de enfermedades infecciosas y asesoramiento muestran una tendencia al alza en todas las regiones. Según los resultados del CIB, también ha aumentado en la mayoría de las regiones la oferta de programas de prevención de sobredosis y de refugios de emergencia. Los programas de suministro de equipo limpio para la inyección de drogas y de distribución de condones no muestran ningún aumento o cambio significativo en comparación con los resultados combinados (de 2000-2002 a 2002-2004).

V. Alcance de las respuestas multisectoriales y los mecanismos de establecimiento de vínculos

49. El apartado D de la sección VIII del cuestionario para los informes bienales, titulado “Establecimiento de vínculos”, sólo contiene dos preguntas que se han tenido en cuenta para realizar este análisis: una sobre la existencia de mecanismos de colaboración o de creación de redes en distintos niveles y otra relativa a si estos mecanismos de colaboración o de creación de redes contienen disposiciones para localizar o incluir a nuevos asociados. Así pues, no deben sorprender las grandes variaciones ante las distintas regiones ya que una respuesta negativa a una de las preguntas supone eliminar el 50% de la posible puntuación total.

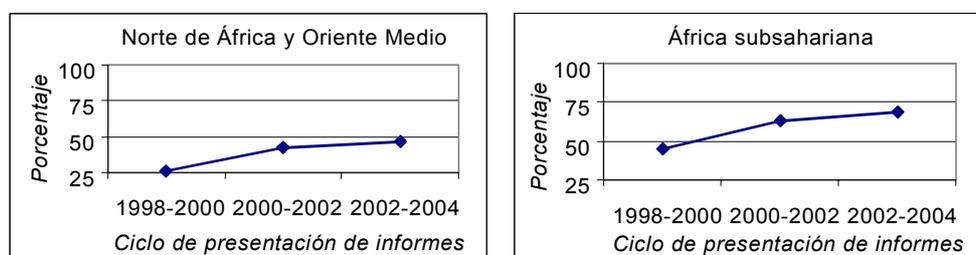
50. Sin embargo, la poca información disponible ilustra los esfuerzos hechos por cada Estado para desarrollar un planteamiento multisectorial, comunitario y participativo para identificar las políticas y programas adecuados. Las respuestas a esta sección muestran también el nivel de descentralización de los esfuerzos de reducción de la demanda de drogas y la identificación local con los programas.

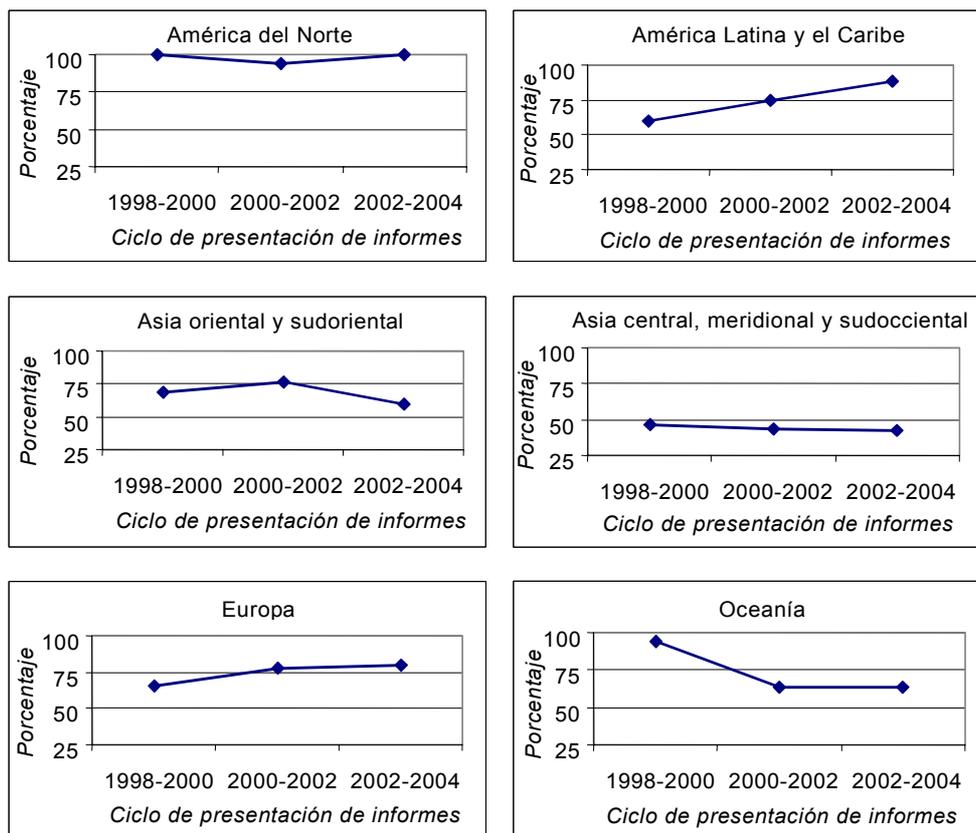
51. Aparentemente, en la mayoría de las regiones existe un grado elevado de desarrollo de redes. África subsahariana, América Latina y el Caribe, América del Norte y Oceanía se sitúan por encima del nivel del 60%. En Asia se registra una tendencia a la baja. En el norte de África y Oriente Medio, aunque en los tres ciclos de presentación de informes se haya registrado un fuerte aumento, el nivel se mantiene por debajo del 50% (véase la figura VI).

52. Algunos de los aumentos señalados reflejan una tendencia más general a la descentralización de los esfuerzos desplegados a escala regional y municipal en algunas regiones para reducir la demanda, en particular en América Latina y el Caribe.

Figura VI

Alcance de las respuestas multisectoriales y los mecanismos de creación de redes: cumplimiento de los objetivos fijados por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones, por regiones, 1998-2000, 2000-2002 y 2002-2004





Fuente: Cuestionario para los informes bienales.

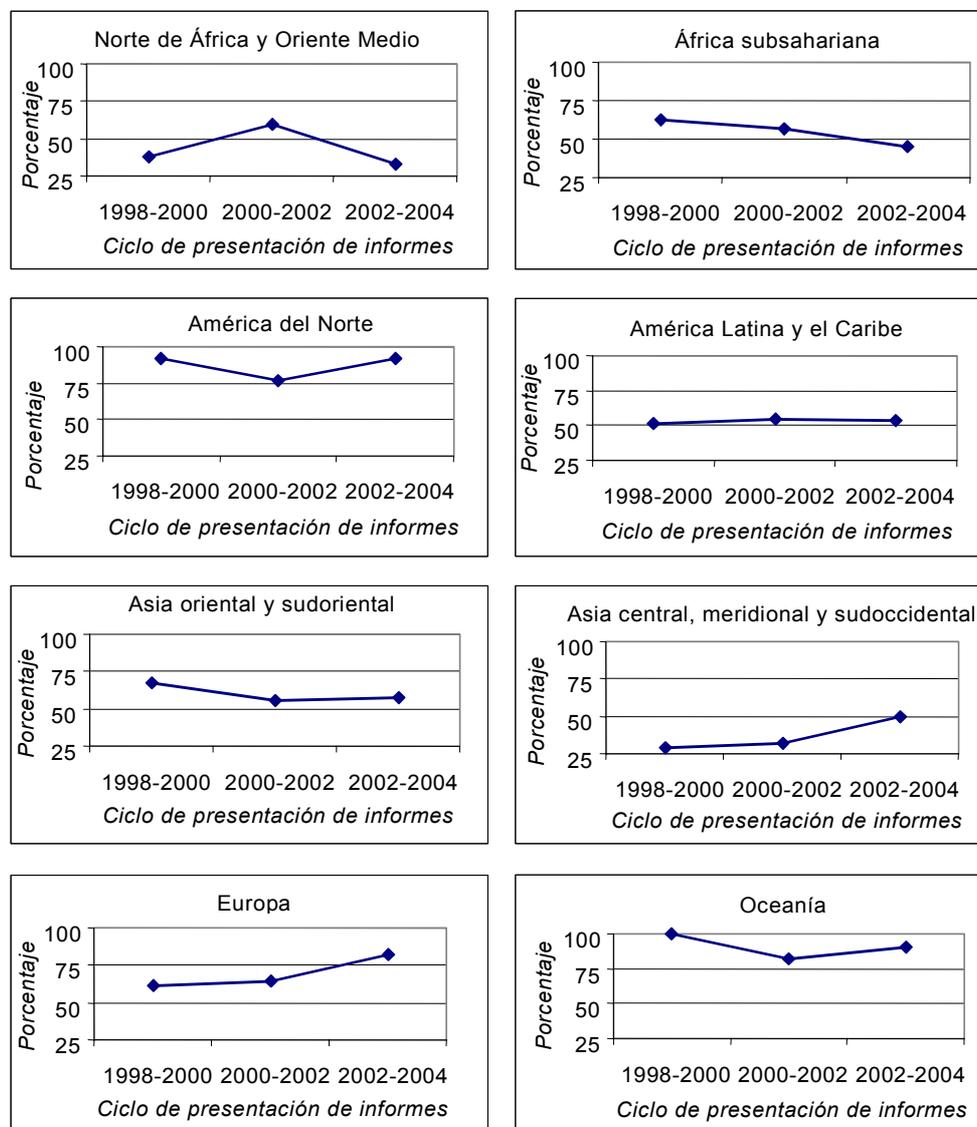
VI. Esfuerzos por trabajar con poblaciones vulnerables o especiales

53. El CIB ofrece información acerca de si los programas de reducción de la demanda están diseñados para atender las necesidades no sólo de la población en general sino también de grupos específicos de población que se reconoce que tienen mayor riesgo que otros (jóvenes, grupos marginales, delincuentes juveniles, consumidores de drogas por inyección y población carcelaria) y que, por consiguiente, requieren esfuerzos y atenciones especiales. En América del Norte, Europa y Oceanía se ha registrado un nivel elevado de intervenciones centradas en estos grupos especiales.

54. En otras regiones, la focalización declarada en las necesidades especiales se sitúa aproximadamente en el promedio, con resultados que oscilan entre el 50% en Asia central, meridional y sudoccidental y el 58% en Asia oriental y sudoriental. Se plantean algunas preocupaciones con respecto a África del Norte y Oriente Medio, donde el promedio de los resultados se sitúa en el 32% en el último ciclo de presentación de informes, y con respecto al África subsahariana, donde la situación parece empeorar, con unos resultados del 45% en el último ciclo de presentación de informes, frente al 62% en el primero y el 57% en el segundo (véase la figura VII).

Figura VII

Esfuerzos por trabajar con poblaciones vulnerables o especiales: cumplimiento de los objetivos fijados por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones, por regiones, 1998-2000, 2000-2002 y 2002-2004



Fuente: Cuestionario para los informes bienales.

55. Las intervenciones centradas en grupos especiales de población son importantes no sólo para reducir el uso indebido de drogas entre los grupos de riesgo, mejorar su salud y disminuir los problemas sociales relacionados con el consumo de drogas sino también como clave del éxito de intervenciones más amplias de prevención y tratamiento. No cabe esperar que la prevención general entre los jóvenes sea eficaz si los que no frecuentan la escuela y los niños de la calle no están incluidos en la estrategia general de prevención. Por el mismo motivo,

también deben tenerse en cuenta, en los esfuerzos de tratamiento y rehabilitación, las necesidades de las personas en conflicto con la ley y de las obligadas a seguir un tratamiento como alternativa a la prisión.

VII. Medios de comunicación y campañas de información pública

56. El motivo de que sea importante emitir el mensaje adecuado es sencillamente que las actitudes sociales predominantes con respecto a las drogas son un factor fundamental que condiciona la prevalencia del uso indebido de drogas en una sociedad. Para provocar un cambio positivo en estas actitudes es necesario asegurarse de que las campañas de información pública emiten un mensaje inequívoco, pero equilibrado, fáctico y no moralista, sobre los efectos del uso indebido de drogas.

57. Aunque el porcentaje general de Estados que incluyen campañas de información pública en sus esfuerzos por reducir la demanda ha mostrado un ligero aumento en el último ciclo de presentación de informes, en algunas regiones causa alguna preocupación la coherencia, profesionalidad y mensurabilidad del impacto de estos esfuerzos.

58. El porcentaje de países que basan sus campañas en una evaluación de las necesidades es especialmente bajo en el África subsahariana y en América Latina y el Caribe. Es improbable que una campaña que no identifique expresamente las preocupaciones del grupo destinatario y no se centre en ellas tenga un efecto importante. En general, parece que la evaluación se ha descuidado: más del 50% de los Estados que señalaron que realizaban campañas de información pública afirmó que no habían evaluado sus iniciativas (véase la figura VIII).

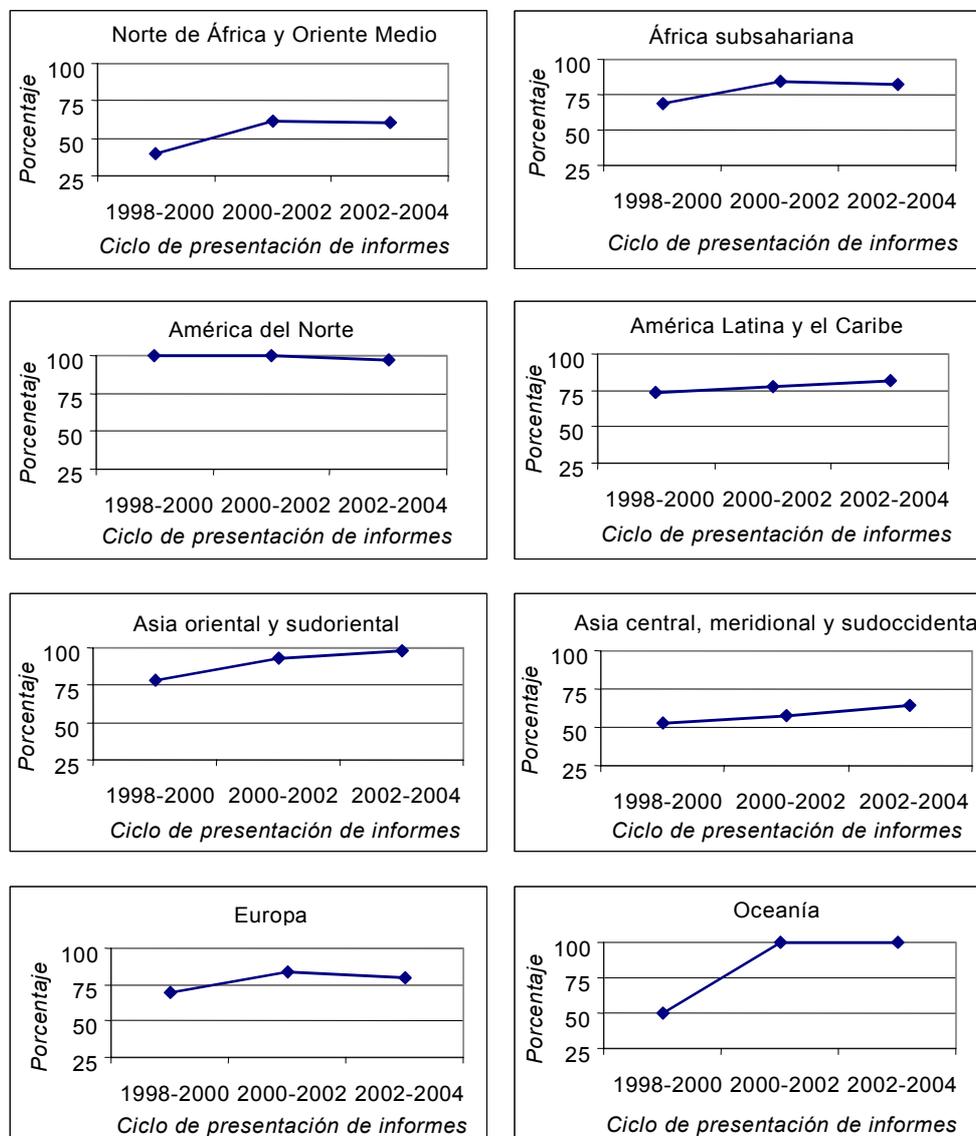
59. Así sucede especialmente en las regiones que disponen de menos recursos para este tipo de actividades, como Asia central, meridional y sudoccidental, donde más del 75% de los Estados no evaluó sus iniciativas de información pública, y en América Latina y el Caribe, donde más del 90% no lo hizo.

60. Este hecho es significativo ya que tiene unas consecuencias directas sobre el ciclo planificación-ejecución-evaluación-mejora de los programas, que determina la calidad y sostenibilidad de las campañas de prevención del uso indebido de drogas. Es fundamental que los Estados de estas regiones elaboren formas creativas y económicamente viables de comprometer a los grupos destinatarios en la planificación y evaluación de sus iniciativas de información pública.

61. Resulta también instructivo observar que, aparte del apoyo financiero, el problema más urgente que plantea la realización de campañas de información pública parece ser la coordinación y la cooperación multisectorial, lo que indica claramente que la mayoría de los Estados consideran que ha de enviarse “el mensaje correcto” de común acuerdo con los principales interesados de la sociedad. También apunta este hecho a que las campañas de información pública patrocinadas por los Estados para prevenir el uso indebido de drogas muchas veces están en contradicción con los mensajes que emite la cultura popular.

Figura VIII

Medios de comunicación y campañas de información pública: cumplimiento de los objetivos fijados por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones, por regiones, 1998-2000, 2000-2002 y 2002-2004



Fuente: Cuestionario para los informes bienales.

62. Hay algunas pruebas de que las campañas más eficaces en los medios de comunicación son aquellas en las que participan personas ajenas a las instituciones estatales, por ejemplo, las campañas en las que colabora la industria del espectáculo para desarrollar y aplicar códigos voluntarios de conducta en relación con la imagen que se transmite del uso indebido de ciertas sustancias. En general, se recomienda que se preste especial atención a la evaluación del impacto de las campañas de información y que éstas sean objeto de un seguimiento y evaluación rigurosos, de ser posible con la participación de las audiencias a las que se dirigen.

VIII. Evaluación e incorporación de la experiencia adquirida

63. En el apartado del CIB dedicado a la evaluación y aprovechamiento de la experiencia adquirida, las preguntas se centran en tres cuestiones fundamentales para la reducción de la demanda: capacitación de profesionales; evaluación de las intervenciones; e intercambio de información y difusión de las mejores prácticas y de la experiencia adquirida.

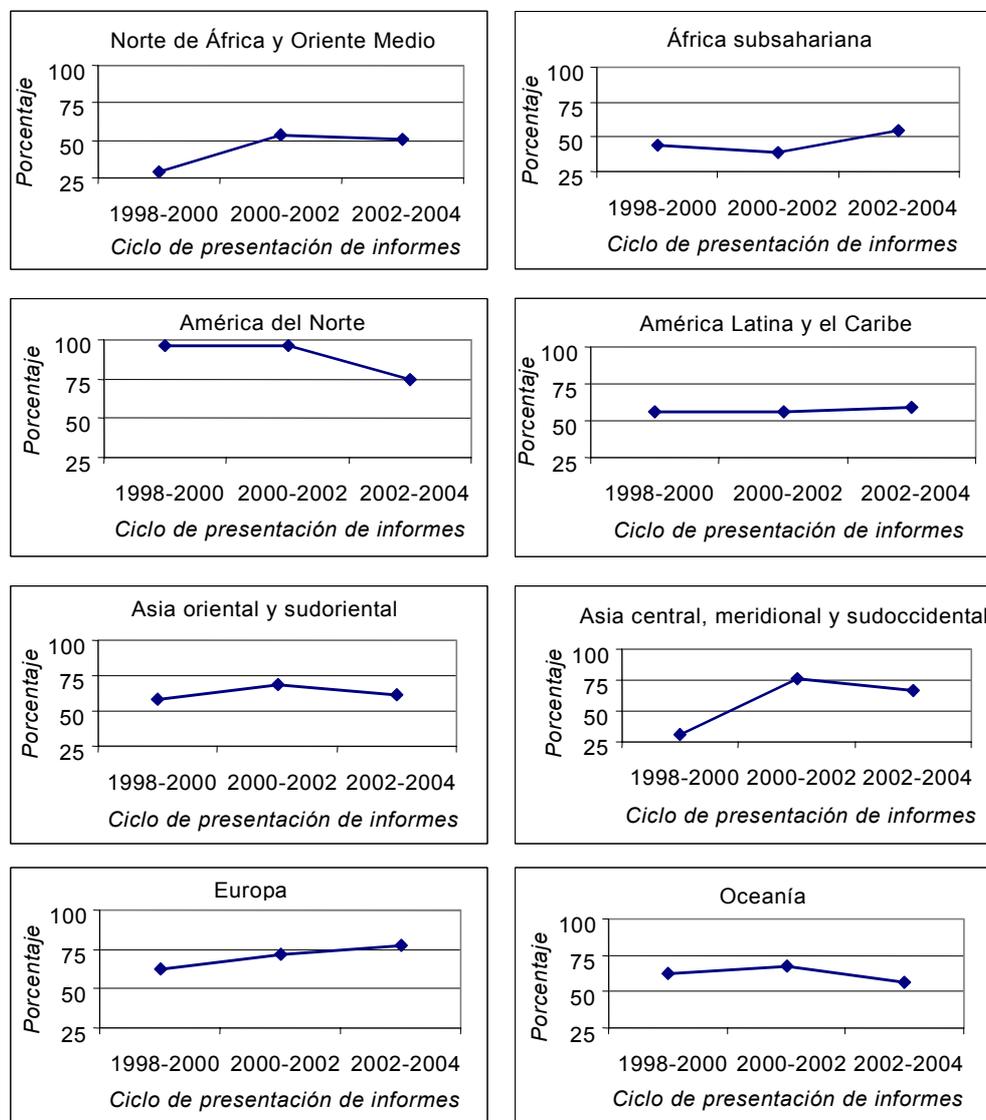
64. Las regiones de América del Norte y Europa son las únicas que parecen relativamente activas en las tres áreas (con una puntuación del 75% o más). Todas las demás regiones tienen una puntuación superior al 50% pero no están claros el alcance y la calidad de la capacitación, la evaluación y el intercambio de experiencia (véase la figura IX).

65. La mayoría de los países ha respondido positivamente en la esfera de la capacitación de planificadores y profesionales y también en lo que respecta a la evaluación de las intervenciones. Sin embargo, de otras secciones del CIB se puede sacar la conclusión de que no está generalizada la evaluación de las intervenciones (aproximadamente el 20% o el 30% de los países ha informado de que llevan a cabo una evaluación de los distintos tipos de intervención).

66. La puesta en común y la difusión de las mejores prácticas y la experiencia adquirida en Europa y América son sin duda los elementos que explican la diferencia de las puntuaciones de las distintas regiones. Los países han mencionado expresamente el papel del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, que facilita la comunicación de experiencias e información en la esfera de la reducción de la demanda de drogas entre los 25 Estados miembros de la Unión Europea ampliada y las experiencias del Mecanismo de Evaluación Multilateral de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos.

Figura IX

Evaluación y aprovechamiento de la experiencia adquirida: cumplimiento de los objetivos fijados por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones, por regiones, 1998-2000, 2000-2002 y 2002-2004



Fuente: Cuestionario para los informes bienales.

IX. Conclusiones

67. El CIB no es un instrumento perfecto para analizar el progreso de los países en las actividades de reducción de la demanda de drogas. Tras la conclusión de los 10 años del período 1998-2008, es posible que la Comisión necesite considerar la posibilidad de mejorar el CIB. Ello se puede hacer de distintas formas, pero es importante considerar la posibilidad de disponer de información no sólo sobre la existencia o no existencia de programas, sino también sobre su nivel de cobertura, calidad e impacto. La información sobre si los niveles de cobertura son bajos, medianos o altos puede también completarse con información sobre el número de personas atendidas, los fondos disponibles y otros datos pertinentes.

68. En el cuadro 2 se ofrece un resumen analítico de las distintas cifras y de los comentarios antes expuestos. El cuadro 2 se ha elaborado siguiendo las líneas del cuadro utilizado en el informe de seguimiento del cumplimiento de los objetivos de desarrollo del Milenio (www.un.org/millenniumgoals). Los cuadrados con fondo blanco indican que en una determinada subregión se ha cumplido o está “en vías de cumplirse” el objetivo de establecer nuevos o mejores programas y estrategias de reducción de la demanda de drogas formulados en estrecha colaboración con las autoridades sanitarias, las de bienestar social y las encargadas de hacer cumplir la ley. Las cuadrículas en gris indican que se ha hecho algún progreso, pero no al ritmo que permitiría a los países de la subregión lograr el cumplimiento de ese objetivo para el año 2008. Las cuadrículas en negro señalan las áreas donde la situación no está mejorando o está empeorando. Evidentemente, la experiencia de cada país de la subregión correspondiente puede diferir del promedio subregional.

69. El análisis de las respuestas facilitadas por los Estados en las distintas secciones del CIB sobre la reducción de la demanda de drogas y el cuadro 2 se pueden utilizar para extraer algunas conclusiones básicas con el fin de que las examine la Comisión:

a) Se ha logrado un progreso considerable en el establecimiento de los fundamentos de una estrategia eficaz de reducción de la demanda y caben pocas dudas acerca del compromiso político y estratégico de los países; sin embargo, es necesario hacer algo más para establecer vínculos más amplios y hacer participar a todos los interesados;

b) El compromiso no se basa totalmente en unos cimientos sólidos. Es necesario que los países mejoren su base informativa y su capacidad de evaluación para desarrollar intervenciones mejores y más racionales;

c) En la mayoría de los países se producen intervenciones, pero hay margen para mejoras considerables, especialmente en la esfera de la reducción de las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales del uso indebido de drogas;

d) Las actividades de prevención y de tratamiento y rehabilitación ofrecen una imagen compleja: en algunas regiones progresan mientras que en otras se retrasan o disminuyen. Es necesario dedicar más recursos a intervenciones centradas en necesidades especiales. En general, está claro que es necesario hacer más para obtener resultados concretos y mensurables;

Cuadro 2
Informe de situación 2004: cumplimiento de los objetivos fijados por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones en la esfera de la reducción de la demanda de drogas, por regiones

Objetivo o meta	Norte de África y Oriente Medio	África subsahariana	América del Norte	América Latina y el Caribe	Asia central, meridional y sudoccidental	Asia oriental y sudoriental	Europa	Oceanía
El compromiso	medio, estable	mejorando	en vías de cumplimiento	medio, estable	bajo, retrasándose	en vías de cumplimiento	en vías de cumplimiento	medio, estable
Evaluación del problema	bajo, retrasándose	bajo, retrasándose	cumplido	medio, estable	mejorando	medio, estable	en vías de cumplimiento	alto, estable
Prevención	bajo, mejorando	bajo, mejorando	en vías de cumplimiento	bajo, retrasándose	bajo, mejorando	mejorando	medio, estable	en vías de cumplimiento
Tratamiento y rehabilitación	bajo, mejorando	bajo, mejorando	medio-alto, mejorando	bajo, disminuyendo	bajo, mejorando	bajo, disminuyendo	medio, estable	medio-alto, mejorando
Reducción de las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales del uso indebido de drogas	mejorando	bajo, empeorando	mejorando	bajo, retrasándose	bajo, retrasándose	bajo, retrasándose	medio, no mejorando	mejorando
Establecimiento de vínculos	progresando, pero se retrasa	mejorando	cumplido	en vías de cumplimiento	bajo, retrasándose	bajo, retrasándose	en vías de cumplimiento	medio, no mejorando
Concentración en las necesidades especiales	bajo, retrasándose	bajo, empeorando	alto, estable	medio, estable	mejorando	medio, no mejorando	en vías de cumplimiento	alto, estable
Difusión del mensaje apropiado	mejorando	en vías de cumplimiento	cumplido	en vías de cumplimiento	mejorando	en vías de cumplimiento	en vías de cumplimiento	cumplido
Aprovechamiento de la experiencia	mejorando	mejorando	alto, sin mejorar	medio, estable	mejorando	medio, estable	en vías de cumplimiento	medio, no mejorando

Fuente: Cuestionario para los informes bienales.

e) Por lo que respecta al análisis regional, el África subsahariana, Asia central, meridional y sudoccidental, y el norte de África y el Oriente Medio requieren más decisión y recursos para que se reduzca la demanda de drogas. Los progresos relativos logrados en América Latina y el Caribe y parcialmente en Asia oriental y sudoriental pueden frenarse si no se mantienen las intervenciones. América del Norte, Europa y Oceanía tienen que mantener su nivel relativamente bueno de intervención en la mayoría de las esferas y responder con flexibilidad a las nuevas tendencias que se van manifestando.

Nota

¹ El *Índice de reducción de la demanda* se basa en las respuestas de los Estados Miembros al cuestionario para los informes bienales y se centra en la aplicación y la cobertura de las actividades de reducción de la demanda de drogas. Se ha procedido a un análisis de los datos aportados por los países que han respondido al cuestionario para los informes bienales en más de un ciclo de presentación de informes. Las preguntas incluidas en el apartado "Tratamiento del problema" se modificaron considerablemente cuando se revisó el cuestionario y, por consiguiente, en el análisis actual sólo se han tenido en cuenta los ciclos de presentación de informes 2000-2002 y 2002-2004 para garantizar la comparabilidad. Los progresos en las distintas esferas de la reducción de la demanda se presentan bajo la forma de promedios regionales, que se calculan a partir de los porcentajes de cumplimiento de las actividades en los países de cada región. Se espera que el nuevo método mejorará el análisis general de las medidas que se adopten para cumplir las metas y objetivos aprobados por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones con respecto a la reducción de la demanda de drogas y facilitará la evaluación a largo plazo de la aplicación del Plan de Acción para la aplicación de la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas (anexo de la resolución 54/132 de la Asamblea General).