



Consejo Económico y Social

Distr. GENERAL

E/CN.7/1997/3

17 de febrero de 1997

ESPAÑOL

Original: INGLÉS

COMISIÓN DE ESTUPEFACIENTES

40º período de sesiones

Viena, 18 a 27 de marzo de 1997

Tema 5 del programa provisional*

DEMANDA ILÍCITA DE DROGAS

La situación mundial con respecto al uso indebido de drogas

Informe de la Secretaría

Resumen

En el presente informe se intenta describir la situación mundial con respecto al uso indebido de drogas y las actividades de reducción de la demanda que han realizado los gobiernos en cumplimiento de los objetivos establecidos en el Plan amplio y multidisciplinario de actividades futuras en materia de fiscalización del uso indebido de drogas. El informe se basa principalmente en información suministrada por los gobiernos en sus respuestas a los cuestionarios para los informes anuales.

El Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) adelanta actualmente un examen de esos cuestionarios. En general, el uso indebido de anfetaminas, cannabis y opiáceos parece estar aumentando, mientras que el de cocaína y alucinógenos se mantiene estable, pero a niveles altos. La cannabis es la droga cuyo uso indebido se informa más frecuentemente, y se consume en todas las regiones del mundo. Según parece, es también la droga de consumo más extendido entre la población en general. La mayor parte de los países que informó sobre el uso indebido de opiáceos también informó sobre la tendencia al aumento constante de ese consumo. Varios países informaron del aumento en el uso indebido de drogas por los jóvenes. Además, hay indicios de que se empiezan a usar indebidamente drogas a una edad más temprana que antes.

* E/CN.7/1997/1.

A juzgar por lo que los gobiernos informan acerca de la reducción de la demanda, las actividades desarrolladas en la escuela son la forma más difundida de prevención en el mundo. Aunque, según se reconoce, los niños de la calle y los que abandonan la escuela son los que están más expuestos al uso indebido de drogas, se informó de muy pocas actividades destinadas a esos grupos.

La mayor parte de los países que respondió a los cuestionarios para los informes anuales indicó que no tenía una política articulada de tratamiento. El tratamiento se efectúa en diversos entornos. Además de la desintoxicación con medicamentos, en algunos países se puede recurrir a los modelos de la medicina tradicional y al tratamiento con acupuntura. En términos generales, parece que la reintegración social es el aspecto de la reducción de la demanda al que menos atención se presta.

ÍNDICE

| | <i>Párrafos</i> | <i>Página</i> |
|---|-----------------|---------------|
| INTRODUCCIÓN | 1 | 3 |
| I. EL ALCANCE Y LAS MODALIDADES DEL USO INDEBIDO DE DROGAS EN EL MUNDO | 2-25 | 3 |
| A. Extensión del uso indebido de drogas, por tipo de droga | 2-17 | 3 |
| B. Uso indebido de drogas por inyección | 18-25 | 6 |
| II. NUEVAS MODALIDADES Y TENDENCIAS, POR REGIÓN | 26-55 | 11 |
| A. África | 28-34 | 11 |
| B. América | 35-40 | 13 |
| C. Asia | 41-45 | 14 |
| D. Europa | 46-48 | 15 |
| E. Cercano Oriente y Oriente Medio | 49-51 | 16 |
| F. Oceanía | 52-55 | 16 |
| III. LOS JÓVENES Y EL USO INDEBIDO DE DROGAS | 56-64 | 17 |
| IV. RESPUESTAS AL USO INDEBIDO DE DROGAS | 65-93 | 19 |
| A. Respuestas globales: estrategias | 65-68 | 19 |
| B. Acopio de datos | 69-75 | 20 |
| C. Respuestas relativas a la prevención | 76-83 | 21 |
| D. Respuestas relativas al tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social | 84-93 | 22 |
| V. DIFICULTADES DEL ACOPIO DE DATOS SOBRE EL USO INDEBIDO DE DROGAS | 94-106 | 24 |
| VI. CUESTIONES QUE PODRÍA EXAMINAR LA COMISIÓN DE ESTUPEFACIENTES | 107-106 | 27 |

Mapas

| | | |
|--|--|---|
| 1. Distribución geográfica de los países y territorios que suministraron informes al PNUFID en 1995 | | 4 |
| 2. Uso indebido de cannabis por cada 100 habitantes, 1992-1995 | | 5 |
| 3. Países y territorios que informaron acerca del consumo de drogas por inyección y la existencia de personas seropositivas entre los toxicómanos que se inyectaban drogas | | 9 |

Figuras

| | |
|---|----|
| I. Tendencias en el modo de consumo de la heroína, 1992-1995 | 10 |
| II. África: tendencias del uso indebido de drogas, 1992-1995 | 12 |
| III. América: tendencias del uso indebido de drogas, 1992-1995 | 13 |
| IV. Asia: tendencias del uso indebido de drogas, 1992-1995 | 14 |
| V. Europa: tendencias del uso indebido de drogas, 1992-1995 | 15 |
| VI. Cercano Oriente y Oriente Medio: tendencias en el uso indebido de drogas, 1992-1995 | 16 |
| VII. Oceanía: tendencias en el uso indebido de drogas, 1992-1995 | 17 |
| VIII. Solventes volátiles (inhalantes): tendencias del uso indebido por región, 1992-1995 | 19 |
| IX. Tipos de programas de tratamiento existentes | 23 |
| X. Tipos de programas de reinserción social existentes | 24 |

Cuadro Estimaciones en la frecuencia del uso indebido de drogas, por tipo de droga y país o territorio, 1992-1995

7

INTRODUCCIÓN

1. Todos los Estados partes en los tratados de fiscalización internacional de drogas están obligados en virtud de esos instrumentos a suministrar información al Secretario General. Si bien no existe tal obligación en el caso de los Estados que no son partes en los tratados, se alienta su cooperación. Los cuestionarios para los informes anuales son la principal fuente de información sobre la situación del uso indebido de drogas y sobre la forma en que se hace frente en los diversos países. Se alienta también a los países a que complementen sus cuestionarios para los informes anuales con informes sobre estudios u otras investigaciones. El presente informe se basa principalmente en datos obtenidos de los informes correspondientes a 1995 presentados por los gobiernos a la secretaría de la Comisión de Estupefacientes en el segundo semestre de 1996, información que se complementa con otros datos oficiales disponibles.

I. EL ALCANCE Y LAS MODALIDADES DEL USO INDEBIDO DE DROGAS EN EL MUNDO

A. Extensión* del uso indebido de drogas, por tipo de droga

2. En 1995, de un total de 192 países receptores 90 suministraron información sobre la parte del cuestionario para los informes anuales relativa a la reducción de la demanda, pero solamente 37 países suministraron estimaciones del número de toxicómanos en 1995. Para preparar el presente informe, las cifras correspondientes a 1995 se complementaron con datos de 1992, 1993 y 1994, en el supuesto de que los países que habían informado acerca del uso indebido de una determinada droga en esos años recientes probablemente tuvieron una población de toxicómanos similar en 1995, a menos que hubieran indicado un cambio al respecto. Las tasas de extensión se han calculado sobre la base del número de toxicómanos declarado en los cuestionarios para los informes anuales** y de las cifras de la población total suministradas por la División de Estadística de la Secretaría para cada año sobre el que se informó¹. En el mapa 1 se muestra la distribución geográfica de los países y territorios que suministraron informes anuales al Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) en 1995.

* El término "extensión" se utiliza en este caso para indicar el porcentaje de toxicómanos en la población total.

** Las drogas se clasifican de la siguiente manera en los cuestionarios para los informes anuales: drogas de tipo opiáceo (opio, heroína, morfina, otros opiáceos, analgésicos estupefacientes sintéticos); de tipo cocaína (cocaína (base y sales), pasta de coca); de tipo cannabis; alucinógenos; de tipo anfetamina (anfetamina, metanfetamina, otras anfetaminas); de tipo sedantes (barbitúricos, benzodiazepinas, otros sedantes); drogas múltiples (si no figuran en las categorías que anteceden); y solventes volátiles (inhalantes).

3. Cabe observar que los datos no son directamente comparables entre sí. En diferentes países se reúnen datos diferentes, utilizando instrumentos diferentes para la recopilación de datos y supuestos diferentes acerca de la índole del problema. Algunos países calculan el número anual de toxicómanos sobre la base de las cifras suministradas por el sistema de tratamiento, otros países basan sus estimaciones en estudios cuyos resultados se han extrapolado al resto de la población. Ya que la base para las estimaciones es tan variada y el número de países que presenta informes no se distribuye de manera homogénea entre las regiones del mundo, no es posible extrapolar al nivel mundial las cifras suministradas por los distintos países.

4. El uso indebido de drogas, por su propia índole, es una actividad muy privada y secreta. Por ello, es más probable que el número de toxicómanos se subestime y no lo contrario. Además, cabe suponer que las tasas altas de extensión del uso indebido de una determinada droga indican que, en realidad, el consumo de esa droga está más difundido que el de drogas cuyas tasas de extensión declaradas son más bajas. En consecuencia, se puede llegar a la conclusión de que, aunque hay más países que han informado sobre el uso indebido de opiáceos, de las tasas de extensión (las tasas más altas van del 0,9% al 1,8%) se desprende que el uso indebido de opiáceos está menos extendido entre la población en general que, por ejemplo, el uso indebido de sedantes, cuyas tasas de extensión más altas oscilan entre un 5,5% y un 25%.

5. *Las drogas de tipo cannabis* son productos de la cannabis, como el hachís y la marihuana. La concentración de la sustancia activa tetrahidrocannabinol (THC) varía mucho y depende de la parte de la planta que se utiliza y de dónde se cultiva. Por hachís se entiende la resina de cannabis, mientras que por marihuana se entienden las partes secas de la planta.

Mapa 1. Distribución geográfica de los países y territorios que suministraron informes al PNUFID en 1995

Nota: Los límites que figuran en este mapa no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas.

6. La cannabis es la droga sobre cuyo uso indebido se informó más frecuentemente y todas las regiones del mundo declararon su uso indebido. Sobre la base de los datos del cuestionario para los informes anuales, 73 países informaron acerca de la existencia de aproximadamente 48,5 millones de consumidores de cannabis. En cuanto a la frecuencia anual del uso indebido de cannabis, Oceanía fue la subregión que declaró las tasas más altas (Papua Nueva Guinea 23,5%, los Estados Federados de Micronesia 11,4% y Australia 10,3%), mientras que el

Asia oriental y sudoriental declaró las tasas más bajas (Nepal 0,7%, Maldivas 0,2%). Los Países Bajos sobresalen con una frecuencia mensual declarada del 4,4%. Otros países de alta frecuencia anual en Europa son Eslovenia (4%), Dinamarca (3,3%), Suiza (2,4%), Croacia (1,9%), la República Checa (1,5%), Alemania (1,2%) y Portugal (1%). En el Oriente Medio, Israel declaró la frecuencia anual más alta (1,5%). En el mapa 2 se ilustra el uso indebido de la cannabis por cada 100 habitantes.

7. Las *drogas de tipo opiáceo*, según la clasificación de los cuestionarios para los informes anuales, son el opio, la heroína, la morfina, los opiáceos y los analgésicos estupefacientes sintéticos, entre ellos petidina, meperidina, metadona y fentanil. Las drogas de tipo opiáceos alivian el dolor, calman los nervios, pueden aliviar el hambre y reducen las náuseas y los vómitos, y pueden producir euforia. El riesgo de contraer infecciones, como hepatitis y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), por compartir el equipo para inyectarse las drogas es bien conocido. El uso indebido de los opiáceos puede ocultar problemas médicos subyacentes, como inflamaciones e infecciones, debido a los efectos analgésicos de las drogas. Se puede producir la muerte por dificultades para respirar y por paro cardíaco.

8. De los informes se desprende que las drogas de tipo opiáceo ocuparon el segundo lugar entre las drogas de uso indebido más frecuente y 69 países informaron que había 1,2 millones de toxicómanos. Sin embargo, cabe observar que, aunque el número de países que informó al respecto fue comparativamente alto, varios países de consumo importante de opiáceos no suministraron estimaciones del número de consumidores entre su población. Por ello, cabe suponer que el número de toxicómanos sobre el que se informó representa una considerable subestimación del número real de toxicómanos en el mundo.

Mapa 2. Uso indebido de cannabis por cada 100 habitantes, 1992-1995 ^a

Fuente: PNUFID, cuestionarios para los informes anuales, parte II, Uso indebido de drogas, 1992-1995.

Nota: Los límites que figuran en este mapa no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas.

^a Se suministran las cifras más recientes.

9. La mayor parte de los países que informó sobre el uso indebido de opiáceos también señaló una tendencia constante al aumento. Todas las regiones del mundo, excepto el Caribe, declararon altas tasas de uso indebido de opiáceos. Los Estados Unidos de América (1,8%), el Brasil (1%) y Portugal (0,6%) informaron de una elevada frecuencia del uso indebido de heroína. En cuanto a otros tipos de opiáceos, Bolivia informó de una frecuencia anual del 0,9% en el uso indebido de analgésicos estupefacientes sintéticos, mientras que la República Democrática Popular Lao informó acerca de las mismas tasas de frecuencia anual y diaria respecto del uso indebido de opio.
10. *La drogas de tipo sedantes* son los barbitúricos, las benzodiacepinas y otros sedantes, por ejemplo, la metacualona. Una sobredosis de barbitúricos puede producir la muerte por envenenamiento. Las benzodiacepinas, como el flunitrazepam (Rohypnol), el diazepam (Valium) y el clordiazepóxido (Librium) son más populares que los barbitúricos.
11. Cincuenta y cinco países informaron del uso indebido de sedantes y se calculaba que había 46,4 millones de consumidores. Muchos países que informaron del consumo ilícito de sedantes señalaron una estabilización gradual del consumo. Entre los países que declararon una alta frecuencia anual figuraban el Brasil (25%), Papua Nueva Guinea (22,9%). Otros países con altas tasas de consumo son Honduras (7,6%), Chile (5,5%), Colombia (3,4%), Ghana (3%), Namibia (2%), Bolivia (1,8%), México (1,3%), Israel y los Estados Unidos (1% cada uno). Dinamarca informó de una frecuencia diaria del 2,7%.
12. *Las drogas de tipo cocaína* son la cocaína (base y sales) y la pasta de coca. La cocaína es un estimulante del sistema nervioso central. Es también un analgésico de efecto local. Se puede inhalar (“*snorting*”), pero también se puede inyectar o aplicar directamente a una membrana mucosa. Las sobredosis de cocaína pueden producir ataques convulsivos, parálisis cardíaca o fiebre alta.
13. Cincuenta y un países informaron del uso indebido de cocaína y se calculaba que el número de consumidores ascendía a 10,9 millones de personas. El consumo de cocaína parece estabilizarse. Los países que declararon una alta frecuencia anual fueron la Argentina (4,4%), el Brasil (2%) y los Estados Unidos (1,7%). Aunque no se informó acerca del uso indebido de cocaína en el Asia meridional y central, sí se informó sobre incautaciones de cocaína en la India.
14. *Las drogas de tipo anfetamina* son la anfetamina, la metanfetamina (“*ice*”) y otras anfetaminas. Son estimulantes del sistema nervioso central y también anoréxicos. Se pueden tomar en forma de tabletas o cápsulas, por inhalación o por inyección. Con el tiempo, la supresión de las sensaciones de hambre y fatiga puede conducir a la malnutrición y al colapso, lo cual es causa de accidentes de tránsito entre los chóferes de camiones y ómnibus que usan esas drogas de manera indebida. La metilendioximetanfetamina (MDMA) (“*éxtasis*”) tiene efectos a la vez estimulantes y alucinógenos.
15. El número de toxicómanos que consumen drogas de tipo anfetamina se calculó en 6 millones, distribuidos en 37 países que presentaron informes, siendo Europa la región de mayor consumo, seguida de América. Una mayoría de los países informó que la ingestión era el método más frecuente de consumo, seguido de la inyección. Honduras (7,6%), el Brasil (2%) y Australia (1,7%) fueron los países que declararon las tasas más altas de frecuencia anual en los cuestionarios para los informes anuales.
16. *Los alucinógenos*, como la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), pueden producir un estado de conciencia alterado, con percepciones auditivas o visuales.
17. Había aproximadamente 2,9 millones de toxicómanos que consumían alucinógenos según informaron 26 países que abarcaban la mayor parte de las regiones, excepto Asia occidental. Los países que declararon una alta frecuencia de consumo fueron Australia (1,3%), el Brasil y los Estados Unidos (ambos poco menos de un 1%). En el cuadro se presenta una lista de los países que informaron de tasas de $\geq 0,1\%$ respecto de por lo menos uno de los tipos de drogas mencionados entre 1992 y 1995.

B. Uso indebido de drogas por inyección

18. Los consumidores de drogas por inyección (CDI) ocupan el segundo lugar entre los grupos expuestos a la infección con el VIH en América y Europa.² La práctica de inyectarse drogas no se limita a las inyecciones por vía intravenosa, sino que también abarca las inyecciones intramusculares o subcutáneas. Por ello, se ha considerado que la expresión genérica de “uso de drogas por inyección” refleja más precisamente la práctica y el comportamiento reales.

19. Para presentar una imagen más completa de la situación, los datos suministrados en los cuestionarios para los informes anuales se han complementado con otros datos³. Cientoveintiún países y territorios informaron del uso indebido de drogas por inyección. De ellos, 71 países declararon casos de personas seropositivas entre los CDI. En el mapa 3 se ilustra la distribución de los países que informaron del uso indebido de drogas por inyección y se indican qué países declararon casos de personas seropositivas entre los CDI.

Cuadro. Estimaciones de la frecuencia del uso indebido de drogas, por tipo de droga y país o territorio, 1992-1995
(Porcentaje de toxicómanos como parte de la población total)

| <i>País o territorio</i> | <i>Drogas de tipo opiáceo</i> | <i>Drogas de tipo cocaína</i> | <i>Drogas de tipo cannabis</i> | <i>Alucinógenos</i> | <i>Drogas de tipo anfetamina</i> | <i>Drogas de tipo sedante</i> | <i>Solventes volátiles</i> |
|--|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| <i>África</i> | | | | | | | |
| Chad | 0,2 | < | 0,6 | 0,1 | 0,5 | 0,5 | 0,2 |
| Ghana | < | < | 12,0 | .. | < | 3,0 | .. |
| Mauricio | 0,3 | .. | 0,3 | .. | .. | .. | .. |
| Namibia | .. | .. | 2,0 | .. | .. | 2,0 | 0,7 |
| Sudáfrica | < | < | 0,1 | < | < | < | .. |
| <i>América</i> | | | | | | | |
| Argentina | < | 4,4 | 0,2 | .. | .. | 0,3 | .. |
| Bahamas | .. | < | 0,4 | .. | .. | .. | .. |
| Bolivia | 0,9 | 0,2 | .. | < | .. | 1,8 | 2,8 |
| Brasil | <1,0 | 2,0 | 15,0 | <1,0 | 2,0 | 25,0 | 5,0 |
| Canadá | .. | 0,7 | 7,4 | 0,9 | 0,2 | .. | .. |
| Chile | 0,2 | 0,4 | 1,8 | < | 0,7 | 5,5 | < |
| Colombia | < | 0,3 | 0,8 | .. | 0,2 | 3,4 | 0,3 |
| Estados Unidos de América | 1,8 | 1,7 | 7,1 | 0,9 | 0,9 | 1,0 | 0,8 |
| Honduras | < | 0,9 | 2,1 | .. | 7,6 | 7,6 | .. |
| México | < | 0,1 | 0,3 | < | 0,3 | 1,3 | 0,2 |
| Perú | .. | 0,3 | 0,6 | .. | .. | .. | 0,8 |
| <i>Asia</i> | | | | | | | |
| Hong Kong | 0,3 | < | < | .. | < | < | < |
| Malasia | 0,1 | .. | < | .. | < | .. | .. |
| Maldivas | 0,6 | .. | 0,2 | .. | .. | 0,1 | .. |
| Nepal | 0,1 | .. | 0,7 | < | .. | < | .. |
| República Democrática Popular Lao | 0,9 ^a | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| <i>Cercano Oriente y Oriente Medio</i> | | | | | | | |
| Israel | 0,3 | 0,2 | 1,5 | 0,3 | .. | 1,0 | .. |

| <i>País o territorio</i> | <i>Drogas de tipo opiáceo</i> | <i>Drogas de tipo cocaína</i> | <i>Drogas de tipo cannabis</i> | <i>Alucinógenos</i> | <i>Drogas de tipo anfetamina</i> | <i>Drogas de tipo sedante</i> | <i>Solventes volátiles</i> |
|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| Jordania | 0,2 | < | 0,2 | .. | < | 0,6 | 0,1 |

| <i>País o territorio</i> | <i>Drogas de tipo opiáceo</i> | <i>Drogas de tipo cocaína</i> | <i>Drogas de tipo cannabis</i> | <i>Alucinógenos</i> | <i>Drogas de tipo anfetamina</i> | <i>Drogas de tipo sedante</i> | <i>Solventes volátiles</i> |
|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| Europa | | | | | | | |
| Alemania | < | 0,1 | 1,2 | < | 0,1 | .. | .. |
| Croacia | 0,2 | < | 1,9 | < | < | < | 0,1 |
| Dinamarca | 0,3 ^a | 0,3 | 3,4 | .. | 0,6 | 2,7 ^a | 0,3 |
| Eslovenia | 0,3 | .. | >4,0 | .. | .. | .. | .. |
| Finlandia | < | .. | 0,7 | .. | < | 0,5 | .. |
| Liechtenstein | < | < | 0,4 | < | < | .. | .. |
| Mónaco | < | < | 0,3 | < | < | .. | .. |
| Noruega | 0,1 | < | < | .. | < | .. | 0,4 |
| Países Bajos | 0,2 ^a | .. | 4,4 ^b | .. | .. | .. | .. |
| Portugal | 0,6 ^a | < | 1,0 ^a | .. | < | 0,2 ^a | .. |
| República Checa | < | < | 1,5 | 0,2 | 0,1 | .. | 0,1 |
| San Marino | < | < | 0,1 | < | < | < | .. |
| Suecia | < | < | 0,1 | < | 0,2 | < | < |
| Suiza | 0,3 | 0,4 | 2,4 | .. | .. | .. | .. |
| Ucrania | 0,3 | .. | .. | .. | .. | .. | < |
| Oceanía | | | | | | | |
| Australia | 0,3 | 0,7 | 10,3 | 1,3 | 1,7 | 0,5 | 0,3 |
| Micronesia (Estados Federados de) | .. | .. | 11,4 | .. | .. | .. | 2,9 |
| Papua Nueva Guinea | .. | < | 23,5 | .. | .. | 22,9 | < |

Fuente: Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas.

Notas: Todas las cifras se han redondeado al decimal más cercano; (<) significa menos de 0,1.

^a Uso indebido diario.

^b Uso indebido mensual.

(..) No se dispone de datos.

**Mapa 3. Países y territorios que informaron acerca del consumo de drogas por inyección
 y la existencia de personas seropositivas entre los toxicómanos^a**

Fuentes: Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, cuestionarios para los informes anuales, parte II, Uso indebido de drogas (E/NR/1995/2); *AIDS 1994*, vol. 8

Nota: Los límites que figuran en este mapa no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas.

^a Los siguientes países informaron acerca del consumo de drogas por inyección; figuran en cursivas los países que informaron sobre la existencia de personas seropositivas entre los toxicómanos que se inyectan drogas:

| | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|------------------------|------------------------------|
| África | <i>Panamá</i> | <i>Tailandia</i> | <i>Reino Unido de Gran</i> |
| | <i>Puerto Rico</i> | Turkmenistán | <i>Bretaña e Irlanda del</i> |
| Chad | <i>República Dominicana</i> | Uzbekistán | <i>Norte</i> |
| Côte d'Ivoire | Suriname | <i>Viet Nam</i> | Rumania |
| Egipto | <i>Uruguay</i> | | <i>San Marino</i> |
| Etiopía | <i>Venezuela</i> | Europa | <i>Suecia</i> |
| Gabón | | Albania | <i>Suiza</i> |
| Kenya | Asia | <i>Alemania</i> | <i>Turquía</i> |
| Marruecos | Arabia Saudita | <i>Austria</i> | <i>Ucrania</i> |
| <i>Mauricio</i> | Azerbaiyan | <i>Belarús</i> | <i>Yugoslavia</i> |
| <i>Nigeria</i> | <i>Bahrein</i> | <i>Bélgica</i> | Oceanía |
| República Unida de | Bangladesh | Bulgaria | Australia |
| Tanzanía | <i>China</i> | <i>Croacia</i> | Fiji |
| Senegal | <i>Emiratos Árabes Unidos</i> | <i>Chipre</i> | Guam |
| Sudáfrica | <i>Filipinas</i> | <i>Dinamarca</i> | <i>Micronesia (Estados</i> |
| Sudán | <i>Hong Kong</i> | Eslovaquia | <i>Federados de)</i> |
| Túnez | <i>India</i> | <i>Eslovenia</i> | Nueva Caledonia |
| Uganda | <i>Indonesia</i> | <i>España</i> | <i>Nueva Zelandia</i> |
| Zambia | Irán (República | Estonia | |
| América | Islámica del) | Federación de Rusia | |
| | Iraq | <i>Finlandia</i> | |
| <i>Argentina</i> | <i>Israel</i> | <i>Francia</i> | |
| <i>Bahamas</i> | <i>Japón</i> | <i>Grecia</i> | |
| Bermuda | <i>Jordania</i> | <i>Hungría</i> | |
| Bolivia | Kazajstán | <i>Islandia</i> | |
| <i>Brasil</i> | Kuwait | <i>Irlanda</i> | |
| <i>Canadá</i> | Kirguistán | <i>Italia</i> | |
| <i>Chile</i> | Macao | Letonia | |
| <i>Colombia</i> | <i>Malasia</i> | Liechtenstein | |
| <i>Costa Rica</i> | <i>Myanmar</i> | <i>Lituania</i> | |
| <i>Ecuador</i> | Nepal | <i>Luxemburgo</i> | |
| <i>El Salvador</i> | <i>Omán</i> | Malta | |
| <i>Estados Unidos de América</i> | Pakistán | Moldova (República de) | |
| Guatemala | Provincia China de Taiwán | <i>Mónaco</i> | |
| Haití | <i>Qatar</i> | <i>Países Bajos</i> | |
| <i>Honduras</i> | República Árabe Siria | <i>Noruega</i> | |
| Jamaica | <i>República de Corea</i> | <i>Polonia</i> | |
| <i>México</i> | <i>Singapur</i> | <i>Portugal</i> | |
| <i>Nicaragua</i> | <i>Sri Lanka</i> | <i>República Checa</i> | |

20. Casi todos los países que informaron sobre el consumo de drogas por inyección, informaron también acerca de la inyección de drogas de tipo opiáceo (118 de 121 países). África, Asia oriental y sudoriental, América del Sur y Europa oriental y occidental informaron del consumo de cocaína y anfetamina por inyección. Se informó también sobre la práctica de inyectarse drogas de tipo anfetamina en Asia central. Se informó que en Europa oriental y América del Sur los toxicómanos se inyectaban alucinógenos.

21. Según el Programa Conjunto y de Copatrocinio de las Naciones Unidas sobre el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (UNAIDS), aproximadamente del 5% al 10% de las infecciones del VIH son el resultado de la contaminación del equipo utilizado para inyectarse drogas. El alcance de la infección del VIH entre los CDI difiere de un país a otro y de una región a otra. Por ejemplo, en Viet Nam, donde se decidió someter a la prueba del VIH a los CDI, se descubrió que el 72% de esa población estaba infectado⁴. En el caso de Ucrania, donde el número de personas seropositivas aumentó de 183 en 1994 a 5.360 en mayo de 1996, el 70% de las personas infectadas eran toxicómanos que se inyectaban drogas⁵.

22. La reducción del número de personas que empieza a inyectarse drogas podría frenar en cierta medida la transmisión del VIH. Una vez que se ha introducido el VIH en una comunidad de toxicómanos que se inyectan drogas, existe la posibilidad de una difusión sumamente rápida. Además, el grupo se convierte en fuente de transmisión heterosexual y perinatal del VIH: las investigaciones han demostrado que, entre las mujeres que tienen relaciones sexuales sin protección, las parejas de los varones que se inyectan drogas corren el más alto riesgo de contraer el VIH⁶. En la Figura I se indican las tendencias declaradas en cuanto al modo de consumo de la heroína entre 1992 y 1995.

Figura I. Tendencias en el modo de consumo de la heroína, 1992-1995

Fuente: Cuestionarios para los informes anuales recibidos por el Secretario General.

Nota: Cifras ajustadas en función del número de países y territorios que presentó informes cada año.

23. De la Figura se desprende que existe un ligero aumento de las prácticas de inhalar, fumar o aspirar drogas en comparación con el consumo por inyección. Varios factores podrían haber contribuido a esa situación. Las investigaciones indican que, al aumentar la conciencia de los riesgos de salud vinculados con el consumo de drogas

por inyección, como el VIH o la hepatitis, algunos usuarios han empezado a consumir heroína en formas distintas a la inyección. Además, la tendencia entre quienes empiezan a usar heroína en forma indebida es a no inyectarse inicialmente. En consecuencia, es posible que el aumento de las prácticas distintas de la inyección refleje en realidad la tendencia creciente al uso indebido de opiáceos a nivel mundial. Una combinación de todos esos factores podría haber contribuido a la tendencia reflejada en los datos hasta 1995.

24. Un estudio del PNUFID y la Organización Mundial de la Salud (OMS), "Multi-City Drug Injecting and HIV Study, 1994", relativo a la práctica de inyectarse drogas y la infección del VIH en 13 ciudades, mostró que quienes se inyectan drogas de hecho cambian su comportamiento en respuesta a la información sobre el VIH y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) si tienen acceso a los medios para cambiar de comportamiento. Sin embargo, parece más difícil contrarrestar una epidemia ya existente de VIH entre los CDI que prevenir una epidemia. Los 50 países y territorios que han informado que en ellos hay consumo de drogas por inyección pero no casos de infección del VIH entre los CDI deberían considerarse zonas de alto riesgo donde es necesario elaborar estrategias apropiadas para prevenir la difusión del VIH entre los toxicómanos.

25. Además del VIH/SIDA, la hepatitis y la tuberculosis son las infecciones más importantes entre los toxicómanos que se inyectan drogas. La incidencia de los casos agudos de hepatitis B (que es unas 10 veces más infecciosa que el VIH) se ha considerado durante mucho tiempo un indicador indirecto de la incidencia del consumo de drogas por inyección. Más recientemente, la incidencia de la hepatitis C entre los CDI ha causado preocupación. La hepatitis C produce hepatitis crónica, cirrosis y cáncer del hígado. El virus de la hepatitis C tiene mucho en común con el VIH. La persona infectada con hepatitis C se convierte en fuente de infección para otras personas, pero tarda por lo menos nueve meses en confirmar la infección en una prueba ensayo de laboratorio. Se han hecho pruebas de detección, pero son costosas y en la práctica no están disponibles en los países en desarrollo, que se ven particularmente afectados.

II. NUEVAS MODALIDADES Y TENDENCIAS, POR REGIÓN

26. Aproximadamente el 60% de los países que informó acerca de las tendencias del consumo ilícito de drogas señaló también un aumento o un notable aumento. Un 30% informó que la situación era estable, mientras que el 10% restante informó sobre una disminución o una gran disminución. Cada una de las drogas muestra modalidades diferentes. En general, el uso indebido de anfetaminas, cannabis y opiáceos parece aumentar, mientras que el de cocaína y alucinógenos se mantiene estable.

27. Con pocas excepciones, los países que informan sobre incautaciones de drogas informan también en general sobre el consumo ilícito de los mismos tipos de drogas. Una excepción son las benzodiazepinas y los sedantes de tipo barbitúrico, sobre cuyo consumo ilícito informan muchos países en América del Sur, pero sin que hayan los correspondientes informes sobre incautaciones. La razón puede ser que algunas de esas drogas se fabrican en el país, pero también puede ser el resultado de una aplicación insuficiente de los reglamentos y normas en materia de prescripción médica.

A. África

28. La vigilancia regular de la situación del uso indebido de drogas es particularmente desigual en África. Entre los países que presentaron informes, el panorama central es el de un aumento general del uso indebido de drogas, con la posible excepción de la cocaína y los alucinógenos, cuyo caso es más variado. En la Figura II se indican las tendencias declaradas del uso indebido de drogas en África, por tipo de droga, entre 1992 y 1995.

29. La cannabis crece en forma silvestre y se cultiva en muchos países de África. Etiopía, Marruecos y Sudáfrica son importantes productores de cannabis y los puertos del África oriental y meridional se utilizan frecuentemente para enviar resina de cannabis de Asia a Europa o América del Norte. La cannabis se consume

ampliamente en todas las subregiones de África. En 1995, se informó sobre un gran aumento del consumo de cannabis en el Chad, el Congo y Kenya. Mauricio, Marruecos y Sudáfrica, también informaron acerca de un creciente consumo de cannabis. Ghana (12,2%) y Namibia (2%) informaron sobre altas tasas de frecuencia del consumo. Aunque no se informó de una disminución del uso indebido de cannabis, algunos países de África informaron que la situación era estable.

30. La falta de fiscalización eficaz del sistema de abastecimiento de productos farmacéuticos y la existencia de mercados ilegales callejeros en que se venden esos productos facilitan la disponibilidad de sustancias sicotrópicas. El Chad y Kenya informaron de un gran aumento del consumo de sedantes en 1995, mientras que Marruecos y Sudáfrica informaron de un aumento moderado. Según los informes, el uso indebido de sedantes no disminuyó en 1995. Sudáfrica informó acerca del consumo ilícito por inyección. Ghana informó de una tasa alta pero estable del consumo diario (1,1%) y anual (2,9%) de benzodiazepinas. Namibia informó que en 1995 el consumo ilícito diario había sido alto pero estable (1,3%) y anual (1,9%) de metacualona. Sin embargo, se sabe que la metacualona se consume ampliamente en varios países de la región.

31. El Chad, el Congo, Côte d'Ivoire, Nigeria y Sudáfrica informaron que el consumo ilícito de anfetamina había aumentado. Sudáfrica informó que se inyectaban drogas de tipo anfetamina en el país. El Chad informó de un considerable aumento, que había llegado a un nivel de consumo ilícito anual del 0,5% en 1995.

32. Las tendencias con respecto al uso indebido de alucinógenos son diversas. Aproximadamente la mitad de los países informó de una disminución, mientras que la otra mitad señaló un aumento. En el Chad, donde se informó que aumentaba el uso indebido de alucinógenos, la frecuencia anual se estimó en un 0,13% en 1995. Sudáfrica también informó que había aumentado el uso indebido de alucinógenos en 1995.

Figura II. África: tendencias del uso indebido de drogas, 1992-1995

Fuente: Cuestionarios para los informes anuales recibidos por el Secretario General.

33. La heroína y el opio en bruto o procesado se transportan de Asia sudoccidental, oriental y sudoriental a puertos y aeropuertos africanos, y luego, a Europa y América del Norte. Burkina Faso, el Chad, Ghana, Kenya, Marruecos, Mauricio, Nigeria y Sudáfrica informaron sobre un aumento del consumo ilícito de las drogas de tipo opiáceo. El consumo ilícito de las drogas de tipo opiáceo sobre las que informó África abarcaba la heroína, el opio,

la morfina y los analgésicos estupefacientes sintéticos. Se ha informado del consumo de heroína por inyección en el Chad, Etiopía, Marruecos, Mauricio y Sudáfrica, y el Chad (0,2%) y Mauricio (0,3%) informaron sobre tasas de frecuencia anual que igualaban las registradas en Europa occidental. Marruecos y Nigeria informaron sobre casos de infección de VIH entre los toxicómanos que se inyectaban drogas.

34. Si bien el tráfico de cocaína se ha venido extendiendo en los últimos años de América del Sur a Europa a través del África oriental, meridional y occidental, las tendencias del consumo no son uniformes. La mitad de los países informó de una disminución o una estabilización del uso indebido de cocaína, mientras que un número similar de países informó que el consumo había aumentado. Según se informó, el consumo ilícito de cocaína y crack estaba aumentando en el Congo, Ghana, Marruecos, Namibia, Nigeria y Sudáfrica, mientras que el Chad informó de un considerable aumento del consumo de cocaína. Sudáfrica informó de la práctica de inyectarse cocaína.

B. América

35. En América, la modalidad más pronunciada es el aumento del uso indebido de opiáceos, junto con una estabilización del uso indebido de cannabis. En la Figura III se ilustran las tendencias declaradas del uso indebido de drogas en América, por tipo de droga, entre 1992 y 1995.

Figura III. América: tendencias del uso indebido de drogas, 1992-1995

Fuente: Cuestionarios para los informes anuales recibidos por el Secretario General.

36. La producción de opio a escala significativa se detectó por primera vez en 1988. A América Latina corresponde más del 2% de la producción mundial de opio. Se registró un aumento del uso indebido de drogas de tipo opiáceo en la Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, el Ecuador, los Estados Unidos y México. Los países que declararon una alta frecuencia anual del uso indebido de opiáceos fueron los Estados Unidos (1,8%), el Brasil y Bolivia (poco menos del 1%). Además de los Estados Unidos, también la Argentina y Colombia informaron del consumo de heroína por inyección.

37. En cuanto a la cannabis, la tasa de frecuencia anual en 1995 osciló entre un 15% (Brasil) y un 0,008%

(Uruguay). En 1995, los países con altas tasas, como los Estados Unidos (una frecuencia del 7,1%) registraron un aumento considerable. Honduras (una frecuencia del 2,1%) informó también acerca de un aumento del consumo de cannabis en 1995. Excepto Granada, ningún otro país informó de la disminución en el consumo de cannabis.

38. Aunque siguió aumentando el uso indebido de cocaína en Costa Rica, el Ecuador, los Estados Unidos, Honduras y el Paraguay, se informó que el nivel de consumo se había mantenido estable en el Canadá, Panamá y la República Dominicana y que incluso había disminuido en las Bahamas, Belice, Colombia y Granada. Se informó que en la Argentina se consumía cocaína por inyección.

39. Honduras y Panamá informaron de un consumo estable de sedantes en 1995, mientras que la Argentina y los Estados Unidos informaron que había aumentado el consumo.

40. La Argentina, Honduras y Panamá informaron que el consumo de estimulantes de tipo anfetamina se había estabilizado, mientras que Colombia, los Estados Unidos y el Paraguay señalaron que había aumentado.

C. Asia

41. La tendencia general en Asia es al aumento en el uso indebido de todas las drogas, excepto la cocaína y los alucinógenos. El aumento es particularmente evidente respecto de las drogas de tipo opiáceo y los sedantes, aunque la frecuencia de estos últimos es comparativamente baja. Los preparados farmacéuticos que contienen estupefacientes o sustancias sicotrópicas aún están ampliamente disponibles sin receta médica en toda Asia. En la Figura IV se muestran las tendencias en el uso indebido de drogas sobre las que se ha informado en Asia, por tipo de droga, entre 1992 y 1995.

Figura IV. Asia: tendencias del uso indebido de drogas, 1992-1995

Fuente: Cuestionarios para los informes anuales recibidos por el Secretario General.

42. EL cultivo ilícito de cannabis y adormidera, la producción de opio, la fabricación de heroína y el tráfico ilícito a gran escala de opiáceos constituyen el principal problema de Asia en materia de drogas. Asia sigue siendo

el principal proveedor de opio ilícito y su producción representa aproximadamente el 95% del total mundial. Aunque el fumar opio y heroína sigue siendo el principal método de administración, se informó del aumento del consumo de extracto de paja de adormidera por inyección entre los miembros de la Comunidad de Estados Independientes (CEI). Se ha informado sobre prácticas de consumo de heroína por inyección en los cuestionarios para los informes anuales presentados por Filipinas, la India, Indonesia, Malasia, Sri Lanka y Uzbekistán. La mitad de los países que informó del consumo de drogas por inyección, también informó sobre casos de infección del VIH entre los toxicómanos que se inyectaban drogas (véase el mapa 3, pág. 9).

43. El consumo ilícito de sedantes, sobre todo de barbitúricos y benzodiacepinas, parece estar en aumento, fenómeno persistente que posiblemente obedece a la falta de control de la prescripción médica. La situación se refleja también en el continuo uso indebido de jarabes para la tos que contienen codeína.

44. Según los informes, el uso indebido de la cocaína es estable, excepto en Indonesia y Singapur, donde se registró un aumento, y Filipinas, donde se informó de una considerable disminución.

45. Siguió aumentando el uso indebido de anfetaminas en Filipinas, Hong Kong, la India, Indonesia, el Japón, la República de Corea y Tailandia. En el Lejano Oriente, el estimulante de uso indebido más frecuente fue la metanfetamina. En Filipinas, se informó que la metanfetamina (*shabu*) había reemplazado a la cannabis como la sustancia de más amplio uso indebido.

D. Europa

46. La rápida transición en Europa central y oriental y en los Estados miembros de la CEI y los Estados bálticos ha contribuido a un aumento del uso indebido de drogas en la región. Las tendencias dominantes en Europa son los aumentos en el uso indebido de anfetaminas (incluida la MDMA) y alucinógenos, seguidos de la cannabis, la cocaína y los opiáceos. En la Figura V se muestran las tendencias declaradas del uso indebido de drogas sobre las que se ha informado en Europa, por tipo de droga, entre 1992 y 1995.

Figura V. Europa: tendencias del uso indebido de drogas, 1992-1995

Fuente: Cuestionarios para los informes anuales recibidos por el Secretario General.

47. En Europa occidental, continúa el uso indebido de anfetaminas. Las tasas de crecimiento más rápido son las relativas a la MDMA. Los países más afectados son el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y Dinamarca (0,6% de frecuencia anual), seguidos de Bélgica, Liechtenstein, Luxemburgo y Suecia (0,2%) y Alemania (0,1%). Alemania, Bélgica, Islandia, Liechtenstein, Lituania y Mónaco señalaron grandes aumentos del

uso indebido de anfetaminas. Otra droga sintética de fórmula manipulada, el oxibato de sodio (*gamma*-hidroxibutirato (GHB), conocido también como “X líquida” o “fantasía”) está empezando a aparecer en Europa. Belarús, Bélgica, Lituania y la República de Moldova informaron sobre grandes aumentos en el uso indebido de cannabis en 1995.

48. Belarús, Bélgica, Dinamarca, Francia, Italia, Liechtenstein, Luxemburgo, Noruega, Portugal, la República Checa y Suiza informaron en los cuestionarios para los informes anuales sobre el consumo de heroína por inyección. Se informó sobre el consumo de cocaína por inyección en Francia, Liechtenstein, Luxemburgo, la República Checa y Suiza. El consumo de drogas de tipo anfetamina por inyección, según se informó, se observó en Belarús, Bélgica, la Federación de Rusia, Francia, Lituania, Luxemburgo, la República Checa, la República de Moldova, Suecia y Suiza.

E. Cercano Oriente y Oriente Medio

49. Los informes presentados sobre el uso indebido de drogas en esta región fueron muy someros. Al parecer, los opiáceos y los sedantes no opiáceos son los dos principales tipos de drogas de consumo indebido en la región, seguidos de la cannabis y la cocaína. Según se informó, aumentaba tanto el consumo de opiáceos como de sedantes. Las modalidades con respecto al consumo de cocaína y cannabis eran diversas. En la Figura VI se muestran las tendencias declaradas en el uso indebido de drogas en el Cercano Oriente y el Oriente Medio, por tipo de droga, entre 1992 y 1995.

Figura VI. Cercano Oriente y Oriente Medio: tendencias en el uso indebido de drogas, 1992-1995

Fuente: Cuestionarios para los informes anuales recibidos por el Secretario General.

50. Los Emiratos Árabes Unidos, la República Islámica del Irán, el Iraq, Israel, Jordania, Omán y la República Árabe Siria y informaron del uso indebido de heroína. Las tasas de frecuencia anual se estimaron en un 0,5% en el caso de la República Islámica del Irán y un 0,2% en el de Jordania. Los Emiratos Árabes Unidos, Israel, Jordania, Qatar y Turquía informaron sobre la existencia de prácticas de consumo por inyección.

51. Israel, la República Árabe Siria y Turquía informaron sobre un aumento del uso indebido de cocaína. No se informó de ningún aumento del consumo ilícito de anfetaminas.

F. Oceanía

52. La droga sobre cuyo consumo se informó con mayor frecuencia en esta subregión fue la cannabis. No se informó de una disminución de su consumo. Lo mismo se aplica a los sedantes no opiáceos. En la figura VII se indican las tendencias declaradas del uso indebido de drogas en Oceanía, por tipo de drogas, entre 1992 y 1995.

53. Los Estados Federados de Micronesia, Papua Nueva Guinea, Fiji y Nueva Zelandia informaron de un aumento constante del consumo de cannabis. La tasa de frecuencia anual del consumo se estimó en un 10,3% en Australia, un 11,4% en los Estados Federados de Micronesia y un 23,5% en Papua Nueva Guinea. Si bien Australia y Nueva Zelandia informaron que el consumo de cocaína era estable, Papua Nueva Guinea informó que había aumentado el consumo todos los años, de 1992 a 1995.

Figura VII. Oceanía: tendencias en el uso indebido de drogas, 1992-1995

Fuente: Cuestionarios para los informes anuales recibidos por el Secretario General.

54. En Australia, la anfetamina sigue siendo, después de la cannabis, la droga ilícita más comúnmente usada. Se ha informado que el éxtasis es popular entre quienes frecuentan el ambiente de juerga (“rave”).

55. Australia fue el único país de la región que informó del uso indebido de drogas de tipo opiáceo. Sin embargo, la ubicación geográfica de Oceanía como punto de tránsito de drogas entre los productores de Asia y los mercados de América genera una situación vulnerable.

III. LOS JÓVENES Y EL USO INDEBIDO DE DROGAS

56. En la Convención sobre los Derechos del Niño (resolución 44/25 de la Asamblea General, anexo) se define al niño como una persona menor de 18 años de edad. Esa definición viene a reconocer la vulnerabilidad física y psicológica de la persona en crecimiento. Los niños y adolescentes requieren que se los proteja de las condiciones que puedan hacer daño a su salud y su desarrollo, como el trabajo de menores y las sustancias que producen

toxicomanía. En el artículo 33 de la Convención se dice lo siguiente:

“Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes, y para impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias.”

57. El uso indebido de drogas por los jóvenes parece estar aumentando en la mayor parte de las regiones del mundo. Muchos países de Europa han informado del aumento del uso indebido de cannabis. Los Estados Unidos informaron acerca de una tendencia ascendente en el consumo de marihuana entre los alumnos de 11° y 12° grados entre 1992 y 1995 y señalaron que se había duplicado la frecuencia del consumo entre los alumnos de octavo grado en el mismo período⁷. Si bien es difícil obtener cifras reales, los gobiernos de los países de África y Oceanía han informado que, además del consumo tradicional de cannabis por personas mayores, constantemente aumenta el uso indebido de esa sustancia entre los jóvenes.

58. El uso indebido de las drogas de tipo opiáceo está aumentando en casi todas las regiones del mundo, en particular en Europa y América del Norte. Por ejemplo, Eslovaquia ha informado de un rápido aumento del uso indebido de heroína desde 1990, en particular entre los jóvenes⁵. El creciente uso indebido de los opiáceos, sobre todo entre los jóvenes, se ha señalado en el caso de los países del Asia central, donde el consumo por inyección del extracto de paja de adormidera es la forma predominante del uso indebido de drogas. En los Estados Unidos, la frecuencia del uso indebido de heroína entre los alumnos de octavo grado aumentó del 0,7% en 1992 al 1,4% en 1995⁷.

59. Existe un considerable y creciente número de consumidores de estimulantes de tipo anfetamina “por diversión”, cuyas tasas de consumo son similares entre varones y mujeres. En Tailandia, donde el número de toxicómanos que consumen anfetamina se ha calculado en 260.000 personas, el creciente uso indebido de la anfetamina entre los adolescentes preocupa a las autoridades nacionales⁵.

60. A nivel mundial, existe una mayor disponibilidad de drogas y, al mismo tiempo, una mayor variedad. Las pautas de comportamiento de los toxicómanos son cada vez más homogéneas en todo el mundo. A través de los medios de difusión masiva como la radio, los conciertos de música popular, la televisión, las cintas de vídeo, las revistas para jóvenes y la tecnología de la información, una proporción significativa de la población mundial de jóvenes está expuesta a una cultura que es más tolerante que antes frente al uso de drogas. No puede ya argüirse que el uso indebido de drogas se produzca solamente entre grupos marginados de jóvenes, o sobre todo, en los países occidentales industrializados.

61. Además, hay indicios de que los jóvenes se inician en el uso indebido de drogas cada vez más frecuentemente a una edad más temprana que antes. Excepto en el caso de la cocaína y los sedantes, quienes buscan tratamiento por problemas de toxicomanía son cada vez más jóvenes. Esa tendencia es particularmente notoria entre las personas que acuden a tratamiento por uso indebido de opiáceos: en 1995, más jóvenes del grupo de 15 a 19 años de edad se sometieron a tratamiento que durante todo el período trienal de 1992 a 1994. En los Estados Unidos, casi dos terceras partes de los consumidores de LSD que acudieron a tratamiento en 1995 tenían menos de 20 años⁵.

62. La creciente popularidad de drogas como la metanfetamina, el éxtasis y otros estimulantes de tipo anfetamina en Europa occidental, América del Norte y algunos países de Europa oriental y Asia oriental y sudoriental es particularmente preocupante. Se trata de drogas estrechamente vinculadas en algunos países con el ambiente de “juerga” o baile, que es particularmente atractivo para los jóvenes. Paradójicamente, esas drogas, a pesar del daño que pueden hacer, incluidas varias muertes atribuidas al uso indebido de éxtasis, gozan de una imagen más benigna que los estimulantes que se producen a partir de plantas.

63. Se ha argüido que hay ciertos factores concretos que explican la creciente popularidad de los estimulantes

de tipo anfetamina, tales como una sociedad más competitiva con mayor necesidad de niveles cada vez más altos de estimulación, la pérdida de los vínculos familiares y el descrédito de los sistemas de creencias tradicionales. Los niveles crecientes de desempleo alienan también a los jóvenes de la generación mayor. Evidentemente, en las estrategias de prevención se deben tener en cuenta esos factores así como la necesidad de que los propios jóvenes desempeñen un papel central en la elaboración y aplicación de medidas de prevención, a fin de asegurarse de que con ellas se llega a los grupos a los que se aspira beneficiar.

64. Aunque los solventes volátiles (inhalantes) no están sujetos a medidas de fiscalización internacional, pueden servir de puerta de entrada al uso indebido de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, en particular entre las personas más jóvenes que atraviesan circunstancias particularmente difíciles, como los niños de la calle. Por ejemplo, en el Reino Unido, el uso indebido de solventes se circunscribe principalmente a los niños de 12 a 17 años, sobre todo alcanza su punto máximo entre los de 14 ó 15 años. Se ha calculado que a nivel mundial la frecuencia del uso indebido de sustancias volátiles entre los adolescentes es de un 4% a un 24%. En la Figura VIII se ilustran las tendencias declaradas del uso indebido de solventes volátiles (inhalantes) por región, entre 1992 y 1995.

Figura VIII. Solventes volátiles (inhalantes): tendencias del uso indebido por región, 1992-1995

Fuente: Cuestionarios para los informes anuales recibidos por el Secretario General.

IV. RESPUESTAS AL USO INDEBIDO DE DROGAS

A. Respuestas globales: estrategias

65. En su resolución 42/112, de 7 de diciembre de 1987, la Asamblea General instó a los gobiernos a que tuvieran debidamente en cuenta el marco que ofrecía el Plan Amplio y Multidisciplinario de actividades futuras en materia de fiscalización del uso indebido de drogas⁸ al formular programas para luchar contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas. En el párrafo 15 del Programa Mundial de Acción, aprobado por la Asamblea General en su resolución S-17/2, de 23 de febrero de 1990 y que figura como anexo a esa resolución, la Asamblea pidió a la Secretaría que enviara, el 31 de diciembre de cada año, un cuestionario sintético a todos los gobiernos en el que

solicitaría información pormenorizada sobre las medidas adoptadas con respecto a los siete objetivos enunciados el capítulo I del Plan Amplio y Multidisciplinario, que comprendían el acopio de datos y las actividades de prevención.

anuales, que se administra desde 1992, y que contiene también otras sobre los siete objetivos de tratamiento

66. En consiguieron los gobiernos en sus respuestas al cuestionario para los informes anuales. No se facilitaron muchos está con frecuencia descentralizada y compete a instancias locales, y que esas actividades son emprendidas también la sociedad civil. Sin embargo, del examen de las respuestas se desprenden ciertas tendencias en los diferentes países en las esferas de la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

En el Plan Amplio y Multidisciplinario se subraya categóricamente la necesidad de adoptar un enfoque equilibrado para hacer frente a la demanda, dependencias del gobierno y también la de instituciones de enseñanza superior, centros de investigación y otros

68. La países cuentan con un órgano coordinador para las cuestiones relativas al uso indebido y la fiscalización de drogas. obstante, dista de existir en todos ellos una estrategia nacional bien articulada en materia de drogas que permita aplicar un enfoque equilibrado entre el control de la oferta y la que existía un órgano coordinador de la fiscalización nacional de drogas, muchos países indicaron que afrontaban

B. Acopio de datos

69. objetivos 1 y 2 del Plan Amplio y Multidisciplinario se refieren a la evaluación de la difusión del uso indebido de drogas y a la organización de sistemas globales de acopio y evaluación de datos. En el Plan se señala los países que no tengan sistemas para estimar el alcance del uso indebido de drogas podrían establecerlos gradualmente, y que se deberían instaurar programas de capacitación para el personal que se ocupa del acopio y análisis de datos. Se recomienda, además, que los países prevean la recopilación sistemática de datos sobre subpoblaciones de defunciones, salas de urgencia de hospitales, centros de tratamiento de toxicómanos, prisiones, manicomios,

70. De con algún tipo de registro de datos sobre el uso indebido de drogas o con un sistema centralizado o nacional para datos sobre el uso indebido de drogas. Catorce de ellos son países de Europa occidental y central, 7 de Asia y 5 este tipo de sistemas para el acopio de datos sobre el uso indebido de drogas.

71. nacionales para reunir datos sobre el uso indebido de drogas diferían considerablemente. En algunos había una plantilla básica de personal que disponía básicas para mantener esos sistemas. La mayoría de los países indicó que hacía falta mejorar la coordinación entre diferentes sectores en los cuales se debían reunir los datos. Al parecer, era insuficiente el intercambio de información entre los diferentes organismos encargados de reunir datos sobre el uso indebido de drogas y los que los diversos elementos de esos datos. En consecuencia, los sistemas nacionales existentes contienen información incompleta.

Se señalaron diversas razones para explicar la inexistencia de un sistema nacional de acopio de datos sobre

el uso indebido de drogas en algunos países. Algunos notificaron que el problema de la droga no existía en su territorio, por lo que tampoco había mecanismos para reunir datos sobre él. En otros se reconocía la necesidad de crear tales sistemas pero no había recursos para hacerlo.

73. Un sistema nacional de reunión de datos sobre el uso indebido de drogas es una forma de obtener regularmente información sobre este problema. Veintinueve países indicaron haber efectuado estudios periódicos o únicos para colmar las lagunas de los datos o tratar de compensar la ausencia de un sistema para reunirlos en forma regular. En total, 13 países europeos, 8 de América, 4 del Cercano Oriente y el Oriente Medio, 3 de África y 1 de Asia informaron que habían realizado estudios en un momento determinado.

74. El siguiente tipo de estudio que con más frecuencia se efectúa es el de los estudios cualitativos o descriptivos del uso indebido de drogas, es decir, aquellos en que se procura describir a personas o situaciones en lugar de concentrarse en cifras o estadísticas. Veinte países indicaron haber efectuado dichos estudios sobre el uso indebido de drogas, 9 de Europa, 6 de América, 4 de África, y 1 de Asia. Diecisiete países -9 de Europa, 4 de América, 3 de África y 1 de la región del Cercano Oriente y el Oriente Medio- señalaron que habían realizado encuestas sobre las actitudes de la población en general o de grupos destinatarios determinados.

75. Cuatro países, 2 de Europa, 1 de América y 1 de Asia notificaron haber efectuado estudios sobre el costo económico del uso indebido de drogas para la sociedad y para las personas.

C. Respuestas relativas a la prevención

76. Los objetivos 3 a 7 del Plan Amplio y Multidisciplinario se refieren a la prevención. En el Plan se recomienda, entre otras cosas, desarrollar asignaturas de prevención del uso indebido de drogas y material didáctico para las instituciones educativas de todos los niveles, y que se pongan de relieve las ventajas de una vida sana y libre de drogas. Se consideran indispensables la educación y motivación de los maestros. En el Plan se recomienda también que los organismos gubernamentales del país promuevan actividades de esparcimiento sin drogas, por ejemplo de carácter cultural y deportivo. Los grupos cívicos, en particular los que se preocupan directamente de la juventud, deben difundir información sobre los peligros del uso indebido de drogas y los organismos de detección y represión deben participar, cuando proceda, en actividades de información. Se recomienda, además, pedir a las organizaciones voluntarias que impartan educación preventiva, brinden asesoramiento, orientación y tratamiento y se ocupen de la rehabilitación.

77. Con respecto a la prevención en el trabajo, el Plan Amplio y Multidisciplinario propone realizar seminarios de capacitación para supervisores, personas encargadas de organizar programas y otras, y divulgar en el trabajo información que señale los riesgos que comporta el uso indebido de drogas; las organizaciones de empleadores y de trabajadores deben elaborar programas de acción conjunta para desalentar dicha conducta.

78. Además, en el Plan se recomienda celebrar cursos prácticos y sesiones de información para empleados de los medios de comunicación a fin de ampliar sus conocimientos sobre el uso indebido de drogas, y formular directrices en forma de códigos de conducta que sean respetados al informar sobre hechos relacionados con el uso indebido de drogas.

79. De los datos facilitados en los cuestionarios para los informes anuales se desprende que las actividades escolares, especialmente en las escuelas secundarias, son la forma más común de prevención en todo el mundo. Se informó que los criterios se centraban en los factores que pueden conducir al consumo de drogas y en los que pueden proteger a los jóvenes de su uso indebido. Entre las actividades de prevención en la escuela de que informaron los países figuraban seminarios, cursos prácticos, exposiciones, distribución de material impreso, presentaciones audiovisuales, competencias de ensayo y programas de emulación de modelos. Se brindó muy poca información sobre las actividades de esparcimiento como instrumento de prevención, pero algunos países informaron sobre competencias deportivas y espectáculos musicales que se organizaban como actividades de recreación sustitutiva.

80. expuestos al mayor riesgo de destinados a estos grupos. Donde existían programas para los niños de la calle, se brindaba orientación y se actividades sustitutivas. En el caso de los desertores de la escuela, se mencionaron programas de educación no formal, así como de rehabilitación y orientación profesionales.

Hasta ahora las asociaciones de padres y maestros y los grupos de autoayuda de ex toxicómanos han sido, la prevención del uso indebido de drogas en la comunidad.

Los de programas en forma de conferencias y seminarios destinados a sensibilizar a los padres y hacer que tomen conciencia prevención en la familia. Los grupos cívicos se han encargado también de actividades de prevención dirigidas a los como la formación de dirigentes juveniles, la educación preventiva, las actividades comunitarias y la orientación de apoyo entre compañeros.

Los programas preventivos en el trabajo existen con más frecuencia en las grandes empresas con más de muy poco sobre estos programas, pese a que se trabajadores individualizadas por los países como expuestas a un alto riesgo de uso indebido de sustancias son los los camioneros de larga distancia, los obreros de la construcción, los trabajadores de la industria turística -incluidos trabajadores migrantes, los mineros, los empresarios, las amas de casa, los refugiados, los trabajadores sexuales,

83. En Cercano Oriente y el Oriente Medio se informó de que los ministerios, los profesionales de salud y en ocasiones los de represión cooperaban oficial u oficiosamente suministrando información y concediendo entrevistas de meridional, América del Norte y el Cercano Oriente y el Oriente Medio colaboran con los medios de difusión para efectuar campañas de prevención del uso indebido de drogas.

84. En asesoramiento, orientación, motivación, tratamiento en el sentido médico, rehabilitación y reintegración social, y lo que sería ideal, con la reincorporación del ex toxicómano a una vida libre de drogas. Se hace especial hincapié en los aspectos multidisciplinarios.

Los objetivos 29 a 33 y 35 abordan las cuestiones del tratamiento y la rehabilitación, mientras que el 34 se refiere a la atención de los delincuentes drogadictos en el sistema de justicia penal y de prisiones. En el nacional encargado de coordinar y orientar el desarrollo y el mantenimiento de un programa nacional completo de las instalaciones y servicios de tratamiento, a fin de posibilitar su supervisión. En el Plan se recomienda también de tratamiento. Los programas deben ser personalizados y orientarse a familiares. Se debe impartir capacitación a grupos concretos de profesionales, voluntarios y dirigentes comunitarios. necesario establecer instituciones “de paso” en las que pueda prepararse al ex toxicómano para llevar una vida apropiada. rehabilitación y la reinserción social. Las autoridades de salud pública deben reunir datos sobre distintas contagiosas que afecten a los toxicómanos, su forma de transmisión y el modo de contenerla. Se debe invitar a expertos a que estudien posibles medidas profilácticas que no promuevan ni faciliten

drogas.

86. La mayoría de los países que respondió a los cuestionarios para los informes anuales declaró que no tenía una política de tratamiento estructurada. El tratamiento del uso indebido de drogas se efectúa en hospitales psiquiátricos, hospitales generales y centros de tratamiento con régimen de pensión. En algunos países se dispone de atención psiquiátrica ambulatoria, centros de atención diurna, centros de urgencia de atención permanente y hogares de paso. Además del tratamiento de desintoxicación a base de medicamentos, en algunos países existen modelos de medicina tradicional. En varios países de Europa oriental y occidental, Asia y América, así como en servicios privados del Cercano Oriente y el Oriente Medio y en un país de África se ofrece el tratamiento de acupuntura. La figura IX indica la distribución de los tipos de programas de tratamiento existentes, según lo notificado por los gobiernos en su respuesta a los cuestionarios para los informes anuales.

87. Pese a que en algunos países todavía existen comunidades terapéuticas se tiende, especialmente en Europa meridional, a acortar la permanencia en instituciones, aumentar el profesionalismo, y administrar terapias personalizadas, así como a hacer más hincapié en ayudar al toxicómano a prepararse para llevar una vida independiente después del tratamiento.

88. Veintiocho de los 90 países que respondieron al cuestionario para los informes anuales correspondiente a 1995 señalaron que contaban con programas de sustitución o de mantenimiento, a saber: Bélgica, Canadá, Colombia, Dinamarca, Estados Unidos, Francia, Grecia, Honduras, India, Indonesia, Irán (República Islámica del), Irlanda, Israel, Italia, Jordania, Lituania, Luxemburgo, Mauricio, Noruega, Panamá, Paraguay, Portugal, Reino Unido, República Checa, República Dominicana, República de Moldova, Singapur y Suiza.

Figura IX. Tipos de programas de tratamiento existentes

Fuente: Cuestionarios para los informes anuales recibidos por el Secretario General.

89. En un estudio reciente del PNUFID se identificó a otros 21 Estados y territorios que tenían algún tipo de programa de mantenimiento: Alemania, Australia, Austria, Azerbaiyán, Croacia, Eslovenia, España, Finlandia, Guatemala, Hong Kong, Islandia, Kirguistán, Letonia, Lituania, Malta, México, Marruecos, Mónaco, Omán, Países Bajos y Suecia. La metadona era con mucho la droga que se utilizaba con más frecuencia con fines de mantenimiento. Otras drogas utilizadas con el mismo propósito eran la buprenorfina, la codeína, la dihidrocodeína, la heroína, el 1-alfacetilmedadol (LAAM), la morfina y la petidina.

90. Las políticas para reducir la transmisión de enfermedades contagiosas mediante el suministro de implementos limpios para inyectarse difieren de un país a otro. Once indicaron en sus respuestas al cuestionario que aplicaban programas de devolución de jeringuillas y agujas, 7 de ellos de Europa, 2 de América y 2 de Asia.

Por la información recibida parece ser que, en general, la reinserción y la reintegración social son el aspecto la reducción de la demanda al que menos se ha prestado atención. En los países que indicaron contar con programas disponibilidad de los servicios: a) asesoramiento para los farmacodependientes sometidos a tratamiento y sus b) formación; c) asistencia para encontrar empleo; y d) asistencia para buscar alojamiento. La figura X muestra gobiernos.

92. a las disposiciones de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961⁹ Protocolo de 1972 (inciso b) del párrafo 1 del artículo 36 y párrafo 1 del artículo 38) y a las del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 (párrafo 1 del artículo 20 e inciso b) del párrafo 1 del artículo 22), las partes culpables o de sancionarlas penalmente, o además de sancionarlas, a medidas de tratamiento, educación,

Figura X. Tipos de programas de reinserción social existentes

Fuente:

93. se dispone comúnmente de programas de reducción de la demanda ni de apoyo en el tratamiento para los presos sobre la forma de abordar eficazmente los problemas de los farmacodependientes para funcionarios del aparato de penal, el sistema correccional ni agentes de los organismos de represión. Menos frecuente es todavía la existencia de políticas, procedimientos y directrices formuladas expresamente para dichos funcionarios.

94. La decenio de 1980. En esos años se consideró que era posible aprovechar mejor la información que los Estados

Miembros debían presentar a las Naciones Unidas. Además, se necesitaba información de mejor calidad. El asunto se sometió a debate durante la Conferencia Internacional sobre el Uso Indebido y el Tráfico Indebido de Drogas, celebrada del 17 al 26 de junio de 1987 en Viena, en la que se convino que se debían elaborar métodos e instaurar sistemas para evaluar en forma comparativa la frecuencia y las tendencias del uso indebido de drogas.

95. La cuestión se planteó también en el párrafo 13 del Programa Mundial de Acción (resolución S/17-2 de la Asamblea General), en que se señaló que los Estados debían establecer y promover sistemas nacionales encargados de determinar la magnitud del uso indebido de drogas y de recopilar datos sobre las tendencias al respecto. La Asamblea General pidió a la antigua División de Estupefacientes que creara una base de datos relativa a la naturaleza y la magnitud del uso indebido de drogas a escala internacional.

96. El IDAAS se estableció para reunir y analizar los datos existentes. En consecuencia, depende de la información que suministran los gobiernos, ya sea en sus respuestas a los cuestionarios para los informes anuales o mediante informes complementarios sobre los resultados de las encuestas y los estudios de investigación efectuados en su territorio. La Parte II del actual cuestionario fue concebida expresamente para el Sistema por un grupo de expertos internacionales, y fue aprobada por la Comisión de Estupefacientes en su 34º período de sesiones, celebrado en mayo de 1991. Sin embargo, el porcentaje de cuestionarios respondidos ha sido desalentador: entre 1992 y 1995 no superó el 50%, y además es desigual la proporción de respuestas a cada pregunta.

97. Las razones pueden ser varias. Los países no tienen la misma capacidad para informar sobre la situación del uso indebido de drogas. Muchos carecen, sencillamente, de un sistema para reunir datos sobre este problema, mientras que otros cuentan, quizá con sistemas y registros estadísticos en los que podrían basarse los indicadores indirectos, pero no tienen mecanismos de coordinación que les permitan presentar una visión coherente de lo que ocurre en la esfera del uso indebido de drogas.

98. No obstante, es un hecho que el cuestionario se considera complicado y difícil de responder. Este hecho fue reconocido por la Comisión de Estupefacientes, que en su resolución 1994/3, de 10 de julio de 1994, pidió que se examinara e integrara todos los cuestionarios relativos a los informes anuales, utilizando técnicas modernas de comunicación y presentación, para hacer los cambios de formato que fueran necesarios para conseguir la máxima aceptabilidad y facilitar su utilización. Actualmente se está efectuando en el PNUFID un examen del cuestionario. Al efecto, se creó un grupo de trabajo encargado de:

- a) Analizar los requisitos en materia de información que se deben cumplir al responder al cuestionario;
- b) Examinar la medida en que el cuestionario permite cumplirlos;
- c) Examinar el formato del cuestionario y su división actual en partes y secciones;
- d) Evaluar la pertinencia y claridad de cada pregunta y de la terminología sobre fiscalización de drogas utilizada;
- e) Formular recomendaciones, cuando proceda, para perfeccionar el sistema y obtener con ello un mayor número de respuestas y datos de mejor calidad.

99. La simplificación del cuestionario para los informes anuales sería un paso necesario, pero insuficiente, para ampliar el alcance y aumentar la calidad del IDAAS. Pocos países cuentan con sistemas de vigilancia que les permitan definir y abordar eficazmente los problemas del uso indebido de drogas. A fin de mejorar la situación, el PNUFID presta asistencia a los países para realizar estudios con procedimientos de evaluación rápida que sirvan de base para ejercicios de programación. Desde 1992 se han efectuado esos estudios en Bangladesh, Bolivia, Camerún, Chile, Ecuador, Etiopía, Kenya, Myanmar, Nepal, República Checa y Viet Nam. La metodología de evaluación rápida ha resultado muy útil a efectos de programación, pues permite obtener una visión bastante

comp

y potenciales para hacerle frente. Sin embargo, no puede ocupar el lugar de la vigilancia sistemática de la situación

100. En los objetivos 1

hay que establecer sistemas para estimar el alcance del uso indebido de drogas. Los estudios o encuestas son instrumentos valiosos, pero con frecuencia costosos, para vigilar las tendencias y las pautas de esa conducta.

sectores de la salud y bienestar social o de los organismos de represión.

101.

respectivo y proceder en consonancia con el marco institucional y las exigencias de la legislación de cada país. Por

los distintos sistemas de un mismo país y entre los de países diferentes.

102.

como el Grupo de Trabajo Asiático sobre Epidemiología, en los que se debaten asuntos de interés común, se realizan actividades de capacitación y, en algunos casos, se elaboran instrumentos normalizados para la presentación

Indebido de Sustancias Químicas.

103. el Plan Amplio y Multidisciplinario se recomienda que las organizaciones regionales efectúen estudios comparativos

ocupados de los estudios epidemiológicos. Esto se hace con frecuencia cada vez mayor. A nivel europeo, la decisión en 1981 por el Grupo Pompidou del Consejo de Europa de crear un grupo de trabajo de expertos en epidemiología se basó en

como entre países europeos, a fin de definir políticas. El Grupo ha elaborado nuevos instrumentos de investigación perfeccionados los existentes. Estableció también una red de supervisión en varias ciudades que ha creado una base metodológica común para

PNUFID colabora con el Grupo Pompidou para extender la red a ciudades de Europa oriental e introducir las

104. El

suministrar a los Estados Miembros de la Unión Europea y de la Comisión Europea información objetiva, fidedigna comparable sobre la situación del continente en materia de drogas, toxicomanía y sus consecuencias. A fin de aumentar la comparabilidad y la calidad de los datos, el Centro recomienda establecer indicadores clave y datos

La labor comenzará con un examen en profundidad de la comparabilidad en el plano europeo de las definiciones

coordinación entre esos organismos, con miras a aumentar la eficacia en función de los costos de la labor de acopio

105. En

de los Estados Americanos elaboró recientemente un sistema estadístico uniforme y un programa informático para datos de distintas fuentes, como centros de tratamiento y salas de emergencia de toda la región. Además, se

se están poniendo en funcionamiento algunos elementos del mismo sistema en varios países de América Latina.

106. debe considerar al IDAAS como un sistema amplio en el que revisten igual importancia los datos de procedencia

sistema. Para que funcione mejor se deben adoptar medidas a los tres niveles.

VI. CUESTIONES QUE PODRÍA EXAMINAR LA COMISIÓN DE ESTUPEFACIENTES

107. En el presente informe se han definido las cuestiones importantes para el funcionamiento del IDAAS, que es un sistema para reunir, analizar y consignar los datos existentes y la información presentada por los gobiernos. El porcentaje de respuestas al cuestionario para los informes anuales es bastante desalentador. Hay lagunas de información con respecto a cuestiones como el número estimado de personas que hacen uso indebido diariamente, los datos sobre tratamiento y las muertes registradas. Además de los que facilitan los gobiernos, existe una gran cantidad de datos epidemiológicos. Sin embargo, su validez científica es variable y no siempre se conoce con exactitud.

108. Además de datos epidemiológicos, el cuestionario para los informes anuales reúne información sobre las actividades de reducción de la demanda en respuesta a las recomendaciones del Plan Amplio y Multidisciplinario. Aunque, por lo general, las condiciones no cambian muy a menudo, se pide a los Estados Miembros que respondan anualmente a preguntas relativas a la recopilación de datos, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

109. Teniendo presente lo anterior, se invita a la Comisión de Estupefacientes a que formule sus opiniones sobre:

a) La utilización de otras fuentes de información para complementar la que se presenta en el cuestionario para los informes anuales;

b) La frecuencia de la presentación de informes sobre el cumplimiento de los objetivos del Plan Amplio y Multidisciplinario.

Notas

¹ *Monthly Bulletin of Statistics*, vol. L, N° 7 (julio de 1996).

² A.R. Moss y col., "HIV seroconversion in intravenous drug users in San Francisco, 1985-1990", *AIDS 1994*, vol. 8, págs. 223 a 231.

³ *AIDS 1994*, vol. 8, págs. 1745 a 1756, y *HIV/AIDS Surveillance in Europe, 1996/2*.

⁴ "Indicative statistics on illicit drug production, trafficking and abuse in Viet Nam", Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, octubre de 1996.

⁵ *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 1996* (publicación de las Naciones Unidas, N° de venta S.97.XI.3), párrs. 216 y 333.

⁶ "Women and drug abuse" (E/CN.7/1994/BP.1, febrero de 1994), pág. 10.

⁷ Departamento de Salud y Servicios Humanitarios de los Estados Unidos de América, Servicio de Salud Pública, Institutos Nacionales de Salud, *National Survey Results on Drug Use from the Monitoring the Future Study, 1975-1995*, vol. 1, "Secondary school students" (publicación 96-4139 de los Institutos Nacionales de Salud), Washington, D.C., 1996, pág. 112.

⁸ Véase *Informe de la Conferencia Internacional sobre el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas, Viena, 17 a 26 de junio de 1987* (publicación de las Naciones Unidas, N° de venta S.87.I.18), cap. I, sec. A.

⁹ Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 520, N° 7515.

¹⁰ *Ibíd.*, vol. 976, N° 14152.

¹¹ *Ibíd.*, vol. 1019, N° 14956.