



COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

Bruselas, 18.4.2007
COM(2007) 199 final

INFORME DE LA COMISIÓN AL PARLAMENTO EUROPEO Y AL CONSEJO

sobre la aplicación de la Recomendación del Consejo, de 18 de junio de 2003, relativa a la prevención y la reducción de los daños para la salud asociados a la drogodependencia

ÍNDICE

1.	ANTECEDENTES.....	3
2.	METODOLOGÍA - RECOPIACIÓN DE DATOS.....	3
3.	RESULTADOS PRINCIPALES DE LA APLICACIÓN DE LA RECOMENDACIÓN DEL CONSEJO	4
4.	CONCLUSIONES	9
5.	SEGUIMIENTO DE LA RECOMENDACIÓN DEL CONSEJO DE 2003	10
	TECHNICAL ANNEXES.....	13
5.1.	ANNEX I – Abbreviations and technical terms used	13
5.2.	ANNEX II – Figures	14

1. ANTECEDENTES

El 18 de junio de 2003, el Consejo adoptó una Recomendación relativa a la prevención y la reducción de los daños para la salud asociados a la drogodependencia¹. El objetivo de la Recomendación es reducir la mortalidad y la morbilidad relacionadas con las drogas, animando a los Estados miembros a crear y desarrollar respuestas y estrategias para prevenir y reducir el daño relacionado con las drogas. Este sentido de la urgencia se reiteró en la Estrategia Europea en Materia de Lucha contra las Drogas (2005-2012) y en el Plan de Acción de la Unión Europea en Materia de Drogas (2005-2008).

La Recomendación contiene tres puntos principales para la acción de los Estados miembros:

- (1) fijar como objetivo de salud pública la prevención de la drogodependencia y la reducción de los riesgos asociados a ésta y desarrollar y aplicar las estrategias globales correspondientes;
- (2) reducir de forma sustancial la incidencia de los daños para la salud relacionados con las drogas (como la infección por el VIH, la hepatitis B y C y la tuberculosis) y el número de fallecimientos relacionados con las mismas, mediante trece puntos relativos a servicios y entidades de reducción del daño (por ejemplo, distribución de material de inyección, vacunación, tratamiento, información y formación);
- (3) llevar a cabo una evaluación capaz de potenciar la eficacia y eficiencia de la prevención de las toxicomanías y la reducción de los riesgos para la salud relacionados con las drogas, mediante nueve puntos que abarcan el aseguramiento de la calidad, la supervisión y la evaluación de los programas.

En la Recomendación se establece que los Estados miembros informarán a la Comisión sobre la aplicación de dichos puntos en el plazo de dos años a partir de su adopción, y se invita a la Comisión a elaborar un informe.

El Observatorio Europeo de las Drogas y la Toxicomanía (OEDT) publica anualmente un informe sobre el estado del problema de las drogas en la UE, que contiene información sobre la mortalidad y las enfermedades infecciosas (VIH/SIDA y hepatitis) relacionadas con las drogas. Véase la figura 1.

2. METODOLOGÍA - RECOPIACIÓN DE DATOS

El presente informe se basa en dos fuentes principales.

En primer lugar, en 2005 la Comisión pidió a los veinticinco Estados miembros que informaran sobre la situación relativa a la aplicación de la Recomendación del Consejo.

Dicha información fue tratada después por el *Trimbos-instituut*, centro de investigación independiente en el campo de salud mental y la adicción, al que se encargó la redacción de un documento de base para la preparación de este informe. El documento de base contiene información detallada sobre las políticas y prácticas de los Estados miembros para prevenir y reducir la morbilidad asociada con la drogodependencia, así como un estudio de la situación actual en cuanto a la eficacia de las intervenciones de reducción del daño².

¹ DO L 165 de 3.7.2003, pp. 31-33.

² Véase el anexo 2.

3. RESULTADOS PRINCIPALES DE LA APLICACIÓN DE LA RECOMENDACIÓN DEL CONSEJO

3.1. Punto 1 de la Recomendación – La reducción del daño como objetivo de salud pública

En todos los Estados miembros, la prevención y la reducción del daño relacionado con las drogas están definidas como objetivo de salud pública a escala nacional. En este proceso, la Recomendación desempeñó un papel importante, en especial en la mayoría de los países que se incorporaron a la UE en 2004.

Los Estados miembros también han incluido una referencia a la Recomendación del Consejo en la Estrategia Europea en Materia de Lucha contra las drogas (2005-2012).

3.2. Punto 2 de la Recomendación – Servicios y entidades de reducción del daño en los Estados miembros

Todos los Estados miembros han establecido servicios y entidades de reducción del daño, algunos en menor medida.

Los datos reunidos para el documento de base dan una buena descripción de la disponibilidad de servicios y entidades en los Estados miembros.

Véase la figura 2 del anexo II.

- *Servicios y entidades de reducción del daño en los Estados miembros*

Todos los Estados miembros han aplicado la política de ofrecer información y asesoramiento a los consumidores de drogas. Otras medidas de **información, educación y comunicación (IEC)** son las líneas telefónicas de ayuda y una amplia gama de prospectos educativos, disponibles para los consumidores de drogas en todos los países. Veintidós países utilizan sitios internet, y algunos incluso herramientas de asesoramiento por internet. En veintiún países hay cursos de formación que abordan la prevención de riesgos y daños. En Malta, por ejemplo, a los consumidores de drogas que acuden a consultas externas se les ofrece una formación individual.

Las comunidades y las familias de los consumidores de drogas participan ampliamente en las actividades de reducción del daño en los Estados miembros, y en la mayoría de los países cuentan con paquetes específicos de información. En el Reino Unido, por ejemplo, las familias reciben formación en materia de prevención de las sobredosis para reducir las muertes relacionadas con las drogas.

El **trabajo de proximidad** es una estrategia común de respuesta para prevenir las enfermedades infecciosas. Se lleva a cabo en todos los Estados miembros, ya sea en la calle o bien con ocasión de eventos recreativos como bailes o fiestas tecno, aunque con variaciones geográficas dentro de los países. Por ejemplo, en Italia existen proyectos de proximidad y servicios de umbral bajo, y con el tiempo ha ido ampliándose la variedad de la oferta. Además se ha introducido recientemente el tratamiento móvil con metadona en algunas zonas del país.

En la mayor parte de los Estados miembros, **compañeros y voluntarios** se implican sistemáticamente en el **trabajo de proximidad** (19). Se dispone de información sobre la formación de los compañeros y los voluntarios, pero no tanto sobre su involucración concreta

en el trabajo de proximidad. En Bélgica, por ejemplo, se forma a (antiguos) consumidores de drogas para difundir mensajes de prevención del VIH y de las sobredosis.

En la gran mayoría de los Estados miembros existen **redes** y hay **cooperación entre los organismos de trabajo de proximidad** (20), aunque en algunos su número es muy reducido. Es muy alentador que Lituania y Letonia vayan a aplicar pronto esta política.

En todos los Estados miembros **se ofrece tratamiento contra las drogas**, como el tratamiento de sustitución de opiáceos (en Chipre se están elaborando tales programas de tratamiento). Existen sistemas de mantenimiento y desintoxicación para estabilizar y reducir o abandonar el consumo de drogas, respectivamente. El tratamiento de **sustitución de opiáceos** es una estrategia común de respuesta para reducir las muertes relacionadas con la droga, y casi todos los países disponen de tratamiento de sustitución con metadona o buprenorfina, junto con atención psicosocial de apoyo (24). Suecia, por ejemplo, fue el primer país en ofrecer tratamiento de mantenimiento con metadona y actualmente está llevando a cabo un programa estricto de alto umbral de mantenimiento con metadona.

Varios estudios muestran una relación entre el tratamiento de mantenimiento de los usuarios de opiáceos y la reducción de las muertes relacionadas con la droga. La eficacia de los programas terapéuticos puede aumentar con el incremento de las dosis y cuando se ofrece paralelamente apoyo psicosocial.

Por lo que se refiere a la **prevención del desvío de los productos de sustitución**, la casi totalidad de los Estados miembros (22) indican la existencia de medidas, como el registro riguroso, el consumo directamente supervisado, los análisis de orina y la entrega diaria de las dosis, para evitar fugas hacia el mercado negro. Estonia y Eslovenia, por ejemplo, comunicaron específicamente que la ejecución de la política para prevenir el desvío es el resultado de la Recomendación.

Las pruebas de detección de las enfermedades infecciosas están abiertas a los toxicómanos de 19 Estados miembros a escala nacional, así como en algunas zonas geográficas de tres países. Quince países disponen a escala nacional de medidas de prevención y educación y de programas de tratamiento específicos para prevenir las enfermedades infecciosas, destinados a los consumidores de drogas, y otros cinco en determinadas zonas geográficas. Se organizan **campañas de vacunación** contra la hepatitis B orientadas expresamente a los drogodependientes: a escala nacional en quince países y en algunas regiones en otros cinco. Por ejemplo, Luxemburgo puso en marcha en 2005 un programa de acción e investigación mediante sus centros nacionales de coordinación (PFN)³ para ofrecer *in situ* la prueba de la hepatitis A, B, C y la del VIH, así como la vacunación contra la hepatitis A y B por ONG especializadas. En toda la UE existen **programas de vacunación**, pero no siempre se dirigen específicamente a los drogodependientes.

Veinticuatro Estados miembros disponen de **programas de intercambio de agujas y jeringas**, quince de ellos a nivel nacional. En todos los países de la Unión Europea, excepto en dos, los servicios para toxicómanos **distribuyen preservativos**. **Los programas de intercambio de agujas y jeringas**, combinados con medidas de información y educación dirigidas a los toxicómanos en su entorno diario, han demostrado ser a la vez poco costosos y eficaces para reducir los comportamientos de riesgo de los consumidores de drogas por vía intravenosa, por lo que pueden contribuir a prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas.

³ <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1956>

Todos los países tienen una política para velar por la formación y el equipamiento de los **servicios de urgencias** para tratar las sobredosis; en de la mayor parte ellos (20), las ambulancias suelen llevar naloxona, antagonista de los opiáceos. Por el contrario, el personal médico que trabaja en servicios de urgencia recibe formación específica para hacer frente a las sobredosis únicamente en diez países.

En el último apartado de este punto de la Recomendación se pide apoyo para actividades de **formación que conducen a una cualificación reconocida de los profesionales** responsables de la prevención y la reducción de los riesgos sanitarios asociados con la drogodependencia. Esta política existe en la casi totalidad de los Estados miembros (22). La formación de los trabajadores de proximidad y de los profesionales del tratamiento de mantenimiento existe, respectivamente, en 21 y en 20 países. La formación de los profesionales que trabajan en los servicios de umbral bajo está garantizada en 19 países.

- ***Servicios de reducción del daño en las cárceles***

El OEDT comunica que en Europa, la prevalencia del consumo de drogas por vía intravenosa entre los presos oscila entre un 7 % y un 38 %. Veinte Estados miembros ofrecen a los presos consumidores de drogas servicios similares a los disponibles para quienes no están en prisión, y otros cuatro se preparan para adoptar esta política.

En el documento de base se notifica que los programas de intercambio de agujas y jeringas en las prisiones probablemente contribuyen a que disminuya el hábito de que los consumidores de drogas por vía intravenosa compartan las agujas, y a reducir la transmisión de las enfermedades infecciosas relacionadas con el consumo de drogas. Ayudan también seguramente a disminuir los riesgos de absceso.

La distribución de material *ad hoc*⁴ para el consumo de drogas no es una práctica habitual en las cárceles (11 países solamente). Tres países ofrecen intercambio de agujas y jeringas en las cárceles. En España, por ejemplo, disponen de este programa 38 prisiones.

Se ofrecen tratamientos de sustitución en las prisiones de 17 países, y de desintoxicación en 19, aunque la cobertura varía considerablemente. Hay distribución de preservativos en las cárceles de 16 países.

Véase la figura 3 del anexo II.

- ***Integración de la reducción del daño en la atención sanitaria social y mental***

Los Estados miembros indican que la reducción del daño se considera, a nivel político, una parte integrante del trabajo psicosocial, pero según el documento de apoyo esta integración no siempre se aplica: «Los Estados miembros siguen teniendo el problema de los toxicómanos que presentan simultáneamente un problema de dependencia y un problema de salud mental (comorbilidad o doble diagnóstico), y la reintegración de los antiguos toxicómanos en la vida profesional normal y su alojamiento siguen siendo problemáticos».

Veintitrés países promueven la integración apropiada entre servicios sanitarios (incluidos los de salud mental) y asistencia social, por una parte, y los planteamientos especializados de reducción del riesgo, por otra. El 80 % de los países dicen llevar a la práctica esta política. En

⁴ Instrumentos y equipo necesarios para preparar o tomar drogas.

Francia, por ejemplo, el programa RMS (red de microestructuras) ofrece a toda clase de adictos la asistencia de médicos, trabajadores sociales y psicólogos.

Con todo, parece que la aplicación de esta política requiere aún algunas mejoras, ya que la instauración de un sistema completamente integrado de cuidados a los toxicómanos sigue planteando dificultades.

3.3. Punto 3 de la Recomendación – aseguramiento de la calidad, control y evaluación

No todos los Estados miembros ven el aseguramiento de la calidad, el control y la evaluación como tarea de la administración nacional. Sin embargo, suelen convenir en la necesidad de insistir en el recurso a datos probatorios de cara a la reducción del daño. En países de estructura federal o descentralizada, las tareas están divididas entre los diversos niveles de competencia. En otros, el aseguramiento de la calidad, el control y la evaluación se consideran tarea de organizaciones científicas independientes.

Véase la figura 4 del anexo II.

Estimación, control y evaluación de los servicios y las entidades de reducción del daño en los Estados miembros

La mayoría de los Estados miembros (19) afirma fundar específicamente sus decisiones políticas en **pruebas científicas de eficacia**. Varios países disponen de proyectos de investigación y evaluación para estudiar las iniciativas de reducción del daño (por ejemplo, programas de sustitución, trabajo de proximidad o intercambio de agujas). Por ejemplo, Alemania notifica una evaluación del tratamiento de sustitución (metadona y heroína). Lituania da cuenta de su proyecto «Autobús azul» de intercambio de agujas, que es objeto de una evaluación mensual, y también afirma llevar a cabo encuestas entre los usuarios. En Hungría, el Instituto nacional de prevención de la toxicomanía ha desarrollado una base de datos, «SZIP», para dar amplia difusión a las pruebas científicas de la eficacia, es decir, combinar la información de los programas y la investigación científica. Eslovaquia indica que explota sistemáticamente los resultados de los estudios internacionales para definir sus medidas y sus políticas.

Generalmente, los Estados miembros están de acuerdo en la **necesidad de las evaluaciones** en la fase inicial de los programas, pero no suelen convertirla en condición indispensable para la selección de programas e intervenciones. En Irlanda, en cambio, un estudio de referencia permitió determinar la tasa de vacunación contra la hepatitis B entre los toxicómanos, para concebir un proyecto piloto para mejorar la prevención de las enfermedades infecciosas entre los consumidores de drogas por vía intravenosa.

A menudo se considera que la **definición de protocolos de evaluación** para las intervenciones incumbe a las instituciones científicas que se ocupan de evaluación de la calidad. No obstante, algunos Estados miembros como la República Checa y Dinamarca han establecido protocolos y directrices en el marco de su política de lucha contra las drogas. En Chipre, por ejemplo, el comité científico del Consejo antidroga ha establecido directrices específicas para los centros de tratamiento de los toxicómanos con el fin de garantizar normas de calidad mínimas. Grecia tiene por política incluir una evaluación en cada programa. Doce países dicen aplicar este punto de la Recomendación.

Catorce Estados miembros han definido políticas para **promover la elaboración de criterios de calidad para la evaluación**. Estas políticas se encuentran a menudo en una fase primaria de desarrollo. En Finlandia, por ejemplo, el *Drug Policy Action Programme 2004-2007* (programa de acción antidroga 2004-2007) aboga por la elaboración de un marco de calidad para los prestadores de servicios en el ámbito de la toxicomanía. El OEDT ha publicado varios manuales y monografías sobre calidad y evaluación⁵, pero los países no notifican específicamente que recurran a ellos.

Veintitrés Estados miembros indican que siguen **los cinco indicadores clave⁶ del OEDT**. Sin embargo, algunos todavía no aplican los cinco. Cada año, el OEDT envía información a los distintos países en cuanto a la calidad de sus datos y las posibles lagunas de su información. Los informes de los Estados miembros se publican generalmente en los sitios web nacionales.

Diecinueve Estados miembros hacen hincapié en el hecho de que **los resultados de las evaluaciones ayudan a precisar y mejorar las políticas de prevención en materia de drogas**. Los países indican que la evaluación de las estrategias y los planes de acción nacionales en materia de drogas adquiere cada vez más importancia, pero solamente un número limitado de ellos parecen recurrir a una evaluación sistemática para determinar la eficacia de las medidas específicas. Muchos sistemas de evaluación no se refieren específicamente a las iniciativas de reducción del daño, sino más generalmente a la reducción de la demanda de drogas. En Polonia, por ejemplo, la evaluación de los programas terapéuticos destinados a prevenir las recaídas entre las presidiarias condujo a que se introdujeran nuevos objetivos en el programa nacional de prevención de las toxicomanías. En Portugal, la estrategia nacional en materia de drogas, «Horizonte 2004», fue objeto de una evaluación interna y externa, que condujo a la definición de nuevas recomendaciones, como el desarrollo de las iniciativas existentes para mejorar la reducción del riesgo y los sistemas destinados a limitar el daño (por ejemplo, programas de sustitución, intercambio de jeringas, campañas para la utilización de preservativos).

Catorce Estados miembros han creado **programas de formación en materia de evaluación** a distintos niveles y para distintos públicos. Los centros nacionales de coordinación (PFN) suelen aparecer como organizadores o coorganizadores de estos programas de formación, pero no consta que su evaluación forme parte del plan de estudios ordinario de los profesionales. Sin embargo, en la República Checa se han establecido algunas normas de calidad para los servicios de tratamiento de las dependencias, que se aplican en el marco de un programa de formación destinado a los profesionales, y en Austria el aseguramiento de la calidad y la evaluación forman parte del programa de estudios de la formación complementaria en materia de drogas.

Catorce Estados miembros dicen poseer una política de **asociación de todos los participantes y todas las partes interesadas en el proceso de evaluación**, pero muy pocos de ellos dan ejemplos concretos de participación e implicación. En los Países Bajos, por ejemplo, se ha creado un sistema de «consejos de clientes» para pacientes que reciben atención sanitaria, incluso por problemas de dependencia. En España, la participación de las partes interesadas en la evaluación constituye una prioridad del Plan Nacional sobre Drogas.

⁵ Véase http://publications.eu.int/others/sales_agents_en.html

⁶ <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1365>

Se han creado programas bilaterales y multilaterales que implican a varios Estados miembros, veintiuno de los cuales afirman tener una política para **fomentar el intercambio y la colaboración con los demás**. Parece que hay ahora más cooperación entre ellos e incluso con terceros países. También están cooperando con la Comisión, por ejemplo a través del Programa de Acción Comunitario en el Ámbito de la Salud Pública, con el fin de compartir sus competencias y experiencias con los demás países de la UE. El Programa Comunitario de Hermanamiento PHARE⁷ ha sido una herramienta importante para aumentar la colaboración los antiguos Estados miembros y los que se adhirieron a la Unión Europea en 2004. Siete países indican que la Recomendación ha sido una herramienta importante para el desarrollo de esta actividad.

Véase la figura 5 del anexo II.

4. CONCLUSIONES

- (1) Todos los Estados miembros disponen de políticas e iniciativas que reflejan en gran medida las de la Recomendación, y en la mayoría de los nuevos miembros el documento se considera un apoyo importante para el desarrollo político. La Recomendación también ha servido de referencia para la aplicación de medidas de reducción del daño. Como el nivel de aplicación varía de un país a otro y dentro de cada país, es necesario seguir desarrollando medidas y estableciendo servicios o entidades de reducción del daño vinculado a las drogas en el marco de un sistema integrado de prevención y asistencia.
- (2) Casi todos los Estados miembros disponen de una política para promover una integración adecuada de los servicios sanitarios (incluidos los servicios sociales y los de salud mental) y los especializados en reducción del daño. Conviene intensificar y proseguir estos esfuerzos para integrar los programas en el sistema general de atención sanitaria.
- (3) Todos los Estados miembros proponen tratamientos de sustitución con metadona y buprenorfina, junto con un seguimiento psicosocial, posibilidad que ha aumentado considerablemente durante la última década. Sin embargo, varía de un país a otro el modo en que la oferta responde a las necesidades calculadas. Es preciso garantizar la accesibilidad, cobertura y continuidad de estos servicios.
- (4) Los datos recogidos por el OEDT sobre la disponibilidad de servicios y entidades de reducción del daño son exhaustivos y de muy buena calidad. No obstante, convendría mejorar aún la información sobre la accesibilidad y la utilización de estos dispositivos, en particular por lo que se refiere a las poblaciones de riesgo, para tener un cuadro general de la situación en los distintos países, con indicaciones claras sobre su alcance como elemento clave para la evaluación de las políticas. Además, hay que colmar las carencias en cuanto al cumplimiento de los cinco indicadores clave del OEDT.
- (5) Casi todos los Estados miembros aplican medidas para prevenir las enfermedades infecciosas entre los presos consumidores de drogas. No obstante, las intervenciones

⁷ http://ec.europa.eu/enlargement/key_documents/phare_legislation_and_publications_en.htm.

de reducción del daño en las prisiones de la Unión Europea todavía no están en línea con el principio de equivalencia entre los servicios y cuidados sanitarios (incluida la reducción del daño) en las cárceles y fuera de ellas, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas⁸, el ONUSIDA de la OMS⁹ y la UNODC¹⁰. Por lo tanto, los países deben adaptar sus actividades de reducción del daño en las prisiones para responder a las necesidades de los toxicómanos y del personal penitenciario y mejorar el acceso a estos servicios. Es necesario también garantizar la continuidad de estos servicios, en particular, su calidad y su accesibilidad, después de la salida de la cárcel.

- (6) Los Estados miembros son cada vez más conscientes de la necesidad de fundar sus políticas en estudios y hechos concretos y de realizar sus actividades sobre la base de datos factuales, incluidas las actividades destinadas a prevenir y a reducir los daños para la salud. Con el fin de evaluar objetivamente las medidas aplicadas, conviene que un seguimiento más riguroso y unos estudios detallados formen parte de la política general de prevención y reducción del daño, como indica la Recomendación, de la Estrategia Antidroga de la Unión Europea (2005-2012) y del Plan de Acción contra la Droga de la Unión Europea (2005-2008).
- (7) Actualmente, los Estados miembros recurren a un amplio abanico de métodos para considerar, controlar y evaluar los servicios y las entidades de reducción del daño. Por ello, conviene debatir e intercambiar información sobre las buenas prácticas asociadas a estos métodos con el fin de definir planteamientos y herramientas armonizados para la recogida de datos objetivos, fiables y comparables.
- (8) Por último, es vital crear sinergias entre las políticas y las iniciativas relacionadas con la salud y su posible vínculo con el consumo de drogas (por ejemplo, la salud mental, el alcohol, la prevención de la infección por el VIH/SIDA, la toxicomanía en el trabajo, las drogas o los medicamentos al volante).

5. SEGUIMIENTO DE LA RECOMENDACIÓN DEL CONSEJO DE 2003

El informe sobre la aplicación de la Recomendación abarca un período de un año y medio a dos años, a lo sumo. Este período es aún muy limitado para tener un cuadro fiable de la repercusión de la Recomendación en las políticas, los servicios y las entidades nacionales de reducción del daño. Además, nuevos países se han incorporado a la Unión Europea durante el período de referencia del informe (2004).

Por consiguiente, el presente informe puede considerarse esencialmente como una evaluación inicial de la aplicación de la Recomendación del Consejo. Puede también servir de cuadro sinóptico de las medidas instauradas en la Unión Europea para reducir el daño, a efectos de la evaluación del Plan de Acción contra la Droga de la Unión Europea (2005-2008).

La Comisión aspira a repetir este ejercicio dentro del marco del próximo Plan de Acción de la UE sobre Drogas (2009-2012), para examinar si progresa la aplicación de políticas, servicios y entidades relativas a la reducción de daño. La Comisión estará entonces en condiciones de

⁸ <http://www.pogar.org/publications/garesolutions/a45-111-90e.pdf>

⁹ http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC277-wHO-guidel-prisons_en.pdf

¹⁰ http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060701_hiv-aids_prisons_en.pdf

decidir, en colaboración con los Estados miembros, si procede formular nuevas recomendaciones.

Además, la Comisión seguirá elaborando iniciativas en ámbitos estrechamente vinculados a la Recomendación del Consejo, inspirándose en políticas y prácticas que puedan contribuir significativamente al éxito de sus principales actividades. Dos acciones de salud específicas vinculadas a la prevención de la toxicomanía figuran en el Plan de Acción de la UE en Materia de Lucha contra las Drogas (2005-2008) (acciones 12 y 13.2):

- una propuesta de Recomendación del Consejo relativa a las drogas en las cárceles; la población carcelaria cuenta un elevado porcentaje de toxicómanos; las drogas, en general, y los consumidores de drogas por vía intravenosa, en particular, plantean un problema urgente;
- un informe sobre la situación relativa al tratamiento de las toxicomanías y sobre el intercambio de buenas prácticas en la UE; más de medio millón de personas están recibiendo tratamiento de sustitución en Europa.

El Programa de Salud Pública

El Programa de Acción Comunitaria en el Ámbito de la Salud Pública prevé acciones de prevención de la toxicomanía orientadas hacia los determinantes de la salud – factores pluridimensionales relacionados con diversos problemas sanitarios fundamentales.

El Programa 2007-2013 de Información y Prevención en Materia de Drogas

Las actividades apoyarán la aplicación de la Estrategia de la UE contra la Droga financiando proyectos e iniciativas destinadas a reducir la demanda de drogas, incluida la reducción del daño.

Los trabajos vinculados a la reducción de la demanda de drogas deberían referirse a los siguientes ámbitos:

- Prevención de la infección por el VIH/SIDA

La inyección de drogas es un importante vector de transmisión del VIH/SIDA. La comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo sobre la lucha contra el VIH/SIDA en la Unión Europea y los países de su entorno, 2006-2009¹¹ establece un Plan de Acción para trabajar sobre la prevención del VIH y reconoce la necesidad de establecer sinergias con actividades clave de prevención. Un punto esencial es la elaboración de programas de formación a medida para los profesionales de los servicios (de prevención, tratamiento y cuidados) que se ocupan de las personas infectadas por el VIH/SIDA y de las poblaciones especialmente vulnerables al VIH/SIDA (incluidos los consumidores de drogas por vía intravenosa y los migrantes). Además, el grupo de reflexión sobre el VIH/SIDA se ha convertido en un foro muy útil para el intercambio de experiencias e información entre sus integrantes.

- Prevención del alcoholismo

En el contexto del consumo de múltiples drogas, también es necesario abordar conjuntamente los daños causados por el alcohol y por las drogas. La Comunicación de la Comisión «Una

¹¹ http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2005/com2005_0654es01.pdf

estrategia de la Unión Europea para ayudar a los Estados miembros a reducir los daños relacionados con el alcohol»¹² aboga por promover el cambio efectivo del comportamiento de niños y adolescentes, en los centros de enseñanza, en la familia y demás entornos pertinentes, así como por reducir los accidentes de carretera relacionados con el alcohol y el consumo de múltiples drogas.

- Promoción de la salud mental

El consumo de drogas a menudo va asociado con enfermedades mentales. Facilitar el acceso de los toxicómanos a los cuidados médicos y psiquiátricos sigue siendo un reto de importancia para la política de salud pública. En el Libro Verde «Mejorar la salud mental de la población», publicado en octubre de 2005 por la Comisión¹³, se proponía una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Esta estrategia está ahora en proceso de elaboración y debería coordinarse con otras iniciativas que dependen de distintas políticas comunitarias, como la Estrategia de la UE frente a la Droga (2005-2012).

- Participación de la sociedad civil

Deben también desplegarse esfuerzos para reducir los daños indirectos que los consumidores de drogas pueden causar a terceros. Hay que implicar activamente a los consumidores de drogas en estos esfuerzos. El Libro Verde **sobre el papel de la sociedad civil en la política de la Unión Europea en materia de drogas**¹⁴, adoptado por la Comisión en junio de 2006, explora oportunidades de mejorar la implicación de la sociedad civil.

- Sustancias psicoactivas y conducción¹⁵

En el contexto de la política de transporte se está abordando el problema del consumo de múltiples drogas y la conducción. La Comisión cofinancia asimismo un proyecto denominado DRUID (acrónimo de *DRiving Under the Influence of Drugs, alcohol and medicines* – conducir bajo la influencia de drogas, alcohol o medicamentos), en el marco del Sexto Programa Marco de Investigación y Desarrollo Tecnológico.

- La toxicomanía en el lugar de trabajo

La Comisión está preparando actualmente su Estrategia de Salud y Seguridad en el Trabajo para 2007-2012. Conviene tomar iniciativas concretas para apoyar las acciones en materia de salud pública que tratan de la toxicomanía en el lugar de trabajo.

¹² http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2006/com2006_0625es01.pdf

¹³ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf

¹⁴ http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2006/com2006_0316es01.pdf

¹⁵ Resolución del Consejo de 27 de noviembre de 2003 relativa a la lucha contra el consumo de sustancias psicoactivas asociado a los accidentes viales: DO C 97 de 22.4.2004, p. 1.

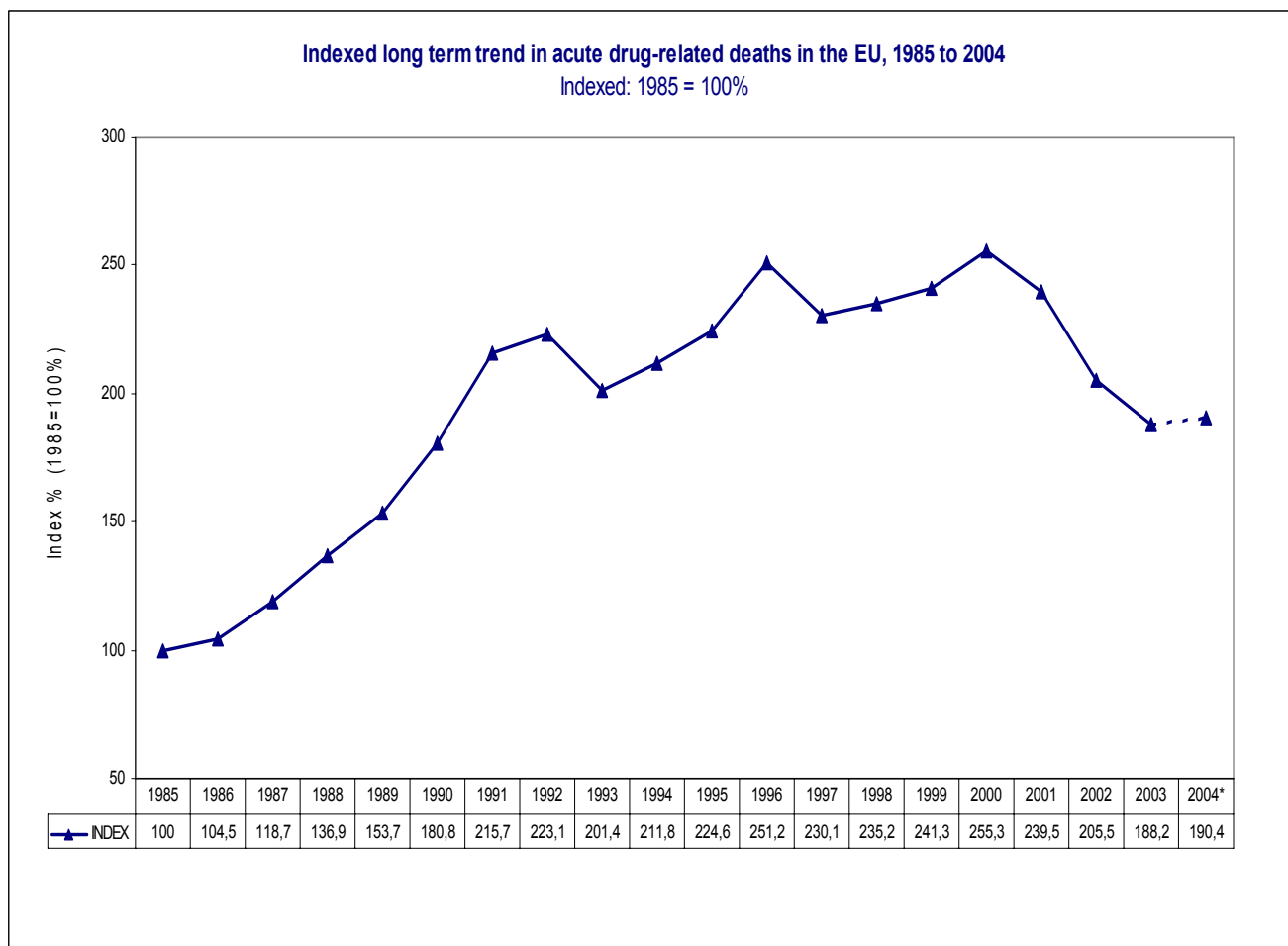
TECHNICAL ANNEXES

5.1. ANNEX I – Abbreviations and technical terms used

DRD	Drug-Related Death
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
IDU	Injecting Drug User
IEC	Information, Education, Communication
NFPs	National Focal Points
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
WHO	World Health Organization
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime

5.2. ANNEX II – Figures

Figure 1



EMCDDA annual report 2006

Notes:

The new Member States and Candidate Countries are not included in this graphic due to the lack of retrospective data in most of them.

Index: 1985=100%.

A few countries did not provide data for some years (see Statistical Bulletin 2006 [Table DRD-2]). To correct this situation, it has been used the computation method defined in the report "European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2001). Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths. Project CT.99.RTX.04, Co-ordinated by the Trimbos Institute. Lisbon: EMCDDA.

Ten countries provided information for 2004 and six did not. Therefore, the figure for 2004 is provisional, based in comparing 2003 and 2004 only for those countries with data for both years. The trends for those countries that provided information can be seen in the figures with

trends by country. Number of cases per country per year are presented in Statistical Bulletin 2006 [Table DRD-2].

The EMCDDA estimates the yearly number of acute DRDs (overdoses) in the EU since 1990 to be from 6500 to over 9000.

Recently published estimates show that a substantial proportion of mortality among young adults in some EU urban areas can be attributed to opioid use. In addition, HIV transmission is continuing to be a concern in specific injecting groups across Europe, although most countries report low rates of newly diagnosed HIV infection attributable to drug injecting and estimate the HIV infection rates among injectors to be below 5%. A far more negative picture presents itself for rates of infection with the hepatitis C virus (HCV), which remain almost universally high among drug injectors.

Since 2000, many EU countries have reported decreases in DRD numbers. In 2004, however, there was an increase. While the number of DRDs is still far too high from a longer-term public health perspective, a better availability of drug treatments and increased coverage of harm reduction services in recent years seem to have had an impact.

Figures from the background document on "prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence - an inventory of policies, evidence and practices in the EU relevant to the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003".

The document is available in print (EN) and can be downloaded (EN, FR, DE) at the following web address: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug_en.htm

The Trimbos Institute extracted and analysed relevant data, in particular from the EMCDDA sources (the NFPs coordinated by the EMCDDA confirmed and updated the information provided for the Recommendation point 2), the projects funded under the ‘Programme of Community action on the prevention of drug dependence’ and the ongoing Public Health Programme, the projects funded under the 4th, 5th and 6th Framework Programmes for Research and Technological Development as well as from some field organisations, the World Health Organization (WHO), the Pompidou Group (PG), and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Finally, a literature review was conducted to identify, assess and summarise scientific evidence on harm reduction interventions and approaches.

Figure 2

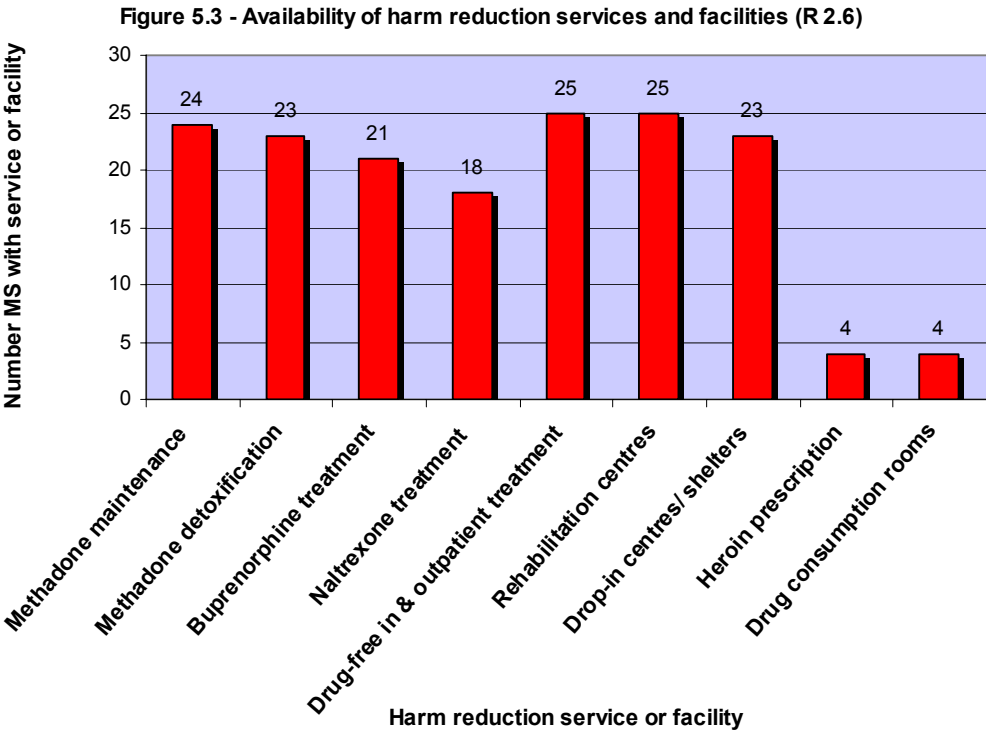


Figure 3

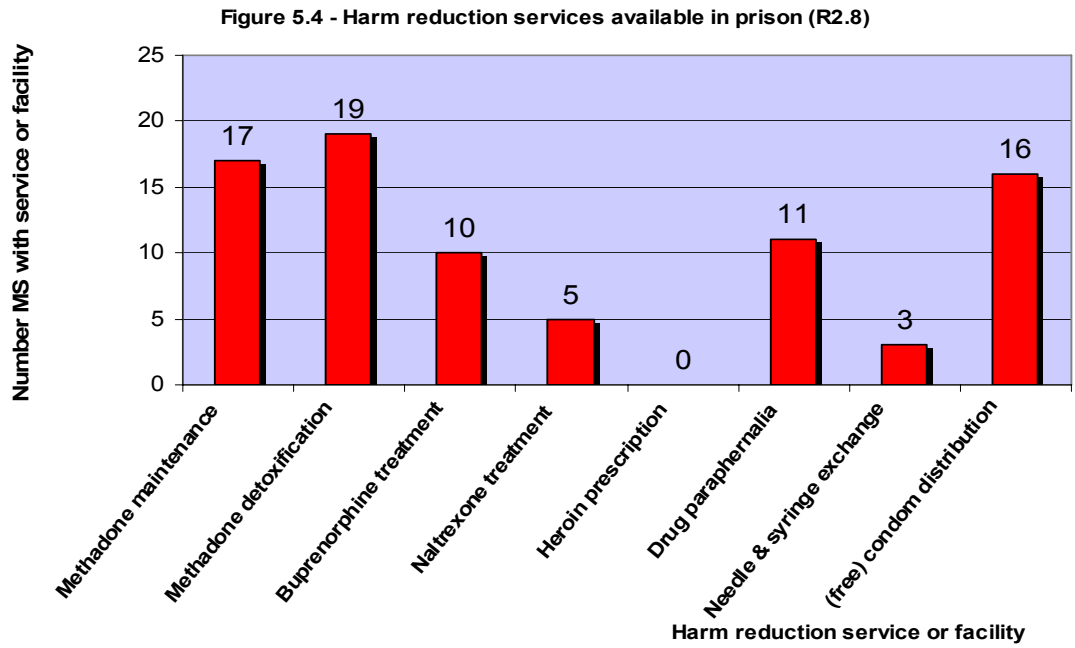


Figure 4

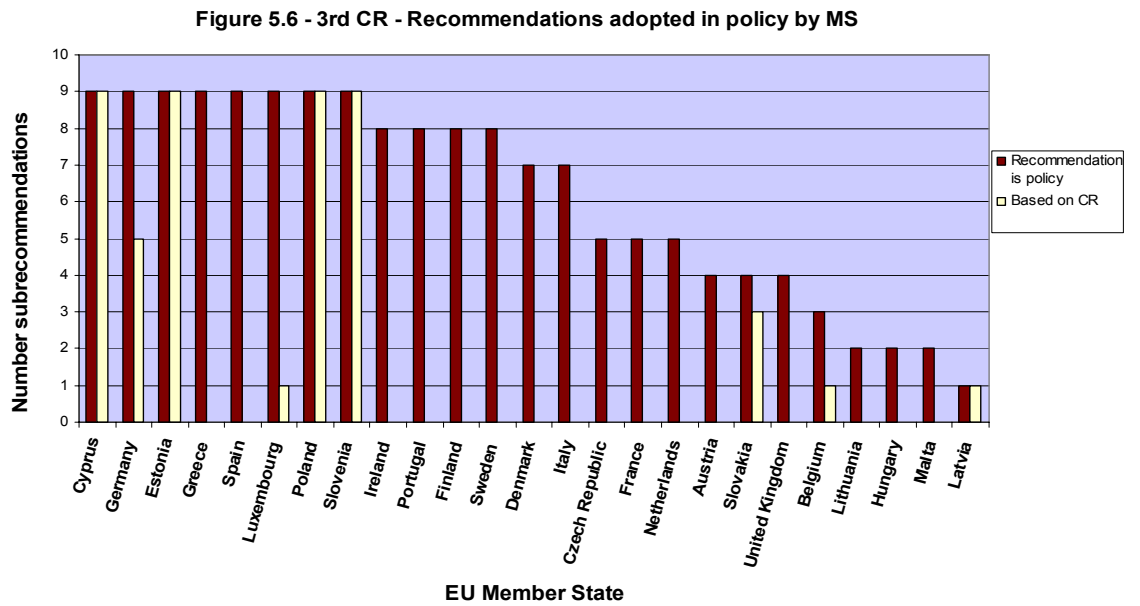


Figure 5

