

55.º CONSEJO DIRECTIVO

68.^a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de septiembre del 2016

Punto 7.12 del orden del día provisional

CD55/INF/12

1 de septiembre del 2016

Original: inglés/español*

INFORMES DE PROGRESO SOBRE ASUNTOS TÉCNICOS

CONTENIDO

A. Estrategia y plan de acción sobre eSalud: Examen de mitad de período	2
B. Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes	9
C. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles: Examen de mitad de período.....	17
D. Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol: Examen de mitad de período.....	41
E. Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública: Examen de mitad de período	64
F. Situación de los Centros Panamericanos	72

* Original en inglés: secciones B, C, D y F. Original en español: secciones A y E.

A. ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE eSALUD: EXAMEN DE MITAD DE PERÍODO

Antecedentes

1. En mayo del 2005, la 58.^a Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó la resolución [WHA58.28](#) en materia de *eSalud*, la primera en esta temática (1). Inspirada en la anterior, en septiembre del 2011, el 51.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) puso en marcha, mediante la resolución [CD51.R5](#) (2), la [Estrategia y plan de acción sobre eSalud](#), que tiene como propósito contribuir al desarrollo sostenible de los sistemas de salud de los Estados Miembros (3). Por otra parte, como respuesta a la necesidad de facilitar a escala mundial el tratamiento y la transmisión de información electrónica relacionada con la prestación de servicios de salud, en mayo del 2013 la OMS aprobó la resolución [WHA66.24](#) sobre normalización y compatibilidad de datos en materia de *eSalud* (4), mientras que en septiembre de ese mismo año la OPS instauró su Programa y Presupuesto ([OD346](#)), que incluía un indicador de resultado intermedio para promover la ejecución de la estrategia regional y plan de acción sobre *eSalud* entre los Estados Miembros (5).

Actualización sobre el progreso alcanzado¹

2. La estrategia y plan de acción sobre *eSalud* está compuesta por cuatro áreas estratégicas, 13 objetivos específicos y un total de 26 indicadores. El presente informe de progreso sigue la misma estructura para facilitar el seguimiento de los principales logros alcanzados y los desafíos que enfrenta la Región en materia de *eSalud*.

Área estratégica 1: respaldar y promover las políticas públicas en materia de eSalud

3. En este momento, 21 países y territorios² se encuentran en fase de formulación y adopción de una política pública en materia de *eSalud*. Con la intención de apoyar a los Estados Miembros en esta labor, la OMS y la Unión Internacional de las Telecomunicaciones (UIT) publicaron en el 2012 la guía denominada [Conjunto de herramientas para una estrategia de eSalud nacional](#) (6). El establecimiento de alianzas nacionales entre sectores de la sociedad civil, la administración pública y las entidades

¹ La OPS publicará en el próximo número de la Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health un artículo en el que se brindará mayor información sobre las acciones realizadas por la OPS en este campo, que podrá consultarse como complemento de este informe de progreso: Novillo-Ortiz D, D'Agostino M y Becerra-Posada F. El rol de la Organización Panamericana de la Salud en el desarrollo de capacidad en *eSalud* en las Américas: análisis del periodo 2011-2015. Rev Panam Salud Pública. 2016;40(2) (en prensa).

² Argentina, Barbados, Belice, Bonaire, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Curaçao, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tabago y Venezuela. Fuente: Observatorios de *eSalud* de la OPS y la OMS.

privadas, a través de la creación de comisiones o comités nacionales de *eSalud*, está siendo clave en estos países para favorecer la movilización de los recursos necesarios a fin de adoptar y poner en marcha estrategias de *eSalud*.

4. Con el objetivo de ayudar a los Estados Miembros a definir las prioridades políticas relacionadas con la *eSalud*, la OPS ha liderado, en coordinación con la Conferencia Estadística de las Américas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el desarrollo de unas [Recomendaciones metodológicas para la medición de acceso y uso de eSalud](#), cuyo objetivo es conocer el avance de los países de la Región de las Américas en *eSalud* en pos de mejorar la efectividad y la eficiencia de los sistemas de salud público y privado (7). Brasil y Uruguay están aplicando estas recomendaciones en la actualidad. Además, la OPS cuenta con un grupo de personas expertas que ha actuado como comité técnico asesor en materia de *eSalud* cuando ha sido necesario. Este trabajo en red se puede ver reflejado en el proyecto [Conversaciones sobre eSalud: Gestión de información, diálogos e intercambio de conocimientos para acercarnos al acceso universal a la salud](#), que presenta la opinión de especialistas en la materia (8).

5. Para consolidar un sistema regional para la evaluación y el análisis de políticas en *eSalud*, desde el 2012 está en funcionamiento el [observatorio regional de eSalud de la OPS](#), que cuenta con herramientas para dar apoyo a la aplicación de las políticas en *eSalud*, y que actúa como entidad regional para el [observatorio mundial de eSalud de la OMS](#).

Área estratégica 2: mejorar la salud pública por medio del uso de la eSalud

6. Mejorar la infraestructura organizacional y tecnológica es uno de los principales desafíos en la aplicación de la *eSalud*, según un estudio dirigido por la OMS, con el apoyo de la OPS, y la UIT (9). Para colaborar en esta tarea, la OPS trabajó con los Estados Miembros en el desarrollo de unos lineamientos que sirvan como base para una estrategia en el fortalecimiento y la determinación de la infraestructura organizacional y tecnológica básica en los servicios de salud (10).

7. En la Región se puede observar el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) en los servicios de vigilancia epidemiológica. No obstante, es necesario realizar investigaciones adicionales sobre el número de países que están utilizando la tecnología móvil en estos servicios. Destaca el caso de Paraguay, con un sistema de televigilancia epidemiológica comunitaria basado en *software* libre.

8. La identificación única de los pacientes es uno de los principales componentes para promover el desarrollo sostenible, ampliable e interoperable de los programas e iniciativas centradas en la *eSalud*. Las principales tendencias de la Región muestran cómo el uso del registro de nacido vivo es la puerta de acceso a los sistemas electrónicos de salud; países como México o Perú son un ejemplo en este sentido. Para definir un marco común en esta materia, la OPS y la Organización de los Estados Americanos

(OEA), que coordina el programa de *e-Gobierno* (gobierno electrónico) a escala regional y desarrolla el [Programa de Universalización de la Identidad Civil en las Américas \(PUICA\)](#), van a trabajar en una propuesta conjunta para la Región que integre todos los servicios electrónicos y no solo los relacionados con el sector de la salud.

9. Una muestra importante de países de la Región está financiando proyectos en materia de *eSalud* con fondos públicos en los ámbitos local y nacional. Las iniciativas relacionadas con la telemedicina y los registros electrónicos de salud son las más extendidas. Específicamente, 10 países³ disponen ya de un sistema de registros electrónicos de salud a nivel nacional que proporciona información inmediata y segura a los usuarios autorizados, mientras que 12 países de las Américas⁴ disponen de una política o estrategia nacional de telesalud. Proyectos como los relacionados con los datos masivos (*big data*) o sobre prescripción electrónica son todavía un desafío para la Región debido a la falta de la infraestructura necesaria para su desarrollo e implementación.

Área estratégica 3: fomentar y facilitar la colaboración horizontal entre los países

10. Durante esta primera mitad del período se ha promovido la cooperación intersectorial y el establecimiento de mecanismos para compartir recursos y experiencias. Específicamente, se han difundido con carácter bienal los informes de evaluación sobre los avances de las políticas de *eSalud* de los Estados Miembros participantes de la [encuesta global de eSalud de la OMS](#), y se han establecido mecanismos de comunicación y difusión de información en el [observatorio regional de eSalud de la OPS](#).

11. La interoperabilidad única de los sistemas de salud continúa siendo un reto para la Región debido a la falta de integración entre los sistemas de información existentes. Tomando como referencia la experiencia de la Unión Europea en materia de lineamientos sobre interoperabilidad única en materia de datos de pacientes (11) y prescripción electrónica (12), la OPS y los Estados Miembros tienen previsto trabajar en la definición de un marco común para la elaboración de un estándar o conjunto mínimo de datos para facilitar el intercambio de información entre sistemas. Por otra parte, a pesar de que se puede observar la existencia de instituciones de salud que integran instancias organizacionales y administrativas que interactúan con la prestación de servicios médico-sanitarios con mediación tecnológica, no se aprecian avances en la Región con respecto al desarrollo de metodologías que determinen estos trámites y procedimientos a nivel nacional.

12. El número de marcos legales que respaldan el uso de las tecnologías de la información y la comunicación en la salud y facilitan el intercambio de información clínica ha aumentado en los últimos tres años. Específicamente, al menos 18 países de la

³ Canadá, Chile, Costa Rica, El Salvador, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay. Fuente: Observatorio mundial de *eSalud* de la OMS.

⁴ Argentina, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos, Jamaica, México, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay. Fuente: Observatorio mundial de *eSalud* de la OMS.

Región⁵ cuentan con legislación para proteger la privacidad de los datos personales de las personas; por otra parte, otros nueve países⁶ informan de que disponen de un marco legal que facilita el intercambio de información clínica en el ámbito nacional por medios electrónicos. Tomando como ejemplo los proyectos ya iniciados en Europa, próximamente se trabajará junto a los Estados Miembros en la identificación de un marco legal que fomente el intercambio de información clínica en el ámbito regional.

Área estratégica 4: gestión del conocimiento y alfabetización digital para la calidad asistencial, la promoción de la capacitación y la salud y la prevención de enfermedades

13. Ha habido un incremento considerable con respecto al número de países que disponen de un plan de formación en el ámbito universitario en materia de *eSalud*. Específicamente, 16 países⁷ cuentan con formación de este tipo en alguna de sus universidades.

14. Durante este período se ha facilitado información fidedigna y de calidad sobre educación en salud y prevención de enfermedades a la población y a los profesionales de la salud. Por ejemplo, ya existen 10 bibliotecas virtuales de salud con fuentes y servicios de información que responden a prioridades de salud. Además, ha aumentado el número de Estados Miembros que tienen acceso y capacidad local para producir y utilizar contenido de las bibliotecas virtuales de salud, y se ha pasado de 26 a 30 países con bibliotecas virtuales de salud nacionales, además de la iniciativa [CARPHA EvIDeNce](#), en la que se integran los países del caribe inglés.

15. En materia de contenido certificado en salud pública, el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud de la OPS (BIREME) firmó un acuerdo de entendimiento con el Hospital Universitario de Rouen (Francia), centro especializado en esta disciplina. Esta iniciativa ayudará a lograr avances significativos en la definición de un marco común para el desarrollo de portales con contenido certificado en salud pública. También servirá para aumentar el número de Estados Miembros que cuentan con políticas de acceso a contenido certificado de salud pública, que en este momento son nueve países,⁸ integrados en la Red Federada de Repositorios Institucionales de Publicaciones Científicas ([LA Referencia](#)).

16. Con respecto al uso de las redes sociales para facilitar la difusión, la comunicación y la socialización de información sobre salud pública, una muestra de

⁵ Argentina, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tabago y Uruguay. Fuente: Observatorio mundial de *eSalud* de la OMS.

⁶ Argentina, Canadá, Chile, Colombia, Estados Unidos, México, Paraguay, República Dominicana y Uruguay. Fuente: Observatorio mundial de *eSalud* de la OMS.

⁷ Argentina, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad and Tabago y Uruguay. Fuente: Observatorio mundial de *eSalud* de la OMS.

⁸ Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, México, Perú y Venezuela. Fuente: Observatorios de *eSalud* de la OPS y la OMS.

18 países⁹ evidencia que las redes sociales, principalmente Twitter y Facebook, se utilizan en situaciones de emergencia, así como medida de promoción y prevención de la salud. No obstante, es necesario realizar investigaciones adicionales para saber si los Estados Miembros cuentan con estrategias específicas en estas materias.

Medidas necesarias para mejorar la situación

17. Basándose en los avances y los desafíos expuestos, se enumeran a continuación algunas medidas que se deben tener en cuenta para el período 2016-2017:

- a) continuar con la ejecución de la estrategia y plan de acción y promover la formulación de estrategias nacionales en los países que no cuenten con ellas;
- b) trabajar en la incorporación de temas en los que se han producido avances en el marco de la salud pública desde la aprobación de la estrategia y plan de acción, como el internet de las cosas (*Internet of things*), los datos abiertos y los datos masivos (*big data*), entre otros;
- c) fortalecer la comunicación y la coordinación institucional entre agencias, donantes y Estados Miembros, incluyendo otros sectores clave además del sector de la salud, para asegurar que los componentes estratégico, técnico y presupuestario están coordinados y alineados de acuerdo con un mismo objetivo, están enfocados en la mejora de la calidad de vida de la población y se llevan a cabo evitando la duplicidad de esfuerzos;
- d) fomentar la generación de evidencia y el desarrollo de lineamientos en materia de *eSalud* que favorezcan la toma de decisiones y el desarrollo de proyectos de manera estratégica y sostenida;
- e) establecer una hoja de ruta sobre el rol de la *eSalud* en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, específicamente el objetivo 3, “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”.

Intervención del Consejo Directivo

18. Se invita al Consejo Directivo a que tome nota del presente informe y ofrezca las recomendaciones que considere pertinentes.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Cibersalud [Internet]. 58.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 16 al 25 de mayo del 2005; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2005 (resolución WHA58.28) [consultado el 19 de febrero del 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/23104/1/WHA58_28-sp.pdf

⁹ Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Fuente: Observatorios de *eSalud* de la OPS y la OMS.

2. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre eSalud [Internet]. 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2011; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2011 (resolución CD51.R5) [consultado el 19 de febrero del 2016]. Disponible en:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1721/CD51.R5-sp.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
3. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre eSalud [Internet]. 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2011; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2011 (documento CD51/13) [consultado el 19 de febrero del 2016]. Disponible en:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14573&Itemid
4. Organización Mundial de la Salud. Normalización y compatibilidad en materia de ciber salud [Internet]. 66.ª Asamblea Mundial de la Salud; del 20 al 27 de mayo del 2013; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2013 (resolución WHA66.24) [consultado el 19 de febrero del 2016]. Disponible en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R24-sp.pdf
5. Organización Panamericana de la Salud. Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2015 [Internet]. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2013 (Documento Oficial 346) [consultado el 19 de febrero del 2016]. Disponible en:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/168190/1/CD52-OD346-s.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud; Unión internacional de las telecomunicaciones. Conjunto de herramientas para una estrategia de eSalud nacional [Internet]. Ginebra: OMS, UIT; 2012 [consultado el 8 de marzo del 2016]. Disponible en:
<http://bit.ly/toolkit-esalud>
7. Conferencia Estadística de las Américas (CEA) de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Grupo de Trabajo sobre Medición de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC). Recomendaciones metodológicas para la medición de acceso y uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) en el sector salud [Internet]. Chile: CEA-CEPAL; 2014 [consultado el 8 de marzo del 2016]. Disponible en:
<http://www.cepal.org/deype/noticias/paginas/7/53767/ModuloTIC-Salud2014-metodologia.pdf>

8. Organización Panamericana de la Salud. Conversaciones sobre eSalud: Gestión de información, diálogos e intercambio de conocimientos para acercarnos al acceso universal a la salud. Washington, DC: OPS; 2014 [consultado el 8 de marzo del 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/conversaciones-pdf>
9. World Health Organization. eHealth and innovation in women's and children's health: A baseline review. Ginebra: WHO; 2014 [consultado el 19 de febrero del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/goe/publications/baseline/en>
10. Messina LA, Fernández AL, Valencia Díaz E, Freitas F, Vieira F, Tejera NG, Parada Beltrán M, McGill M, Gertrudiz N, Navajo Garrido R, López R, Rodrigues R, Vega S. Infraestructura: La base para la consolidación, sostenibilidad y evolución de la eSalud. En: Organización Panamericana de la Salud. Conversaciones sobre eSalud: Gestión de información, diálogos e intercambio de conocimientos para acercarnos al acceso universal a la salud. Washington, DC: OPS; 2014. p. 20-76 [consultado el 14 de abril del 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/conversaciones-pdf>
11. European Commission; eHealth Network. Guidelines on minimum/nonexhaustive patient summary dataset for electronic exchange in accordance with the cross-border Directive 2011/24/EU. Bruselas: European Commission, eHealth Network; 2013. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/guidelines_patient_summary_en.pdf
12. European Commission; eHealth Network. Guidelines on ePrescription dataset for electronic exchange under cross-border Directive 2011/24/EU [medicines and medical devices]. Bruselas: European Commission, eHealth Network; 2013. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/eprescription_guidelines_en.pdf

B. PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES Y LOS JÓVENES

Antecedentes

1. En el presente informe se resume el progreso alcanzado en la aplicación de la *Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes (1)* y el *Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes (2)*. Los Estados Miembros de la OPS aprobaron la estrategia regional en el 48.º Consejo Directivo (2008) y el plan de acción en el 49.º Consejo Directivo (2009) por medio de las resoluciones CD48.R5 y CD49.R14, respectivamente.
2. El informe se basa en un análisis sobre la ejecución programática, y en su elaboración se ha recurrido a múltiples fuentes, entre las cuales se encuentran los datos informados a la OPS por los Estados Miembros, las observaciones formuladas por los interesados directos en las consultas regionales y los aportes de los adolescentes y jóvenes mediante una herramienta en línea.

Actualización sobre el progreso logrado

3. Entre el 2010 y el 2015 se lograron avances significativos en cada una de las siete áreas estratégicas de acción. En el anexo se presenta un resumen del progreso alcanzado con respecto a los hitos de mitad del período (2014). Sin embargo, aunque se avanzó hacia el logro de algunos de los hitos previstos para ese año, pocos se alcanzaron plenamente, y las tasas de mortalidad de tres causas (traumatismos debidos al tránsito, homicidios y suicidios) en lugar de mejorar, empeoraron.
4. Además de los recursos proporcionados por la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina u OSP), la OPS movilizó cerca de US\$ 7 millones en fondos aportados por los donantes para brindar apoyo a actividades relacionadas con la salud de los adolescentes y los jóvenes a nivel regional y de país. Entre tales actividades se encuentran las siguientes:
 - a) La Oficina brindó apoyo para el desarrollo de un portal sobre la salud de los adolescentes, es decir, una plataforma virtual mediante la cual se puede acceder fácilmente a datos sobre la salud de los adolescentes a nivel regional y de país. También brindó apoyo a 14 países para que realizaran encuestas sobre la salud de los adolescentes y prestó cooperación técnica para fortalecer la recopilación y el análisis de datos sobre la salud en la adolescencia desglosados por sexo, grupo etario y determinantes sociales pertinentes.
 - b) La Oficina prestó cooperación técnica para el análisis, la actualización y la revisión de marcos jurídicos y de políticas, así como para la elaboración de estrategias y planes nacionales sobre la salud de los adolescentes. Actualmente todos los países de la Región, salvo cinco, están ejecutando estrategias y planes sobre la salud de los adolescentes, aunque no todos los programas tienen personal

- y recursos asignados. Asimismo, se impartió capacitación sobre la salud de la población joven y sus derechos humanos al personal de los programas nacionales y a proveedores de atención de salud y otros interesados directos, incluidos jueces, legisladores y mediadores.
- c) La Oficina brindó apoyo para la aplicación del modelo de Integración del Manejo del Adolescente y sus Necesidades (IMAN, por su sigla en inglés) y la promoción de un método basado en normas para la prestación de servicios de atención de salud a adolescentes; además, a nivel de país a 120 interesados directos provenientes de 45 países se les dio orientación sobre los puntos centrales de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (3) y sus implicaciones en los programas y servicios relacionados con la salud en la niñez y la adolescencia.
 - d) Entre los años 2010 y 2015 se organizaron más de 40 talleres a nivel regional, subregional y de país con el propósito de crear capacidad en temas relacionados con la salud en la adolescencia, dirigidos a administradores de programas sobre salud en la adolescencia, proveedores de atención de salud, jóvenes y otros interesados directos. Asimismo, la OPS otorgó 442 becas a proveedores de atención de salud de 14 países para que participaran en el diplomado sobre salud integral y desarrollo del adolescente que ofrece la Pontificia Universidad Católica de Chile.
 - e) La OPS siguió brindando apoyo para la realización de intervenciones y la aplicación de modelos comunitarios que tienen como objetivo fortalecer a los padres y las familias, incluido el programa “Familias Fuertes” que actualmente se está aplicando en 13 países.
 - f) La OPS, conjuntamente con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por su sigla en inglés), el Banco Mundial y otros asociados, respaldaron y promovieron la adopción de un enfoque integral con respecto a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia en el que se prestaba especial atención a la prevención del embarazo, la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual. Las actividades principales fueron las siguientes: generar y difundir información estratégica sobre la salud sexual y reproductiva durante la adolescencia; capacitar a gerentes de programas, proveedores de servicios, representantes del sistema judicial y otros interesados directos con respecto a documentos relacionados con los derechos humanos; formular opiniones técnicas sobre los derechos sexuales y reproductivos; promover el acceso de la población joven a servicios sanitarios de calidad, particularmente servicios de salud sexual y reproductiva; y difundir iniciativas de orientación técnica y casos considerados mejores prácticas. Se brindó apoyo a favor de la formulación de estrategias subregionales para la prevención del embarazo de adolescentes en Centroamérica, el Caribe y la Región Andina, y la movilización de apoyo político. En el 2014, la OPS respaldó una reunión con las primeras damas de los países miembros del Sistema de Integración Centroamericana (SICA) que condujo a la firma de la *Declaración de Honduras*,

- en la cual se reafirmó su compromiso con la promoción y facilitación de medidas dirigidas a la prevención del embarazo de adolescentes en sus países. Diversas oportunidades bilaterales, planes conjuntos de trabajo y actividades conjuntas permitieron forjar alianzas sólidas con organismos e interesados directos de las Naciones Unidas, el Banco Mundial, los mecanismos de integración regionales, el sistema interamericano y diferentes organizaciones juveniles.
- g) La Oficina coordinó actividades realizadas con el fin de crear capacidad en el uso de medios digitales, tras lo cual varios países, entre ellos Brasil, República Dominicana y Guatemala, adoptaron medidas para incorporar los medios digitales a los programas de salud en la adolescencia.

Medidas necesarias para mejorar la situación

5. En vista de que la Región ha avanzado en forma sostenida en la reducción de la tasa de fecundidad en adolescentes (4), se recomienda que los Estados Miembros sigan invirtiendo en políticas y programas que puedan acelerar esta reducción, y se concentren en el embarazo precoz en las adolescentes menores de 15 años, que está registrando un aumento en la Región (5). Será fundamental brindar a los adolescentes acceso a información, servicios y productos básicos relacionados con la salud sexual y reproductiva, particularmente considerando los limitados avances alcanzados en la reducción de la infección por el VIH en los adolescentes y jóvenes (véase el anexo) y el actual brote por el virus del Zika en la Región, así como sus implicaciones para la salud sexual y reproductiva de la población joven.
6. Dado que las tasas de mortalidad de adolescentes y jóvenes en lugar de mejorar han empeorado, y que el homicidio, el suicidio y los traumatismos debidos al tránsito siguen siendo las principales causas de muerte en adolescentes y jóvenes en la Región (6), se alienta a los Estados Miembros a:
- a) acelerar la ejecución de las medidas basadas en datos probatorios que en el ámbito de la seguridad vial se consideran las “mejores inversiones”, como las medidas para fortalecer la gestión de la seguridad vial y mejorar la legislación y el cumplimiento de las normas (reducción de la velocidad, uso del cinturón de seguridad, sistemas de retención para niños, uso de cascos y sanciones por manejar bajo los efectos del alcohol); promover vías de tránsito más seguras y el uso de modalidades de transporte sostenibles; implantar políticas para proteger a aquellos usuarios de las vías de tránsito que son vulnerables; concientizar y fortalecer las destrezas relacionadas con la seguridad vial en los usuarios de las vías de tránsito; e invertir en la mejora de la respuesta después de una colisión y en los servicios de rehabilitación;
- b) fortalecer los programas y servicios que tienen como finalidad promover la salud mental y ofrecer un diagnóstico precoz y tratamiento temprano de los trastornos de salud mental en adolescentes y jóvenes;

- c) incorporar el enfoque de la seguridad humana en los planes de salud existentes, como mecanismo para prevenir la violencia y los traumatismos de conformidad con los mandatos mundiales y regionales, y realizar intervenciones basadas en datos probatorios para empoderar a la población joven, fortalecer a las familias y prevenir todas las formas de violencia, incluida la violencia sexual.

7. En vista del compromiso regional con el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, y las barreras que los adolescentes y jóvenes siguen teniendo que enfrentar al tratar de tener acceso a los servicios de salud, se insta a los Estados Miembros a asegurar que los adolescentes y jóvenes, en particular los que se encuentren en alguna situación de vulnerabilidad, tengan acceso sin discriminación alguna a servicios de salud integrales, apropiados y oportunos que sean de calidad y tengan en cuenta las cuestiones de género, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva.

8. Dado que trece países de la Región informan que tienen niveles de sobrepeso y obesidad cercanos o mayores a 25% en los adolescentes de 13 a 15 años y que el consumo de tabaco y alcohol en este grupo etario sigue siendo significativo (7), se insta a los Estados Miembros a aplicar el *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia* (8) y promover alianzas intersectoriales que incluyan a los sectores de la salud y la educación, el sector privado, los padres, las organizaciones comunitarias y los mismos jóvenes para que se apliquen estrategias integrales con el fin de promover la salud y el bienestar, reducir los factores de riesgo y abordar los determinantes sociales que influyen en la salud y el bienestar de adolescentes y jóvenes.

Intervención del Consejo Directivo

9. Se solicita al Consejo Directivo que tome nota de este informe de progreso y formule las recomendaciones que considere pertinentes.

Anexo

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes [Internet]. 48.º Consejo Directivo de la OPS, 60.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008; Washington, DC. Washington: OPS; 2008 (documento CD48/8) [consultado el 12 de abril del 2016]. Puede encontrarse en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-07-s.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes [Internet]. 49.º Consejo Directivo de la OPS, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 2 de octubre del 2009; Washington, DC. Washington: OPS; 2009

- (documento CD49/12) [consultado el 22 de febrero del 2016]. Puede encontrarse en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-12-s.pdf>
3. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (documento CD53/5, Rev. 2) [consultado el 22 de febrero del 2016]. Puede encontrarse en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27273&Itemid=270&lang=es
 4. United Nations Data; World Bank estimates [Internet]. Nueva York: División de Estadística de las Naciones Unidas; 2016 [actualizado el 21 de enero del 2016, consultado el 18 de febrero del 2016]. Puede encontrarse en:
http://data.un.org/Data.aspx?d=WDI&f=Indicador_Code%3ASP.ADO.TFRT
 5. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la población mundial 2013, Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes [Internet]. Nueva York: UNFPA; 2013 [consultado el 18 de febrero del 2016]. Puede encontrarse en:
<http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2013.pdf>
 6. Organización Panamericana de la Salud. Portal de datos sobre mortalidad [Internet]. Washington, DC. Washington: OPS; 2015 [actualizado el 7 de julio del 2015, consultado el 18 de febrero del 2016]. Puede encontrarse en:
<https://hiss.paho.org/pahosys/#>
 7. Organización Mundial de la Salud. Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS) implementación [Internet]. Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2016 [consultado el 22 de febrero del 2016]. Puede encontrarse en:
<http://www.who.int/chp/gshs/country/es/>
 8. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (documento CD53/9, Rev. 2) [consultado el 22 de febrero del 2016]. Puede encontrarse en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26986&Itemid=270&lang=es

Anexo

**Panorama del progreso con respecto al impacto y los objetivos en el 2014
(para los objetivos que tienen metas establecidas para el 2014)**

Metas de impacto	Hitos para el 2014	Situación en el 2014
Para el 2018, el 75% de los países de América Latina y el Caribe tendrán una tasa de fecundidad adolescente de 75,6/1.000 o menos.	20 países	31 países (Fuente: UNData. Puede consultarse en http://data.un.org/Data.aspx?q=adolescent+fertility&d=WDI&f=Indicator_Code%3aSP.ad.o.tfrt)
Para el 2018, 100% de los países tendrán un porcentaje de adolescentes y jóvenes (entre 15 y 24 años) infectados por el VIH inferior al 0,6% en el Caribe e inferior al 0,4% en América Latina y América del Norte.	Mujeres: 5 países del Caribe y 20 países de América Latina y América del Norte. Hombres: 6 países del Caribe y 12 países América Latina y América del Norte.	1 país del Caribe (hombres y mujeres) 16 países de América Latina y América del Norte (hombres y mujeres) (Cifras basadas en cálculos consolidados para hombres y mujeres disponibles para 23 países) (Fuente: ONUSIDA, AIDSinfo Online Database. Puede consultarse en http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries/asp/asp/Home.aspx)
Para el 2018, 100% de los países habrán reducido la tendencia ascendente actual en la tasa de mortalidad en los hombres (entre 15 y 24 años) por traumatismos debidos a accidentes de tránsito.	10%	En la Región, la tasa de mortalidad por traumatismos debidos al tránsito ajustada según la edad en hombres se incrementó de 34,0 a 37,8 por 100.000 habitantes entre los años 2008 y 2012, lo que refleja un aumento de 11,5%. En 14 países (27%), la tasa de mortalidad por traumatismos debidos al tránsito en hombres de 15 a 24 años se redujo en porcentajes que variaron entre 0,7% y 71%. Entre esos países, el descenso fue superior al 10% en 10 países.
Para el 2018, los países prioritarios ¹ habrán reducido la tendencia ascendente actual en la tasa de mortalidad en hombres (entre 15 y 24 años) por homicidios.	7%	En la Región, la tasa de mortalidad por homicidios ajustada según la edad en hombres de 15 a 24 años subió de 50,1 a 55,7 por 100.000 entre el 2008 y el 2012, ² lo que implica un aumento de 11,3%.

¹ En el *Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes* se indica que los países prioritarios son Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua.

² El análisis sobre la mortalidad se hizo para el año 2012, debido a que los informes relativos a la mortalidad en los años 2013 y 2014 no estaban completos.

Metas de impacto	Hitos para el 2014	Situación en el 2014
		En 9 países (17,6%), la tasa de mortalidad por homicidios en hombres de 15 a 24 años se redujo en porcentajes que variaron de 8,6% a 57%. Entre ellos está un país prioritario, Nicaragua (45%).
Para el 2018, 75% de los países habrán reducido la tasa de mortalidad por suicidios (entre 10 y 24 años).	8%	En la Región, la tasa de mortalidad por suicidios ajustada según la edad en personas de 10 a 24 años se incrementó de 5,5 a 5,8 por 100.000 habitantes entre el 2008 y el 2012, ³ lo que implica un aumento de 5,6%. En 9 países (17,6%), la tasa de mortalidad por suicidios en personas de esta edad se redujo en porcentajes que variaron de 0,7% a 38,5%. Entre ellos, la tasa disminuyó en más de 8% en 8 países.

Objetivos del plan de acción	Metas para el 2014	Situación en el 2014
Proporcionar cooperación técnica a los Estados Miembros para la elaboración y el fortalecimiento de las respuestas de los sistemas de salud, con el fin de que estos puedan prestar en forma óptima y adecuada servicios de promoción, prevención de enfermedades y atención de salud para los adolescentes y los jóvenes, usando el enfoque del ciclo de vida y abordando las inequidades.	70% de los países han establecido objetivos para mejorar la salud de los adolescentes y los jóvenes que integran intervenciones sobre los principales problemas de salud que los afectan, mediante estrategias de promoción y prevención.	72% (37 de 51) (Fuentes: respuestas de los países a la encuesta realizada para la evaluación de mitad de período e informes enviados por los países a la OPS mediante el Sistema de Seguimiento del Plan Estratégicos, SPMS)
Objetivo 2.1: Impulsar y garantizar la existencia de entornos favorables para la salud y el desarrollo de los adolescentes y los jóvenes que se deben conseguir mediante la aplicación de políticas eficaces, integrales, sostenibles y basadas en datos científicos (incluidos los marcos jurídicos y reglamentarios).	Los países prioritarios ⁴ y de alto impacto tendrán políticas basadas en datos científicos que integren los principales problemas de salud y los determinantes que afectan a los adolescentes y los jóvenes, con el fin de mejorar el acceso de este grupo a la atención de salud.	Argentina, Bolivia, Guyana, Honduras, Nicaragua, Brasil, Colombia, México y Perú dijeron que han adoptado políticas que tienen como objetivo dar a adolescentes y jóvenes un mayor acceso a la atención de salud. Los nueve países incluyeron en estas políticas la salud sexual y reproductiva, la infección por el VIH y la salud mental; ocho incluyeron la nutrición, la actividad física, el consumo de sustancias psicoactivas y la violencia; siete incluyeron el tabaco y el alcohol; y seis

³ El análisis sobre la mortalidad se hizo para el año 2012, debido a que los informes relativos a la mortalidad en los años 2013 y 2014 no estaban completos.

⁴ En el *Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes* se señala que los países de alto impacto para las intervenciones relacionadas con los adolescentes y los jóvenes son Argentina, Brasil, Colombia, México, Perú y Venezuela.

Objetivos del plan de acción	Metas para el 2014	Situación en el 2014
		<p>incluyeron la prevención de traumatismos.</p> <p>(Fuente: Encuestas de la OMS sobre políticas relacionadas con la salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente, 2012 y 2014)</p>
<p>Objetivo 3.1: Mejorar los sistemas y los servicios de salud integrales e integrados de calidad para atender las necesidades de los adolescentes y los jóvenes, haciendo hincapié en la atención primaria de salud.</p>	<p>Los países prioritarios y los de alto impacto habrán ejecutado en 50% de sus centros de salud a nivel distrital un paquete integrado de intervenciones eficaces dirigidas a los adolescentes y los jóvenes (Integración del Manejo de Adolescentes y sus Necesidades, IMAN).</p>	<p>No hay datos disponibles acerca del porcentaje de centros de salud a nivel distrital que presta un conjunto integrado de servicios.</p> <p>El manual IMAN fue elaborado y difundido ampliamente por la OPS; además, fue objeto de numerosos talleres de capacitación a nivel regional y de país. Actualmente la mayoría de los países lo ha adoptado o ha incorporado sus contenidos a las directrices y los protocolos nacionales clínicos.</p>
<p>Objetivo 5.1: De acuerdo con el documento de exposición de conceptos de salud familiar y comunitaria de la OPS, elaborar y respaldar los programas de promoción y prevención de la salud de los adolescentes y los jóvenes, con intervenciones comunitarias que fortalecen a las familias, incluyan a las escuelas, y promuevan la participación y la apropiación de las intervenciones.</p>	<p>Los países prioritarios y los de alto impacto habrán incorporado en sus programas de promoción y prevención de la salud de los adolescentes y de los jóvenes las intervenciones para fortalecer a las familias y programas coordinados con las escuelas y las comunidades.</p>	<p>Brasil, Bolivia, Honduras, Nicaragua, Colombia, Perú y México iniciaron o ampliaron la ejecución del programa Familias Fuertes. Este es un programa modelo dirigido a padres y adolescentes que tiene como objetivo mejorar la comunicación intrafamiliar, mejorar las relaciones de afecto como factores de protección y reducir comportamientos de riesgo en los adolescentes. Actualmente el programa solo está disponible en español.</p>

C. PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES: EXAMEN DE MITAD DE PERÍODO

Antecedentes

1. En el presente informe se analiza la situación de las enfermedades no transmisibles (ENT) y sus factores de riesgo en la Región de las Américas, sobre la base de la ejecución del *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (1)*, aprobado por el 52.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2013, el cual está en consonancia con el *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2).

2. En la Región de las Américas, las ENT causan aproximadamente 4,8 millones de muertes al año. De ese total, 35% son muertes prematuras ocurridas en personas menores de 70 años de edad (3). El plan de acción regional sobre las ENT tiene por objeto reducir en 15% la mortalidad prematura para el 2019 por medio de cuatro estrategias generales: la aplicación de políticas y planes nacionales multisectoriales relacionados con las ENT, la reducción de los factores de riesgo de las ENT (consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, alimentación poco saludable y falta de actividad física), el fortalecimiento de la respuesta de los sistemas de salud a las ENT (las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas) y la adopción de mecanismos sistemáticos de vigilancia y seguimiento, en particular con respecto a las nueve metas y los 25 indicadores relacionados con las ENT que se especifican en el *Marco mundial de vigilancia integral para la prevención y el control de las ENT (4)*.

3. La encuesta mundial sobre la capacidad de los países con respecto a las ENT, realizada por la OMS en el 2015, proporciona datos pertinentes y actuales sobre las políticas, la respuesta de los servicios de salud y la capacidad de vigilancia en lo que respecta a las ENT. La encuesta fue respondida por los puntos focales a cargo del tema de las ENT en el Ministerio de Salud de cada país usando el instrumento estandarizado de encuesta de la OMS; las respuestas se validaron posteriormente con los puntos focales. En la Región de las Américas, la OPS/OMS condujo y validó la encuesta; 38 países y territorios la respondieron. Los resultados de cada encuesta mundial sobre la capacidad nacional de las ENT fueron la principal fuente de datos e información que se usó en este informe (5)¹

¹ La encuesta mundial sobre la capacidad de los países con respecto a las ENT fue un cuestionario estandarizado autoadministrado, que fue respondido por los puntos focales en el Ministerio de Salud usando el sistema mundial de respuesta en línea. En total, 38 países y territorios de la Región de las Américas enviaron sus respuestas entre julio y noviembre del 2015 y 30 países las validaron en su totalidad entre septiembre del 2015 y enero del 2016. Los datos usados en el presente informe se extrajeron de la base de datos de la OMS que contiene las respuestas a la encuesta (<https://extranet.who.int/ncdccs/RegionHome>). Está en proceso de elaboración el informe sobre los resultados de esta encuesta sobre la capacidad en relación con las ENT.

Actualización sobre el progreso alcanzado

4. En la Región de las Américas se registra la tasa menor de muertes prematuras a causa de las ENT (medida según la probabilidad incondicional de morir entre los 30 y 70 años por una ENT) de todo el mundo, 15% en nuestra Región (6). En casi todos los países de la Región la tasa de **mortalidad prematura por ENT** se mantiene estable o ha registrado una leve disminución; 14 países y territorios están en camino de alcanzar la meta general establecida para la Región en cuanto a las ENT, es decir, reducir en 15% la mortalidad prematura para el 2019² (3).

5. Todos los países se manifestaron comprometidos a establecer para el 2015 planes y metas nacionales con respecto a las ENT. Sin embargo, solo cerca de la mitad de los países y territorios de la Región de las Américas que respondieron la encuesta (22 de 38, es decir, 58%) informaron que tienen una política, estrategia o plan de acción nacional, multisectorial y operativo con respecto a las ENT y solo 17 países (45%) informaron haber fijado metas nacionales en cuanto a las ENT. De los países que cuentan con planes nacionales, 13 los han elaborado desde el 2013, año en el cual se adoptó el plan regional sobre las ENT (5).

6. Las ENT solo pueden abordarse de manera apropiada adoptando un enfoque que abarque la totalidad del gobierno y la totalidad de la sociedad; en el plan de acción regional sobre las ENT se insta a los países a establecer comisiones multisectoriales y ejecutar acciones al menos en tres sectores fuera del sector de la salud. No obstante, solo 12 países (32%) informaron que han establecido comisiones sobre las ENT en las cuales participan representantes de varios ministerios del gobierno y la sociedad civil, y 19 países (50%) han integrado las ENT a sus programas nacionales de desarrollo (5).

7. Las ENT son prevenibles en gran medida. Aunque en la Región se han observado algunos adelantos importantes con respecto a las políticas para reducir los factores de riesgo de las ENT, muchos países aún no han establecido las intervenciones necesarias para reducir el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol, y promover la actividad física y una alimentación saludable. Aunque 30 países han ratificado el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, se requiere un progreso mucho mayor en cuanto a su aplicación. Solo cuatro países han aplicado a su máximo nivel al menos tres de las cuatro intervenciones propuestas para reducir la demanda de productos de tabaco (políticas impositivas, entornos sin humo de tabaco, advertencias sobre la salud, prohibiciones en el ámbito de la publicidad y la comercialización) (6). Además, solo 11 de los 38 países y territorios (29%) informaron que han adoptado

² Se usó la base de datos de la OPS sobre mortalidad para extraer y analizar datos correspondientes al 2012 a fin de determinar la tasa de mortalidad prematura y las tendencias de las principales cuatro ENT en la población de 30 a 70 años de edad en cada uno de los países sobre los cuales hay información disponible. Luego se usaron esos datos a fin de hacer proyecciones para el año 2019. Basándose en este análisis de la OPS, aún no publicado, se prevé que los siguientes países y territorios están en camino de alcanzar la meta de reducir la mortalidad prematura por ENT para el 2019: Argentina, Aruba, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos de América, Guadalupe, Guyana Francesa, Islas Vírgenes Británicas, Martinica, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, y Uruguay.

políticas generales para reducir el consumo nocivo de alcohol; solo 8 países (21%) han puesto en práctica políticas para reducir la repercusión que tiene en los niños la publicidad de alimentos y bebidas sin alcohol; 10 países (26%) informaron que han instaurado políticas para limitar las grasas saturadas y eliminar los aceites vegetales parcialmente hidrogenados en los alimentos; tres países (8%) aplican impuestos a las bebidas azucaradas; y 11 países (29%) informaron que han adoptado políticas para reducir el consumo de sal. Además, solo siete países han aplicado plenamente leyes acordes con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (7), y 24 países (63%) indicaron que han realizado una campaña informativa nacional para promover la actividad física en los cinco últimos años (5).

8. El **sobrepeso** y la **obesidad** (un índice de masa corporal de 25 kg/m² o más) siguen causando gran preocupación: la prevalencia de estos dos trastornos en la Región de las Américas es la más alta de todo el mundo. Veintisiete por ciento de las mujeres y 22% de los hombres son obesos (8). Siete por ciento de los menores de 5 años y entre 17% y 36% de los adolescentes (de 12 a 19 años de edad) de América Latina y el Caribe tienen exceso de peso o son obesos (9). La situación se agrava debido a las tasas bajas de actividad física que se registran en la Región, donde 38% de las mujeres y 27% de los hombres refieren no realizar suficiente actividad física (8). En el *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia*, de alcance regional, se ofrece orientación clara sobre cómo detener el avance de la obesidad, y se insta a todos los países a aplicar políticas y estrategias regulatorias a este respecto (10).

9. El **consumo de tabaco**, que posiblemente sea el factor de riesgo más importante de las ENT, sigue siendo un reto en la Región; se calcula que hay unos 127 millones de fumadores adultos. Se han logrado algunos adelantos en la aplicación de las intervenciones relacionadas con el tabaco: 17 países, que representan 49% de la población de las Américas, están protegidos por una ley nacional sobre entornos 100% libres de humo del tabaco y 16 países (58% de la población de las Américas) tienen apropiadas advertencias de salud en los paquetes de productos de tabaco (6).

10. El progreso en la reducción del **consumo de alcohol** se ha detenido. Veintidós por ciento de las personas que consumen bebidas alcohólicas refieren episodios de consumo excesivo de alcohol, solo seis países (16%) tienen regulaciones que restringen la disponibilidad de alcohol y solo dos países (5%) han adoptado prohibiciones en cuanto a la publicidad y la promoción de bebidas alcohólicas (5). Causa particular preocupación que 3,2% de las mujeres adultas en la Región de las Américas sufren de algún trastorno por el consumo de alcohol, una tasa mayor a la registrada en cualquier otra región del mundo (11). Además, entre 51% y 94% de los adolescentes entre 13 y 15 años de edad comienzan a consumir alcohol antes de los 14 años. Se puede encontrar más información al respecto en el informe de mitad de período sobre el *Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol*, que se presenta como el punto 7.12-D del orden del día del 55.º Consejo Directivo.

11. Las **enfermedades cardiovasculares** (ECV), incluida la hipertensión, siguen siendo la principal causa de muerte en casi todos los países de la Región de las Américas (3). En esta Región, 17% de las mujeres y 22% de los hombres sufren de hipertensión (presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg) (8). En 18 países (47%) se han establecido directrices en torno a las enfermedades cardiovasculares, pero solo 10 países informaron que las han aplicado plenamente (5). Aunque en 20 países (53%) existe la estratificación de los riesgos de sufrir enfermedades cardiovasculares, solo en cinco países dicha estratificación está disponible en más de la mitad de los establecimientos de atención primaria (5). En 26 países (68%), los medicamentos esenciales para tratar las enfermedades cardiovasculares —aspirina, diuréticos tiacídicos, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, antagonistas del calcio, estatinas y sulfonilureas— generalmente están disponibles en el sector público (5).

12. Se calcula que en la Región de las Américas aproximadamente 62 millones de personas tienen **diabetes de tipo 2** y se ha informado que 8% de las mujeres y 9% de los hombres sufren de hiperglucemia (es decir, un nivel de glucosa en sangre en ayunas de $\geq 7,0$ mmol/l o 126 mg/dl o están tomando algún medicamento para reducir el nivel elevado de glucosa o tienen antecedentes de diabetes) (8). Solamente 18 países (47%) han elaborado y aplicado plenamente directrices para el tratamiento de la diabetes. En términos generales, la medición de la glucemia en sangre está disponible en los entornos de atención primaria en toda la Región (36 países y territorios, 95%); la prueba de HbA1c está disponible en 20 países (53%) (5). Con respecto a los medicamentos esenciales, en 34 países (89%) la metformina y la insulina por lo general están disponibles en las instituciones públicas de atención primaria (5).

13. El **cáncer** ocupa el segundo lugar entre las principales causas de muerte en la Región de las Américas; los tipos más comunes son el cáncer de pulmón, el de próstata y el colorrectal en los hombres y el cáncer de pulmón, el de mama y el cervicouterino en las mujeres (3). La OMS y otras instituciones promueven planes integrales contra el cáncer en los cuales se abordan todas las fases de los servicios de atención (prevención primaria, prevención secundaria, diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos). Un poco más de la mitad de los países de la Región (23 países, es decir, 61%) han adoptado a nivel nacional un plan, una política o una estrategia contra el cáncer, ya sea de manera independiente o bien integrados al plan nacional contra las ENT (5). Se están registrando avances considerables en la prevención del cáncer cervicouterino; 20 países (53%) han introducido vacunas contra el virus del papiloma humano y 33 países (87%) disponen de servicios de detección del cáncer de mama, cervicouterino, de colon y de próstata; sin embargo, solo seis países informan que la cobertura de los servicios de detección de por lo menos uno de estos tipos de cáncer llega a niveles en los que probablemente tengan alguna repercusión (una cobertura de 70% o más) (5). Con respecto al cáncer de mama, aunque en 31 países (81%) hay servicios de detección y en 16 países (42%) se usa la mamografía, solo en tres de estos países la cobertura de estos servicios llega a niveles significativos que probablemente tengan una repercusión (una cobertura de 70% o más) (5).

14. Las **enfermedades respiratorias crónicas (CRD)**, principalmente las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, el asma y las enfermedades pulmonares ocupacionales, son responsables de aproximadamente 413.000 defunciones en la Región de las Américas (3). El consumo de tabaco, la contaminación del aire, y los productos químicos y el polvo que causan enfermedades ocupacionales son los principales factores de riesgo de estas enfermedades, que no tienen cura pero sí tratamiento eficaz. En términos generales, los establecimientos de atención primaria del sector público de la Región informan que ofrecen tratamiento para estas enfermedades: en 28 países (74%) se dispone de inhaladores esteroideos y en 33 países (87%) se dispone de broncodilatadores. Sin embargo, solo 9 países (24%) aplican directrices sobre el manejo de enfermedades respiratorias crónicas y 8 países (21%) tienen una política, estrategia o plan de acción específico que se esté aplicando con respecto a las enfermedades respiratorias crónicas (5). Se necesita urgentemente una mejor vigilancia para establecer la magnitud de las enfermedades respiratorias crónicas, así como prevención primaria para reducir los factores de riesgo y fortalecer la atención de salud que se brinda a las personas con enfermedades respiratorias crónicas, a fin de mejorar la calidad de vida de aquellos afectados por estas enfermedades.

15. A medida que los países siguen trabajando en pro de la cobertura universal de salud, surgen oportunidades para mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de la atención en torno a las ENT y para abordar las enfermedades conexas, en particular la depresión y otros trastornos mentales. Con la asistencia técnica de la OPS, varios países están aplicando el modelo de atención de las enfermedades crónicas, promovido por la OPS y otras instituciones a fin de integrar el tratamiento de las ENT en los servicios de atención primaria como un mecanismo para brindar un mejoramiento continuo de la calidad y lograr el autocuidado. A fin de motivar a más países para que adopten este modelo, se están documentando y difundiendo estas experiencias. El acceso a los medicamentos esenciales para el tratamiento de las ENT está fortaleciéndose por medio del Fondo Rotatorio para Suministros Estratégicos de Salud Pública (el Fondo Estratégico) de la OPS, que actualmente incluye casi 40 medicamentos para la hipertensión, la diabetes, el cáncer y el abandono del tabaco; sin embargo, muy pocos países están usando este mecanismo, y, en consecuencia, muchos están pagando por los medicamentos para tratar las ENT precios significativamente más altos que los disponibles mediante el fondo.

16. La capacidad de vigilancia debe mejorarse, especialmente en Centroamérica y el Caribe, a fin de que todos los países puedan medir el grado de avance en cuanto a los indicadores y las metas referentes a las ENT; evaluar la repercusión de las políticas, programas y servicios que han adoptado en este ámbito; e informar acerca de sus progresos en la Tercera Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre las ENT, que se celebrará en el 2018. No obstante, ha habido cierto progreso en esta área: 29 países informaron que han realizado las encuestas sobre factores de riesgo de las ENT³ de forma parcial o completa y 34 países presentaron datos sobre mortalidad (5).

³ Se considera que las encuestas sobre factores de riesgo de las ENT se realizaron de forma completa si, en

Retos y enseñanzas

17. Las ENT, un complejo grupo de cuatro tipos de enfermedades que tienen cuatro factores de riesgo en común, requieren voluntad política, inversiones y acciones concertadas de todos los sectores del gobierno y la sociedad para abordar los factores impulsores subyacentes. En la Región de las Américas existe un gran compromiso político con las ENT, como se observó en este plan de acción regional sobre las ENT, así como en el plan de acción mundial y en las reuniones de alto nivel de las Naciones Unidas sobre las ENT, celebradas en los años 2011 y 2014. Además, como se indicó anteriormente, se han registrado progresos importantes. No obstante, estos compromisos aún no se han traducido plenamente en que todos los países cumplan sus compromisos con respecto a las ENT dentro de los plazos previstos de establecer planes nacionales, constituir comisiones multisectoriales, fijar metas e indicadores nacionales, fomentar la adopción de regulaciones y políticas más estrictas para reducir los factores de riesgo, mejorar los servicios de salud y realizar encuestas sobre factores de riesgo. La interferencia de las industrias del tabaco, las bebidas alcohólicas y los alimentos sigue frenando el avance de los países hacia el logro de las metas en cuanto a los factores de riesgo de las ENT.

18. En vista de que lograr la participación en la prevención de las ENT de otros sectores además del de la salud, así como de la sociedad civil, la comunidad académica y el sector privado, es una tarea sumamente compleja se ha hecho particularmente difícil para los países emprender acciones multisectoriales. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como los compromisos regionales con respecto a la salud en todas las políticas, las leyes relacionadas con la salud y la prevención de la obesidad en los niños y adolescentes, requieren y sustentan la creación de respuestas multisectoriales en el ámbito de las ENT. Por consiguiente, es necesario emprender una acción más concertada con el sector salud y todos aquellos sectores que puedan intervenir en la prevención y control de las ENT.

19. En este aspecto, la OPS dirige un mecanismo regional para la cooperación multisectorial en relación con las enfermedades no transmisibles mediante el Grupo de Trabajo Interamericano sobre las ENT, establecido como mandato por la VII Cumbre de las Américas. Este grupo de trabajo regional, que se puso en marcha en julio del 2015,

la encuesta sobre la capacidad de los países del 2015, el país respondió “sí” en cada uno de factores de riesgo (con respecto a los adultos) indicados en la pregunta acerca de la realización de encuestas sobre dichos factores (ya sea con respecto a un solo factor específico o a varios en conjunto), a saber: consumo nocivo de alcohol (optativo para los Estados Miembros según las circunstancias nacionales), falta de actividad física, consumo de tabaco, hiperglucemia y diabetes, hipertensión, sobrepeso y obesidad, y consumo de sal o sodio. Además, el país debe indicar, con respecto a cada factor de riesgo, que la encuesta más reciente se realizó en los últimos cinco años (es decir, en el caso de las respuestas de la encuesta del 2015 debería indicar que se realizó en el 2010 o después) y debe responder que se realizó cada 1 o 2 años, o cada 3, 4 o 5 años, en el caso de la subpregunta sobre la frecuencia con la cual se realiza la encuesta. Se considera que la encuesta se realizó parcialmente si el país respondió que se cubrieron al menos tres de los factores de riesgo anteriores (pero no todos) o que las encuestas se realizaron hace más de cinco años pero menos de diez.

busca promover y coordinar actividades multisectoriales con los organismos e instituciones internacionales aliadas que forman parte del sistema interamericano: la Organización Panamericana de la Salud, la Organización de Estados Americanos, el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe y el Banco Mundial. Se ha trazado un mapa de las actuales inversiones y la cooperación técnica de cada organismo en relación con las ENT y sus factores de riesgo y la OPS está analizando los datos para informar acerca de posibles áreas de sinergia, las deficiencias y la colaboración. Se está elaborando un plan de trabajo conjunto, que se concentra en los temas de prioridad del control del tabaco, la prevención de la obesidad en los niños y adolescentes y la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares. Los elementos del plan de trabajo incluyen la promoción de la causa y la movilización de la comunidad, la legislación, el análisis económico y el fortalecimiento de la capacidad de realizar intervenciones clave para dar una respuesta intersectorial a las ENT, entre otros aspectos. El Grupo de Trabajo auspició una actividad paralela como parte de la Reunión Ministerial de la OEA sobre Desarrollo Social, que se realizó en julio del 2016, para crear vínculos entre el desarrollo social, la inclusión social y las ENT.

Acción necesaria para mejorar la situación

20. Se debe seguir aplicando el plan de acción regional sobre las ENT y se destacan en especial las siguientes medidas que requieren atención para mejorar la situación actual en cuanto a las ENT:

- a) Intensificar los compromisos políticos, técnicos y económicos con las ENT, especialmente en las subregiones de Centroamérica y el Caribe, donde el progreso en la prevención y control de las ENT pareciera estar quedándose a la zaga.
- b) En el caso de aquellos países que todavía no han establecido un plan nacional, metas a nivel de país o comisiones multisectoriales en el ámbito de las ENT, priorizar estas acciones sin más retraso.
- c) Acelerar la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, particularmente para implantar las cuatro intervenciones propuestas a fin de reducir la demanda, a saber, políticas impositivas, entornos sin humo de tabaco, advertencias sobre la salud y prohibiciones en el ámbito de la publicidad y la promoción.
- d) Hacer hincapié en la prevención de la obesidad al fomentar la adopción de modos de vida saludables y de una alimentación saludable mediante campañas de concienciación del público, promoción de la actividad física, aplicación de impuestos a las bebidas azucaradas, así como restricciones a la publicidad alimentos y bebidas sin alcohol dirigida a niños y adolescentes, y restricciones a la publicidad de sucedáneos de la leche materna.
- e) Dar prioridad a las políticas relativas al alcohol en el marco de las ENT y la agenda de salud, y poner en práctica intervenciones relacionadas con la reducción de la demanda (políticas impositivas, regulación del acceso y la disponibilidad, y

prohibiciones en cuanto a la publicidad y la promoción) necesarias para reducir el consumo nocivo de alcohol.

- f) Usar plenamente el Fondo Estratégico de la OPS para aumentar el acceso a los medicamentos esenciales necesarios para las ENT y su asequibilidad, en particular los medicamentos para mejorar el control de la presión arterial y prevenir las enfermedades cardiovasculares.

Intervención del Consejo Directivo

21. Se invita al Consejo Directivo a tomar nota de este informe de progreso y considerar las medidas necesarias para acelerar las intervenciones relacionadas con la prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

Anexo

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles [Internet]. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington, DC. Washington, DC: OPS, 2013 (documento CD52/7, Rev. 1) [consultado el 18 de febrero del 2016]. Puede encontrarse en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22841&Itemid=270&lang=es
2. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [consultado el 18 de febrero del 2016]. Puede encontrarse en inglés en:
<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>
3. Organización Panamericana de la Salud. Base de datos de la OPS sobre mortalidad. Washington, DC: PAHO; 2016. Disponible en inglés previa solicitud.
4. Organización Mundial de la Salud. Marco mundial de vigilancia integral para la prevención y el control de las ENT. Garantizar que los países logren avances en relación con las enfermedades transmisibles [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 [consultado el 4 de febrero del 2016]. Puede encontrarse en:
http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/es/
5. Organización Panamericana de la Salud. Resultados correspondientes a la Región de las Américas de la encuesta de capacidad nacional sobre las ENT, 2015. Informe en proceso de elaboración. Disponible previa solicitud.

6. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre Control del Tabaco en la Región de las Américas: A 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco. Washington, DC: OPS; 2016. Se puede encontrar en:
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28380/9789275318867_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Organización Mundial de la Salud. United Nations Children's Emergency Fund. BFAN. Marketing of Breast-milk Substitutes: National Implementation of the International Code. Status Report 2016. Ginebra: OMS; 2016. Puede encontrarse en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206011/1/WHO_NMH_NHD_16.1_spa.pdf
8. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles, 2014 [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [consultado el 18 de febrero del 2016]. Puede encontrarse en:
<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>
9. Rivera JA, De Cossio TG, Pedraza LS, et al. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: A systematic review. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014;2:321-332.
10. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS, 2014 (documento CD53/9, Rev. 2) [consultado el 18 de febrero del 2016]. Puede encontrarse en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774&Itemid=410628lang=es
11. Organización Mundial de la Salud. Global status report on alcohol and health [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [consultado el 18 de febrero del 2016]. Puede encontrarse en:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/

ANEXO. Examen de mitad de periodo del *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, por objetivo específico*

En el cuadro siguiente se describe el progreso de cada objetivo específico e indicador del *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* para el período 2013-2019, aprobado por el Consejo Directivo de la OPS en el 2013. Muestra los países incluidos en la línea de base en el 2010 y los países que concordaron con el indicador para el 2016, el año para el cual se presenta al Consejo Directivo un informe del progreso logrado a mitad de período. Los indicadores con un asterisco (*) están incluidos también en el *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020* de la OMS.

Línea estratégica de acción	Objetivo específico	Indicador	Línea de base (2010)	Situación (2016)	Notas acerca de la situación (2016)
1. Políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las ENT	1.1 Promover, a nivel del gobierno y en colaboración con una amplia gama de entidades no estatales, según corresponda, la integración de la prevención de las ENT en otros sectores que están fuera del sector de la salud, como la agricultura y la ganadería, el comercio, la educación, el trabajo, el desarrollo, las finanzas, el urbanismo, el medio ambiente y el transporte.	1.1.1 Número de países con políticas multisectoriales de prevención de las ENT, así como marcos y acciones, por lo menos en tres sectores fuera del sector de la salud a nivel del gobierno, que se llevan a cabo en colaboración con una amplia gama de entidades no estatales, según corresponda (por ejemplo, agricultura y ganadería, comercio, educación, trabajo, desarrollo, finanzas, planificación urbana, ambiente y transporte).	(5) ARG, BRA, CAN, MEX, USA	(12) ARG, BRA, BRB, CAN, CRI, CUB, GRD, JAM, MEX, PRI, USA, VGB	- Fuente: Encuesta de la OPS/OMS sobre la capacidad de los países con respecto a las ENT, efectuada de julio a noviembre del 2015. - Esto se refiere a los países con comisiones multisectoriales operativas contra las ENT que incluyen ministerios del gobierno diferentes del de la salud. La pregunta de la encuesta no indagó acerca del número de sectores, de manera que no se sabe con certidumbre si el país tiene en su comisión nacional al menos tres sectores ajenos a la salud.
	1.2 Fortalecer o formular planes nacionales de salud, basados en enfoques	1.2.1 Número de países que ejecutan planes o medidas nacionales multisectoriales para la prevención y el control de las ENT.	(15) ARG, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CUW,	(22) ARG, BLZ, BRA, BRB, VGB, CAN, CHL, COL, CRI,	- Fuente: Encuesta de la OPS/OMS sobre la capacidad de los países con respecto a las ENT, efectuada de julio a noviembre del 2015.

CD55/INF/12 - C - ANEXO

Línea estratégica de acción	Objetivo específico	Indicador	Línea de base (2010)	Situación (2016)	Notas acerca de la situación (2016)
	multisectoriales, con acciones, metas e indicadores específicos orientados por lo menos a las cuatro ENT prioritarias y a los cuatro factores de riesgo principales.		DOM, GTM, JAM, MEX, SUR, TTO, USA, VGB	DOM, ECU, GLP, GUY, JAM, KNA, MEX, PAN, PRI, PRY, SUR, USA, VCT	
	1.3 Ampliar las políticas de protección social en el campo de la salud para proporcionar cobertura universal de servicios de salud y un acceso más equitativo a servicios básicos de salud orientados a la promoción, la prevención, la curación, la rehabilitación y los cuidados paliativos, así como medicamentos y tecnologías esenciales, seguros, asequibles, eficaces y de buena calidad para las ENT.	1.3.1 Número de países con sistemas nacionales de protección social en el campo de la salud que abordan el acceso universal y equitativo a intervenciones para las ENT.	(7) BRA, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, URY	En curso	- Actualmente no hay datos para medir el progreso en este indicador. Se necesita un examen y un análisis de todos los sistemas de protección social de los países de la Región para evaluar este indicador y esta labor está en curso; la información será incluida en el informe final.
2. Factores de riesgo y factores protectores de las ENT	2.1 Reducir el consumo de tabaco y la exposición pasiva al humo de tabaco.	2.1.1* Número de países que reducen la prevalencia del consumo actual de tabaco del nivel establecido en la línea de base nacional al nivel establecido para el informe provisional del marco mundial de vigilancia de la OMS,	0	En curso	- Se puede encontrar información sobre la prevalencia estandarizada según la edad del tabaquismo actual en los adultos de 15 o más años de edad (2013) en 19 países, reunida en el anexo X del Informe OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo, 2015 (se puede consultar en:

CD55/INF/12 - C - ANEXO

Línea estratégica de acción	Objetivo específico	Indicador	Línea de base (2010)	Situación (2016)	Notas acerca de la situación (2016)
		contribuyendo así a la meta mundial de una reducción relativa de 30% para el 2025 del consumo actual de tabaco, medida por medio de la prevalencia normalizada por edades del consumo actual de tabaco en las personas mayores de 15 años.			http://bit.ly/1gl1YYm . - Todavía no hay datos que permitan calcular el cambio en la prevalencia del consumo de tabaco de la línea de base al nivel establecido para la notificación provisional al marco de vigilancia mundial de la OMS. Cuando se obtengan esos datos, se evaluará este indicador y se incluirá la información en el informe final.
	2.2 Reducir el consumo nocivo de alcohol.	2.2.1* Número de países que, para el 2019, logran una reducción del consumo nocivo de alcohol del nivel establecido en la línea de base nacional al nivel establecido para el informe provisional del marco mundial de vigilancia de la OMS, contribuyendo así a la meta mundial de una reducción relativa de 10% para el 2025.	0	En curso	- Se dispone de información sobre el consumo de alcohol per cápita en adultos de 15 o más años de edad (2010) en los 35 Estados Miembros, reunida en el informe de la OMS sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles correspondiente al 2014 (se puede consultar en: http://bit.ly/1CeE0Vx). Este es uno de los tres indicadores del consumo nocivo de alcohol incluido en el marco de vigilancia mundial de la OMS. Se insta a los países a que informen sobre tantos indicadores como sea posible; sin embargo, también pueden decidir informar sobre el más apropiado para sus circunstancias nacionales. - Según la encuesta de la OPS/OMS sobre la capacidad de los países con respecto a las ENT, 26 países señalan que han realizado una encuesta reciente (≤ 5 años) sobre factores de riesgo que incluye el consumo nocivo de alcohol. - Todavía no hay datos que permitan calcular el cambio en la prevalencia del consumo de tabaco de la línea de base al nivel establecido para la notificación

CD55/INF/12 - C - ANEXO

Línea estratégica de acción	Objetivo específico	Indicador	Línea de base (2010)	Situación (2016)	Notas acerca de la situación (2016)
					provisional al marco de vigilancia mundial de la OMS. Cuando se consigan esos datos, se evaluará este indicador y se incluirá la información en el informe final.
	2.3 Promover la alimentación sana a fin de propiciar la salud y el bienestar.	2.3.1* Número de países con políticas para reducir el impacto que tiene en los niños la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo trans, azúcares libres o sal.	(2) BRA, CAN	(7) BRA, CAN, CHL, COL, CRI, MEX, URY	- Fuente: Encuesta de la OPS/OMS sobre la capacidad de los países con respecto a las ENT, efectuada de julio a noviembre del 2015.
2.3.2* Número de países que han adoptado políticas nacionales para limitar las grasas saturadas y prácticamente eliminar los aceites vegetales parcialmente hidrogenados en los alimentos, según proceda en el marco del contexto nacional y los programas nacionales.		(6) ARG, BRA, CAN, CHL, CRI, USA	(10) ARG, BRA, CAN, COL, CRI, ECU, JAM, PER, PRI, USA	- Fuente: Encuesta de la OPS/OMS sobre la capacidad de los países con respecto a las ENT, efectuada de julio a noviembre del 2015.	
2.3.3* Número de países que, para el 2019, reducen el consumo de sal/sodio del nivel establecido en la línea de base nacional al nivel establecido para el informe provisional del marco mundial de vigilancia de la OMS, contribuyendo así a la meta mundial de una reducción relativa de 30% para el 2025 de la ingesta de sal/sodio en la población, medida sobre la base de la ingesta diaria promedio de sal (cloruro de sodio) en gramos y normalizada por		0	En curso	- Conforme a la encuesta de la OPS/OMS sobre la capacidad de los países con respecto a las ENT, 14 países declararon haber efectuado una encuesta reciente (≤ 5 años) sobre factores de riesgo que incluyó la ingesta de sal/sodio. La OPS/OMS está brindando asistencia técnica a los países para emprender encuestas sobre factores de riesgo que incluyen la ingesta de sal/sodio. - Todavía no hay datos que permitan calcular el cambio en la ingesta de sal/sodio de la línea de base al nivel establecido para la notificación provisional al marco de vigilancia mundial de la OMS.	

CD55/INF/12 - C - ANEXO

Línea estratégica de acción	Objetivo específico	Indicador	Línea de base (2010)	Situación (2016)	Notas acerca de la situación (2016)
		edades en las personas mayores de 18 años.			Cuando se consigan esos datos, se evaluará este indicador y se incluirá la información en el informe final.
	2.4 Promover la vida activa a fin de propiciar la salud y el bienestar y prevenir la obesidad.	2.4.1* Número de países que, para el 2019, reducen la prevalencia de actividad física insuficiente en adultos, al nivel establecido con respecto a la línea de base nacional hasta el nivel establecido para la presentación de informes provisionales del marco mundial de vigilancia de la OMS y contribuyen a la meta mundial de una reducción relativa de por lo menos 10% para el 2025 de la prevalencia de personas mayores de 18 años con un nivel insuficiente de actividad física (definido como menos de 150 minutos semanales de ejercicio de intensidad moderada o su equivalente).	0	En curso	<ul style="list-style-type: none"> - Se cuenta con información (correspondiente al 2010) sobre la prevalencia estandarizada por edad de una actividad física insuficiente en adultos de 18 o más años de edad en 20 Estados Miembros, reunida en el informe de la OMS sobre la situación mundial correspondiente al 2014 (se puede consultar en: http://bit.ly/1CeE0Vx). - Conforme a la encuesta de la OPS/OMS sobre la capacidad de los países con respecto a las ENT, 14 países indicaron haber efectuado una encuesta reciente (≤ 5 años) sobre factores de riesgo que incluía la actividad física. - Todavía no hay datos que permitan calcular el cambio en la actividad física insuficiente de los adultos de la línea de base al nivel establecido para la notificación provisional al marco de vigilancia mundial de la OMS. Cuando se consigan esos datos, se evaluará este indicador y se incluirá la información en el informe final.
		2.4.2* Número de países que, para el 2019, reducen la prevalencia de actividad física insuficiente en adolescentes con respecto al nivel establecido en la línea de base nacional hasta el nivel establecido para la presentación de informes provisionales del marco mundial de	0	En curso	<ul style="list-style-type: none"> - Hay datos proporcionados por los países sobre la prevalencia de una actividad física insuficiente en adolescentes de 11 a 17 años de edad que están matriculados en las escuelas en 27 Estados Miembros; figuran en el informe de la OMS sobre la situación mundial correspondiente al 2014 (se puede consultar en: http://bit.ly/1CeE0Vx).

Línea estratégica de acción	Objetivo específico	Indicador	Línea de base (2010)	Situación (2016)	Notas acerca de la situación (2016)
		vigilancia de la OMS y contribuyen a la meta mundial de una reducción relativa de por lo menos 10% para el 2025 de la prevalencia de adolescentes con un nivel insuficiente de actividad física (definido como menos de 60 minutos diarios de ejercicio de intensidad moderada a elevada, en niños de edad escolar y adolescentes).			<p>- Conforme a la encuesta de la OPS/OMS sobre la capacidad de los países con respecto a las ENT, 21 países señalaron que habían efectuado encuestas recientes sobre factores de riesgo que incluían medidas relacionadas con la actividad física.</p> <p>- Todavía no hay datos que permitan calcular el cambio en la actividad física insuficiente de los adolescentes de la línea de base al nivel establecido para la notificación provisional al marco de vigilancia mundial de la OMS. Cuando se consigan esos datos, se evaluará este indicador y se incluirá la información en el informe final.</p>
3. Respuesta de los sistemas de salud a las ENT y sus factores de riesgo	3.1 Mejorar la calidad de los servicios de salud para el tratamiento de las ENT.	3.1.1 Número de países que adoptan un modelo de manejo integrado de las ENT (por ejemplo, el modelo de atención a las enfermedades crónicas, con directrices basadas en la evidencia, sistemas de información clínica, autocuidado y apoyo de la comunidad, atención de salud por medio de equipos multidisciplinarios).	(9) ARG, BRA, CAN, CHL, DOM, JAM, MEX, PRY, USA	(18) ARG, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, DOM, ECU, GRD, MEX, JAM, PAN, PRI, PRY, LCA, SUR, USA	- Fuente: información suministrada por la Unidad de la OPS de Enfermedades No Transmisibles, basada en la cooperación técnica sobre la aplicación del modelo de atención de las enfermedades crónicas.
	3.2 Aumentar la accesibilidad y el uso racional de medicamentos esenciales y tecnologías para la detección, diagnóstico, tratamiento, control, rehabilitación y	3.2.1 Número de países que, para el 2019, alcanzan el nivel de disponibilidad de tecnologías básicas asequibles y medicamentos esenciales, incluidos los medicamentos genéricos necesarios para tratar las cuatro ENT principales en establecimientos públicos y privados, establecido por	(7) ARG, BRA, CAN, CHL, CRI, CUB, URY	(20) ATG, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, CYM, DOM, ECU, GRD, GUY, JAM, PAN, PRI, SUR, TTO, URY, USA	<p>- Fuente: Encuesta de la OPS/OMS sobre la capacidad de los países con respecto a las ENT, efectuada de julio a noviembre del 2015.</p> <p>- Esto incluye a países que señalan que cuentan con todas las tecnologías básicas y medicamentos esenciales contra las ENT generalmente disponibles en el sector público. No se tienen datos del sector</p>

CD55/INF/12 - C - ANEXO

Línea estratégica de acción	Objetivo específico	Indicador	Línea de base (2010)	Situación (2016)	Notas acerca de la situación (2016)
	cuidados paliativos de las ENT.	el país para la presentación de informes provisionales del marco mundial de vigilancia de la OMS y contribuyen a la meta mundial para el 2025 de 80% de disponibilidad.			privado acerca de los medicamentos contra las ENT. - La definición de medicamentos esenciales y tecnologías básicas es la que aparece junto con las especificaciones del marco de vigilancia mundial de las ENT (se puede consultar en: http://bit.ly/1KsRizl).
		3.2.2 Número de países que, para el 2019, mejoran el acceso a cuidados paliativos, expresado por un aumento del consumo, en equivalentes de morfina, de analgésicos opioides (excluida la metadona) por cada muerte por cáncer (en comparación con el 2010).	0	En curso	- Se cuenta con datos sobre el consumo de opioides (medido en equivalentes de morfina y sin incluir la metadona, en miligramos por persona) en 37 países y territorios de la Región de las Américas, como cálculos de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. - Conforme a la encuesta de la OPS/OMS sobre la capacidad de los países con respecto a las ENT, 18 países señalan que generalmente ha habido morfina oral disponible en el sector público. - Todavía no se dispone de datos que permitan calcular el cambio en el consumo (en equivalentes de morfina) de analgésicos opioides (excluyendo la metadona) por defunción por cáncer. Cuando se consigan esos datos, se evaluará este indicador y se incluirá la información en el informe final.
		3.2.3 Número de países que utilizan el Fondo Estratégico de la OPS, el Fondo Rotatorio u otros mecanismos que permiten ahorrar en los costos para comprar medicamentos esenciales y	0	En curso	- Todos los países de la Región utilizan el Fondo Rotatorio de la OPS para obtener la vacuna contra el VHB y casi todos los países que han introducido las vacunas contra el VPH usan este fondo. - La inclusión de medicamentos para las

CD55/INF/12 - C - ANEXO

Línea estratégica de acción	Objetivo específico	Indicador	Línea de base (2010)	Situación (2016)	Notas acerca de la situación (2016)
		tecnologías sanitarias pertinentes para la prevención, el control y los cuidados paliativos para las cuatro ENT principales; por ejemplo, medicamentos para quimioterapia, medicamentos para cuidados paliativos, insulina, diálisis y hemodiálisis, y vacunas contra la hepatitis B y el virus del papiloma humano, y medicamentos para el tratamiento de la hipertensión y la diabetes.			ENT en el Fondo Estratégico de la OPS es muy reciente y, por eso, los países de la Región todavía no han empezado a utilizar plenamente este mecanismo. Solo dos países hasta la fecha han obtenido sus medicamentos para las ENT mediante el Fondo Estratégico. La OPS está promoviendo activamente la disponibilidad de medicamentos asequibles para las ENT en sus Estados Miembros por conducto de este fondo.
		3.2.4 Número de países que tienen una comisión oficial que selecciona, basándose en la mejor evidencia disponible y sin conflictos de intereses, medicamentos y tecnologías para la prevención y el tratamiento de las ENT, así como para los cuidados paliativos, a fin de incluirlos o excluirlos en los servicios del sector público.	(6) BRA, CAN, CRI, CUB, URY, USA	En curso	- Hay ocho países con comisiones que seleccionan medicamentos y tecnologías, conforme a los mejores datos científicos recopilados y operando sin conflictos de intereses. La información actual no separa los medicamentos y las tecnologías para la prevención, el tratamiento o los cuidados paliativos de las ENT de otros tipos de medicamentos y tecnologías, de manera que no es posible informar plenamente sobre este indicador.
		3.2.5 Número de países con un plan implantado, según corresponda, para aumentar el acceso a opciones asequibles para el tratamiento de la enfermedad renal crónica, en particular en estadios terminales de la enfermedad.	(5) CHL, CUB, PRI, URY, VEN	(10) ARG, BRA, CHL, COL, CUB, ECU, PRI, PRY, URY, VEN	- Fuente: González-Bedat et al. Los registros nacionales de diálisis y trasplante renal en América Latina: cómo implementarlos y mejorarlos. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(3):254-260.
	3.3 Implementar intervenciones eficaces, basadas en la evidencia y costo-	3.3.1* Número de países que, para el 2019, alcanzan el nivel establecido de hiperglucemia y diabetes con respecto a la línea de	(1) USA	En curso	- Se cuenta con información sobre la prevalencia estandarizada de hiperglucemia en ayunas o diabetes ($\geq 7,0$ mmol/l o en personas que reciben

CD55/INF/12 - C - ANEXO

Línea estratégica de acción	Objetivo específico	Indicador	Línea de base (2010)	Situación (2016)	Notas acerca de la situación (2016)
	eficaces, para el tratamiento y el control de las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, la diabetes, los cánceres y las enfermedades respiratorias crónicas.	base nacional hasta el nivel establecido para la presentación de informes provisionales del marco mundial de vigilancia de la OMS y contribuyen a la meta mundial de detener el aumento de la diabetes para el 2025, expresado por medio de la prevalencia normalizada por edades de personas mayores de 18 años con hiperglucemia o diabetes (definidas respectivamente por valores de glucosa plasmática en ayunas $\geq 7,0$ mmol/l [126 mg/dl] o por la toma de medicación contra la hiperglucemia).			<p>medicación) en adultos de 18 o más años de edad (2014) en los 35 Estados Miembros, recopilada por el Observatorio Mundial de la Salud de la OMS (se puede consultar en: http://bit.ly/297Gopx).</p> <p>- De acuerdo con la Encuesta de la OPS/OMS sobre la capacidad de los países con respecto a las ENT, 23 países señalan que han efectuado encuestas recientes (≤ 5 años) sobre factores de riesgo que incluyen la glucemia o diabetes.</p> <p>- Todavía no se dispone de datos que permitan calcular el cambio en la prevalencia de hiperglucemia o diabetes de la línea de base nacional al nivel establecido para la notificación provisional al marco de vigilancia mundial de la OMS. Cuando se consigan esos datos, se evaluará este indicador y se incluirá la información en el informe final.</p>
		3.3.2* Número de países que, para el 2019, alcanzan el nivel establecido de obesidad en adultos con respecto a la línea de base nacional hasta el nivel establecido para la presentación de informes provisionales del marco mundial de vigilancia de la OMS y contribuyen a la meta mundial de detener el aumento para el 2025 de la obesidad en los adultos expresado por medio de la prevalencia normalizada por edades de personas mayores de 18 años con sobrepeso u obesidad (definidos por un índice	0	En curso	<p>- Hay información sobre la prevalencia de la obesidad estandarizada según la edad ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) en adultos de 18 o más años de edad (2014) en los 35 Estados Miembros, reunida en el informe de la OMS sobre la situación mundial correspondiente al 2014 (se puede consultar en: http://bit.ly/1CeE0Vx).</p> <p>- De acuerdo con la encuesta de la OPS/OMS sobre la capacidad de los países con respecto a las ENT, 27 países señalaron que habían efectuado encuestas recientes (≤ 5 años) sobre factores de riesgo que incluía el sobrepeso y la obesidad en los adultos.</p>

CD55/INF/12 - C - ANEXO

Línea estratégica de acción	Objetivo específico	Indicador	Línea de base (2010)	Situación (2016)	Notas acerca de la situación (2016)
		de masa corporal igual o superior, respectivamente, a 25 kg/m ² y 30 kg/m ²).			- No hay datos que permitan calcular el cambio en la prevalencia de la obesidad en los adultos de la línea de base nacional al nivel establecido para la notificación provisional al marco de vigilancia mundial de la OMS. Cuando se consigan esos datos, se evaluará este indicador y se incluirá la información en el informe final.
		3.3.3* Número de países que, para el 2019, alcanzan el nivel establecido de sobrepeso y obesidad en adolescentes con respecto a la línea de base nacional hasta el nivel establecido para la presentación de informes provisionales del marco mundial de vigilancia de la OMS y contribuyen a la meta mundial de detener para el 2025 el aumento del sobrepeso o la obesidad (definidos con arreglo a los patrones de crecimiento de la OMS para niños de edad escolar y adolescentes como aumentos de, respectivamente, una o dos desviaciones estándar respecto del índice de masa corporal para la edad y el sexo).	0	En curso	<p>- Hay datos notificados por los países sobre la prevalencia del sobrepeso y la obesidad (>+1 DE de la mediana para el IMC) en los adolescentes de 13 a 15 años de edad en 18 países, reunidos en la Encuesta Mundial de Salud Escolar (se puede consultar en: http://bit.ly/295Ogt6).</p> <p>- De acuerdo con la encuesta de la OPS/OMS sobre la capacidad de los países con respecto a las ENT, 21 países señalan que han efectuado encuestas recientes (≤ 5 años) sobre factores de riesgo que incluyen el sobrepeso y la obesidad en los adolescentes.</p> <p>- Todavía no hay datos que permitan calcular el cambio en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en los adolescentes de la línea de base nacional al valor establecido para la notificación provisional al marco de vigilancia mundial de la OMS. Cuando se consigan esos datos, se evaluará este indicador y se incluirá la información en el informe final.</p>
		3.3.4* Número de países que, para el 2019, alcanzan el nivel establecido con respecto a la línea de base nacional hasta el nivel	(4) BRA, CAN, CHL, CUB	En curso	- La encuesta STEPS incluye preguntas relacionadas con este indicador, pero actualmente no se conocen los resultados que permitirían el cálculo de este

CD55/INF/12 - C - ANEXO

Línea estratégica de acción	Objetivo específico	Indicador	Línea de base (2010)	Situación (2016)	Notas acerca de la situación (2016)
		establecido para la presentación de informes provisionales del marco mundial de vigilancia de la OMS y contribuyen a la meta mundial para el 2025 de que al menos un 50% de las personas que lo necesitan reciban tratamiento farmacológico y orientación (incluido el control de la glucemia) para prevenir los ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares; las personas que lo necesitan son aquellas de más de 40 años con un riesgo cardiovascular superior o igual a 30% a 10 años, incluidas las que ya padecen una enfermedad cardiovascular.			indicador. Cuando se obtengan los datos, se calculará este indicador y la información será incluida en el informe final.
		3.3.5* Número de países que, para el 2019, reducen el nivel de prevalencia de hipertensión con respecto a la línea de base nacional hasta el nivel establecido para la presentación de informes provisionales del marco mundial de vigilancia de la OMS y contribuyen a la meta mundial de una reducción relativa de por lo menos 25% para el 2025 de la prevalencia de la hipertensión o frenan el aumento de la prevalencia de hipertensión en función de las circunstancias del país, expresada por medio de la prevalencia normalizada por edad de mayores de 18 años con hipertensión arterial (definida como	0	En curso	<ul style="list-style-type: none"> - Se cuenta con información sobre la prevalencia de la hipertensión (presión arterial sistólica ≥ 140 o presión arterial diastólica ≥ 90) estandarizada según la edad en adultos de 18 o más años de edad (en el 2014) en los 35 Estados Miembros en el Observatorio Mundial de la Salud de la OMS (se puede consultar en: http://bit.ly/29djA9W). - De acuerdo con la encuesta de la OPS/OMS sobre la capacidad de los países con respecto a las ENT, 24 países señalaron que habían efectuado encuestas recientes (≤ 5 años) sobre factores de riesgo que incluían la presión arterial. - Todavía no hay datos que permitan calcular el cambio en la prevalencia de la hipertensión de la línea de base nacional al

CD55/INF/12 - C - ANEXO

Línea estratégica de acción	Objetivo específico	Indicador	Línea de base (2010)	Situación (2016)	Notas acerca de la situación (2016)
		tensión arterial sistólica \geq 140 mmHg o tensión arterial diastólica \geq 90 mmHg).			nivel establecido para la notificación provisional al marco de vigilancia mundial de la OMS. Cuando se consigan esos datos, se evaluará este indicador y se incluirá la información en el informe final.
		3.3.6* Número de países que para el 2019 alcanzan una cobertura de detección del cáncer cervicouterino de 70% de las mujeres de 30 a 49 años, al menos una vez o más frecuentemente y en un rango de edad más amplio, según las políticas nacionales.	(5) BRA, CAN, CHL, KNA, USA	(7) BRA, CAN, CHL, CUB, ECU, GRD, USA	- Fuente: Encuesta de la OPS/OMS sobre la capacidad de los países con respecto a las ENT, efectuada de julio a noviembre del 2015.
		3.3.7 Número de países con una cobertura de al menos 50% de detección del cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años (y otros grupos de edad según los programas o las políticas nacionales) en un periodo de 3 años, y con un tratamiento efectivo y oportuno de todos los casos positivos identificados mediante el tamizaje.	(4) ARG, BRA, CAN, USA	(7) BRA, CAN, CUB, DOM, ECU, JAM, USA	- Fuente: Encuesta de la OPS/OMS sobre la capacidad de los países con respecto a las ENT, efectuada de julio a noviembre del 2015.
		3.3.8* Número de países que proporcionan, cuando proceda, vacunas costo-eficaces y asequibles contra el virus del papiloma humano, de acuerdo con los programas y las políticas nacionales.	(8) ARG, CAN, COL, MEX, PAN, PER, URY, USA	(21) ARG, BHS, BLZ, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CYM, ECU, GUY, HND, MEX, PAN, PER, PRI, PRY, SUR, TTO, URY, USA	- Fuente: Encuesta de la OPS/OMS sobre la capacidad de los países con respecto a las ENT, efectuada de julio a noviembre del 2015.

Línea estratégica de acción	Objetivo específico	Indicador	Línea de base (2010)	Situación (2016)	Notas acerca de la situación (2016)
4. Vigilancia e investigación de las ENT	4.1 Mejorar la calidad y el alcance de los sistemas de vigilancia de las ENT y sus factores de riesgo, a fin de incluir información sobre la situación socioeconómica, ocupacional o laboral.	4.1.1* Reducción de la mortalidad prematura a causa de las cuatro ENT principales del 15% para el 2019 y del 25% para el 2025.	0	(14) ABW, ARG, CAN, CHL, COL, CRI, GLP, GUF, LCA, MTQ, TTO, URY, USA, VIR	- Fuente: análisis de los datos de la base de datos sobre mortalidad de la OPS, 2016.
		4.1.2 Número de países con datos sobre mortalidad de buena calidad (que se ciñen a los criterios internacionales con respecto al carácter integral y a la cobertura y el porcentaje de causas de muerte mal definidas o desconocidas) en relación con las cuatro ENT principales y otras que tengan prioridad a nivel nacional (por ejemplo, enfermedad renal crónica).	(10) CAN, CHL, CRI, CUB, MEX, SUR, PAN, URY, USA, VEN	(23) ARG, ATG, BHS, BRA, BRB, CAN, CHL, CRI, CUB, DMA, GRD, GUY, KNA, LCA, MEX, MSR, MTQ, PRI, URY, USA, VCT, VEN, VIR	- Fuente: Indicadores Básicos de la OPS. Situación de salud en las Américas, 2016. Se incluye a países con una cobertura superior a 90% y un porcentaje de causas de muerte mal definidas inferior a 10%, de conformidad con lo definido por Mathers et al., Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data, Bull World Health Organ. 2005;83(3):161-240.
		4.1.3* Número de países con datos de buena calidad sobre la incidencia del cáncer, por tipo de cáncer, por cada 100.000 personas.	(11) ARG, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, ECU, MEX, PER, URY, USA	(18) ARG, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, CYM, ECU, GTM, GUY, JAM, PAN, PER, PRI, URY, USA	- Fuente: Encuesta de la OPS/OMS sobre la capacidad de los países con respecto a las ENT, efectuada de julio a noviembre del 2015.

CD55/INF/12 - C - ANEXO

Línea estratégica de acción	Objetivo específico	Indicador	Línea de base (2010)	Situación (2016)	Notas acerca de la situación (2016)
		<p>4.1.4* Número de países que han hecho por lo menos dos encuestas de población, representativas a nivel nacional para el 2019 sobre factores de riesgo y factores protectores de las ENT en adultos y adolescentes, en los últimos 10 años, que abarcan los siguientes aspectos</p> <ul style="list-style-type: none"> - consumo de tabaco - consumo de alcohol - datos antropométricos - albúmina - presión arterial - glucemia y colesterol en ayunas - ingesta de frutas y verduras - creatinina - inactividad física - ingesta de sodio - prevalencia de enfermedades - ingesta de azúcar - uso de medicamentos 	(7) ARG, BRA, CAN, CHL, MEX, JAM, USA	En curso	<p>- Sobre la base de la encuesta de la OPS/OMS sobre la capacidad de los países con respecto a las ENT y la definición descrita en el indicador 3 del progreso establecido por la OMS, nueve países señalaron que habían realizado encuestas recientes (≤ 5 años) y periódicas (al menos cada 5 años) sobre los factores de riesgo de ENT en adultos, que abarcaban el consumo nocivo de alcohol, la inactividad física, el consumo de tabaco, la hiperglucemia o diabetes, la hipertensión, el sobrepeso y la obesidad y el consumo de sal; 19 países informaron que habían realizado encuestas de los factores de riesgo de ENT que abarcaban al menos tres factores de riesgo, las cuales se efectuaron hace más de 5 años, pero menos de 10 años. La información sobre este indicador será incluida en el informe final.</p>
	4.2 Mejorar la utilización de los sistemas de vigilancia de las ENT y sus factores de riesgo y fortalecer la investigación operativa con miras a mejorar la base de evidencia para la planificación, la vigilancia y la evaluación de las	4.2.1 Número de países que elaboran y difunden informes regulares con análisis de las ENT y sus factores de riesgo, incluidos los determinantes demográficos, socioeconómicos y ambientales y su distribución social, a fin de contribuir al proceso de vigilancia mundial de las ENT.	(9) ARG, BRA, CAN, CHL, COL, CUB, MEX, JAM, USA	(22) ARG, BHS, BRA, BRB, CAN, CHL, CRI, CUB, DOM, ECU, GRD, GTM, LCA, MEX, PAN, PRI, SUR, TTO, URY, USA, VCT	<p>- Fuente: Encuesta de la OPS/OMS sobre la capacidad de los países con respecto a las ENT, efectuada de julio a noviembre del 2015 e Informe de la OMS sobre el seguimiento del progreso en relación con las ENT.</p> <p>- Se refiere a los países que han publicado en los 5 últimos años un informe o una nota descriptiva que difunde datos sobre el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, el consumo de frutas y verduras, la inactividad física, la hipertensión y la</p>

CD55/INF/12 - C - ANEXO

Línea estratégica de acción	Objetivo específico	Indicador	Línea de base (2010)	Situación (2016)	Notas acerca de la situación (2016)
	políticas y los programas relacionados con las ENT.	4.2.2 Número de países que tienen agendas de investigación que incluyen estudios operativos sobre las ENT y sus factores de riesgo con la finalidad de fortalecer las políticas basadas en la evidencia, así como la formulación y ejecución de programas.	(9) ARG, BRA, CAN, CHL, COL, CUB, JAM, MEX, USA	(11) ARG, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, JAM, MEX, PRI, PRY, USA	<p>hiperglucemia o diabetes, obtenidos mediante la encuesta STEPS o encuestas similares en adultos.</p> <p>- Fuente: Encuesta de la OPS/OMS sobre la capacidad de los países con respecto a las ENT, efectuada de julio a noviembre del 2015 e informe de la OMS sobre el seguimiento del progreso en relación con las ENT.</p> <p>- Se refiere a los países que tienen una política o plan operativos sobre la investigación relacionada con las ENT.</p>

D. PLAN DE ACCIÓN PARA REDUCIR EL CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL: EXAMEN DE MITAD DE PERÍODO

Antecedentes

1. En el 2010, la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud respaldó la *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol* (resolución WHA63.13) (1). Para facilitar la aplicación de esta estrategia mundial, en el 2011 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó el *Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol* (resolución CD51.R14) (2). La finalidad del presente documento es informar sobre el progreso logrado en la ejecución del plan de acción, cinco años después de su adopción.

Actualización sobre el progreso logrado

2. Se han logrado avances en muchos objetivos, según se describe en el cuadro presentado a continuación. Se creó una red de homólogos nacionales y otros interesados directos, la Red Panamericana sobre Alcohol y Salud Pública (PANNAPH por su sigla en inglés), que usa reuniones presenciales y una lista de direcciones para intercambiar con regularidad información sobre nuevos estudios, eventos y actividades a nivel regional y mundial. El consumo de alcohol ha sido incluido en varias iniciativas regionales, como las concernientes a las enfermedades no transmisibles (ENT), la prevención de traumatismos, la seguridad vial y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, en consonancia con su importancia como una prioridad política, social y de salud. En toda la Región, han tenido lugar numerosos eventos y se han intercambiado herramientas técnicas. Los Estados Miembros presentan información periódicamente por conducto de la encuesta mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el alcohol y la salud, que se incorpora al Sistema Regional de Información sobre el Alcohol y la Salud de las Américas¹. La Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) ha elaborado cuatro cursos virtuales de autoaprendizaje, tres de ellos disponibles en inglés y en español, en los cuales han participado aproximadamente 6.800 personas de casi 60 países (3).² Se considera que estos cursos son sumamente valiosos y han sido adaptados por algunos países (por ejemplo, Uruguay y México) y ahora se están usando como modelos para otras regiones (por ejemplo, en la sede de la OMS y en la Región de Europa). La OPS ha publicado y difundido varios documentos, entre los cuales se encuentran los siguientes dos: *Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas* (2015) (4) y *Reunión de la OPS sobre reglamentación de la comercialización del alcohol: informe final* (2016) (5). Las actividades incluyen fortalecer la capacidad de los servicios de salud de efectuar tamizajes e intervenciones en los pacientes para abordar el consumo nocivo de alcohol y los trastornos debidos al

¹ Este sistema es un punto de contacto con el Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud.

² Los cuatro cursos son *Políticas sobre alcohol y salud pública (Alcohol Policy in Public Health)*, *Capacitación AUDIT-DIT (AUDIT-SBI in Primary Health Care)*, *Políticas sobre drogas y salud pública (Drug Policy and Public Health)* y *Capacitación ASSIST-DIT*.

alcohol, a menudo en coordinación con otras actividades de intervención de salud mental, (6) y se estableció cooperación técnica con 25 países.³ Sin embargo, se han logrado avances limitados en torno al objetivo 3, encaminado a apoyar políticas de salud pública eficaces en función de los costos para reducir el consumo nocivo de alcohol.

3. No se han establecido indicadores para medir la reducción del consumo y el consumo nocivo de alcohol en la estrategia mundial de la OMS ni en el plan de acción regional. Sin embargo, desde la aprobación de estas dos resoluciones, se ha incluido una reducción relativa de 10% del consumo nocivo de alcohol como uno de los indicadores del resultado de la categoría 2 en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (7). Además, en la estrategia y el plan de acción de la OPS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles se establece un objetivo con respecto al número de países que logran una reducción del consumo nocivo de alcohol (8) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible requieren la prevención y el tratamiento más enérgicos de los trastornos debidos al consumo de alcohol (9).

4. Los países han aumentado sus esfuerzos por formular y actualizar políticas, planes y programas nacionales, aunque no se han aplicado plenamente las políticas más costoeficaces para reducir el consumo nocivo de alcohol. Este tipo de políticas incluyen aumentos de precio mediante medidas impositivas; la limitación de la disponibilidad física de alcohol, o la prohibición o reglamentación eficaz de la publicidad, el patrocinio y la promoción de las bebidas alcohólicas. Están en marcha varias actividades colaborativas, incluso en las áreas de investigación y ejecución de programas. Por ejemplo, se está actualmente realizando el estudio internacional de evaluación de políticas de control del alcohol en Saint Kitts (con la colaboración de la OPS) y en Perú, y se han llevado a cabo estudios de los servicios de urgencia en varios países de la Región, que dieron como resultado una publicación de la OPS sobre traumatismos relacionados con el alcohol (10).

5. A pesar de estos esfuerzos, el consumo de alcohol por habitante todavía es alto en la Región y se prevé que aumentará si no se toma ninguna medida adicional. Los episodios de consumo excesivo de alcohol y los trastornos debidos al consumo de alcohol son frecuentes en los adultos y los adolescentes, y las tasas de mortalidad causada específicamente por el alcohol son elevadas (11). Genera una especial preocupación el hecho de que se calcula que 3,2% de las mujeres adultas en la Región sufren trastornos debidos al consumo de alcohol, un porcentaje superior a los observados en las otras regiones del mundo. Entre 51% y 94% de los niños de 13 a 15 años de edad informan que iniciaron el consumo de alcohol antes de los 14 años (4).

³ Argentina, Belice, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Suriname, Trinidad y Tabago y Venezuela.

Cuadro: Progreso hacia el logro de cada objetivo del plan de acción

Objetivo	Indicador	Línea de base y meta	Estado
1. Concientización y compromiso político.	Número de actividades regionales de concientización en las que se integran temas relacionados con el consumo de alcohol.	Línea de base: 0 Meta: Al menos 2 actividades por año hasta el 2021 (seguridad vial, violencia, promoción de la salud, salud de los trabajadores, salud mental, derechos humanos, violencia contra la mujer, día mundial contra las drogas, Día Mundial de la Salud, cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes).	<p>2012: Reunión de la PANNAPH; celebración del Día Internacional del Hombre; seminario sobre e-DIT (12-14).</p> <p>2013: Reunión de países del Caribe sobre políticas relativas al alcohol; seminario por internet sobre política acerca del consumo de alcohol, la prevención del consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad y el cambio social; seminario por internet sobre el control del consumo de alcohol, los sistemas estatales y la salud pública; Mes de Concientización Nacional sobre el Alcohol: seminario por internet sobre el alcohol y la salud; seminario por internet sobre la celebración del Día Internacional del Hombre; evento sobre los sistemas de salud y la recuperación de adicciones; celebración del Día Internacional contra el Abuso y el Tráfico Ilícito de Drogas (15, 16).</p> <p>2014: Reunión de la PANNAPH; reunión sobre el alcohol y el cáncer; seminario por internet sobre el cambio de las prácticas de las industrias alimentaria, automotriz, del tabaco y de las bebidas alcohólicas para prevenir las ENT; seminario por internet sobre conflictos de intereses; seminario por internet sobre las características epidemiológicas del alcohol en la Región de las Américas (17, 18).</p>

Objetivo	Indicador	Línea de base y meta	Estado
			<p>2015: Conferencia Regional sobre Salud Mental; foro de interesados directos clave sobre las ENT: avance del programa sobre las ENT en el Caribe (19, 20).</p> <p>2016: Día Mundial del Cáncer; cuatro seminarios por internet de la PANNAPH (sobre control de la publicidad, la disponibilidad, los impuestos, los indicadores para el seguimiento).</p>
<p>2. Mejorar la base de conocimientos acerca de la magnitud de los problemas y la eficacia de las intervenciones, desglosando la información por sexo y grupo étnico.</p>	<p>Número de nuevos estudios de investigación emprendidos que se centran en el alcohol y su repercusión sobre la salud.</p>	<p>Línea de base: no está disponible. Meta: al menos 10 estudios nuevos terminados entre el 2012 y el 2021.</p>	<p>Más de 10 estudios realizados (por ejemplo, véanse las referencias 21 a 34).</p>
<p>3. Aumentar el apoyo técnico a los Estados Miembros.</p>	<p>Número de países que han elaborado planes nacionales o subnacionales de acción sobre el consumo de alcohol con la cooperación técnica de la OPS.</p>	<p>Línea de base: 5. Meta: 15 para el 2021.</p>	<p>8 (Colombia, México y Paraguay alcanzaron el objetivo después de la adopción del plan de acción y se han sumado a los 5 países iniciales después de la adopción del plan de acción). En el anexo se pueden encontrar más detalles sobre políticas nacionales específicas, como las que se indican en el objetivo 3. Observe que esta meta solo incluye a países que han recibido cooperación técnica de la Oficina.</p>
<p>4. Fortalecer las alianzas.</p>	<p>Una red regional de homólogos nacionales y otros interesados directos, creada y en funcionamiento.</p>	<p>Línea de base: 0. Meta: una red formada en el 2012 y funcionando regularmente a lo largo del período hasta el 2021.</p>	<p>2012: se creó la PANNAPH; se creó la lista de direcciones (actualmente 171 suscritos, incluidos puntos focales de la OPS, homólogos de los ministerios de salud, centros colaboradores, investigadores seleccionados y ONG) y, hasta febrero del 2016, se habían</p>

Objetivo	Indicador	Línea de base y meta	Estado
			enviado aproximadamente 700 mensajes por correo electrónico (12).
5. Mejorar los sistemas de seguimiento y vigilancia y la difusión de la información para la concientización, la formulación de políticas y la evaluación.	Número de países que proporcionan datos al sistema regional de información sobre el consumo de alcohol.	Línea de base: 35. Meta: 35.	35 países (lo que incluye a San Martín, pero no a Haití) respondieron a la Encuesta Mundial del 2012 sobre el Alcohol y la Salud; 30 (todos los Estados Miembros excepto Argentina, Dominica, Guyana, Haití y Paraguay) respondieron a la Encuesta Mundial sobre Política en Materia de Alcohol del 2015. Todos los 35 Estados Miembros y Puerto Rico tienen perfiles nacionales con al menos datos parciales en las ediciones del 2011 y del 2014 del informe mundial de situación sobre alcohol y salud (35, 11).

Retos y enseñanzas extraídas

6. El alcohol es un factor de riesgo de más de 200 trastornos codificados en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), incluidos los relacionados con traumatismos, violencia, salud mental, enfermedades no transmisibles y enfermedades transmisibles. Los enfoques verticales de la reducción de los problemas relacionados con el consumo de alcohol han tenido una repercusión limitada sobre la salud pública. Por consiguiente, es un reto subrayar la necesidad y el valor de políticas basadas en la población, incluso las reconocidas como costoeficaces, cuando no hay conciencia de que el consumo de alcohol es una amenaza para la salud pública.

7. Las bebidas alcohólicas gozan de una amplia aceptación cultural y es limitado el apoyo de la sociedad a la reducción del consumo general por habitante. Existe incluso una creencia generalizada de que el consumo de alcohol tiene beneficios netos para la salud, cuando de hecho la evidencia indica que en todos los países del mundo los efectos positivos del alcohol son escasos y superados por los daños.

8. El cambio de tales percepciones para obtener el apoyo a políticas basadas en la población exigiría que los Estados Miembros invirtieran cantidades prohibitivamente grandes de recursos financieros y humanos en programas encaminados a competir con las estrategias de publicidad del alcohol del sector privado.

9. La limitada promoción de la causa y organización llevada a cabo por el sector no gubernamental y la sociedad civil a nivel regional y nacional compite por el espacio

político y la influencia con una industria del alcohol fuerte, bien organizada e influyente, que está solo débilmente reglamentada.

10. Es importante fortalecer la capacidad institucional de la autoridad de salud para reglamentar eficazmente el consumo de alcohol mediante una mejor gobernanza, procesos transparentes, la rendición de cuentas y la gestión apropiada de los conflictos de intereses (36).

11. Hay varias barreras que obstaculizan una mayor utilización de políticas públicas basadas en datos probatorios sobre el alcohol, incluida la falta de estudios sobre políticas en materia de alcohol en países de la Región, así como la ausencia de estándares mediante los cuales un país pueda evaluar la eficacia de sus políticas para reducir el consumo nocivo de alcohol.

12. Los ingresos provenientes de mayores impuestos sobre las bebidas alcohólicas pueden ayudar a disponer de recursos para reformas del sistema de salud encaminadas a lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Al mismo tiempo, la disminución resultante en el consumo de alcohol puede prevenir un porcentaje considerable de problemas agudos y crónicos que a menudo amenazan abrumar a los servicios de atención de salud.

13. En varios países, se han adoptado con un éxito relativo medidas más estrictas para contrarrestar la conducción de vehículos en estado de ebriedad, pero la experiencia hasta la fecha también indica la necesidad de fortalecer la imposición del cumplimiento de las leyes y los reglamentos para hacerlos más eficaces.

Acciones necesarias para mejorar la situación

- a) Asignar mayor prioridad al consumo de alcohol como un problema de salud pública y aumentar su visibilidad en la Región en todas las áreas técnicas y los sectores.
- b) Conformar un grupo de trabajo para que examine el progreso alcanzado hasta la fecha con respecto al plan regional, examine las políticas costoeficaces aplicables a la Región, determine cuáles son los indicadores apropiados, defina las barreras que impiden la ejecución de las políticas nacionales y recomiende acciones adicionales que permitan fortalecer la cooperación técnica para alcanzar un progreso significativo en cuanto a la reducción del consumo nocivo de alcohol.
- c) Elaborar y revisar políticas y planes nacionales en materia de alcohol que puedan conducir a una reducción relativa del consumo nocivo de alcohol de por lo menos 10%, lo cual se puede lograr mejor al promulgar o actualizar leyes y reglamentos sobre los impuestos al alcohol, la disponibilidad física y el control de la comercialización de bebidas alcohólicas.

- d) Promover el control de la publicidad del alcohol para proteger a la población joven de las presiones para que beban y cambiar las normas culturales con respecto al consumo de alcohol.
- e) Promover políticas fiscales como una manera eficaz de reducir el consumo nocivo de alcohol y de aumentar los ingresos de los gobiernos.
- f) Apoyar las medidas a nivel local o municipal encaminadas a reducir la disponibilidad de bebidas alcohólicas con el fin de mejorar la seguridad pública y promover entornos sanos.
- g) Apoyar los esfuerzos de promoción de la causa en la Región, en particular los concentrados en la población joven, los determinantes sociales y el género. Establecer un día para concientizar acerca de la necesidad de reducir los problemas relacionados con el consumo de alcohol y de proteger a los niños pequeños de las presiones para que consuman bebidas alcohólicas, como la exposición a la publicidad del alcohol. A este respecto, la Coalición Caribe Saludable (una organización no gubernamental que mantiene relaciones oficiales con la OPS) establecerá a partir del 2016 un día subregional de concientización sobre los problemas causados por el alcohol.
- h) Promover el fortalecimiento de los servicios de atención primaria de salud para incluir el tamizaje, intervenciones breves y el tratamiento de trastornos debidos al consumo de alcohol como parte de un paquete esencial de servicios de atención primaria de salud para lograr la cobertura universal de salud.
- i) Mejorar las herramientas y los procesos de recopilación y utilización de datos a fin de fundamentar las políticas y los programas a nivel regional y nacional.
- j) Formular normas sobre políticas en materia de alcohol que puedan ser adoptadas por los Estados Miembros para facilitar el seguimiento del progreso en la reducción del consumo nocivo de alcohol.
- k) Fortalecer las investigaciones sobre los efectos del alcohol en la salud, en las políticas y los programas encaminados a reducir el daño relacionado con el consumo de alcohol y en las repercusiones netas del consumo de alcohol sobre la economía, con el fin de proporcionar una justificación de las políticas públicas y obtener el apoyo de otros sectores distintos del sector de la salud.

Intervención del Consejo Directivo

14. Se invita al Consejo Directivo a que tome nota del presente informe sobre el progreso y haga las recomendaciones que considere pertinente.

Anexo

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol [Internet]. Ginebra: OMS; 2010 [consultado el 7 de abril del 2011]. Se puede encontrar en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R13-sp.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol [Internet]. 51.º Consejo Directivo; 63.ª sesión del Comité Regional; del 26 al 30 de septiembre del 2011; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2011 (resolución CD51.R14) [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5723&Itemid=4139&lang=es#resoluciones
3. Organización Panamericana de la Salud. Campus Virtual de Salud Pública. Cursos de autoaprendizaje sobre alcohol y drogas [Internet]. Washington, DC: OPS; 2016 Feb. [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
<https://cursos.campusvirtualsp.org/course/index.php?categoryid=66>
4. Organización Panamericana de la Salud. Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas [Internet]. Washington, DC: OPS; 2015 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7708/9789275318553_esp.pdf?sequence=1
5. Organización Panamericana de la Salud. Reunión de la OPS sobre reglamentación de la comercialización del alcohol: informe final [Internet]. Washington, DC: OPS; 2016 [consultado el 5 de julio del 2016]. Se puede encontrar en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12039&Itemid=40637&lang=es
6. Organización Mundial de la Salud. Programa de acción para superar las brechas de salud mental. [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en: http://www.who.int/mental_health/mhgap/es/
7. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 [Internet]. 53.º Consejo Directivo; 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2013; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (*Documento Oficial No. 345*) [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774&Itemid=41062&lang=es
8. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas, 2013-2019 [Internet].

Washington, DC: OPS; 2015 [consultado el 8 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=33971&lang=es

9. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [Internet] [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health>
10. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de los traumatismos relacionados con el alcohol en las Américas: de los datos probatorios a la acción política [Internet]. Washington, DC: OPS; 2014 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=28233&lang=es
11. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014 [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en
12. Organización Panamericana de la Salud, Red Panamericana de Alcohol y Salud Pública (PANNAPH). Resumen del informe y recomendaciones [Internet]. Primera Reunión Regional de la PAHHAPH; Ciudad de México (México), del 21 al 23 de agosto del 2012. Washington, DC: OPS; 2012 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19808&Itemid=
13. Organización Panamericana de la Salud. Comunicado de prensa: Eficacia de la detección electrónica e intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol excesivo [Internet]. Washington, DC: OPS; 2012 [consultado el 8 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/HQ/index.php?option=com_content&view=article&id=7088%3A2012-effectiveness-electronic-screening-reducing-excessive-alcohol-consumption&catid=1443%3Aweb-
14. Organización Panamericana de la Salud. Comunicado de prensa: Día Internacional del Hombre: los hombres de las Américas viven entre 6 y 7 años menos que las mujeres [Internet]. Washington, DC: OPS; 2012 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7485&Itemid=1926&lang=es

15. Pan American Health Organization. Press release: The Pan American Health Organization spearheads thrust to develop policy to reduce the harmful use of alcohol within Caribbean countries [Internet]. Ciudad de Belice (Belice): OPS; 2013 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en: <http://www.healthycaribbean.org/newsletters/july-2013/Press-release-Sub%20regional-alcohol.pdf>
16. Pan American Health Organization. Webinars on alcohol policy and related topics [Internet]. 2013 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/bulletins/index.php?option=com_content&view=article&id=1441%3Awebinars-on-alcohol-policy-and-related-topics&catid=887%3AApril-march-2013&lang=es
17. Organización Panamericana de la Salud. Anuncio de evento: Cambio de las prácticas de las industrias del tabaco, el alcohol, automotriz y alimentarias para prevenir enfermedades no transmisibles [Internet]. Washington, DC: OPS; 2014 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/Hq/index.php?view=details&id=40%3A%22Changing+the+Practices+of+the+Tobacco%2C+Alcohol%2C+Automotive%2C+and+Food+Industries+to+Prevent+NCDs%22&option=com_eventlist&Itemid=1926&lang=es
18. Organización Panamericana de la Salud, Red Panamericana de Alcohol y Salud Pública (PANNAPH). Resumen del informe y recomendaciones [Internet]. Segunda Reunión Regional de la PANNAPH; Cartagena (Colombia); del 9 al 11 de abril del 2014. Washington, DC: OPS; 2014 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=29698&Itemid=270&lang=es
19. Organización Panamericana de la Salud. Conferencia Regional sobre Salud Mental: logros y desafíos 25 años después de la Declaración de Caracas. Santiago de Chile (Chile); del 13 al 15 de octubre del 2016. Se pueden solicitar materiales.
20. Organización Panamericana de la Salud. Foro de Socios Clave en ENT: Avanzando en la agenda de las ENT en el Caribe [Internet]. Junio del 2015; Washington, DC; OPS, 2015 [actualizado el 19 de febrero del 2016; consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en: <http://www.paho.org/ncds/caribbeanmeeting>
21. Andreuccetti G, Carvalho HB, Ye Y, Bond J, Monteiro M, Borges G, et al. Does beverage type and drinking context matter in an alcohol-related injury? Evidence from emergency department patients in Latin America. *Drug Alcohol Depend* 2014 Apr 1;137:90–7.
22. Babor T, Rehm J, Jernigan D, Vaeth P, Monteiro M, et al. Alcohol, diabetes, and public health in the Americas. *Rev Panam Salud Pública* 2012 Aug;32(2):151-155.

23. Bond J, Witbrodt J, Ye Y, Cherpitel CJ, Room R, et al. Exploring structural relationships between blood alcohol concentration and signs and clinical assessment of intoxication in alcohol-involved injury cases. *Alcohol Alcohol* 2014 Jul-Aug;49(4):417-422.
24. Borges G, Orozco R, Monteiro M, Cherpitel C, Then EP, et al. Risk of injury after alcohol consumption from case-crossover studies in five countries from the Americas. *Addict J* 2013 Jan;108(1):97-103.
25. Canay R. Abuso de alcohol en estudiantes de educación media de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat* 2015;61(3):179–183.
26. Cao Y, Willett WC, Rimm EB, Stampfer MJ, Giovannucci EL. Light to moderate intake of alcohol, drinking patterns, and risk of cancer: results from two prospective US cohort studies. *BMJ* 2015 Aug;351:h4238.
27. Cherpitel CJ, Ye Y, Bond J, Borges G, Monteiro M, et al. Alcohol attributable fraction for injury morbidity from the dose-response relationship of acute alcohol consumption: emergency department data from 18 countries. *Addict J* 2015 Nov;110(11):1724-1732.
28. Cherpitel CJ, Ye Y, Bond J, Borges G, Monteiro M. Relative risk of injury from acute alcohol consumption: modeling the dose-response relationship in emergency department data from 18 countries. *Addict J* 2015 Feb;110(2):279-288.
29. Gawryszewski VP, Monteiro MG. Mortality from diseases, conditions and injuries where alcohol is a necessary cause in the Americas. 2007-09. *Addict J* 2014 Apr;109(4):570-577.
30. Méndez-Muñoz JA, Bejarano-Orozco JA. Consumo de alcohol y lesiones: estudio de casos-cruzados en dos hospitales nacionales de Costa Rica. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat* 2015;61(4):294-304.
31. Monteiro MG, Rehm J, Taylor B, Stockwell T. Alcohol consumption: an overview of international trends. Reference Module in Biomedical Sciences. Elsevier; 2015 Dec.
32. Monteiro M. The public health responsibility deal: has a public-private partnership brought about action on alcohol reduction? *Addict J* 2015 Aug;110(8):1217-1225.
33. O'Neill S, Posada-Villa J, Medina-Mora ME, Al-Hamzawi AO, Piazza M, et al. Associations between DSM-IV mental disorders and subsequent self-reported diagnosis of cancer. *J Psychosom Res* 2014 Mar;76(3):207-212.

34. Shield KD, Monteiro M, Roerecke M, Smith B, Rehm J. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas in 2012: implications for alcohol policy. *Rev Panam Salud Pública* 2015;38(6):442–449.
35. World Health Organization. Global status report on alcohol and health [Internet]. Ginebra: OMS; 2011 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprfiles.pdf
36. Pan American Health Organization. Noncommunicable disease risk factors in the Americas: considerations on the strengthening of regulatory capacity. REGULA Technical Reference Document [Internet]. Washington, DC: OPS; 2015 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28227/9789275318669_spa.pdf?sequence=6

Anexo

**Situación de las actividades nacionales emprendidas por los Estados Miembros
entre los años 2011 y 2014¹**

Se adoptó una política nacional sobre el alcohol formulada por escrito	<p><u>En el 2011 y después:</u> Colombia, México, Estados Unidos de América, Paraguay</p> <p><u>Antes del 2011:</u> Argentina, Bahamas, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Venezuela</p>
Se está elaborando la política/todavía no ha sido aprobada	Belice, Bolivia, Colombia,* Costa Rica, Ecuador, Granada, Guyana, Honduras, Jamaica, Panamá, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago

* Colombia está actualizando su plan nacional.

PAÍS	AÑO	HITO
Bahamas	2014	Se introdujo el impuesto al valor agregado (1).
Bolivia	2011	Se implementó la ley sobre el alcohol.
Canadá	2011	<p>El Comité Consultivo de la Estrategia Nacional sobre el Alcohol fomentó la aplicación de recomendaciones en el área prioritaria del consumo peligroso de alcohol por los jóvenes. El Programa Colaborativo Canadiense de Educación Postsecundaria sobre la Reducción de los Daños Relacionados con el Alcohol ha sido elaborado por aproximadamente 30 instituciones para abordar los episodios de consumo excesivo de bebidas alcohólicas y los daños relacionados en los recintos universitarios postsecundarios de todo el país. Se ha elaborado una carta (cuya aprobación final está pendiente), así como un marco y un marco de medición de datos basados en las áreas fundamentales de la Estrategia Nacional sobre el Alcohol de Canadá. Además, el Centro Canadiense sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas (CCSA) produjo materiales para aumentar la conciencia acerca de los riesgos de la combinación del alcohol y la cafeína, una práctica común en los jóvenes. Se está efectuando la revisión final de los documentos colaborativos, que estarán disponibles en el 2016 (2).</p> <p>Para comprender mejor las repercusiones de conducir bajo los efectos del alcohol, el CCSA elaboró un informe que compara las muertes de conductores de vehículos automotores relacionadas con el alcohol y las relacionadas con las drogas, sobre la base de los datos nacionales. Esto llevó a otras investigaciones sobre la conducción bajo los efectos de</p>

¹ Las políticas que se describen aquí corresponden a las 10 áreas de actividades nacionales señaladas en el objetivo 3: *a)* liderazgo, concientización y compromiso; *b)* respuesta de los servicios de salud; *c)* acción en la comunidad; *d)* políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol; *e)* disponibilidad del alcohol; *f)* mercadotecnia de las bebidas alcohólicas; *g)* políticas de precios y/o tributarias; *h)* reducción de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación alcohólica; *i)* reducción de las repercusiones para la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción informal; *j)* seguimiento y vigilancia.

PAÍS	AÑO	HITO
		drogas y a una mayor participación de los ministerios provinciales de transporte, lo cual contribuyó a mantener la conducción anómala en las agendas provinciales (3).
Chile	2011	Incorporación amplia de la Estrategia Nacional de Salud (4).
		Se iniciaron intervenciones breves concernientes al alcohol en los programas de atención primaria de salud (5).
	2012	Promulgación de medidas y cambios jurídicos con respecto a la conducción en estado de ebriedad (Ley de Tolerancia Cero y Ley Emilia) (6).
	2014	Promulgación de una reforma impositiva que incrementa los impuestos a las bebidas alcohólicas.
Colombia	2011	Ley nacional de educación sobre la seguridad vial (Ley 1503) (7).
	2012	Se aprobó el Plan Nacional de Seguridad Vial 2011-2016 (Resolución No. 1282) (8).
		Establecimiento de normas para garantizar la atención integral de los usuarios de sustancias psicoactivas; creación del premio nacional “Entidad Comprometida con la Prevención del Consumo, Abuso y Adicción a Sustancias Psicoactivas” (Ley 1566) (9).
		Establecimiento de un reglamento técnico sobre los requisitos de salud en cuanto a la fabricación, elaboración, hidratación, envase, almacenamiento, distribución, transporte, comercialización, expendio, exportación e importación de bebidas alcohólicas destinadas para consumo humano (Decreto 1686) (10).
	2013	Guía para la elaboración de planes estratégicos para la promoción del consumo responsable de alcohol (11).
		Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol. Guía para profesionales de la salud (12).
		Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol. Guía para pacientes y familiares (13).
		Definición, aclaración y actualización del Plan Obligatorio de Salud (Resolución 5521) (14).
		Sanciones penales y administrativas por conducir bajo la influencia del alcohol u otras sustancias psicoactivas (Ley 1696) (15).
	Costa Rica	2012
Unificación de leyes que reglamentan el otorgamiento de licencias para la venta de bebidas alcohólicas, el horario de atención al público y la publicidad, con sanciones para las transgresiones (Ley 9047) (17).		
Políticas del sector de la salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (18).		
Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población de educación secundaria (19).		
2013		Modificación de la regulación y control de la publicidad comercial relacionada con la venta de bebidas con contenido alcohólico (20).

PAÍS	AÑO	HITO
		Taller sobre el uso de información para la formulación de políticas y programas relacionados con el alcohol, en colaboración con la OPS/OMS.
Cuba	2011	Implementación del Plan Mundial para el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020 (Resoluciones del Ministerio de Salud Pública 28, 29 y 30 para complementar la Ley 109).
	2012	Talleres nacionales sobre la aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés).
	2013	Maestría en prevención el consumo de drogas ofrecida por la Universidad de La Habana.
		Plan nacional de seguridad vial.
2014	Pruebas aleatorias de alcoholemia para los automovilistas.	
El Salvador	2013-2014	Campaña educativa del Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) sobre los efectos en la salud causados por el consumo nocivo de alcohol, orientada a los niños y adolescentes, los profesionales de la salud y los bebedores de riesgo (“El alcohol te está ganando la batalla”).
		El FOSALUD aumenta la cobertura de servicios para la prevención y el abandono de adicciones.
	2013-2014	Informe de labores y rendición de cuentas (Informe anual del FOSALUD) (22).
	2013	Certificación de los proveedores de atención sanitaria como socios terapéuticos (23).
		Se reformó el Código Penal (Art. 147e) para cambiar la clasificación penal de conducción imprudente a conducción peligrosa (bajo la influencia del alcohol) y aumentar la sanción de 3 a 5 años de cárcel (24). Nuevas directrices técnicas para los servicios de prevención del abuso de sustancias psicoactivas (25).
Granada	2011	Aumento de los impuestos al alcohol.
	2013	Reunión regional organizada por la OPS sobre la formulación de políticas.
	2014	Redacción de una política nacional sobre el alcohol.
Aumento de los impuestos al alcohol.		
Jamaica	2013	El gabinete aprobó una estrategia y plan de acción nacionales para la prevención y el control de las ENT, incluida la estrategia para abordar el consumo nocivo de alcohol (26).
México	2011	Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de alcohol (27).
	2011-2012	Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas: actualización 2011-2012 (28).
	2013	Enmienda del Art. 220 de la Ley General de Salud, que equipara proporcionar alcohol a menores de edad con el delito de corrupción (29).
Nicaragua	2014	Incorporación de reformas a la ley 431, que reglamenta la circulación de vehículos y las infracciones de tránsito (30).
		Estrategia de seguridad ciudadana y humana (31).
Panamá	2013	Se estableció un nuevo impuesto al consumo de bebidas alcohólicas.
	2014	Ley tributaria para bebidas alcohólicas aprobada por la Asamblea Nacional, con el acuerdo de la industria de las bebidas y con el apoyo

PAÍS	AÑO	HITO
		técnico del Ministerio de Economía y Finanzas. La ley establece que un impuesto de 20% se asignará al programa Riesgo de Invalidez, Vejez y Muerte de la Caja de Seguro Social.
Perú	2014	Control y prevención de la salud mental (PP 131).
República Dominicana	2011	Publicación de los resultados de la encuesta sobre consumo de alcohol y género.
		Guía y protocolo sobre el alcohol y las drogas.
		Se creó un centro para la atención integral de la dependencia de sustancias en Santo Domingo (21).
		Se abrió un centro para pacientes con abuso de sustancias psicoactivas en Barahona.
	2013	Recursos humanos para la capacitación de personal sanitario en la aplicación del AUDIT en el Hospital Cabral y Báez en Santiago.
		Se abrió un centro para pacientes con abuso de sustancias psicoactivas en el hospital de San Juan.
	2014	Publicación de la guía para padres sobre la reducción del consumo de alcohol.
Fortalecimiento del grupo de acción contra el abuso del alcohol.		
Santa Lucía	2012	Elaboración de un proyecto de ley que reglamenta las horas de venta de bebidas alcohólicas.
		Encuesta sobre diversos indicadores de salud, incluida la prevalencia del consumo del alcohol en las mujeres (Encuesta por conglomerados de indicadores múltiples) (32).
	2014	Aumento de los impuestos al alcohol (revisión de los impuestos gubernamentales e implantación del IVA) (33).
Suriname	2011	Encuesta de población en escuelas secundarias (Encuesta estandarizada en escuelas secundarias).
		Aumento de los impuestos al consumo de la mayoría de los productos del alcohol importados y elaborados dentro del país (SB 129) (34).
	2014	Se oficializó el plan de acción contra las ENT 2012-2016. El Objetivo 2.1 establece: “Promover y apoyar la reducción de los factores de riesgo relacionados con el consumo de tabaco y alcohol” (Ministerio de Salud de Suriname, Plan Nacional de Acción para la Prevención y el Control de Enfermedades no Transmisibles, 2012-2016).
Uruguay	2011	El Ministerio de Salud puso en marcha la campaña de información <i>Ya no mi basi!</i> sobre los peligros del alcohol.
		Se implementó la campaña (“La sed sácatela con agua”) para reducir el riesgo y los daños, orientada a los jóvenes y los adultos (35).
		Implementación del programa para servir de manera responsable las bebidas alcohólicas como una intervención para reducir el riesgo y los daños, orientado al personal y los gerentes de clubes nocturnos y bares en dos estados del interior (35).
	2012	Quinta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas (36).
		Encuesta Mundial de la OMS sobre Salud Estudiantil realizada en las escuelas (37).
		Se implementó el programa de gestión de los riesgos y los daños relacionados con el alcohol (“Cuidándote vos, disfrutamos todos”) en festividades por toda la nación, diseñado y administrado en coordinación

PAÍS	AÑO	HITO
		con El Abrojo, el Museo del Carnaval, la Unidad Nacional de Seguridad Vial (UNASEV), el Ministerio del Interior, la compañía telefónica ANTEL y el Banco de Seguros del Estado (38).
		Examen, actualización e impresión de la guía para la prevención del uso de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo (38).
		Programa audiovisual “Consumo cuidado” para uso en los talleres sobre la gestión de riesgos de problemas relacionados con el alcohol (38).
		Capacitación y difusión de la metodología sobre intervenciones breves para los trabajadores de la salud públicos y privados (38).
		Capacitación del personal de salud y los oficiales de las fuerzas armadas que trabajan con prisioneros en nuevas metodologías de tratamiento de las drogadicciones (“Intervenciones breves y prosociabilidad”) (38).
		Elaboración de una Estrategia Nacional para Reducir el Consumo Problemático del Alcohol, orientada a fortalecer la política sobre el alcohol en relación con la reglamentación, los controles de procesos, la distribución y las ventas, la concientización y la prevención, la creación de un sistema nacional de servicios para consumidores problemáticos de alcohol y una reglamentación clara de la publicidad; esto incluyó un período de consulta con la sociedad civil durante su redacción (38).
	2013	Ocho diagnósticos locales sobre el consumo de drogas en la zona metropolitana de Montevideo (39).
		Campaña para prevenir el consumo de alcohol y otros consumos de drogas al conducir (“Si tomó, no dejes que maneje”), conjuntamente con la Unidad Nacional de Seguridad Vial (UNASEV), la Dirección Nacional de Policía Caminera (DNPC), el Congreso Nacional de Intendentes y la Junta Nacional de Drogas (JND); y la campaña “Disfrutá de principio a fin, si tomó no dejes que maneje” durante la noche de la nostalgia (39).
		Se puso en marcha la campaña de verano “Estás aquí, cuidate y disfrutá” para concientizar acerca del consumo problemático de alcohol durante la estación turística (39).
		Curso virtual para profesionales de la atención primaria de salud sobre ASSIST-DIT (intervenciones breves para el alcohol y otras sustancias psicoactivas), como parte de medidas de fortalecimiento institucional orientadas a la construcción de un sistema nacional de servicios para personas que tengan problemas relacionados con el consumo de alcohol, ofrecido conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública, la OPS y la OMS (39).
		Se lanzó en dos partes la campaña “Todo consumo de drogas tiene riesgos”, una que abordaba el alcohol y la otra, la marihuana (39).
		Estudios financiados por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID): “Monitoreo, análisis y comparación de las prácticas de responsabilidad social corporativas de la industria de alcohol en Uruguay” e “Implicancias en la salud pública de los programas de responsabilidad social de la industria del alcohol en el Uruguay” (39).
	2014	“Primer Simposio Internacional Nuevos Abordajes en Problemática de Alcohol” celebrado en Montevideo, organizado por la Junta Nacional de Drogas (JND) y la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (40).

PAÍS	AÑO	HITO
		Inauguración de la Unidad de trastornos relacionados con el alcohol dependiente de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, Clínica Médica “C” y Red Nacional de Tratamiento de Adicciones de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), bajo el auspicio de la JND (40).
		Curso semipresencial y talleres regionales sobre “Intervenciones Breves y Herramientas AUDIT y ASSIST” organizados conjuntamente por el Ministerio de Salud Pública con el apoyo de la OPS y la OMS (40).
		Sexta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media.

Referencias

1. The Bahamas, Department of Inland Revenue, Central Revenue Administration. About – VAT. 2015 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en: <http://www.inlandrevenue.finance.gov.bs/value-added-tax/about-vat/>
2. Canadian Centre on Substance Abuse. Publications: Alcohol and caffeine: a bad buzz (fact sheet for youth); Alcohol and caffeine: youth and young adults at greatest risk; Alcohol and caffeine: a bad buzz (fact sheet for parents); Caffeinated alcoholic beverages in Canada: prevalence of use, risks and recommended policy responses. Ottawa: CCSA; 2011 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en: <http://www.ccsa.ca/Eng/resources/Pages/default.aspx>
3. Canadian Centre on Substance Abuse. A comparison of drug- and alcohol-involved motor vehicle driver fatalities. Ottawa: CCSA; 2011 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en: http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/2011_CCSA_Drug-and_Alcohol-Involved_Motor_Vehicle_Driver_Fatalities_en.pdf
4. Chile, Ministerio de Salud. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago: Ministerio de Salud [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
5. Chile, Ministerio de Salud. Guía IB e instrumentos [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en: <https://intervencionesbrevesenalcohol.wordpress.com/guia-e-instrumentos>
6. Chile, Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito. Alcohol y conducción [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en: <http://www.conaset.cl/alcohol-y-conduccion.html>

7. Congreso de Colombia. Ley No. 1503 (29 diciembre 2011). Por la cual se promueve la formación de hábitos, comportamientos y conductas seguros en la vía y se dictan otras disposiciones [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
http://www2.igac.gov.co/igac_web/normograma_files/ley%201503%20de%202011.pdf
8. Colombia, Ministerio de Transporte. Resolución No. 1282 (30 marzo 2012). Por la cual se adopta el Plan Nacional de Seguridad Vial 2011-2016 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
<http://www.asotrans.org/asesoramiento/RESOLUCIONES/7.%20%20RESOLUCI%20d3N%201282%20DE%202012.pdf>
9. Congreso de Colombia. Ley No. 1566 (31 de julio del 2012). Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “Entidad Comprometida con la Prevención del Consumo, Abuso y Adicción a Sustancias psicoactivas” [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
https://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Ley_1566.pdf
10. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto No. 1686 (6 de agosto del 2012). Por el cual se establece el reglamento técnico sobre los requisitos sanitarios que se deben cumplir para la fabricación, elaboración, hidratación, envase, almacenamiento, distribución, transporte, comercialización, expendio, exportación e importación de bebidas alcohólicas destinadas para consumo humano [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
https://www.invima.gov.co/images/pdf/normatividad/bebidas-alcoholicas/decretos-bebidas/decreto_1686_2012.pdf
11. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Guía para la elaboración de planes estratégicos para la promoción del consumo responsable de alcohol. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/GuiaPlanesAlcohol30%2001%2014.pdf>
12. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol. Guía para profesionales de la salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/OH/GPC_Prof_Salud_OH.pdf
13. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de

pacientes con abuso o dependencia del alcohol. Guía para pacientes y familiares. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:

http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/OH/GPC_Ptes_OH.pdf

14. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 005521 (27 de diciembre del 2013). “Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)” [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5521-de-2013.pdf>
15. Congreso de Colombia. Ley No. 1696 (19 de diciembre del 2013). Por medio de la cual se dictan disposiciones penales y administrativas para sancionar la conducción bajo el influjo del alcohol u otras sustancias psicoactivas [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201696%20DEL%2019%20DE%20DICIEMBRE%20DE%202013.pdf>
16. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Ley No. 9078. Ley de tránsito por vías públicas terrestres y seguridad vial [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=73504&nValor3=101469¶m2=1&strTipM=TC&lResultado=6&strSim=simp
17. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Ley No. 9047. Ley de regulación y comercialización de bebidas con contenido alcohólico [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=73058&nValor3=95858¶m2=3&strTipM=TC&lResultado=24&strSim=simp
18. Costa Rica, La Presidenta de la República y la Ministra de Salud de la República. Decreto Ejecutivo No. 37110-S. Políticas del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=72790&nValor3=89009&strTipM=TC
19. Costa Rica, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población de educación secundaria: Costa Rica 2012. San José: IAFA; 2013 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
<http://www.iafa.go.cr/images/descargables/conocimiento/encuesta-nacional-sobre-consumodrogas-en-la-juventud-escolarizada-2012-costa-rica-iafa.pdf>

20. Costa Rica, La Presidenta de la República y la Ministra de Salud de la República. Decreto Ejecutivo No. 37739-S. Reglamento sobre regulación y control de la publicidad comercial relacionada con la comercialización de bebidas con contenido alcohólico [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=75269&nValor3=93268&strTipM=TC
21. República Dominicana, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID), arriba a su 2do aniversario con más de 3 mil usuarios consultados. 13 de marzo del 2015 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
[http://www.sespas.gov.do/Centro-de-Atencion-Integral-a-las-Dependencias-\(CAID\)-arriba-a-su-2do-aniversario-con-mas-de-3-mil-usuarios-consultados](http://www.sespas.gov.do/Centro-de-Atencion-Integral-a-las-Dependencias-(CAID)-arriba-a-su-2do-aniversario-con-mas-de-3-mil-usuarios-consultados)
22. El Salvador, Fondo Solidario para la Salud. Informe de labores y rendición de cuentas 2013-2014. 3 de octubre del 2014 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
http://www.fosalud.gob.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=1269&Itemid=510
23. Observatorio Salvadoreño sobre Drogas. Proyecto Certificación de Recursos Humanos. [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
<http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/demanda/tratamiento/Certificacion%20RRHH.htm>
24. Asamblea Legislativa de El Salvador. Decreto No. 1030. Código penal [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
<http://www.asamblea.gob.sv/eparlamento/indice-legislativo/buscador-de-documentos-legislativos/codigo-penal>
25. El Salvador, Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para la atención integral de personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas. San Salvador: Ministerio de Salud; 2014 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_consumo_sustancias_psicoactivas_07022014.pdf
26. Jamaica, Ministry of Health. National strategic and action plan for the prevention and control non-communicable diseases (NCDS) in Jamaica. 12 de mayo del 2015 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
<http://moh.gov.jm/data/national-strategic-and-action-plan-for-the-prevention-and-control-non-communicable-diseases-ncds-in-jamaica/>
27. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de alcohol. México DF: INPRFM; 2012 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_ALCOHOL.pdf

28. Comisión Nacional contra las Adicciones. Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas: actualización 2011-2012. México DF: CONADIC; 2011 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/abuso_de_bebidas.pdf
29. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Decreto por el que se adiciona un segundo párrafo al Artículo 220 y un Artículo 467 Bis a la Ley General de Salud. DOF 04-12-2013. 4 de diciembre del 2013 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
http://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/prog_leg/099_DOF_04dic13.pdf
30. Asamblea Nacional de Nicaragua. Ley No. 431 (27 mayo 2014). Ley para el régimen de circulación vehicular e infracciones de tránsito, con sus reformas incorporadas [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
<http://www.policia.gob.ni/cedoc/sector/leyes/Ley%20431%20y%20sus%20reformas.pdf>
31. Consejo de Comunicación y Ciudadanía de Nicaragua. Estrategia de seguridad ciudadana y humana. 10 de marzo del 2014 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
<http://www.el19digital.com/articulos/ver/titulo:16978-estrategia-de-seguridad-ciudadana-y-humana>
32. Saint Lucia, Ministry of Social Transformation, Local Government and Community Empowerment. Saint Lucia Multiple Indicator Cluster Survey 2012. Castries: 2014 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS4/Latin%20America%20and%20Caribbean/Saint%20Lucia/2012/Final/Saint%20Lucia%202012%20MICS_English.pdf
33. Saint Lucia Inland Revenue Department. Value Added Tax (VAT) Act [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
http://www.vat.gov.lc/resources/legislation/vat_act.php
34. Suriname National Assembly. 2011 Staatsblad No. 129 Van De Republiek Suriname [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
<http://www.dna.sr/wetgeving/>
35. Uruguay, Junta Nacional de Drogas. Memoria anual 2011 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/jnd_2011.pdf
36. Uruguay, Junta Nacional de Drogas. 5ta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas: informe de investigación. Montevideo: Secretaría Nacional de Drogas; 2012 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/v_enc_hogares_2011.pdf

37. Uruguay, Ministerio de Salud Pública/Pan American Health Organization. Adolescencias: un mundo de preguntas: II Encuesta Mundial de Salud Adolescente –GSHS 2012. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2012 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/ii_encuestaq_doles.pdf
38. Uruguay, Junta Nacional de Drogas. Memoria anual 2012. Montevideo: Secretaría Nacional de Drogas; 2012 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/mem_2012.pdf
39. Uruguay, Junta Nacional de Drogas. Ocho diagnósticos locales sobre la problemática del consumo de drogas en Montevideo y zona metropolitana. Montevideo: Secretaría Nacional de Drogas; 2013. Se puede encontrar en:
http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=1646&catid=31&Itemid=65
40. Uruguay, Junta Nacional de Drogas. Memoria anual 2014 [consultado el 3 de febrero del 2016]. Se puede encontrar en:
http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/Memoria_JND_2014.pdf

E. PLAN DE ACCIÓN SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y LA SALUD PÚBLICA: EXAMEN DE MITAD DE PERÍODO

Antecedentes

1. La base de la cooperación técnica en la Región para el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en términos de salud pública está conformada por la *Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública* (1, 2) y el plan de acción correspondiente (3, 4), aprobados por el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2010 y el 2011, respectivamente. Ambas iniciativas se complementan con la *Estrategia y plan de acción sobre la salud mental*, puesta en marcha también por la OPS en el 2009 (5, 6), y la *Estrategia hemisférica sobre drogas* y el *Plan hemisférico de acción sobre drogas*, aprobados en el 2010 y el 2011, respectivamente, por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), de la Organización de los Estados Americanos (OEA) (7, 8).

2. El papel de la salud pública en el enfoque integral frente al problema mundial de las drogas fue resaltado por los Estados Miembros en la Declaración de Antigua Guatemala (9), aprobada en la 43.^a Asamblea General de la OEA en junio del 2013. Ese mismo año se entregó a los Estados Miembros, durante el 52.^o Consejo Directivo de la OPS, un primer informe sobre el progreso del plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas (10). En él se reconocen los avances de los Estados Miembros, así como la actuación de la OPS, y se recomienda intensificar el apoyo a los países para fortalecer el abordaje de salud pública y promover el respeto a los derechos humanos en sus políticas y planes relacionados con las drogas.

Actualización sobre el progreso alcanzado

3. El siguiente cuadro de progreso se elaboró usando como referencias principales el *Informe sobre recursos de salud pública para el abordaje del uso de sustancias psicoactivas en la Región de las Américas*, del 2015 (11), basado en la respuesta de los países al cuestionario ATLAS¹ y el *Informe hemisférico* de la sexta ronda de evaluación sobre el control de las drogas (12), del Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM), de la OEA-CICAD.²

¹ En el 2014, en colaboración con la OMS, se realizó una actualización de la información sobre los recursos y programas para la prevención y el tratamiento de los trastornos por uso de alcohol y otras sustancias, siguiendo la metodología del ATLAS-SU (*Atlas on Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders*), versión 2014, desarrollada por el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS (http://www.who.int/substance_abuse/activities/atlas/en/).

² Este *Informe hemisférico* cubre el período desde el 2013 hasta la mitad del 2014 y presenta una revisión general del desempeño de los Estados Miembros respecto a sus políticas de control de drogas. El informe fue presentado y aprobado en el 56.^o período ordinario de sesiones de la OEA-CICAD, en Guatemala, en noviembre del 2014.

Progreso hacia las metas del plan de acción

Objetivo	Indicador y meta	Progreso
1.1	En el 2021, 16 países tendrán políticas relativas al consumo de sustancias psicoactivas integradas en su plan nacional de salud.	18 países identifican el sector de la salud (ministerio de salud) como responsable de las políticas sobre consumo de sustancias psicoactivas (11). La integración del tema a la política sanitaria es precaria e incompleta. Sin embargo, 27 países han incluido contenidos relativos a la salud pública en sus políticas sobre drogas (13).
1.2	En el 2021, 10 países habrán ejecutado programas extensos basados en pruebas científicas.	23 países cuentan con planes y programas integrales en reducción de la demanda. No se dispone de información sobre la ejecución y los resultados de estos programas (12).
1.3	En el 2015, 15 países contarán con un presupuesto documentado para los servicios sociales y de salud dirigidos a los trastornos ocasionados por el consumo de sustancias psicoactivas.	19 países cuentan con partidas presupuestarias específicas para la prevención, y 17 disponen de partidas para el tratamiento (11).
2.1	En el 2021, 15 países ejecutarán programas de prevención universal del consumo de sustancias basados en datos probatorios, y 8 países habrán evaluado estos programas.	24 países ofrecen programas de prevención del uso de sustancias psicoactivas en medios de comunicación, escuelas y lugares de trabajo; 11 países cuentan con programas de prevención diferenciados según los factores de riesgo; 3 países han realizado seguimiento y evaluación de los programas. Por otra parte, 8 países han evaluado sus programas (12).
2.2	En el 2021, 20 países contarán con al menos una actividad nacional de concientización sobre el tema al año.	Con el propósito de promover actividades de este tipo en los países, la OPS organiza anualmente un webinar con motivo del Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas, el cual es difundido a los países. No hay ningún informe de actividades de este tipo a nivel de país, lo cual es un aspecto que se debería reforzar en los próximos años.
3.1	En el 2021, 10 países ejecutarán intervenciones esenciales basadas en datos probatorios usando las herramientas y los materiales de la OPS/OMS.	14 países realizan tamizajes e intervenciones breves en la atención primaria, utilizando los materiales de ASSIST y mhGAP, ³ desarrollados por OPS/OMS (11).

³ Alcohol, smoking, and substance involvement screening test (ASSIST); Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias de (conocido como mhGAP por su nombre en inglés).

Objetivo	Indicador y meta	Progreso
3.2	En el 2021, se dispondrán de 5 herramientas elaboradas para ayudar a los países en la capacitación y certificación de los profesionales, la acreditación de los servicios y la formulación de normas y patrones para la atención y el recetado adecuado de los medicamentos psicoactivos.	Las herramientas <i>Quality Rights QR-Tool Kit</i> , ASSIST y mhGAP, de la OMS, se han traducido al español y al portugués y están disponibles para su adaptación e implementación en los países. Se está trabajando en la validación de estándares de acreditación para la prevención y el tratamiento (11).
3.3	En el 2021, 5 países usarán el apoyo técnico o las herramientas de la OPS/OMS para capacitar a los proveedores de atención sanitaria no remunerados.	La OPS desarrolló herramientas de capacitación sobre ASSIST-DIT y políticas de drogas, mediante cursos impartidos como apoyo a los países a través del Campus Virtual de Salud Pública. Se han matriculado 3.235 participantes de 26 países y territorios, con un porcentaje de aprobación del 70,48%. ⁴
3.4	En el 2021, 5 países contarán con programas de estudios actualizados para las profesiones de la salud.	Se han producido algunos avances incipientes para incorporar los contenidos de mhGAP en los programas universitarios, pero es un tema que requiere aún mayor desarrollo.
3.5	En el 2021, 20 países tendrán en funcionamiento sistemas reguladores para los medicamentos psicoactivos fiscalizados a nivel internacional, que garanticen una provisión adecuada de estos medicamentos y reduzcan su uso no terapéutico.	Aunque estos sistemas existen en los países, su funcionamiento es deficiente, especialmente en el caso de los medicamentos de apoyo para los trastornos por uso de opiáceos. 10 países tienen un registro aprobado para la metadona y 7 para la naloxona; 6 países tienen disponibilidad de metadona, y 3 países, de naloxona (11).
4.1	En el 2021, 25 países utilizarán herramientas estandarizadas para evaluar y hacer el seguimiento de sus respuestas a los problemas debidos al consumo de sustancias psicoactivas.	21 países han aprobado normas nacionales para el tratamiento de los problemas por uso de sustancias en sus sistemas de salud pública; 3 países han realizado un monitoreo y una evaluación de los programas (12).
4.2	En el 2021, 5 países dispondrán de un sistema de información sanitaria que incluye indicadores del consumo de sustancias y su	20 países reportan que cuentan con sistemas nacionales de información sobre consumo de sustancias, y 11 países disponen de sistemas de información sobre la prestación de servicios; 29 países tienen observatorios de drogas; 14 países

⁴ Información obtenida de la coordinación del Campus Virtual de Salud Pública, de la OPS.

Objetivo	Indicador y meta	Progreso
	repercusión sobre la salud, desglosados por sexo y edad.	cuentan con datos relevantes sobre la magnitud del uso de sustancias en la población (12).
4.3	En el 2021, se habrán emprendido 10 nuevos estudios de investigación para evaluar la naturaleza, la magnitud o las repercusiones del uso de sustancias, desglosados por sexo y edad, o estudios sobre la eficacia de las intervenciones.	Están en marcha los preparativos para la realización de estudios de investigación sobre diferentes aspectos de interés: psicosis aguda y uso de cannabis, reducción del estigma en los servicios de salud para los usuarios de sustancias, concurrencia de trastornos por uso de sustancias y otros trastornos mentales.
4.4	Al menos una publicación de nivel regional será difundida cada dos años, con información basada en datos probatorios sobre el consumo de sustancias, los problemas asociados o la eficacia de las intervenciones.	Es necesario impulsar el trabajo en este aspecto con los Estados Miembros durante el periodo de vigencia restante del plan de acción.
5.1	En el 2021, se habrán emprendido 8 actividades conjuntas con otras organizaciones y asociados internacionales.	La OPS mantiene un programa regular de actividades conjuntas con la OEA-CICAD, el Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) y la Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas de España, así como con organizaciones de la sociedad civil (RIOD, CIJ, Intercambios), entre las que se incluyen seminarios y conferencias internacionales, el trabajo de grupos de expertos, cursos de capacitación y talleres, y la elaboración de documentos.

4. La OPS, como parte de la preparación para la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el Problema Mundial de las Drogas (UNGASS 2016), organizó con el Gobierno de México una reunión de consulta sobre las políticas de drogas y la salud pública, los días 26 y 27 de octubre del 2015 en México D. F., en la que intervinieron técnicos de 17 países y de organizaciones internacionales (OMS, OEA y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [ONUDD]). También participó en el seminario “Convergencias para una Política Regional de Drogas Integral y Sustentable”, coordinado por la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), celebrado en Quito (Ecuador) los días 4 y 5 de febrero del 2016.

Retos y enseñanzas extraídas

5. El disponer de una estrategia y plan de acción respaldados por la Oficina Sanitaria Panamericana (Oficina) ha facilitado el posicionamiento de los Estados Miembros con un enfoque integral, balanceado y de salud pública, en los foros de debate sobre políticas de drogas y en la preparación para la UNGASS 2016.

6. Es importante seguir fortaleciendo los vínculos entre la OPS y otras organizaciones y asociados internacionales como vía para potenciar la acción intersectorial en la asistencia técnica a los Estados Miembros sobre drogas y salud pública, especialmente sobre los determinantes sociales y el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).⁵

7. En lo político y lo técnico, la OPS viene haciendo aportes a desarrollos regionales, como la Declaración de Antigua Guatemala y el informe de la OEA sobre el problema de las drogas en las Américas, pero el sector de la salud aún no está preparado para incorporarse plenamente a los trabajos de reducción del impacto social y sanitario de este problema.

8. La garantía del derecho a la salud para los usuarios de sustancias, especialmente para los grupos más vulnerables y en situación de alto riesgo, es un desafío pendiente que se refleja en el estigma y la exclusión en los servicios de salud, así como en la falta de acceso a sustancias controladas para fines médicos y de investigación.

Acción necesaria para mejorar la situación

9. Continuar el apoyo de la Oficina a los Estados Miembros para fortalecer el enfoque de salud pública en sus políticas, planes y leyes sobre drogas, facilitando el uso de herramientas técnicas adecuadas a sus condiciones y necesidades particulares.

10. Apoyar el trabajo conjunto de la Oficina y los Estados Miembros en el desarrollo de los sistemas de salud, la organización de los servicios y el desarrollo de los recursos humanos para reducir la brecha de tratamiento y mejorar la calidad de la atención.

11. Promover la asignación de recursos acordes con las necesidades identificadas y las metas establecidas en los planes y programas sobre salud pública y uso de sustancias, con especial atención a los grupos de alto riesgo.

12. Fortalecer los sistemas de información y vigilancia, mejorar la información epidemiológica, incrementar la cobertura de las encuestas para poblaciones marginalizadas y otros grupos vulnerables, y utilizar el enfoque de los determinantes sociales para el análisis de los datos y los programas.

⁵ Específicamente, el ODS 3.5, referido al fortalecimiento de la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas.

Intervención del Consejo Directivo

13. Se invita al Consejo a que tome nota del presente informe de progreso y formule las recomendaciones que considere pertinentes.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública [Internet]. 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2010 (documento CD50/18, Rev. 1) [consultado el 11 de enero del 2016]. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-18-s.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública [Internet]. 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2010 (resolución CD50.R2) [consultado el 11 de enero del 2016]. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R2-s.pdf>
3. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública [Internet]. 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2011; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2011 (documento CD51/9) [consultado el 11 de enero del 2016]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14584&Itemid=
4. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública [Internet]. 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2011; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2011 (resolución CD51.R7) [consultado el 11 de enero del 2016]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15077&Itemid=
5. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre salud mental [Internet]. 49.º Consejo Directivo de la OPS, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2009 (documento CD49/11) [consultado el 11 de enero del 2016]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2626&Itemid=

6. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre salud mental [Internet]. 49.º Consejo Directivo de la OPS, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2009 (resolución CD49.R17) [consultado el 11 de enero del 2016]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3097&Itemid=
7. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos. Estrategia hemisférica sobre drogas [Internet]. 47.º período ordinario de sesiones de la CICAD; del 3 al 5 de mayo del 2010; Washington, DC. Washington, DC: CICAD; 2010 [consultado el 11 de enero del 2016]. Disponible en: <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=954>
8. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos. Plan hemisférico de acción sobre drogas, 2011-2015 [Internet]. 49.º período ordinario de sesiones de la CICAD; del 4 al 6 de mayo del 2011; Paramaribo (Suriname). Washington, DC: CICAD; 2011 [consultado el 8 de abril del 2016]. Disponible en: <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=954>
9. Organización de los Estados Americanos. Declaración de Antigua Guatemala “Por una política integral frente al problema mundial de las drogas en las Américas” [Internet]. En: Actas y documentos: volumen I. 43.º período ordinario de sesiones de la OEA; del 4 al 6 de junio del 2013; Antigua, Guatemala. Washington, DC: OEA; 2013 (documento AG/DEC.73 [XLIII-O/13] corr. 1) [consultado el 14 de abril del 2016]. p. 5-12. Disponible en: http://scm.oas.org/doc_public/SPANISH/HIST_13/AG06222S04.doc
10. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública [Internet]. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2013 (documento CD52/INF/4) [consultado el 11 de enero del 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8833&Itemid=40033&lang=es
11. Organización Panamericana de Salud. Informe sobre recursos de salud pública para el abordaje del uso de sustancias psicoactivas en la Región de las Américas. 2015. Pendiente de publicación.
12. Organización de los Estados Americanos. Informe Hemisférico. Informe de Evaluación sobre el Control de las Drogas 2015 [Internet]. Washington, DC: CICAD; 2015 [consultado el 11 de enero del 2016]. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/mem/reports/6/Full_Eval/Informe_Hemisferico_MEM_6ta_Ronda_-_ESP.pdf

13. Organización de los Estados Americanos. Políticas Públicas de Drogas: Fichas País. CICAD [Internet]. Washington, DC: CICAD; 2014 [consultado el 4 de mayo de 2016]. Disponible en:
http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/fortalecimiento_institucional/planesnacionales/default_spa.asp

F. SITUACIÓN DE LOS CENTROS PANAMERICANOS

Introducción

1. Este documento fue elaborado en respuesta al mandato de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de efectuar evaluaciones y exámenes periódicos de los centros panamericanos, e informar sobre asuntos institucionales o avances técnicos de importancia estratégica para la Organización.

Antecedentes

2. Los centros panamericanos han sido una modalidad importante de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por casi 60 años. A lo largo de ese período, la OPS ha creado o administrado trece centros,¹ ha suprimido nueve y ha transferido la administración de uno de ellos a sus propios órganos directivos. En este documento se presenta información estratégica actualizada sobre el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) y el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA).²

Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)

3. BIREME es un centro especializado de la OPS/OMS fundado en 1967, cuya misión principal consiste en prestar cooperación técnica a los Estados Miembros de la Organización en temas relacionados con la información científica y técnica en el campo de la salud, e intercambiar conocimientos y evidencia que contribuyan al mejoramiento continuo de los sistemas sanitarios y de la educación y la investigación en el ámbito de la salud.

4. En la estructura orgánica de la OPS, BIREME está dentro de la Oficina de la Gestión del Conocimiento, Bioética e Investigación, y tiene un plan de trabajo bienal (2016-2017) específico, aprobado por la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina).

Estructura institucional de BIREME

5. El marco institucional de BIREME fue establecido mediante el Convenio de Mantenimiento y Desarrollo del Centro (el “Convenio de Mantenimiento”), suscrito entre

¹ CLATES, ECO, PASCAP, CEPANZO, INPPAZ, INCAP, CEPIS, Programa Regional de Bioética en Chile, CAREC, CFNI, CLAP, PANAFTOSA y BIREME.

² En esta ocasión no se consideró necesario incluir información sobre el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) considerando que no ha presentado cambios de importancia estratégica desde el último informe.

la OPS/OMS y los Ministerios de Salud y de Educación de Brasil, la Secretaría de Salud del Estado de São Paulo y la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP) en el 2004.³

6. En el 2009, al reconocer que el marco institucional de BIREME no satisfacía plenamente las necesidades que tenía el centro panamericano en lo referente a gobernanza, gestión y financiamiento, ni en ese momento ni en el futuro, el 49.º Consejo Directivo de la OPS aprobó la resolución CD49.R5 en la que se adoptó un nuevo estatuto para BIREME y se solicitó a la Directora de la OSP que entable negociaciones con el Gobierno de Brasil para elaborar un nuevo Acuerdo de Sede con respecto al mantenimiento de BIREME, así como sus prerrogativas e inmunidades en ese país.

7. El Convenio de Mantenimiento antes mencionado venció el 1 de marzo del 2015.

Situación actual de los marcos institucionales

Acuerdo sobre instalaciones y funcionamiento

8. La Oficina prosigue las negociaciones entabladas con el Gobierno de Brasil con respecto al acuerdo al cual se hizo referencia en el 49.º Consejo Directivo (resolución CD49.R5). Al mismo tiempo, a los fines de proporcionar a BIREME una base legal que le permita seguir funcionando en territorio brasileño, la Oficina propuso suscribir un nuevo acuerdo (*Termo de Cooperação*) directamente con el Ministerio de Salud de Brasil y específico para BIREME. En este nuevo acuerdo se reconoce en forma expresa la condición jurídica de BIREME como centro panamericano que forma parte integrante de la OPS y se acoge a los convenios básicos suscritos entre la Organización y el Gobierno de Brasil. También se estipulan las contribuciones financieras que debe aportar el Gobierno del Brasil para mantener a BIREME en funcionamiento. Actualmente el acuerdo está siendo examinado por el Gobierno de Brasil.

9. Durante este período de transición se adoptó un plan de contingencia a objeto de garantizar que BIREME continúe funcionando de forma óptima e ininterrumpida.

10. Después de haber tenido su sede en el recinto universitario de la UNIFESP durante casi 40 años, conforme a lo estipulado en el Convenio de Mantenimiento, la Universidad notificó a la OPS que iba a realizar trabajos de renovación en sus edificios, por lo que BIREME ya no podría tener su sede en dicho recinto universitario. En consecuencia, después de hacer un análisis de las opciones disponibles para la sede de BIREME y realizar una búsqueda meticulosa, BIREME se mudó a unas oficinas alquiladas que se encuentran en la ciudad de São Paulo, donde hubo que hacer ciertas renovaciones. La mudanza se hizo el 1 de abril del 2016.

³ El primer acuerdo se suscribió el 3 de marzo de 1967 y el último el 2 de diciembre del 2004.

Dotación de personal

11. A fines del 2015, los 17 empleados de la UNIFESP asignados a BIREME volvieron a trabajar para la Universidad.
12. En el primer trimestre del 2016, 19 empleados contratados localmente se jubilaron o se acogieron al beneficio de jubilación anticipada conforme a lo estipulado en las leyes de Brasil. Este personal no ha sido reemplazado.
13. Se concluyó el proceso de selección para el puesto de director de BIREME; el nuevo director asumió su cargo el 1 de agosto del 2016.

Desafíos a corto plazo para BIREME

14. Entre los desafíos inmediatos que BIREME tendrá que enfrentar se encuentran los siguientes:
 - a) concluir y poner en práctica el nuevo acuerdo con el Ministerio de Salud del Brasil;
 - b) reorganizar estructural y funcionalmente a BIREME para que se ajuste a las necesidades del plan de trabajo bienal de BIREME 2016-2017;
 - c) programar las fechas de reunión del Comité Asesor y el Comité Científico de BIREME en el 2016.

Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA)

15. PANAFTOSA es un centro de la OPS ubicado en el estado de Rio de Janeiro (Brasil). Fue creado en 1951 conforme a lo estipulado en un convenio suscrito entre el Gobierno de Brasil y la OPS. Su propósito inicial fue ejecutar el Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa. En 1998, se transfirieron a PANAFTOSA las actividades de referenciamiento, investigación y cooperación técnica con respeto a las zoonosis del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ); posteriormente, a raíz del cierre del INPPAZ en el 2005, las actividades de cooperación técnica relacionadas con la inocuidad de los alimentos se transfirieron a PANAFTOSA.

Progreso reciente en PANAFTOSA

16. La 17.^a Reunión Interministerial de Salud y Agricultura (RIMSA 17), que tuvo al Gobierno de Paraguay en calidad de anfitrión, se celebró en Asunción los días 21 y 22 de julio del 2016 con el tema “Una salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible”. Con este tema se hizo hincapié en la conexión entre la sanidad animal y la salud pública y su contribución al desarrollo sostenible, así como en la necesidad de una buena gobernanza y del compromiso a largo plazo de todos los sectores y actores de promover y mejorar la salud de los pueblos de la Región de las Américas en la actualidad y en el futuro para las generaciones venideras.

17. RIMSAs es una prominente reunión regional de ministros de agricultura y ganadería y de salud de todos los Estados Miembros de la OPS en la cual los participantes examinan problemas, proponen medidas y coordinan posiciones unificadas para abordar asuntos relacionados con la salud humana y la salud animal. Por conducto de RIMSAs, la OPS reciben apoyo político respecto de la cooperación técnica que prestan en el campo de la salud pública veterinaria en las áreas de inocuidad de los alimentos, erradicación de la fiebre aftosa en la Región de las Américas y prevención y control de las zoonosis. Además, RIMSAs apoya y plantea temas relacionados con la interrelación entre sanidad animal y salud humana, fundamental para prevenir y controlar las enfermedades infecciosas emergentes y desatendidas, así como para contener y reducir las repercusiones de la resistencia a los antimicrobianos. Esta reunión multisectorial tiene como objetivo generar apoyo de alto nivel para la ejecución de los planes y proyectos de la OPS en áreas temáticas relacionadas con la salud conforme a lo aprobado por los Cuerpos Directivos de la OPS.

18. RIMSAs 17 contó con la participación de delegados de los ministerios de salud y de agricultura y ganadería de 30 países, así como numerosos representantes de organizaciones regionales e internacionales, la comunidad académica, organizaciones no gubernamentales y el sector privado. Su presencia envió un mensaje claro sobre la importancia de emprender acciones intersectoriales para enfrentar las dificultades en el ámbito de la salud y sus determinantes, en consonancia con la iniciativa “Una sola salud”.

19. En RIMSAs 17 se hizo hincapié en los escollos que deben superar los países para lograr la cobertura universal de salud y garantizar la inocuidad de los alimentos como asuntos prioritarios en los ámbitos de la salud pública y la seguridad alimentaria, considerando además el papel primordial que tiene la Región de las Américas en los esfuerzos por asegurar la seguridad alimentaria para la población mundial. Las autoridades de salud y de agricultura y ganadería acordaron establecer o fortalecer mecanismos y plataformas intersectoriales de gobernanza para coordinar las actividades ordinarias en cuanto a la atención de las zoonosis, y para crear o fortalecer mecanismos de alerta temprana y respuesta rápida a las amenazas de las zoonosis emergentes y reemergentes. A este respecto, RIMSAs 17 solicitó a la OPS suministrar cooperación técnica para la consolidación de sistemas integrados de vigilancia, prevención, control y eliminación de enfermedades zoonóticas endémicas y emergentes y reemergentes, en consonancia con la iniciativa “Una sola salud”.

20. Con respecto a la inocuidad de los alimentos, en RIMSAs 17 se hizo un llamado para que los gobiernos: *a)* elaboren y fortalezcan programas sobre inocuidad alimentaria fundamentados en la perspectiva “del campo a la mesa” en los sectores de salud y de agricultura y ganadería, y *b)* incorporen a otros sectores como el del medioambiente, turismo e industria, con la participación activa de las organizaciones no gubernamentales, el sector privado y los consumidores.

21. Además RIMSAs 17 solicitó a la OPS que actualice y presente al Consejo Directivo una estrategia y plan de acción sobre inocuidad de los alimentos para brindar

apoyo a los países en la modernización de los sistemas de control alimentario usando nuevas tecnologías de información y comunicación.

22. En RIMSA 17 se subrayó además que la resistencia a los antimicrobianos constituye una amenaza para la salud pública y la salud animal, y que su contención requiere la cooperación tanto del sector de la salud como el de la agricultura y ganadería, incluido el sector privado. Asimismo, se exhortó a los gobiernos a elaborar planes de acción nacionales sobre la resistencia a los antimicrobianos, acordes con el plan de acción mundial de la OMS, basados en intervenciones multisectoriales en las que participen el sector público y el sector privado, se usen mecanismos integrados de vigilancia y se promueva el uso racional y apropiado de los antimicrobianos en la salud y en la agricultura y ganadería por medio de la iniciativa “Una sola salud”.

23. Los ministros de salud y de agricultura y ganadería coincidieron en que la cooperación técnica y las actividades intersectoriales son clave para este propósito, y solicitaron a la OPS que lidere y brinde apoyo en forma prioritaria a aquellas iniciativas de los países que respondan a la iniciativa “Una Salud”, atendiendo a los objetivos y metas establecidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Además, RIMSA 17 solicitó a los organismos de cooperación internacional de los ámbitos de salud pública, la salud animal y el medioambiente que consoliden y fortalezcan la coordinación de la cooperación técnica que prestan a los países en el marco de la iniciativa “Una sola salud”, y formalicen una iniciativa que conduzca a una estrategia y un plan de acción integrado acordado por los países de la Región.

Intervención del Consejo Directivo

24. Se invita al Consejo Directivo a que tome nota de este informe de progreso y a que formule las recomendaciones que considere pertinentes.
