



Prevención y control
de los factores de riesgo
de las enfermedades
no transmisibles
Estado de la aplicación
de las medidas
más costoeficaces
en América Latina



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



**Prevención y control
de los factores de riesgo
de las enfermedades
no transmisibles**
**Estado de la aplicación
de las medidas
más costoeficaces
en América Latina**



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas más costoeficaces en América Latina
ISBN: 978-92-75-32066-2

© Organización Panamericana de la Salud 2019

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están disponibles en su sitio web en (www.paho.org). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Programa de Publicaciones a través de su sitio web (www.paho.org/permissions).

Forma de cita propuesta. Organización Panamericana de la Salud. *Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas más costoeficaces en América Latina*. Washington, D.C.: OPS; 2019.

Catalogación en la Fuente: Puede consultarse en <http://iris.paho.org>

Las publicaciones de la OPS están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Índice

Antecedentes	5
Panorama mundial y regional de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo	7
Acuerdos mundiales y regionales para regular los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles	9
Intervenciones más costoeficaces y opciones de política para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo	15
La iniciativa REGULA	17
Aplicación de las medidas más costoeficaces en materia de alcohol, alimentación no saludable y tabaco, en el marco regulatorio de los 19 países de América Latina	21
Alcohol	21
Alimentación no saludable	24
Tabaco	27
Fortalecimiento de la aplicación, monitoreo y cumplimiento de las intervenciones más costoeficaces	31
Fortalecimiento general del ordenamiento jurídico	31
Fortalecimiento de la aplicación, monitoreo y cumplimiento de las intervenciones más costoeficaces	34
Conclusiones	37
Referencias	40
Anexo 1. Estado de la regulación en materia de alcohol en los 19 países de América Latina, 2016	43
Anexo 2. Estado de la regulación en materia de alimentación no saludable en los 19 países de América Latina, 2016	51
Anexo 3. Estado de la regulación en materia de tabaco en los 19 países de América Latina, 2016	57



Antecedentes

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son la mayor causa de muerte a nivel mundial. Las ENT más importantes (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas) tienen cuatro principales factores de riesgo en común: el consumo nocivo de alcohol, la alimentación no saludable, la inactividad física y el consumo de tabaco.

La respuesta para la prevención y el control de las ENT y sus factores de riesgo requiere de un enfoque multisectorial, con fuerte énfasis en la regulación y un importante rol de liderazgo por parte de las autoridades nacionales de salud. En este sentido, el fortalecimiento de la capacidad institucional para regular y fiscalizar los asuntos de interés sanitario es una de las funciones esenciales de salud pública. En el caso de las ENT, esto se traduce en el desarrollo, la implementación y el monitoreo del cumplimiento de regulaciones que creen entornos promotores de la salud y favorezcan las conductas saludables (1).

En el año 2015, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) adoptaron la estrategia sobre legislación relacionada con la salud con el fin de fortalecer los marcos jurídicos y normativos que promueven la salud con base en la perspectiva del derecho a la salud (2). En este entorno, el Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental y la Oficina del Asesor Jurídico de la OPS desarrollan la iniciativa REGULA, con el objetivo de fortalecer las capacidades regulatorias en relación con los factores de riesgo de las ENT (1). Esta iniciativa se apoya en tres ejes fundamentales de acción:

1. Análisis en profundidad de la capacidad institucional para regular los factores de riesgo de las ENT.
2. Sistematización, análisis, difusión, actualización y monitoreo de la legislación en materia de factores de riesgo de las ENT en América Latina.
3. Promoción de políticas regulatorias a grupos clave a través de acciones de comunicación.

El segundo eje de acción es el que se ha aplicado en los 19 países¹ de América Latina y en él se centra el presente documento.

1 Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

Panorama mundial y regional de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el 2015 hubo 39,2 millones de muertes causadas por las ENT, de las cuales 38% (15 millones) fueron prematuras (entre los 30 y 70 años de edad) (3). En el caso de la Región de las Américas, las ENT son responsables de 5,2 millones de defunciones, 35% de ellas prematuras. Las enfermedades cardiovasculares causaron 36,7% de las muertes; el cáncer, 24,6%; la diabetes, 6,4%; y las enfermedades respiratorias crónicas, 8,6%.

Se calcula que en la Región de las Américas una persona de 30 años tiene una probabilidad de 16,2% de morir antes de cumplir 70 años a causa de una de las cuatro principales ENT. Si se analizan las ocho subregiones en las que la OPS divide la Región con fines de vigilancia y monitoreo², la mortalidad prematura es más alta en el Caribe No Latino y menor en el Área Andina, mientras que la subregión del Istmo Centroamericano es la tercera más baja; sin embargo, en esta última ha aumentado desde el 2010, a diferencia de lo observado en la Región Andina, en la que se ha mantenido estable³.

En relación con los principales factores de riesgo de las ENT, el **consumo nocivo de alcohol** es un factor causal en más de 200 trastornos de salud. Alrededor de 3,3 millones de muertes en el mundo se atribu-

yeron al consumo de alcohol en el 2012. La Región de las Américas ocupa el segundo lugar entre las regiones de la OMS⁴ en consumo per cápita de alcohol y de episodios de consumo excesivo de alcohol (entendidos como el consumo de 60 gramos de alcohol, o cinco o más tragos estándar, en una sola oportunidad en los últimos 30 días).



2 Las ocho subregiones de las Américas son América del Norte, México, Istmo Centroamericano, Caribe Latino, Área Andina, Brasil, Cono Sur y Caribe No Latino. Para más información, véase http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34330/IndBrasicos2017_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

3 Los estimados se han elaborado usando los últimos datos disponibles en el período 2010-2016. Bolivia, Curaçao y Haití fueron excluidos por falta de datos correspondientes a esos años.

4 Oficinas Regionales para África, las Américas, Asia Sudoriental, Europa, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental. Para más información, véase <http://www.who.int/about/regions/es/>.

El consumo anual de alcohol puro⁵ por habitante de 15 años o más es de 8,4 litros, cifra que está por encima del promedio mundial (6,2 litros). En la población que reporta haber consumido alcohol en los últimos 12 meses (consumidores actuales), el consumo per cápita de los hombres es de 9,7 litros, y el de las mujeres, 6,4 litros. Se estima que el 22% de los consumidores actuales en la Región tienen episodios de consumo excesivo (4, 5). La OMS calcula que 8% de los hombres y 3,2% de las mujeres en la población general tienen un trastorno por uso de alcohol.

Las encuestas poblacionales aportan información sobre el patrón de consumo y prevalencia de cada tipo de consumo en hombres y mujeres, de acuerdo con la edad. Sin embargo, las personas tienden a subestimar su consumo, de modo que es necesario analizar con cuidado las estimaciones.

En cuanto a la **alimentación no saludable**, se ha reconocido que las modificaciones en los hábitos alimentarios han sido impulsadas por cambios sociales como la urbanización, la incorporación de las mujeres al mercado laboral y el mayor consumo de alimentos fuera del hogar, así como el considerable aumento del *marketing* y de la disponibilidad y asequibilidad de productos ultraprocesados y bebidas azucaradas. Las ventas de productos ultraprocesados en 13 países de América Latina para los cuales se cuenta con información crecieron 26,2% entre el 2000 y el 2013, y las ventas de comida rápida, 38,9% en el mismo período. Una gran parte de la carga de los riesgos alimentarios está relacionada con el sobrepeso (índice de masa corporal mayor o igual a 25 kg/m²) y la obe-

sidad (índice de masa corporal mayor o igual 30 kg/m²). La Región de las Américas tiene una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 59% en las personas adultas, frente a 36,6% a nivel mundial, por lo que se sitúa como la región más obesa del mundo (6-8).

De manera similar, la prevalencia de **inactividad física** en los adultos mayores de 18 años en las Américas (32,4%) es más alta que el promedio mundial (23,3%). La OMS estima que la prevalencia de actividad física insuficiente en adolescentes entre 11 y 17 años es de 81,2% en la Región, también por encima del promedio mundial (80,7%), aunque es la que menos lo sobrepasa entre las cinco regiones de la OMS que lo superan (1, 6).

Finalmente, al **tabaco y la exposición al humo de tabaco** se le atribuyen más de 7 millones de muertes cada año a nivel mundial. En la Región de las Américas, la mortalidad atribuible al tabaco es de 16% en adultos de 30 años o más, y se estima que el tabaco mata a alrededor de un millón de personas en las Américas cada año. De acuerdo a los datos más recientes, la prevalencia de consumo actual de tabaco fumado en adultos (15 años o más) en las Américas es de 17,1%, y es mayor en los hombres (21,9%) que en las mujeres (12,7%). No obstante, el análisis de las tendencias marca una feminización del consumo, especialmente en la población de 13 a 15 años, y en países como Argentina y Chile el consumo ya es mayor en las mujeres que en los hombres en este rango etario, mientras que en Brasil, Colombia y Uruguay el consumo es similar entre los adolescentes de ambos sexos (1, 8, 9).

5 Suma total en litros del volumen de alcohol puro calculado para cada bebida.

Acuerdos mundiales y regionales para regular los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles

Reconociendo que la carga de las ENT constituye uno de los principales obstáculos para el desarrollo en el siglo XXI, y que existen medidas eficaces para su prevención y control, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó en el 2011 la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, en la que los Estados Miembros se comprometieron, entre otras acciones, a reducir los factores de riesgo y crear entornos promotores de la salud mediante intervenciones multisectoriales eficaces para reducir los efectos de los factores de riesgo comunes de las ENT, así como la aplicación de acuerdos y estrategias internacionales pertinentes y de medidas educativas, legislativas, reglamentarias y fiscales (10).

En esta declaración política, los Estados Miembros establecieron una hoja de ruta con compromisos concretos para promover, establecer o apoyar y reforzar las políticas y planes nacionales de prevención y control de las ENT. También se comprometieron a acelerar la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT); a promover la aplicación de las estrategias mundiales de la OMS sobre el régimen alimentario, la actividad física y la salud y sobre la reducción del consumo nocivo de alcohol, y la aplicación del conjunto de recomendaciones de la OMS sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a los niños; y a fomentar, proteger y apoyar la lactancia materna.

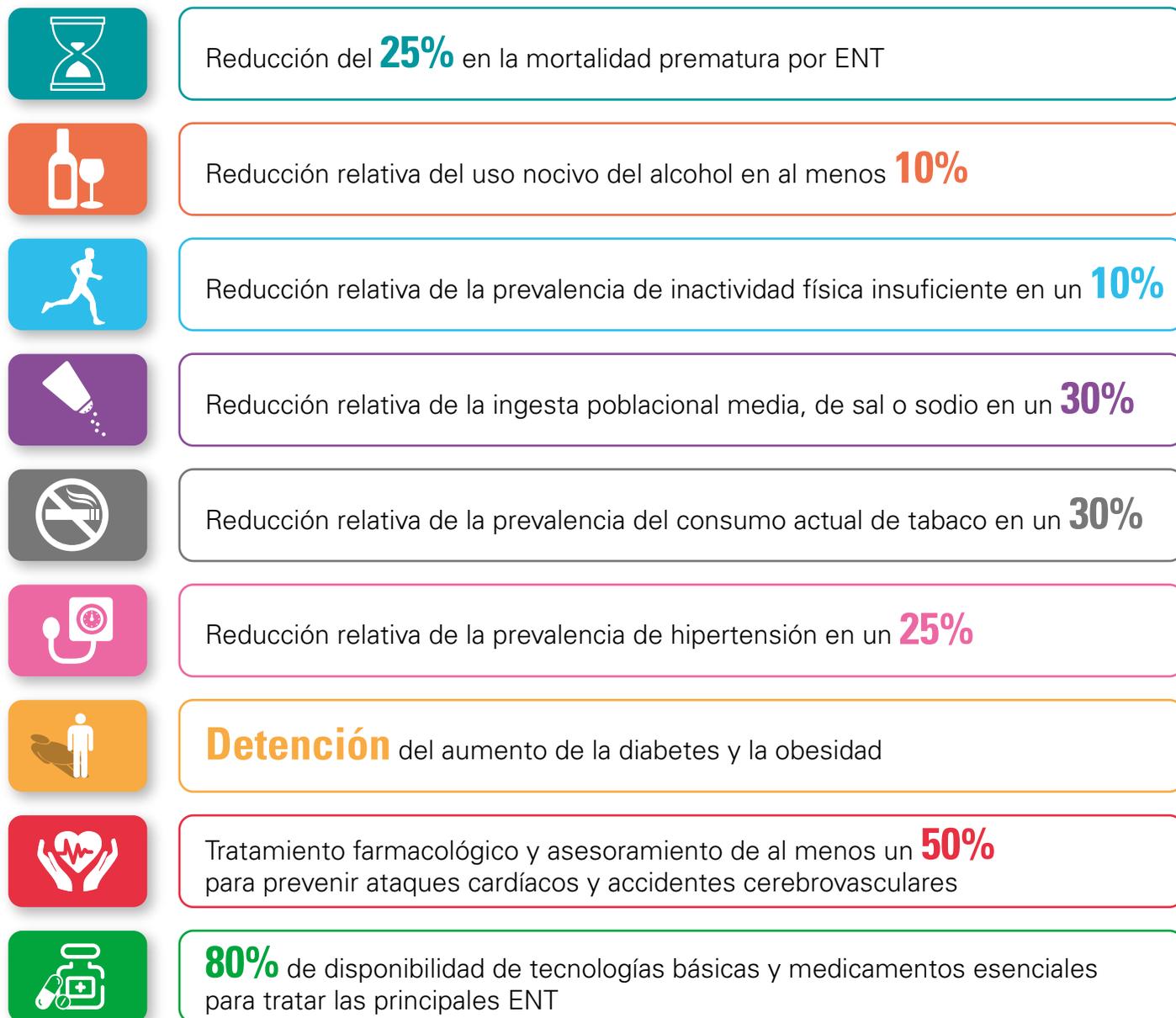
Para dar cumplimiento a estos compromisos, la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Plan de Acción Mundial de la OMS para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020, en el que se plantea como meta la reducción

de 25% de la mortalidad prematura por las ENT para el 2025. En dicho plan se establecen indicadores y opciones de políticas para que los Estados Miembros y otros actores adopten acciones coordinadas en todos los niveles. Asimismo, se define el marco mundial de vigilancia integral para la prevención y el control de las ENT, que incluye nueve metas voluntarias (figura 1) y 25 indicadores sobre mortalidad y morbilidad, factores de riesgo y respuesta de los sistemas nacionales de salud (11).

En julio del 2014 se realizó una segunda reunión de alto nivel de la Asamblea General de Naciones Unidas para realizar un examen y una evaluación generales de los progresos realizados en la prevención y el control de las ENT, en donde se reconoció que los progresos alcanzados habían sido insuficientes y desiguales a nivel mundial. A fin de acelerar la acción, en dicha reunión los Estados se comprometieron a adoptar cuatro medidas sujetas a plazos con carácter prioritario en el 2015 y el 2016, que debían ser evaluadas mediante diez indicadores de proceso presentados en la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General de Naciones Unidas, prevista para el 2018.

Entre estas medidas se incluía que para el 2015 se establecieran metas e indicadores nacionales para el 2025 y considerar la posibilidad de elaborar o fortalecer políticas y planes nacionales multisectoriales con el fin de lograr los objetivos nacionales. Igualmente, para el 2016 se buscaba reducir los factores de riesgo de las ENT y los factores sociales determinantes subyacentes, mediante la aplicación de intervenciones y opciones de política para crear entornos que promuevan la salud, y el fortalecimiento de los sistemas de salud para abordar la prevención y el con-

Figura 1. Metas mundiales de aplicación voluntaria para el 2025



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020. Ginebra: OMS; 2014.

trol de las ENT y los factores sociales determinantes subyacentes mediante la atención primaria de la salud y la cobertura universal de salud.

En la **figura 2** se describen los avances de los 19 países de América Latina hasta marzo del 2017 en la aplicación de las medidas establecidas en el marco mundial de monitoreo de las ENT (12).

En el nivel regional, los Estados Miembros de la OPS adoptaron la Estrategia para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2012-2025, y el Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en las Américas 2013-2019. Para el desarrollo de este plan se consideraron las iniciativas, los logros y los contextos regionales y subregionales, al tiempo que se buscó mantener el alineamiento con el plan mundial de la OMS y con el marco mundial de vigilancia. Adicionalmente, la OPS ha elaborado planes de acción regionales para reducir el consumo nocivo de alcohol

(13), para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia (14) y para el fortalecimiento del control del tabaco en la Región de las Américas (15), en los cuales se reafirman las intervenciones descritas en el plan de la OMS.

En septiembre del 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Agenda para el Desarrollo Sostenible 2030, que incluye 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), dentro de los cuales el objetivo 3 es garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, y su meta 3.4 incluye la reducción de un tercio de la mortalidad prematura por ENT para el 2030. Uno de los medios designados para alcanzar esta meta es la aplicación integral del CMCT de la OMS. Adicionalmente, el objetivo 2.2 llama a poner fin a todas las formas de malnutrición para el 2030 (16). En la **figura 3** se resumen los hitos en el establecimiento de los mandatos mundiales y regionales para la prevención y el control de las ENT.

Figura 2. Indicadores de progreso en las medidas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en 19 países de América Latina, marzo del 2017

País	1	2	3	4	5				
	metas	mortalidad	encuestas	planes de ENT	TABACO				
					a	b	c	d	e
					impuestos	ALH	adver- tencias sanitarias	prohibición PPP	campañas en medios
Argentina	●	●	◐	◐	●	●	●	◐	◐
Bolivia (Estado Plurinacional de)	◐	◐	○	○	○	◐	●	◐	○
Brasil	●	●	●	●	◐	●	●	●	◐
Chile	●	●	◐	●	●	●	●	◐	○
Colombia	●	●	◐	●	○	●	◐	●	●
Costa Rica	●	●	◐	●	◐	●	●	◐	●
Cuba	●	●	◐	○	◐	◐	◐	○	SR
Ecuador	○	◐	◐	●	◐	●	●	◐	○
El Salvador	○	◐	●	●	◐	●	●	◐	●
Guatemala	●	●	◐	●	○	●	○	○	○
Honduras	●	◐	◐	○	○	●	◐	◐	●
México	◐	●	◐	◐	◐	◐	●	○	SR
Nicaragua	○	◐	○	NS	○	◐	◐	○	○
Panamá	○	●	◐	●	◐	●	●	●	◐
Paraguay	●	◐	◐	●	○	○	◐	◐	○
Perú	○	◐	◐	◐	○	●	●	○	◐
República Dominicana	●	◐	◐	●	◐	◐	○	○	○
Uruguay	●	●	◐	◐	◐	●	●	●	○
Venezuela (República Bolivariana de)	○	●	◐	○	◐	●	●	○	○
Completamente alcanzado	11	11	2	10	2	13	12	4	4
Parcialmente alcanzado	2	8	15	4	10	5	5	8	4
No alcanzado	6	0	2	4	6	0	2	7	9

6			7				Comple- tamente alcanzado	Parcial- mente alcanzado	No alcanzado
ALCOHOL			ALIMENTACIÓN SALUDABLE						
a	b	c	a	b	c	d			
disponi- bilidad	restric- ciones publicidad	impuestos	sal / sodio	grasas trans	publicidad hacia niños	sucedá- neos leche materna			
○	◐	◐	●	●	○	◐	7	7	2
SR	SR	SR	○	○	●	●	3	4	6
◐	○	◐	●	●	●	●	11	4	1
◐	○	◐	●	○	●	◐	8	5	3
◐	○	●	NS	●	○	◐	8	4	3
●	●	●	●	●	○	●	12	3	1
◐	○	○	○	○	○	◐	2	6	7
●	◐	◐	◐	●	●	◐	6	8	2
◐	○	◐	○	○	○	◐	5	6	5
◐	○	◐	○	○	○	●	5	3	8
◐	○	●	○	○	○	◐	4	6	6
◐	○	◐	NS	○	●	◐	3	8	3
◐	○	◐	○	○	○	◐	0	6	9
◐	○	◐	○	○	○	●	6	5	5
◐	◐	◐	◐	○	○	◐	2	9	5
◐	○	◐	◐	●	●	●	5	7	4
◐	○	●	○	○	○	●	4	5	7
◐	○	◐	◐	○	●	◐	6	7	3
◐	○	◐	○	○	○	●	4	4	8
2	1	4	4	6	7	8			
15	3	13	4	0	0	11			
1	14	1	9	12	12	0			



Completamente alcanzado



Parcialmente alcanzado



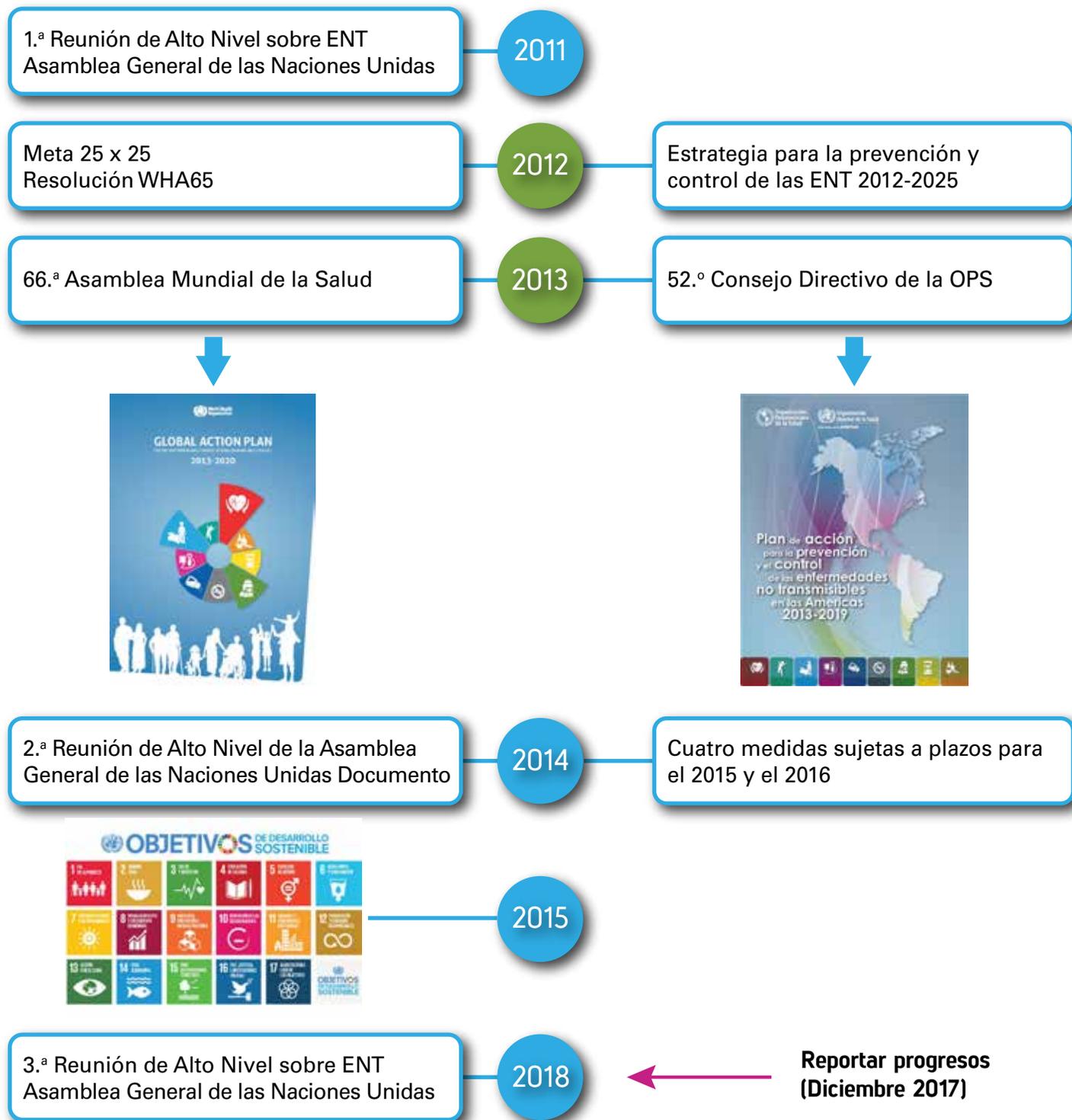
No alcanzado

SR Sin respuesta

NS No sabe

Figura 3. Hitos en el establecimiento de los compromisos mundiales y regionales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

Mandatos mundiales y regionales



Fuente: Elaboración propia.

Intervenciones más costoeficaces y opciones de política para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo

La OMS ha identificado un conjunto de intervenciones muy costoeficaces⁶ (conocidas como *best buys*) para el abordaje de las ENT, que tienen gran impacto y son factibles de ser implementadas, aun en entornos de recursos limitados. La mayoría de estas intervenciones requieren de medidas regulatorias, y están orientadas a regular las prácticas de ventas al por menor, la disponibilidad de los productos, las políticas fiscales, el mercadeo y los incentivos, como forma de corregir las externalidades negativas del mercado y crear un entorno que propicie las conductas saludables. Estas medidas están relacionadas con la alimentación no saludable, el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol y la inactividad física, así como medidas clínicas preventivas y de tratamiento relacionadas con las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer (**cuadro 1**) (1, 11).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) define *regulación* como los instrumentos mediante los cuales los gobiernos, sus órganos subsidiarios y las entidades supranacionales imponen requisitos de cumplimiento obligatorio a los ciudadanos y a las empresas. Este término abarca una gran variedad de instrumentos jurídicos, como leyes primarias y regulaciones secundarias para aplicarlas, las normativas subordinadas, los trámites administrativos y las normas. La regulación no se limita a las me-

didias restrictivas, sino que abarca también las políticas para promover prácticas y productos saludables, y es una función esencial de salud pública (1, 17, 18).

Las leyes y regulaciones se han utilizado ampliamente para establecer los derechos relacionados con la salud; sin embargo, se han aplicado en menor medida para la prevención y el control de las ENT. La necesidad de incluir funciones regulatorias como parte de la rectoría de salud pública se reafirmó con el marco conceptual de las funciones esenciales de salud pública, que son un conjunto indispensable de acciones que debe ejercer el Estado, y que son fundamentales para alcanzar los objetivos de salud pública de mejorar, promover, proteger y recuperar la salud de la población a través de acciones colectivas. Una de estas funciones esenciales (la sexta) se centra en fortalecer la capacidad institucional para elaborar un marco normativo y crear nuevas leyes y regulaciones. Por otra parte, en el 2002 se llevó a cabo una encuesta regional para evaluar la capacidad de ejecutar las funciones esenciales de salud pública en los Estados Miembros de la OPS y, en lo que respecta al fortalecimiento de la capacidad institucional para la regulación y la fiscalización, la mayoría de los países de la Región tuvo un desempeño medio o bajo, especialmente en esta última área, por lo que se concluyó que la fiscalización es una debilidad en la mayoría de los países, particularmente en los niveles locales (18).

⁶ Intervenciones que tienen una razón media de costo-eficacia igual o menor a 100 dólares internacionales por año de vida ajustado en función de la discapacidad evitado en países de ingresos bajos y mediano-bajos. El dólar internacional es una unidad monetaria hipotética que tiene la misma paridad del poder adquisitivo que el dólar de los Estados Unidos tenía en los Estados Unidos en un momento dado.

Cuadro 1. Medidas muy costoeficaces de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (versión inicial del 2013)⁷⁷

Factor de riesgo o enfermedad	Intervenciones
Consumo de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la asequibilidad de los productos del tabaco aumentando los impuestos selectivos al consumo de tabaco. • Crear por ley entornos sin tabaco en todos los lugares de trabajo interiores, lugares públicos y medios de transporte público. • Señalar a la población los peligros del tabaco y el humo de tabaco mediante advertencias sanitarias eficaces y campañas en los medios de comunicación. • Prohibir toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.
Consumo nocivo de alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • Regular la disponibilidad comercial y pública del alcohol. • Restringir o prohibir la publicidad, la promoción y el patrocinio del alcohol. • Utilizar políticas de precios, como el aumento de los impuestos especiales sobre las bebidas alcohólicas.
Alimentación no saludable e inactividad física	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la ingesta de sal. • Sustituir las grasas <i>trans</i> por grasas insaturadas. • Poner en práctica programas de concienciación de la población sobre la alimentación saludable y la actividad física. • Promover y proteger la lactancia materna.
Enfermedades cardiovasculares y diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento farmacológico (incluido el control de la glucemia en el caso de la diabetes mellitus y el control de la hipertensión teniendo en cuenta todos los riesgos) y asesoramiento para todas las personas que hayan sufrido un ataque cardíaco o cerebral y quienes tengan un alto riesgo (30% o más) de sufrir un episodio cardiovascular mortal o no mortal en los próximos diez años. • Ácido acetilsalicílico para el infarto agudo de miocardio.
Cáncer	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención del cáncer hepático mediante inmunización contra la hepatitis B. • Prevención del cáncer cervicouterino mediante tamizaje (inspección visual con ácido acético y tratamiento oportuno de las lesiones cancerosas).

Fuentes: Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020. Ginebra: OMS; 2014, y Organización Mundial de la Salud (OMS). Global status report on noncommunicable diseases. Ginebra: OMS; 2014.

Nota: Resaltadas en negrita las intervenciones para la prevención y el control de los factores de riesgo de las ENT que son de índole regulatoria.

⁷⁷ La OMS realizó una actualización del apéndice 3 del plan de acción para la prevención y el control de las ENT, en el que se incluía la relación de medidas muy costoeficaces. La nueva versión de este apéndice fue aprobada por el Comité Ejecutivo de la OMS mediante la Resolución EB140.R7 y adoptada por la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud el 18 de mayo del 2017; sin embargo, la recopilación de información para este documento se hizo antes de la adopción de las nuevas medidas establecidas por la Asamblea Mundial de la Salud. La actualización de este apéndice se encuentra disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259351/1/WHO-NMH-NVI-17-9-spa.pdf?ua=1>.

La iniciativa REGULA

En el marco del componente sobre sistematización y análisis de la legislación en materia de factores de riesgo de las ENT, se realizó una revisión de la información jurídica disponible en 19 Estados Miembros de la OPS seleccionados⁸ con el objetivo de identificar la regulación específica en relación con las intervenciones costoeficaces y otras medidas regulatorias identificadas por los asesores regionales en alcohol, nutrición y tabaco de la OPS. No se recopiló información acerca de las intervenciones relacionadas con la inactividad física, ya que la intervención incluida sobre este tema está referida a “poner en práctica programas de concienciación de la población sobre la alimentación saludable y la actividad física”, algo que no está relacionado necesariamente con las intervenciones regulatorias. En el **cuadro 2** se muestran las medidas recopiladas para cada factor de riesgo.

En la primera fase, la OPS, a través del Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental,

en coordinación con la Oficina del Asesor Jurídico, comisionó al Instituto O’Neill de Legislación sobre Salud Nacional y Mundial de la Universidad de Georgetown (centro colaborador de la OPS/OMS en legislación relacionada con la salud), para realizar una recopilación de normativa nacional de cumplimiento obligatorio sobre factores de riesgo de ENT vigente a diciembre del 2016 en los países seleccionados. Para esta recopilación se usaron como fuentes de información las fuentes oficiales de autoridades públicas, las bases de datos legales, la red de expertos locales y fuentes de información indirectas, como las publicaciones académicas y la literatura gris.

Posteriormente, para cada una de las medidas, con la colaboración de los asesores regionales de la OPS, se definieron los estándares para evaluar la aplicación de las medidas más costoeficaces⁹ en la normativa nacional, y se sistematizó la información correspondiente a cada uno de los factores de riesgo.

8 Los países de América Latina ya mencionados: Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

9 La OMS realizó una actualización del apéndice 3 del plan de acción para la prevención y el control de las ENT, en el que se incluía la relación de medidas muy costoeficaces. La nueva versión de este apéndice fue aprobada por el Comité Ejecutivo de la OMS mediante la Resolución EB140.R7 y adoptada por la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud el 18 de mayo del 2017; sin embargo, la recopilación de información para este documento se hizo antes de la adopción de las nuevas medidas establecidas por la Asamblea Mundial de la Salud. La actualización de este apéndice se encuentra disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259351/1/WHO-NMH-NVI-17.9-spa.pdf?ua=1>.

Cuadro 2. Medidas regulatorias para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles recolectadas

Factor de riesgo	Medidas recolectadas
Tabaco	1. Proteger a la población de la exposición al humo de tabaco*
	2. Advertir sobre los peligros del tabaco*
	3. Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio*
	4. Aumentar los impuestos al tabaco*
	5. Reglamentación del contenido de los productos de tabaco
	6. Reglamentación sobre el comercio ilícito de productos de tabaco
	7. Reglamentación sobre la venta y la publicidad de productos de tabaco
	8. Ventas a menores y por menores
	9. Legislación sobre los sistemas electrónicos de administración de nicotina y similares sin nicotina
	10. Códigos de conducta para funcionarios públicos u órdenes del gabinete de ministros
Alcohol	1. Regulación del contenido de las bebidas alcohólicas
	2. Regulación de la disponibilidad comercial y pública del alcohol*
	3. Restricciones o prohibiciones de la publicidad y la promoción del alcohol*
	4. Utilización de políticas de precios, como el aumento de los impuestos especiales sobre las bebidas alcohólicas *
	5. Regulación sobre la conducta de las personas bajo los efectos del alcohol
	6. Detección y tratamiento del trastorno por consumo de alcohol
Alimentación no saludable	1. Regulación sobre los alimentos procesados <ul style="list-style-type: none"> a. Etiquetado frontal de advertencia sanitaria en los alimentos b. Reducir la ingesta de sal* c. Sustituir las grasas trans por grasas insaturadas*
	2. Políticas fiscales para reducir el consumo de productos con alto contenido calórico y bajo valor nutricional y favorecer el consumo de alimentos saludables
	3. Regulaciones para implementar las recomendaciones de la OMS sobre el mercado de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigido a niños
	4. Reglamentación que favorezca la lactancia materna <ul style="list-style-type: none"> a. Aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna b. Reglamentación sobre la protección de la maternidad

* Medidas muy costoeficaces para la prevención y el control de las ENT. En el caso del tabaco, las medidas regulatorias identificadas como muy costoeficaces no se recopilaron como parte de esta iniciativa, sino que se recopilan periódicamente para la elaboración del Informe de la OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo.





Aplicación de las medidas más costoeficaces en materia de alcohol, alimentación no saludable y tabaco, en el marco regulatorio de los 19 países de América Latina

A continuación, se presenta un análisis de la legislación vigente en los 19 países de América Latina analizados al 31 de diciembre del 2016 en el contexto de los mandatos del Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de

las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020 y el Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en las Américas 2013-2019, así como respecto a otras intervenciones regulatorias seleccionadas.

ALCOHOL

Estado actual de la normativa sobre el alcohol

Como se describe en el [anexo 1](#), los 19 países analizados han aprobado normativa sobre regulación del alcohol en relación con 13 intervenciones como promedio de las 45 posibles. Honduras es el país en el que más intervenciones son objeto de normativa, 20 en total, y República Dominicana, con ocho, el que menos. Las intervenciones que en todos los países se han desarrollado mediante normativa son las relacionadas con los impuestos selectivos al consumo de bebidas alcohólicas, la reglamentación y las sanciones para la venta a menores, y la reglamentación sobre beber y conducir. Además, 17 países cuentan con una definición legal para las bebidas alcohólicas, aunque con diferentes parámetros, y tienen sistemas de licencia para venta y distribución. Es importante resaltar que, en muchos casos en los que se cuenta con normativa sobre estas intervenciones, esta no es consistente con las recomendaciones internacionales ni con los mandatos a nivel mundial y regional.

Sobre las políticas de precios para reducir el consumo de las bebidas alcohólicas, como se mencionó anteriormente, los 19 países aplican impuestos selectivos al consumo de este tipo de bebidas. Este tipo de impuestos es una de las medidas más costoefectivas para reducir el consumo y los efectos perjudiciales, ya que hay una relación directa entre impuestos más altos y tasas más bajas de consumo excesivo episódico (4). De los 19 países analizados, 18 aplican mayores tasas o montos de impuestos

selectivos al consumo cuanto mayor sea el contenido alcohólico, y únicamente República Dominicana aplica una tasa uniforme para todas las bebidas alcohólicas. Se desconoce si estos impuestos se aplicaron como una política para la reducción del consumo, pero, de acuerdo a los datos de la OPS, los precios reales de las bebidas alcohólicas han tenido una evolución decreciente en el período entre 2011 y 2016, lo que, unido al incremento en los ingresos de la población, ha llevado a que la asequibilidad de las bebidas alcohólicas en los países de la región latinoamericana haya experimentado un aumento de entre 10% y 30% para la mayoría de los tipos de bebidas alcohólicas. En el caso de la cerveza, se comprobó que la proporción anual de crecimiento de la asequibilidad es positiva y estadísticamente significativa en cuatro de los 15 países analizados. En este sentido, destacan los casos de Guatemala, donde la cerveza ha aumentado su asequibilidad en un 65%, y de Paraguay, donde aumentó un 95% en el período antes mencionado (19).

Sobre las restricciones o prohibiciones a la publicidad, la promoción y el patrocinio de las bebidas alcohólicas, 12 países han aprobado normativa para restringir la publicidad en la radio y la televisión a nivel nacional, y 11 en medios escritos de alcance nacional, aunque únicamente ocho países incluyen restricciones a la publicidad en las plataformas de comunicación digital en su normativa. Las restricciones en estos 12 países son de alcance parcial, ya que solo se refieren a la publicidad dirigida a los adolescentes y los niños en horarios de programación infantil (sin que se defina claramente en

la legislación, en algunos casos, cuáles son esos horarios), o se indica que la publicidad no puede incluir niños, pero no se restringe que vaya dirigida a menores de edad o que sea transmitida en horarios de programación infantil. Únicamente dos países prohíben la distribución gratuita de bebidas alcohólicas y dos prohíben la promoción de bebidas alcohólicas por parte de celebridades. Las restricciones antes indicadas se limitan a prevenir la exposición de los adolescentes y los niños a la publicidad de bebidas alcohólicas, sin que existan, en la mayoría de los casos, restricciones o prohibiciones sobre la promoción y el patrocinio. El efecto de las prohibiciones parciales de publicidad sobre el consumo per cápita es en general pequeño o nulo (4, 20).

Sobre la regulación del contenido alcohólico de las bebidas, 17 países tienen una definición legal para las bebidas alcohólicas, y siete países regulan el contenido máximo en las bebidas que se comercializan al público. En lo que respecta a la definición, en general la mayoría de los países describe las bebidas alcohólicas como aquellas que contienen más de 0,5% de alcohol. Esto permite que las que contienen menos de esa cantidad se vendan como bebidas sin alcohol, lo que puede confundir a los consumidores, pues de cualquier manera se ingiere alcohol con ellas. Por otra parte, 10 países regulan los aditivos para las bebidas alcohólicas (como los saborizantes), aunque, en general, estas regulaciones se refieren al tipo de aditivos permitidos y su calidad, y no se prohíbe su uso para incrementar el atractivo de estos productos para grupos específicos de población (como ocurre con los *alcopops*).

Sobre la regulación de la disponibilidad comercial y pública del alcohol, 17 países cuentan con un sistema legalmente establecido para otorgar licencias de venta y distribución, y en un país existe un monopolio estatal de las ventas al por menor. Las restricciones al horario y días de venta se han establecido en 11 países, mientras que únicamente dos países tienen alguna normativa sobre la densidad de los puntos de venta. En nueve países hay prohibición de venta o consumo en algunos lugares públicos. En todos los países que se analizaron para la elaboración de este documento hay normativa y sanciones en relación con la venta a menores; sin embargo, solo un país tiene normativa que obliga al vendedor a solicitar la identificación para la venta de bebidas alcohólicas.

En los demás países, la solicitud de identificación queda al criterio del minorista si el consumidor aparenta tener menos de la edad permitida. La edad a partir de la cual está permitida la venta es de 18 años en la mayoría de los países, y en uno se sitúa en 20 años, ignorando las recomendaciones de aumentar la edad mínima a los 21 años; sin embargo, 18 años coincide con la mayoría de edad en muchos de los países. En un país se permite el consumo de alcohol en menores de edad cuando están acompañados por los padres en el establecimiento. Solamente cinco países tienen normativa para prevenir la venta a personas visiblemente intoxicadas, aunque los criterios para determinarlo no están definidos claramente en la normativa. En ocho países se prohíbe explícitamente en la normativa el consumo en los horarios de trabajo, o bien presentarse a trabajar bajo la influencia de bebidas alcohólicas, aunque no hay criterios definidos para determinarlo sistemáticamente.

Sobre la regulación de conducir bajo los efectos del alcohol, 18 de los 19 países analizados cuentan con legislación a nivel nacional; la excepción es México, aunque con la salvedad de que existen regulaciones subnacionales que son consistentes con las recomendaciones internacionales. Únicamente un país tiene normativa sobre los puestos de control de alcoholemia, y solo dos sobre las pruebas de aliento aleatorias. Quince de los países analizados han establecido una tasa de alcoholemia en línea con las recomendaciones internacionales (menor o igual a 0,05 g/dl), aunque únicamente siete de estos 15 países tienen una tasa de alcoholemia reducida (menor o igual a 0,02 g/dl) para los conductores jóvenes. Dos países tienen tolerancia cero en relación con la conducción bajo la influencia de las bebidas alcohólicas, y en 13 países se aplica la sanción de suspensión administrativa de la licencia de conducir cuando se detecta una tasa de alcoholemia por encima de los niveles permitidos. Por otra parte, en 11 países se ha regulado el aumento de sanciones cuando se causan accidentes bajo los efectos del alcohol, aunque, en el otro extremo, en un país se considera una atenuante de responsabilidad.

Finalmente, 10 países han establecido en su normativa el derecho a servicios de salud cuando la persona tiene un trastorno por consumo de alcohol, incluidos los servicios de detección y tratamiento de la dependencia.

No se encontraron preceptos legales que establezcan un mecanismo para garantizar la vigencia de las normas regulatorias impulsadas y que permitan verificar que estas reflejan de forma efectiva el sentido de las medidas.

Competencias en la regulación del alcohol

De acuerdo al análisis de la regulación existente, se observa que las competencias en la regulación del alcohol están divididas en diversas instituciones de gobierno, de acuerdo a la etapa del proceso regulatorio y al área de política que se analice. La autoridad nacional de salud tiene la rectoría del sector de la salud; sin embargo, en las normativas relacionadas con las políticas de precios, las restricciones de la publicidad y la regulación de la conducción bajo los efectos del alcohol, las competencias están asignadas a otras entidades de gobierno, la mayoría de las veces no coordinadas con el ministerio de referencia, y sin que se observe un fundamento explícito para el ejercicio del rol rector de la autoridad nacional de salud. Adicionalmente, las autoridades locales también tienen competencias, ya sea en la regulación o en la fiscalización de algunas de las intervenciones relacionadas

con la regulación del alcohol, lo que puede afectar a la aplicación de las medidas de acuerdo con las recomendaciones internacionales, e incluso de acuerdo con la política a nivel nacional en el caso de que se cuente con un marco jurídico explícito a ese nivel.

La dispersión normativa, que es un fenómeno que no favorece el cumplimiento de la regulación, es mayor en las actividades de implementación y fiscalización, y no se establece un destino específico en el uso de los fondos obtenidos de las sanciones, por ejemplo, para el desarrollo de medidas preventivas asociadas con las violaciones. Se observó que muchos de los países tienen provisiones constitucionales que prohíben el uso de fondos provenientes de estas sanciones para actividades específicas, como, por ejemplo, la prevención, el control y el tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol.

En la legislación no se establecen mecanismos de evaluación del cumplimiento y la efectividad de las regulaciones, por lo que no se conoce su impacto en la reducción del consumo de alcohol y tampoco su impacto en la mortalidad y la morbilidad por ENT o en las lesiones causadas por accidentes de tráfico.

ALIMENTACIÓN NO SALUDABLE

Estado actual de la normativa sobre alimentación no saludable

Como se observa en el anexo 2, 11 de los 19 países analizados han aprobado normativa sobre tres o cuatro de las 19 intervenciones relacionadas con la alimentación no saludable. Se destaca que Chile ha aprobado normativa sobre 11 intervenciones, y Ecuador sobre nueve.

Respecto de las regulaciones sobre los alimentos procesados, todos los países tienen normativa sobre la inocuidad de los alimentos, que incluye regulación sobre las características de calidad y el uso de aditivos o ingredientes en la producción y el procesamiento de los alimentos; sin embargo, son pocos los países que han aprobado normativa relacionada con el establecimiento de niveles máximos de nutrientes críticos (azúcar, grasa y sal/sodio) en los alimentos procesados y ultraprocesados. Solamente tres países tienen normativa para reducir el consumo de sodio a través del establecimiento de niveles máximos de este nutriente en los productos alimenticios, y cuatro han aprobado normativa para eliminar virtualmente de la cadena alimentaria los ácidos grasos trans de producción industrial. Aun cuando los países de América Latina tienen en su mayoría un sistema de etiquetado nutricional de los alimentos alineado con las normas del Codex Alimentarius o con las normativas subregionales, a la fecha de corte del análisis únicamente un país ha establecido un sistema de etiquetado frontal de advertencia nutricional de acuerdo con las recomendaciones internacionales, para responder a la prevención de riesgos en

salud y que no requiere ser estandarizado por órganos regulatorios del comercio internacional, al considerarse medidas legítimas de salud pública, y, por tanto, no configuran legalmente obstáculos técnicos al comercio¹⁰, y dos países tienen un sistema semidirectivo (incluyen información para facilitar la valoración de cuán saludable es un producto).

Algunos de los países de la Región están avanzando en el desarrollo y la aprobación de normativa para establecer sistemas de etiquetado frontal de advertencia nutricional con base en la mejor evidencia y experiencia disponibles; por ejemplo, durante la XLVII Reunión ordinaria de los Ministros de Salud de Centroamérica y la República Dominicana¹¹, realizada en Panamá el 5 de diciembre del 2017, se presentó una propuesta de Reglamento para el Etiquetado Frontal de Advertencia Nutricional, que los países tendrán que discutir a nivel doméstico¹². El Consejo de Ministros de Uruguay aprobó un decreto y sometió un proyecto de ley al Parlamento en el que se adopta el abordaje de la advertencia nutricional y el modelo de perfil de nutrientes de la OPS como criterio¹³. Perú aprobó una ley de alimentación saludable en el 2013¹⁴ que también prevé la aplicación del etiquetado frontal de advertencia nutricional, y Canadá¹⁵ y Brasil¹⁶ lanzaron a consulta pública propuestas de etiquetado frontal de advertencia nutricional. Por otra parte, los ministros de salud del MERCOSUR firmaron un acuerdo que establece los principios para establecer sistemas de etiquetado frontal de advertencia nutricional en los Estados Miembros de este bloque comercial¹⁷.

10 Estas conclusiones han sido ampliamente discutidas con diversos organismos regulatorios del comercio internacional en talleres organizados por la OPS y otros organismos, como el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

11 Participaron los ministros de Belice, Costa Rica, el Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana.

12 Más información sobre la reunión en: <https://www.sica.int/busqueda/Noticias.aspx?IDItem=110730&IDCat=3&IdEnt=143&Idm=1&IdmStyle=1>.

13 Decreto del Poder Ejecutivo Número 272/018, de 29 de agosto del 2018.

14 Ley 30021, de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes.

15 Más información en: <https://www.healthyeatingconsultations.ca/front-of-package>.

16 Más información en: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3882585/DI_113_2017.pdf/086442b0-d6a9-43ae-af03-0eb8cc2da497.

17 Acuerdo MERCOSUR número 03/18, de 15 de junio del 2018, firmado por los ministros de salud de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.

Sobre las políticas fiscales para reducir el consumo de productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional y favorecer el consumo de alimentos saludables, 14 de los países analizados tienen impuestos selectivos al consumo aplicados a las bebidas azucaradas, aunque únicamente México los ha establecido después de realizar un análisis de demanda y determinar un objetivo de salud pública en relación con la reducción del consumo y la prevención de la obesidad (21). Por otra parte, en algunos de los países analizados, los impuestos selectivos al consumo parecen tener un ánimo más de corte recaudatorio, ya que también afectan al agua embotellada, aunque en algunos casos con tasas o montos más bajos que los aplicados a las bebidas azucaradas, y en otros casos las bebidas lácteas o los jugos de frutas no están gravados, lo cual va en contra de la recomendación. Se ha demostrado que el impuesto a las bebidas azucaradas en México redujo su consumo en 5,5% en el 2014 y 9,7% en el 2015, y al mismo tiempo aumentó la venta de bebidas que no están gravadas, como el agua embotellada, en 2,1% (22). En Chile, el aumento de los impuestos a las bebidas con contenido de azúcar mayor a 6,25 gramos de azúcar añadida por 100 mililitros de producto produjo una reducción en la compra mensual de estos productos de 21,6%, aunque este efecto del impuesto se observó únicamente en el grupo socioeconómico más alto (23). En el resto de los países, un estudio realizado por la OPS muestra que el precio real de las bebidas azucaradas se ha reducido en el período entre el 2011 y el 2016, por lo que su asequibilidad ha aumentado entre 20% y 30% en la mayoría de los países; en este sentido, resalta el caso de Ecuador, donde la asequibilidad aumentó 80% (19). Estas cifras pueden explicar en parte el aumento en 26,2% de las ventas de productos alimenticios y bebidas ultraprocesadas que se observó en 13 países de Latinoamérica¹⁸ entre el 2000 y el 2013 (7). En tres países de los 19 analizados (Chile, Ecuador y México), se han establecido definiciones claras de los niveles de nutrientes críticos para aplicar los impuestos selectivos al consumo, y en estos países también se han gravado los productos alimenticios con alto contenido de nutrientes críticos o que se consideran no esenciales.

Sobre las regulaciones para implementar las recomendaciones de la OMS sobre la restricción del mercadeo de alimentos y bebidas no alcohólicas a niños, úni-

camente cuatro países han aprobado normativa para reducir la exposición de los niños a la publicidad. De estos, Chile y Ecuador han prohibido toda forma de promoción de los alimentos altos en nutrientes críticos en los entornos donde se reúnen los niños, incluidos los recintos escolares, y Uruguay prohibió en los centros escolares la publicidad de alimentos que no sean "nutritivamente adecuados," algo que sería determinado por el Ministerio de Salud Pública. Muchos países cuentan con alguna normativa sobre publicidad de los alimentos, pero no se establecen claramente los productos sujetos de la regulación ni se prohíbe o restringe expresamente dicha publicidad.

Sobre la reglamentación que favorezca la lactancia materna, los 19 países analizados han aprobado normativa sobre la implementación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y posteriores resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud, aunque de ellos solo ocho (42%) han incorporado todas las provisiones del código en la legislación nacional. Aun cuando los países han realizado un esfuerzo para la aprobación de esta normativa, un informe de la OMS y UNICEF ha identificado que todavía deben establecerse más claramente en la normativa los mecanismos de fiscalización y monitoreo, y particularmente el financiamiento y la sostenibilidad de estas acciones. Por otra parte, los informes de monitoreo sobre la aplicación del código en Chile y México han encontrado múltiples violaciones, tanto en lo que se refiere a la exposición de las madres a la recomendación de uso de sucedáneos por parte de los profesionales de la salud como al contacto de los profesionales de la salud por parte de las empresas productoras de sucedáneos. De la misma manera, se vio que las empresas violan el código también al realizar publicidad en medios de comunicación (24, 25).

En lo que se refiere a la protección de la maternidad, los 19 países han aprobado normativa sobre la licencia maternal pagada, aunque únicamente en tres países (Chile, Cuba, Venezuela) la duración de esta se ajusta a la recomendación internacional de 18 semanas. Por otra parte, los 19 países protegen el derecho de las madres de amamantar durante el horario de trabajo (25).

18 Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

Competencias en la regulación de la alimentación no saludable

Aunque con diversos niveles de precisión y solidez, en todos los países analizados la autoridad nacional de salud tiene la competencia para la regulación de los alimentos y, por extensión, la relacionada con la alimentación no saludable, por lo que se podría argüir que tendría el mandato de rectoría suficiente en este ámbito. Se hace notar, sin embargo, que en algunos países analizados esa competencia tendría que realizarse de manera compartida con alguna otra autoridad (como la de agricultura y ganadería), mientras que en otros su ejercicio está prácticamente delegado a autoridades subnacionales. Asimismo, muchas de las regulaciones sobre alimentos procesados, particularmente las referentes al etiquetado frontal de advertencia nutricional, se negocian en el seno de otros ministerios, incluyendo los de economía, industria y agricultura, en donde la competencia de la autoridad nacional de salud es débil. Por otra parte, las políticas fiscales están bajo la responsabilidad sectorial de los ministerios de economía y finanzas y, por tanto, no hay responsabilidad explícita en los ministerios de salud para medir los impactos en la salud de las medidas fiscales vinculadas con factores de riesgo de las ENT. Igualmente, la regulación de la venta, el expendio y la promoción de alimentos en escuelas pone en juego competencias compartidas entre salud y educación.

En lo que se refiere a las regulaciones sobre la protección de la lactancia materna, la autoridad nacional de salud tiene la función rectora, aunque el sector de empleo o trabajo tiene responsabilidades en la implementación de la regulación en los entornos laborales.

Los códigos alimentarios o códigos de salud establecen las competencias para la regulación de la alimentación, incluyendo los mecanismos de fiscalización y sanciones, y en general no está claramente establecida la fuente de financiamiento para las actividades regulatorias. Se hace ver que los países en los que existen códigos alimentarios son aquellos en los que es más débil o nula la competencia de la autoridad nacional de salud, pues la regulación de dichos cuerpos legislativos no está necesariamente asociada con la salud.

Una de las limitantes observadas es que en muchos países la legislación sobre la alimentación se enfoca aún en la prevención de la desnutrición, sin que se haya abordado en muchos de los países la prevención del sobrepeso y la obesidad de manera integral. Asimismo, no hay legislación y normatividad suficiente para consolidar las competencias de la autoridad nacional de salud para impulsar medidas regulatorias y, por tanto, alcanzar los *best buys*, es decir, las medidas más costoeficaces.

TABACO

Estado actual de la normativa sobre el tabaco

La normativa sobre el control del tabaco ha presentado avances en los 19 países analizados. Es importante resaltar que 16 de estos países son Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), por lo que están obligados a cumplir con sus mandatos, especialmente las medidas de los artículos 8, 11 y 13, sujetas a plazo para su ejecución e incluidas, entre otras iniciativas y compromisos, en la Estrategia y Plan de Acción para Fortalecer el Control del Tabaco en la Región de las Américas 2018-2022, adoptada por los Estados Miembros de la OPS en septiembre del 2017 (15).

Desde la entrada en vigor del CMCT en el 2005, el control del tabaco en las Américas, y particularmente en América Latina, ha cambiado, ya que muchos países han adoptado normativa de acuerdo a lo establecido en el convenio marco. El número de países que adoptó entre una y tres medidas efectivas de control del tabaco al más alto nivel de aplicación (según la definición de la OMS) aumentó de siete en 2005 a 17 en el 2017. Además, seis países han adoptado entre cuatro y seis de dichas medidas¹⁹.

En relación con las medidas de protección contra la exposición al humo de tabaco (artículo 8 del CMCT), 13 de los 19 países analizados han adoptado esta medida en su más alto nivel de aplicación, ya que han creado por ley ambientes completamente libres de humo de tabaco en todos los lugares públicos y de trabajo cerrados, además de en el transporte público.

En lo que se refiere a la aplicación del artículo 11 del CMCT, sobre advertencias sanitarias enérgicas, grandes y con imágenes en el empaquetado de los productos de tabaco, 12 países de los 19 analizados han adoptado normativa con el más alto nivel de aplicación. Los siete países restantes tienen advertencias sanitarias por ley, pero carecen de todas las

características deseables, ya sea por la ausencia de imágenes o por el tamaño de estas.

Con respecto a la aplicación del artículo 13, sobre prohibición completa de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, únicamente cuatro de los 19 países analizados han establecido normativa en su nivel más alto de aplicación según los parámetros de la OMS. La mayoría de los países prohíbe acciones de publicidad directa, como la publicidad en televisión, radio y medios impresos (12 países), o en vallas publicitarias (15 países). Pocos países prohíben la publicidad en puntos de venta (6 países) y solo 9 prohíben los descuentos promocionales.

La medida que menos progreso ha experimentado es la referida a aumentar los impuestos al tabaco, aun cuando los únicos dos países en la Región de las Américas que aplican impuestos indirectos que representan más de 75% de su precio de venta al por menor (porcentaje recomendado por la OMS) están dentro de los 19 analizados; en la mayoría de los países analizados (53%), los impuestos representan entre 51% y 75% del precio de venta al por menor. Sin embargo, varios países han dado pasos importantes en la dirección de encarecer los productos de tabaco. Así, desde el 2008, la proporción del precio final que corresponde a impuestos aumentó en nueve países en más de diez puntos porcentuales, y el porcentaje del PIB per cápita requerido para comprar 2 000 cigarrillos de la marca más vendida se ha incrementado en 14 países, es decir, desde el 2008 los cigarrillos se han vuelto menos asequibles en 14 países (9, 26).

Con respecto a las acciones destinadas al cumplimiento del artículo 5.3 del CMCT, se buscó cualquier normativa que estableciera códigos de conducta para los funcionarios públicos orientados a prevenir los conflictos de interés, y se encontró que únicamente dos países han establecido algún tipo de normativa en este sentido. Además, en ambos casos, la regulación no es específica para la protec-

19 Organización Mundial de la Salud (OMS). Technical Note I. Evaluation of existing policies and compliance. WHO Report on the global tobacco epidemic 2017. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/global_report/2017/technical_note_1.pdf?ua=1.

ción de las políticas de control de tabaco contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera.

Por otra parte, respecto a la aplicación de los artículos 9 y 10 del CMCT, sobre la reglamentación del contenido de los productos de tabaco y de la divulgación de información sobre los productos de tabaco, cuatro países establecen en su normativa que la autoridad sanitaria tiene la potestad de prohibir ingredientes que tengan por objetivo hacer el tabaco más atractivo. Brasil es el primer país en el mundo que prohibió todos los aditivos, incluido el mentol, medida que se mantuvo en suspenso durante varios años debido a una demanda legal presentada por la Confederación Nacional de la Industria (Confederação Nacional da Indústria, CNI) en nombre del sindicato de la industria del tabaco (SINDITABACO), uno de los miembros de la CNI. Finalmente, en febrero del 2018, en una victoria histórica para el control del tabaco y la salud pública, la Corte Suprema de Brasil falló a favor de la prohibición. La normativa sobre el control del tabaco en Chile incluyó una prohibición del uso de mentol en los productos de tabaco, la cual fue derogada por la Contraloría al considerar que no existía suficiente evidencia para afirmar que el mentol podría aumentar el poder adictivo de los productos de tabaco. Uruguay prohíbe el uso de amoniaco en los productos de tabaco. Además, siete países han aprobado normativa que obliga a los productores o distribuidores de productos de tabaco a divulgar información sobre el contenido y las emisiones de los productos que comercializan a las autoridades gubernamentales.

Con respecto al artículo 15 del CMCT, se buscó información sobre la existencia de normativa para requerir a los productores de tabaco disponer de una licencia para la actividad, y normativa que exigiera especificar que el producto es de venta exclusiva en el país. De los 19 países analizados, 11 aprobaron normativa que establece el uso de licencias para pro-

ductores formales, y ocho requieren que los productos del tabaco especifiquen que el producto es de venta autorizada únicamente para ese país. De los 19 países, únicamente seis (Brasil, Costa Rica, Ecuador, Nicaragua, Panamá y Uruguay) han ratificado el Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de los Productos de Tabaco.

Finalmente, con respecto a las intervenciones sobre el artículo 16 del CMCT, referente a las ventas a menores y por menores, 18 países prohíben en su normativa la venta a menores y 11 prohíben la venta de productos sueltos o por unidad. Por otra parte, únicamente tres países prohíben la venta de cajetillas de menos de 20 unidades y dos prohíben la exhibición de productos en los puntos de venta.

Competencias en la regulación del tabaco

En todos los países analizados, le corresponde a la autoridad sanitaria la competencia para la formulación y la ejecución de la mayoría de las políticas relacionadas con la regulación del tabaco. La excepción son las políticas fiscales y las relacionadas con la eliminación del comercio ilícito, en las que los ministerios de economía y finanzas tienen la responsabilidad directa. Al igual que en la regulación sobre el alcohol y la alimentación no saludable, la implementación y la fiscalización de la normativa es una de las principales limitantes para su efectivo cumplimiento, ya que, en estas acciones, hay otras entidades de gobierno con competencias, como los ministerios de educación y los gobiernos locales, lo que hace débil la capacidad rectora de los ministerios de salud para ejercer sus competencias. Adicionalmente, algunos países, como Brasil, Chile y México, tienen agencias regulatorias con competencias en la regulación de una o más intervenciones para el control del tabaco, si bien con dependencia organizacional del Ministerio de Salud.





Fortalecimiento de la aplicación, monitoreo y cumplimiento de las intervenciones más costoeficaces

Fortalecimiento general del ordenamiento jurídico

Los ministros de salud de las Américas aprobaron por unanimidad en el año 2015, en el 54.º Consejo Directivo de la OPS, la Estrategia sobre Legislación Relacionada con la Salud, en la que, entre otras acciones, se insta a los Estados Miembros de la OPS a promover la formulación, implementación o revisión de sus marcos jurídicos y reglamentarios para abordar de manera multisectorial los determinantes de la salud, así como la reducción de los factores de riesgo de las ENT (2). Parte de la iniciativa REGULA se vincula con estas actividades, y de ahí que el objetivo primario del análisis realizado se oriente a determinar de manera externa y objetiva la situación actual de la legislación relacionada con los factores de riesgo a las ENT. Particularmente, los aspectos recurrentes que pudieran indicar mejores prácticas que pudieran ser analizadas por los otros países para el fortalecimiento y una posible armonización.

Otro de los aspectos que se buscó analizar es la capacidad de las autoridades nacionales de salud para cumplir con algunas de las funciones de rectoría que son indelegables para ellas, principalmente en los siguientes ámbitos:

1. La potestad para desarrollar las políticas nacionales de salud, que pueden ir incluso más allá del sector de la salud, con el objetivo de orientar la responsabilidad de otros sectores, considerando el carácter multidisciplinario de la protección efectiva de la salud.
2. La competencia para impulsar las leyes, normas y disposiciones legales y administrativas que sean necesarias para alcanzar los objetivos regulatorios, incluso promoviendo iniciativas legislativas. Esta capacidad implica el desarrollo de otras dos:
 - a) La necesidad de evaluar de forma sistemática la pertinencia y actualidad de la regulación, con el objetivo de que mantenga su efectividad en relación con el interés regulatorio que la impulsa.
 - b) La vigilancia del cumplimiento del marco jurídico regulatorio en el ámbito de los factores de riesgo, que implica también la potestad para aplicar sanciones y poner en marcha medidas de seguridad.
3. La conducción intersectorial de las medidas regulatorias de salud, lo que supone la competencia explícita para orientar desde el punto de vista técnico el trabajo de las diversas dependencias y entidades públicas que tuvieran competencia regulatoria en relación con los factores de riesgo.
4. Impulsar y mantener un sistema integral de información que permita alimentar la toma de decisiones, al cual tributen tanto el sector público como el sector privado.

Entre los principales hallazgos del estudio, se pudo observar que, en lo general, no hay un patrón uniforme que permita agrupar a los países de acuerdo a sus características, al existir una gran diversidad de parámetros legales y jurídicos asociados con las medidas regulatorias estudiadas. La única excepción es el control del tabaco, terreno en el que hay algunas similitudes, a pesar del diverso grado de aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Se ha discutido mucho internamente en la Organización sobre las posibles razones por las cuales los países han impulsado medidas regulatorias tan diversas a problemáticas que son comunes, con la conclusión de que una posible explicación es la falta de intercambio de información y cooperación entre los países y una más sólida intervención en cooperación técnica de los

organismos internacionales. Es en esta carencia en la que encuentra su mayor justificación la Estrategia sobre Legislación Relacionada con la Salud aprobada por el Consejo Directivo de la OPS, que tiende a armonizar la legislación lo mejor posible para combatir los factores de riesgo de las ENT de una manera más consistente en toda la Región. Además, este alineamiento también ayuda a hacer frente a una contraparte común, las industrias transnacionales que fabrican y promueven la comercialización de productos que pueden afectar la salud, que, tal como se ha demostrado, influyen de manera determinante en contra de la adopción de medidas regulatorias vinculadas con la promoción de la salud pública, lo que representa un freno adicional para alcanzar de forma plena la protección del derecho a la salud, en su calidad de derecho humano, en nuestras comunidades.

La gran dispersión normativa se explica también por el hecho de que tienden a ser múltiples las leyes, reglamentaciones o normas administrativas que regulan los factores de riesgo asociados a las ENT, lo cual puede debilitar igualmente la efectividad de las medidas adoptadas. Al existir diversidad de normas, con distintas intensidades regulatorias ejercidas por el órgano de emisión y fechas de promulgación muy desacompañadas (en algunos casos se producen largos periodos de inactividad regulatoria), se pudieron detectar importantes debilidades por falta de actualización y consistencia en las normas vigentes.

En muchos de los países analizados se observó que las funciones de la autoridad nacional de salud no son explícitas en relación con las capacidades de rectoría que se les asocian, principalmente en la parte que corresponde a la vigilancia del marco jurídico y normativo, lo que puede suponer también un obstáculo para el ejercicio de esas funciones. De esa forma, puede darse el caso de que existan leyes regulatorias con potencial suficiente, pero sin la certidumbre jurídica de las autoridades competentes para vigilar su cumplimiento, lo que llevaría a tener leyes que no se cumplen. Generalmente, una buena regulación no es suficiente si las autoridades no cuentan con los elementos y los respaldos legales necesarios para cumplir con sus responsabilidades.

Otro posible obstáculo identificado en varios países es que la autoridad nacional de salud no se concen-

tra en los ministerios de salud, ya que se disgrega entre diversas dependencias o entidades públicas. Lo idóneo sería que los ministerios de salud, como brazos ejecutores del poder ejecutivo de los gobiernos nacionales, sean por su propia naturaleza quienes conduzcan la política nacional de salud. Ese liderazgo ayudaría a mantener la armonización de la provisión, la modulación del financiamiento, la vigilancia del aseguramiento, la capacidad regulatoria, la conducción del sistema y la evaluación del desempeño de las funciones esenciales de salud reconocidas por la OMS. Así, si la decisión soberana de los países coloca la autoridad en los temas de salud en diversas instituciones públicas distintas del ministerio de salud, debería existir un mecanismo explícito para que ese ministerio, como rector de la salud pública, conserve sus funciones esenciales, particularmente para regular, evaluar y conducir los servicios de salud pública, incluida la regulación de los factores de riesgo de las ENT.

Ninguno de los países analizados que cuentan con diversas autoridades competentes en la regulación de los factores de riesgo de las ENT tiene un mecanismo explícito para la coordinación en esos temas, fundamentales para la rectoría de salud, por lo que se recomienda realizar análisis profundos para determinar las estructuras de autoridad y sus marcos jurídicos competenciales, con el ánimo de homologar los alcances de las regulaciones y promover la salud y la lucha contra los factores de riesgo de las ENT de manera armonizada.

El desarrollo de las competencias en el ámbito de la regulación sanitaria debería ser consistente además con las recomendaciones internacionales, la buena práctica jurídica y la situación imperante en la Región, que ha planteado la necesidad de consolidar tanto la estructura como las funciones de las autoridades nacionales de salud. Así, de acuerdo con la teoría imperante, es en el ministerio de salud donde radica el ejercicio de las funciones esenciales de salud pública, incluida la rectoría y gobernanza del sistema de salud. Por lo tanto, es necesario fortalecer de forma general la capacidad de esta autoridad para impulsar herramientas que ayuden a regular y ejercer una fiscalización de forma eficiente en el marco de la dependencia del poder ejecutivo responsable de conducir la política nacional de salud. En esta línea,

se necesitan mecanismos explícitos de coordinación de todas las autoridades competentes en estas materias, estén o no concentradas las competencias en los ministerios de salud.

Los países son soberanos para decidir sobre sus instituciones y el reparto de competencias entre sus autoridades. Sin embargo, se ha observado que, tratándose de la regulación de materias similares, y teniendo en frente a industrias globalizadas, podría resultar muy beneficioso buscar la mayor armonía posible en la definición de las competencias, las normas y las capacidades regulatorias de las autoridades de salud entre los distintos países de la Región y, con ello, garantizar una mayor solidez en los actos de regulación y fiscalización sobre la exposición de las personas a los factores de riesgo de las ENT. Ese es parte del objetivo de este análisis y la construcción de agendas de trabajo particulares con los países para fortalecer sus marcos jurídicos, en línea con los compromisos asumidos en instancias internacionales.

Sería pertinente, asimismo, aplicar en el área de salud los esquemas de mejora regulatoria que se han veni-

do construyendo en algunos países en relación con las acciones de gobierno, de forma que las acciones regulatorias y legales en el ámbito de la salud puedan beneficiarse de un proceso metódico y sistemático que garantice la evaluación permanente de su pertinencia, consistencia, oportunidad y efectividad. Además de robustecer el marco regulatorio de los países, esto permitiría cumplir con los lineamientos de la Estrategia sobre Legislación Relacionada con la Salud que los Estados Miembros de la OPS aprobaron en el 2015.

Finalmente, se recomienda fortalecer la vinculación de los ministerios de salud con los congresos o las asambleas nacionales en los países, para poder trabajar armónicamente con todas sus comisiones en el bien público que privilegia la salud como un derecho humano preponderante. En este sentido, se ha observado un interesante fenómeno: son los parlamentos los que están construyendo más propuestas de corte legislativo para hacer frente a los temas más importantes de la salud pública. Desafortunadamente, estas iniciativas no siempre se desarrollan con la debida coordinación de la autoridad de gobierno y las políticas nacionales aprobadas.

Fortalecimiento de la aplicación, monitoreo y cumplimiento de las intervenciones más costoeficaces

A pesar de la existencia de diferentes estrategias y planes de acción de la OMS y la OPS relacionados con la prevención y el control de las ENT, además de diversos compromisos internacionales, como los emanados de las reuniones de alto nivel de las Naciones Unidas, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, del cual son Parte 16 países de los 19 analizados, los avances hacia la aplicación de las medidas más costoeficaces pueden considerarse limitados. Como muestra este análisis, de las 80 medidas para la prevención y el control en relación con el alcohol, la alimentación no saludable y el tabaco analizadas, los países han aprobado normativa para menos de la mitad de ellas (la mayoría de los países tiene normativa sobre entre 20 y 30 intervenciones), y muchas de las medidas existentes no cumplen con las recomendaciones internacionales y con las estrategias y planes de acción regionales y mundiales.

El 53% de los países analizados ha elaborado un plan nacional multisectorial para la prevención y el control de las ENT, y el 58% ha establecido metas para la reducción de las ENT y sus factores de riesgo basadas en las recomendaciones de la OMS, tal y como se puede observar en la figura 2. Está claro que, para lograr estas metas, es necesario que se implementen las medidas más costoeficaces descritas en este documento.

Uno de los factores limitantes para el avance de las políticas regulatorias es la interferencia de las industrias del alcohol, los alimentos no saludables y el tabaco, que han desarrollado estrategias de presión política e interferencia para poder operar sin límites que puedan afectar a sus intereses económicos. Las estrategias de la industria tabacalera para influir en los gobiernos con la finalidad de impedir, retrasar o debilitar las políticas de control del tabaco se han documentado durante décadas, pero las industrias del alcohol y la alimentación no saludable utilizan estrategias semejantes con los mismos fines. Por ejemplo, en el caso de la industria del alcohol, es frecuente el patrocinio de eventos de-

portivos, actos culturales y el apoyo de personajes famosos, que contribuyen a normalizar su consumo y distraen la atención de sus efectos negativos. La industria de los alimentos no saludables, por su parte, ha concentrado sus esfuerzos en desplazar la atención, en relación con la causa de la epidemia de obesidad, desde el consumo excesivo de alimentos no saludables a la insuficiente actividad física, centrandolo la responsabilidad en la conducta personal y en un aparente derecho a decidir. Al igual que la del tabaco, la industria del alcohol realiza un intenso trabajo de cabildeo en los niveles internacionales y nacionales para retrasar y evitar las políticas regulatorias, comprometiéndose a realizar acciones de autorregulación que, como se ha demostrado, son inefectivas. Además, también se involucra en actividades intensivas de marketing y patrocinio en los recintos escolares (4, 9, 27, 30).

Alcohol

Los avances reportados en este documento sobre la regulación del alcohol en 19 países de América Latina son parciales e inefectivos en la reducción del consumo. Para revertir la situación actual, es necesario que los países de la Región avancen en los siguientes aspectos:

- Desarrollar políticas y planes nacionales integrales para reducir el consumo de alcohol, en los que se incluyan las medidas regulatorias más costoeficaces y se abarquen otras áreas de actuación política complementarias, en línea con los principios de la estrategia mundial de la OMS para reducir el consumo nocivo de alcohol.
- Reformar el sistema de licencias para la venta de bebidas alcohólicas para establecer criterios de emisión y renovación basados en la salud pública, con un costo proporcional a las recaudaciones de cada establecimiento. Asimismo, restringir la apertura de locales en las zonas con alta densidad de puntos de venta y establecer un régimen de sanciones para los establecimientos que vendan bebidas a menores de edad y a personas visiblemente intoxicadas.

- Aprobar normativa para imponer restricciones integrales a la publicidad, la promoción y el patrocinio de las bebidas alcohólicas.
- Fortalecer la fiscalización de las restricciones de los horarios de venta a nivel nacional, aunque la fiscalización se realice al nivel local.
- Impulsar el etiquetado de advertencias gráficas en las bebidas alcohólicas.
- Establecer claramente en la legislación los mecanismos para solicitar la identificación a todos los compradores para comprobar su edad, y que las sanciones por incumplimiento recaigan en el comerciante.
- Aumentar los impuestos específicos basándose en los análisis de demanda pertinentes, con un ajuste periódico de los impuestos, o el establecimiento de precios mínimos, sobre todo en aquellas bebidas dirigidas a los jóvenes (alcopops), para producir una reducción del consumo en línea con las metas nacionales.
- Aprobar normativa para identificar los conflictos de interés y prevenir la interferencia de la industria del alcohol en el proceso regulatorio.

Alimentación no saludable

Los países de América Latina han realizado avances en la reducción de la desnutrición y las deficiencias de micronutrientes, tanto en los menores de 5 años como en las mujeres en edad reproductiva; sin embargo, la mayoría de los países no ha establecido regulaciones efectivas para la prevención del sobrepeso y la obesidad, teniendo en cuenta además que en algunos países los dos problemas coexisten en la actualidad. Esta situación requiere de un abordaje integral para promover un patrón de alimentación saludable (31, 32).

Es necesario incrementar los esfuerzos para avanzar en el corto plazo en medidas regulatorias, particularmente las que están relacionadas con las siguientes intervenciones:

- Fortalecer la aplicación y la fiscalización de la normativa relacionada con la implantación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones posteriores pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud.
- Aprobar normativa para regular los procesos de elaboración de los productos procesados y ultra-

procesados, de forma que se limite su contenido de sodio, grasas saturadas y azúcares, y se eliminen los ácidos grasos trans de producción industrial.

- Implementar sistemas de etiquetado frontal de advertencia nutricional que permitan la identificación rápida por parte de los consumidores de los productos comestibles con alto contenido calórico y de nutrientes críticos (azúcar, grasa y sal/sodio) cuyo consumo debería limitarse.
- Prohibir la publicidad de productos procesados y ultraprocesados con alto contenido de azúcar, grasas y sodio, y con alto contenido calórico. Impedir también su venta en los establecimientos escolares y no incluirlos entre los alimentos que el Estado compra para servir en sus instituciones (por ejemplo, los hospitales, las guarderías, las escuelas estatales, las Fuerzas Armadas o las cárceles).
- Establecer políticas fiscales, incluyendo la introducción de impuestos a las bebidas azucaradas que sean altos y efectivamente disuasivos al consumo y la eliminación de los impuestos al agua, así como establecer subsidios para los alimentos frescos y mínimamente procesados.
- Aprobar normativa para identificar los conflictos de interés y prevenir la interferencia de la industria y los actores cuyos productos, prácticas o políticas se oponen a las medidas regulatorias y políticas que se vienen enumerando.

Tabaco

El avance en la aplicación de las medidas efectivas de control del tabaco en los países analizados ha sido desigual en los últimos años. Así, mientras en los países de América del Sur se observa un mayor grado de avance en la aplicación de estas medidas, los países de Centroamérica, con excepción de Panamá y Costa Rica, han tenido un menor grado de avance, al igual que los países del Caribe hispano.

Para revertir esta situación, es recomendable que los Estados Miembros que son Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco cumplan con sus mandatos y con las directrices para su aplicación, y que todos los Estados Miembros desarrollen las líneas de acción de la Estrategia y Plan de Acción

para Fortalecer el Control del Tabaco en la Región de las Américas 2018-2022, especialmente en los siguientes aspectos:

- Aplicar normativa para el establecimiento de ambientes completamente libres de humo de tabaco y para la adopción de medidas efectivas sobre el empaquetado y el etiquetado de los productos de tabaco.
- Implementar la prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco y la adopción de medidas para reducir su asequibilidad.
- Ratificar el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y el Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco por parte de los Estados Miembros que aún no lo hayan hecho.
- Fortalecer la capacidad de los Estados Miembros en las políticas de salud pública para hacer frente a los intentos de interferencia de la industria tabacalera y de aquellos que defienden sus intereses.
- Impulsar legislación y regulación sólida e integral que permita cumplir con las obligaciones internacionales asumidas por los Estados Miembros de acuerdo con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

Insuficiente actividad física

A pesar de que no se recogió información legislativa relativa a la actividad física, porque sus acciones no revisten medidas regulatorias explícitas, se recomiendan las siguientes intervenciones:

- Reforzar la incidencia sobre las políticas de planeamiento urbano para ampliar las oportunidades de la población de transportarse de forma más activa y segura.
- Incidir sobre las políticas de cultura de paz y prevención de la violencia para aumentar la seguridad y mejorar la sensación de seguridad, de modo que se favorezca que la población adopte modos de transporte y recreación más activos.
- Coordinar con las políticas de educación para ampliar las oportunidades de los alumnos de practicar más actividades dentro la escuela y en su camino hacia la escuela y de regreso a sus casas.
- Legislar en pos de la creación y el mantenimiento de ambientes que promuevan y salvaguarden los derechos de todas las personas, de todas las edades, al acceso equitativo a lugares y espacios seguros, en sus ciudades y comunidades, para practicar actividad física regular, de acuerdo a las distintas habilidades.

Conclusiones

Si los países aumentan la aplicación de la normativa recomendada a nivel internacional en relación con los principales factores de riesgo de las ENT, será posible alcanzar la meta 3.4 de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible, relativa a disminuir en un tercio la mortalidad prematura por ENT.

Los 19 países de América Latina analizados en este documento han realizado, en general, pocos avances en la aplicación de las intervenciones más costoeficaces para la prevención y el control de las ENT en su marco normativo. Si bien algunos países han realizado muy buenos progresos en algunos de los factores de riesgo (principalmente, en el control del tabaco y el etiquetado nutricional), ninguno ha avanzado de forma consistente en todos ellos, como sería necesario para obtener un impacto en la morbimortalidad a causa de las ENT.

Esta situación puede obedecer a diversas razones, que requieren un análisis profundo y la consolidación de propuestas de fortalecimiento, pero en general pueden destacarse las siguientes observaciones y reflexiones:

- Las competencias de la autoridad nacional de salud como responsable de la política nacional de salud y, por ende, el ejercicio de la rectoría en este ámbito no son explícitos en muchos casos, y se distribuyen entre varias dependencias de gobierno o dependen en su aplicación y vigilancia de la iniciativa y diligencia de autoridades subnacionales.
- La debilidad observada en la capacidad rectora de los ministerios de salud parece estar relacionada con inconsistencias de tipo organizacional en sus estructuras de gobierno, en donde se detecta la posible falta de coherencia entre la estructura de la autoridad, sus capacidades legalmente susten-

tadas, las políticas implantadas y el marco legal.

- Frente a la diversidad competencial, se echa en falta una valoración sobre la necesidad de establecer mecanismos de coordinación interinstitucional que permitan a las dependencias o entidades públicas competentes interactuar, compartir información y actuar coordinadamente en sus objetivos comunes en la defensa del derecho a la salud.
- Se ha observado también una gran fragmentación legislativa, lo que a veces propicia inconsistencias y contradicciones legislativas o reglamentarias que complican jurídicamente la aplicación y la efectividad de las medidas regulatorias. En ese mismo sentido, se han observado normas legales que impulsan regulaciones pero que no cuentan con regímenes de sanción explícitos para los incumplimientos, lo que da lugar a normas jurídicas que se califican como “imperfectas” porque, aunque son legalmente válidas, su cumplimiento no puede garantizarse desde el momento en que la violación de la norma no tiene ninguna consecuencia para el infractor.

Si el reto es complejo en el ámbito nacional en cada uno de los países de la Región, existe un reto aún mayor si se tiene en cuenta la necesidad de armonizar a escala regional la legislación y las medidas regulatorias que se impulsen en los niveles nacionales. En este sentido, debe tenerse presente que las industrias afectadas por estas intervenciones forman parte en la mayoría de los casos de conglomerados internacionales con estrategias comunes de defensa u ofensiva frente a las iniciativas regulatorias que pueden limitar su actividad y, en este contexto, la diversidad regulatoria y la falta de armonización en las políticas de salud de las autoridades nacionales de salud debilita la efectividad de estos esfuerzos regulatorios.

Una vez que los marcos jurídicos y reglamentarios fortalezcan el desarrollo de estas intervenciones, lo más importante sería que la propia regulación establezca mecanismos explícitos y sólidos para que las autoridades competentes tengan entre sus deberes vigilar el cumplimiento de las medidas que se impulsen, se apliquen las medidas de seguridad y las sanciones correspondientes en los casos de incumplimiento y, con ello, pueda alcanzarse el objetivo de la iniciativa regulatoria.

Debe destacarse también la necesidad de incluir métodos con el suficiente respaldo legal y normativo para la evaluación de las medidas regulatorias que se impulsen, a manera de fiscalización del cumplimiento de la ley, que permita mantener la vigencia, pertinencia y coherencia de las medidas, en línea con el interés de salud pública implícito, y se favorezca su mejora continua.

Por todo esto, será necesario avanzar en las siguientes líneas de actuación:

- Elevar el tema de las ENT a la agenda de las jefaturas de Estado y que se incluya en los planes de desarrollo.
- Revisar y fortalecer los marcos jurídicos, reglamentarios y normativos de los Estados Miembros para consolidar las medidas regulatorias requeridas para afrontar los factores de riesgo de las ENT, de la manera más armónica posible entre los países.
- Elaborar propuestas regulatorias por parte de las autoridades competentes para reducir la preva-

lencia del consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol y consumo de alimentos no saludables, particularmente en los siguientes aspectos:

- a. Aumentar los impuestos específicos al consumo de las bebidas alcohólicas, las bebidas azucaradas y los productos de tabaco de acuerdo con el contexto nacional.
- b. Establecer medidas con el suficiente soporte legal para el etiquetado de advertencias en los productos de tabaco, las bebidas alcohólicas y los productos alimenticios y bebidas no alcohólicas con alto contenido calórico y de nutrientes críticos (azúcar, grasas, sal/sodio) de acuerdo con las recomendaciones del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y las estrategias y planes de acción sobre el alcohol y la prevención de la obesidad.
- c. Establecer prohibiciones totales de la publicidad, la promoción y el patrocinio de los productos de tabaco; prohibiciones o restricciones integrales de la publicidad, la promoción y el patrocinio de las bebidas alcohólicas, y eliminar la publicidad de los alimentos y bebidas no alcohólicas con alto contenido calórico y de nutrientes críticos (azúcar, grasas y sal/sodio).
- d. Aprobar normativa para la identificación y el manejo de conflictos de interés para los funcionarios y empleados públicos con competencias en las políticas sobre regulación del alcohol, la alimentación no saludable y el control del tabaco.



Referencias

- Organización Panamericana de la Salud. Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas: Consideraciones para fortalecer la capacidad regulatoria. Documento técnico de referencia REGULA. Washington, DC: OPS; 2016.
- Organización Panamericana de la Salud. Estrategia sobre legislación relacionada con la 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; 2015 (documento CD53/13).
- Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2015. Ginebra: OMS; 2016.
- Organización Panamericana de la Salud. Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2015.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Ginebra: OMS; 2014.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Situación de salud en las Américas: indicadores básicos 2017. Washington, DC: OPS/OMS; 2017.
- Organización Panamericana de la Salud. Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. Washington, DC: OPS; 2015.
- Gakidou E, Afshin A, Alemu A, Kalkidan A, Abate H, Abbafati C, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390:1345-422.
- Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre el 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.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles. Sexagésimo sexto período de sesiones; del 13 de septiembre del 2011 al 10 de septiembre del 2012; Nueva York (Estados Unidos). Nueva York: Naciones Unidas; 2011 (documento A/66/L.1).
- Organización Mundial de la Salud. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. Documento final de la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el examen y la evaluación generales de los progresos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Sexagésimo octavo período de sesiones; del 17 de septiembre del 2013 al 15 de septiembre del 2014; Nueva York (Estados Unidos). Nueva York: Naciones Unidas; 2014 (resolución A/RES/68/300).
- Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol. 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 CD51/8, Rev. 1).
- 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).
- Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022. 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2017; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2017 (documento CSP29/11).
- Asamblea General de las Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Septuagésimo período de sesiones; del 15 de septiembre del 2015 al 12 de septiembre del 2016; Nueva York (Estados Unidos). Nueva York: Naciones Unidas; 2015 (resolución A/RES/70/1).
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Regulatory Policy and the Road to Sustainable Growth. París: OCDE; 2010.
- Organización Panamericana de la Salud. Public Health in the Americas. Conceptual Renewal, Performance Assessment, and Bases for Action. Washington, DC: OPS; 2002.
- Paraje G, Pincheira P. Asequibilidad de cerveza y bebidas azucaradas para 15 países de América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e49.
- Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas. Washington, DC: OPS; 2010.
- Donaldson E. Incidencia en el impuesto a las bebidas azucaradas. Un estudio de caso de México. Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2015.
- Colchero MA, Rivera-Dommarco J, Popkin BM, Ng SW. In Mexico, Evidence of Sustained Consumer Response Two Years After Implementing a Sugar-Sweetened Beverage Tax. *Health Aff*. 2017;36(3):564-71.
- Nakamura R, Mirelman AJ, Cuadrado C, Silva-Illanes N, Dunstan J, Suhrcke M. Evaluating the 2014 sugar-sweetened beverage tax in Chile: An observational study in urban areas. *PLOS Med*. 2018;15(7):e1002596.
- Organización Mundial de la Salud. Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the international code: status report 2016. Ginebra: OMS; 2016.

25. Organización Mundial de la Salud; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Global Breastfeeding Scorecard, 2017. Tracking Progress for Breastfeeding Policies and Programmes. Nueva York: UNICEF; 2017.
26. Organización Mundial de la Salud. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. Ginebra: OMS; 2017.
27. Organización Panamericana de la Salud. Profits Over People. Tobacco Industry Activities to Market Cigarettes and Undermine Public Health in Latin America and the Caribbean. Washington, DC: OPS; 2002.
28. Organización Mundial de la Salud. Technical Report. Addressing and managing conflicts of interest in the planning and delivery of nutrition programmes at country level. Ginebra: OMS; 2016.
29. Alderete M, Gutkowski P, Shammah C. La salud no se negocia. La sociedad civil frente a las estrategias de la industria tabacalera en América Latina. Casos de estudio 2010-2012. Buenos Aires: FIC; 2012.
30. O'Neill Institute for National and Global Health Law. Tobacco Industry Strategy in Latin American Courts. A Litigation Guide. Washington, DC: O'Neill Institute for National and Global Health Law; 2012.
31. Galicia L, López de Romaña D, Grajeda R. Nutrition situation in Latin America and the Caribbean: current scenario, past trends, and data gaps. Rev Panam Salud Publica. 2016;40(2):104-13.
32. Rivera JA, Pedraza LS, Martorell R, Gil A. Introduction to the double burden of undernutrition and excess weight in Latin America. Am J Clin Nutr. 2014;100(suppl):1613S-6S.



ANEXO 1.

Estado de la regulación en
materia de alcohol en los 19
países de América Latina, 2016



Área de políticas	Intervenciones necesarias / efectivas	Países																		
		ARG	BOL	BRA	CHL	COL	CRI	CUB	ECU	SLV	GTM	HND	MEX	NIC	PAN	PRY	PER	DOM	URY	VEN
Políticas de precios para reducir el consumo de bebidas alcohólicas	Impuestos selectivos al consumo a las bebidas alcohólicas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Precios mínimos en las bebidas alcohólicas																			
	Sistema de precios diferenciales por tipo de bebida																			
	Esquema de tributación especial o adicional para las bebidas dirigidas a los jóvenes																			
Restricciones o prohibición a la publicidad, promoción y patrocinio de bebidas alcohólicas	Televisión y radio a nivel nacional	✓	✓	✓	✓		✓		✓		✓	✓		✓	✓					✓
	Revistas y periódicos locales	✓	✓	✓	✓		✓		✓		✓	✓		✓	✓					✓
	Plataformas de comunicación digital	✓	✓		✓		✓		✓		✓	✓								✓
	Exhibición en los puntos de venta																			
	Distribución gratuita de bebidas alcohólicas							✓												
	Extensión de marca																			✓
	Uso común de marca																			
	Colocación de marcas en películas o televisión																			

Continúa en la siguiente página

Continuación

Área de políticas	Intervenciones necesarias / efectivas	Países																				
		ARG	BOL	BRA	CHL	COL	CRI	CUB	ECU	SLV	GTM	HND	MEX	NIC	PAN	PRY	PER	DOM	URY	VEN		
Restricciones o prohibición a la publicidad, promoción y patrocinio de bebidas alcohólicas	Patrocinio de eventos																					
	Emplazamiento de productos																					
	Entrega de regalos o venta de otros productos a precios reducidos junto con la compra de bebidas alcohólicas																					
	Venta o suministro de juguetes o golosinas que asemejen a las bebidas alcohólicas o productos relacionados															✓						
	Promociones cruzadas																					
	Incentivos promocionales o planes de fidelidad																					
	Concursos asociados con productos, servicios o marcas de bebidas alcohólicas																					
	Apoyo por parte de celebridades																				✓	

Continúa en la siguiente página

Continuación

Área de políticas	Intervenciones necesarias / efectivas	Países																			
		ARG	BOL	BRA	CHL	COL	CRI	CUB	ECU	SLV	GTM	HND	MEX	NIC	PAN	PRY	PER	DOM	URY	VEN	
Regulación del contenido de bebidas alcohólicas	Existe una definición legal de bebida alcohólica	✓		✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Existen regulaciones que estipulan los contenidos máximos de alcohol en la bebida comercial y no comercial	✓		✓		✓				✓	✓	✓				✓					
	Existen regulaciones sobre "aditivos" o ingredientes de las bebidas alcohólicas: energizantes, azúcares, colorantes, saborizantes, otros productos, sustancias orgánicas o no, adición de alcohol no apto para el consumo humano	✓		✓	✓				✓	✓		✓	✓	✓		✓					
	Existen regulaciones sobre la calidad de la bebida alcohólica por tipo de bebida			✓				✓				✓							✓		

Continúa en la siguiente página

Continuación

Área de políticas	Intervenciones necesarias / efectivas	Países																			
		ARG	BOL	BRA	CHL	COL	CRI	CUB	ECU	SLV	GTM	HND	MEX	NIC	PAN	PRY	PER	DOM	URY	VEN	
Regulación de la disponibilidad comercial y pública del alcohol	Existe un sistema de licencias para la venta y la distribución	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	Monopolio estatal de las ventas al por menor						✓														
	Restricciones al horario y los días de venta	✓			✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓		✓	
	Restricciones a la densidad de los puntos de venta				✓										✓						
	Regulaciones para la venta y la distribución en los lugares públicos como calles, piscinas, playas y plazas	✓			✓		✓			✓	✓	✓				✓					
Obligación de solicitar la identificación para la venta		✓									✓										
Regulaciones sobre la producción, la distribución y la venta de alcohol ilícito		✓											✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Reglamentación y sanciones para la venta a menores y por menores de edad (edad mínima en años)	✓ (18)	✓ (18)	✓ (18)	✓ (18)	✓ (18)	✓ (18)	✓ (18)	✓ (18)	✓ (18)	✓ (18)	✓ (18)	✓ (18)	✓ (18)	✓ (18)	✓ (18)	✓ (18)	✓ (18)	✓ (18)	✓ (18)	✓ (18)	

Continúa en la siguiente página

Continuación

Área de políticas	Intervenciones necesarias / efectivas	Países																		
		ARG	BOL	BRA	CHL	COL	CRI	CUB	ECU	SLV	GTM	HND	MEX	NIC	PAN	PRY	PER	DOM	URY	VEN
Regulación de la disponibilidad comercial y pública del alcohol	Medidas para prevenir la venta a personas visiblemente intoxicadas, consecuencias para el vendedor	✓			✓		✓				✓								✓	
	Reglamentación o normas para el consumo en el ámbito de trabajo o en los horarios de trabajo						✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓					
Regulación de la conducta de las personas bajo los efectos del alcohol	Normas para la oferta de alcohol al público en los eventos sociales																			
	Reglamentación sobre los puntos de control de alcoholemia	✓																		
	Pruebas de aliento aleatorias	✓									✓									
	Reducción de la tasa de alcoholemia a un nivel de alcohol en sangre igual o menor a 0,05 g/dl	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Suspensión administrativa del permiso de conducir		✓		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Continúa en la siguiente página

Continuación

Área de políticas	Intervenciones necesarias / efectivas	Países																		
		ARG	BOL	BRA	CHL	COL	CRI	CUB	ECU	SLV	GTM	HND	MEX	NIC	PAN	PRY	PER	DOM	URY	VEN
Regulación de la conducta de las personas bajo efectos del alcohol	Tasa de alcohololemia baja para jóvenes (menor o igual a 0,02 g/dl)			✓		✓	✓	✓	✓	✓					✓					
Detección y tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol	Derecho a los servicios de salud y los servicios sociales, educación para el empleo, o cuando la persona está privada de la libertad, para las personas que tienen trastornos por consumo de alcohol	✓	✓		✓	✓					✓	✓	✓	✓		✓				✓

ARG: Argentina; BOL: Bolivia; BRA: Brasil; CHL: Chile; CRI: Costa Rica; CUB: Cuba; ECU: Ecuador; SLV: El Salvador; GTM: Guatemala; HND: Honduras; MEX: México; NIC: Nicaragua; PAN: Panamá; PRY: Paraguay; PER: Perú; DOM: República Dominicana; URY: Uruguay; VEN: Venezuela.



ANEXO 2.

Estado de la regulación en materia de alimentación no saludable en los 19 países de América Latina, 2016



Área de políticas	Intervenciones necesarias / efectivas	Países																			
		ARG	BOL	BRA	CHL	COL	CRI	CUB	ECU	SLV	GTM	HND	MEX	NIC	PAN	PRY	PER	DOM	URY	VEN	
Regulaciones sobre los alimentos procesados	Políticas nacionales para reducir el consumo de sal/sodio	✓	✓																		
	Reducción del consumo de sodio a través de la implementación del etiquetado frontal de los productos alimenticios		✓																		
	Reducción del consumo de azúcar a través de medidas fiscales sobre las bebidas azucaradas											✓									
	Políticas nacionales para limitar las grasas saturadas				✓				✓												
	Políticas nacionales para eliminar los ácidos grasos <i>trans</i> de la cadena alimentaria	✓				✓			✓								✓				
Regulaciones sobre el etiquetado frontal de alimentos que permita la identificación rápida y sencilla de las bebidas azucaradas y los productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional				✓																	

Continúa en la siguiente página

Continuación

Área de políticas	Intervenciones necesarias / efectivas	Países																		
		ARG	BOL	BRA	CHL	COL	CRI	CUB	ECU	SLV	GTM	HND	MEX	NIC	PAN	PRY	PER	DOM	URY	VEN
Políticas fiscales para reducir el consumo de productos con alto contenido calórico y bajo valor nutricional y favorecer el consumo de alimentos saludables	Existen impuestos selectivos al consumo aplicados a las bebidas azucaradas	✓	✓		✓		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	
	Existen impuestos selectivos al consumo aplicados a los productos alimenticios con alto contenido de sodio, grasas saturadas o grasas <i>trans</i>				✓			✓				✓								
	Existen definiciones claras de los niveles de nutrientes críticos para aplicar los impuestos selectivos al consumo				✓			✓					✓							
Existen regulaciones para implementar las recomendaciones de OMS sobre el mercadeo de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigido a los niños	Existen políticas de precios, como subsidios, para aumentar la disponibilidad y asequibilidad de alimentos nutritivos																			
	Reducir la exposición de los niños al poder de la promoción de los alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos <i>trans</i> , azúcares libres o sal		✓		✓			✓											✓	

Continúa en la siguiente página

Continuación

Área de políticas	Intervenciones necesarias / efectivas	Países																			
		ARG	BOL	BRA	CHL	COL	CRI	CUB	ECU	SLV	GTM	HND	MEX	NIC	PAN	PRY	PER	DOM	URY	VEN	
Existen regulaciones para implementar las recomendaciones de OMS sobre el mercadeo de alimentos y bebidas no alcohólicas a niños	Reducir la promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos <i>trans</i> , azúcares libres o sales dirigida a los niños																		✓		
	Prohibición de toda forma de promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos <i>trans</i> , azúcares libres o sales en los entornos donde se reúnen los niños			✓				✓												✓	
	Reducir el impacto de la promoción transfronteriza de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos <i>trans</i> , azúcares libres o sales																				
	Establecer mecanismos de cumplimiento y sistemas de aplicación incluyendo las definiciones y la incorporación de un sistema para la presentación de quejas																				

Continúa en la siguiente página

Continuación

Área de políticas	Intervenciones necesarias / efectivas	Países																			
		ARG	BOL	BRA	CHL	COL	CRI	CUB	ECU	SLV	GTM	HND	MEX	NIC	PAN	PRY	PER	DOM	URY	VEN	
	Existencia de un sistema de vigilancia con indicadores claramente definidos																				
Reglamentación que favorezca la lactancia materna	Existe reglamentación que favorezca la lactancia materna, específicamente para la implementación del Código Internacional de Comercialización de Sucesos de la Leche Materna	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Reglamentación sobre la protección a la maternidad, incluyendo una licencia maternal pagada (semanas)	✓ (13)	✓ (13)	✓ (17)	✓ (18)	✓ (14)	✓ (17)	✓ (18)	✓ (12)	✓ (12)	✓ (12)	✓ (12)	✓ (12)	✓ (14)	✓ (12)	✓ (13)	✓ (12)	✓ (12)	✓ (12)	✓ (12)	✓ (26)
	Reglamentación para apoyar la lactancia materna, incluyendo la protección del derecho a amamantar durante los horarios de trabajo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

ARG: Argentina; BOL: Bolivia; BRA: Brasil; CHL: Chile; CRI: Costa Rica; CUB: Cuba; ECU: Ecuador; SLV: El Salvador; GTM: Guatemala; HND: Honduras; MEX: México; NIC: Nicaragua; PAN: Panamá; PRY: Paraguay; PER: Perú; DOM: República Dominicana; URY: Uruguay; VEN: Venezuela.



ANEXO 3.

Estado de la regulación
en materia de tabaco en
los 19 países de América
Latina, 2016



Continuación

Área de políticas	Intervenciones necesarias / efectivas	Países																					
		ARG	BOL	BRA	CHL	COL	CRI	CUB	ECU	SLV	GTM	HND	MEX	NIC	PAN	PRY	PER	DOM	URY	VEN			
Protección contra la exposición al humo de tabaco (Artículo 8 del CMCT) *	Centros de salud	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	Centros docentes (excepto universidades)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	Edificios gubernamentales	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
	Oficinas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
	Restaurantes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
	Bares y pubs	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	Transporte público	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	Advertencias sanitarias obligatorias por ley	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	Imágenes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Tamaño (promedio-frente/dorso)	50-50/50	50-50/50	65-30/100	50-50/50	30-30/30	50-50/50	30	60-60/60	50-50/50	13-25/0	50-50/50	65-30/100	50-50/50	50-50/50	50-50/50	50-50/50	50-50/50	80-80/80	65-30/100	✓	✓	
Prohibición de los términos engañosos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
¿Falta alguna característica?																	si	si					
Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (Artículo 13 del CMCT) *	Prohibición de publicidad directa en televisión, radio y medios impresos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Prohibición de la publicidad directa en vallas publicitarias	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Continúa en la siguiente página

Continuación

Área de políticas	Intervenciones necesarias / efectivas	Países																		
		ARG	BOL	BRA	CHL	COL	CRI	CUB	ECU	SLV	GTM	HND	MEX	NIC	PAN	PRY	PER	DOM	URY	VEN
Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (Artículo 13 del CMCT) *	Prohibición de la publicidad directa en el punto de venta			✓			✓							✓					✓	
	Prohibición de la promoción	✓		✓		✓								✓					✓	
	Prohibición del patrocinio	✓	✓	✓		✓		✓				✓		✓					✓	
	Prohibición de la exhibición del producto en los puntos de venta													✓					✓	
	Los impuestos representan más de 75% del precio de venta al por menor	✓			✓															
Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda del tabaco (Artículo 6 del CMCT) *	Los impuestos representan entre el 51% y 75% del precio de venta al por menor			✓				✓					✓	✓				✓	✓	✓
	Los impuestos representan entre el 26% y 50% del precio de venta al por menor		✓								✓		✓							
	Los impuestos representan 25% o menos del precio de venta al por menor																		✓	

Continúa en la siguiente página

Continuación

Área de políticas	Intervenciones necesarias / efectivas	Países																			
		ARG	BOL	BRA	CHL	COL	CRI	CUB	ECU	SLV	GTM	HND	MEX	NIC	PAN	PRY	PER	DOM	URY	VEN	
Reglamentación del contenido de los productos de tabaco y reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco (Artículos 9 y 10 del CMCT)	Prohibición de ingredientes que tienen por objetivo hacer el tabaco más atractivo o mejorar su palatabilidad, por ejemplo saborizantes y aditivos en general	✓		✓	✓																
	La ley define "atractivo", "contenido", "componentes", "ingredientes" y "emisiones" de acuerdo a lo establecido por el CMCT					✓															
	Hay obligación de divulgar a las autoridades gubernamentales información sobre el contenido y las emisiones de los productos de tabaco así como su toxicidad y poder adictivo	✓	✓	✓		✓						✓									✓
	Regulaciones que estipulan los contenidos máximos de algunos ingredientes (alquitrán, nicotina, monóxido de carbono)	✓		✓																	

Continúa en la siguiente página

Continuación

Área de políticas	Intervenciones necesarias / efectivas	Países																								
		ARG	BOL	BRA	CHL	COL	CRI	CUB	ECU	SLV	GTM	HND	MEX	NIC	PAN	PRY	PER	DOM	URY	VEN						
Reglamentación del contenido de los productos de tabaco y reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco (Artículos 9 y 10 del CMCT)	Hay una descripción de los requerimientos de los métodos de medición (ej., ISO)	✓	✓	✓							✓			✓			✓									
							✓		✓		✓			✓					✓							
Comercio ilícito de productos de tabaco (Artículo 15 del CMCT)	Se debe especificar en el producto "Venta autorizada únicamente en (lugar, país)"						✓		✓		✓			✓												
																							✓			
				✓			✓		✓			✓			✓								✓			
Legislación de los sistemas electrónicos de administración de nicotina y similares sin nicotina	Regulación sobre sistemas electrónicos de administración de nicotina y similares sin nicotina	✓		✓	✓		✓		✓		✓			✓												

Continúa en la siguiente página

Continuación

Área de políticas	Intervenciones necesarias / efectivas	Países																			
		ARG	BOL	BRA	CHL	COL	CRI	CUB	ECU	SLV	GTM	HND	MEX	NIC	PAN	PRY	PER	DOM	URY	VEN	
Ventas a menores y por menores (Artículo 16 del CMCT)	Prohibición de venta a menores	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	Prohibición de venta de productos sueltos o por unidad	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓		
	Prohibición de accesibilidad de los productos (exhibición de los productos)														✓					✓	
	Prohibición de venta de cajetillas de menos de 20 unidades																				
Protección de las políticas de salud pública relativas al control del tabaco contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera (Artículo 5.3 del CMCT)	Código de conducta para los funcionarios públicos u órdenes del gabinete para los ministros			✓																	

Nota: La legislación sobre las medidas MPOWER se recopila cada dos años para el Informe de la OMS sobre la Epidemia Mundial del Tabaquismo, y el estado de cumplimiento está descrito en las publicaciones correspondientes.

ARG: Argentina; BOL: Bolivia; BRA: Brasil; CHL: Chile; CRI: Costa Rica; CUB: Cuba; ECU: Ecuador; SLV: El Salvador; GTM: Guatemala; HND: Honduras; MEX: México; NIC: Nicaragua; PAN: Panamá; PRY: Paraguay; PER: Perú; DOM: República Dominicana; URY: Uruguay; VEN: Venezuela.





Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

