



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



146.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 21 al 25 de junio del 2010

Punto 4.5 del orden del día provisional

CE146/13, Rev. 1 (Esp.)
27 de mayo del 2010
ORIGINAL: INGLÉS

ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DEL ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Introducción

1. En este documento se propone una estrategia regional de salud pública para responder a los problemas de salud relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas¹ en la Región de las Américas. El enfoque de salud pública de los trastornos debidos al consumo de sustancias se centra en la prevención, la intervención temprana, la reducción del daño social y para la salud, el tratamiento, la rehabilitación y la administración de los sistemas de salud. También tiene en cuenta las características epidemiológicas del consumo de sustancias en las poblaciones en las cuales este problema es tanto epidémico como endémico. Al reducir la demanda de sustancias psicoactivas por medio de medidas preventivas universales, selectivas e indicadas (1), el enfoque de salud pública complementa las iniciativas y las intervenciones de la justicia penal orientadas a controlar la oferta.

2. La estrategia comprende cinco áreas de acción: formulación de políticas nacionales y asignación de recursos; promoción de la prevención universal; intervención temprana, atención y sistemas de tratamiento; investigación, seguimiento y evaluación; y formación de alianzas estratégicas. Esta estrategia complementa la Estrategia y plan de acción de la OPS sobre salud mental (documento CD49/11),² adoptado por el Consejo Directivo en el 2009 (resolución CD49.R17).³

¹ Las sustancias psicoactivas, conocidas más comúnmente como drogas psicoactivas, son sustancias que tienen la capacidad de alterar la conciencia, el estado de ánimo o el razonamiento de una persona. Actúan en mecanismos del cerebro que normalmente regulan las funciones del estado de ánimo, el pensamiento y la motivación. En este documento se presta especial atención a los hipnóticos y los sedantes, los opioides, el cannabis, la cocaína, las anfetaminas y otros estimulantes, los alucinógenos y los inhalantes psicoactivos. No se incluyen el alcohol y la nicotina (en productos de tabaco) porque están comprendidos en otras estrategias.

² Se puede consultar en:

Antecedentes

3. En respuesta a la carga de morbilidad creciente atribuible al consumo de sustancias en la Región, los Estados Miembros han apoyado varias resoluciones y estrategias encaminadas a reducir el impacto de ciertas sustancias (como el tabaco) y han reconocido la necesidad de abordar otras preocupaciones de mayor alcance en el campo de la salud, como la infección por el VIH/sida (documentos CD45/11 [2004] y CD46/20 [2005]), la salud de los adolescentes (documento CD48/8 [2008]), la seguridad vial (documento CD48/20 [2008]), la salud mental (documento CD49/11 [2009]) y la seguridad humana (proyecto de resolución del 2010). La OPS publicó recientemente un informe regional sobre las características epidemiológicas del consumo de drogas en los países latinoamericanos (2). Babor y cols. (3) realizaron un examen internacional de las pruebas científicas en relación con los métodos normativos para controlar la oferta y reducir la demanda de sustancias ilícitas. De la encuesta mundial de salud escolar realizada en varios países de la Región⁴ se ha obtenido información sobre el consumo de sustancias ilícitas (véase el cuadro 1 en el anexo A). El programa Familias Fuertes⁵ promueve la prevención del consumo de sustancias mediante el fortalecimiento de la comunicación entre los jóvenes y los padres, y la prevención de comportamientos de riesgo en los jóvenes.

4. El consumo de sustancias y los trastornos conexos forman parte de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y el Plan Estratégico 2008-2012, que guían la acción colectiva a nivel nacional, regional e internacional. En el 2009, la OMS y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) pusieron en marcha un programa conjunto de tratamiento y atención de la drogodependencia, con miras a ampliar la aplicación de políticas, estrategias e intervenciones éticas, basadas en datos probatorios, para el tratamiento y la atención de la drogodependencia en países de ingreso mediano y bajo. La OMS lanzó el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) en octubre del 2008, con la finalidad de aumentar la capacidad en los países de ingreso mediano y bajo como prioridad para reducir la carga de los trastornos mentales, neurológicos y relacionados con el consumo de sustancias en todo el mundo. El programa se basa en análisis realizados por Cochrane de la bibliografía sobre la eficacia de las intervenciones para los trastornos debidos al consumo de alcohol y otras drogas. La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) aprobó recientemente (en mayo del 2010) una nueva estrategia continental contra las drogas. La OPS está bien posicionada para proporcionar al sector de la salud los instrumentos y métodos necesarios para comprender y abordar eficazmente las causas y consecuencias

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=es

³ Se puede consultar en

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3097&Itemid=

⁴ Véase <http://www.who.int/chp/gshs/en/index.html> para más información (en inglés).

⁵ Véase http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-familias_fuertes.htm para más información.

del consumo de sustancias, al integrar y promover las prácticas óptimas descritas en diversos documentos y programas de varias organizaciones.

Análisis de la situación

5. Aunque los trastornos debidos al consumo de sustancias son más prevalentes en los países desarrollados de la Región de las Américas, la carga sobre la salud de tales trastornos, especialmente en lo que se refiere a los años de vida ajustados en función de la discapacidad, se siente desproporcionadamente en los países de ingreso mediano y bajo. La prevalencia del consumo de drogas en la juventud varía enormemente, pero en general está concentrada en zonas urbanas de países que están experimentando una transición rápida, como Brasil, Colombia y México. Además del alcohol y el tabaco, las sustancias psicoactivas que más se usan en la Región son el cannabis, la cocaína y los solventes volátiles (4).

6. En cuanto a las estrategias de reducción de la demanda, los datos probatorios indican que hay diversas opciones para el tratamiento y la intervención temprana a fin de abordar el consumo de drogas perjudiciales y la drogodependencia (3, 9). Con inversiones considerables en servicios de intervención temprana y de tratamiento basados en datos probatorios, se pueden reducir los problemas relacionados con las drogas. Los datos probatorios más sólidos corresponden a los servicios para las personas adictas a los opiáceos. Tales servicios son eficaces también para reducir la delincuencia relacionada con las drogas y la propagación de la infección por el VIH. Los programas de intercambio de agujas también han dado buenos resultados puesto que promueven métodos de inyección sin riesgos y fomentan la participación de los usuarios de drogas inyectables en el tratamiento y otros servicios de salud. La educación sobre las drogas en la escuela y los programas comunitarios de prevención, en conjunto, tienen repercusiones muy moderadas. Los programas de prevención con una base amplia dirigidos a la totalidad de la población y focalizados en todos los aspectos de la vida del adolescente son más prometedores que los programas netamente didácticos ofrecidos en el aula, los medios de difusión o la comunidad. Los programas de intervención temprana son incluso más prometedores (10), especialmente cuando se basan en la detección y en intervenciones breves realizadas sistemáticamente en los servicios de atención primaria y otros entornos de atención de salud.

7. Hay abundantes pruebas que respaldan una variedad de estrategias de reducción de la demanda, incluidas las estrategias orientadas a reducir los riesgos relacionados con el uso de drogas inyectables. El reto es difundirlas y organizar y ofrecer servicios de prevención y tratamiento por medio de los sistemas de salud pública nacionales o subnacionales que satisfagan las necesidades de determinados grupos de la población. Estos servicios deben contar con recursos humanos y financieros apropiados, y con el compromiso político de incluir una dimensión sanitaria en todas las políticas relacionadas

con el consumo de sustancias y ampliar el acceso al tratamiento y la atención para los problemas de salud relacionados con este tema.

Marco estratégico

8. La estrategia regional de salud pública propuesta requiere que la OPS desempeñe una función más amplia de coordinación y ejecución de una estrategia de salud pública multilateral para hacer frente a los problemas relacionados con el consumo de sustancias en la Región. La promoción de las medidas de salud pública tiene como finalidad complementar —y no suplantar— las medidas orientadas exclusivamente a controlar la oferta y aplicar las leyes. También abordará la necesidad del sector de la salud pública de prestar más atención a los grupos vulnerables.

Principios y valores

9. En la estrategia se subrayan los siguientes principios y valores:

- a) el respeto del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr (“derecho a la salud”) y otros derechos humanos conexos de las personas afectadas por los trastornos debidos al consumo de sustancias;⁶
- b) la participación comunitaria en la formulación y ejecución de las políticas de fiscalización de drogas a nivel local y nacional, basadas en las mejores pruebas científicas disponibles; y
- c) en el contexto de los presupuestos nacionales, el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud como factores fundamentales que es necesario abordar en las medidas de prevención (por ejemplo, educación de buena calidad, empleo satisfactorio, medios de sustento alternativos, acceso a la información y participación social).

10. Hay varios temas transversales que abarcan todas las áreas estratégicas: la igualdad de género, la equidad, la promoción de la salud, la sensibilidad étnica y racial, y los derechos humanos. La OPS adoptará un enfoque integrado de la aplicación de esta estrategia, trabajando en colaboración con otras organizaciones, en particular la UNODC y la CICAD.

⁶ Véase el Plan Estratégico 2008-2012 para la OPS, objetivo estratégico 7, aprobado por la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en octubre del 2007 y modificado en septiembre del 2009. Se puede consultar en

http://intranet.paho.org/DPM/PPS/0_OD_328_post-PASC_PlanEstrat_esp_Final_0908.pdf.

Véanse también el documento CD47/15 y la resolución CD47.R1, “La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos relacionados”, páginas 10 a 16, aprobada por el 47.º Consejo Directivo en septiembre del 2006. Se pueden consultar en <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD47-15-s.pdf>.

11. *Visión:* La OPS coordina las iniciativas de colaboración de los Estados Miembros para adoptar medidas de salud pública orientadas a reducir la carga del consumo de sustancias en la Región de las Américas.

12. *Objetivo:* Promover el fortalecimiento de una respuesta integrada de salud pública del sector de la salud y de otros sectores conexos mediante la ejecución de planes de acción apropiados para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las personas que sufran trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

Áreas estratégicas

Área estratégica 1: Formulación y ejecución de políticas, planes y leyes nacionales en materia de salud pública y asignación de recursos compatibles con la magnitud del problema del consumo de sustancias

13. Los Estados Miembros deben elaborar planes nacionales o modificar los planes existentes a fin de que concuerden con las necesidades y los recursos nacionales. El plan nacional debe fortalecer la prevención, la promoción de la salud, el tratamiento, la reintegración social y las actividades para reducir los daños, en particular en los grupos de alto riesgo. Tales actividades de reducción de la demanda se descuidaron en los enfoques anteriores de la política en materia de drogas o se ejecutaron sin una evaluación o pruebas de su eficacia. La estrategia actual proporciona una visión para integrar los servicios relacionados con el abuso de sustancias en los sistemas de atención de salud en general y en los sistemas de salud pública. También se necesitan políticas para establecer marcos jurídicos o modificar los marcos actuales y guiar las prioridades en la asignación de recursos al control de la oferta y la reducción de la demanda, lo cual dependerá en parte de las necesidades señaladas a partir de los datos epidemiológicos y las tendencias proyectadas en el consumo de drogas. Los grupos de alto riesgo que merecen atención especial son las personas sin hogar, los presos, los trabajadores sexuales, los niños y los adolescentes (en particular los que tienen trastornos mentales y los que han sido víctimas de violencia), los usuarios de drogas inyectables y las embarazadas (véase el anexo A).⁷

⁷ Los Estados Miembros de la OPS han subrayado que las convenciones en materia de derechos humanos y las normas internacionales ofrecen un marco conceptual y jurídico unificador para las estrategias orientadas a mejorar los servicios para los grupos más vulnerables (entre ellos las personas sin hogar, los presos, los trabajadores sexuales, los niños, los adolescentes, los usuarios de drogas inyectables y las embarazadas) y las medidas para procurar la rendición de cuentas y aclarar las responsabilidades de los diversos actores involucrados. Por consiguiente, es importante integrar las disposiciones de los convenios, las declaraciones y las recomendaciones del sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano en las políticas, los planes y las leyes relacionados con la reducción del abuso de sustancias. Hay una lista de las convenciones y recomendaciones en materia de derechos humanos en la estrategia y plan de acción regional de la OPS sobre salud mental (documento CD49/11), que se puede consultar en

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2623&Itemid.

14. La coordinación multisectorial, la promoción de la causa y la movilización social son componentes esenciales de un enfoque integral de la promoción de la salud. La CICAD ha elaborado un marco para guiar la formulación de una política nacional en materia de drogas (11), que incluye una serie de pasos lógicos para señalar las necesidades básicas de un país, fomentar la participación de los interesados directos apropiados en la formulación de políticas, evaluar los datos probatorios que apoyen estrategias eficaces y medir el desempeño, a fin de evaluar el progreso y aportar sugerencias. La estrategia propuesta por la OPS procura complementar la estrategia continental de la CICAD mediante el desarrollo o el fortalecimiento de los aspectos de la reducción de la demanda relacionados con la salud pública que tengan grandes probabilidades de ponerse en práctica en el sector de la salud de los Estados Miembros.

Objetivos

- 1.1 Tener políticas y planes nacionales en materia de consumo de sustancias en todos los países como parte de las políticas, planes y leyes sobre la salud en general. Tales políticas y planes deben complementar la política nacional en materia de drogas en general y coordinarse con ella, apoyar las metas de salud pública y ceñirse a las convenciones, declaraciones y recomendaciones del sistema interamericano y del sistema de las Naciones Unidas en materia de derechos humanos.
- 1.2 Fortalecer la prevención, la promoción de la salud, el tratamiento, la reducción de los daños y la reintegración social, en particular entre los grupos de alto riesgo.
- 1.3 Movilizar los recursos financieros y humanos necesarios para la ejecución de las actividades planificadas y procurar que tales recursos se usen principalmente en los servicios ambulatorios comunitarios vinculados con la atención primaria de salud e integrados en el sistema de atención de salud general.

Área estratégica 2: Promoción de la prevención universal del consumo de sustancias, haciendo hincapié en el desarrollo psicosocial de niños y jóvenes

15. En esta labor se debe tener en cuenta la diversidad de los jóvenes. Las medidas más eficaces tienen dos características en común: están centradas en la intervención temprana en el ambiente social inmediato —en general el aula o la familia— y abordan otros problemas distintos del consumo de drogas, centrándose en el desarrollo social y conductual (lo cual constituye la prevención universal en este contexto). Es importante que los Estados Miembros examinen sus actividades de prevención para indicar y difundir prácticas óptimas basadas en datos probatorios y suspender los programas ineficaces si no mejoran, a fin de no malgastar recursos escasos.

Objetivo

- 2.1 Promover modelos de prevención universal basados en datos probatorios y prácticas óptimas que apoyen el desarrollo social y económico de las mujeres y los jóvenes en particular, que reduzcan la pobreza, que aumenten el acceso a la educación de buena calidad y el empleo satisfactorio, que fomenten los medios de sustento alternativos en las zonas rurales agrícolas y las comunidades urbanas pobres donde se distribuyen drogas y que mejoren el acceso a la información y a servicios de salud apropiados y basados en datos probatorios.

Área estratégica 3: Promoción de la intervención temprana en entornos de atención primaria y desarrollo de sistemas de tratamiento vinculados a la atención primaria de salud y servicios conexos

16. Como parte del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP, por sus siglas en inglés), la OMS está preparando un paquete de intervenciones relacionadas con la prueba de detección del consumo de alcohol, el tabaquismo y el consumo de sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) (10). La utilidad de integrar la detección temprana del consumo de sustancias en las actividades de detección del consumo de alcohol y tabaco es que los proveedores de atención sanitaria tienen mayores probabilidades de apoyar los programas de intervención temprana cuando están vinculados a actividades de detección similares que ya estén llevándose a cabo.

17. La experiencia de los programas de demostración en gran escala indica que los programas de intervención temprana son eficaces.

18. Un modelo eficaz de prestación de servicios comunitarios incluye el suministro de tratamiento especializado, servicios de extensión y servicios para reducir los daños y riesgos relacionados con el consumo de sustancias que son culturalmente apropiados, equitativos y exentos de discriminación por razones de sexo, etnia y tipo de consumo de sustancia.

19. La política nacional debe priorizar las intervenciones y modalidades. Hay datos probatorios convincentes que apoyan diversos tratamientos y servicios tanto en la comunidad como en las cárceles, entre ellos la terapia sustitutiva de opioides, los grupos de apoyo mutuo, la psicoterapia, la terapia del comportamiento, los programas de intercambio de agujas y las comunidades terapéuticas.

20. Las intervenciones deben dar prioridad a las embarazadas, a fin de proteger al feto. Estas mismas madres no estarán bien preparadas para la maternidad. Su bienestar puede afectar al desarrollo actual y futuro de sus hijos, y puede servir para prevenir comportamientos de riesgo vinculados en último término al consumo de sustancias por sus hijos.

21. Para ofrecer servicios de buena calidad se necesitan recursos humanos debidamente capacitados. Estos servicios incluyen redes de organizaciones de ayuda mutua para proporcionar apoyo comunitario después de las intervenciones terapéuticas apropiadas. Para mejorar la prestación de los servicios es crucial reforzar la competencia de los trabajadores de atención primaria de salud en la prevención y el tratamiento del consumo de sustancias. Dado que muchos Estados Miembros tienen sólo los elementos rudimentarios de un sistema integral de tratamiento de la drogodependencia, es necesario ampliar los programas de estudios a nivel tanto de grado como de posgrado, los programas de educación continua y otras oportunidades de capacitación para aquellos que trabajan fuera del sistema de salud, como las organizaciones no gubernamentales y los organismos de servicios sociales.

22. Las Naciones Unidas tienen el mandato de garantizar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos para usos terapéuticos y la OMS los ha incluido en su lista de medicamentos esenciales. Es necesario capacitar a los médicos en buenas prácticas de prescripción de medicamentos, a fin de que receten estas sustancias en una cantidad apropiada a los pacientes que las necesiten.

Objetivos

- 3.1 Proporcionar un paquete de intervenciones esenciales basadas en datos probatorios, en los diferentes niveles del sistema de atención de salud, que pueda ser adaptado por los Estados Miembros, poniendo de relieve la atención primaria de salud.
- 3.2 Proporcionar instrumentos con la finalidad de capacitar al personal de salud para el tratamiento del consumo de sustancias y los problemas conexos, incluidas las buenas prácticas de prescripción de medicamentos.
- 3.3 Examinar y actualizar los programas de estudios de los profesionales de la salud a nivel de grado, de posgrado y en los programas de educación continua sobre temas relacionados con el consumo de sustancias.
- 3.4 Promover la disponibilidad adecuada de medicamentos psicoactivos fiscalizados a nivel internacional con fines terapéuticos y científicos, previniendo al mismo tiempo su desvío y uso con fines no terapéuticos.

Área estratégica 4: Investigación, seguimiento y evaluación

23. La investigación sobre el consumo de drogas ilícitas está desproporcionadamente concentrada en países desarrollados, donde la mayor parte del financiamiento se destina a programas de epidemiología, ciencias básicas, intervenciones clínicas y prevención. Es necesario fortalecer las investigaciones sobre el control de la oferta, la ejecución de

políticas, el desvío de medicamentos, la organización de los servicios de tratamiento y prevención, las medidas de despenalización, las sanciones penales y los programas de intervención temprana en toda la Región. La OPS puede proporcionar cooperación técnica, facilitando urgentemente el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica con el establecimiento de procedimientos rápidos de evaluación, centros centinela y sistemas para vigilar los indicadores del consumo de sustancias. En vista de las limitaciones de los sistemas existentes de datos e información en toda la Región, la OPS también puede fortalecer su función de difusión de información, facilitar la normalización de la información sanitaria relacionada con sustancias y centrarse más en actividades de gestión del conocimiento. La OPS debe dar prioridad a la evaluación y difusión de información sobre los efectos de las políticas.

Objetivos

- 4.1 Realizar una evaluación completa de la prevención del consumo de sustancias, el tratamiento y los servicios orientados a la reducción de daños específicos relacionados con el consumo de drogas en los países, estableciendo puntos de comparación y vigilando la situación.
- 4.2 Mejorar los datos en los sistemas nacionales de información sobre el consumo de sustancias, procurando recopilar y analizar regularmente datos básicos pertinentes para la adopción de decisiones y la vigilancia de los cambios con el transcurso del tiempo.
- 4.3 Promover la investigación y la vigilancia en los Estados Miembros y por medio de los centros colaboradores de la OPS/OMS para crear una base de datos probatorios de estrategias eficaces de intervención y vigilar las tendencias del abuso de sustancias en la Región.
- 4.4 Compilar y difundir información basada en datos probatorios y materiales sobre problemas relacionados con el consumo de sustancias, como evaluaciones de políticas y programas a nivel nacional y local, que puedan ampliar la base de conocimientos y facilitar las decisiones con respecto a las políticas, los programas y otras actividades.

Área estratégica 5: Alianzas estratégicas

24. Se necesitan alianzas estratégicas para garantizar que exista una división apropiada de la responsabilidad y colaboración interinstitucional. En último término, el objetivo es mejorar la colaboración y prevenir la duplicación de funciones en el uso de recursos escasos. Las organizaciones no gubernamentales dedicadas a la promoción de la salud, los servicios sociales, los derechos humanos y la política pública también tienen

una importancia fundamental en tales alianzas estratégicas a nivel nacional e internacional.

25. En el marco de las iniciativas recientes de la CICAD, la UNODC, el ONUSIDA y la OMS es oportuno prestar una mayor atención a la colaboración regional en las actividades de reducción de la demanda y a la coordinación de las políticas de fiscalización de drogas con las políticas de salud pública.

Objetivo

- 5.1 Crear y fortalecer alianzas con otros interesados directos, entre ellos la CICAD, la UNODC, la OMS, otras organizaciones intergubernamentales, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil, para la formulación y ejecución de planes y políticas nacionales en materia de drogas.

Intervención del Comité Ejecutivo

26. Se solicita al Comité Ejecutivo que señale la prevención, la atención y el tratamiento de los trastornos resultantes del consumo de sustancias y los problemas conexos como una prioridad de salud pública y que apoye las medidas para fortalecer la respuesta del sector de la salud al problema. Asimismo, se solicita al Comité que examine la información contenida en este documento y considere la posibilidad de aprobar el proyecto de resolución en el anexo D.

Referencias

1. Gordon, R. An operational classification of disease prevention. En: Steinberg, J. A. y Silverman, M.M. (eds.). *Preventing Mental Disorders*, Rockville: Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos; 1987.
2. OPS. Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque de salud pública. Washington (DC): OPS, 2009.
3. Babor, T.F. et al. *Drug policy and the public good*. Oxford: Oxford University Press; 2010.
4. Obot, I.S., Poznyak V., Saraceno B. Breaking the vicious circle of determinants and consequences of harmful alcohol use. *Bull World Health Organ*. 2005;83(11):803. Publicación electrónica antes de la impreza, 10 de noviembre del 2005.

5. World Health Organization. *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
6. Thoumi, F.E. *Illegal Drugs, Economy, and Society in the Andes*. Washington (DC): Woodrow Wilson Center Press; 2003.
7. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *The World Drug Report 2008*. Viena: UNODC; 2008.
8. Buhringer, G., Farrell, M., Kraus, L., Marsden, J., Pfeiffer-Gerschel, T., Piontek, D. et al. Comparative analysis of research into illicit drugs in the European Union. Luxemburgo: Comisión Europea; 2009.
9. Stockwell, T., Gruenewald, P.J., Toumbourou, J.W., Loxley, W. (eds.) *Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice*. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2005.
10. Humeniuk, R., Dennington, V. Ali, R. *The Effectiveness of a Brief Intervention for Illicit Drugs Linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in Primary Health Care Settings: A Technical Report of Phase III Findings of the WHO ASSIST Randomized Controlled Trial*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
11. Inter-American Drug Abuse Control Commission (CICAD). *How to Develop A National Drug Policy: A Guide for Policymakers, Practitioners, and Stakeholders*. Washington (DC): Organización de los Estados Americanos; 2009.
12. Garcia-Herrera, T.J. *National Drug Strategy 2009–2016*. Madrid: Ministerio de Salud y Política Social; 2009.
13. MacCoun, R.J., Reuter, P. *Drug War Heresies. Learning from Other Vices, Times and Places*. Nueva York: Cambridge University Press; 2001.
14. National Research Council. *Informing America's Policy on Illegal Drugs. What We Don't Know Keeps Hurting Us*. Washington (DC): National Academy Press; 2001.
15. Organización Mundial de la Salud. *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Ginebra: OMS; 2004.
16. World Health Organization. *Working document for developing a draft global strategy to reduce harmful use of alcohol*. Ginebra: OMS; 2009.

ANÁLISIS COMPLEMENTARIO DE LA SITUACIÓN

1. Los datos de encuestas compilados por la OPS (1) indican que la prevalencia en el curso de la vida en varía mucho América Latina según el país y el grado de urbanización. Como se señala en el cuadro 1, la prevalencia del consumo de drogas en los adolescentes de 13 a 15 años de edad es de 3% a 22% de los escolares. Las tasas son en todos los casos mayores en los niños que en las niñas (prevalencia media en el curso de la vida durante la adolescencia temprana: 13,5% para los niños, 8,1% para las niñas). El cannabis es la droga que más se usa, pero en algunos países (por ejemplo, Barbados, Brasil, Jamaica y Trinidad y Tabago) más de 10% de los estudiantes usan inhalantes. En general, el consumo de cannabis e inhalantes está concentrado en la población en edad escolar, mientras que el consumo de cocaína, pasta de coca, opiáceos, anfetaminas y 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA o “éxtasis”) es más prevalente en los adultos jóvenes y los grupos marginados. Se sabe que el cultivo y el consumo de coca en los países andinos ha estado estrechamente vinculado a las prácticas agrícolas tradicionales de la minoría rural indígena (2), pero se dispone de muy poca información acerca de la prevalencia y los problemas del consumo de drogas en la población indígena u otros grupos étnicos.

2. El consumo ocasional de drogas puede aumentar el riesgo de accidentes, traumatismos y problemas interpersonales debido a la intoxicación aguda. A pesar de que el consumo frecuente y regular se limita a un porcentaje relativamente pequeño de la población, los riesgos relacionados con este tipo de consumo son considerables desde una perspectiva de salud pública. Se calcula que más de 40 millones de personas (6,9% de la población de 15 a 64 años) usaron cannabis en la Región de las Américas en el 2006 (3). Las cifras correspondientes a la cocaína (10 millones de personas), los estimulantes tipo anfetaminas (5,7 millones) y la heroína (2,2 millones) son más bajas, pero la carga de morbilidad y el riesgo de mortalidad aumentan considerablemente con el consumo frecuente de estas sustancias, especialmente cuando se inyectan. En toda la Región, el consumo de drogas tipo anfetaminas está aumentando. Esta tendencia está relacionada con el desvío creciente de estimulantes recetados en los últimos años (3). En América del Sur está aumentando el consumo de cannabis y cocaína, según informes recientes (3). En el cuadro y la figura 2 se muestra la magnitud del consumo problemático de drogas ilícitas en tres subregiones del continente americano.

3. El consumo de drogas contribuye a la carga de morbilidad de dos maneras: causa una muerte prematura y tiene importantes consecuencias para la salud, algunas de las cuales pueden atribuirse directamente al consumo de drogas en sí y otras a la modalidad de administración (por ejemplo, inyección intravenosa). Entre las posibles consecuencias para la salud se encuentran la infección por el VIH/sida, la hepatitis B y C, otras infecciones, drogodependencia, sobredosis no letales, intentos de suicidio y lesiones. Los

trastornos ocasionados por el consumo de drogas en los hombres ocupan el octavo lugar entre los 20 factores principales que contribuyeron a los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en América Latina en el 2002 (4). La magnitud del consumo de drogas en la Región, especialmente en los jóvenes, y la amplia gama de consecuencias para la salud relacionadas con este consumo indican que las drogas ilícitas contribuyen en gran medida a casos evitables de muerte y discapacidad en la Región de las Américas.

4. Los datos probatorios en aumento que muestran un incremento del consumo de drogas en la Región y el creciente interés de la OPS en una respuesta de salud pública a los problemas de consumo de sustancias han puesto en evidencia los dos enfoques predominantes de la política de fiscalización de drogas: el control de la oferta y la reducción de la demanda. La falta de investigaciones sistemáticas sobre las opciones de política más comunes para controlar la oferta de drogas (por ejemplo, represión, interdicción y encarcelamiento) constituye una barrera importante para la aplicación eficaz de estas medidas (5).

5. Las pocas investigaciones realizadas indican que las medidas de los países desarrollados para reducir el cultivo de plantas destinadas a la fabricación de drogas en los países en desarrollo no han reducido la oferta ni el consumo totales de drogas en los mercados secundarios (6). Una razón es que estas actividades trasladan la producción a otra zona del país o a otro país. La interdicción de las exportaciones de drogas de los países productores puede perturbar el mercado de las drogas y la cadena de distribución, aumentando así el costo para los consumidores de drogas, pero el costo de ejecutar y mantener programas de interdicción es extremadamente alto. De manera análoga, la intensa lucha contra las drogas y las graves sanciones que se aplican a los consumidores tienen un rendimiento decreciente porque la encarcelación de un gran número de personas no conduce a una disminución del precio o a una reducción de la prevalencia del consumo mayor de lo que se lograría con la aplicación normal de las leyes antidrogas.

Referencias

1. OPS. Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque de salud pública. Washington (DC): OPS, 2009.
2. Thoumi, F.E. *Illegal Drugs, Economy, and Society in the Andes*. Washington (DC): Woodrow Wilson Center Press; 2003.
3. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *The World Drug Report 2008*. Viena: UNODC; 2008.

4. World Health Organization. *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
5. Buhringer, G., Farrell, M., Kraus, L., Marsden, J., Pfeiffer-Gerschel, T., Piontek, D. et al. Comparative analysis of research into illicit drugs in the European Union. Luxemburgo: Comisión Europea, 2009.
6. Babor, T.F. et al. *Drug policy and the public good*. Oxford: Oxford University Press; 2010.

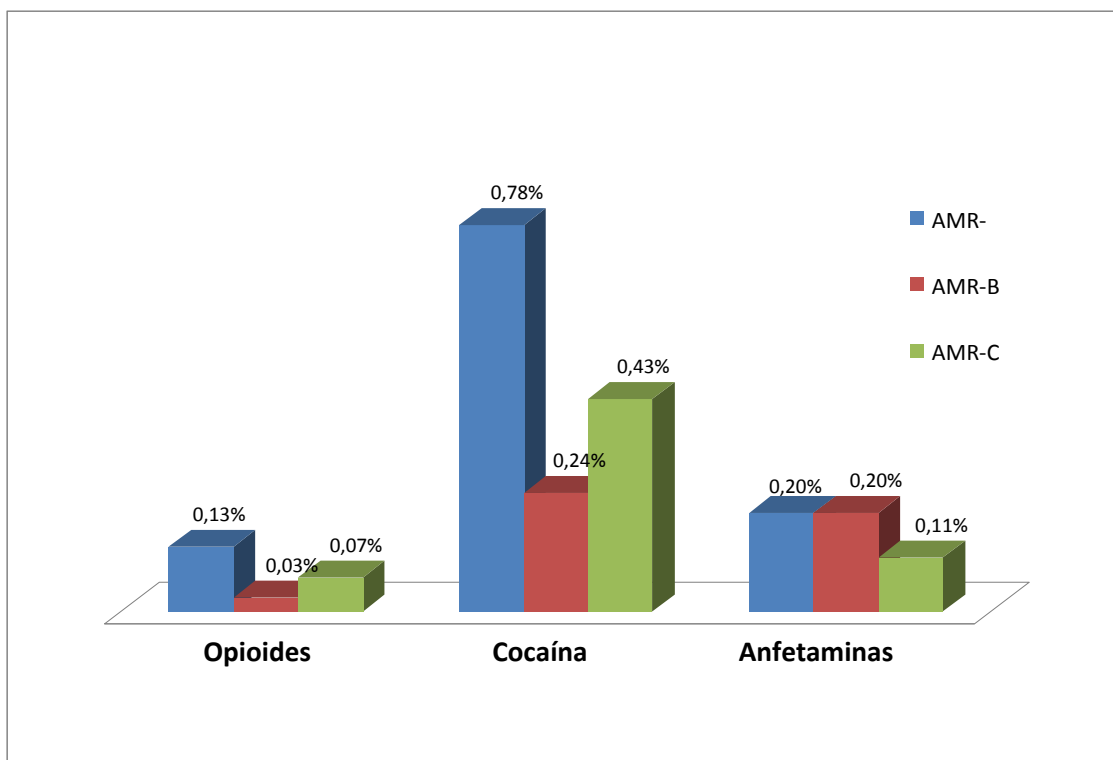
Cuadro 1: Prevalencia en el curso de la vida del consumo de cualquier droga ilícita en los estudiantes de 13 a 15 años de edad, por sexo y por país

País y año	Porcentaje que ha usado una droga ilícita por lo menos una vez en la vida								
	Ambos sexos			Niños			Niñas		
	%	desviación estándar		%	desviación estándar		%	desviación estándar	
Argentina (2007)	9,0	± 3,1		11,6	± 4,1		6,7	± 3,1	
Chile/Zona metropolitana (2004)	10,1	± 2,4		10,7	± 2,0		9,5	± 3,5	
Chile/Región I (2004)	9,0	± 2,9		9,5	± 2,5		8,5	± 4,2	
Chile/Región V (2004)	8,3	± 2,5		9,4	± 3,4		7,0	± 2,2	
Chile/Región VIII (2004)	7,2	± 2,0		7,8	± 2,5		6,3	± 2,3	
Colombia/Bogotá (2007)	10,8	± 2,8		13,7	± 3,3		8,3	± 3,4	
Colombia/Bogotá, escuelas públicas (2007)	10,4	± 3,7		13,7	± 4,0		8,0	± 4,3	
Colombia/Bogotá, escuelas privadas (2007)	12,4	± 5,7		17,2	± 7,4		8,9	± 5,6	
Colombia/Bucaramanga (2007)	6,8	± 1,5		8,6	± 2,4		5,2	± 2,4	
Colombia/Cali (2007)	17,8	± 2,4		21,1	± 4,2		15,1	± 2,6	
Colombia/Manizales (2007)	21,0	± 3,0		21,1	± 4,3		20,8	± 2,9	
Colombia/Valledupar (2007)	3,5	± 1,1		4,5	± 1,8		2,8	± 1,4	
Ecuador/Guayaquil (2007)	7,7	± 2,3		9,9	± 2,9		5,7	± 2,5	
Ecuador/Quito (2007)	5,5	± 1,5		7,0	± 1,9		4,1	± 2,1	
Ecuador/Zamora (2007) ^a	3,1			4,2			2,0		
Granada (2008)	13,9	± 2,6		21,9	± 3,9		7,8	± 2,7	
Guyana (2004)	11,7	± 2,8		17,7	± 4,5		5,9	± 2,5	
Islas Caimán (2007) ^a	15,6			20,3			10,3		
Santa Lucía (2007)	22,0	± 3,0		29,7	± 4,5		15,8	± 3,6	
San Vicente y las Granadinas (2007)	19,9	± 3,2		26,9	± 4,7		13,4	± 3,6	
Trinidad y Tabago (2007)	12,8	± 2,9		15,3	± 4,2		10,1	± 2,7	
Trinidad (2007)	12,7	± 3,0		15,1	± 4,3		10,2	± 2,8	
Tabago (2007)	14,0	± 3,3		20,0	± 5,0		9,0	± 3,0	
Uruguay (2006)	8,4	± 1,7		10,5	± 2,8		6,7	± 1,7	
Uruguay/Montevideo (2006)	10,6	± 3,2		13,8	± 4,6		7,6	± 2,7	
Uruguay/Resto del país (2006)	6,7	± 1,9		7,4	± 3,2		6,1	± 2,1	
Venezuela/Barinas (2003)	3,1	± 1,2		4,7	± 2,2		1,7	± 1,4	
Venezuela/Lara (2003)	3,1	± 1,0		4,2	± 1,1		2,2	± 1,2	

Fuente: Encuestas escolares de la OMS sobre la salud de los estudiantes en todo el mundo realizadas en los diversos países. Se puede consultar en <http://www.who.int/chp/gshs/country/en/index.html> (en inglés).

^a Donde no se muestra ninguna variación en las tasas de prevalencia, se encuestaron todas las escuelas del país o la ciudad y el porcentaje refleja la prevalencia general.

Figura 1. Consumo problemático de drogas ilícitas en mayores de 15 años en los 12 meses anteriores en tres subregiones del continente americano, 2008



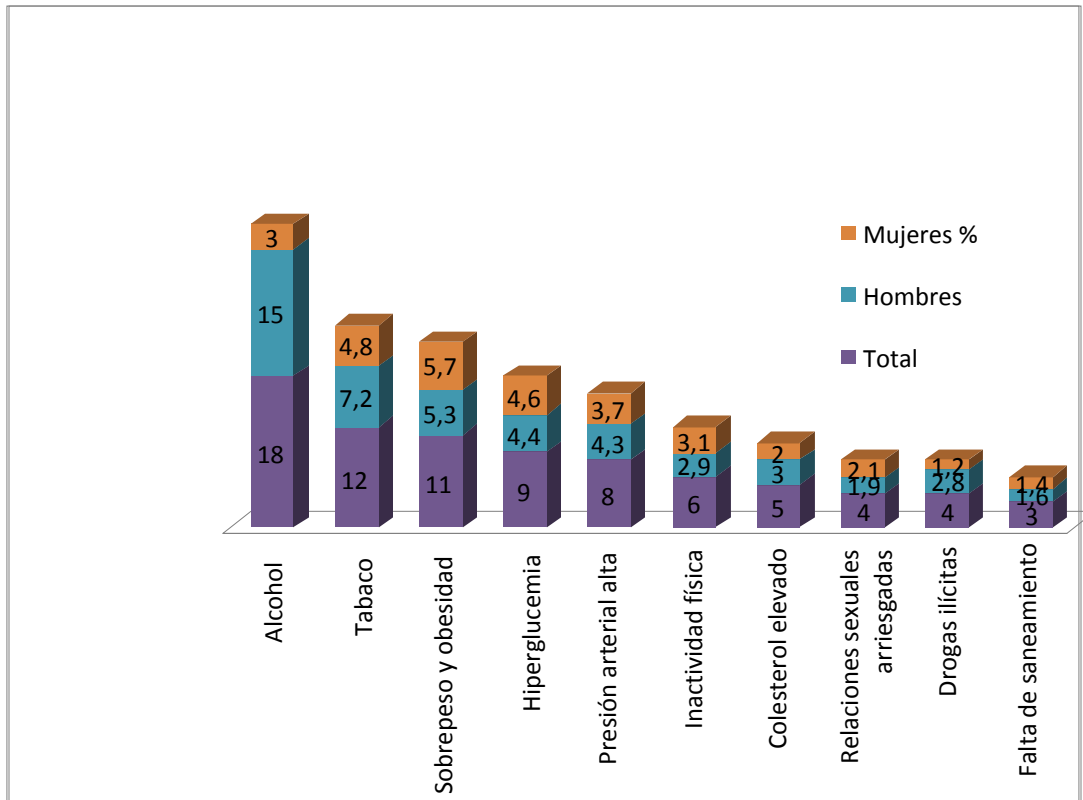
Fuente: United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). The World Drug Report 2008. Viena: UNODC; 2008.

Nota: Las estadísticas de la UNODC (2008) no están desglosadas por sexo o por grupo etario. El consumo problemático de drogas se definió como el consumo diario o el uso de drogas inyectables.

Subgrupos de la Región de las Américas (AMR):

- **AMR-A:** Países de la Región de las Américas con mortalidad de niños y adultos muy baja (Canadá, Cuba, Estados Unidos).
- **AMR-B:** Países de la Región de las Américas con mortalidad de niños y adultos baja (Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, El Salvador, Granada, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela).
- **AMR-C:** Países de la Región de las Américas con mortalidad de niños y adultos alta (Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua, Perú).

Figura 2. Años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) atribuibles a 10 factores de riesgo principales, por sexo, Región de las Américas, 2004



Fuente: World Health Organization. Global Health Risks. Ginebra: OMS; 2009. Se puede consultar en http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf.

INSTRUMENTOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

1. Los Estados Miembros de la OMS adoptaron principios importantes con respecto a la salud pública que están consagrados en el preámbulo de su Constitución. En consecuencia, la Constitución establece como principio internacional fundamental que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es no solo un estado o una situación de la persona, sino “uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. La Constitución fue aprobada por la Conferencia Sanitaria Internacional que se celebró en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 y fue firmada el 22 de julio de 1946 por representantes de 61 Estados. El Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Naciones Unidas), a su vez, protege el “derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (artículo 12), y el Protocolo de San Salvador (OEA) protege “el derecho a la salud” (artículo 10). Por otro lado, la protección de la salud como derecho humano está consagrada en la Constitución de 19 de los 35 Estados Miembros de la OPS (Bolivia, Brasil, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Uruguay y Venezuela).

2. Instrumentos de las Naciones Unidas sobre la protección de los derechos humanos:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1)
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos⁸ (2)
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁹ (3)
- Convención sobre los Derechos del Niño¹⁰ (4)

⁸ Entró en vigor el 23 de marzo de 1976 y ha sido ratificado por Argentina, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

⁹ Entró en vigor el 3 de enero de 1976 y ha sido ratificado por Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

¹⁰ Entró en vigor el 2 de septiembre de 1990 y ha sido ratificada por Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad¹¹ (5)
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer¹² (6)
- Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental¹³ (7)
- Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad¹⁴ (8)

3. Instrumentos del sistema interamericano para la protección de los derechos humanos:

- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre¹⁵ (9)
- Convención Americana sobre Derechos Humanos¹⁶ (10)
- Protocolo Adicional a la Convención Americana en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o “Protocolo de San Salvador”¹⁷ (11)
- Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad¹⁸ (12)
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer¹⁹ (13)

¹¹ Entró en vigor el 3 de mayo del 2008 y ha sido ratificada por Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Perú.

¹² Entró en vigor el 3 de septiembre de 1981 y ha sido ratificada por Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

¹³ Incluyen directrices para establecer sistemas nacionales de salud mental y evaluar sus prácticas. Se refieren a los derechos humanos de las personas con discapacidad mental, especialmente en el contexto de las instituciones psiquiátricas.

¹⁴ “La finalidad de estas Normas es garantizar que niñas y niños, mujeres y hombres con discapacidad, en su calidad de miembros de sus respectivas sociedades, puedan tener los mismos derechos y obligaciones que los demás.”

¹⁵ OAS Res. XXX. OEA/Ser.L.V/II.82 doc.6 rev.1, pág. 17 (1992).

¹⁶ Entró en vigor el 18 de julio de 1978 y ha sido ratificada por Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

¹⁷ Entró en vigor el 16 de noviembre de 1999 y ha sido ratificado por Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname y Uruguay.

¹⁸ Entró en vigor el 14 de septiembre del 2001 y ha sido ratificada por Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

- Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (OEA) sobre la promoción y protección de las personas con discapacidad mental²⁰ (14)

Referencias

1. Declaración Universal de Derechos Humanos. A.G. Res. 217 A (III), ONU Doc. A/810 p. 71 (1948). <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/sb1udr.html>.
2. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. A.G. Res. 2200, 21 ONU GAOR Sup. (No.16) 52, ONU Doc. A/6316 (1966). <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/sb3ccpr.html>.
3. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. A.G. Res. 2200A(XXI), 21 ONU GAOR Sup. (No. 16) 49, ONU Doc. A/6316 (1966). <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/sb2esc.html>.
4. Convención sobre los Derechos del Niño. A.G. res.44/25, anexo, 44 U.N. GAOR Supp. (No. 49) p. 167, ONU Doc. A/44/49 (1989). <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/sk2crc.html>.
5. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. A.G. Res. A/61/611 (2006). <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>.
6. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. A.G. res. 34/180, 34 U.N. GAOR Supp. (No. 46) p.193, ONU Doc. A/34/46. <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/se1cedaw.html>.
7. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, A.G. res. 46/119,46 ONU GAOR Supp. (No.49) p.189, ONU Doc. A/46/49 (1991). <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/st2pppmif.html>.

¹⁹ Entró en vigor el 5 de marzo de 1995 y fue ratificada por Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

²⁰ Recomienda a los Estados “promover e implementar a través de legislación y planes nacionales de salud mental la organización de servicios comunitarios de salud mental cuyos objetivos sean la plena integración de las personas con discapacidad mental en la sociedad”.

8. Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, A.G. res 48/96, 48 ONU GAOR Supp. (No. 49) p. 202, ONU. Doc. A/48/49 (1993). <http://www.discapacitados.org.ar/body/normas.html>.
9. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 199 OEA res. XXX. OEA/Ser.L.V/182 doc. 6 rev.1, p.17 (1992).
<http://www1.umn.edu/humanrts/oasinstr/szoas2dec.html>.
10. Convención Americana sobre Derechos Humanos. OEA, Off. Rec., OEA/Ser.L./V.II.23 doc. 21 rev. 6 (1979).
<http://www1.umn.edu/humanrts/oasinstr/szoas3con.html>.
11. Protocolo Adicional a la Convención Americana en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o “Protocolo de San Salvador”. OEA, No. 69 (1988), suscrita el 17 de noviembre de 1988, Documentos básicos en materia de derechos humanos en el sistema interamericano, OEA/Ser.L.V/II.82 doc. 6 rev. 1, p. 67 (1992). <http://www1.umn.edu/humanrts/oasinstr/szoas10pe.html>.
12. Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. A.G./res. 1608 (XXIX-0/99), 7 junio 1999
<http://www.cidh.oas.org/Basicos/Basicos8a.htm>.
13. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, “Convención de Belem Do Pará”, 33 I.L.M. 1534 (1994).
<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/Sbrazil1994.html>.
14. Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (OEA) sobre la promoción y protección de las personas con discapacidad mental. Informe Anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), OEA/Ser./L/V/II.111, doc. 20 rev., 16 de abril 2001.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CE146/13, Rev. 1 (Esp.)
Anexo C

**FORMULARIO ANALÍTICO PARA VINCULAR EL PUNTO DEL ORDEN DEL DÍA
CON MANDATOS DE LA ORGANIZACIÓN**

1. Punto del orden del día: 4.5. Estrategia para la reducción del abuso de sustancias psicoactivas

2. Unidad a cargo: Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental/Proyecto de Salud Mental y Protección del Consumidor

3. Oficial a cargo: Maristela Monteiro

4. Lista de los centros colaboradores y las instituciones nacionales vinculados a este punto del orden del día:

Instituciones nacionales de referencia

- Salud Canadá, Dirección de Asuntos Internacionales
- Organismo de Vigilancia Sanitaria Nacional (ANVISA), Brasil
- Instituto Nacional del Abuso de Drogas, Bethesda, Maryland (Estados Unidos)
- Instituto del Pacífico para la Investigación y Evaluación (PIRE), Calverton, Maryland (Estados Unidos)
- Departamento de Salud Comunitaria, Universidad de Connecticut, Storrs, Connecticut (Estados Unidos)
- Universidad de Mercer, Atlanta, Georgia (Estados Unidos)
- Fundación Fiocruz, Río de Janeiro (Brasil)

Centros colaboradores

- Escuela Superior de Estudios sobre Problemas de Drogodependencia, Scottsdale, Arizona (Estados Unidos)
- Departamento de Psicobiología, Universidad Federal de São Paulo (Brasil)
- Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz” (México)
- Centro para la Adicción y la Salud Mental, Toronto (Canadá)

5. Conexión entre el punto del orden del día y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017:

El abuso de sustancias está relacionado con la urbanización rápida, las desigualdades y las inequidades, la exclusión social, la violencia y los trastornos de salud mental. Es a la vez un factor determinante y un resultado de la salud. Para abordar los problemas de abuso de sustancias se necesita una mayor protección social y acceso a servicios de salud de buena calidad. El aumento de la capacidad del personal sanitario también es fundamental para responder eficazmente a los problemas de abuso de sustancias.

6. Conexión entre el punto del orden del día y el Plan Estratégico 2008-2012:

Objetivo Estratégico 3: Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.

Objetivo Estratégico 6: Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir factores de riesgo tales como el

consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo, que afectan las condiciones de salud.

7. Prácticas óptimas en esta área y ejemplos de países de la Región de las Américas:

- Ampliación de los servicios de tratamiento para los consumidores de drogas en Brasil y Estados Unidos, como parte de los sistemas nacionales de salud de estos países
- Integración de la detección y las intervenciones breves para problemas tempranos de drogas en la atención primaria o en entornos no especializados en Brasil y México
- Consideración de los problemas de drogas como problemas de salud pública en la política nacional en materia de drogas en Ecuador
- Acceso universal a la terapia antirretrovírica en Brasil para las personas infectadas por el VIH que consumen drogas
- Programas de intercambio de agujas en Argentina, Brasil, Canadá, Estados Unidos y México
- Tratamiento psicosocial para los trastornos debidos al consumo de sustancias, varios países
- Mantenimiento con metadona y buprenorfina para los usuarios de heroína en Estados Unidos y Canadá
- Alternativas frente al encarcelamiento para usuarios de drogas que cometen delitos menores en Argentina, Brasil y Uruguay
- Disponibilidad de servicios de farmacoterapia en las cárceles de Estados Unidos
- Control reglamentario de los medicamentos psicotrópicos de uso médico en Brasil, Canadá y Estados Unidos
- Control de los precursores químicos para la producción de anfetaminas en Estados Unidos
- Fortalecimiento de los programas familiares en Estados Unidos
- Organizaciones de autoayuda de compañeros en varios países

8. Implicaciones financieras de este punto del orden del día: No corresponde.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



146.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 21 al 25 de junio del 2010

CE146/13, Rev. 1 (Esp.)
Anexo D
ORIGINAL: INGLÉS

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DEL ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

LA 146.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el documento *Estrategia para la reducción del abuso de sustancias psicoactivas* (documento CE146/13, Rev. 1),

RESUELVE:

Recomendar que el 50.^o Consejo Directivo apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DEL ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

EL 50.^o CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento *Estrategia para la reducción del abuso de sustancias psicoactivas* (documento CD50/___);

Reconociendo la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad relacionada con los trastornos debidos al consumo de sustancias en el mundo y en la Región de las Américas, así como la laguna existente en el tratamiento y la atención de las personas afectadas por tales trastornos;

Entendiendo que, aunque se necesitan estrategias de reducción de la oferta, tales estrategias han tenido un efecto limitado en los problemas de consumo de sustancias psicoactivas en la Región y que, desde una perspectiva de salud pública, la ampliación del enfoque de reducción de la demanda basado en datos probatorios tiene el potencial para responder a una necesidad crucial de servicios de prevención, tratamiento, rehabilitación y reducción de daños;

Considerando el contexto y el marco para la acción que ofrecen la Agenda de Salud para las Américas, el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012 y el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (mhGAP) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que reflejan la importancia del problema del consumo de sustancias y establecen objetivos estratégicos para abordarlo, y

Observando que en la Estrategia para la reducción del abuso de sustancias psicoactivas propuesta en el documento CD50/___ se señalan las principales áreas de trabajo a abordarse, así como las áreas de cooperación técnica para atender las diferentes necesidades de los Estados Miembros con respecto al consumo de sustancias,

RESUELVE:

1. Respalda las disposiciones de la Estrategia para la reducción del abuso de sustancias psicoactivas y apoyar su ejecución en el contexto de las condiciones específicas de cada país, a fin de responder apropiadamente a las necesidades actuales y futuras con relación al consumo de sustancias.
2. Instar los Estados Miembros a que:
 - a) señalen el consumo de sustancias como una prioridad de salud pública y adopten planes para enfrentar los problemas del consumo de sustancias que sean acordes con sus problemas y prioridades específicos, especialmente con respecto a la reducción de las lagunas en el tratamiento;
 - b) reconozcan que los problemas relacionados con las sustancias son el resultado de una interacción entre la salud, por una parte, y los determinantes sociales y los resultados, por la otra, y que para hacer frente a los problemas del consumo de sustancias es necesario aumentar la protección social y el desarrollo sostenible, ofreciendo alternativas frente a la producción y la distribución de drogas en las zonas rurales y en las zonas urbanas pobres, y proporcionar acceso a servicios de salud de buena calidad;

- c) promuevan el acceso universal y equitativo a la asistencia para el tratamiento de los trastornos debidos al consumo de sustancias y la intervención temprana para toda la población, mediante el fortalecimiento de los servicios en el marco de sistemas basados en la atención primaria de salud y redes de servicios integrados y una acción progresiva para eliminar el modelo del pasado centrado en el hospital residencial;
- d) sigan trabajando para fortalecer su marco jurídico con miras a proteger los derechos humanos de las personas con trastornos debidos al consumo de sustancias y hacer cumplir eficazmente las leyes sin que ello tenga efectos negativos en la salud pública;
- e) promuevan iniciativas intersectoriales para prevenir el inicio del consumo de sustancias, prestando especial atención a los niños y los adolescentes, y reducir la estigmatización y la discriminación de las personas que tienen problemas de consumo de sustancias perjudiciales o de dependencia;
- f) promuevan la participación eficaz de la comunidad, de ex usuarios de sustancias y de familiares en las actividades de formulación de políticas, prevención y tratamiento mediante el apoyo a las organizaciones de ayuda mutua;
- g) reconozcan la formación de recursos humanos en el área de la prevención del consumo de sustancias, la asistencia y el tratamiento como componente clave de la mejora de los planes y servicios nacionales de salud y elaboren y ejecuten programas sistemáticos de capacitación y cambios en los programas de estudios;
- h) cierren la brecha actual en la información sobre el consumo de sustancias por medio de mejoras en la producción, el análisis y el consumo de información, así como de investigaciones, con un enfoque intercultural y de igualdad de género;
- i) fortalezcan las alianzas entre el sector público y otros sectores, incluidas las organizaciones no gubernamentales, las instituciones académicas y actores sociales clave, poniendo de relieve su participación en la formulación de políticas y planes relacionados con el consumo de sustancias; y
- j) asignen suficientes recursos financieros para lograr un equilibrio más equitativo entre el control de la oferta y la reducción de la demanda.

3. Solicitar a la Directora:

- a) que prepare un plan de acción quinquenal en estrecha colaboración con los Estados Miembros, las organizaciones no gubernamentales, las instituciones de investigación, los centros colaboradores de la OPS/OMS y otras organizaciones internacionales, a fin de presentarlo al Consejo Directivo en el 2011;
- b) que apoye a los Estados Miembros en la preparación y ejecución de planes nacionales en relación con el consumo de sustancias en el marco de su política social y de salud pública, teniendo en cuenta la Estrategia para la reducción del abuso de sustancias psicoactivas, esforzándose para corregir las inequidades y asignando prioridad a la atención de los grupos vulnerables y con necesidades especiales;
- c) que colabore en la evaluación de los problemas y los servicios relacionados con el consumo de sustancias en los países con miras a que se tomen medidas correctivas apropiadas y basadas en datos probatorios;
- d) que facilite la difusión de información y el intercambio de experiencias positivas e innovadoras y fomente la cooperación técnica entre los Estados Miembros;
- e) que promueva las alianzas con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, así como con organizaciones internacionales y otros actores regionales, a fin de apoyar la respuesta multisectorial que se necesita para ejecutar esta Estrategia; y
- f) que coordine la aplicación de la estrategia con la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) y con las comisiones nacionales antidrogas, según corresponda.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CE146/13, Rev. 1 (Esp.)
Anexo E

**Informe sobre las implicaciones financieras y administrativas
para la Oficina de los proyectos de resolución**

1. Punto del orden del día: 4.5. Estrategia para la reducción del abuso de sustancias psicoactivas

2. Relación con el presupuesto por programas 2008-2009:

a) Área de trabajo: Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental

b) Resultado previsto:

RPR 6.4: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para elaborar políticas, estrategias, programas y guías éticas basadas en evidencias para prevenir y reducir el consumo de bebidas alcohólicas, drogas y otras sustancias psicoactivas y los problemas relacionados.

RPR 3.1: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de aumentar el compromiso político, financiero y técnico para hacer frente a las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos por falta de seguridad vial y las discapacidades.

RPR 3.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para la elaboración y ejecución de políticas, estrategias y reglamentos referentes a las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, la seguridad vial, las discapacidades y las enfermedades bucodentales.

RPR 3.3: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para recopilar, analizar, difundir y utilizar datos sobre la magnitud, las causas y las consecuencias de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos ocasionados por tránsito en las vías públicas y las discapacidades.

RPR 3.4: La Oficina habrá compilado mejores datos objetivos sobre costo-eficacia de las intervenciones para atender las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos ocasionados por tránsito en las vías públicas, las discapacidades y la salud bucodental.

RPR 3.5: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para la elaboración y ejecución de programas multisectoriales, que abarquen a toda la población a fin de promover la salud mental y la seguridad vial y prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos

	mentales y del comportamiento, la violencia y los traumatismos, así como las deficiencias auditivas y visuales, incluida la ceguera.
RPR 3.6:	Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de mejorar sus sistemas sanitarios y sociales en lo que se refiere a la prevención y el tratamiento integrados de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos ocasionados por tránsito en las vías públicas y las discapacidades.
RPR 4.6:	Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para la aplicación de políticas y estrategias de salud y desarrollo del adolescente.
RPR 6.1:	Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para fortalecer su capacidad de introducir la promoción de la salud en todos los programas pertinentes; y para establecer colaboraciones multisectoriales y multidisciplinarias eficaces para la promoción de la salud y la prevención o reducción de los principales factores de riesgo.
RPR 6.2:	Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para fortalecer los sistemas nacionales de vigilancia de los principales factores de riesgo mediante la elaboración y validación de los marcos, las herramientas y los procedimientos operativos y su difusión.
RPR 7.1:	Se habrá reconocido en toda la Organización la importancia de los determinantes sociales y económicos de la salud y estos se habrán incorporado en el trabajo normativo y la colaboración técnica con los Estados Miembros y otros colaboradores.
RPR 7.2:	La OPS/OMS toma la iniciativa al brindar oportunidades y medios para la colaboración intersectorial a los niveles nacional e internacional para abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud e impulsar la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible.
RPR 7.3:	Los datos sociales y económicos pertinentes para la salud se habrán recogido, compilado y analizado en forma desglosada (por sexo, edad, grupo étnico, ingresos y problemas de salud, como enfermedades o discapacidades).
RPR 7.4:	Los enfoques de la salud éticos y basados en los derechos humanos son promovidos dentro de la OPS/OMS y a los niveles nacional, regional y mundial.
RPR 7.5:	Se habrá incorporado tanto el análisis de género como las medidas eficaces en la labor normativa de la OPS/OMS y se habrá proporcionado cooperación técnica a los Estados Miembros para la formulación de políticas y programas que tengan en cuenta las cuestiones de género.
RPR 7.6:	Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para elaborar políticas, planes y programas que apliquen un enfoque intercultural basado en la atención primaria de salud y que busquen establecer alianzas estratégicas con los interesados directos y los asociados pertinentes para mejorar la salud y el bienestar de los pueblos indígenas y poblaciones étnico/raciales.
RPR 8.3:	Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para

	fortalecer la formulación de políticas de salud ocupacional y ambiental, la planificación de intervenciones preventivas, la prestación de servicios y la vigilancia.
RPR 8.4:	Se contará con guías, instrumentos e iniciativas para ayudar al sector salud a influir en las políticas de sectores prioritarios (por ejemplo, energía, transporte, agricultura y ganadería), evaluar el impacto en la salud, analizar los costos y beneficios de las alternativas de políticas en esos sectores y aprovechar las inversiones en otros sectores que no están relacionados con la salud para mejorar la salud.
RPR 8.5:	Se habrá reforzado el liderazgo del sector salud para promover un entorno más sano y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud, respondiendo a los problemas emergentes y reemergentes de salud ambiental relacionados con el desarrollo, la evolución tecnológica, otros cambios ambientales mundiales y las pautas de producción y consumo.
RPR 10.1:	Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para dar acceso equitativo a servicios de atención de salud de buena calidad, haciendo hincapié en los grupos vulnerables de la población.
RPR 10.2:	Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para la ejecución de estrategias de fortalecimiento de la gestión en los servicios de salud e integración de la prestación de servicios de salud, incluidos los proveedores públicos y no públicos.
RPR 10.3:	Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para fortalecer los programas de mejoramiento de la calidad de la atención, incluida la seguridad del paciente.
RPR 11.1:	Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica con el fin de fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria nacional para desempeñar su función rectora; mejorar el análisis y la formulación de políticas, la regulación, la planificación estratégica y la ejecución de los cambios en los sistemas de salud; y aumentar la coordinación intersectorial e interinstitucional en los niveles nacional y local.
RPR 11.2:	Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para mejorar los sistemas de información sanitaria a los niveles regional y nacional.
RPR 11.3:	Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de aumentar el acceso equitativo, la difusión y la utilización de información, conocimientos y evidencias sobre la salud, destinados a la toma de decisiones.
RPR 11.4:	Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para facilitar la generación y transferencia de conocimientos en las áreas prioritarias, incluidas la salud pública y la investigación sobre sistemas de salud, y para velar por que los productos satisfagan las normas éticas de la OMS.
RPR 13.1:	Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para elaborar planes y políticas en materia de recursos humanos a fin de

RPR 13.3: RPR 13.4:	mejorar el desempeño de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para formular y aplicar estrategias e incentivos destinados a contratar y retener al personal de salud en función de las necesidades de sistemas de salud basados en la atención primaria. Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para fortalecer los sistemas y las estrategias de educación a nivel nacional, con miras a desarrollar y mantener las competencias de los trabajadores de la salud centradas en la atención primaria de salud.
3. Repercusiones financieras: La estrategia tiene repercusiones financieras para la Organización. a) Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su período de vigencia (redondeado a la decena de miles de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades): US\$ 450.000 por año durante cinco años, por un total de US\$ 2.250.000. b) Costo estimado para el bienio 2010-2011 (redondeado a la decena de miles de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades): US\$ 650.000. c) Del costo estimado señalado en el apartado b), ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas? US\$ 410.000.	
4. Repercusiones administrativas a) Indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas: Regional, subregional y de país. b) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal): Un puesto de nivel profesional (con una maestría en salud pública) para prestar apoyo técnico y coordinar y vigilar la ejecución de proyectos en países específicos. c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación): 2011-2021.	