
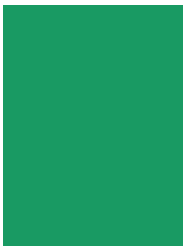


PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y SUS FACTORES DE RIESGO - 2014-2025





PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y SUS FACTORES DE RIESGO

2014-2025



REPÚBLICA DE PANAMÁ

AUTORIDADES NACIONALES

MINISTERIO DE SALUD

DR. MIGUEL ANTONIO MAYO DI BELLO

Ministro de Salud

DR. ERIC ULLOA

Viceministro de Salud

DRA. ITZA BARAHONA DE MOSCA

Directora General de Salud Pública

CAJA DE SEGURO SOCIAL

DR. ESTIVENSON GIRÓN DESGRENGER

Director General

DR. LUIS A. MENDIETA RIVERA

Director Ejecutivo Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

DR. FEDERICO HERNÁNDEZ

Representante OPS/OMS en Panamá

**PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL INTEGRAL
DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y SUS FACTORES DE RIESGO**

ISBN 978-9962-51-193-9

Publicado por

Ministerio de Salud Panamá [MINSA]

Diseño y diagramación:

Editora Sibauste, S.A. / Tel.: 229.4576

esibauste@cwpanama.net

MINISTERIO DE SALUD

DIRECTORES NACIONALES Y REGIONALES

CARGO	NOMBRE DEL FUNCIONARIO
Nivel Coordinador	
Secretaría General	Dr. Javier López
Nivel Asesor	
Oficina de Asesoría Legal	
Director	Lcdo. Erasmo Muñoz
Oficina de Relaciones Públicas	
Director	Lcdo. Joel González
Oficina de Asuntos Internacionales y Cooperación Técnica	
Directora	Licda. Natasha Dormoi
Oficina de Organización y Desarrollo Institucional	
Director	Licdo. Daniel E. Cedeño
Oficina Nacional de Salud Integral para la Población con Discapacidad	
Directora	Dra. Ingrid González
Oficina de Auditoría Interna	
Director	Licdo. Javier Humberto Berrio
NIVEL DE APOYO	
Dirección de Administración	
Director	Licdo. Roberto Biendicho Osigian
Dirección de Finanzas	
Director	Licdo. Gaudencio Rodríguez
Dirección de Recursos Humanos	
Directora	Licda. Ilse L. Santos H.

Dirección de Infraestructura de Salud

Directora **Arq. Ibeth Olmos**

Oficina de Informática

Director **Ing. Félix Ernesto Stanziola Rodríguez**

Nivel Técnico

Dirección de Planificación

Directora **Dra. Reina Roa**

Dirección del Subsector de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario

Director **Licdo. Julio Castillo**

Dirección de Administración de Proyectos Especiales

Director **Ing. Gabriel Cedeño**

Nivel Operativo-Ejecutivo

Dirección General de Salud

Directora **Dra. Itza Barahona de Mosca**

Dirección de Promoción de la Salud

Directora **Dra. Omaira Tejada de Díaz**

Dirección de Provisión de Servicios de Salud

Directora **Dra. Itzel Smith**

Dirección de Farmacia y Drogas

Directora **Licda. Jenny Edith Vergara Sibauste**

Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas

Directora **Dra. Elda Velarde**

DIRECTORES REGIONALES

Región de Salud de Bocas del Toro

Director **Dr. Daryl Padmore**

Región de Salud de Coclé

Directora **Dra. Ana María Martín**

Región de Salud de Colón	
Directora	Dra. Mayra E. Návalo
Región de Salud de Chiriquí	
Director	Dr. Agustín Saldaña
Región de Salud de Darién y la Comarca Emberá-Waunán y Wargandí	
Directora	Dra. Panamá Pérez
Región de Salud de Herrera	
Director	Dr. Hilario Correa
Región de Salud de Los Santos	
Director	Dr. Germán Solís
Región de Salud de Panamá Este	
Director	Dr. Anibal Arauz
Región de Salud de Panamá Oeste	
Director	Dr. Joaquín Chang
Región de Salud de Panamá Norte	
Directora	Dra. Iluska Moscoso
Región Metropolitana de Salud	
Director	Dr. Aurelio Rangel
Región de Salud de San Miguelito	
Director	Dr. Juan Biebarach
Región de Salud de Veraguas	
Director	Dr. Héctor Torres
Región de Salud de la Comarca de Guna Yala	
Director	Dr. Luis De Urriola
Región de Salud de la Comarca Ngäbe Buglé	
Directora	Dra. Liliana Santamaría

COORDINACIÓN DE LOS EJES PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN

COORDINADORES	LÍNEAS DE ACCIÓN
Dr. Julio Santamaría	Despacho superior -Coordinador técnico
Dr. Eric Ulloa	Despacho superior -Coordinador técnico
Dra. Myrna de Anderson	Despacho superior -Coordinadora técnica
Dra. Elsa Arenas de Kant	Coordinadora Nacional de Enfermedades No Transmisibles Coordinadora General del Plan
Dr. Rodrigo Arosemena	Eje. Políticas públicas y Eje investigación, Docencia y Desarrollo de Capacidades
Dra. Lourdes García	Eje. Planificación, Vigilancia e Información y Eje. Monitoreo & evaluación
Lcdo. José Ramiro López	Eje. Promoción de la salud, Participación Social y Prevención de la enfermedad
Dra. Daira Ibáñez	Eje. Promoción de la salud, Participación Social y Prevención de la enfermedad
Lcda. Flavia Fontes	Eje. Promoción de la salud, Participación Social y Prevención de la enfermedad
Dra. Raquel De Mock	Eje. Detección precoz, atención oportuna y rehabilitación

PARTICIPANTES DE LAS CONSULTAS Y REVISIÓN DEL DOCUMENTO

PARTICIPANTES	PROCEDENCIA
Abood, Mayra	Ministerio de Salud
Acosta, Pedro	Unión de Consumidores
Aguilar, Arelis	Ministerio de Salud
Alpírez, Martín	Ministerio de Salud
Alvarado, Silvia	Kraft Foods
Ambúlo, Graciela	Universidad de las Américas
Anderson, Myrna de	Ministerio de Salud /Universidad de Panamá
Arenas, Elsa	Ministerio de Salud
Arosemena, Rodrigo	Ministerio de Salud
Arrocha, Vannie	Corporación La Prensa
Astudillo, Carmen	Universidad de Panamá
Astudillo, Norma	Ministerio de Salud
Ayarza, Iris	SENAPAN
Bajura, Fulvia	Ministerio de Salud
Barrios, Verónica de	Universidad Americana
Boyd, Yadira	Instituto Nacional de Salud Mental
Caballero, Denis	Policía Nacional
Caballero, Dalba	Ministerio de Educación
Caballero, Eyra de	Universidad de Panamá
Calderón, Noris	Autoridad Del Turismo
Campos, Guillermo	Ministerio de Salud
Candanedo, Giselle	Ministerio de Salud
Cano, María de	Universidad de Panamá
Cárdenas, Anabel	Instituto Panameño de Deportes
Cárdenas, Norma de	Riba Smith S.A.
Carvajal S, Natalia	Kraft Foods
Castillo, Edith C.	Ministerio de Salud
Castillo, Fernando	Autoridad Nacional de Aduanas
Castroverde, Edilda	Nestlé, Panamá
Castro, Mayela	Ministerio de Salud

Ceballos, Yorleny	La Santé
Cedeño, Reynalda	Asociación de Nutricionistas
Chong, Avrin de	Asociación Nacional de Pacientes de Quimioterapia
Clealand, Elvia de	Grupo De Hipertensos y Diabéticos
Collado, Alvaro	Inmobiliaria Don Antonio S.A.
Córdoba, Yanina	Ministerio Trabajo Y Desarrollo Laboral
Cornejo, Luís	Asociación Panameña de Geriatría
Correa, Adriano	Ministerio de La Presidencia
Craig, Annette	Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá
Cuero, Cesar	Organización Panameña de Trasplantes
De Gracia, Edgardo	Ministerio de Salud
De Gracia, Manuel	Autoridad Nacional para la Innovación Gubernamental
De La Cruz, Rosa E.	Asociación Nacional Contra el Cáncer
Domínguez, Julia	Ministerio de Salud
López Espegel, Berta	Secretaria de Cadena de Frío
Espinosa, Eva de	Soya-Pac
Espinosa, Kathia	Ministerio de Salud
Esquivel, María de	Soc. Odontológica De Panamá
Eysseric, Gilma	Ministerio de Educación
Fajardo, Milagros	Ministerio de Salud
Fontes, Flavia	Ministerio de Salud
Gálvez, Carlos	Ministerio de Salud
Gálvez, Simón	Autoridad de Protección al Consumidor y Defensa de la Competencia
García, Lourdes	Ministerio de Salud
Goff, Guillermo	Red de Actividad Física de las Américas
Góndola, Elizabeth de	Asociación de Amigos y Voluntarias del Instituto Oncológico Nacional
Gordón, Argelia	Autoridad de Protección al Consumidor y Defensa de la Competencia
Gordon, Carlos	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de Salud
Guardo, Mónica	O.P.S.
Gudiel, Mario	O.P.S.
Guerra, Pedro	Autoridad Nacional de los Servicios Públicos
Guerrero, Olimpo	Ministerio de Salud
Gutiérrez, Ángela	Super Xtra
Gutiérrez, Loyda	Universidad de Panamá
Hall, Karla	Productos Toledano

Horna, Lurys	Fundación de Osteoporosis y Enf. Metabólicas/Fund. Cardiológica de Pmá.
Ibáñez, Daira	Ministerio de Salud
Jaén, Ycly	Caja Del Seguro Social
Iglesias, María de	Ministerio de Salud
Kaled, José	Caja Del Seguro Social
Kant, Rudick	Caja Del Seguro Social
Lalli, Ana	Ministerio Relaciones Exteriores
Levin, Joan	F.O.S.E.M.O. (Fundación de Osteoporosis y Enf. Metabólicas)
Lisa Andrade A.	Servicio Nacional Aeronaval
Lombardo, Angélica	Univ. Tecnológica De Panamá
Lombardo V. Miguel	Univ. Tecnológica De Panamá
López, José Ramiro	Ministerio de Salud
Luaces, Alicia	Asociación Nacional de Pacientes de Quimioterapia
Marlene Brea	Banco Hipotecario Nacional
Mitre, Engin	Inst. Nal. de Formación Prof. y Capacitación para el Desarrollo Humano
Modelo, Rita de	Ministerio de Salud
Mojica, María	Ministerio de Salud
Morales, Esteban	Universidad de Panamá
Morales, Mario	Consejo Nacional de Transparencia Contra la Corrupción
Mosca, Itza de	Ministerio de Salud
Motta, Jorge	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de Salud
Navarro, Alejandra	Defensoría Del Pueblo
Norato, Nayarit	Ministerio de Salud
Osorio, Jairo	Sociedad Panameña de Medicina General
Ovalle, Ana	Servicio Nacional de Migración y Naturalización
Ovalle, Edilma de	Autoridad Marítima de Panamá
Pardo, Omaira	Ministerio Obras Publicas
Pedroza, Rodrigo	Ministerio de Salud
Peralta, Mosee	Autoridad Nacional de Aduanas
Pineda, Alexander	Asociación Nacional de Pacientes con Insuficiencia Renal
Pineda, Ileana	Cervecería Barú
Pino, Marcos	Autoridad Panameña de Seguridad Alimentaria
Pinto, Raiza de	Ministerio de Salud
Quintero, Elizabeth	Ministerio de Educación
Quintero, Vashty	Caja de Seguro Social

Rangel, Nelly	Cervecería Nacional S.A.
Ramos, Yaribeth	Caja de Seguro Social
Rao, Jagannatta	Instituto de Ciencias y Alta Tecnología
Roa Reina	Ministerio de Salud
Rivera, Vielka de	Ministerio de Salud
Rodríguez, Ana B.	Autoridad de Turismo
Rodríguez, Mayanín	Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología
Rodríguez, Gladys	Autoridad de Protección al Consumidor y Defensa de la Competencia
Rodulfa, Ariadne	Ministerio de Comercio e Industrias
Rojas, Aira	Asociación Nacional Contra el Cáncer
Ruíz, Jorge	Ministerio de Salud
Samaniego, Alejandra	Universidad Marítima Internacional de Panamá
Sánchez, Jennifer	Sociedad Panameña de Endocrinología
Sandoya, Karin	Servicio Nacional de Migración y Naturalización
Santamaría, Julio	Ministerio de Salud
Santana, Deyra	Caja de Seguro Social
Sarracín, Angélica de	Radio María
Solís, Omaira de	Asociación Nacional de Pacientes de Quimioterapia
Sotomayor R., Jorge	Sociedad Panameña de Medicina Familiar
Stoute, Luis S.	Fundación de Buena Voluntad
Suero, Laura	Empresa Panameña de Alimentos
Taylor, Alonso	Asociación Panameña de Hipertensos
Ulloa, Eric	Ministerio de Salud
Urriola, Ilka de	Ministerio de Salud
Vanegas, Carolina	Ministerio de Salud
Varela, Daniel	Industrias Lácteas
Vásquez, Dora	Varela Hermanos
Vergara, Ivis	Universidad Santa María La Antigua
Vial, Aristides	Universidad de Panamá
Walts, Franz	Ing. Alimentos
Zapata, Ilsa	Colegio de Farmacéuticos

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	15
INTRODUCCIÓN	16
1. ANTECEDENTES DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT)	17
1. SITUACIÓN DE LAS ENT EN EL MUNDO	19
2.1. PRINCIPALES ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	20
2.1.1. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	20
2.1.2. CÁNCER	21
2.1.3. DIABETES	22
2.1.4. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	22
2.1.5. OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DE INTERÉS	23
2.1.5.1. HIPERTENSIÓN	23
2.1.5.2. OBESIDAD.....	24
2.1.5.3. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	24
2.1.5.4. OSTEOPOROSIS.....	25
2.2. FACTORES DE RIESGO DE LAS ENT	26
2.2.1. ALIMENTACIÓN INADECUADA Y OBESIDAD	26
2.2.2. SEDENTARISMO	27
2.2.3. TABACO	27
2.2.4. CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL	28
2.2.5. AMBIENTE	29
3. CARACTERÍSTICAS DE PANAMÁ Y DE LA POBLACIÓN PANAMEÑA.	30
3.1. TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA PANAMEÑA	30
3.2. MORTALIDAD GENERAL	33
4. SITUACIÓN DE LAS ENT EN PANAMÁ	35
4.1. MORTALIDAD Y MORBILIDAD ATRIBUIDA A ENT EN PANAMÁ	35
4.1.1. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	40
4.1.2. DIABETES	40
4.1.3. ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA	40
4.1.4. CÁNCER	44
4.1.5. OTRAS ENT	44
4.1.5.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL	44
4.1.5.2. OBESIDAD	44
4.1.5.3. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	44
4.1.5.4. OSTEOPOROSIS.....	45

5.	SITUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LAS ENT EN PANAMÁ	49
5.1.	ALIMENTACIÓN INADECUADA	49
5.2.	SEDENTARISMO	50
5.3.	TABACO	50
5.4.	CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL	51
5.5.	AMBIENTE	52
6.	MARCO LEGAL	53
7.	DESARROLLO DEL PLAN NACIONAL	54
7.1.	RESPONSABILIDAD Y CORRESPONSABILIDAD SENTIDA	55
7.1.1.	ACADEMIA Y ORGANIZACIONES RELACIONADAS CON SALUD	55
7.1.2.	ORGANIZACIONES CIVILES	57
7.1.3.	GOBIERNO	59
7.1.4.	EMPRESA PRIVADA.....	61
8.	CONTENIDO DEL PLAN	66
8.1.	ALCANCE DEL PLAN	66
8.2.	ESTRATEGIAS PRINCIPALES	66
8.3.	MISIÓN	66
8.4.	VISIÓN	66
8.5.	OBJETIVOS	66
8.5.1.	OBJETIVO GENERAL DEL PLAN	66
8.5.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PLAN	67
8.6.	LÍNEAS Y ACCIONES ESTRATÉGICAS	67
8.6.1.	EJE 1. POLÍTICAS PÚBLICAS	68
8.6.2.	EJE 2. PLANIFICACIÓN, VIGILANCIA E INFORMACIÓN	69
8.6.3.	EJE 3. PROMOCIÓN DE LA SALUD, PARTICIPACIÓN SOCIAL Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.....	71
8.6.4.	EJE 4. DETECCIÓN PRECOZ, ATENCIÓN OPORTUNA Y REHABILITACIÓN	81
8.6.5.	EJE 5. INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y DESARROLLO DE CAPACIDADES.....	84
8.6.6.	EJE 6. MONITOREO Y EVALUACIÓN	85
	BIBLIOGRAFÍA	86

ANEXO 1. RESOLUCIÓN 0982 DE 10 DE OCTUBRE DE 2013 QUE APRUEBA E IMPLEMENTA EL PLAN NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y SUS FACTORES DE RIESGO.

ANEXO 2. DECRETO EJECUTIVO 1510 QUE ESTABLECE LA ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y SUS FACTORES DE RIESGO.

ANEXO 3. ANEXO 3 DECRETO EJECUTIVO N°. 846 DE 4 DE AGOSTO DE 2015 QUE MODIFICA EL DECRETO EJECUTIVO N°. 1510 DE 19 DE SEPTIEMBRE DE 2014, QUE ESTABLECE LA ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y SUS FACTORES DE RIESGO.

ÍNDICE DE CUADROS, GRÁFICAS Y FIGURAS

CUADROS

CUADRO No. 1	PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO 1960	34
CUADRO No. 2	PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO 2010	34
CUADRO No. 3	TASAS DE DEFUNCIÓN ATRIBUIDAS AL SISTEMA CIRCULATORIO, TOTAL Y DESAGREGADAS SEGÚN ENFERMEDAD. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS 2002 AL 2010	38
CUADRO No. 4.	NÚMERO DE PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE OSTEOPOROSIS, OSTEOPENIA O NORMAL, DETECTADOS POR DENSITOMETRÍA DE TAMIZAJE DEL RADIO, SEGÚN SEXO Y AÑOS AGRUPADOS. REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑOS 2003-2014.....	46

GRÁFICAS

GRÁFICA No. 1.	PIRÁMIDES POBLACIONALES DE PANAMÁ	32
GRÁFICA No. 2.	TASA BRUTA DE NATALIDAD SEGÚN AÑO, POR QUINQUENIO. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS 1950-2015	33
GRÁFICA No. 3.	TASA BRUTA DE MORTALIDAD SEGÚN AÑO, POR QUINQUENIO. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS 1950-2015	35
GRÁFICA No. 4.	DEFUNCIONES EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ POR CAUSAS AGRUPADAS. AÑO 2013.....	36
GRÁFICA No. 5.	DEFUNCIONES EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ POR CAUSAS AGRUPADAS, SEGÚN SEXO FEMENINO. AÑO 2013	37
GRÁFICA No. 6.	DEFUNCIONES EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ POR CAUSAS AGRUPADAS, SEGÚN SEXO MASCULINO. AÑO 2013	37
GRÁFICA No. 7.	TASA DE INCIDENCIA DE LOS PRINCIPALES TUMORES MALIGNOS. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO 1990-2012/P	41
GRÁFICA No. 8.	TASA DE MORTALIDAD ANUAL DE LOS CINCO PRINCIPALES TUMORES MALIGNOS EN HOMBRES. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO 1993-2012/P	43
GRÁFICA No. 9.	TASA DE MORTALIDAD ANUAL DE LOS CINCO PRINCIPALES TUMORES MALIGNOS EN MUJERES. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO 1993-2012/P	43
GRÁFICA No. 10	CRECIMIENTO NACIONAL DE LOS PACIENTES EN DIÁLISIS. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS 2007-2013	45
GRÁFICA No. 11.	PORCENTAJE DE CASOS CON OSTEOPENIA, OSTEOPOROSIS Y NORMALES. REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑOS 2003 AL 2014.....	47
GRÁFICA No. 12.	NÚMERO DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON OSTEOPOROSIS POR REGIÓN DE SALUD SEGÚN SEXO. PANAMÁ, AÑO 2013.	47

GRÁFICA No.13. NÚMERO DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON OSTEOPOROSIS POR REGIÓN DE SALUD SEGÚN EDAD, PANAMÁ, AÑO 2013.....	48
--	----

FIGURAS

FIGURA No. 1. MAPA PROVINCIAL DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ.....	31
FIGURA No. 2. TASA GENERAL DE LAS CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIONES POR PROVINCIA, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO 2013	39

PRESENTACIÓN

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT), entre ellas, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas, son las principales causas de morbilidad, muerte y discapacidad en el mundo y de igual forma lo son en Panamá. Ellas merman la salud, el poder adquisitivo de la población y la capacidad de respuesta que debemos brindar los encargados de la atención ante la enfermedad. Ello, sin duda alguna, marca el alcance de estas enfermedades, constituyéndose en un desafío sin precedentes para la labor de los gobiernos y de los sistemas de salud a nivel mundial.

En tal sentido, el Ministerio de Salud de Panamá, consciente de su rol y responsabilidad ha decidido enfrentar esta problemática, a través de una política de salud destinada al abordaje de las ENT, implementando el “Plan estratégico nacional para la prevención y el control integral de las Enfermedades No Transmisibles y sus Factores de Riesgo”. Iniciativa que viene sumada, entre otros al Plan Nacional de Prevención y Control del Cáncer, al Programa de Humanización, al Programa Nacional de Cuidado Paliativo y los esfuerzos por contar con un sistema de Registros Nacionales, busca mejorar el acceso de toda la población, no solo a los servicios integrales de salud sino también a enseñarles a ser garantes de su propia salud a través de la promoción y educación en todo el ciclo de vida. Este componente de la Política de Salud, representa un instrumento conductor para el periodo 2014-2025, el cual prioriza los problemas más frecuentes relacionados con las ENT así como a la Enfermedad Renal Crónica, la Hipertensión, la Obesidad y la Osteoporosis.

La aplicación de las políticas de salud, en especial las relacionadas con las ENT, permitirá además impulsar acciones en el campo de la atención primaria de salud, estrategia que consideramos necesarias para el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades y de los factores de riesgo presentes y conocidos como lo son la inactividad física, el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol y una dieta poco saludable. Todo ello y más contempladas en el actual “Plan estratégico nacional para la prevención y el control integral de las Enfermedades No Transmisibles y sus Factores de Riesgo”.

Atentamente,



Dr. Miguel Antonio Mayo Di Bello
Ministro de Salud



INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles o enfermedades no transmisibles están aumentando en el mundo sin distinción de región o clase social. Este crecimiento se puede considerar como un ejemplo de crecimiento exponencial. En el 2000, las enfermedades no transmisibles (ENT) y los trastornos mentales representaron el 60% de la mortalidad total en el mundo y el 43% de la carga global de morbilidad. Esta carga aumentará a un 69% en el año 2020 y de forma especial en los países menos desarrollados.¹

De los 57 millones de muertes en el mundo en el año 2008, 36 millones (63%), se debieron a enfermedades no transmisibles, principalmente a causa de enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas. Ellas son responsables de 3 de cada 5 muertes. De estas defunciones, 9.1 millones (25%) se reportan en personas menores de 60 años.²

Casi el 80% de las muertes por ENT ocurren en países de bajos y medianos ingresos, y son las causas más frecuentes de muerte en la mayoría de los países, excepto en África. Incluso en las naciones africanas, las enfermedades no transmisibles están aumentando rápidamente y se prevé que supere a las enfermedades transmisibles (maternas, perinatales y las enfermedades nutricionales) como las causas más comunes de muerte para el año 2030.

Datos de mortalidad y morbilidad revelan el impacto creciente de la epidemia. Más del 80% de las muertes por enfermedades cardiovasculares y la diabetes, y casi el 90% de las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, se producen en países de ingresos bajos y medios. Más de dos tercios de las muertes por cáncer se producen en países de ingresos bajos y medios. Ellas también matan a jóvenes, en los países de ingresos bajos y medios, donde el 29% de las muertes ocurren entre personas menores de 60 años de edad, en los países de altos ingresos ocurre el 13%.

Las ENT son las causas del 60% de todas las muertes y 44% de las muertes prematuras en el mundo. Se estima que en el año 2010 fallecieron 18,1 millones de personas por estas causas, 30% de esas muertes fueron por enfermedades cardiovasculares, el 80% vivía en países de ingresos bajos y medios. Más de 9 millones, cerca del 50%, de las muertes atribuibles a las ENT, se presentan en personas menores de 60 años. En términos mundiales, las ENT afectan por igual a hombres y mujeres.

Este grupo de enfermedades tienen un impacto catastrófico en la economía de los gobiernos pero sobre todo en el de las familias, sea por el gasto derivado de los tratamientos y manejo así como por la pérdida de años de vida potencial y de productividad, causadas por muertes prematuras y discapacidad. Las ENT no solo constituyen un problema sanitario sino también un desafío en materia de desarrollo, limitan los esfuerzos en la lucha que se realiza contra la pobreza y contribuyen a aumentar las inequidades ya existentes, en salud.

Esta situación es más compleja en América Latina, porque alrededor de 40% de las muertes se producen prematuramente, en el momento de mayor productividad de la vida, cuando el impacto económico y social, es mayor. La discapacidad resultante es una carga muy pesada no solo para los individuos, sino también para las familias y para los sistemas de salud.

En Panamá el 61% de las defunciones ocurridas en el año 2010 fueron atribuidas a las enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente a causa de enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas. Además existen otros grupos de enfermedades crónicas que al igual que éstas, se constituyen en un problema para la sociedad panameña como lo son, la obesidad, la hipertensión arterial, la enfermedad renal crónica y la osteoporosis, enfermedades que pueden ser abordadas dentro de las acciones establecidas en el presente documento y que necesitamos identificar y conocer mejor.

El presente documento recoge la intención de los diferentes grupos que conforman la sociedad panameña, para poder abordar el problema de las ENT como un compromiso de todos los sectores, en todos los niveles sociales y geográficos del país. Recae en el gobierno la función y la responsabilidad, primordiales de responder al reto que plantean las enfermedades no transmisibles, reconocer que la participación y el compromiso de todos los sectores de la sociedad son esenciales para generar una respuesta eficaz y procurar la articulación de todos los actores al momento de accionar en torno a estas enfermedades, por el bien de la población panameña.

1. Introducción Epidemiológica de las Enfermedades No Transmisibles en <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/seguropublico/files/2012/03/Enfermedades-No-Transmisibles.pdf>
2. Primera conferencia ministerial mundial sobre modos de vida sanos y control de las enfermedades no transmisibles en Moscú (Federación de Rusia), 28-29 de abril de 2011

1. ANTECEDENTES DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT)

En las últimas décadas se han llevado a cabo numerosas investigaciones sobre las causas y mecanismos que producen las enfermedades no transmisibles (ENT). La investigación ha involucrado grandes estudios epidemiológicos poblacionales, estudios en animales y de bioquímica básica, estudios de intervención y estudios preventivos basados en la comunidad a gran escala. Estas investigaciones han demostrado claramente que las ENT o los eventos que llevan a ellas tienen sus raíces en estilos de vida no saludables o entornos sociales y físicos adversos a los que llamamos factores de riesgo.

El estilo de vida es una forma de comportamiento que se basa en patrones identificables y modificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales en la que se desarrolla el individuo. Estas condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales y económicas, y del entorno físico, todo lo cual puede ejercer impacto en la salud, estando en gran medida, fuera del control inmediato del individuo. La acción de la Carta de Ottawa destinada a crear ambientes favorables para la salud se centra en gran medida, en la necesidad de mejorar y cambiar las condiciones de vida y los factores de riesgo para favorecer la salud.

El Centro para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas del Ministerio de Salud de Canadá agrupa los factores de riesgo de la siguiente manera: En los individuos, factores personales como edad, sexo, nivel de educación y la composición genética; factores de comportamiento como fumar, consumo de dieta no saludable e inactividad física y factores intermedios como el nivel de colesterol sérico, la hipertensión y la obesidad/sobrepeso. En las comunidades, los principales factores son: enfermedades sociales y económicas, como la pobreza, el empleo, la composición familiar; el ambiente físico como el clima, la contaminación atmosférica; la cultura como las prácticas, normas y valores y la urbanización que influye en la vivienda y el acceso a los productos y servicios. Según el Informe de Salud Mundial 2002, se identificaron a los mayores factores de riesgo para las ENT siendo estos principalmente: el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, la presión arterial, la inactividad física, altos niveles de colesterol, el sobrepeso y una dieta no saludable.

El Plan Estratégico 2008-2012 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) contempla en su Objetivo estratégico 3 “Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos” centrado en la prevención y reducción de la carga de enfermedad, las discapacidades y las defunciones prematuras por las principales enfermedades crónicas no transmisibles. La meta establecida fue la “reducción del número anual estimado de defunciones relacionadas con las enfermedades crónicas no transmisibles priorizadas (enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes) en América Latina y el Caribe.”³ Este logro muy relacionado con el abordaje de los factores de riesgo, igualmente priorizados.

3. OPS. Documento Oficial No. 328 Plan Estratégico 2008-2012 de la Organización Panamericana de la Salud.

El 13 de mayo de 2010, la Asamblea General de las Naciones Unidas por resolución ONU 64/265, decidió por unanimidad “convocar una Reunión Plenaria de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles”. La resolución para convocar a esta Reunión de Alto Nivel de Naciones Unidas fue propuesta por los países de la Comunidad del Caribe (CARICOM). En ella se acordó unificar una sigla que permitiera hacer alusión a las principales causas de muerte de enfermedades crónicas no transmisibles a nivel mundial y que se pudiera aplicar a varios idiomas por lo que se definió “ENT” equivalente a “NCD” y el abordaje de las cuatro (4) enfermedades y sus cuatro (4) factores de riesgo comunes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostuvo reuniones regionales de consulta para brindar a los países la oportunidad de plantear los problemas que enfrentaban en relación con las ENT como resultado de la reunión de Alto Nivel sobre las ENT. Se celebraron consultas en las seis regiones de la OMS: Mediterráneo Oriental, Europa, Américas (México, 24 y 25 de febrero de 2011), Asia Sudoriental, África y Pacífico Occidental. Se celebró la primera Conferencia Ministerial Mundial sobre modos de vida sanos y lucha contra las enfermedades no transmisibles que tuvo lugar en Moscú el 28 y 29 de abril de 2011. Esta reunión tuvo por objetivo apoyar a los Estados Miembros en la formulación y el fortalecimiento de políticas y programas sobre modos de vida sanos y sobre la prevención de las ENT. Estas actividades se basan en la estrategia mundial para la prevención y el control de las ENT y su plan de acción que incluye enfoques multisectoriales e innovadores sobre prevención y atención.

En las Américas, la OPS está aplicando una estrategia regional para la prevención y el control de las ENT. Está ayudando a los países en sus preparativos y ha apoyado el observatorio CARMEN, la Cumbre regional de alto nivel en las Américas contra las ENT, la conferencia panamericana sobre la obesidad con énfasis en la obesidad infantil, la semana del bienestar y una campaña de mensajes de texto a teléfonos celulares sobre modos de vida sano e impulsó la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas de septiembre de 2011.

La Cumbre Mundial de septiembre de 2011 culminó con una declaración política sobre la prevención y el control de las ENT, que comprometió a los gobiernos a establecer metas mundiales de vigilancia de estas enfermedades y sus factores de riesgo, como el tabaquismo, el régimen alimentario poco saludable, la inactividad física y el consumo nocivo de bebidas alcohólicas. La Asamblea General de las Naciones Unidas solicitó a la Organización Mundial de la Salud que elaborase un marco para monitorear de cerca, el progreso mundial. Igualmente solicitó que antes de fines del 2012 se contara con recomendaciones sobre un conjunto de metas mundiales que permitan vigilar las tendencias y evaluar el progreso en los países. El fin de esta solicitud es la de reducir el costo del sufrimiento, de la discapacidad y de la muerte prematura relacionada con estas enfermedades.

Tras la adopción de la Declaración Política sobre las Enfermedades no Transmisibles, la OMS elaboró un marco mundial de vigilancia para realizar un seguimiento de los avances en la prevención y el control de estas enfermedades y sus principales factores de riesgo. El marco consta de nueve metas mundiales y 25 indicadores y se sometió a la adopción de los Estados Miembros en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2013. Las nueve metas mundiales son de aplicación voluntaria y tienen por objeto combatir la mortalidad causada a nivel mundial por los cuatro grandes tipos de enfermedades no transmisibles, acelerar la adopción de medidas contra los principales factores de riesgo de ENT y reforzar la respuesta de los sistemas nacionales de salud. Las metas son:

1. Reducir en un 25% la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles para 2025, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2012.

2. Contar con 80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles, incluidos genéricos, necesarios para tratar las principales enfermedades no transmisibles, tanto en los centros de salud públicos como en los privados.
3. Al menos el 50% de las personas que lo necesitan reciben farmacoterapia y asesoramiento (incluido el control de la glucemia) para prevenir los ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares.
4. Detener el aumento de la diabetes y la obesidad.
5. Lograr una reducción relativa del 25% en la prevalencia de la hipertensión o limitar la prevalencia de la hipertensión de acuerdo con las circunstancias nacionales.
6. Alcanzar una reducción relativa al 30 % en la prevalencia del consumo actual del tabaco entre los mayores de 15 años.
7. Lograr una reducción relativa del 10% en la prevalencia de la actividad física insuficiente.
8. Lograr una reducción relativa del 30% en la ingesta poblacional media de sal/sodio.
9. Lograr una reducción relativa del 10% en el uso nocivo del alcohol según proceda en función del contexto nacional.

En septiembre-octubre 2014, en el 53.o Consejo Directivo de la OPS y la 66.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas se aprueba el Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. La meta de este plan es detener el aumento de la epidemia para que no haya incremento con respecto a las tasas actuales de prevalencia de la obesidad en los países. En el plan se insta a aplicar políticas fiscales, como impuestos sobre las bebidas azucaradas y los productos de alto contenido calórico y bajo contenido nutricional, la reglamentación de la publicidad y el etiquetado de los alimentos, el mejoramiento de los ambientes escolares de alimentación y la actividad física, y la promoción de la lactancia materna y la alimentación saludable, entre otros.

2. SITUACIÓN DE LAS ENT EN EL MUNDO

Las enfermedades no transmisibles o crónicas son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Las enfermedades no transmisibles (ENT), principalmente las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes son responsables del 63% de las muertes que se producen en el mundo (36 millones de 57 millones de muertes globales).⁴

Ellas son responsables de 3 de cada 5 muertes. De estas defunciones, 9.1 millones (25%) se reportan en personas menores de 60 años ⁵. Casi el 80% de las muertes por ENT ocurren en países de bajos y medianos ingresos, y son las causas más frecuentes de muerte en la mayoría de los países, excepto en África. Incluso en las naciones africanas, las enfermedades no transmisibles están aumentando rápidamente y se prevé que supere a las enfer-

4. Web. http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/facts/es/index.html

5. Primera conferencia ministerial mundial sobre modos de vida sanos y control de las enfermedades no transmisibles en Moscú (Federación de Rusia), 28-29 de abril de 2011

medades transmisibles (maternas, perinatales y las enfermedades nutricionales) como las causas más comunes de muerte para el año 2030.

Datos de mortalidad y morbilidad revelan el impacto creciente de la epidemia. Más del 80% de las muertes por enfermedades cardiovasculares y la diabetes, y casi el 90% de las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, se producen en países de ingresos bajos y medios. Más de dos tercios de las muertes por cáncer se producen en países de ingresos bajos y medios. Ellas también matan a jóvenes, en los países de ingresos bajos y medios, donde el 29% de las muertes ocurren entre personas menores de 60 años de edad, en los países de altos ingresos ocurre el 13%.

Estas enfermedades surgen como resultado de: la urbanización, el desarrollo y cambios en estilos de vida y en la alimentación que llevan al fenómeno conocido como “transición demográfica y de salud”. En los países desarrollados se origina con disminución de las tasas de fertilidad y de mortalidad lo que da lugar a elevación de la expectativa de vida y al fenómeno conocido como “envejecimiento poblacional”. Esto, sumado a lo que se ha llamado la “transición epidemiológica” que es el resultado de la disminución de las enfermedades infecciosas, como primera causa de morbimortalidad y la disminución de muertes maternas e infantiles para dar paso al aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas (ENT). En los países en desarrollo y en los más pobres estos fenómenos ya están apareciendo pero sin haberse librado del flagelo que constituyen las enfermedades infecciosas.

Las ENT son las causas del 60% de todas las muertes y 44% de las muertes prematuras en el mundo. Se estima que en el año 2010 fallecieron 18,1 millones de personas por estas causas, 30% de esas muertes fueron por enfermedades cardiovasculares, el 80% vivía en países de ingresos bajos y medios. Más de 9 millones, cerca del 50%, de las muertes atribuibles a las ENT, se presentan en personas menores de 60 años. En términos mundiales, las ENT afectan por igual a hombres y mujeres.

Este grupo de enfermedades tienen un impacto catastrófico en la economía de los gobiernos pero sobre todo en el de las familias, sea por el gasto derivado de los tratamientos y manejo así como por la pérdida de años de vida potencial y de productividad, causadas por muertes prematuras y discapacidad. Las ENT no solo constituyen un problema sanitario sino también un desafío en materia de desarrollo, limitan los esfuerzos en la lucha que se realiza contra la pobreza y contribuyen a aumentar las inequidades ya existentes, en salud.

Esta situación es más compleja en América Latina, porque alrededor de 40% de las muertes se producen prematuramente, en el momento de mayor productividad de la vida, cuando el impacto económico y social, es mayor. La discapacidad resultante es una carga muy pesada no solo para los individuos, sino también para las familias y para los sistemas de salud.

2.1. PRINCIPALES ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

2.1.1. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

La enfermedad cardiovascular (ECV) se refiere a un grupo de enfermedades del corazón y de los vasos sanguíneos. Entre ellas están la cardiopatía coronaria, las enfermedades cerebrovasculares, las arteriopatías periféricas, la cardiopatía reumática, las cardiopatías congénitas y las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares. Las ECV son la principal causa de muerte en todo el mundo.

Se calcula que en 2008 murieron por esta causa 17,3 millones de personas, lo cual representa un 30% de todas las muertes registradas en el mundo; 7,3 millones de esas muertes se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,2 millones a los Accidentes Cerebro-vasculares (AVC). Las muertes por ECV afectan por igual a ambos sexos, y más del 80% se producen en países de ingresos bajos y medios. Se calcula que en 2030 morirán cerca de 25 millones de personas por ECV, sobre todo por cardiopatías y AVC, y se prevé que sigan siendo la principal causa de muerte. Siete millones y medio (13%) de las muertes anuales, son atribuibles a la hipertensión. Esto incluye el 51% de las muertes por AVC y el 45% de las muertes por cardiopatía coronaria.⁶

La hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el tabaquismo, vistos en conjunto, explican más del 80% de las enfermedades cardiovasculares, pero la hipertensión es el factor de riesgo con más peso y se asocia con el 62% de los accidentes cerebrovasculares y el 49% de la cardiopatía isquémica.⁷ El aumento de la presión arterial es poco frecuente en sociedades donde el consumo de cloruro de sodio no supera los 50 m.mol/día, y se dispone de pruebas científicas que señalan el consumo actual de sodio como el principal factor que condiciona el aumento de la presión arterial en las poblaciones.

2.1.2. CÁNCER

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que alrededor de 84 millones de personas morirán a causa de esta enfermedad entre 2005 y 2015. En 2008 causó 7,6 millones de defunciones, aproximadamente un 13% del total de las defunciones.⁸ Según esta estimación, los diez tipos de cáncer que más muertes causaron son: pulmón, mama, estómago, hígado, colorectal, cuello uterino, próstata, esófago, ovario y páncreas. Según sexo, los principales tipos de cáncer que causaron defunciones en las mujeres fueron el de mama (13.7%), pulmón (12.7%), colorectal (8.6%), cuello del útero (8.2%) y estómago (7.6%). En los hombres, el cáncer de pulmón (27.8%), hígado (14.0%), estómago (13.6%), colorectal (9.4%), esófago (8.1%) y próstata (13.6%).

En 2012, se reportaron en el mundo 14.1 millones de casos nuevos de cáncer y un total de 8.2 millones de defunciones, de las cuales, el 65% (5.3 millones) ocurrieron en países de bajos ingresos. Según esta estimación, los diez tipos de cáncer que más muertes causaron, en orden descendente fueron: mama, próstata, pulmón, estómago, colorectal, cuello uterino, esófago, hígado, cuerpo del útero, ovario y esófago. Según sexo, los principales tipos de cáncer que causaron defunciones en las mujeres fueron el de mama (25.2%), colorectal (9.2%), pulmón (8.8%), cuello del útero (7.9%) y el de estómago y cuerpo del útero con el mismo porcentaje (4.8%). En los hombres, el cáncer de pulmón (16.7%), próstata (15%), colorectal (10%), estómago (8.5%) e hígado (7.5%).⁹

El cáncer oral constituye una patología con implicaciones tanto psicosociales como económicas muy importantes, debido principalmente, a que las referencias bibliográficas reportan que sólo el 15% de los casos son diagnosticados en etapas tempranas, mientras que el 85% restante, llegan a la consulta en períodos avanzados, lo que ensombrece el pronóstico y conlleva la necesidad de tratamientos más costosos, la imposibilidad de reintegrarse al trabajo en el corto plazo y problemas de adaptación social, ya que muchas veces requieren tratamientos mutilantes, por lo tanto, la detección temprana es el factor fundamental para mejorar la supervivencia.

6. OMS. Enfermedad Cardiovascular. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>

7. Prioridad para la salud cardiovascular en las Américas. http://www1.paho.org/prioridades/pdf/4/4_4hipertension_arterial.pdf. PAHO-2011

8. GLOBOCAN 2008, IARC, 2010.

9. GLOBOCAN 2012.

Se prevé que las muertes por cáncer continúen aumentando en todo el mundo y alcancen la cifra de 13,1 millones en 2030. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que para 2020 en América Latina y el Caribe, se producirán 833.800 defunciones causadas por el cáncer.¹⁰ El consumo de tabaco, la dieta no saludable, la falta de actividad física y el consumo excesivo de alcohol, son considerados los principales factores de riesgo que contribuyen a la aparición de estos tipos de cáncer.

2.1.3. DIABETES

En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes. Se calcula que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencias del exceso de azúcar en la sangre en ayunas. Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. Casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años, y un 55% a mujeres. La OMS prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030.¹¹

La fundación internacional de Diabetes estima la mayoría de personas con diabetes tienen entre 40 y 59 años de edad, que 183 millones de personas con diabetes (el 50%) están sin diagnosticar y que además ha originado al menos 465.000 millones de USD de gasto sanitario en 2011 que representa el 11% de los gastos totales en sanidad en adultos (20-79 años).¹²

La diabetes aumenta el riesgo de cardiopatía y accidente cerebro vascular (ACV). Un 50% de los pacientes diabéticos mueren de enfermedad cardiovascular (principalmente cardiopatía y ACV). La diabetes se encuentra entre las principales causas de la insuficiencia renal. Un 10 a 20% de los pacientes con Diabetes mueren por esta causa. En los pacientes con diabetes el riesgo de muerte es al menos dos veces mayor que en las personas sin diabetes.

El diagnóstico se puede establecer tempranamente con análisis de sangre relativamente baratos. El tratamiento de la diabetes consiste en la reducción de la glucemia y de otros factores de riesgo conocidos que dañan los vasos sanguíneos. Para evitar las complicaciones también es importante dejar de fumar. Entre las intervenciones que son factibles y económicas se encuentran: El control moderado de la glucemia, el control de la presión arterial, los cuidados podológicos, el control de los lípidos de la sangre, la detección de los signos tempranos de nefropatía relacionada con la diabetes, entre otras. Estas medidas deben acompañarse de una dieta saludable, actividad física regular y procurar mantener el peso corporal normal.

2.1.4. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Cientos de millones de personas sufren cada día las consecuencias de una enfermedad respiratoria crónica (ERC). Según estimaciones recientes de la OMS (2004), actualmente hay unos 235 millones de personas que padecen asma, 64 millones que sufren enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), y muchos millones de personas más que sufren rinitis alérgica y otras ERC que a menudo no llegan a diagnosticarse.¹³

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) no es una sola enfermedad, sino un concepto general que designa diversas dolencias pulmonares crónicas que limitan el flujo de aire en los pulmones. Los términos más

11. OMS. DIABETES. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html> publicado en de Nov. 2014
12. IDF. en <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/la-carga-mundial?language=es>
13. OMS. Enfermedades respiratorias crónicas en http://www.who.int/respiratory/about_topic/es/

familiares 'bronquitis crónicas' y 'el enfisema' son utilizado no más comúnmente, pero ahora se incluyen en la diagnosis de la EPOC.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica se caracteriza por un bloqueo persistente del flujo de aire. Se trata de una enfermedad subdiagnosticada y potencialmente mortal que altera la respiración normal y no es totalmente reversible. Los términos bronquitis crónica y enfisema quedan englobados en el diagnóstico de EPOC, y era más frecuente en varones, pero con el aumento del consumo de tabaco y la exposición a la contaminación del aire de interiores entre las mujeres, en la actualidad, la EPOC afecta casi por igual a ambos sexos. Aproximadamente un 90% de las muertes por EPOC se producen en los países de bajos y medianos ingresos.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) altera la respiración normal y es potencialmente mortal. Es más que la "tos del fumador". Se calcula que hubo 64 millones de personas con EPOC en el 2004. En 2005 murieron por esta causa más de 3 millones de personas, lo cual representa un 5% de todas las muertes registradas ese año. La principal causa de la EPOC es el humo del tabaco (fumadores activos y pasivos). En la actualidad, afecta casi por igual a ambos sexos, en parte debido al aumento del consumo de tabaco entre las mujeres de los países de ingresos elevados. Se prevé que, en ausencia de intervenciones para reducir los riesgos, y en particular la exposición al humo del tabaco, las muertes por EPOC aumenten en más de 30% en los próximos 10 años.¹⁴

Los factores de riesgo más comunes para estas enfermedades son, además del tabaquismo; la contaminación del aire en espacios cerrados; contaminación exterior; alérgenos; exposición a riesgos ocupacionales como el polvo y productos químicos.

2.1.5. OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DE INTERÉS.

2.1.5.1. HIPERTENSIÓN

Además de lo ya mencionado sobre hipertensión como factor de riesgo para la aparición de ECV, se hace necesario revisarla como una patología altamente diagnosticada y padecida por gran parte de la población mundial. La Hipertensión arterial (HTA) es la entidad patológica modificable de mayor prevalencia en el mundo, es la causa aproximadamente de la mitad de todas las defunciones por accidente cerebrovascular o cardiopatía. Se considera que fue la causa directa de 7,5 millones de defunciones en 2004, lo que representa casi el 13% de la mortalidad mundial. A nivel mundial, uno de cada tres adultos tiene la presión arterial elevada. Esa proporción aumenta con la edad: una de cada diez personas de 20 a 40 años, y cinco de cada diez de 50 a 60 años.

En 1980, casi un 40% de los adultos de la Región de Europa de la OMS y un 31% de los adultos de la Región de las Américas padecían HTA. En 2008, en estos países, la cifra cayó a menos del 30% y el 23%, respectivamente. En la Región de África y en otros países de bajos y medianos ingresos (que sólo tienen acceso a menos de 10% de los recursos globales para tratamientos) la prevalencia es cinco veces más grande y se estima que más del 40% (y hasta el 50%) de los adultos sufren HTA y esa proporción va en aumento.

Una investigación llevada a cabo por la Sociedad Internacional de Hipertensión, publicada en la revista especializada The Lancet, en 2001, encontraron que la hipertensión había causado 7.600.000 muertes prematuras (un 13,5% del total global) y 92 millones de discapacidades. Según los autores del estudio, 54% de los accidentes cerebro-

14. Fuente: OMS. Centro de prensa. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/es/index.html>

vasculares y 47% de las enfermedades cardíacas en el mundo se debieron a hipertensión, en los países ricos se presentaron 1.390.000 (80%) muertes, la cifra alcanzó 6.220.000 (80%) en los países en vías de desarrollo.

2.1.5.2. OBESIDAD

La obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial. Aunque anteriormente se consideraba un problema propio de los países de altos ingresos, en la actualidad la obesidad y el sobrepeso también son prevalentes en países de ingresos bajos y medianos. El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, son atribuibles al sobrepeso y la obesidad, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres.

Los últimos cálculos de la OMS indican que en 2008, había en todo el mundo, aproximadamente 1,400 millones de adultos (de 20 años y más) con sobrepeso. Dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos. El 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal. En 2010, alrededor de 40 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso. Se calcula que en 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad.¹⁵

En términos de países es difícil comparar, ya que las informaciones disponibles en cada uno no siempre son comparables, pero se sabe que países como Samoa, Estados Unidos, Inglaterra, Australia, Alemania, Chile y México están entre los más afectados. Sin embargo, de acuerdo a FAO, el Oriente Medio y el Norte de África son las regiones del mundo con el mayor problema de obesidad entre las mujeres.¹⁶

2.1.5.3. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

La enfermedad renal crónica (ERC), anteriormente conocida como insuficiencia renal crónica (IRC), es una pérdida progresiva e irreversible de las funciones renales por 3 meses o más. La enfermedad renal crónica (ERC) empeora lentamente con el tiempo. En las etapas iniciales, es posible que no haya ningún síntoma. La pérdida de la función por lo regular tarda meses o años en suceder y puede ser tan lenta que los síntomas no aparecen hasta que el funcionamiento del riñón es menor a una décima parte de lo normal. La diabetes y la hipertensión arterial son las dos causas más comunes y son responsables de la mayoría de los casos.

La diabetes y la hipertensión, sumadas al envejecimiento, son los principales factores de riesgo para desarrollar la enfermedad renal crónica (ERC), que afecta a uno de cada diez adultos en el mundo, según estudios. La enfermedad renal crónica es la pérdida progresiva de la función renal en meses o en años. En una etapa inicial, la enfermedad no presenta síntomas y puede ser tratada e incluso evitarse la progresión del daño renal. Sin embargo, en estadios más avanzados las personas pueden necesitar terapias de reemplazo de la función renal como diálisis o trasplante renal. En los Estados Unidos, por ejemplo, según la Encuesta Nacional en Salud y Nutrición (NHANES), los casos nuevos de ERC se duplicaron en los mayores de 65 años entre 2000 y 2008. La prevalencia de personas de más de 60 años con enfermedad renal crónica pasó de 18,8% en 2003 a 24,5% en 2006, pero se mantuvo por debajo del 0,5% en aquellos de 20 a 39 años.¹⁷ Se ha estimado que al menos 8 millones de

15. OMS. Obesidad y Sobrepeso. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

16. Suplementos corporativos, suplemento obesidad. <http://www.suplementobesidad.com/category/obesidad-en-mexico/>

17. En www.paho.org

estadounidenses sufren de IRC. En Chile, la prevalencia de la ERC es 5,7%. En Cataluña el número de pacientes en diálisis a finales del año 2002 era de 6,620 con un incremento anual del 4%. Algunos estudios preliminares en las áreas suburbanas de grandes ciudades españolas sitúan la prevalencia global en 99 pacientes con IRC por cada enfermo en diálisis. La hipertensión arterial es tanto una causa como una complicación de la ERC.

En Centroamérica es difícil conocer la carga de enfermedad de ERC, ya que no existe un estimado de la proporción de ERC que sea de causas no tradicionales en la población general de la región. Sin embargo, hay algunos indicadores que resaltan la magnitud en esta región. Una epidemia de enfermedad crónica del riñón de etiología desconocida se ha presentado en la última década en el área de América Central y se ha denominado nefropatía mesoamericana.

Esta forma de enfermedad se presenta principalmente en varones jóvenes trabajadores de la agricultura en diferentes comunidades a lo largo de la costa del Pacífico, especialmente en los trabajadores de los cañaverales. Si bien hasta el momento la causa de la nefropatía mesoamericana se considera un enigma aún por resolver se ha sugerido que la deshidratación recurrente podría ser un factor causal, exacerbado por otras condiciones médicas, incluyendo el uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos.¹⁸

La tasa de mortalidad por enfermedad renal en El Salvador es de 51.8 muertes por 100,000 personas; la tasa global más alta de mortalidad por enfermedad renal en el mundo. De igual manera, Honduras y Nicaragua se encuentran entre los diez países con las tasas de mortalidad por enfermedad renal más altas en el mundo (24.6 y 25.5 muertes por 100,000 personas respectivamente). Según el Ministerio de Salud, la ERC es la segunda causa principal de muerte en hombres de edad laboral en El Salvador.

2.1.5.4. OSTEOPOROSIS

La Osteoporosis se gesta desde la infancia, progresa en la pubertad hasta el adulto joven donde se completa el desarrollo, la reserva adecuada y la calidad ósea alrededor de los 40 años para mantener el esqueleto y los procesos de recambio de minerales en el hueso hasta el adulto mayor, suele evolucionar sin síntomas hasta que se presentan las micro fracturas y dolor inespecífico. Es una enfermedad que reduce la densidad y la calidad de los huesos, debilitando el esqueleto y aumentando el riesgo de sufrir fracturas, en especial, en la columna vertebral, muñeca, cadera, pelvis y el húmero. En la conferencia de consenso de los National Institutes of Health (NIH) del año 2001 se definió como “aquella enfermedad del esqueleto caracterizada por una resistencia ósea alterada con un aumento del riesgo de fractura”.

Presenta una amplia distribución mundial, con prevalencias variables en diferentes zonas. En EE.UU, ocurren entre 850.000 y 1.500.000 fracturas anualmente en personas mayores de 65 años. De éstas, 50 % son vertebrales, 25% en antebrazo distal (fractura de Colles) y el 25% restante, de cadera, dando cuenta así de las principales fracturas de tipo osteoporótico.¹⁹ Se estima que 40% de las mujeres y 13% de los hombres mayores de 50 años sufrirán alguna fractura relacionada con esta enfermedad en el resto de su vida.

Los costos directos atribuibles a la osteoporosis para 1995 fueron estimados en 14 billones de dólares.²⁰ En Europa, se estima que el costo económico para las fracturas osteoporóticas aumentará de 31,7 mil millones de Euros

18. Correa-Rotter R. et al, Am J Kidney Dis 2014 mar;63(3):506-20.

19. Valdivia, Gonzalo. Epidemiología de la Osteoporosis en <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/osteoporosis/epidemiologiaosteoporosis.html>

20. Hobecker, Oliverio, et al. Impacto de la osteoporosis sobre la población. En http://med.unne.edu.ar/revista/revista144/7_144.pdf.

en 2000 a un estimado de 76,7 mil millones de Euros en 2050. Los costos totales asociados con la osteoporosis en Australia son de 7,4 mil millones de Dólares australianos al año, de los cuales 1,9 mil millones corresponden a costos directos. En Argentina se estima que solamente los costos asociados a la hospitalización por fracturas de cadera y vertebrales superan los 190 millones de dólares por año.²¹

La International Osteoporosis Foundation (IOF) reporta que actualmente la mortalidad por fractura de cadera aún con una buena cirugía de reemplazo es de 20 % por Embolia pulmonar y llega a 30% en los 2 a 4 meses posteriores, por complicaciones respiratorias y se agrava por la co-morbilidad de otras ENT. Se estima que será incosteable la atención integral y se prevé que las fracturas por fragilidad ósea aumentarán en un 400%, a nivel mundial (IOF).

Una nutrición y aporte de calcio adecuado, particularmente en la adolescencia y durante los embarazos tienen particular importancia como medida de prevención. Igualmente el ejercicio físico moderado, no catabólico (deporte de alta exigencia) y el control de otros factores de riesgo como tabaquismo y consumo de alcohol. Existe consenso en que estas medidas preventivas deben comenzar a operar tempranamente en la vida y perdurar toda la vida del sujeto. El uso de terapia de reemplazo hormonal en la mujer en etapa postmenopáusica, es considerado hoy una valiosa herramienta de prevención primaria.

El tratamiento no es costoso, prevenir el inicio de micro fracturas, en particular del radio, vértebras y caderas, que conllevan procesos de intervención quirúrgica, larga estancia hospitalaria, aditamentos ortopédicos, rehabilitación y es usual que quede alguna limitación funcional localizada o discapacidad que necesita cuidadores y medicamentos; impacta la inserción laboral, tiene alto costo económico, social, emocional y de los servicios de salud.

La mujer inicia la Osteopenia partir de los 50 años relacionada a la Menopausia y progresa a la Osteoporosis hasta los 70 años y más. En los hombres se observa entre los 65 años y más; hay excepciones de fracturas por fragilidad en personas con Osteopenia asociados a otras ENT que afectan la salud ósea, en particular EPOC por el uso de Cortisona a largo plazo y Cáncer.

2.2. FACTORES DE RIESGO DE LAS ENT

Ha sido identificado, por las autoridades sanitarias, a nivel mundial que las enfermedades no transmisibles tienen cuatro factores de riesgo en común, que fueron priorizados por la posibilidad de ser potenciados sus efectos al incidir en ellos: tabaquismo, inactividad física, alimentación no saludable y uso excesivo de alcohol. Se estima que con el control o la eliminación de estos riesgos se podrían prevenir cerca de tres cuartas partes (75%) de la carga atribuible a las enfermedades cardiovasculares, a los accidentes cerebro vasculares y a la diabetes tipo 2 y hasta el 40% de los casos de cáncer.

2.2.1. ALIMENTACIÓN INADECUADA Y OBESIDAD

La ingesta de alimentos de bajo contenido nutricional o de forma inadecuada es un factor de riesgo de enfermedades no transmisibles por su relación con las dislipidemias, el sobrepeso y la obesidad. El contenido de nutrientes así como la cantidad y la calidad de los alimentos ha sido estudiada, por lo que ha cobrado relevancia el contenido total de grasa, las grasas saturadas, los ácidos grasos de tipo trans, los azúcares libres, el sodio,

la sal, la fibra, así como los procesos físicos y químicos a que son sometidos. La etiqueta de alimentos de pre envasados y el etiquetado nutricional también han sido objeto de escrutinio a nivel internacional y se han definido los ingredientes que son vigilados: grasas trans, saturadas, sodio y azúcar.

La epidemia de obesidad, que muchas veces comienza tempranamente en la infancia, ha aumentado en todo el mundo. En el 2005, el número de personas obesas en la Región de las Américas ascendía a 176 millones (103 millones de mujeres y 73 millones de hombres), y puede llegar a 289 en 2015 (164 millones de mujeres y 125 millones de hombres). El hecho, es más complicado en determinados estratos sociales: vivir en un vecindario pobre puede llevar un mayor riesgo de obesidad porque sus habitantes generalmente tienen poco acceso a fuentes de alimentos nutritivos y a lugares seguros para hacer actividad física, o carecen de normas sociales que valoren positivamente la dieta saludable. En 2008, en el mundo, 1400 millones de adultos (de 20 y más años) tenían sobrepeso, dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos. Alrededor de 40 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso en 2012.²²

2.2.2. SEDENTARISMO

En 2009, la inactividad física se identificó como la cuarta causa más importante globalmente en las muertes de origen crónico degenerativo y contribuye en más de 3 millones de muertes prevenibles alrededor del mundo. La inactividad física, independientemente de la grasa corporal, aumenta el riesgo de diabetes, ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares, presión arterial elevada y de Cáncer de Cuello del Útero, Ovárico, Vaginal o de Colon.

Se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21% a 25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica. Al menos un 60% de la población mundial no realiza la actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud. Esto se debe en parte a la insuficiente participación en la actividad física.²³ Un artículo de la OMS indica que «La actividad física desempeña una importante función en la reducción de la incidencia de determinados cánceres», ha afirmado, el Dr. Ala Alwan, Subdirector General de la OMS de Enfermedades No Transmisibles y Salud. «La inactividad física ocupa el cuarto lugar entre los factores de riesgo de todas las defunciones a escala mundial, y el 31% de la población del mundo no realiza ninguna actividad física».²⁴

El mismo artículo también indica que el Profesor Chris Wild, director del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC), ha declarado: «La inactividad física es un factor de riesgo de las enfermedades no transmisibles, pero es modificable y, por consiguiente, puede ser de gran importancia para la salud pública. Modificar el grado de actividad física plantea retos a escala personal, y también los plantea a escala social».

2.2.3. TABACO

El tabaco cobra cada año la vida de casi seis millones de personas. Las defunciones asociadas al tabaquismo podrían superar los 7,5 millones para 2020 representando el 10% de todas las muertes. El número de fumadores en el mundo, asciende a 1.300 millones de personas. En las Américas el consumo de tabaco es la principal causa

22. OMS. Centro de Prensa. Obesidad y Sobrepeso. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

23. OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/index.html>.

24. OMS. Nuevas orientaciones sobre actividad física podrían reducir el riesgo de los cánceres de mama y colon. http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2011/world_cancer_day_20110204/es/index.html

de muertes prevenibles. Provoca más de un millón de defunciones en la Región cada año y el Cono Sur tiene la tasa de mortalidad más elevada por causas relacionadas con el tabaquismo.

Aproximadamente la tercera parte de todas las defunciones por cardiopatías y cáncer en las Américas pueden ser atribuidas al consumo de tabaco. En la mayoría de países de la Región, más de 70% de los fumadores comienza a fumar antes de los 18 años de edad. En una encuesta realizada en 2000, entre los jóvenes, la prevalencia del consumo de tabaco varió entre 14% y 21% en el Caribe y 40% en el Cono Sur. En 2002, 23% de los jóvenes de los Estados Unidos y 25% de los jóvenes canadienses dijeron haber consumido productos del tabaco.²⁵

Un informe publicado en la revista médica, *The Lancet*, en abril de 2011, identificó al control del tabaco como “la prioridad más urgente e inmediata” para combatir las enfermedades no transmisibles. La implementación de las políticas del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) evitará 5,5 millones de muertes en el transcurso de 10 años en 23 países con ingresos bajos y medios con una carga alta de enfermedades no transmisibles. El primer informe de situación internacional de la OMS sobre enfermedades no transmisibles recomendó diez “mejores inversiones” medidas rentables que los gobiernos deben tomar inmediatamente para evitar enfermedades no transmisibles, salvar vidas y reducir los costos de atención médica.

Cuatro de las diez medidas para el control del tabaco de eficacia comprobada que se establecen en el CMCT son políticas y apoyan como medidas de salud pública, ellas son:

1. Proteger a las personas contra el humo de segunda mano y prohibir el consumo de cigarrillos en lugares públicos;
2. Advertir sobre los peligros del consumo de tabaco;
3. Aplicar prohibiciones a la publicidad, promoción y patrocinio; y
4. Aumentar los impuestos al tabaco. La OMS ha establecido que “Implementar el Convenio Marco para el Control del Tabaco es la “inversión mejor” para el dinero en oferta”.²⁶

2.2.4. CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

El consumo de alcohol se ha transformado en uno de los factores de riesgo más graves para la salud a nivel mundial. En el Continente Americano, el alcohol constituye el principal factor de riesgo en lo que respecta a la carga de enfermedad. En el año 2004, por lo menos 347,000 muertes fueron atribuidas al consumo de alcohol. Además de la dependencia, el consumo nocivo de alcohol está asociado con más de 60 enfermedades, incluyendo las lesiones intencionales y no intencionales, cánceres, enfermedad cardiovascular, enfermedades neuropsiquiátricas y del desarrollo infantil y juvenil. La mayoría de las enfermedades afectan a los hombres (83.3%), mientras que el 77.4% de la carga proviene de la población de entre 15 y 44 años, afectando entonces, principalmente, a jóvenes y a adultos jóvenes, en sus años de vida más productivos. El consumo de alcohol está también asociado a otras conductas de alto riesgo como prácticas sexuales inseguras y el uso de otras sustancias psicoactivas.²⁷

25. OPS. Estrategia regional y Plan para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/reg-strat-cncds.pdf>

26. Enfermedades no transmisibles y el tabaco, http://global.tobaccofreekids.org/es/solutions/international_issues/non_communicable_diseases_and_tobacco/

27. OMS. <http://www.paho.org/blogs/esp/?p=575>

El uso nocivo del alcohol es uno de los cuatro factores de riesgo de enfermedades no transmisibles importantes que son susceptibles de modificación y prevención. Es el primer factor de riesgo en el Pacífico Occidental y las Américas, y el segundo en Europa. Se calcula que el uso nocivo del alcohol causa cada año 2,5 millones de muertes, y una proporción considerable de ellas corresponde a personas jóvenes²⁸ Unos 320,000 jóvenes con edades entre 15 y 29 años mueren por causas relacionadas con el consumo de alcohol, lo que representa 9% de las defunciones en ese grupo etario.

El grado de riesgo por el uso nocivo del alcohol varía en función de la edad, el sexo y otras características biológicas del consumidor, así como de la situación y el contexto en que se ingiere. Algunos grupos y personas vulnerables o en situación de riesgo presentan una mayor sensibilidad a las propiedades tóxicas, psicoactivas y adictivas del etanol. Al mismo tiempo, las pautas de consumo de alcohol que entrañan poco riesgo a nivel individual, pueden no estar asociadas con la aparición de efectos sanitarios y sociales negativos ni con un aumento significativo de las probabilidades de que éstos ocurran.

Una gran variedad de problemas relacionados con el alcohol pueden tener repercusiones devastadoras en las personas y sus familias; además, pueden afectar gravemente a la vida comunitaria. Está relacionado con muchos problemas graves de índole social y del desarrollo, en particular la violencia, el descuido maltrato de menores y el absentismo laboral. En las embarazadas, el consumo de alcohol puede provocar un síndrome alcohólico fetal y complicaciones relacionadas con el parto prematuro, que perjudican a la salud y el desarrollo de los neonatos.²⁹

Existe a nivel mundial el compromiso de reducir el uso nocivo del alcohol, lo que ofrece una excelente oportunidad para mejorar la salud y el bienestar social y aliviar la actual carga de morbilidad atribuible al alcohol. Sin embargo, existen grandes desafíos que se han de tener en cuenta en las iniciativas o programas mundiales o nacionales.

Entre las medidas efectivas recomendadas por la OMS están la regulación de la venta y consumo de alcohol, a través de impuestos y política de precios, leyes para disminuir la asociación entre beber y conducir, intervenciones breves para el consumo de riesgo en la atención primaria, control del mercadeo de alcohol, y el monitoreo de los problemas y patrones de consumo de bebidas alcohólicas.

2.2.5. AMBIENTE

Dentro de las prioritizaciones que hicieran la OMS/OPS o de la ONU como factores de riesgo para las ENT, no se encuentran los factores ambientales sin embargo estos son directa o indirectamente moduladores de las acciones del hombre. Los factores ambientales incluyen riesgos físicos, químicos y biológicos. Entre ellos tenemos la contaminación del aire de interior y de exterior de las viviendas y sitios de trabajo en donde el ser humano pasa gran tiempo de su vida, expuesto, la exposición del uso de agroquímicos y sustancias químicas peligrosas en las actividades reguladas y supervisadas por salud.

Muchos de estos contaminantes hoy se encuentran como contaminantes emergentes en el agua de consumo humano. Entre estos contaminantes se encuentran los pesticidas, metales pesados, disruptores endocrinos, los antibióticos y los residuos radiactivos que están asociados con los cánceres, fallas renales, problemas cognitivos y otras enfermedades no transmisibles. La presencia de estos contaminantes en el agua potable de la Región se

28. OMS. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol en http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalsstrategies.pdf

29. OMS centro de prensa. Web. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/index.html>

atribuye a la mala agricultura, la minería, la deficiencia de los sistemas de saneamiento y otras prácticas industriales.³⁰

Es sabido que son, en numerosos casos, más que asociados, la causa o el desencadenante de algunas enfermedades crónicas no transmisibles. Además, a los disruptores endocrinos, sustancias cancerígenas y tóxicas como por ejemplo los plaguicidas,³¹ se les debe brindar especial interés. Todos ellos rodean nuestra vida cotidiana y son causa de contaminación de alimentos además del agua que consumimos.

Es necesario tomar en cuenta los SAO (Sustancias Agotadoras de Ozono) y los COP's (Compuestos Orgánicos Persistentes) que son causa directas o indirectas de algunos tipo de canceres. Existen dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles y emergentes el caso de la Sensibilidad Química y la Electrohipersensibilidad, directamente relacionadas con los agentes físicos y tóxicos ambientales.

3. CARACTERÍSTICAS DE PANAMÁ Y DE LA POBLACIÓN PANAMEÑA.

La República de Panamá está ubicada en la zona intertropical a 7° y 9° de latitud Norte y 77° y 83° de longitud Oeste, con dos períodos climáticos bien definidos: lluvioso y seco. Limita al Norte con el Mar Caribe, al Sur con el Océano Pacífico, al Este con la República Colombia y al Oeste con la República de Costa Rica. La extensión del territorio es de 75.517 kilómetros cuadrados (kms²). Posee un territorio continental e insular de 75,517 kms². El territorio nacional se divide en nueve provincias (Bocas del Toro, Coclé, Colón, Chiriquí, Darién, Herrera, Los Santos, Panamá y Veraguas), 76 distritos o municipios, 3 comarcas indígenas con categoría de provincia (Guna Yala, Emberá y Ngöbe Buglé), pues cuentan con un gobernador comarcal; y 2 comarcas con nivel de corregimiento (Kuna de Madungandí y Kuna de Wargandí), con los cuales se completan un total de 631 corregimientos en todo el país. Para la atención que se brinda en salud, el país está subdividido en 14 Regiones Sanitarias.

Los datos del censo 2010 indican que la población total ascendía a 3, 405,813 habitantes, con una densidad de población de 45.9 hab/km². En cuanto al comportamiento de la población por sexo, el Censo registró que habían 1, 712,584 (50.3%) hombres y 1, 693,229 (49.7%) mujeres, generando un índice de masculinidad de 1.01:1. La tasa anual de crecimiento promedio es de 1.84 por 1,000 habitantes. La población indígena panameña estimada es de 417,559 un 12.3% de la población total del país.

Según distribución geográfica, las zonas urbanas concentran 63.8 % de la población y el 36.2 % restante, lo hacen en las zonas rurales. La región Metropolitana, la de San Miguelito y la de Panamá Oeste son las regiones de mayor densidad de población. De menor densidad tenemos a la de Darién, Panamá Este y Bocas del Toro.

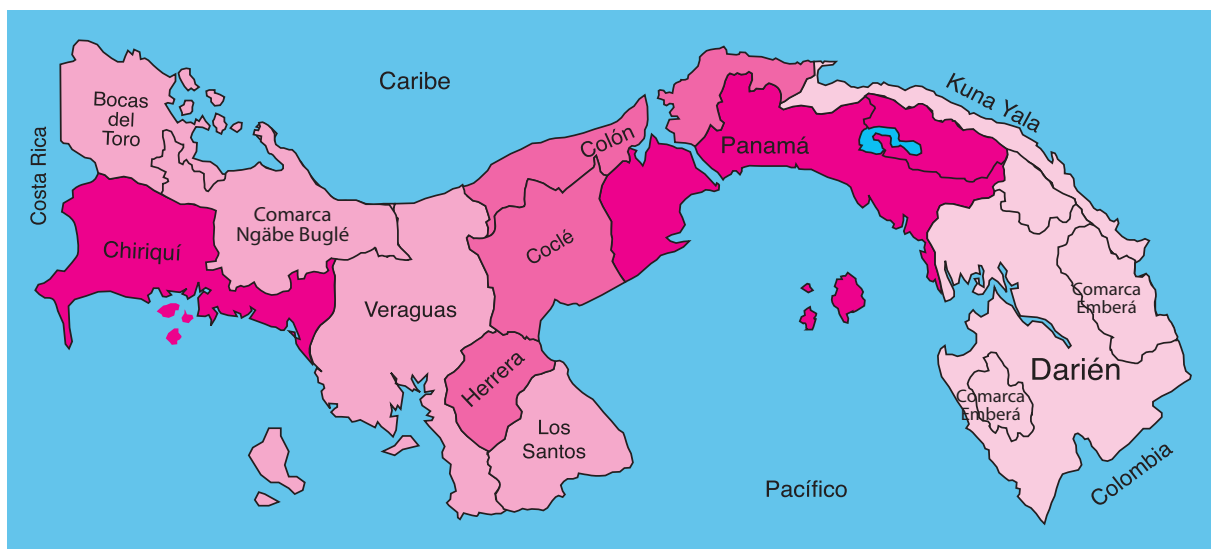
3.1. TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA PANAMEÑA

El cambio de la estructura etaria de Panamá se observa claramente al distribuir la población en una pirámide de edades: en 1950 dicha pirámide presentaba una ancha base formada por el gran volumen de menores y en 1990

30. Día Mundial del Agua 2013. En <http://www.paho.org/blogs/etras/?p=913>

31. ASQUIFYDE (Asociación de Afectados por los Síndromes de Sensibilidad Química Múltiple, Fatiga Crónica, Fibromialgia y para la Defensa de la Salud Ambiental). <http://www.asquifyde.es/noticia-detalle.aspx?noticia=1579>

FIGURA N.º 1
Mapa Provincial de la República de Panamá



esa base se había reducido mientras aumentaba su tronco, compuesto por las personas adultas de mediana edad. Las cifras revelan un envejecimiento de nuestra población. Los menores de 15 años representaban el 35% en 1990, 32.2% en el 2000 y 29.2% en el 2010, evidenciando una disminución considerable.

No obstante lo anterior sobre la población joven, éstos continúan siendo un número significativo, que demandará una serie de servicios, tanto del sector educativo como del sector salud. Por otro lado, 63.4% de nuestra población tiene de 15 a 64 años lo que implica un gran volumen de población en edad económicamente activa y por ende, una fuerte presión para el mercado laboral.

El 7.4% de la población tiene 65 años y más lo que representa un aumento de 1.4 puntos, al compararla con la cifra obtenida en el año 2000. Estas transformaciones en la estructura poblacional han provocado un incremento en la mediana de edad, pasando este indicador de 22 años, en 1990, a 24 años, en el 2000 y a 27 años en el 2010 (GRÁFICA N.º 1).

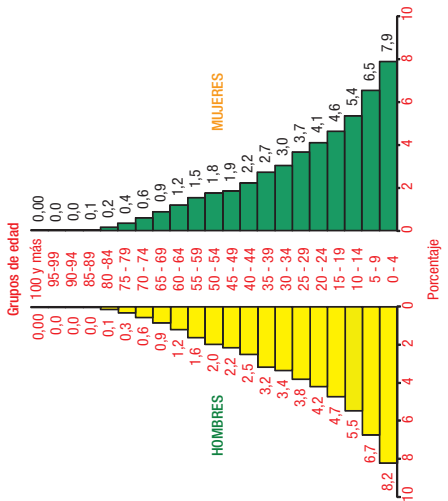
La evolución de la estructura por edad de la población, resumida en la gráfica No. 1, resume las tendencias de las variables demográficas en el país. Este comportamiento responde a la fase de plena transición demográfica por la que Panamá atraviesa. Las proyecciones para 2030 y para 2050 evidencian la situación a la que nos vamos a ver avocados con respecto a la población de adultos y adultos mayores y sus consecuentes afectaciones relacionadas con las ENT.

En lo que respecta al nivel educativo, la información revela una reducción en el porcentaje de analfabetas, este indicador pasó de 10.7% en 1990 a 7.6% en el 2000 y a 5.5% en el 2010. No obstante lo anterior, se observa un mayor número de mujeres analfabetas que de hombres en esa condición (6.0% y 4.9% respectivamente).

En lo relativo a la fecundidad, existe una leve disminución en el número de hijos nacidos vivos entre los años 2000 al 2010, ya que, de 2.4 hijos en promedio por mujer, pasó a 2.3. La tasa global de fecundidad actual es de 2.3 hijos por mujer y para la población indígena es de 3.6.

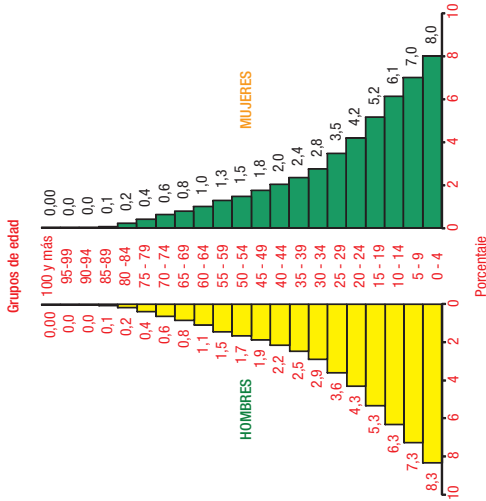
GRÁFICA N° 1. PIRÁMIDES POBLACIONALES DE PANAMÁ. AÑOS 1950, 1970, 1980, 2010 Y PROYECCIÓN DE 2030 Y 2050.

PIRÁMIDE DE LA POBLACIÓN DEL PAÍS
POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. AÑO: 1950



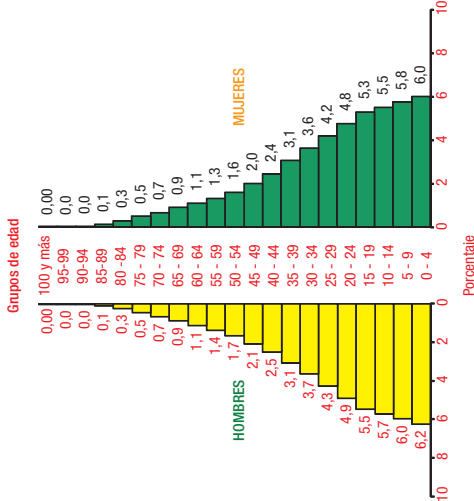
Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

PIRÁMIDE DE LA POBLACIÓN DEL PAÍS
POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. AÑO: 1970



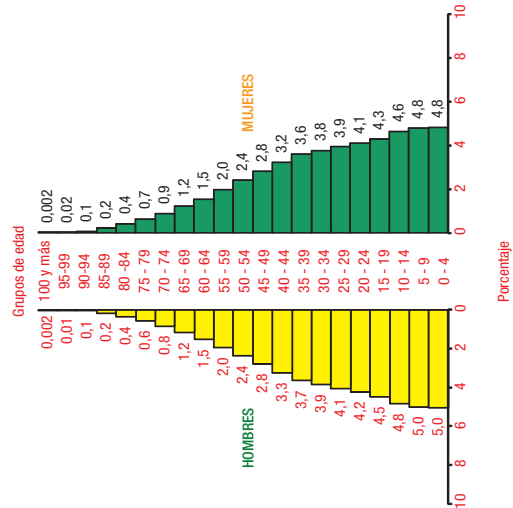
Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

PIRÁMIDE DE LA POBLACIÓN DEL PAÍS
POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. AÑO: 1980



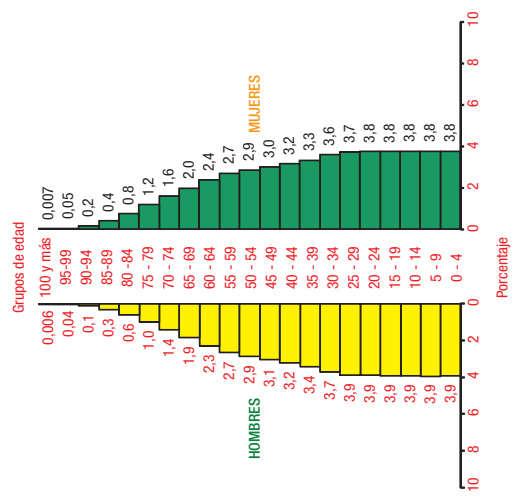
Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

PIRÁMIDE DE LA POBLACIÓN DEL PAÍS
POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. AÑO: 2010



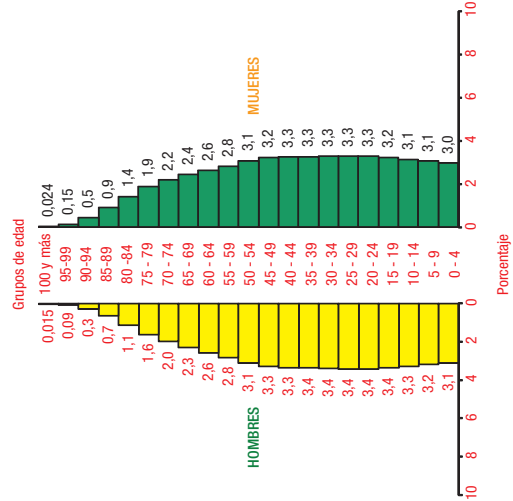
Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

PIRÁMIDE DE LA POBLACIÓN DEL PAÍS
POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. AÑO: 2030



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

PIRÁMIDE DE LA POBLACIÓN DEL PAÍS
POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. AÑO: 2050



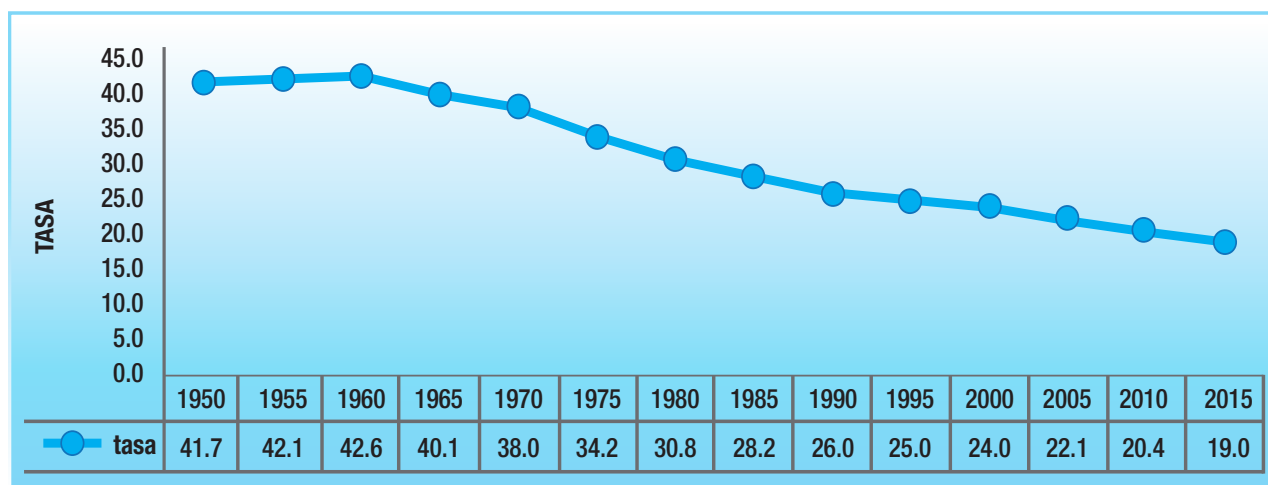
Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

En resumen podemos decir que la evolución demográfica panameña apunta al paso de, un alto a un lento ritmo de crecimiento promedio de la población; la tasa de mortalidad infantil disminuyó, la esperanza de vida al nacer aumentó, favoreciendo las diferencias por sexo a las mujeres y por áreas a las urbanas; la tasa global de fecundidad ha disminuido paulatinamente, reflejando los avances que ha tenido en particular la mujer respecto a un mayor acceso a participar en y del desarrollo y con mayor igualdad de oportunidades.

La esperanza de vida al nacer en 2014 está estimada en 78.0 años, con 76 años para los hombres y 81 años para las mujeres. Esta alta expectativa de vida ha sido producto, entre otros, del mejoramiento de las condiciones de salud, lo que pudiera determinar cambios en el perfil de morbilidad de la población ante el cáncer y otras enfermedades.³²

La tasa bruta de natalidad ha tenido un descenso importante desde la década del 50 cuando representaba el 41.7 por 1,000 habitantes y pasó a 19.0 en el 2015, como se observa en la GRÁFICA N° 2. El mayor promedio de hijos por mujer se registra en la provincia de Darién con 3.2 hijos por mujer y en las comarcas Emberá y Ngäbe Buglé 3.8 y 3.6 hijos respectivamente.

GRÁFICA N° 2: TASA BRUTA DE NATALIDAD SEGÚN AÑO, POR QUINQUENIO, REPÚBLICA DE PANAMÁ, 1950-2015



Tasa por 1,000 habitantes.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de La República de Panamá.

3.2. MORTALIDAD GENERAL

Un análisis de las causas de muerte en Panamá, ubica a la enfermedad infecciosa en el primer lugar durante la década de los años sesenta (CUADRO N° 1); sin embargo, a la fecha esta posición es ocupada por una Enfermedad Crónica No Transmisible (CUADRO N° 2) y los eventos de Causa Externa, al igual que para esa década ocupaba y ocupa ahora en el 2010 el tercer lugar. La excepción es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) como Enfermedad Transmisible, que en los últimos 5 años se ha identificado entre las primeras 10 causas de muerte en el país consolidada dentro de Ciertas Enfermedades Infecciosas y Parasitarias.

32. Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá

CUADRO N°. 1
PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO 1960

Causa de Muerte	N°	Tasas
Total	8387	779.8
Gastroduodenitis, enteritis y colitis	688	64.0
Enfermedades del Corazón	544	50.6
Accidentes Suicidios y Homicidios	520	48.3
Enf. de la Primera Infancia	562	52.3
Tumores Malignos	470	43.7
Neumonía	497	46.2
Todas las Demás Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	395	36.7
Bronquitis	337	31.3
Tuberculosis	288	26.8
Tos ferina	243	22.6
Demás Causas	3843	357.3

Fuente: Instituto Nacional de Estadística de la Contraloría General de la República de Panamá.

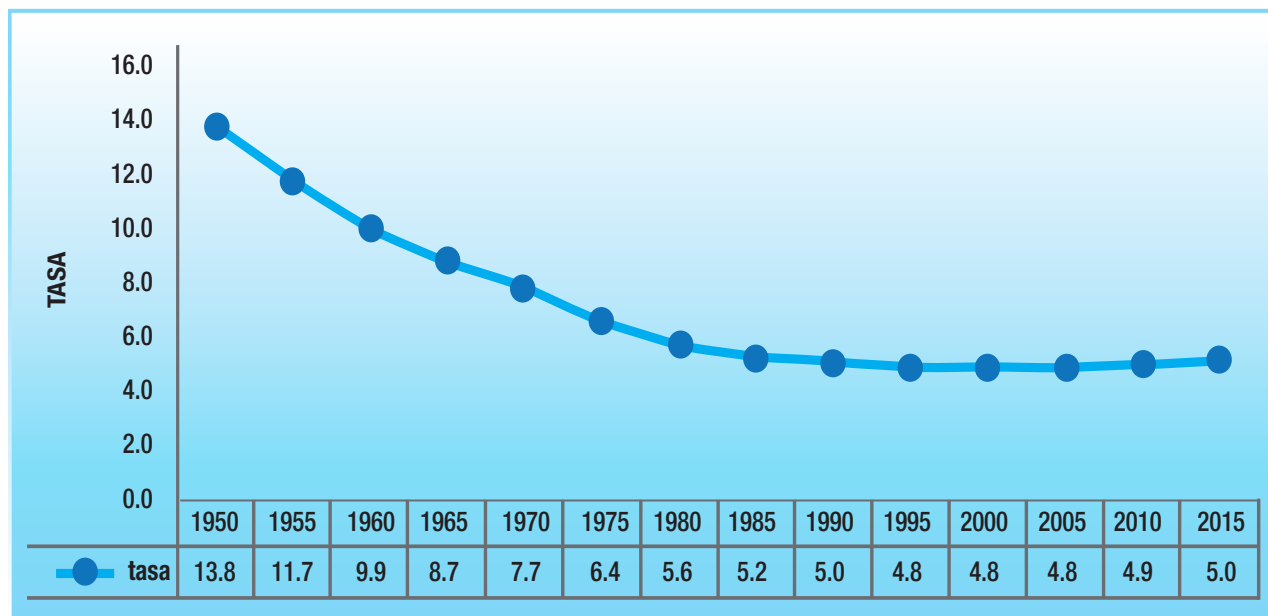
CUADRO N°. 2
PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO 2013

Causa de Muerte	N°	Tasas
Total	17,767	461.4
Enfermedades isquémicas del corazón	1802	46.8
Enfermedades cerebrovasculares	1446	37.6
Diabetes Mellitus	1102	28.6
Neumonía	687	17.8
Agresiones (Homicidios)	676	17.6
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	515	13.4
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	494	12.8
Accidentes de Transporte	450	11.7
Tumor maligno de la próstata	326	8.5
Tumor maligno del estómago	287	7.5
Las Demás causas	9,982	259.2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística de la Contraloría General de la República de Panamá.

La tasa bruta de mortalidad en el país, si comparamos los años 1950 a 2013, ha disminuido significativamente. (GRÁFICA N° 3).

GRÁFICA N°. 3: TASA BRUTA DE MORTALIDAD SEGÚN AÑO, POR QUINQUENIO. REPÚBLICA DE PANAMÁ, 1950-2015



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de La República de Panamá

La transición demográfica con una proporción de población con 60 y más años que envejece, incrementa cada vez más a las enfermedades crónicas y degenerativas como los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares e isquémicas del corazón, Diabetes Mellitus y las Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias Inferiores por mencionar algunas, esto ocasiona una alta demanda en los servicios de salud de alta tecnología, una larga estancia hospitalaria y altos costos. Esta transformación tanto demográfica como epidemiológica ha incrementado el costo de los servicios y por ende el gasto total en salud, tanto público como privado.

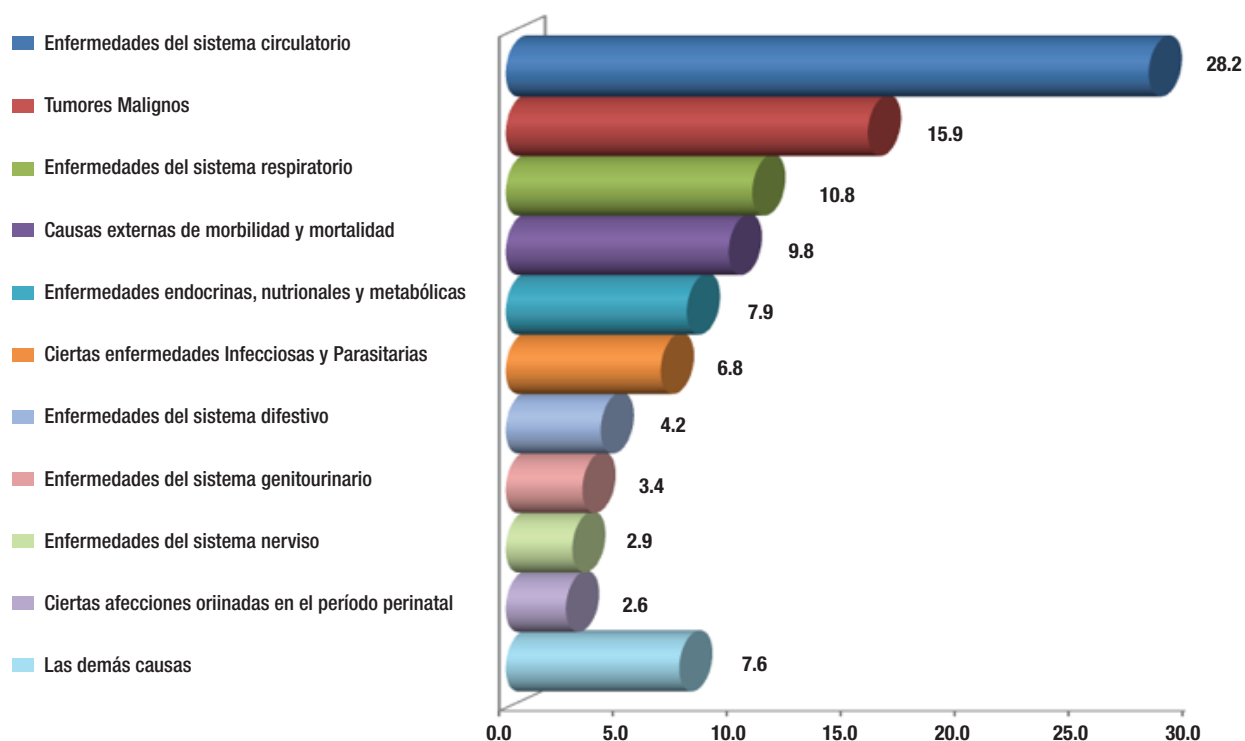
4. SITUACIÓN DE LAS ENT's EN PANAMÁ

4.1. MORTALIDAD Y MORBILIDAD ATRIBUIDA A ENT EN PANAMÁ

Durante años las defunciones atribuidas a las diferentes enfermedades del sistema circulatorio se han analizado de forma desagregada, no así los tumores malignos que son agregados en el sistema de información del Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República, nuestra fuente primaria para las estadísticas de mortalidad.

Las principales causas de muerte han sido los tumores malignos, seguidos por los accidentes, suicidios y homicidios, la enfermedad cerebrovascular y las enfermedades isquémicas del corazón les siguen en el orden. Estas patologías han ocupado, de manera alterna, los primeros lugares como causa de muerte en la República de Panamá. Si se agrupan todas las enfermedades del sistema circulatorio se evidencia que este grupo (según el capítulo de la CIE10), constituye la principal causa de muerte, por encima de los otros eventos.

GRÁFICA N°. 4: DEFUNCIONES EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ POR CAUSAS AGRUPADAS. AÑO 2013



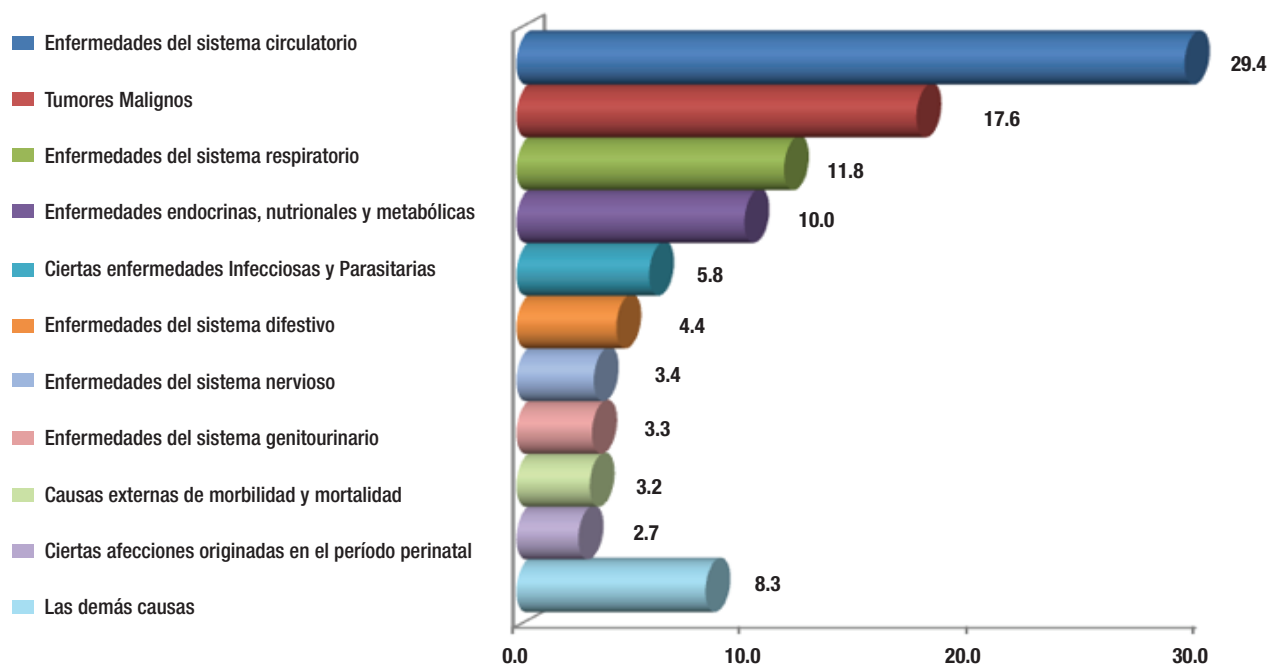
Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República.

Para el año 2013 las muertes por enfermedades del sistema circulatorio sumaron 5,002 defunciones, es decir el 28.2% de todas las muertes ocurridas en la República. Se puede afirmar que 1 de cada 3 defunciones fue por esta causa, más que por tumores malignos que correspondió al 15.9% y las enfermedades del sistema respiratorio representaron 10.8%. Por otro lado, los accidentes, suicidios y homicidios representaron el 9.8% de las defunciones. (GRÁFICA N° 4).

El comportamiento por sexo sugiere que la mujer fallece a causa de enfermedades del sistema circulatorio, tumores malignos y enfermedades respiratorias en un mayor porcentaje que los hombres. Por otro lado, los hombres fallecen de causas externas en una mayor proporción que las mujeres con una relación de 1:4. (GRÁFICAS N° 5 y N° 6).

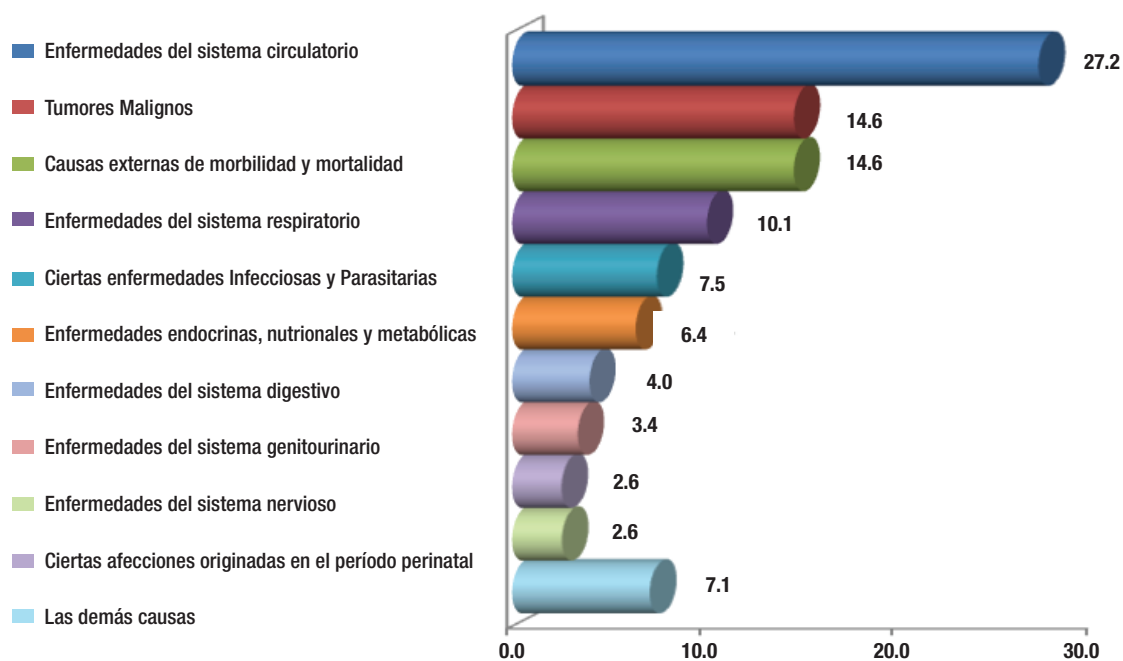
Las tasas de defunción atribuidas a enfermedades del Sistema circulatorio presentan una tendencia al aumento durante el periodo 2003-2013. Si este agrupo de enfermedades se desagrega por las principales enfermedades, podemos observar que, en el año 2003, la enfermedad isquémica del corazón presentaba tasas de 40.9 por 100,000 habitantes. En los siguientes años se observa un incremento constante de las tasas de esta enfermedad isquémica del corazón, llegando, para el año 2013 a una tasa de 46.8, sin embargo la enfermedad cerebro vascular, registra tasas relativamente estables, mientras la enfermedad hipertensiva muestra un aumento relativo en el mismo periodo. (CUADRO N° 3).

GRÁFICA N.º 5: DEFUNCIONES EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ POR CAUSAS AGRUPADAS, SEGÚN SEXO FEMENINO. AÑO 2013



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República.

GRÁFICA N.º 6: DEFUNCIONES EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ POR CAUSAS AGRUPADAS, SEGÚN SEXO MASCULINO. AÑO 2013



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República.

CUADRO N°. 3
TASAS DE DEFUNCIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS ATRIBUIDAS AL SISTEMA CIRCULATORIO, TOTAL Y DESAGREGADAS SEGÚN ENFERMEDAD. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS 2003 AL 2013

Causa de defunción en tasa	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Tasa total de defunción por Enfermedades del sistema circulatorio	114.9	119.1	126.2	119.5	124.9	121.9	131.9	125.8	126.7	123.2	129.9
Tasa de defunción por Enfermedad isquémica del corazón	40.9	42.3	44.5	42.7	46.6	42.7	46.7	50.5	46.2	44.1	46.8
Tasa de defunción por Enfermedad cerebrovascular	43.1	43.1	44.2	41.5	40.5	38.6	43.1	34.8	36.4	36.4	37.6
Tasa de defunción por Enfermedad hipertensiva	6.3	5.7	6.3	7.7	7.5	8.5	8	10.2	10.8	10.2	13.1

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República.

Las tasas de mortalidad de las principales causas según provincia en el año 2013, se puede observar en la Cuadro N°. 4, en donde llama la atención que las provincias de Los Santos y Herrera presentan las tasas más elevadas por enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular y la Diabetes Mellitus. También cobra relevancia en las provincias de Coclé, Panamá. Veraguas y Chiriquí.

Existe información valiosa sobre las ENT en encuestas realizadas en el país como son: La Encuesta poblacional sobre la salud, calidad de vida y sus factores determinantes de 2007 (ENSCAVI- 2007) que se realizó en todo el país. Fue una encuesta voluntaria, a domicilio y las personas encuestadas corresponden a una muestra representativa de la población mayor de 18 años, urbana, rural e indígena, a nivel de provincia o comarca, distrito (en las Regiones de Salud de la Metropolitana y de San Miguelito la representatividad llegó hasta corregimiento).³³

En la (ENSCAVI 2007) se estudió la percepción ciudadana sobre su propia calidad de vida, condiciones de salud y atención integral en el Sistema Sanitario Nacional. Se indago sobre las siguientes enfermedades que la persona padecía: hipertensión arterial (presión alta), ataque o infarto del corazón, otros problemas graves del corazón, diabetes mellitus o azúcar en la sangre, y el accidente cerebrovascular (derrame cerebral).

La Encuesta de Prevalencia de Factores de Riesgo de Enfermedades Cardiovasculares del 2010, estudio (PRE-FEC), fue un estudio realizado por el Instituto Conmemorativo Gorgas de la Salud en una muestra de 3 mil 590 personas mayores de 18 años y residentes en las provincias de Panamá y Colón durante los años 2010-2011. La población encuestada decidió participar voluntariamente y en ella se indago entre otros sobre el consumo de alimentos protectores y de riesgo a la salud cardiovascular. Contemplo exámenes de laboratorio y toma de presión.

33. Instituto Conmemorativo Gorgas De Estudios De Salud. ENSCAVI -2007. Contenido de la encuesta en: http://www.gorgas.gob.pa/index.php?option=com_content&view=article&id=132&Itemid=175&lang=es. Resumen de la encuesta en: http://www.gorgas.gob.pa/index.php?option=com_content&view=article&id=131&Itemid=174&lang=es

FIGURA N°. 2: TASA GENERAL DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN POR PROVINCIA Y COMARCA. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO 2013.

CAUSAS	TOTAL	TASA	BOCAS DEL TORO CAUSAS	TOTAL	TASA	CHERQUI CAUSAS	TOTAL	TASA	COCLE CAUSAS	TOTAL	TASA
1 Diabetes Mellitus	541	366.6	1	30	20.3	1	209	47.0	1	1,069	463.9
2 Desnutrición	39	26.4	2	33	22.4	2	209	65.2	2	129	51.1
3 Enfermedades cerebrovasculares	30	20.3	3	27	18.3	3	120	27.0	3	118	46.8
4 Diabetes Mellitus	27	18.3	4	25	16.9	4	72	16.2	4	78	30.9
5 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	19	12.9	5	18	12.2	5	64	14.4	5	40	15.9
6 Accidentes de Transporte	18	12.2	6	17	11.5	6	56	12.6	6	34	13.5
7 Tuberculosis Respiratoria	17	11.5	7	16	10.8	7	52	11.7	7	30	11.9
8 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	16	10.8	8	10	6.8	8	46	10.3	8	30	11.9
9 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	10	6.8	9	307		9	43	9.7	9	25	9.9
10 Accidentes de Transporte	10	6.8	10	1,205		10	42	9.4	10	24	9.5
Las demás causas	307		Las demás causas	612	325.8	Las demás causas	42	9.4	Las demás causas	22	8.7
TOTAL	17,767	461.4	TOTAL	1,359	507.1	TOTAL	1,205	9.4	TOTAL	640	8.7
1 Diabetes Mellitus	1,359	507.1	1 Neumonía	242	594.1	1 Neumonía	86	45.8	1 Enfermedades isquémicas del corazón	191	296.7
2 Tuberculosis Respiratoria	143	53.4	2 Tuberculosis Respiratoria	20	49.1	2 Neumonía	45	24.0	2 Agresiones (Homicidios)	15	23.3
3 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	89	33.2	3 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	7	17.2	3 Tuberculosis Respiratoria	33	17.6	3 Enfermedades cerebrovasculares	10	15.5
4 Diabetes Mellitus	85	31.7	4 Diabetes Mellitus	5	12.3	4 Tuberculosis Respiratoria	28	14.9	4 Neumonía	9	14.0
5 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	83	31	5 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	5	12.3	5 Desnutrición	18	9.6	5 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	7	10.9
6 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	79	29.5	6 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	5	12.3	6 Accidentes de Transporte	13	6.9	6 Accidentes de Transporte	6	9.3
7 Anemias	53	19.8	7 Anemias	3	7.4	7 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	12	6.4	7 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	6	9.3
8 Enfermedades cerebrovasculares	47	17.5	8 Enfermedades cerebrovasculares	3	7.4	8 Lesiones autoinfligidas	9	4.8	8 Ahogamiento y sumersión accidental	4	6.2
9 Enfermedades isquémicas del corazón	40	14.9	9 Enfermedades isquémicas del corazón	3	7.4	Las demás causas	7	3.7	9 Diabetes Mellitus	4	6.2
10 Diabetes Mellitus	37	13.8	10 Diabetes Mellitus	2	4.9	Las demás causas	343		10 Tumor maligno de la próstata	4	6.2
Las demás causas	24	9.0	Las demás causas	164		Las demás causas	343		Las demás causas	4	6.2
TOTAL	679	249.7	TOTAL	665	701.6	TOTAL	343	3.7	TOTAL	116	6.2
1 Enfermedades isquémicas del corazón	702	597.3	1 Enfermedades isquémicas del corazón	94	99.2	1 Enfermedades isquémicas del corazón	944	47.4	1 Enfermedades cerebrovasculares	1,186	489
2 Enfermedades cerebrovasculares	67	57.0	2 Enfermedades cerebrovasculares	73	77.0	2 Enfermedades cerebrovasculares	738	37.1	2 Enfermedades isquémicas del corazón	110	45.4
3 Diabetes Mellitus	51	43.4	3 Diabetes Mellitus	46	48.5	3 Diabetes Mellitus	666	33.5	3 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	99	40.8
4 Neumonía	47	40.0	4 Neumonía	37	39.0	4 Agresiones (Homicidios)	483	24.3	4 Diabetes Mellitus	56	23.1
5 Accidentes de Transporte	47	40.0	5 Accidentes de Transporte	18	19.0	5 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	304	15.3	5 Neumonía	53	21.9
6 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	27	23.0	6 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	18	19.0	6 Enfermedades hipertensivas	276	12.5	6 Neumonía	50	20.6
7 Tumor maligno de la tráquea, la tráquea, y del pulmón	18	15.3	7 Tumor maligno de la tráquea, la tráquea, y del pulmón	17	17.9	7 Neumonía	248	11.1	7 Accidentes de Transporte	31	12.8
8 Tumor maligno de la próstata	11	9.4	8 Tumor maligno de la próstata	16	16.9	8 Accidentes de Transporte	221	10.6	8 Tumor maligno del estómago	28	11.5
9 Tumor maligno de la próstata	11	9.4	9 Tumor maligno de la próstata	13	13.7	9 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	211	8.1	8 Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	22	9.1
10 Enfermedad de Alzheimer	11	9.4	10 Enfermedad de Alzheimer	10	10.6	10 Tumor maligno del colon, del recto y del ano	161	8.0	9 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	20	8.2
Las demás causas	385		Las demás causas	323		Las demás causas	4,648		10 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	20	8.2
TOTAL	702	597.3	TOTAL	665	701.6	TOTAL	4,648	8.0	TOTAL	696	8.2

4.1.1. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Según ENSCAVI 2007, el antecedente de infarto al miocardio tuvo una prevalencia de 1.5% (1.6% en hombres y 1.4% en mujeres) a nivel nacional. En las áreas urbanas y rurales esta prevalencia fue similar, sin embargo en la áreas indígenas esta prevalencia fue casi la mitad (0.8%). La prevalencia nacional de otros problemas del corazón fue de 2.3% (2% en hombres y 2.5% en mujeres).

En el mismo estudio, el accidente cerebrovascular obtuvo una prevalencia de 0.7% para ambos sexos. En las áreas urbanas y rurales las tasas de prevalencia fueron similares a la nacional, mientras que en las áreas indígenas fue de 0.3%.

Según el estudio PREFREC, el antecedente de diagnóstico médico por derrame cerebral, accidente cerebrovascular, ataque de apoplejía o de isquemia cerebral transitoria fue reportado en 1.6% del total de encuestados. El infarto del corazón o síndrome coronario agudo diagnosticado previamente por un médico fue reportado en el 2.5% de las personas encuestadas.

4.1.2. DIABETES

La diabetes es una de las principales causa de morbimortalidad en el país. Se han registrado tasas de mortalidad relativamente estable al comparar los años 2002 con el 2010, 26.0 y 24.9 por 100,000 habitantes, respectivamente. La mortalidad por Diabetes Mellitus en las mujeres supera a la de los hombres en Panamá. La morbilidad por esta causa muestra una tendencia al ascenso. En 2008 la incidencia registrada fue de 142.0 en el 2009 fue de 157.5 y en 2010 396.6 por cien mil habitantes.³⁴

Según ENSCAVI 2007 la prevalencia de tener antecedente de diabetes mellitus diagnosticada por un médico, fue de un 5.4% (4.3% en hombres y 6% en mujeres). En las áreas urbanas la tasa de prevalencia fue de 6.4% (5.5% en hombres y 6.9% en mujeres) y en las áreas rurales de 5% (3.8% en hombres y 5.9% en mujeres), en todas las situaciones el riesgo de enfermar era mayor en las mujeres. En las áreas indígenas la tasa de prevalencia fue de 1.7% (1.4% en hombres y 1.9% en mujeres) sin diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Según edad, el grupo más afectado fue el de 60 a 79 años, afectando al 14.1%.

En PREFREC la prevalencia de Diabetes Mellitus, según antecedentes de diagnóstico médico, glicemia en ayunas elevada y hemoglobina glicosilada alterada, fue de 9.5%.

4.1.3. ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA

En Panamá, la tasa de mortalidad por EPOC ha tenido un aumento continuo, en el periodo, en el 2002 se reportó una tasa de 10.9 por cien mil habitantes, mientras que para el año 2010 se registró tasas de 12.4 por 100,000 habitantes. El 90% de las muertes por EPOC se producen en países de bajos y medianos ingresos.

4.1.4. CÁNCER

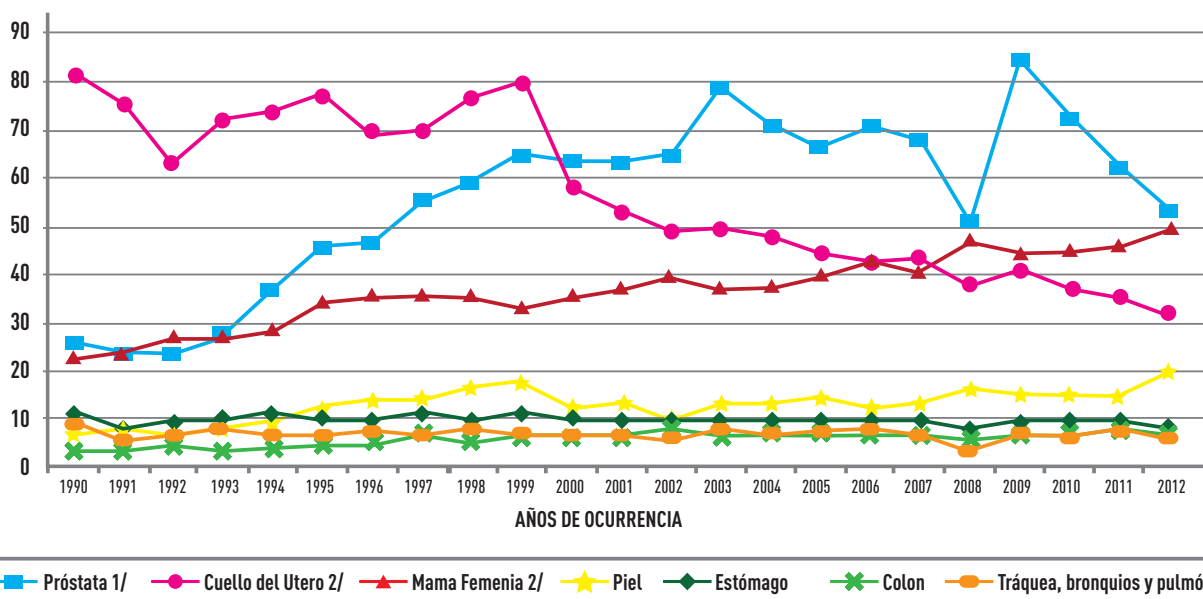
El cáncer se ubica en el primer lugar como causa de muerte cuando las estadísticas de mortalidad están desagrupadas, posición que se ha mantenido desde los años 80. En el país se registra un promedio diario de 14 casos y 7 muertes relacionadas con algún tipo de cáncer y es la causa del 17% de la mortalidad general registrada.³⁵

La morbilidad por tumores malignos ha tenido un comportamiento en aumento en las últimas décadas, reportándose 2,960 casos en el año 1990 y 5,506 en el año 2011. Según datos del Registro Nacional del Cáncer del Ministerio de Salud en el año 2011 se diagnosticaron 5,506 casos nuevos, con una tasa de incidencia de 147.9 por 100,000 habitantes. Las tasas de los principales tumores registrados según sitio anatómico fueron: Próstata 62.1, Cuello del Útero 35.3, Mama 16.8, Piel 14.7, Estómago 8.8, Colon 7.3, Bronquios y Pulmón 7.4.³⁶ En la gráfica 7 se puede observar el comportamiento de la incidencia por año desde 1990 hasta el 2011 de los tumores malignos que afectan a la población panameña.

GRÁFICA N.º. 7: TASA DE INCIDENCIA DE LOS PRINCIPALES TUMORES MALIGNOS. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS 1990-2012/p

Incidencia anual de los principales tumores malignos República de Panamá. Años: 1990-2012/p

Tasas por 100 mil hab.



Tasas Específicas 1/ y 2/: Calculadas por 100,000 habit. de 15 años y más, estimación de la pob., al 1º de julio.
 Tasas: Por 100,000 habitantes Nota: año 2004-2007: tasa de Mama corresponde a los casos femeninos.
 Fuente: Registro Nacional del Cáncer.

35. Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República 2010.
 36. Fuente: Ministerio de Salud. Boletín del Registro Nacional del Cáncer de Panamá. Año 2011.

En el año 2011, según grupo de edad, el grupo más afectado, es el de mayores de 70 años, sin embargo llama la atención que en conjunto, el 48% de los casos de Cáncer de Cuello del Útero se registra en mujeres menores de 50 años. Se puede observar también que entre las mujeres menores de 40 años, el cáncer de cuello del útero representa un 26% y el Cáncer de Mama el 9%.

Del total de cánceres que solo afectan a las mujeres (2,864 casos), el cáncer de mama toma el primer lugar con el 21.3%, seguido por cáncer de cuello del útero con un 16.3%; del total de cánceres que afectan solo a los hombres (2,642), el cáncer de próstata ocupa el primer lugar con un 31.2%.

Las provincias que presentaron mayor incidencia por cáncer, en orden descendente, fueron: Los Santos, Herrera, Panamá y Chiriquí, con una tasa de incidencia para ese año de 154.8, 107, 106 y 105 por 100,000 habitantes respectivamente.

La tasa de mortalidad por tumores malignos ha tenido un aumento continuo. En el 2002 se reportó una tasa de 65.7 por 100,000 habitantes, para el año 2010 fue de 77.3 por 100,000 habitantes. Las principales localizaciones para el año 2012 en orden descendente fueron: Próstata, Mama, Estómago, Cuello del Útero, Colon, el de Tráquea, Bronquios y Pulmón y Leucemias, con tasas de mortalidad de 18.7, 10.4, 8, 7.4, 6.7, 6.6 y 3.9 por cien mil habitantes respectivamente.³⁷

En las GRÁFICAS 8 y 9 se puede apreciar el comportamiento de la mortalidad según los principales cánceres para hombres y mujeres en el periodo 1993-2011 2012 Preliminar. En el sexo masculino, los carcinomas con las tasas de mortalidad más elevadas fueron: el carcinoma de Próstata, Tráquea-Bronquios-Pulmón, Estómago, Colon y Piel; siendo el de mayor ocurrencia, en forma sostenida, el de Próstata.

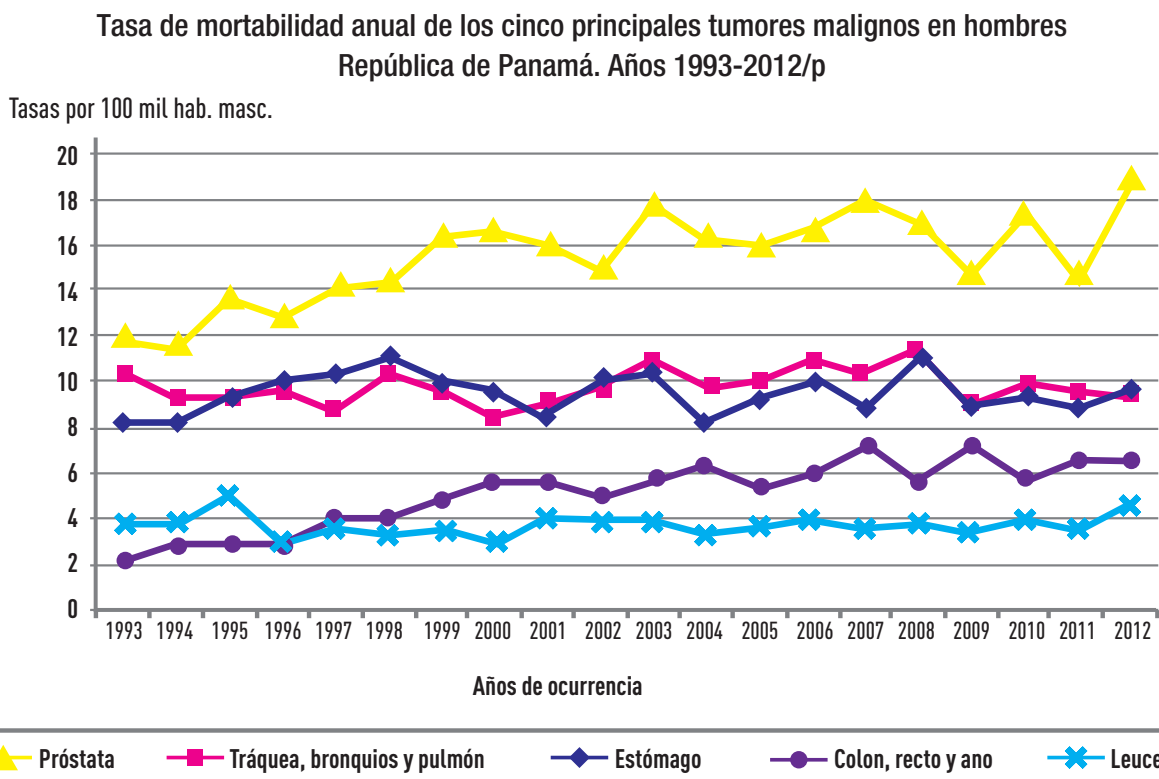
Entre la población femenina, los carcinomas que presentan las tasas de mortalidad más elevadas son: el Cáncer de Mama, de Cuello del Útero, Estómago, Colon y los de Tráquea, Bronquios y Pulmón, con variaciones en las posiciones ocupadas principalmente por el carcinoma de Cuello del Útero y el de Mama, patologías tumorales más frecuentes en esta población. Es evidente la disminución de las defunciones relacionadas al Cáncer de Cuello del Útero y el aumento de los de Mama a partir del año 2003.

Del total de 2,927 defunciones por tumores malignos registradas en el 2012, las provincias en las que se registraron mayor número de muertes atribuidas al cáncer fueron, en orden descendente: Panamá con el 53.5%; Chiriquí con 12.4%; Veraguas con 7.0%, Coclé con 6.9% y Colón con 6.7%.³⁸

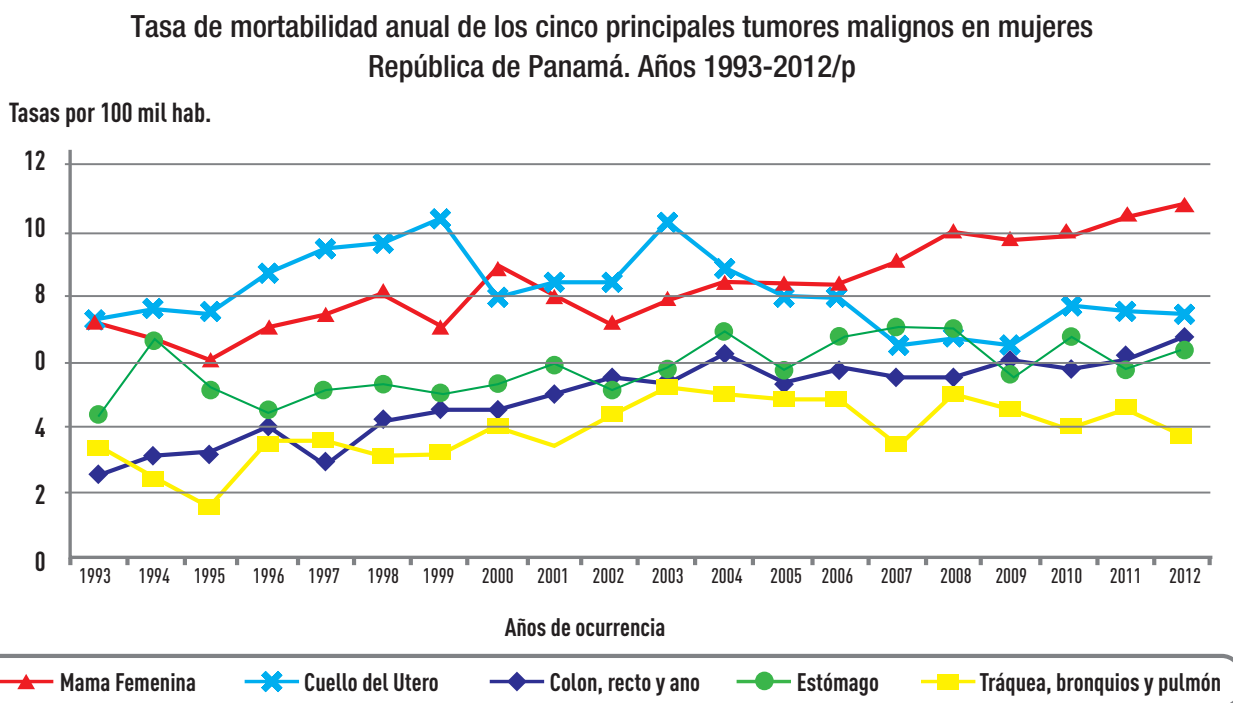
37. Fuente: Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo. Panamá en cifras: años 2006 – 2010. Defunciones por tumores (neoplasias) malignos en la República, según las principales localizaciones: Año 2010, en comparación con los años 2005-2009, República de Panamá 2006 - 2010. 52ª edición, 2010

38. Fuente: Ministerio de Salud. Boletín del Registro Nacional del Cáncer de Panamá. Año 2014.

GRÁFICA N.º 8: TASA DE MORTALIDAD DE LOS CINCO PRINCIPALES TUMORES MALIGNOS EN HOMBRES. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS 1993-2012/P.



GRÁFICA N.º 9: TASA DE MORTALIDAD DE LOS CINCO PRINCIPALES TUMORES MALIGNOS EN MUJERES. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS 1993-2012/P.



4.1.5. OTRAS ENT

4.1.5.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

En ENSCAVI 2007, el antecedente de hipertensión arterial diagnosticada por médico, tuvo una prevalencia de 22% (17.8% en hombres y 24.8% en mujeres). En las áreas urbanas la tasa de prevalencia fue de 24.5% (20.2% en hombres y 27.1% en mujeres), en las rurales fue de 23.2% (18.6% en hombres y 26.7% en mujeres) mientras que en las áreas indígenas la tasa de prevalencia fue de 7.7% (6.3% en hombres y 8.8% en mujeres) siendo el riesgo de enfermar mayor en las mujeres que en los hombres para todas las áreas.

Esta patología reflejó la prevalencia más alta en el grupo de 80 años y más, afectando al 46.2% de los 649 entrevistados en este grupo. A este grupo le siguen el de 60 a 79 años con un 44.4% y el de 40 a 59 años con un 29%. Según PREFREC, la prevalencia fue de 38.5% en adultos de 18 años y más.

4.1.5.2. OBESIDAD

La prevalencia nacional de la obesidad (IMC >30) en los últimos 28 años en Panamá pasó de 3.8% en hombres en 1982 a 14.4% en 2003 y 16.9% en 2008, según un estudio realizado en 1980³⁹ a población adulta y las Encuestas de Niveles de Vida (ENV) 2003 y 2008 realizadas por la contraloría General de la Nación. En los mismos tres estudios, el comportamiento de la prevalencia de la obesidad en las mujeres pasó de 7.6% a 21.8% y 23.8% respectivamente.

Según datos de la ENV 2008, en todos los grupos estudiados: menores de 5 años, escolares, adolescentes y adultos, para ambos sexos, el sobrepeso y la obesidad aumentaron a nivel nacional, en relación a la ENV 2003. El grupo etáreo más afectado fue el de 30 a 65 años, comparados con el promedio nacional. En el área indígena y en el nivel de pobreza extrema la prevalencia de obesidad disminuye casi la mitad en relación a la prevalencia nacional.

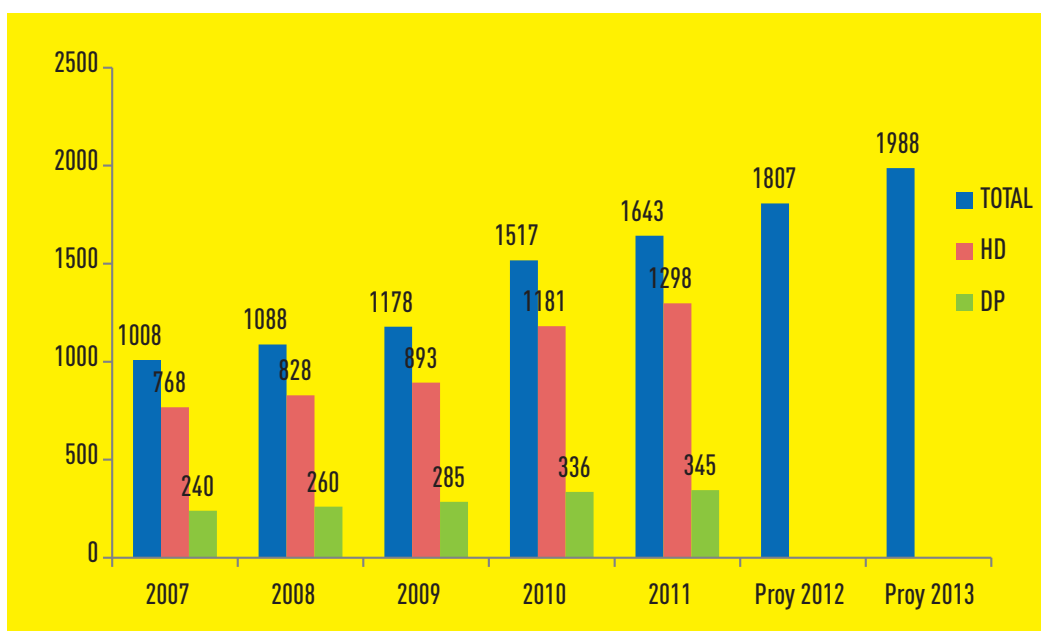
En el estudio PREFREC, 34.7% de los adultos, presentaba sobrepeso y 27.1% obesidad. En los hombres el 35.1% presentó sobrepeso y 18.3% obesidad, en las mujeres, 34.5% sobrepeso y 30.9% obesidad. En las Regiones de Salud en que se realizó el estudio, el sobrepeso y la obesidad estuvieron presentes en más del 60% de los entrevistados. Sin embargo, la obesidad fue mayor en la Región de Salud de Colón (32.3%), seguida de la Región de San Miguelito (29.2%).

4.1.5.3. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

La enfermedad renal crónica (ERC) o Injuria Renal Crónica (IRC), anteriormente conocida como insuficiencia renal crónica (IRC), es una pérdida progresiva (por 3 meses o más) e irreversible de las funciones renales. La enfermedad renal crónica (ERC) es actualmente una pandemia mundial y Panamá no escapa a esta realidad. Si bien hay diversas causas de esta entidad tanto propia del riñón como extrarrenal, son precisamente dos patologías de este último grupo, las más importantes: la Diabetes Mellitus que es responsable del 40% y la hipertensión arterial del 30% de todos los pacientes que llegan al estadio final de la ERC. En nuestro país, como se puede apreciar en

la GRÁFICA N°. 10, en el año 2007 asistían 1,008 pacientes a diálisis (suma de Hemodiálisis más diálisis Peritoneal), esto aumentó a 1,643 en el 2011 y al 2012 y a 1700 pacientes en el 2012, lo que evidencia un aumento significativo.

GRÁFICA N°. 10: CRECIMIENTO NACIONAL DE LOS PACIENTES EN DIÁLISIS. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS 1993-2012/P.



Prevalencia total 2011 ~ 46.9 x 100,000 habitantes

Fuente: Registro Nacional de Nefrología

En Panamá en un estudio observacional realizado en la provincia de Coclé, se confirmó una prevalencia significativamente mayor de ECR en las poblaciones de Puerto El Gago (18%) y Juan Díaz (13%), comparado con la población control de Churuquita Grande (6%). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de los principales factores de riesgo (diabetes e hipertensión) ni en la distribución por edad o sexo entre las poblaciones comparadas, lo cual pudiera sugerir que en esta zona el aumento de la prevalencia de ECR podría tratarse de nefropatía mesoamericana.⁴⁰

Para hacerle frente a este problema la Sociedad Panameña de Nefrología e Hipertensión, junto al MINSA y la CSS han puesto en marcha el Plan Nacional de Salud Renal, iniciado en la provincia de Coclé, y que busca detectar tempranamente a pacientes con ERC para detener o disminuir según el caso la progresión del daño renal. Adicional a esto es menester profundizar estrategias similares para frenar el avance de la diabetes y la hipertensión arterial.

4.1.5.4. OSTEOPOROSIS

La osteoporosis, actualmente constituye un problema para la salud pública en el país, encontrándose en el grupo de enfermedades no transmisibles sobre las cuales se hace necesario un trabajo intersectorial intenso y de corte

40. Rodríguez F, Cuero C, Delgado E, Camargo I, "Diagnóstico de la ERC y factores de riesgo asociados en áreas seleccionadas de la provincia de Coclé de Panamá"

educacional para generar cambios de comportamiento en lo relacionado al cuidado de la salud, hábitos alimentarios y actividad física a lo largo de la vida.

La limitación para la detección de este evento por medición de la Densidad ósea, está condicionada a la casi ausencia de equipos de Densitometría para el Tamizaje de la población con factores de riesgo detectados a nivel clínico y la medición DXA (Densitometría por Absorción Dual de Rx) final de los huesos centrales, aunado a la morfometría vertebral, en los servicios de salud del MINSA y de la CSS.

Existen 4 equipos para tamizaje periférico en ONGs y médicos particulares y 16 equipos DXA en Instituciones privadas en el país (9 en Panamá Centro, 1 en Panamá Oeste, 1 en Chitré, 1 en Veraguas, 1 en Aguadulce, 3 en Chiriquí) lo que dificulta el acceso de la población de bajos recursos para acceder al diagnóstico, control y tratamiento.

La información con la que se cuenta permite decir que los hombres tienen menor incidencia de Osteoporosis e inician entre los 60 años y más, usualmente relacionados al sedentarismos, alimentación inadecuada, alcoholismo, Cáncer de próstata o pulmón y a otras ENT asociadas. La encuesta ENSCAVI 2007, refleja que la alimentación es inadecuada, tanto en el aporte proteínas bajas en grasa y el bajo consumo de alimentos con Calcio y Vitamina D.

En el cuadro N°. 4 y en la gráfica N°. 11 se pueden observar datos generados mediante Densitometría de Tamizaje con Ultrasonido del Radio Distal realizados a población sana en ferias y giras de salud, universidades, instituciones, pública y privadas en todas las provincias del país a excepción de Bocas del Toro, Darién y el área Indígena, en un muestreo de población de 20 años a 80 años. En el periodo del 2003 al 2014 se realizaron un total de 29,373 densitometría. En los mismos se puede observar la proporción de casos de Osteoporosis y Osteopenia detectados así como el aumento significativo de los diagnósticos de Osteoporosis tanto para hombres como para mujeres.

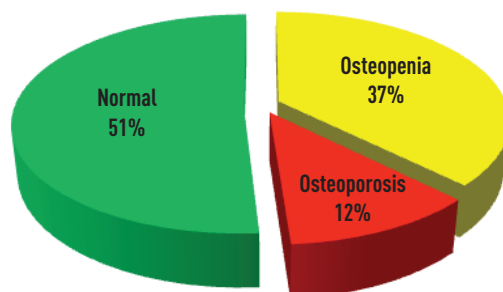
En los tamizajes realizados por FOSEMO del 2007-2010, se evaluó el Índice de Masa Muscular (IMC), el IMC (peso/talla xm²) de Bajo peso (por debajo de 20) fue de 24.08 % en mujeres con osteopenia y 33.03% en mujeres con osteoporosis. Se detectó que 10.08% de las mujeres tienen sobrepeso y osteopenia, 33.03 % tenían Osteoporosis y bajo peso; 2.69 % tiene obesidad y osteopenia, 2.04 % tenían obesidad y osteoporosis. También se encontró un incremento en la Osteopenia que indica una baja reserva de la densidad ósea por / cm² y de la

CUADRO N°. 4. NÚMERO DE PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE OSTEOPOROSIS, OSTEOPENIA O NORMAL, DETECTADOS POR DENSITOMETRÍA DE TAMIZAJE DEL RADIO, SEGÚN SEXO Y AÑOS AGRUPADOS. REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑOS 2003-2014.

Casos	2003 - 2006		2007 a 2010		2011 a 2014		
	Total	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Total	29,373	6,103	652	8,059	1,833	10,396	2,330
Osteopenia	10,993	1,550	183	3,301	960	4,541	458
Osteoporosis	3,361	419	28	1,271	40	1,516	87
Normal	15,019	4,134	441	3,487	833	4,339	1,785

Fuente: Fundación de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Óseas. República de Panamá.

GRÁFICA N°. 11. PORCENTAJE DE CASOS CON OSTEOPENIA, OSTEOPOROSIS Y NORMALES. REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑOS 2003 AL 2014.



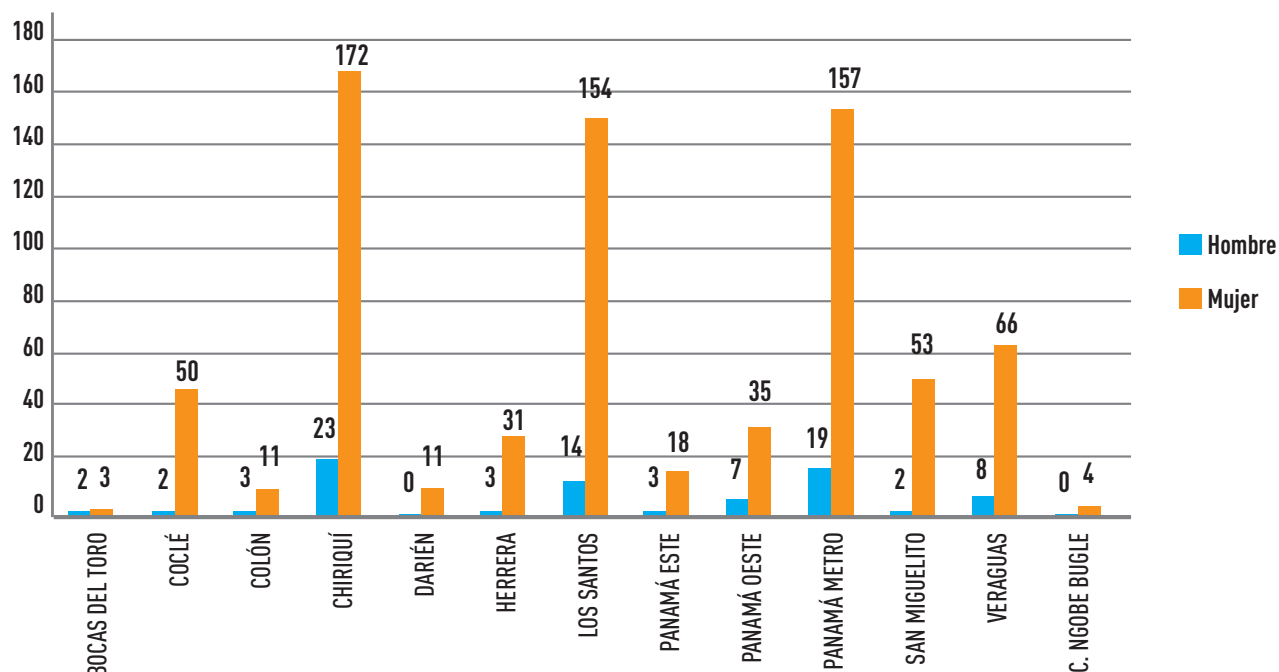
Fuente: Fundación de Osteoporosis y Enfermedades Metabólica Óseas. República de Panamá

Osteoporosis por una reserva de -2.5 D.S. (desviación estándar) o menos por área estudiada en la Curva T (OMS); En las densitometrías realizadas en 2011, la Osteopenia en hombres fue del 29% y 5 % de Osteoporosis

Desde el 2008 estas enfermedades deben ser reportadas al sistema de registro del ministerio de salud, sin embargo existe un sub registro debido a que las Instituciones privadas que cuentan con Densitómetros no suelen enviar esta información.

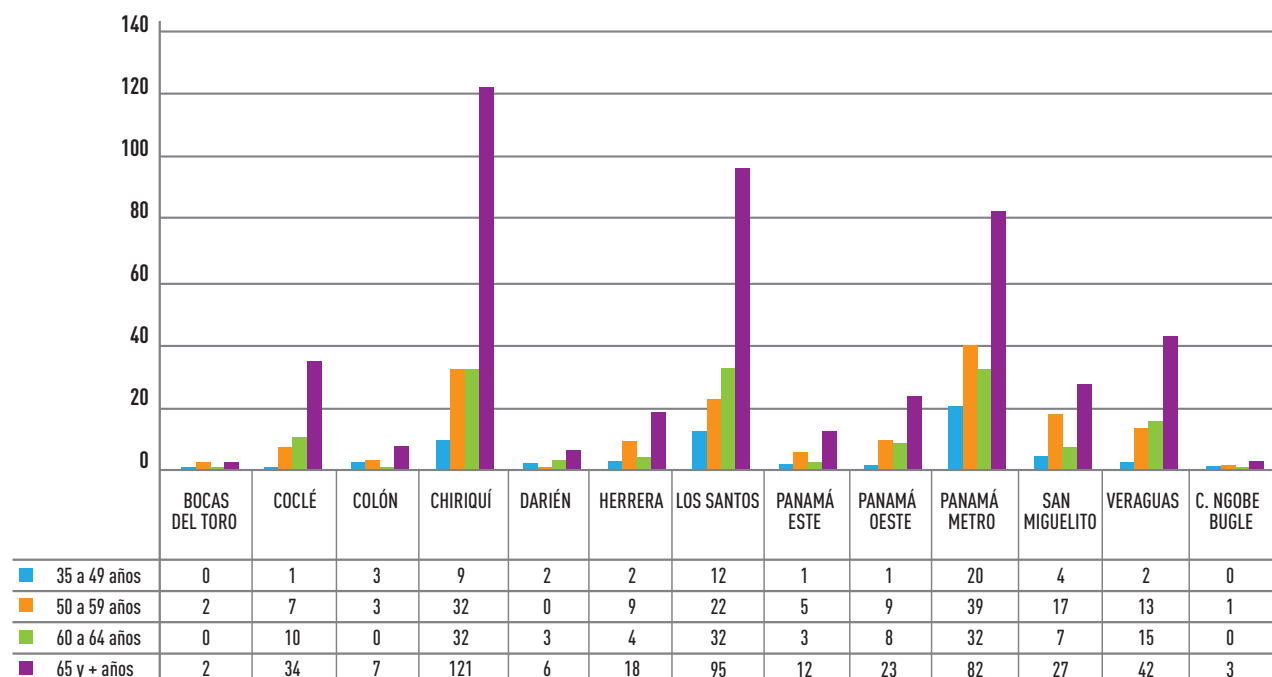
Para el año 2013 se registraron un total de 851 casos de Osteoporosis en el país, 765 (89.9%) en mujeres y 86 (10.1%) en hombres, relación similar a la literatura en el resto de América Latina (Informe de la IOF sobre Osteoporosis en América Latina). Las provincias que registraron mayor número de casos fueron, Chiriquí con 195 (22.9%), Panamá Centro con 176 (20.7 %) y Los Santos con 168 (20.52%). (Ver gráficas N°. 12 y 13).

GRÁFICA N°. 12. NÚMERO DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON OSTEOPOROSIS POR REGIÓN DE SALUD SEGÚN SEXO. PANAMÁ, AÑO 2013.



Fuente: Sistema de Información de Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud

GRÁFICA N.º.13. NÚMERO DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON OSTEOPOROSIS POR REGIÓN DE SALUD SEGÚN EDAD, PANAMÁ, AÑO 2013.



Fuente: Sistema de Información de Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud

5. SITUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LAS ENT EN PANAMÁ

Los cuatro factores de riesgo modificables priorizados a nivel mundial existen y se comportan de la misma forma en Panamá. Es necesario recordar que existen también factores intermedios como la hipertensión arterial, las dislipidemias y la obesidad sin olvidar la parte psicosocial, que deben ser identificados y abordados también y que estos factores se presentan frecuentemente asociados y se potencian entre sí.

Existe información documentada sobre algunos de estos factores de riesgo en encuestas y estudios científicos nacionales como Encuesta Nacional de Consumo, la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENSCAVI) 2007 y el estudio sobre Prevalencia de factores de riesgo asociados a enfermedad cardiovascular (PREFREC) 2010.

5.1. ALIMENTACIÓN INADECUADA

La última Encuesta Nacional de Consumo se realizó en Panamá en 1990, pero los cambios económicos y la globalización de las últimas décadas han variado los hábitos de alimentación tradicionales de la familia panameña. Estos cambios, ocurridos en el orden económico, en el sector agropecuario, los tratados internacionales de comercio, la mayor incorporación de la mujer en el mercado laboral, las franquicias de restaurantes de comidas rápidas, las intensas campañas publicitarias de alimentos de bajo valor nutritivo asociados a bien estar, felicidad y un mundo mágico, dirigida a niños y adolescentes, no se han podido cuantificar en toda su magnitud. Sin embargo algunos estudios puntuales realizados en escuelas y centros parvularios y el estudio PREFREC sobre hábitos de consumo de alimentos, reportan información muy útil, similar a la de los países del área.

En PREFREC se estudió el consumo habitual de algunos alimentos de los adultos de las provincias de Panamá y Colón a través de la frecuencia de consumo semanal, clasificando los alimentos en grupos protectores y de riesgo a la salud cardiovascular. Se consideró como protector a la salud cardiovascular el consumo de 5 porciones de vegetales y/o frutas al día. Solamente 4.9% de los encuestados, consume las porciones recomendadas todos los días; la mitad de los adultos consume menos de 2 porciones al día. El consumo adecuado de 5 o más porciones al día de frutas y vegetales, es ligeramente mayor en el área urbana en relación a la rural e indígena, también es mayor entre las mujeres y a medida que aumenta la escolaridad de los encuestados. No hay diferencias entre edades.

El consumo de cacao, puro o cocoa, tres o más veces a la semana, fue reportado por 3.8% de las personas estudiadas y el de pescado sin freír o atún de lata, fue consumido por 12.3%, por lo menos tres veces a la semana; ambos consumos se consideran protectores a la salud cardiovascular. Los alimentos considerados de riesgo a la salud cardiovascular como frituras, “snacks” y coco más de 2 veces al día, se reportó consumido por el 32.5% del total de adultos encuestados y entre los jóvenes de 18 a 29 años, 47.9% lo consumía con esta frecuencia diaria. También se investigó sobre la reutilización del aceite para freír y 66.2% de los adultos refirió reutilizarlo y de estos, 30% lo hace más de 2 veces.

En el estudio se consideró como alimentos con alto contenido de azúcar: las bebidas azucaradas tipo sodas, chichitas, “kool-aid” o “tang”, las pastillas en cantidades de por lo menos 6 unidades y el chocolate en barra con bajo contenido de cacao y mucho azúcar. Se encontró que entre las personas de 18 a 29 años, el consumo de alimentos con alto contenido de azúcar 2 o más veces al día fue de 16.6%; entre los adultos jóvenes, el 34.1%

consume estos productos con esta frecuencia (2 o más veces al día). Sobre la asistencia a restaurantes de comida rápida (muchas veces considerados dispensadores de comida chatarra) se encontró que el 32% de los adultos jóvenes (18 a 29 años) frecuenta por lo menos una vez a la semana este tipo de establecimiento.

5.2. SEDENTARISMO

Según ENSCAVI 2007 la práctica de ejercicios físicos regularmente estimó relaciones urbano-indígenas y rural-indígena de 1.8:1 y de 1.4:1. Las mujeres presentan dos veces más riesgo que los hombres de no practicar esta actividad preventiva.

La práctica de alguna actividad física como control de estrés se midió a través de las siguientes preguntas: limpia la casa, baila, haces ejercicio y tiene relaciones sexuales. De un total de 102,992 posibles respuestas, 25,057 fueron afirmativas, es decir el 24.3%. Según PREFREC, el 7.4% de los adultos entrevistados fue clasificado como sedentario ya que realizaban menos de 60 minutos por semana de actividad física, esto según la clasificación de OMS.

5.3. TABACO

La encuesta PREFREC reveló que los panameños fuman cada vez menos productos derivados del tabaco. Solo el 6.3% de la población adulta consumió productos de tabaco en los últimos 30 días previos a la encuesta, inferior al 9.4% registrado en 2007 en la ENSCAVI.

La Encuesta Mundial de Tabaco en Jóvenes realizada en el país en los años 2002 y 2008 refleja que la prevalencia actual de consumo de cigarrillos pasó de 13.2% en el 2002 a 4.3% en el 2008. La probabilidad de que los que nunca han fumado inicien el consumo el próximo año, reflejó un descenso con diferencias significativas entre ambos años y entre chicos y chicas. En tanto que, la Exposición al Humo de Tabaco de Segunda Mano (EHTSM) también mostró descensos importantes tanto en el hogar como en espacios públicos, con diferencias estadísticamente significativas entre un año y otro.

Según ENSCAVI 2007, el 45.6% de los encuestados afirmó haber fumado algún producto de tabaco alguna vez en su vida cuando era menor de edad. El estudio encontró que de las 467 personas que manifestaron fumar diariamente, el 54.8% comenzó cuando tenía entre 10 y 19 años de edad, ocho casos empezaron cuando tenían entre seis y nueve años de edad. La edad de inicio de consumo de tabaco en todos los casos fue menor en hombres que en mujeres. En las áreas urbanas, el 30% de las personas han fumado tabaco alguna vez en su vida, 35% en las zonas indígenas y 27.6% en las áreas rurales. La región de Salud de San Miguelito presentó la mayor tasa de prevalencia de consumo, con 9.2% y Panamá Oeste obtuvo la menor, con 5.4%.

La edad de inicio en menores de 12 años fue mayor en las áreas rurales, reflejándose el mayor porcentaje en las mujeres de las áreas rurales para el grupo de menores de 16 años. El comportamiento de la edad de inicio es similar entre los hombres de las áreas urbanas, rurales e indígenas, excepto en el grupo urbano de 16 a 17 años, donde fue mayor.

La prevalencia de consumo de tabaco es 1.5 veces mayor en áreas indígenas que en las urbanas y 1.6 veces mayor que en las rurales. En las áreas de dominio para este estudio, la prevalencia actual fue mayor en hombres que en mujeres, 4 veces mayor en las áreas urbanas, 5.5 veces mayor en las rurales y 5 veces mayor en las

áreas indígenas. El análisis por sexo indica prevalencias mayores tanto en hombres como en mujeres en las áreas indígenas.

En términos de EHTSM para todas las áreas (urbana, rural e indígena), fue mayor en hombres que en mujeres, y más en el trabajo, que en centros recreativos y en la casa. En las áreas indígenas, la exposición al humo en las casas evidenció una probabilidad de 1.34 veces mayor que en las áreas rurales. Las áreas urbanas y rurales reflejaron un probabilidad 2 veces mayor de riesgo en los sitios de trabajo que las áreas indígenas. De igual forma, hubo 1.4 veces más riesgo en los centros recreativos urbanos con respecto a los de áreas indígenas. En todos los casos antes descritos se identificaron diferencias estadísticamente significativas.

En Panamá existen avances en normativas legales que han contribuido de manera significativa al control del tabaco como son:

1. Ley N° 45 del 14 de noviembre de 1995: Establece la base impositiva del Impuesto Selectivo al Consumo de Cigarrillos (ISC) en 32.5% del precio al por menor.
2. Decreto Ejecutivo N° 86 de 27 de mayo de 1999: Prohíbe la venta a menores y fumar es nocivo para la salud, entre otras medidas.
3. Ley 28 de 27 de junio de 2001: Se aumenta el I.V.A. del 10% al 15% y se destina el 5% del incremento al Instituto Oncológico Nacional.
4. Ley 40 del 16 de agosto 2004 y el Decreto Ejecutivo N° 17 de 11 de marzo de 2005: Prohíben fumar en restaurantes y establece pictogramas al 50%, entre otras medidas. Y
5. Ley 13 de 11 de enero de 2008: Prohibición de fumar en lugares cerrados, espacios abiertos, programas de abandono del consumo de tabaco, entre otras medidas.
6. Ley 69 de 6 de noviembre de 2009: Se aumenta el ISC y productos derivados del tabaco al 100% del precio declarado por el productor o importador nacional al Ministerio de Economía y Finanzas. Se establece un precio mínimo de B/. 1.50 por cajetilla de 20 cigarrillos. El 50% de lo recaudado se distribuye así: 40% al Instituto Oncológico Nacional, 40% al Ministerio de Salud y 20% a la Autoridad Nacional de Aduanas.

5.4. CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

Seis de cada diez entrevistados (59.1%), han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, con una prevalencia de vida para hombres de 83.8% y para las mujeres de 42.7% (ENSCAVI 2007). La prevalencia para las áreas urbanas fue de 63.4%, en tanto que uno de cada 2 entrevistados de las áreas rurales e indígenas (54.7% y 52.1%, respectivamente) consumieron bebidas alcohólicas alguna vez en su vida.

La prevalencia actual de consumo de bebidas alcohólicas fue de 40.9% con un diferencial por sexo del 61.1% y 27.4% para hombres y mujeres respectivamente (2.2 veces mayor en hombres que en mujeres). En las áreas urbanas la prevalencia actual fue de 45.7%, siendo 1.9 veces mayor en hombres que en mujeres (65% y 34.3%, respectivamente). En el caso de las áreas rurales la prevalencia actual fue del 35% con un diferencial de 57.7% para los hombres y de 17.7% para las mujeres. Las áreas indígenas alcanzaron una prevalencia de 35.2%, siendo de 55.7% y 19.7% en hombres y mujeres, respectivamente.

El consumo diario de bebidas alcohólicas en el distrito de Panamá presentó entre los encuestados porcentajes superiores a 3%. En el corregimiento de Santa Ana (3.8%), pero resto de los corregimientos mostraron porcentajes inferiores. En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas los fines de semana, porcentajes superiores a 19 se ubicaron en la población encuestada de los corregimientos de Santa Ana (20.8%), San Felipe (26%) y El Chorrillo (31.9%).

Según PREFREC, 59.6% de los hombres y 32.7% de las mujeres, refirió haber consumido bebidas alcohólicas en los 6 meses anteriores a la encuesta. De estos, 11.9% toma bebidas alcohólicas de 1 a 4 veces a la semana y 5.1% de 5 a 7 veces en la semana. Entre los que toman alcohol, vasos, copas o pintas el día el 50.0% (194/388) de los adultos jóvenes, el 44.5% (426/958) de los adultos y 36.4% (90/247) de adultos mayores tomaban 5 o más tragos y 24.6% toma de 3 a 4 tragos el día que toma.

5.5. AMBIENTE

Para el desarrollo del Plan Estratégico Nacional de Enfermedades No Transmisibles se ha considerado el factor ambiental por la importancia que cobran los factores de riesgo relacionados que pudieran afectar a la salud humana. Dentro de las metas que se desea alcanzar el está reducir los factores de riesgo relacionados a saneamiento básico y la destrucción de bancos de Sustancias Agotadoras de Ozono (SAO) no deseados como los Clorofluorocarbonados (CFC), los Hidroclorofluorocarbonados (HCFC) y los halones, y los Compuestos Orgánicos Persistentes (COPs).

La Convención de Viena para la protección de la Capa de Ozono, ratificada por la República de Panamá con la aprobación la Ley N°. 2 de 3 de enero de 1989, trata sobre los CFC, los HCFC y halones los cuales son una familia de gases que se emplean principalmente en la industria de la refrigeración y de propelentes de aerosoles. En cumplimiento del Convenio se aprueba el Protocolo de Montreal el cual fue ratificado por la República mediante la Ley No. 7 de 3 de enero de 1989.

Los COP's o Contaminantes Orgánicos Persistentes, son sustancias químicas consideradas altamente tóxicas, algunas son plaguicidas, otras se utilizan en la producción industrial. Aún en muy pequeñas cantidades, producen graves daños al ecosistema y a la salud humana, pues pueden trasladarse a grandes distancias por aire y por agua impregnando suelos, plantas y cultivos. Los animales y el hombre los incorporan al consumir alimentos contaminados o al inhalar el aire contaminado. Por ser solubles en grasas se acumulan en los tejidos vivos. Las Naciones Unidas instan a la comunidad internacional a tomar medidas, a través de la Convención de Estocolmo del cual Panamá es signataria. Para su manejo existen normativas institucionales como la resolución N°. 169 de 21 de febrero de 2011 y la N°. 795 de 22 de agosto de 2011.

Otro gran problema ambiental que se relaciona con la salud y las ENT son los disruptores endocrinos (DEs). Los DEs son compuestos químicos capaces de simular el comportamiento de las hormonas. Entre ellos están los folatos, empleados en la industria como ablandadores de plásticos, las benzofenonas, que se encuentran en los filtros ultravioletas de las cremas solares, los parabenes, usados para extender la caducidad de productos cosméticos como los champús, o el bisfenol A (BPA) presente en plásticos (policarbonato y resinas epoxi).

En los últimos años, estas sustancias están siendo objeto de una atención creciente para determinar sus implicaciones en distintas enfermedades, especialmente relacionadas con problemas metabólicos. Estos compuestos químicos son una “amenaza global” de la que hay que estar pendiente.

La actividad disruptora, va más allá de alterar mecanismos de acción de los estrógenos y los andrógenos o la actividad de la tiroides. Especialistas de la OMS y Naciones Unidas plantean posibles vinculaciones con problemas reproductivos en especies animales incluyendo en humanos masculinos o femeninos. También se asocian con alteraciones relacionadas con el desarrollo neuronal, desórdenes inmunitarios o metabólicos e incluso tumores vinculados con alteraciones hormonales, incluso existen estudios que evidencian que están asociados a la obesidad por lo que no debemos dejar de tomarlos en cuenta en nuestro Plan.

6. MARCO LEGAL EXISTENTE

No existe en el país un marco legal específico para las enfermedades crónicas no transmisibles. Le compete por orden constitucional, al Estado, la atención de la enfermedad y el fomento a la salud consagrado en el Capítulo 6º: “Salud, seguridad social y asistencia social”, en su Artículo N°. 09 “se establece que es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social”.

En el Artículo N°. 110, numeral 1, referente a nutrición, establece la obligatoriedad de desarrollar una política nacional de alimentación y nutrición que asegure un óptimo estado nutricional para toda la población. Así como en el numeral 2, “capacitar al individuo y a los grupos sociales, mediante acciones educativas, que difundan el conocimiento de los deberes y derechos individuales y colectivos en materia de salud personal y ambiental”.

El Código Sanitario vigente, que regula los asuntos relacionados con la seguridad, dispone la aplicación de la preferencia en materia de Salud Pública a toda otra disposición legal en el territorio nacional.

Es el Ministerio de Salud el llamado por ley a cumplir y hacer cumplir todo lo referente a la atención de los individuos, en toda la República, otorgado mediante el Decreto de Gabinete N°. 1, de 15 de enero de 1969: “Por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su Estructura y Funciones y se establecen las Normas de Integración y Coordinación de las Instituciones del Sector Salud”

Existen normas de atención de Salud específicas que describen la forma de abordar enfermedades crónicas como la Guía para la Atención Integral de las personas con Diabetes Mellitus, Guía para la Atención Integral de las Personas con Hipertensión y Guía para la Atención Integral de las Personas con Obesidad, publicadas en el año 2009 por el Ministerio de Salud, en coordinación con la Caja de Seguro Social y OPS. En las Guías de Atención Integral mencionadas, están definidas las acciones que se han de realizar en términos de manejo de enfermedad y de factores de riesgo según ciclo de vida en lo que se refiere a alimentación y fomento de la actividad física.

El 19 de septiembre de 2014, se promulga el decreto ejecutivo 1510 que establece la estrategia nacional para la prevención y el control integral de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, mismo que da paso, por el más alto nivel de gobierno, a fortalecer las acciones en torno a las ENT con visión integral y apoya el desarrollo de estrategias como la implementación del presente plan.

Todas estas normas son de obligatorio cumplimiento en todo el nivel nacional y deben ser supervisadas por el Ministerio de Salud. En términos de ambiente los temas son atendidos a través de la Subdirección Nacional de Ambiente y cuentan con normativas extensas según tema correspondiente.

7. DESARROLLO DEL PLAN NACIONAL

El presente Plan fue desarrollado en diferentes etapas. En el año 2010 se realiza una primera consulta con los integrantes de la comisión institucional conformada por los funcionarios designados por cada una de las direcciones del Ministerio de Salud. En esta reunión se realiza un análisis de Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas (FODA's), sobre las perspectivas del MINSA para abordar las ENT. Se construye la Visión y Misión con la que se identificaba dicha comisión y se trabaja en las Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas. Se identifica la necesidad de realizar consultas similares con los diferentes actores sociales del país. Se decide realizar cuatro consultas de manera que se agrupen estos actores sociales en:

1. Academia y asociaciones relacionadas con la salud
2. Organizaciones civiles
3. Entidades gubernamentales
4. Empresa privada.

Con los resultados de los FODA's de los primeros dos grupos se solicita a las entidades gubernamentales y a la empresa privada que brinden alternativas de respuestas a estos primeros. Con los resultados de las cuatro consultas, se realiza una quinta reunión para la validación y socialización de las áreas priorizadas con representantes de estos grupos y personal del MINSA. Se revisan los resultados y se validan las estrategias, acciones, responsables e indicadores según metas establecidas, en el contexto de los seis ejes de trabajo que fueron acordados, sin que quede excluida la posibilidad de que de ser necesario y evidenciado por la autoridad, el agregar o eliminar aquello que así fuera establecido:

1. Políticas públicas
2. Vigilancia e información
3. Promoción
4. Detección Precoz, Atención Oportuna y Rehabilitación
5. Investigación y
6. Monitoreo y Evaluación

7.1. RESPONSABILIDAD Y CORRESPONSABILIDAD SENTIDA

7.1.1. ACADEMIA Y ORGANIZACIONES RELACIONADAS CON SALUD

Los resultados de la consulta realizada a representantes de la academia y de organizaciones relacionados con la salud, detallados como fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas sentidas, fueron los siguientes.

FORTALEZA	OPORTUNIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. El tema tiene proyección social. 2. Participación intersectorial en campañas nacionales de promoción y prevención (Cintas rosada, roja y amarilla, diabetes, HTA etc.). 3. Sector de salud público y privado involucrado con la problemática de ENT 4. Experiencia previa en el marco legal (Ley anti-tabaco) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Articulación intersectorial para abordar el problema. 2. Motivación y demanda de la población para espacios socio-recreativos seguros. 3. Población preocupada por su salud. 4. Demanda del sector privado por contar con clínicas de salud laboral. 5. Existencia espacios y medios de comunicación institucionales. 6. Crecimiento Económico (Mayores Recursos). 7. Aceptación y éxito de la campaña y de las regulaciones de la ley ANTITABACO. 8. Financiamiento Externo. 9. Programas Internacionales en base al tema. 10. Existencia de alta cobertura de: telefonía celular, Internet y redes sociales en Panamá. 11. Intención gubernamental para contar con una base de datos poblacional integral y con interconectividad entre los sectores. 12. Existencia de Jumbo-Ferías.

DEBILIDADES	AMENAZAS
1. Escasa divulgación de las políticas de salud.	1. Los medios de comunicación social no priorizan ni promueven los temas de salud ni prevención de las ENT a la población.
2. Poco control de calidad en la alimentación que se ofrece a la población.	2. No existe regulación para las campañas de las industrias alimentarias y de licores.
3. No se cuenta con acceso universal a la tecnología para sistematizar la información.	3. Indiferencia de la población adolescente y adulto joven a morir por ENT.
4. No existe unificación y comunicación para trabajar esta problemática entre las instituciones.	4. Alto costo de los alimentos saludables vs. bajo costo de alimentos no saludables.
5. Falta de políticas claras, regulaciones y normas que promuevan estilos de vida saludables.	5. Ausencia de políticas de salud en los gobiernos municipales.
6. Falta de una red de información integrada en el país sobre ENT lo que dificulta contar con registros de información integradas.	6. Falta de acceso universal a las Jumbo ferias.
7. Sectores gubernamentales ajenos a la salud, desconocen o no reconocen su responsabilidad con el problema y los alcances de las ENT.	7. Resistencia al cambio por parte de las industrias afectadas por las regulaciones.
8. Falta de reglamentación para etiquetado de pre envasado y etiquetado nutricional sobre: grasa Trans, sodio y azúcares.	
9. Poca inversión gubernamental en prevención para las ENT.	
10. Importación de modelos de alimentación, imagen corporal y tecnología no adecuados:	

7.1.2. ORGANIZACIONES CIVILES

En el siguiente cuadro presentamos los resultados de la consulta realizada a representantes de las organizaciones civiles.

FORTALEZA	OPORTUNIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Motivados para darle batalla a las ENT. 2. Recurso humano, en el sector salud, capacitado sobre la problemática. 3. Capacitaciones a la población en estilos de vida saludables y otros temas de prevención de ENT. 4. Formación de profesionales en promoción de actividad física (RAFA*-UDELAS). 5. Servir de ejemplo y motivación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interés a nivel mundial en ENT (Cumbre Mundial de Presidentes y Mandatarios en septiembre 2011). 2. Algunas representaciones de organismos internacionales se encuentran en Panamá (Ciudad del Saber). 3. Participación social en las actividades. 4. Apoyo de instituciones gubernamentales (ION, UDELAS), no gubernamentales (empresa privada) e internacional. 5. Alianzas estratégicas con el Gobierno, Empresas Privadas y otras ONG'S. 6. Interés de los medios de comunicación en informar sobre el tema (problemática). 7. Donaciones de insumos para realizar actividades puntuales relacionadas con algunas ENT. 8. Organismos de financiación y gestión de las naciones unidas están en la Ciudad del Saber: FAO, PNUMA, UNICEF y en el MINSA (OPS/OMS) 9. Se están impulsando leyes que permitan protegernos contra las ENT 10. Acercamiento a las autoridades para lograr cambios en las políticas de salud y educación.
<p>*RAFA= Red Actividad Física Americana.</p>	

DEBILIDADES	AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de una alianza estratégica entre los diferentes sectores estatales que trabajan con ENT. 2. Pocas empresas privadas consideran el tema dentro de su responsabilidad social. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desconocimiento de la población sobre las ENT, sus factores de riesgo y determinantes. 2. Insuficiencia de espacios físico seguros, para realizar actividad física en las áreas urbanas. 3. Disminución de la educación física dentro de la currícula escolar. 4. Insuficiencia de recurso humano capacitado en las ENT. 5. Crecimiento de urbanizaciones sin consideración de áreas recreativas apropiadas. 6. Falta de compromiso de los medios de comunicación masivos en campañas contra las ENT. 7. Industrias de alimentos y bebidas muy poderosas. 8. Fuerte estrategia de marketing de las industrias que producen comidas chatarras. 9. Publicidad engañosa de productos considerados factores de riesgo de ENT 10. Aumento de la tecnología en detrimento de la actividad física. 11. Aumento del costo de los productos saludables (frutas y vegetales). 12. Cultura gastronómica del panameño (bajo consumo de frutas y vegetales, alto consumo de azúcares y frituras). 13. Cultura social no conducente a un estilo de vida saludable. 14. Los precios de los protectores solares y medicamentos para el tratamiento de las ENT son elevados. 15. Ausencia de apoyo gubernamental para impulsar las leyes y accesibilidad sobre productos que se relacionan con los determinantes de ENT.

7.1.3. GOBIERNO

Los representantes de las diferentes entidades gubernamentales esbozaron las siguientes alternativas en respuestas a las debilidades y amenazas identificadas en el listado a continuación:

RESPUESTA A LAS DEBILIDADES	RESPUESTA A LAS AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer políticas a Alto nivel gubernamental. • Sensibilizar a las altas autoridades para la implementación de las políticas de salud en los diferentes sectores a nivel nacional. • Creación de legislación para que existan más árboles y áreas verdes (ANAM + MIVI) • Establecer legalmente (ley) la obligación sobre la información nutricional. (MINSa) • Verificación y sanción (ACODECO) • Campañas impactantes a todo nivel de Prevención a ENT. • Dirigir las campañas a niños como sistema preventivo. • Creación de ciudades deportivas (para ambas temporadas invierno y verano) • Designando a un coordinador y suplente de enlace en cada Institución, para llevar a cabo todos los planes y programas. • Institucionalizar un día para celebrar estilos de vida saludable y motivar a la población en general (caminatas) • Crear una red de comunicación tecnológica (ANIG - Innovación) que sirva de sistema de comunicación para divulgar información: Estadísticas, Boletines de Prevención, Jumbo ferias, Actividades deportivas, iniciativas gubernamentales en planes internos de mejorar los sistemas saludables. • Crear un periódico digital (ANIG) • Crear un WEB SITE ESPECIAL • Evaluar los productos de consumo, antes de ser lanzados al mercado. • Regulaciones nacionales de información de productos (ACODECO). 	<ul style="list-style-type: none"> • Campaña de comunicación sobre los riesgo y determinantes de la ENT y sus consecuencias a la salud, de manera segmentada, según grupos poblacionales y estratos (urbano, rural, comarcal) • Coordinación con las instituciones de salud para la organización de docencia. • Coordinación con instituciones que manejan la prevención y control de adicciones (alcohol, droga, tabaco) • Abordaje del tema a lo interno de las instituciones. Ejemplo: Clínicas de salud ocupacional en capacitar a los profesionales para aprovechar los grupos cautivos (obreros, sindicatos, empresarios, etc.) • Revisar las legislaciones existentes en cuanto a planificación urbana, verificar el cumplimiento y el seguimiento adicional • Divulgar los derechos y deberes para que sean exigidos por la población • Existencia de caminadora y máquinas de hacer ejercicio al público como en San Antonio, Cerro Viento y Brisa del Golf por lo que sugiere un reconocimiento público a dichas autoridades como motivación a otras autoridades. • Coordinar con las universidades, MEDUCA, MIN-GOB las labores sociales y trabajos comunitarios. • Reevaluar y replantear la inclusión de la actividad física y la materia de Educación física al curriculum escolar y sugerir la inclusión de clínicas deportivas. Adicional elaborar acuerdos entre las autoridades de cada institución para avanzar en el tema de ENT. • Coordinar con PANDEPORTES y autoridades locales la promoción de deportes en las comunidades. Adicionalmente el tema de asignación de presupuesto para estas actividades.

RESPUESTA A LAS DEBILIDADES

- Apoyar al productor panameño y capacitarlo en generación de productos de buena calidad.
- Promoción de prácticas administrativas a nivel gubernamental para incentivar a los funcionarios a realizar actividades físicas. (ejemplo tiempo compensatorio)
- En el envío de invitación a participar, exponer los motivos del por qué cada Institución debe estar involucrada con el tema.
- Brindar capacitación a todas las Instituciones.
- Rehabilitación de aceras, parques.
- MOP + MUNICIPIO + MIVI + PANDEPORTES + MINSA (batuta) = para creación de áreas físicas gratuitas o a bajo costo.
- En el envío de invitación a participar, exponer los motivos del por qué cada Institución debe estar involucrada con el tema
- Restringir o verificar publicidad. Por medio de ley. (ACODECO)
- Promover estilo de vida saludables vs. estética
- Creando a nivel gubernamental sondeos y censos sobre estilos de vida saludable (alimentación, deportes, enfermedades).
- Contar en cada Institución Gubernamental con una Unidad de Salud Ocupacional que coordine de manera interinstitucional para que guíe en la promoción de Estilos de Vida Saludable.
- Aumentar la promoción de las políticas de salud por diferentes medio (boletines informativos, páginas web de cada Institución, reproducción de material educativo, control de salud en fechas de cumpleaños y otros).
- Educar a la población en temas de nutrición que le permita tener conocimiento suficiente para una adecuada selección de alimentos.

RESPUESTA A LAS AMENAZAS

- Sensibilizar a lo interno de la familia sobre la importancia de realizar actividad física desde la niñez.
- Formación y capacitación de promotores para ENT. (a nivel institucional, comunidad, ONG, etc. Igualmente que las redes de VIH, SIDA y Salud Mental sirvan de ejemplo como otra metodología para adaptar a ENT.
- Recopilar la legislación existente en relación a las áreas recreativas
- Coordinar con entidades como la defensoría del pueblo para velar por los beneficios de la población respecto a las áreas recreativas.
- Promover alianzas estratégicas y acuerdos privados entre el estado y las empresas privadas para realizar campañas publicitarias con mensajes positivos. (ventajas entre lo natural y artificial)
- Abogar por acercamientos con las empresas sobre su compromiso social y empresarial y la necesidad de elaborar videos de estilo de vida saludable y prevención de ENT para la orientación laboral en las instituciones.
- Sensibilización para los profesionales que laboran en los medios de comunicación radiales, escrito y televisivo.
- Aboga por fortalecer el liderazgo y el rol rector y motivar e incentivar del liderazgo institucional
- Se ejerza autoridad sobre la importación de alimentos, publicidad y etiquetado de productos. Igualmente regular, contar las herramientas normativas sobre el tema de grasas, las cuales se encuentran reguladas a nivel internacional.
- Sensibilizar a la población a la toma de decisiones.
- Abordar una mejor gerencia y capacitaciones de recursos humanos.

RESPUESTA A LAS DEBILIDADES

- Aplicar la tecnología disponible a través de los centros informáticos de cada institución, dando los seguimientos adecuados.
- Coordinar reuniones interinstitucionales más continuas que aborden temas para el control de las ENT y otros temas de salud.
- Divulgar en cada institución las diferentes políticas ya establecidas por el sector salud, adaptándolas a sus propias condiciones, a través de guías normativas.
- Facilitar al MINSA por medio de enlaces, la información de censos de salud que se realicen internamente en cada una de las instituciones.
- Elevar a tema de estado el control de las ENT.
- Concientizar a las autoridades responsables del manejo del presupuesto de manera de destinar partidas para la prevención de las ENT.
- Contrarrestar las amenazas de modelos de alimentación, imagen corporal y tecnología inadecuadas para llevar un estilo de vida saludable.

RESPUESTA A LAS AMENAZAS

- Cultura de los países sobre actividad física. Ejemplo sedentarismo en panamá vs países como Japón, Korea y China.

7.1.4. EMPRESA PRIVADA

A continuación podemos observar las respuestas que la empresa privada brindó ante las debilidades y a las amenazas identificadas por los grupos que fueron consultados previamente:

1. Falta de una alianza estratégica entre los diferentes sectores que trabajan con ENT

Establecer convenios con el Ministerio de Salud.

Mejorar estilos de vida para programas internos de las organizaciones, Salud, nutrición, salud mental

Implementación de mini-gyms, espacios para actividades físicas, y la realización de ferias de la salud donde se promueva la prevención, promoción y control.

2. Escasa divulgación de las políticas de salud.

Fortalecer la alianza pública-privada, aumentar la divulgación de las políticas de salud, potenciar comunicación a través de los medios electrónicos, así mismo información sobre los programas existentes(plan anual de trabajo).

3. Poco control de calidad en la alimentación que se ofrece a la población

Acelerar el proceso de incorporación a la unión aduanera y adopción de los reglamentos armonizados de etiquetado alimentados, que fueren basados en normativas internacionales

4. No se cuenta con acceso universal a la tecnología para sistematizar la información.

Establecer Enlace Pública-Privada

5. No existe unificación y comunicación para trabajar esta problemática entre las instituciones y la empresa privada.

Representación unificada a través de asociaciones comerciales

Llevar el mensaje a la asociaciones comerciales de esta problemática para mayor sensibilización

Crear dentro de las asociaciones comerciales oficinas que traten temas específicos en temas de alimento

Disponer de asociaciones comerciales especificas por sectores, para sensibilizarlos a la problemática

Proceso de convencimiento y divulgación a nivel interno de la compañía y entre asociaciones.

6. Falta de políticas claras, regulaciones y normas que promuevan estilos de vida saludables

Diseñar estrategias dentro de las Organizaciones que promuevan estilos de vida saludable(Obtener descuentos en gimnasios, crear espacios para esparcimiento físico)

Las inmobiliarias deben considerar dentro de sus proyectos el diseño de espacios físicos que contribuyan a la promoción de la salud.

7. Publicar estadísticas oficiales en la web, para que sea de uso publico

Utilizar las redes sociales para difundir información.

8. Influir en la alta dirección quienes son los que toman las decisiones para generar cambios (colaboradores de la empresa)

Fomentar una dieta saludable

Promover el auto cuidado de la salud, la familia y el trabajo.

9. Igual ítems 3

10. Sensibilizar autoridades locales para promoción de actividades físicas

11. Diseñar infraestructura y ofrecer seguridad para la práctica de actividades físicas (Parque seguro para los niños, caminata por las noches)

Disponer de un presupuesto asignado específicamente para programas de calidad de vida.

RESPUESTA A AMENAZAS

1. Ausencia de un código alimentario

1.1. Insuficiencia de recursos humano capacitado en las ECNT.

Sugerencias o alternativas:

- Elaborar unas pautas generales a través del MINSA para que los departamentos de Nutrición en las empresas puedan seguir las líneas establecidas.
- Varias empresas se sumen a campañas sobre lectura del etiquetado nutricional. A través de propaganda, módulos de capacitación en jumbo ferias que instruyan a la población.
- Circular el calendario de actividades del MINSA.
- Que se reglamente la “responsabilidad social” y se comparta la experiencia de las empresas a participar de las actividades de promoción de la salud.
- Que sea parte del curriculum de los estudiantes de las universidades. A través de Diplomados, con la petición legal del MINSA.
- Alianzas de estudiantes de carreras afines con empresa privada para programas de responsabilidad social.
- Ferias de las farmacias para capacitación de la población y crear recurso humano capacitado para enseñar sobre ENT.
- Organizar un programa de combate de las ENT y adoptarlo como una política de la empresa

2. Existencia de publicidad de alimentos comidas rápidas de las industrias alimentarias y de licores.

3. No regulación de las campañas de las industrias alimentarias y de licores.

4. Utilización de datos externos aplicados al país

5. Cultura de indiferencia de la población adolescente y adulto joven por morir ENT.

20. Cultura social no conducente a un estilo de vida saludable

- Identificar las empresas que realizan publicidad de estos alimentos para que realicen actividades de responsabilidad social a través de la concientización.
- Promover la autorregulación voluntaria de dichas empresas a través del mercadeo responsable.
- Las empresas regulan su estándar de promoción y en cambio se da a conocer la empresa a través de mensajes de salud que anime a la población a practicar estilos de vida saludable.
- Responsabilidad social dirigida concientizar a las familias quienes son los adquieren los alimentos por parte de las empresas.
- Existir un ente regulador sobre los alimentos que se encargasen y que no pueden incluirse en la lista de alimentos saludables
- Responsabilidad social sobre cultura de obtención de alimentos de la época ejemplo frutas de la estación.
- Crear cultura de supervisión sobre todas las legislaciones propuestas sobre ECNT.
- Regular las horas de los comerciales de alimentos no saludables.

- Propiciar que las mismas empresas auto regulen el consumo de cantidad de producto por ejemplo en vez de tomar una caja toma menos.
- Regular los mensajes de consumo dirigidos a los adultos y no a los niños
- Impulsar a través de la regulación y promoción a las empresas por parte del gobierno que motive a otras empresas a sumarse.
- Crear mensajes saludables a través de las redes sociales para los jóvenes.

6. Resistencia al cambio por parte de las industrias afectadas por las regulaciones

13. Falta de compromiso sostenido de los medios de comunicación masivos en campañas contra las ENT.

14. Industrias de alimentos y bebidas muy poderosas

15. Fuerte estrategia de marketing de las industrias que producen comidas chatarras.

16. Publicidad engañosa de productos considerados factores de riesgo de ENT.

23. Los medios de comunicación social no priorizan ni promueven los temas de salud ni prevención de las ENT a la población.

- Motivar o sensibilizar a las empresas a crear clínicas del empleado y comedores saludables.
- Los programas tienen que empezar con los empleados de las empresas a través de incentivos, retos de pérdida de peso.
- Regulaciones para las empresas de parte del MINSAL.
- Contra marketing de los mensajes publicitario no saludables.
- Que las empresas se comprometan a un acuerdo de regulación de sus comerciales y entre las mismas empresas se llamen la atención.

7. Desconocimiento de la población sobre las ENT, sus factores de riesgo y determinantes

8. Aumento de las ECNT en niños y jóvenes

9. Insuficiencia de espacios físicos seguros, para realizar actividad física en las áreas urbanas.

10. Disminución de la educación física dentro de la curricula escolar.

12. Crecimiento de urbanizaciones sin consideración de áreas recreativas apropiadas

17. Aumento de la tecnología en detrimento de la actividad física.

- Involucrar a los medios a formar parte de estas reuniones
- Involucrar a la familia por parte de las empresas a crear una cultura de estilo de vida saludable.
- Levantar un inventario de actividades saludables que existe y tienen algunas empresas para que otras empresas puedan poner en práctica.
- Campaña de responsabilidad social para crear reparar espacios físicos tomando en cuenta el inventario de lo que ya se ha hecho.
- Identificar que puede aportar cada ente las escuelas, la empresa, la comunidad y el gobierno para crear programas sostenibles para la población sobre espacios de actividad física.
- Crear una website propio del MINSAL que se dedique a fomentar prácticas de estilo saludables de acceso a la población.

27. Ausencia de políticas de salud en los gobiernos municipales**22. Ausencia de apoyo gubernamental para impulsar las leyes y accesibilidad sobre productos que se relacionan con los determinantes de ENT**

- Regular la salud ocupacional en los ámbitos laborales
- Regular el código de trabajo hacer valer los horarios, para cumplir los estilos saludables

28: Falta de acceso universal a las Jumbo ferias.

- Las jumbo feria puede ser un termómetro regulador para formar la base de regulación de los alimentos de estación.
- Que se hagan unos pilotaje de jumbo ferias permanentes que facilitaría
- Tomar listado de empresas para participar de las jumbo ferias para capacitación del personal que asiste a las mismas.

21: Los precios de protectores solares y medicamentos para el tratamiento de las ENT son elevados.**18: Aumento del costo de los productos saludables.****19: Cultura gastronómica del panameño (bajo consumo de frutas y vegetales, alto consumo de azúcares y frituras)****26: Alto costo de los alimentos saludables vs. Bajo costo de alimentos no saludables.**

- Mejorar organización sobre oferta de alimentos. (Variedad y acceso
- Bajar los aranceles de los protectores solares por parte del gobierno
- El protector solar debe ser parte de la canasta básica familiar.
- Trabajar sobre la experiencia de otros países.

Abordaje prioritario de las intervenciones propuestas a partir de las amenazas:

1. Desarrollar legislación regulatoria en materia de alimentos y en el Código de Trabajo, con respecto al derecho del trabajador de contar con el tiempo y espacio para la práctica de estilos de vida saludable.
2. Inclusión en los planes académicos de información sobre contenidos de estilos de vida saludable y los factores de riesgo de las ECNT.
3. Concertar espacios en las Jumbo Ferias para la participación de las empresas privadas a modo de plan piloto, con el fin de dirigir programas en estilos de vida saludable y factores de riesgo de las ECNT a la población.
4. Crear un website, para que la población tenga acceso a la consulta y capacitación de estilos de vida saludable y factores de riesgo de las ECNT.

8. CONTENIDO DEL PLAN

8.1. ALCANCE DEL PLAN

El presente Plan deberá tener alcance a toda la población que habita el territorio nacional.

8.2. ESTRATEGIAS PRINCIPALES

El Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, tendrá como estrategias principales:

- a) Formulación de una política pública eficaz.
- b) Coordinación extra e intra-sectorial.
- c) Fortalecimiento de los servicios de salud para la prevención y atención de las ENT.
- d) Promoción de intervenciones con énfasis en abordaje comunitario.
- e) Fomento a la Investigación.
- f) Evaluación del Plan

8.3. MISIÓN

Conduce, regula, promueve e impulsa políticas y estrategias para la prevención de las ENT y sus factores de riesgo.

8.4. VISIÓN

La población Panameña practica hábitos de estilos de vida saludable y tiene acceso a un sistema centrado en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades con un modelo de atención integral, integrado y con participación intersectorial.

8.5. OBJETIVOS

8.5.1. OBJETIVO GENERAL DEL PLAN

Disminuir la discapacidad, morbilidad y mortalidad por las enfermedades crónicas no transmisibles, en la población panameña.

8.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PLAN

1. Construir y promover la formulación de políticas públicas eficaces, integradas, sostenibles y basadas en evidencias sobre las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo (FR) y factores determinantes.
2. Promover el desarrollo y el fortalecimiento de la vigilancia de las enfermedades crónicas, como parte de la estrategia integrada de prevención y control de las enfermedades crónicas.
3. Fortalecer la capacidad del sistema de salud para fomentar la prevención y el control de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo mediante un sistema de atención integrada basado en el derecho a la salud.
4. Promover las condiciones sociales que permitan actuar sobre los factores determinantes de las enfermedades crónicas e incentiven a las personas al autocuidado de la salud como un deber ciudadano.

8.6. LÍNEAS Y ACCIONES ESTRATÉGICAS

El presente plan identifica seis líneas estratégicas de acción como resultado de la consulta realizada entre los diferentes actores sociales del país. Coinciden con las líneas ya establecidas por la ONU, OMS y la OPS y considera conveniente sumar dos líneas extras que aportaran beneficios sustantivos a la implementación de este plan.

1. Elaboración de políticas públicas que permitan intervenciones coordinadas y sostenidas.
2. Desarrollo de un sistema de vigilancia y generación de información para poder brindar a tomadores de decisiones bases sólidas.
3. Promoción de la salud, participación social y la prevención de enfermedades, enfatizando el trabajo sobre cada uno de los factores de riesgo identificados.
4. Detección precoz, atención oportuna, rehabilitación y cuidados paliativos, cada una de estas, es una línea estratégica sumamente importante para el sistema de salud que requiere de normativas acordes con la realidad que se está presentando en la población panameña y trata de dar a las ENT un abordaje integral dentro del sistema.
5. Investigación, docencia y desarrollo de capacidades sobre ENT y sus FR como principales generadores de morbimortalidad.
6. Monitoreo y evaluación de las acciones relacionadas con las ENT.

8.6.1. EJE 1. POLÍTICAS PÚBLICAS

Para el año 2025 se han fortalecidos los procesos de Regulación y Conducción relacionados con las Enfermedades No Transmisibles (ENT) priorizadas a nivel Nacional.

ESTRATEGIAS	ACCIONES	RESPONSABLES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1. Contar con una comisión nacional de prevención y control de las Enfermedades No Transmisibles.	1.1. Formalización legal, de la Comisión Nacional de prevención y control de ENT existente.	<ul style="list-style-type: none"> Entidades gubernamentales (Asamblea Legislativa, MOP, MIDES, MEF, MEDUCA, MIDES, MINGOB, Alcaldías, Autoridades Nacionales, CSS, etc.). Entidades no Gubernamentales 	<ul style="list-style-type: none"> Plan Estratégico Nacional de ENT elaborado y ejecutándose por ejes. Informes de los análisis de M&E de la implementación del Plan Estratégico Nacional de ENT y de los POAs. Divulgación de los resultados, conclusiones y recomendaciones, producto de la implementación del Plan de las ENT a las diferentes entidades gubernamentales y no gubernamentales.
2. Implementación de la política de prevenir y controlar los factores de riesgo de las ENT.	2.1. Formulación de la política que brinde los lineamientos para prevenir y controlar los factores de riesgo de las ENT.		
3. Regular acciones relacionadas con salud integral de la población y las ENT.	3.1. Formulación de las Políticas Públicas relacionadas con la atención de las ENT, a nivel Nacional, Regional, Sectorial y Local, con eficiencia, eficacia, calidad y equidad.		
	3.2. Implementación de las Políticas Públicas relacionadas con ENT.		
4. Vigilancia, Monitoreo y Evaluación (M&E) de las ENT.	3.3. Elaboración, publicación y divulgación del Plan Estratégico Nacional de ENT.	<p>MINS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Reporte anuales de la red de comunicación con los coordinadores.
	4.1. Formulación de los instrumentos para Vigilancia, Monitoreo y Evaluación (M&E) del Plan Estratégico Nacional y de los POA's a nivel Nacional, Regional Sectorial y Local de las ENT.		
5. Fortalecer los sistemas de salud basados en las atenciones primarias y organizadas en redes integradas de servicio y de comunicación efectiva en función del riesgo y el perfil de morbilidad crónica local.	5.1. Desarrollar una red de comunicación, entre coordinadores de los niveles locales, regionales y nacionales, mediante la red de informática que permita el flujo constante de la información, en los procesos de atención, docencia e investigación.	<p>MINS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Reporte anuales de la red de comunicación con los coordinadores.
	5.2. Difusión de la información		

8.6.2. EJE 2. PLANIFICACIÓN, VIGILANCIA E INFORMACIÓN.

La disposición de datos fiables sobre factores de riesgo es esencial para establecer prioridades y planear intervenciones preventivas. Se propone la realización de encuestas estandarizadas y con preguntas validadas, periódicamente. Esto asegura la posibilidad de comparar los datos, evaluar intervenciones a través del tiempo y entre poblaciones diferentes.

META 1: Las instituciones o empresas que brinden atención de salud habrán implementado el Sistema de información para la vigilancia en ENT sobre la morbilidad, mortalidad y factores de riesgo en al menos un 10%, para los tomadores de decisiones y la población, en todo el territorio nacional al 2019 y al menos 50% al 2025.

ESTRATEGIAS	ACCIONES	RESPONSABLES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1. Institucionalización de un sistema de información para la vigilancia de las ENT y sus Factores de Riesgo en el país	1.1. Establecer por consenso intersectorial e interinstitucional el marco legal que regula la notificación de las ENT y sus Factores de Riesgo en todo el territorio nacional.	<ul style="list-style-type: none"> • MINSA • CSS • Inst. Privadas y otros 	<ul style="list-style-type: none"> • Marco Legal aprobado. • Norma de vigilancia sobre ENT y factores de riesgo. • Sistema de sistematizado e integrado al SISVIG. • Sistema de vigilancia implementado y funcionando en todo el país.
	1.2. Desarrollar las normas de vigilancia: “caso a caso” y a través de encuestas periódicas sobre ENT y sus factores de riesgo.		
	1.3. Elaborar y desarrollar la automatización del sistema de información para la vigilancia de ENT y sus factores de riesgo.		
	1.4. Incorporar el módulo sistematizado para la vigilancia de las ENT y sus factores de riesgo integrado en Sistema de Vigilancia (SISVIG).		
	1.5. Implementar el sistema de información para la vigilancia en ENT y sus factores de riesgo.		
2. Análisis y Divulgación de la información de las ENT y sus factores de riesgo	2.1. Desarrollar salidas de análisis en ENT y sus factores de riesgo para usuarios internos y externos.	<ul style="list-style-type: none"> • MINSA, • CSS, • Inst. Privadas y otras Inst. Gubernamentales • ONGs. 	Boletines divulgados para usuarios externos e internos.
	2.2. Analizar la información de vigilancia de las ENT y sus factores de riesgo.		
	2.3. Divulgación de la información.		

META 2. Lograr divulgar al 2025 mediante un sistema de alerta, un 50% de los monitoreos realizados a la exposición de Sustancias Agotadoras de la Capa de Ozono (SAO), sustancias químicas, agroquímicas e inocuidad de alimentos como factores de riesgo para las ENT.

ESTRATEGIAS	ACCIONES	RESPONSABLES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1. Divulgación del sistema de alerta temprana en ambiente para la prevención y control de riesgo ambiental y alimentario para las ENT.	1.1. Educar a la población sobre las medidas preventivas y correctivas orientadas a la disminución del riesgo ambiental y alimentario relacionadas con SAO, sustancias químicas, agroquímicas e inocuidad de alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> • MINSAL, • CSS, • MIDA, • ANAM, • Inst. Privadas y otras Inst. Gubernamentales • ONGs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reportes del número de campañas de concientización y educación realizadas anualmente por las instituciones responsables.

8.6.3. EJE 3. PROMOCIÓN DE LA SALUD, PARTICIPACIÓN SOCIAL Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

META 1: Lograr promover la educación con participación social, enfocada en prevenir y combatir la inactividad física como factor de riesgo de las Enfermedades No Transmisibles en al menos un 10% del sector relacionado con salud para el 2019 y a un 50% al 2025.

ESTRATEGIAS	ACCIONES	RESPONSABLES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1. Construcción de una red nacional transectorial, con representación regional, para combatir la inactividad física, y para fortalecer las redes sociales de acción existentes.	1.1. Identificación de aliados estratégicos.	<ul style="list-style-type: none"> Comisión Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. (CONPCENT). Red nacional para combatir la inactividad física en Panamá. 	<ul style="list-style-type: none"> Una Red nacional transectorial con 14 representaciones regionales. 14 Convenios firmados. Un Plan Operativo para combatir la inactividad física quinquenal, diseñado e implementado. Un Plan de Comunicación dirigido a combatir la inactividad física, diseñado e implementado. Un Plan de educación sobre aumento de la actividad física diseñado e implementado.
	1.2. Reactivación de redes sociales de acción para combatir la inactividad física.		
	1.3. Firma de convenios.		
	1.4. Identificación de objetivos específicos para combatir la inactividad física.		
	1.5. Diseño de un Plan Operativo quinquenal dirigido a aumentar espacios en áreas recreativas y deportivas, acordes al clima y con seguridad, para realizar actividad física.		
	1.6. Propuesta de programas dirigido a controlar las horas de televisión y videojuego de los niños, e incentivar la realización de actividad física.		
	1.7. Inclusión de mayor número de horas de clases de educación física a la semana en la currícula escolar a todos los grupos de edad, inclusive nivel universitario.		

ESTRATEGIAS	ACCIONES	RESPONSABLES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
<p>2. Desarrollo de acciones educativas con participación de la población para incentivar la realización de actividad física, tomando en cuenta los determinantes sociales causantes de las ENT.</p>	<p>2.1. Diseño e implementación de un Plan de Comunicación para incentivar la realización de actividad física en la población en general.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MINSAL/Dirección de Relaciones Públicas.3Q • MINSAL/Dirección de Promoción de la Salud. • Red nacional para combatir el sedentarismo en Panamá. 	<ul style="list-style-type: none"> • 100,000 materiales educativos sobre aumento de la actividad física, distribuidos.
	<p>2.2. Elaboración de un Plan nacional de capacitación dirigido a los funcionarios del sector salud y educación sobre la importancia de la actividad física y sus beneficios a la salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MINSAL/Departamento de Capacitación del Empleado de la Dirección de Recursos Humanos. • Red nacional para combatir el sedentarismo en Panamá. 	<ul style="list-style-type: none"> • Curricula escolar con mayor número de horas semanales para actividad física a nivel nacional.
	<p>2.3. Elaboración de un Plan nacional de educación dirigido a la población en general sobre la importancia de la actividad física y sus beneficios a la salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MINSAL/Dirección de Promoción de la Salud. • MEDUCA/Dirección de Nutrición y Salud escolar. • Red nacional para combatir el sedentarismo en Panamá. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del impacto de la campaña publicitaria en los medios masivos de comunicación.
	<p>2.4. Elaboración de materiales educativos que contribuyan a incentivar la realización de actividad física.</p>	<p>Comisión Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles.</p>	
	<p>2.5. Desarrollo de campañas publicitarias en los medios masivos de comunicación (radio, televisión, prensa escrita y redes sociales) sobre los beneficios que tiene para la salud el realizar actividad física frecuente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MINSAL/Dirección de Relaciones Públicas. • MINSAL/Dirección de Promoción de la Salud. • Red nacional para combatir el sedentarismo en Panamá. 	

META 2: Lograr promover la educación con participación social, enfocada en prevenir y combatir consumo excesivo de alcohol como factor de riesgo de las Enfermedades No Transmisibles en al menos un 10% del sector relacionado con salud para el 2019 y a un 50% al 2025.

ESTRATEGIAS	ACCIONES	RESPONSABLES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1. Construcción de una red nacional transectorial, con representación regional, para combatir el consumo excesivo de alcohol, y fortalecimiento de redes sociales de acción existentes.	1.1. Identificación de aliados estratégicos.	<ul style="list-style-type: none"> Comisión Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles. Red intersectorial de Salud Mental. 	<ul style="list-style-type: none"> Red nacional transectorial con 14 representaciones regionales.
	1.2. Reactivación de redes sociales de acción para combatir el consumo excesivo de alcohol.		
	1.3. Firma de convenios.	<ul style="list-style-type: none"> Red nacional para combatir el exceso de alcohol en Panamá. Red intersectorial de Salud Mental. 	<ul style="list-style-type: none"> 14 Convenios firmados.
	1.4. Identificación de objetivos específicos para combatir el consumo excesivo de alcohol.		
	1.5. Diseño de un Plan Operativo quinquenal dirigido a disminuir el consumo de alcohol, promover el conductor designado y el control en el consumo de alcohol.		
2. Desarrollo de acciones educativas con participación de la población para promover el control en el consumo de alcohol, tomando en cuenta los determinantes sociales causantes de las ENT.	2.1. Diseño e implementación de un Plan de Comunicación para disminuir el consumo de alcohol, promover el conductor designado y el control en el consumo de alcohol, dirigido a la población adulta joven y adulta.	<ul style="list-style-type: none"> MINS/Dirección de Relaciones Públicas. MINS/Dirección de Promoción de la Salud. Red nacional para combatir el exceso de alcohol en Panamá. 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de Comunicación dirigido a disminuir el consumo excesivo de alcohol, diseñado e implementado.
	2.2. Elaboración de un Plan nacional de capacitación dirigido a los funcionarios del sector salud y educación sobre el consumo excesivo de alcohol y sus consecuencias a nivel físico, social y emocional.	<ul style="list-style-type: none"> MINS/Depto. de Capacitación del Empleado de la Dirección de Recursos Humanos. MEDUCA/Departamento de Capacitación del Empleado de la Dirección de Recursos Humanos. Red nacional para combatir el exceso de alcohol en Panamá. 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de educación dirigido a disminuir el consumo excesivo de alcohol, diseñado e implementado.
	2.3. Elaboración de un Plan nacional de educación dirigido a la población en general sobre el consumo excesivo de alcohol y sus consecuencias a nivel físico, social y emocional.	<ul style="list-style-type: none"> MINS/Dirección de Promoción de la Salud. MEDUCA/Dirección de Nutrición y Salud Escolar. Red nacional para combatir el exceso de alcohol en Panamá. 	
	2.4. Elaboración de materiales educativos que contribuyan a disminuir el consumo excesivo de alcohol.	<ul style="list-style-type: none"> MINS/Dirección de Promoción de la Salud. MEDUCA/Dirección de Nutrición y Salud Escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> 100,000 materiales educativos distribuidos.

	<p>2.5. Desarrollo de campañas publicitarias en los medios masivos de comunicación (radio, televisión, prensa escrita y redes sociales) sobre el consumo responsable de alcohol.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MINSA/Dirección de Relaciones Públicas. • MINSA/Dirección de Promoción de la Salud. • Red nacional para combatir el exceso de alcohol en Panamá. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del impacto de la campaña publicitaria en los medios masivos de comunicación.
--	--	--	--

META 3: Lograr promover la educación con participación social, enfocada en prevenir y combatir el tabaquismo como factor de riesgo de las Enfermedades No Transmisibles en al menos un 10% del sector relacionado con salud para el 2019 y a un 50% al 2025.

ESTRATEGIAS	ACCIONES	RESPONSABLES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
<p>1. Construcción de una red nacional transectorial, con representación regional, para combatir el tabaquismo, y el fortalecimiento de redes sociales de acción existentes.</p>	<p>1.1. Identificación de aliados estratégicos.</p> <p>1.2. Reactivación de redes sociales de acción para combatir el tabaquismo</p> <p>1.3. Firma de convenios.</p> <p>1.4. Identificación de objetivos específicos para combatir el tabaquismo.</p> <p>1.5. Diseño de un Plan Operativo quinquenal dirigido a cumplir la normativa de tabaco, aumentar los espacios libres de humo de tabaco y promover las clínicas de cesación de tabaco del MINSA.</p>	<p>Comisión Nacional para el Estudio del Tabaquismo en Panamá.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Red nacional transectorial con 14 representaciones regionales. • 15 Convenios firmados. • Plan Operativo Quinquenal diseñado e implementado.

ESTRATEGIAS	ACCIONES	RESPONSABLES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
<p>2. Desarrollo de acciones educativas con participación de la población para promover los ambientes libres de humo de tabaco, tomando en cuenta los determinantes sociales causantes de las ENT.</p>	<p>2.1. Diseño e implementación de un Plan de Comunicación para incentivar el hábito de no fumar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MINSA/Dirección de Relaciones Públicas. • MINSA/Dirección de Promoción de la Salud. • Comisión Nacional para el Estudio del Tabaquismo en Panamá. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de Comunicación diseñado e implementado.
	<p>2.2. Elaboración de un Plan nacional de capacitación dirigido a los funcionarios del sector salud y educación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MINSA/Depto. de Capacitación del Empleado de la Dirección de Recursos Humanos. • MEDUCA/Depto. de Capacitación del Empleado de la Dirección de Recursos Humanos. • Comisión Nacional para el Estudio del Tabaquismo en Panamá. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan nacional de capacitación diseñado e implementado.
	<p>2.3. Elaboración de un Plan nacional de educación dirigido a la población en general.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MINSA/Dirección de Promoción de la Salud. • MEDUCA/Dirección de Nutrición y Salud Escolar. • Comisión Nacional para el Estudio del Tabaquismo en Panamá. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de educación diseñado e implementado.
	<p>2.4. Elaboración de materiales educativos que contribuyan a promover los ambientes libres de humo de tabaco y la cesación del tabaquismo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comisión Nacional para el Estudio del Tabaquismo en Panamá. 	<ul style="list-style-type: none"> • 100,000 materiales educativos distribuidos.
	<p>2.5. Desarrollo de campañas publicitarias en los medios masivos de comunicación (radio, televisión y prensa escrita) sobre los efectos nocivos del tabaco y sus derivados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MINSA/Dirección de Relaciones Públicas. • MINSA/Dirección de Promoción de la Salud. • Red nacional para combatir el tabaquismo en Panamá. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del impacto de la campaña publicitaria en los medios masivos de comunicación.

META 4: Lograr promover la educación con participación social, enfocada en prevenir y combatir la dieta inadecuada como factor de riesgo de las Enfermedades No Transmisibles en al menos un 10% del sector relacionado con salud para el 2019 y a un 50% al 2025.

ESTRATEGIAS	ACCIONES	RESPONSABLES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1. Construcción de una red nacional transectorial, con representación regional, para combatir la dieta inadecuada, y fortalecimiento de redes sociales de acción existentes.	1.1. Identificación de aliados estratégicos.	Comisión Nacional para la Prevención y Control de las ENT.	<ul style="list-style-type: none"> Red nacional transectorial con 14 representaciones regionales. 15 Convenios firmados.
	1.2. Reactivación de redes sociales de acción para combatir la dieta inadecuada.		
	1.3. Firma de convenios.		
	1.4. Identificación de objetivos específicos para combatir la dieta inadecuada.	<ul style="list-style-type: none"> Red nacional para combatir la dieta inadecuada en Panamá. SENAPAN 	<ul style="list-style-type: none"> Plan Operativo para combatir dieta Inadecuada, quinquenal diseñado e implementado.
	1.5. Diseño de un Plan Operativo quinquenal dirigido a aumentar el consumo de frutas y vegetales, disminuir la sal y el sodio en la dieta, evitar el consumo de grasas, y disminuir el consumo de azúcares simples.		
	1.6. Sensibilización de la empresa privada relacionada con alimentos para el desarrollo de la comercialización auto responsable como parte de sus programas de responsabilidad social empresarial.		
2. Desarrollo de acciones educativas con participación de la población para incentivar la adopción de una dieta saludable, tomando en cuenta los determinantes sociales causantes de las ENT.	2.1. Implementación del Reglamento Técnico Centroamericano para las normas del etiquetado nutricional de los alimentos comercializados en Panamá.	<ul style="list-style-type: none"> MINSAL/DEPA MICI ACODECO 	<ul style="list-style-type: none"> Reglamento Técnico implementado.
	2.2. Diseño e implementación de un Plan de Comunicación para disminuir la sal y el sodio en la dieta, evitar el consumo de grasas, y disminuir el consumo de azúcares simples dirigido a la población adulta joven y adulta.	<ul style="list-style-type: none"> MINSAL/Dirección de Relaciones Públicas. MINSAL/Dirección de Promoción de la Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de Comunicación diseñado e implementado.
	2.3. Dar seguimiento al proyecto 5 al día.	<ul style="list-style-type: none"> Red nacional para combatir la dieta inadecuada en Panamá. 	
	2.4. Diseño de planes dirigidos a aprender a leer la etiqueta nutricional de los alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> SENAPAN 	

	<p>2.5. Elaboración de un Plan nacional de educación dirigido a la población en general enfocado a grasas saturadas, grasas trans, colesterol, azúcares simples, sal, sodio, frutas y vegetales.</p>	<p>-MINSA/Departamento de Capacitación del Empleado de la Dirección de Recursos Humanos. MEDUCA/Departamento de Capacitación del Empleado -de la Dirección de Recursos Humanos. -Red nacional para combatir la dieta inadecuada en Panamá.</p>	
	<p>2.6. Elaboración de materiales educativos que contribuyan a incentivar la adopción de una dieta saludable.</p>	<p>Comisión Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles.</p>	
	<p>2.7. Desarrollo de campañas publicitarias en los medios masivos de comunicación (radio, televisión y prensa escrita) que incentiven la adopción de hábitos alimentarios saludables.</p>	<p>-MINSA/Dirección de Relaciones Públicas. -MINSA/Dirección de Promoción de la Salud. -Red nacional para combatir el sedentarismo en Panamá.</p>	
	<p>2.8. Implementación de la Guías Alimentarias para Panamá, actualizadas y validadas con la población.</p>	<p>- MINSA, Dirección de Provisión de Servicios de Salud, Departamento de Salud Nutricional</p>	<p>- Guías alimentarias implementadas y divulgadas</p>

ESTRATEGIAS	ACCIONES	RESPONSABLES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
	<p>2.5. Elaboración de un Plan nacional de capacitación dirigido a los funcionarios del sector salud y educación sobre la importancia de una alimentación adecuada y su relevancia en la prevención de ENT.</p> <p>2.6. Elaboración de un Plan nacional de educación dirigido a la población en general enfocado a grasas saturadas, grasas trans, colesterol, azúcares simples, sal, sodio, frutas y vegetales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MINSAL/Departamento de Capacitación del Empleado de la Dirección de Recursos Humanos. • MEDUCA/Departamento de Capacitación del Empleado -de la Dirección de Recursos Humanos. • Red nacional para combatir la dieta inadecuada en Panamá. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan nacional de capacitación y de educación, diseñados e implementados.
	<p>2.7. Elaboración de materiales educativos que contribuyan a incentivar la adopción de una dieta saludable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comisión Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. 	<ul style="list-style-type: none"> • 100,000 materiales educativos distribuidos.
	<p>2.8. Desarrollo de campañas publicitarias en los medios masivos de comunicación (radio, televisión, prensa escrita y redes sociales) que incentiven la adopción de hábitos alimentarios saludables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MINSAL/Dirección de Relaciones Públicas. • MINSAL/Dirección de Promoción de la Salud. • Red nacional para combatir el sedentarismo en Panamá. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del impacto de la campaña publicitaria en los medios masivos de comunicación.
	<p>2.9. Implementación de la Guías Alimentarias para Panamá, actualizadas y validadas con la población.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MINSAL /Dirección de Provisión de Servicios de Salud/ Departamento de Salud Nutricional 	<ul style="list-style-type: none"> • Guías alimentarias implementadas y divulgadas.

META 5: Lograr promover la educación con participación social, enfocada en prevenir y combatir la obesidad como factor de riesgo de las Enfermedades No Transmisibles en al menos un 10% del sector relacionado con salud para el 2019 y a un 50% al 2025.

ESTRATEGIAS	ACCIONES	RESPONSABLES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1. Construcción de una red nacional trans-sectorial, con representación regional, para combatir la obesidad.	1.1. Identificación de aliados estratégicos.	<ul style="list-style-type: none"> Comisión Nacional para la Prevención y Control de las ENT. 	<ul style="list-style-type: none"> Red nacional trans-sectorial con 14 representaciones regionales.
	1.2. Reactivación de redes sociales de acción para combatir la obesidad.		
	1.3. Identificación de objetivos específicos para combatir la obesidad.	<ul style="list-style-type: none"> Red nacional para combatir la obesidad en Panamá. 	<ul style="list-style-type: none"> Plan Operativo para combatir dieta Inadecuada, quinquenal diseñado e implementado.
	1.4. Diseño de un Plan Operativo quinquenal dirigido a educar sobre las consecuencias del exceso de grasa corporal.		
	1.5. Sensibilización de la empresa privada relacionada con alimentos para el desarrollo de la comercialización auto responsable como parte de sus programas de responsabilidad social empresarial.		
2. Desarrollo de acciones educativas con participación de la población para identificar los determinantes sociales causantes de la Obesidad.	2.1. Diseño e implementación de un Plan de Comunicación para identificar las consecuencias del exceso de grasa corporal, dirigido a la población adulta joven y adulta.	<ul style="list-style-type: none"> MINS/Dirección de Relaciones Públicas. MINS/Dirección de Promoción de la Salud. Red nacional para combatir la obesidad en Panamá. 	<ul style="list-style-type: none"> Reglamento Técnico implementado.
	2.2. Elaboración de un Plan nacional de capacitación y educación dirigido a los funcionarios del sector salud sobre las consecuencias del exceso de grasa corporal y sus determinantes.		
	2.3. Elaboración de un Plan nacional de educación dirigido a la población en general, enfocado a educar sobre las consecuencias del exceso de grasa corporal y sobre los determinantes de los factores de riesgo de la obesidad.	<ul style="list-style-type: none"> MINS/Dirección de Promoción de la Salud. Red nacional para combatir la obesidad en Panamá. 	<ul style="list-style-type: none"> Plan nacional de capacitación diseñado e implementado.
	2.4. Elaboración de materiales educativos sobre exceso de grasa corporal y sus consecuencias.		
	2.5. Desarrollo de campañas publicitarias en los medios masivos de comunicación (radio, televisión, prensa escrita y redes sociales) sobre las consecuencias de una mala alimentación y el exceso de grasa corporal.		

META 6: Lograr promover la educación con participación social, enfocada en prevenir y combatir la contaminación ambiental como factor de riesgo de las Enfermedades No Transmisibles en al menos un 10% del sector relacionado con salud para el 2019 y a un 50% al 2025.

ESTRATEGIAS	ACCIONES	RESPONSABLES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1. Construcción de una red nacional transectorial, con representación regional, para combatir la contaminación ambiental, y fortalecimiento de redes sociales de acción existentes.	1.1. Identificación de aliados estratégicos.	<ul style="list-style-type: none"> Comisión Nacional para la Prevención y Control de las ENT. 	<ul style="list-style-type: none"> Red nacional transectorial con 14 representaciones regionales.
	1.2. Reactivación de redes sociales de acción para combatir la contaminación ambiental.		
	1.3. Firma de convenios.		<ul style="list-style-type: none"> 15 Convenios firmados.
	1.4. Identificación de objetivos específicos para combatir la contaminación ambiental.	<ul style="list-style-type: none"> Red nacional para combatir la contaminación ambiental en Panamá. 	<ul style="list-style-type: none"> Plan Operativo Quinquenal diseñado e implementado.
	1.5. Diseño de un Plan Operativo quinquenal dirigido a promover una cultura de reciclaje, buena deposición de basuras, cuidado de nuestras aguas y océanos, y reforestación.		
2. Desarrollo de acciones educativas con participación de la población para promover la protección del ambiente, tomando en cuenta los determinantes sociales causantes de las ENT.	2.1. Diseño e implementación de un Plan de Comunicación para promover una cultura de reciclaje, buena deposición de basuras, cuidado de nuestras aguas y océanos, y reforestación, dirigido a la población adulta joven y adulta.	<ul style="list-style-type: none"> MINSAL/Dirección de Relaciones Públicas. MINSAL/Dirección de Promoción de la Salud. Red nacional para combatir la contaminación ambiental en Panamá. 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de Comunicación diseñado e implementado.
	2.2. Elaboración de un Plan nacional de capacitación dirigido a los funcionarios del sector salud y educación sobre la importancia que tiene el cuidado del ambiente en nuestra salud.	<ul style="list-style-type: none"> MINSAL/Depto. de Capacitación del Empleado de la Dirección de Recursos Humanos. MEDUCA/Departamento de Capacitación del Empleado de la Dirección de Recursos Humanos. Red nacional para combatir la contaminación ambiental en Panamá. 	<ul style="list-style-type: none"> Plan nacional de capacitación diseñado e implementado.
	2.3. Elaboración de un Plan nacional de educación dirigido a la población en general sobre la importancia que tiene el cuidado del ambiente en nuestra salud.	<ul style="list-style-type: none"> MINSAL/Dirección de Promoción de la Salud. MEDUCA/Dirección de Nutrición y Salud Escolar. Red nacional para combatir la contaminación ambiental en Panamá. 	
	2.4. Elaboración de materiales educativos que contribuyan a incentivar la protección y cuidado del ambiente.	<ul style="list-style-type: none"> Comisión Nacional para la Prevención y Control de las ENT. 	<ul style="list-style-type: none"> 100,000 materiales educativos distribuidos.
	2.5. Desarrollo de campañas publicitarias en los medios masivos de comunicación (radio, televisión, prensa escrita y redes sociales) sobre la protección y cuidado del ambiente.	<ul style="list-style-type: none"> MINSAL/Dirección de Relaciones Públicas. MINSAL/Dirección de Promoción de la Salud. Red nacional para combatir la contaminación ambiental en Panamá. 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación del impacto de la campaña publicitaria en los medios masivos de comunicación.

8.6.4. DETECCIÓN PRECOZ, ATENCIÓN OPORTUNA Y REHABILITACIÓN

META: Detección e identificación de los factores de riesgo a ENT en consulta, ofrecer atención y rehabilitación oportunas al población a través de normatización actualizada, divulgadas y aplicada en al menos 25 % de las instalaciones de salud al 2019 y a un 100% al 2025.

ESTRATEGIAS	ACCIONES	RESPONSABLES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1. Actualización, divulgación y aplicación de las normas (guías, protocolos de atención e historia clínica) de los Programas (Salud, Niñez, Adolescencia, Salud Sexual y Reproductiva, Adulto, Adulto Mayor y Salud Bucal entre otros) adaptadas a los requerimientos, recursos y la cultura local, que definan y armonicen las funciones y responsabilidades de todos los niveles de servicios para la atención de las ENT con énfasis en acciones de promoción y prevención dentro de la red de Atención Primaria de Salud (APS).	1.1. Actualizar, con un enfoque de interculturalidad, género, y con énfasis en la detección y manejo de los factores de riesgo para las ENT, con el mayor consenso posible con los niveles regionales y locales, las normas de los programas de atención, contemplando todos los servicios y publicarlas en Gaceta Oficial.	<ul style="list-style-type: none"> • MINSA nivel nacional. • CSS • DIGESA • Niveles Regionales. • Niveles locales. (equipo básico del área) 	<ul style="list-style-type: none"> • Normas actualizadas, divulgadas y aplicadas • Porcentaje de población identificada con factores de riesgo. • Estadísticas sobre pacientes que acuden con ENT, al cuarto de urgencias o a servicios de hospitalización.
	1.2. Validar las normas actualizadas antes de su publicación.		
	1.3. Divulgar, a los niveles regionales y locales, las normas actualizadas, de manera efectiva.		
	1.4. Proveer los documentos actualizados, en suficiente cantidad y en diferentes formatos (escritas y digital) a todos los niveles de atención, asociaciones e instituciones formadoras de profesionales de la salud.		
	1.5. Promover actividades de capacitación, servicio y de investigación que requieran la aplicación de la norma, para asegurar su empoderamiento y consenso.		
	1.6. Incluir en la curricula de las carreras formadoras de recursos humanos en salud las normas y su aplicación.		
	1.7. Actualización de las guías y protocolos de manejo existentes y elaboración de nuevas guías de ser necesarias.		
	1.8. Promover la modalidad de atención grupal mediante trabajo en equipo para aquellas morbilidades que se beneficien de este abordaje, sin detrimento del abordaje individual.		
	1.9. Incluir en la norma, el tiempo destinado para la educación en la consultas además de la capacitación del profesional.		
	1.10. Incluir en las normas, la atención de cuidados paliativos ambulatorios y domiciliarios en el primer nivel, que permitan mejorar la calidad de vida de los pacientes terminales y sus familias		

<p>2. Mejora continua de la calidad en la atención a las ENT en todas las unidades que conforman los servicios de salud enfatizando el diagnóstico oportuno y el abordaje de los factores de riesgo de ENT.</p>	<p>2.1. Incrementar la capacidad del equipo de salud de ofrecer una atención de alta calidad a través de la capacitación y educación continua de los profesionales basada en competencias (recordar incluir: derechos humanos, principios bioéticos, equidad, género e interculturalidad).</p> <p>2.2. Fortalecer las redes de salud para facilitar el acceso a los servicios de diagnóstico y especializados.</p> <p>2.3. Implementar un sistema de información para facilitar el uso de registros clínicos, recordatorios al paciente y los proveedores, coordinación de los medicamentos prescritos y rastreo de resultados en el tiempo.</p> <p>2.4. Fortalecer la calidad de la atención mediante la capacitación en educación terapéutica individual y grupal.</p> <p>2.5. Promover el auto cuidado de las personas que padecen alguna ENT con la finalidad de incrementar su autonomía y conocimientos sobre estas enfermedades y sus factores de riesgo.</p> <p>2.6. Promover el trabajo en equipo transdisciplinarios en el abordaje de las ENT en la atención individual y grupal.</p> <p>2.7. Incluir en la clínica del empleado la atención de personas con problemas relacionados a los factores de riesgo de las ENT y obesidad.</p>		
<p>3. Promover el acceso equitativo a los servicios de rehabilitación.</p>	<p>3.1. Analizar la situación de la discapacidad por regiones y discutirlo con las autoridades competentes y agentes productores de cambios.</p> <p>3.2. Visibilizar el problema de la discapacidad mediante la coordinación intersectorial, la capacitación a los equipos de salud en las manifestaciones más frecuentes</p> <p>3.3. Realizar alianzas estratégicas con Instituciones como Ministerio de Educación, Ministerio de Desarrollo Social, IPHE, SENADIS y otros, para la detección precoz y manejo de la discapacidad.</p> <p>3.4. Elaboración de un plan interinstitucional de intervención para el fortalecimiento de la rehabilitación.</p> <p>3.5. Promover centros y programas de rehabilitación articulados con el equipo de salud y la red de servicios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MINSAL nivel nacional. • CSSDIGESA • Niveles Regionales. • Niveles locales (equipo básico del área). 	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia y funcionamiento del centro de rehabilitación en área donde no existía. • Porcentaje de la población que acude a los servicios de rehabilitación.

<p>4. Establecer mecanismos para la provisión oportuna de insumos, tecnologías, herramientas y personal necesario para la atención de ENT.</p>	<p>4.1. Trabajar de manera sinérgica y en equipo con las direcciones nacionales y regionales de laboratorio, farmacia y provisión de servicios, con la finalidad de facilitar el monitoreo continuo en el primer nivel de atención y la existencia permanente de insumos de laboratorio para el monitoreo de las ENT; por ejemplo el perfil lipídico, perfil renal, glicemia y en la población de riesgo marcadores específicos como HbA1C, PSA; CA 125, etc.</p> <p>4.2. Fortalecer la figura de Coordinación Regional de Atención a la Población y Provisión de Servicios para la adecuada coordinación con Laboratorio y Farmacia de los niveles regionales y su integración al trabajo en equipo con los coordinadores de los programas de salud de adultos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MINSA-DIGESA (Dpto. de Gestión de Laboratorio Clínico y Farmacia). • Prov. de Servicio (Dpto. de Suministro. Atención a la pob.). • Homólogos del nivel regional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informes sobre provisión oportuna de insumos, tecnologías, herramientas y personal necesario para la atención de ENT.
<p>5. Crear mecanismos para detección precoz de de ENT con énfasis en cáncer, en los servicios de Salud Bucal</p>	<p>5.1. Implementar, a nivel nacional, el Programa de detección temprana de cáncer oral 2014-2015 como una estrategia para contribuir a la reducción de la incidencia y mortalidad del cáncer oral.</p> <p>5.2. Realizar acciones comunitarias tendientes a promover la prevención de cáncer oral a través de la comunicación y educación a la población con participación social.</p> <p>5.3. Promover el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno del cáncer oral, mediante la información, educación y comunicación a la comunidad.</p> <p>5.4. Promover en las instalaciones de atención pública, de toda la red de servicio, acciones para la detección temprana del cáncer oral.</p> <p>5.5. Realizar acciones tendientes a que el Programa de detección temprana de cáncer oral sea implementado en la práctica privada del país.</p> <p>5.6. Promoción del autoexamen de las estructuras bucales por el paciente y las señales de alerta, como medida de prevención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud • DIGESA (Departamento de Salud Bucal) • Provisión de Servicio (Atención a la población). • Homólogos del nivel regional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estadísticas sobre pacientes que acude a servicios de Salud Bucal y son diagnosticados con cáncer oral

8.6.5. EJE 5. INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y DESARROLLO DE CAPACIDADES

META: Al 2025 estarán desarrolladas al menos dos investigaciones sobre perfiles de morbilidad, discapacidad, costos, carga de la enfermedad, y factores de riesgo, según líneas definidas, a disposición de tomadores de decisiones y la población en todo el territorio nacional.

ESTRATEGIAS	ACCIONES	RESPONSABLES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1. Definición y priorización de líneas de investigación sobre morbilidad, discapacidad, costos, carga de la enfermedad, y factores de riesgo para la vigilancia de las ENT en el país.	1.1. Enlistar por consenso intersectorial e interinstitucional y basado en evidencias, las prioridades en investigación para el país sobre ENT.	<ul style="list-style-type: none"> ● MINSA ● CSS ● MIDA ● ANAM ● IDIAP ● MEF ● SENACYT ● SIN ● UP ● Otras universidades, Inst. Privadas y otras Inst. Gubernamentales y ONGs. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Listado de investigaciones priorizadas. ● Protocolos estandarizados desarrollados. ● Módulo de investigación incorporado a SISVIG, notificando y registrando al 100%. ● Investigaciones desarrolladas. ● Firma de convenios con entidades nacionales e internacionales ● Listado de Investigadores. ● Presupuesto aprobado.
	1.2. Promover las líneas de investigación priorizadas en el país.		
	1.3. Elaborar protocolos de investigación en enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.		
	1.4. Establecer los mecanismos de registro, publicación y acreditación de las investigaciones realizadas en ENT.		
	1.5. Coordinar alianzas con diversas instituciones nacionales e internacionales, dedicadas a investigaciones para el desarrollo conjunto o no de las mismas.		
	1.6. Crear convenios con universidades, organizaciones e instituciones internacionales de cooperación en el desarrollo de investigaciones en ENT.		
	1.7. Impulsar el desarrollo de la investigación en conjunto con la Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología (SENACYT), El Instituto GORGAS, la Universidad de Panamá (UP) y el Sistema Nacional de Investigación de Panamá (SIN).		
	1.8. Gestionar fondos o presupuestos para investigación e incentivar la participación de subsidios nacionales e internacionales para el desarrollo de la investigación de carácter prioritario.		
	1.9. Enlistar un grupo de investigadores calificados para apoyo en el desarrollo e impulso de este eje.		
2. Establecimiento, en el sistema de información para la vigilancia, de un módulo de Investigación que permita el repositorio de las mismas.	2.1. Incorporar en el sistema de información el módulo de investigación en ENT.	<ul style="list-style-type: none"> ● MINSA 	<ul style="list-style-type: none"> ● Módulo establecido
3. Divulgación a los tomadores de decisiones, dotadores de atención integral y a la población general, de los resultados de las investigaciones ejecutadas en ENT.	3.1. Desarrollar las salidas de las investigaciones realizadas en ENT en el repositorio del módulo del sistema de información para usuarios internos y externos.	<ul style="list-style-type: none"> ● MINSA ● CSS ● MIDA ● ANAM ● Universidades, Inst. Privadas y otras Inst. Gubernamentales ● ONGs. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Boletines vía web para usuarios externos e internos
	3.2. Divulgación de la información.		

8.6.6. EJE 6. MONITOREO Y EVALUACIÓN

META: Al 2025 se cuenta con un Sistema de Monitoreo y Evaluación para los ejes estratégicos a nivel intersectorial e interinstitucional, ejecutándose en al menos un 50% de las instituciones del nivel nacional

ESTRATEGIAS	ACCIONES	RESPONSABLES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1. Monitoreo y Evaluación de las ENT a nivel intersectorial e interinstitucional en el país.	1.1. Desarrollar por consenso intersectorial e interinstitucional un sistema de Monitoreo y Evaluación de las ENT en todo el territorio nacional.	<ul style="list-style-type: none"> • MINSA • CSS • Inst. Privadas y otras Inst. Gubernamentales y ONGs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de Monitoreo y Evaluación de las ENT y del Plan Estratégico desarrollado, sistematizado, implementado e integrado al SISVIG. • Boletines informativos vía web para usuarios externos e internos sobre resultados de Monitoreo y Evaluación.
	1.2. Incorporar al sistema de información de la vigilancia un módulo de Monitoreo y Evaluación de las ENT.	<ul style="list-style-type: none"> • MINSA 	
	1.3. Establecer indicadores de calidad para la evaluación y monitoreo periódico del plan de ENT en APS entre ellos el indicador de hospitalizaciones evitables.	<ul style="list-style-type: none"> • MINSA 	
2. Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico de las ENT.	2.1. La comisión nacional de prevención y control de las ENT desarrollará un sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico de las ENT en el territorio nacional.	<ul style="list-style-type: none"> • MINSA 	
	2.2. Desarrollar las salidas (reportes) de resultados del monitoreo y evaluación del Plan Estratégico de las ENT para usuarios internos y externos.		
3. Divulgación de los resultados, producto de las acciones ejecutadas por cada uno de los ejes estratégicos de las ENT.	3.1. Reportes de la Red Interinstitucional de las diferentes acciones desarrolladas durante el periodo de monitoreo y evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> • MINSA 	

BIBLIOGRAFÍA

1. Antonio Alfau Ascuasiati. Efectos de los Contaminantes Orgánicos Persistentes (COPs) en www.monografias.com/.../efectos-contaminantes-organicos-persistentes/efectos-contaminantes-organicos-persistentes.shtml.
2. Aguilera Guzmán, Marta. Plan Integral de Cuidados Paliativos en la Comunidad de Madrid 2005. Servicio Madrileño de Salud S.G. 2. Atención Primaria. Sº Programas Asistenciales.
3. Barker Randol. [2007]: Ambulatory care Tertiary and Care Proficiencies. Principles of Ambulatory Medicine Seventh Edition.
4. Bergus G., Cantor. [1993]: Primary Care. Medical Decision Making. Clinics in Office Practice. W. Saunders Company Philadelphia.
5. Bermúdez, O. C. d., C. Parillon, et al. (1984). "Peso y talla en la población adulta panameña". Arch Latinoam Nutr 34(4): 605-14.
6. CDC. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en: <http://www.cdc.gov/copd/espanol.htm>
7. Correa-Rotter R. et al, Am J Kidney Dis 2014 mar;63(3):506-20
8. Del Mar C, Doust J., Glasziou P. [2006]. Clinical Thinking. Evidence, Communication and Decision -Making.bmj books. Australia.
9. Documento Borrador de Modelo de Atención Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental de Ministerio de Salud de Panamá. Julio de 2012.
10. Documento de Posición de la OPS y OMS. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. 2007
11. Enfermedades Crónicas, Atención Primaria y Desempeño de los Sistemas de Salud Diagnóstico, herramientas e intervenciones. Disponible en:
12. <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=36647969>
13. Estrategia Regional y Plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. OPS. 2007.
14. Factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles en la zona urbana del municipio de Teculután, Zacapa, agosto 2002.
15. Fuentes C. L. Mesa redonda para patologías emergentes en:
16. www.elaguapotable.com/disruptores.pdf.
17. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud - MINSA. Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC) en la Población Adulta de 18 años y más. Provincias de Panamá y Colón, República de Panamá, febrero 2012.
18. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud-MINSA. Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida (ENSCA-VI-2007). República de Panamá 2007.
19. Ley Nº 66 del 10/11/1947. Código Sanitario. Saneamiento Básico. República de Panamá.
20. Ley Nº 7 de 3/1/1989. Protocolo de Montreal, relativo a las Sustancias Agotadoras de Ozono. República de Panamá.
21. Ley Nº 3 de 20/1/2003. Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Persistentes Orgánicos. República de Panamá.
22. Lolas Fernando. (2000): Bioética y cuidado de la salud. Segunda reunión del comité asesor internacional en bioética. OPS. OMS: 3 y 4 de mayo 2000, ciudad de Panamá, Panamá.
23. Lolas K. Frenando. (2010): Bioética en América Latina. Una década de evolución. Organización Panamericana de la Salud.
24. M. Pombo, L. Castro, Disruptores Endocrinos en:
25. www.seep.es/privado/download.asp?url=congresos/C2005/...pdf.
26. Ministerio de Salud de Panamá. Programa Nacional de Cuidados Paliativos. 2010.

27. Ministerio de Salud de Panamá. Resolución N° 499 de 21 de junio de 2010. Crea el Programa Nacional de Cuidados Paliativos y dicta otras disposiciones.
28. Ministerio de Salud de Panamá. Resolución N° 464 de 7 de junio de 2010. Crea el Plan Nacional de Prevención y Control del Cáncer. 2010-2015. República de Panamá.
29. Ministerio de Salud Pública Ecuador. Plan estratégico nacional para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles-ECNT. (2011).
30. OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación en:
31. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf
32. OMS. Programa de la OMS para las enfermedades respiratorias crónicas en:
33. http://www.who.int/respiratory/about_us/es/index.html
34. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf
35. OPS-OMS. Reporte global sobre alcohol en:
36. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/pan.pdf.
37. OPS-OMS. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Publicación ISBN 978 92 4 359997 7 en http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf. Año 2010.
38. OPS/Consejo de Europa. La salud y los derechos humanos. Pub. Científica N°574, 1999, Washington D.C.
39. Prokopowicz G., Kern D. [2007]: Integrating Prevention into Ambulatory Practice. Principles of Ambulatory Medicine. Seventh Edition. Lipincott Williams & Wilkins. New York.
40. Rastegar Darius. [2007]: Practicing Based Medicine. Principles of Ambulatory Medicine. Seventh Edition.
41. Rodríguez F, Cuero C, Delgado E, Camargo I, "Diagnóstico de la ERC y factores de riesgo asociados en áreas seleccionadas de la provincia de Coclé de Panamá"
42. Rubinstein A., Terraza S. [2006]. Medicina Familiar en la Práctica Médica. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires Argentina. 2ª Edición.
43. Sackett D., Haynes B., Guyatt G. Tugwell P. [1991]. CLINICAL EPIDEMIOLOGY. A Basic Science for Clinical Medicine. Little Brown. Boston.
44. Straus S, Richardson W, Glasziou, Haynes R. [2007]: EVIDENCE -BASED MEDICINE. How to Practice and Teach EMB. Third Edition.
45. Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney, McWilliam C, Freeman T. Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method. SAGE Publications Inc California. [1995].
46. United Health Foundation. The Guide for Clinical Preventive Services: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. En: www.ahrq.gov.
47. Universidad de San Carlos. Programa de Entrenamiento en Epidemiología Aplicada. Guatemala.
48. Wilkins T., Reynolds P. Colorectal Cancer. A summary of the Evidence for Screening and Prevention. American Academy of Family Physician. December 15, 2008, Vol. 78, number 12.
49. WHO. Disruptores Endocrinos: un nuevo riesgo tóxico. Guía sindical para la eliminación de PCB http://www.who.int/ifcs/documents/standingcommittee/subst_spanish/en/. <http://www.istas.net/web/abreenlace.asp?idenlace=1452>
50. WHO. Global status report on non communicable diseases 2010 en:
51. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf. Reprinted 2011.
52. Zurro Martin, Pérez Cano, Compendio de Atención Primaria. Ediciones Harcourt. 2002.

ANEXO 1. RESOLUCIÓN 0982 DE 10 DE OCTUBRE DE 2013 QUE APRUEBA E IMPLEMENTA EL PLAN NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y SUS FACTORES DE RIESGO.



REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

RESOLUCIÓN No. 0982

(De 10 de octubre de 2013)

EL DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO

Que es función esencial del Estado, velar por la salud de la población, así como regular el cumplimiento de las condiciones de salud y la seguridad que deba reunir una Política de control y seguimiento.

Que la República de Panamá participó en la 66 Asamblea de la Organización de Naciones Unidas en septiembre de 2011 en la que se aprobó la "Declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea general sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles" y en donde se reconoció que estas enfermedades son resultante de factores de riesgo condicionantes y determinantes de comportamiento.

Que el Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, "por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su estructura y funciones y se establecen las normas de integración y coordinación de las instituciones del Sector Salud" para la ejecución de las acciones de promoción, protección y rehabilitación de la salud que por mandato constitucional son de responsabilidad del Estado.

Que entre las primeras causas de muerte en el país están las enfermedades crónicas no transmisibles, incluidas el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus y la enfermedad pulmonar crónica, entre otras.

Que las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo son la principal causa de discapacidad y pérdidas económicas, toda vez que los grupos más afectados son los adultos y adultos mayores, en ejercicio de labores productivas y la inherente afectación de la capacidad resolutoria de las familias.

Que el Ministerio de Salud tiene la responsabilidad de las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y control de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo pero reconoce la necesidad de trabajar con todos los sectores de la sociedad para poder realizarlo.

Que el Ministerio de Salud necesita realizar una efectiva vigilancia e información de riesgo sanitario, a través de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica veraz y oportuno.

Que le corresponde a la Dirección General de Salud Pública, conforme a la Ley, las funciones nacionales de salud pública de carácter directivo, normativo, regulador, fiscalizador y de control.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar e implementar el "Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control Integral de las Enfermedades No Transmisibles y sus factores de riesgo", el cual consta de seis ejes:

1. Políticas Públicas.
2. Vigilancia, Información.
3. Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.
4. Detección precoz, Atención Oportuna y Rehabilitación.
5. Investigación.
6. Monitoreo y Evaluación.

ARTÍCULO SEGUNDO: Divulgar el contenido del “Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control Integral de las Enfermedades No Transmisibles y sus factores de riesgo”, a todas las instituciones públicas y privadas de salud a nivel nacional.

ARTÍCULO TERCERO: Solicitar al despacho superior de esta entidad la creación de una COMISION NACIONAL INTERINSTITUCIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, que tenga como objetivo asesorar a las autoridades y dar seguimiento a las acciones transectoriales destinadas a la promoción, prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo.

ARTÍCULO CUARTO: La presente Resolución empezará a regir a partir de su firma.

FUNDAMENTO LEGAL: Ley 66 de 10 de noviembre de 1947
Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969

COMUNÍQUESE Y PUBLIQUESE

ORIGINAL FIRMADO
Dr. Max R. Ramírez R.
DIRECTOR GENERAL DE SALUD
MINISTERIO DE SALUD

DR. MAX R. RAMÍREZ R.
Director General de Salud Pública

ANEXO 2. DECRETO EJECUTIVO 1510 QUE ESTABLECE LA ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y SUS FACTORES DE RIESGO.

No 27627-B

Gaceta Oficial Digital, martes 23 de septiembre de 2014

REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD

DECRETO EJECUTIVO N.º 1510
De 19 de *Septiembre* de 2014



Que establece la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control Integral de las Enfermedades No Transmisibles y sus factores de riesgo

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA
en uso de sus facultades constitucionales y legales,

CONSIDERANDO:

Que es función esencial del Estado velar por la salud de la población, así como regular el cumplimiento de las condiciones de salud y la seguridad que debe reunir una política de control y seguimiento;

Que la República de Panamá participó en la 66 Asamblea de la Organización de Naciones Unidas en septiembre de 2011, en la que se aprobó la Declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles y en donde se reconoció que estas enfermedades son resultante de factores de riesgo condicionantes y determinantes de comportamiento;

Que las enfermedades no transmisibles, incluidas el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, y la enfermedad pulmonar crónica, entre otras, son las que originan el mayor número de muertes en el país;

Que en nuestro país las enfermedades no transmisibles son causa importante de discapacidad, costos en la provisión y atención de los enfermos y pérdidas de años de vida productiva, toda vez que los grupos más afectados son los adultos y adultos mayores en ejercicio de labores productivas y la inherente afectación de la capacidad resolutive de las familias;

Que las enfermedades no transmisibles son la resultante de factores condicionantes y determinantes estructurales de comportamiento sociales. Entre los factores condicionantes tenemos la obesidad y el sobrepeso, la hipertensión arterial, el colesterol elevado y la diabetes. Los factores de comportamientos o de estilos de vida entre otros son la alimentación no saludable, la inactividad física, el consumo de tabaco y la ingesta excesiva del alcohol. Los determinantes sociales incluyen los problemas regulatorios, las representaciones sociales, el sistema productivo de servicios, las condiciones de acceso y otros;

Que en la actualidad existe un amplio conocimiento acerca de cómo evitar estas patologías y sus daños, a través de estrategias preventivas y de promoción de conductas y hábitos saludables;

Que el avance en la prevención de las enfermedades se ha visto limitada por factores, que deben ser combatidos mediante la implementación de una Estrategia Integral Nacional y participativa para la Prevención y Control de Enfermedades, que incluya promoción de la salud, reorientación de los servicios de atención, vigilancia de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo con responsabilidad compartida;

Que para atender las necesidades, mantener la salud y en especial alentar la adopción de regímenes alimentarios saludables, la realización de actividades físicas, el control del tabaco y el consumo moderado del alcohol, se propone la aprobación de un plan nacional, mediante la promoción de hábitos y entornos saludables, regulación de productos y servicios, que prevengan y a la vez reduzcan los factores de riesgo;

Que el control de estas enfermedades requiere una integración de los servicios de atención, mediante el fortalecimiento de los sistemas de referencia de casos y la relación entre los niveles primarios, secundarios y terciarios de atención, así como la prevención, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación, oportunos y adecuados;

Que mediante el Decreto de Gabinete N.º 1 de 15 de enero de 1969, se crea el Ministerio de Salud, se determina su estructura y funciones y se establecen las normas de integración y coordinación de las instituciones del sector salud para la ejecución de las acciones de promoción, protección y rehabilitación de la salud que, por mandato constitucional, son responsabilidad del Estado;

Que el Ministerio de Salud, a través de sus diferentes direcciones, tiene a su cargo entre otras las acciones de promoción, prevención y control de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, pero reconoce la necesidad de trabajar en forma integral con otros ministerios e instituciones gubernamentales; las organizaciones no gubernamentales; los centros académicos, universidades; la empresa privada, clubes cívicos; centros hospitalarios públicos y privados; organismos nacionales e internacionales y voluntarios dedicados a estas actividades y con la sociedad en general para poder realizarlo;

Que en virtud de lo antes expuesto, el Ministerio de Salud no puede soslayar la responsabilidad de conducir la estrategia nacional para la prevención y el control integral de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo,

DECRETA:

Artículo 1. El presente Decreto Ejecutivo establecerá la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control Integral de las Enfermedades no Transmisibles y sus factores de riesgo.

Artículo 2. Crear la Comisión Nacional Intersectorial de Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles, en adelante la comisión, que tendrá como objetivo asesorar a las autoridades sobre las acciones interinstitucionales y transsectoriales destinadas a la promoción, prevención, control, atención, rehabilitación y los cuidados paliativos de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo.

La comisión estará presidida por el (la) Director(a) General de Salud Pública.

Artículo 3. La comisión estará integrada por:

1. Un representante del Ministerio de Salud.
2. Un representante de la Caja de Seguro Social.
3. Un representante del Ministerio de Educación.
4. Un representante del Ministerio de la Presidencia.
5. Un representante del Ministerio de Desarrollo Social.
6. Un representante de Ministerio de Economía y Finanzas.
7. Un representante de Alcaldía de Panamá.
8. Un representante de Asociación de Alcaldes de Panamá.
9. Un representante de Consejo de Rectores.
10. Un representante del Consejo Nacional de la Empresa Privada (CONEP).



11. Un representante de Organizaciones no gubernamentales, relacionadas con el tema de las enfermedades no transmisibles.
12. Un representante de Asociaciones de Profesionales de la Salud de forma rotativa.
13. Un representante de los clubes cívicos.

Cada miembro principal tendrá un suplente que lo reemplazará en sus ausencias temporales.

Artículo 4. Las Organizaciones no gubernamentales, las Asociaciones de Profesionales de la Salud relacionadas al tema de las enfermedades no transmisibles y los clubes cívicos del país enviarán al Ministerio de Salud el listado de las agrupaciones miembros para llevar un registro de su participación en la comisión, la que se llevará a cabo en forma anual y en forma rotativa.

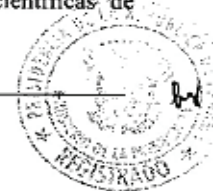
Artículo 5. La comisión contará con las siguientes subcomisiones que le permitan desarrollar las acciones necesarias para la disminución de la carga producida, a saber:

1. Políticas y Vigilancia.
2. Detección precoz, atención oportuna y rehabilitación.
3. Investigación, monitoreo y evaluación.
4. Actividad Física.
5. Control del Tabaco.
6. Alimentación saludable (Obesidad y consumo excesivo de alcohol).
7. Ambiente.
8. Otras, (Según necesidades).

Artículo 6. Crear el Programa Nacional de Enfermedades no Transmisibles, con el propósito de reducir la prevalencia de factores de riesgo, la discapacidad, la morbilidad y las muertes asociadas, cuyas acciones serán coordinadas desde la Subdirección General de Atención a la Población de la Dirección General de Salud Pública.

Artículo 7. El programa tendrá las siguientes funciones:

1. Identificar y proponer políticas públicas integrales para el abordaje de las enfermedades no transmisibles.
2. Identificar los factores de riesgo modificables que inciden en la presentación de las enfermedades no transmisibles.
3. Coordinar con sectores, intra y extra sectoriales, acciones de promoción multidimensional y multisectorial, que permitan un abordaje efectivo de los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles.
4. Coordinar y apoyar acciones de información, educación y comunicación dirigidas al cambio de hábitos y prácticas no saludables (dieta no saludable, inactividad física, consumo de tabaco y abuso de consumo de alcohol, obesidad y contaminación ambiental).
5. Promover la conformación de acuerdos, convenios o cartas de compromiso con los responsables de las acciones y relacionadas con enfermedades no transmisibles.
6. Promover alternativas innovadoras de trabajo interinstitucional para el abordaje de las enfermedades no transmisibles.
7. Apoyar la conformación de un sistema de información dinámico, que integre las acciones realizadas sobre factores de riesgo y los determinantes de enfermedades no transmisibles y que permita la construcción y análisis de indicadores para una mejor gestión.
8. Fomentar la investigación en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, necesarias para generar o fortalecer las bases científicas de acuerdo a indicadores socioeconómicos.



9. Promover la evolución de la atención de la enfermedades no transmisibles hacia modelos integrales, proactivos y coordinados.
10. Apoyar, a los programas existentes en procura de una visión holística en el manejo integral y transversal de las enfermedades no transmisibles.

Artículo 8. La Dirección General de Salud Pública adoptará, mediante resolución motivada, el Plan Estratégico Nacional Para la Prevención y el Control Integral de las Enfermedades No Transmisibles y sus Factores de Riesgo, 2014-2019.

Artículo 9. El objetivo primordial de dicho plan es conducir y orientar acciones de base poblacional dirigidas a combatir en forma integral los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, tales como la inactividad física, la mala alimentación, el consumo de tabaco e incidir en el alto consumo de alcohol y cualquier otra estrategia que apoye la gestión del programa en la consecución de sus objetivos.

Artículo 10. Este plan constará de seis (6) ejes transversales, a saber:


1. Políticas Públicas.
2. Vigilancia, Información.
3. Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.
4. Detección precoz, Atención Oportuna y Rehabilitación.
5. Investigación.
6. Monitoreo y Evaluación.

Artículo 11. El presente Decreto Ejecutivo empezará a regir a partir de su promulgación.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Ley 66 de 10 de noviembre de 1947 y Decreto de Gabinete N.º1 de 15 de enero de 1969.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

Dado en la ciudad de Panamá, a los ~~diecinueve~~ (19) días del mes de ~~septiembre~~ del año dos mil catorce (2014).



JUAN CARLOS VARELA RODRÍGUEZ
Presidente de la República



FRANCISCO JAVIER TERRIENTES
Ministro de Salud



ANEXO 3. DECRETO EJECUTIVO N.º 846 DE 4 DE AGOSTO DE 2015 QUE MODIFICA EL DECRETO EJECUTIVO N.º 1510 DE 19 DE SEPTIEMBRE DE 2014, QUE ESTABLECE LA ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y SUS FACTORES DE RIESGO.

No 27841-C

Gaceta Oficial Digital, viernes 07 de agosto de 2015

67

REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD

DECRETO EJECUTIVO N.º 846
De 4 de Agosto de 2015



Que modifica el Decreto Ejecutivo N.º 1510 de 19 de septiembre de 2014, Que establece la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control Integral de las Enfermedades No Transmisibles y sus factores de riesgo

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA
en uso de sus facultades constitucionales y legales,

CONSIDERANDO:

Que es función esencial del Estado velar por la salud de la población, así como regular el cumplimiento de las condiciones de salud y la seguridad que debe reunir una política de control y seguimiento;

Que mediante Decreto ejecutivo N.º 1510 de 19 de septiembre de 2014, se estableció la Estrategia Nacional para la prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles y sus factores de riesgo;

Que las enfermedades no transmisibles, incluidas el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, y la enfermedad pulmonar crónica, entre otras, son las que originan el inayor número de muertes en el país;

Que en nuestro país las enfermedades no transmisibles son causa importante de discapacidad, costos en la provisión y atención de los enfermos y pérdidas de años de vida productiva, toda vez que los grupos más afectados son los adultos y adultos mayores en ejercicio de labores productivas y la inherente afectación de la capacidad resolutive de las familias;

Que la República de Panamá forma parte del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, que entró a regir el 27 de febrero de 2005 con el objetivo de proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco proporcionando un marco para las medidas de control del tabaco que habrán de aplicar las Partes a nivel nacional, regional e internacional a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco;

Que el Artículo 5, numeral 3 del citado convenio estipula, como obligación de las partes, que a la hora de establecer y aplicar sus políticas de salud pública relativas al control del tabaco, actuarán de una manera que proteja dichas políticas contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera, de conformidad con la legislación nacional;

Que el Artículo 13, numeral 4f del citado Convenio estipula que cada parte prohibirá o, si la parte no puede imponer la prohibición debido a su constitución o sus principios constitucionales, restringirá el patrocinio de acontecimientos y actividades internacionales o de participantes en las mismas por parte de empresas tabacaleras;

Que las enfermedades no transmisibles son consecuencias, entre otras del consumo del tabaco y las industrias o empresas tabacaleras son miembros activos del Consejo Nacional

2

de la Empresa Privada; razón por la cual se hace necesario descartar su representación de la Comisión Intersectorial de Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles, creada de conformidad al Artículo 2 del Decreto Ejecutivo N.º 1510 de 19 de septiembre de 2014;

Que mediante la Ley 13 de 15 de abril de 1997 modificada por la Ley 50 de 21 de diciembre de 2005 se crea la Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (SENACYT) como institución autónoma, que tendrá entre sus funciones apoyar financieramente proyectos de investigación, de desarrollo e innovación, científicos y tecnológicos, encaminados a fortalecer la capacidad de los científicos y tecnólogos panameños, en todas sus modalidades;

Que mediante la Ley 78 de 17 de diciembre de 2003, se reestructura y organiza el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de Salud (ICGES), como entidad pública y de interés social y será el responsable de conducir e impulsar el desarrollo nacional de las investigaciones científicas en materia de salud;

Que es importante, siendo la investigación uno de los pilares en el abordaje de las enfermedades no transmisibles incluir como parte de la Comisión Intersectorial de Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles, a la Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación y al Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de Salud;

Que además de la participación la Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación y del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de Salud, es importante incluir en la Comisión Intersectorial de Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles, a la Asociación de Universidades Privadas de Panamá ya que las mismas contribuyen a la formación de profesionales y técnicos en las distintas áreas de las ciencias de la salud, los cuales apoyarán el abordaje integral en el tema de estudio, prevención, control, atención, rehabilitación y los cuidados paliativos de las enfermedades no transmisibles;

Que en virtud de lo antes expuesto, se hace necesario proceder con la modificación del Decreto Ejecutivo N.º 1510 de 19 de septiembre de 2014 a fin de eliminar de la Comisión Intersectorial de Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles a el Consejo Nacional de la Empresa Privada e incorporar a la Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, al Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de Salud y a la Asociación de Universidades Privadas de Panamá,

DECRETA:

Artículo 1. El artículo 3 del Decreto Ejecutivo N.º 1510 de 19 de septiembre de 2014, queda así:

Artículo 3. La comisión estará integrada por:

1. Un representante del Ministerio de Salud.
2. Un representante de la Caja de Seguro Social.
3. Un representante del Ministerio de Educación.
4. Un representante del Ministerio de la Presidencia.
5. Un representante del Ministerio de Desarrollo Social.
6. Un representante de Ministerio de Economía y Finanzas.
7. Un representante de Alcaldía de Panamá.
8. Un representante de Asociación de Alcaldes de Panamá.
9. Un representante de Consejo de Rectores.
10. Un representante de Organizaciones no gubernamentales, relacionadas con el tema de las enfermedades no transmisibles.
11. Un representante de Asociaciones de Profesionales de la Salud.



3

12. Un representante de los clubes cívicos, de forma rotativa.
13. Un representante de la Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación.
14. Un representante del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de Salud.
15. Un representante de la Asociación de Universidades Privadas de Panamá.

Cada miembro principal tendrá un suplente que lo reemplazará en sus ausencias temporales.

Los miembros de las organizaciones no gubernamentales, las asociaciones de profesionales y los clubes cívicos, incluirán anualmente de forma rotativa y de común acuerdo a los representantes de la comisión.

Artículo 2. El artículo 6° del Decreto Ejecutivo N.º1510 de 19 de septiembre de 2014, queda así:

Artículo 6. Crear el Departamento de Enfermedades No Transmisibles, adscrito a la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud, con el propósito de reducir la prevalencia de factores de riesgo, la discapacidad, la morbilidad y las muertes asociadas, cuyas acciones serán coordinadas desde la Subdirección General de Atención a la Población de la Dirección General de Salud Pública.

Artículo 3. El artículo 7 del Decreto Ejecutivo N.º1510 de 19 de septiembre de 2014, queda así:

Artículo 7. El Departamento de Enfermedades no Transmisibles tendrá las siguientes funciones:

1. Identificar, proponer, fomentar y fortalecer las políticas públicas integrales para el abordaje de las enfermedades no transmisibles.
2. Identificar los factores de riesgo modificables que inciden en la presentación de las enfermedades no transmisibles.
3. Coordinar con sectores, intra y extra sectoriales, acciones de promoción multidimensional y multisectorial, que permitan un abordaje efectivo de los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles.
4. Promover, coordinar y apoyar acciones de información, educación y comunicación dirigidas al cambio de hábitos y prácticas no saludables (dieta no saludable, inactividad física, consumo de tabaco y abuso de consumo de alcohol, obesidad y contaminación ambiental).
5. Promover la conformación de acuerdos, convenios o cartas de compromiso con los responsables de las acciones relacionadas con las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.
6. Promover alternativas innovadoras de trabajo interinstitucional para el abordaje de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.
7. Apoyar y brindar lineamientos para la conformación de un sistema de información dinámico, que integre las acciones realizadas sobre factores de riesgo y los determinantes de las enfermedades no transmisibles a fin de que permita la construcción y análisis de indicadores para una mejor gestión y cumplimiento de las metas mundiales en torno a éstas.
8. Fomentar la investigación en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, con el fin de fortalecer las bases científicas de acuerdo a indicadores socioeconómicos.
9. Promover la mejora continua de la atención de las enfermedades no transmisibles hacia modelos integrales, proactivos y coordinados.
10. Apoyar, a los programas e iniciativas existentes en procura de una visión holística en el manejo integral y transversal de las enfermedades no transmisibles.



4

Artículo 4. Los numerales 1, 2, 3 y 5 del artículo 10 del Decreto Ejecutivo N.º1510 de 19 de septiembre de 2014, queda así:

Artículo 10. Este plan constará de seis (6) ejes transversales, a saber:

1. Promoción de la Salud y Participación Social.
2. Planificación, Evaluación e Información.
3. Políticas Públicas (normas y leyes)
4. ...
5. Investigación, Docencia y Desarrollo de Capacidades.
6. ...

Artículo 5. El presente Decreto Ejecutivo modifica los artículos 3, 6, 7 y los numerales 1, 2, 3 y 5 del artículo 10 del Decreto Ejecutivo N.º1510 de 19 de septiembre de 2014.

Artículo 6. El presente Decreto Ejecutivo comenzará a regir el día siguiente de su promulgación.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Decreto Ejecutivo N.º1510 de 19 de septiembre de 2014.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

Dado en la ciudad de Panamá, a los 4 días del mes de Agosto de dos mil quince (2015).

JUAN CARLOS VARELA RODRÍGUEZ
Presidente de la República

FRANCISCO JAVIER TERRIENTES
Ministro de Salud



**NO
CONSUMIR**

