

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**Colegio de Ciencias de la Salud**

**Políticas y programas de salud en torno a los factores de  
riesgo conductuales asociados a las enfermedades crónicas  
no transmisibles  
Proyecto de investigación**

**María Isabel Miranda Buenaño**

**Nutrición Humana**

Trabajo de titulación presentado como requisito  
para la obtención del título de  
Licenciada en Nutrición Humana

Quito, 16 de diciembre de 2015

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO CIENCIAS DE LA SALUD

HOJA DE CALIFICACIÓN  
DE TRABAJO DE TITULACIÓN

**Políticas y programas de salud en torno a los factores de riesgo conductuales  
asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles**

**María Isabel Miranda Buenaño**

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Aida Maribel Chisaguano Tonato,  
Ph.D.

Firma del profesor

---

Quito, 16 de diciembre de 2015

## Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: María Isabel Miranda Buenaño

Código: 104999

Cédula de Identidad: 1803792595

Lugar y fecha: Quito, diciembre de 2015

## RESUMEN

En esta revisión bibliográfica se analizaron las políticas y programas de salud implementadas en el país en torno a los factores de riesgo conductuales asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles. Para ello se identificaron las diferentes acciones que se han implementado tanto a nivel internacional como nacional para reducir o controlar la exposición al consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas. Se estableció un panorama general que sustenta porque estos factores en los últimos tiempos representan uno de los más grandes desafíos tanto para la salud pública como para el desarrollo socioeconómico de un país, especialmente de aquellos países con ingresos bajos y medianos como el nuestro. Del mismo modo, se determinó una serie de criterios que evidencia el progreso del Ecuador en cuanto a la implementación y vigencia de políticas y programas de salud, sin embargo, las cifras de prevalencia de dichos factores y en consecuencia las cifras asociadas a la morbimortalidad son inaceptablemente altas, aún más cuando esta realidad se puede prevenir al intensificar esfuerzos a través de la renovación, fortalecimiento o creación de nuevas políticas o programas sanitarios que abarquen una cobertura multisectorial; alianzas estratégicas; y mejoramiento de los sistemas de salud y de vigilancia.

Palabras clave: enfermedades crónicas no transmisibles, políticas de salud, programas de salud, factores de riesgo, alimentación inadecuada, tabaco, alcohol, inactividad física.

## **ABSTRACT**

In this literature review, the policies and health programs implemented in the country on the behavioral risk factors associated with chronic non-communicable diseases were analyzed. To carry out the research, several actions that have been implemented at international and national levels were identified related to the reduction or control of cigarette smoking, physical inactivity, harmful use of alcohol and unhealthy diets. An overview was established which sustains why these factors in recent times represent one of the greatest challenges for public health and the economic development of a country, especially in those countries with low and middle income just like ours. A set of criteria that shows the progress of Ecuador with regard to the implementation and enforcement of health policies and programs was determined, however, the prevalence figures of these factors and therefore the figures associated with morbidity and mortality are unacceptably high. This reality can be prevented by intensifying efforts through the renovation, strengthening or creating new policies or health programs including a multi sectoral coverage; strategic alliances; and improved health systems and surveillance.

Keywords: chronic non-communicable diseases, health policy, health programs, risk factors, inadequate nutrition, cigarette, alcohol, physical inactivity.

## TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. JUSTIFICACIÓN .....	10
3. OBJETIVOS.....	12
Objetivos Generales .....	12
Objetivos Específicos .....	12
4. METODOLOGÍA .....	13
5. FACTORES DE RIESGO CONDUCTUALES ASOCIADOS A LAS ECNT .....	14
5.1. Enfermedades Crónicas No Transmisibles .....	14
5.1.1. Las enfermedades cardiovasculares. ....	14
5.1.2. El cáncer. ....	15
5.1.3. Las enfermedades respiratorias crónicas.....	16
5.1.4. La diabetes. ....	16
5.2. Factores de Riesgo.....	17
5.2.1. El consumo de tabaco. ....	18
5.2.2. La inactividad física.....	19
5.2.3. El uso nocivo de alcohol. ....	19
5.2.4. Dietas malsanas.....	20
5.3. Situación epidemiológica de los factores de riesgo conductuales en el Ecuador.....	21
5.3.1. El consumo de tabaco. ....	21
5.3.2. La inactividad física.....	22
5.3.3. El uso nocivo de alcohol. ....	23
5.3.4. Dietas malsanas.....	23

5.4. Programas y políticas de salud en torno a los factores de riesgo conductuales a nivel nacional e internacional .....	24
5.4.1. Enfoque Internacional.....	24
5.4.2. Enfoque Nacional. ....	36
6. CONCLUSIONES.....	47
7. RECOMENDACIONES.....	50
8. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS .....	52
9. ANEXOS .....	56
Anexo A: Acción Multisectorial .....	56
Anexo B: Abreviaturas.....	58

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Metas mundiales de cumplimiento voluntario para 2025 frente a las ECNT .....	26
Tabla 2. Factores protectores para reducir las ECNT .....	35
Tabla 3. Sectores implicados e instrumentos de la OMS para la acción multisectorial del gobierno que reduzcan los factores de riesgo conductuales .....	56



# 1. INTRODUCCIÓN

Factores de riesgo conductuales como el consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas (alto consumo de sal – sodio y bajo consumo de frutas y verduras), propician un aumento o son los causantes directos de cambios metabólicos y fisiológicos asociados con el desarrollo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). En los últimos tiempos estas enfermedades han alcanzado cifras epidémicas a nivel mundial, por consiguiente representan un verdadero desafío tanto para la salud pública como para el desarrollo socioeconómico de un país, especialmente aquellos países de ingresos bajos y medianos (Montoya, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) registró en el 2012 que las ECNT ocasionan la muerte de 38 millones de personas cada año, y ciertamente alrededor del 82% de estas muertes se atribuye solo a cuatro tipos de ECNT: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes (Mendis , y otros, 2014). Además, el 75% de las defunciones corresponden a aquellos países de ingresos bajos y medios; y más del 40% (16 millones) de las muertes asociadas a ECNT fueron muertes prematuras, es decir personas menores de 70 años de edad (Mendis , y otros, 2014).

Dado que la exposición a los factores de riesgo conductuales es realmente amplia, son vulnerables tanto niños, jóvenes, adultos y personas de la tercera edad sin importar su sexo. En el caso de los niños, ellos no pueden elegir en qué ambiente van a vivir, ni la exposición pasiva del humo de tabaco ni su dieta, la cual se establece por la

influencia de los patrones alimenticios de su familia como el de su entorno. De igual manera, es común que jóvenes, adultos y personas de la tercera edad adopten o mantengan hábitos como el consumo de alcohol y tabaco, dietas malsanas y mínima realización de actividad física ya sea por un ritmo de vida acelerado, el estrés, el fácil y económico acceso a comida con poco valor nutritivo, la falta de educación nutricional, el abuso de tecnología y comodidades modernas así como la publicidad que de una u otra forma influye en un estilo de vida poco saludable (Abegunde, y otros, 2015).

Para abordar de una manera eficiente y eficaz el problema de salud pública que representan las ECNT, es trascendental reducir o controlar la exposición de sus principales factores de riesgo conductuales a través de acciones como el establecimiento de diferentes estrategias, políticas o programas de salud (Montoya, 2014). Por su parte el Ecuador en los últimos tiempos ha tenido un gran progreso al participar y comprometerse cada vez más con dichas acciones tanto a nivel internacional así como a nivel nacional, a pesar de esto también se han presentado una serie aspectos que han afectado el alcance, impacto o resultados de las mismas (Rodríguez, 2014).

Sin duda, aún queda mucho por hacer y es oportuno el análisis de las políticas y programas de salud en torno a los factores de riesgo conductuales que se han venido implementado a lo largo del tiempo, por lo tanto en base a los resultados, limitaciones y logros de las mismas tanto nivel nacional como internacional se puede llegar a cambiar el curso de este gran problema de salud pública.

## 2. JUSTIFICACIÓN

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos registró las principales causas de mortalidad de la población en general del Ecuador, durante el año 2013 se destaca que de las primeras diez causas, cinco se relacionan directamente con las ECNT como es el caso de diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares (enfermedad hipertensiva, insuficiencia cardíaca y sus complicaciones, enfermedad isquémica del corazón), y neoplasia maligna del estómago (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2013).

Frente a este gran problema sanitario se ha planteado el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las ECNT del Ecuador, además se ha establecido diferentes políticas y programas de salud en torno a los factores de riesgo conductuales (consumo de tabaco, inactividad física, uso nocivo de alcohol y dietas malsanas) que tienen en común las ECNT, sin embargo, a pesar de contar con estas acciones aún se refleja alarmantes cifras de morbimortalidad asociadas a estas enfermedades. Siendo pertinente el tener en cuenta el panorama internacional que si se mantiene la situación actual en los países de ingresos bajos y medianos el costo de la inacción es mucho mayor que el costo de la acción y ejecución de intervenciones por año, estimándose un gasto de USD \$ 7 billones frente a un gasto de USD \$ 11 millones respectivamente (Dain & Rojhani, 2015).

Por esta razón, es oportuno el análisis de las políticas y programas de salud donde se puede detectar las limitaciones o fallas con el fin de generar un verdadero cambio, ya sea renovándolas o estableciendo nuevas que abarquen una gestión amplia y

se adapten a la realidad de nuestro país, de igual manera, fortalecer alianzas que impulsen la reducción de los factores de riesgo y aumenten la exposición a factores protectores que garantizan una reducción de la carga socioeconómica y humana que estos factores representan (Montoya, 2014).

La OMS señaló que si se logra eliminar o reducir la exposición a los factores de riesgo conductuales asociados a las ECNT, se puede llegar a prevenir cerca del 80% de los casos de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y diabetes mellitus tipo 2, así como se evitaría alrededor del 40% de los casos de cáncer (Abegunde, y otros, 2015), por el contrario, si aumenta o se mantiene igual la exposición a dichos factores de riesgo conductuales se prevé que para el 2030, aproximadamente 8 millones de defunciones estarán asociadas al consumo del tabaco y ascenderán las cifras de 3,2 millones y 3,3 millones de defunciones anuales atribuidas respectivamente a la inactividad física y el uso nocivo de alcohol (Abegunde, y otros, 2015).

Por otra parte, es factible la realización del estudio porque existe el soporte de fuentes documentales de calidad, asimismo diferentes organizaciones públicas sin fines de lucro tanto a nivel nacional como internacional mantienen apertura a su trabajo e investigaciones, lo que permite el análisis de valiosa información así como una utilización crítica de la misma. Finalmente, se transmitirá una visión global y clara de las políticas y programas que ha adoptado el sistema de salud en el Ecuador frente a los factores de riesgo conductuales asociados a las ECNT.

### **3. OBJETIVOS**

#### **Objetivos Generales**

- Analizar las políticas y programas de salud implementadas en el país en torno a los factores de riesgo conductuales como el consumo de tabaco, inactividad física, uso nocivo de alcohol y dietas malsanas asociados al desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles.

#### **Objetivos Específicos**

- Describir los principales factores de riesgo conductuales asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Identificar las acciones y estrategias implementadas a nivel nacional, Latinoamérica como internacional en base a los factores de riesgo conductuales asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles.

## 4. METODOLOGÍA

Estudio de tipo descriptivo, en donde se analizó las políticas y programas de salud en torno a los factores de riesgo conductuales asociados con el desarrollo de las ECNT. La base bibliográfica fue obtenida mediante la exploración de datos de fuentes secundarias como revistas y artículos científicos, actas de conferencias, documentos oficiales, reportes anuales, libros, periódicos, informes técnicos de organizaciones públicas sin fines de lucro, boletines de sumarios, catálogos de sitios web y bases de datos (MEDLINE, PubMed, DOAJ, EBSCO, SCIELO, ELSEVIER).

La búsqueda de información se realizó mediante el uso de palabras claves como: “enfermedades crónicas”, “factores de riesgo”, “políticas de salud”, “programas de salud”, “alimentación inadecuada”, “tabaco”, “alcohol”, “inactividad física”. Con el empleo y combinación de los mismos descriptores se exploró en el buscador google académico. Se seleccionó aquellos documentos en inglés y español que contenían información relevante de políticas, estrategias y convenios realizados en los últimos 15 años, asimismo se seleccionó publicaciones y estudios realizados en los últimos 10 años y que engloben a la población adolescente - adulta.

Por otra parte, para el análisis de la información se utilizó una metodología cualitativa. Además, el criterio guía utilizado fue el de orden de posturas temáticas en el cual se ordenó las diferentes publicaciones en base a los temas de importancia, dado así se dividió en subsecciones abarcando la revisión de cada uno de los factores que se plantearon para el análisis de este trabajo.

## **5. FACTORES DE RIESGO CONDUCTUALES ASOCIADOS A LAS ECNT**

### **5.1. Enfermedades Crónicas No Transmisibles**

Las ECNT son aquellas enfermedades caracterizadas por una evolución lenta y de larga duración (Organización Mundial de la Salud, 2015). A estas ECNT se las ha posicionado entre las principales causas de discapacidad, enfermedad y muerte en todo el mundo, además su tendencia de continuo aumento las ha situado entre uno de los mayores problemas y retos que enfrenta la salud pública (Domínguez & Seuc, 2005). Se las asocia con el 62% de las defunciones mundiales y se prevé que para el año 2020 esta cifra ascenderá al 75% (Ferrante, y otros, 2011). En relación a estas enfermedades se ha considerado básicamente a cuatro grupos como los de mayor impacto y son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes (Organización Mundial de la Salud, 2015).

#### **5.1.1. Las enfermedades cardiovasculares.**

La enfermedad cardiovascular (ECV) es un término general que engloba los diferentes trastornos que se pueden presentar en el corazón y vasos sanguíneos (Organización Mundial de la Salud, 2015). Tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo las ECV lideran las principales causas de carga de morbilidad así como de mortalidad en el mundo. Dentro de este grupo se considera que la cardiopatía coronaria y enfermedades cerebrovasculares son las más comunes, ya

desde el año 2003 se expuso que cada 4 y 5 segundos ocurre un evento coronario y vascular cerebral respectivamente (Velázquez-Monroy, y otros, 2003). Las ECV cada vez tiene un mayor alcance y sobre todo se presentan en países en vías de desarrollo, donde se prevé que entre el periodo de 1990 y 2020 si se continua con la tendencia actual los casos de cardiopatía coronaria se manifestarán con un incremento del 120% para las mujeres y 137% para los hombres (Wagner & Helmund , 2012).

### **5.1.2. El cáncer.**

El cáncer se caracteriza por la proliferación continua de algunas células en el cuerpo humano, donde las células cancerosas son menos especializadas que las células normales por lo cual se da paso a un proceso de división descontrolado que origina ciertas acumulaciones de células conocidas como tumores, además, estas pueden volverse invasivas y causar daño a los tejidos de alrededor (National Cancer Institute, 2015). El origen de esta enfermedad es multicausal, aun así estudios exponen que se puede prevenir su desarrollo alrededor del 80 y 90%, asimismo se puede disminuir su incidencia mediante la adopción de hábitos de estilos de vida saludables como no fumar, evitar el uso nocivo de alcohol, mantener una dieta saludable con alto consumo de frutas y verduras, realizar actividad física regular así como controlar la exposición a factores de riesgo ambientales y laborales (Salas & Peiró, 2013). En el Ecuador, los tumores malignos de mayor incidencia tanto en hombres como mujeres son el de estómago, pulmón, colon y recto, por otro lado según el sexo, es más común en mujeres los casos de cáncer de mama, cuello del útero y tiroides, mientras que en hombres cáncer de próstata (Montoya, 2014).



### **5.1.3. Las enfermedades respiratorias crónicas.**

Según la OMS las enfermedades respiratorias crónicas son afecciones de larga duración de las vías respiratorias y otras estructuras del pulmón (Organización Mundial de la Salud, 2015). Dentro de las principales enfermedades respiratorias crónicas figuran las infecciones de las vías aéreas inferiores, la tuberculosis y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Siendo esta última la que presenta el mayor incremento en las tasas de morbilidad (Vázquez-García, Salas-Hernández, Pérez, & Montes de Oca, 2014).

### **5.1.4. La diabetes.**

La diabetes es un grupo de enfermedades metabólicas, corresponde a diversas causas pero siempre caracterizada por una hiperglicemia como consecuencia de defectos en la secreción y/o acción de la insulina (Freire, y otros, 2014). Aproximadamente el 90% de las personas que han sido diagnosticadas con diabetes, padecen de diabetes mellitus tipo 2 o conocida también como no insulino dependiente y alrededor del 80% de esta población se encuentra en los países de bajos y medios ingresos. Se considera que el crecimiento de las personas afectadas será mayor en regiones como Asia, América Latina y el Caribe donde las tasas de crecimiento superará el 104% - 162% en desarrollo, en comparación con alrededor del 72% en los Estados Unidos y el 32% en Europa (Wagner & Helmut, 2012). En el Ecuador desde el año 2011 se registró que la diabetes mellitus tipo 2 fue la primera causa de muerte específica, representando el 7% del total de las muertes y el 8,8% de las muertes en personas entre 30 y 70 años

(Montoya, 2014). Se estima que las personas diabéticas requieren entre dos a tres veces más los recursos sanitarios en comparación con la población que no la padece, y solo la atención de esta enfermedad requiere alrededor del 15% de los presupuestos nacionales destinados a temas de salud (Wagner & Helmut , 2012).

## **5.2. Factores de Riesgo**

Los factores de riesgo son cualquier elemento, circunstancia, característica biológica o acción humana que influya en el aumento de la probabilidad de llegar a adquirir una enfermedad o perturbar la integridad física de una persona o grupo de personas (Parra Cardona & Reyes, 2010). Su clasificación es realmente amplia, ya que pueden incidir factores químicos, físicos, biológicos, mecánicos, económicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, entre otros. Sin embargo, básicamente se consideran dos tipos de factores de riesgo; los modificables o aquellos que están relacionados con los hábitos y el estilo de vida, por lo tanto estos se pueden cambiar o prevenir como es el caso del consumo de tabaco y otras drogas, la inactividad física, las dietas malsanas, el estrés, el consumo perjudicial de alcohol, así como también el sobrepeso y obesidad. Por otro lado, los factores no modificables como su nombre lo indica son aspectos que no se pueden cambiar siendo el caso de la herencia genética, raza, género y edad (Parra Cardona & Reyes, 2010).

Evidencia científica asocia la presencia de factores de riesgo conductuales o modificables con una alta probabilidad de desarrollo de las ECNT, considerándose específicamente cuatro factores: el consumo de tabaco, la inactividad física, el uso

nocivo del alcohol y las dietas malsanas (alto consumo de sal y bajo consumo de frutas y verduras). Por consiguiente, las políticas y programas de salud más costo-efectivos de las ECNT son aquellos que están orientados hacia la prevención, reducción y control de los factores de riesgo mencionados (Ferrante, y otros, 2011).

### **5.2.1. El consumo de tabaco.**

Es el uso de productos y derivados que tienen como componente parcial o principal al tabaco, estos productos pueden llegar a conformarse por más de 4.000 sustancias en su mayoría tóxicas para la salud (González, Morales, Fernández, Achiong, & Díaz, 2013). Además, el tabaco se caracteriza por la presencia de un alcaloide psicoactivo que genera adicción y dependencia conocido como nicotina, la exposición a esta sustancia da paso al desarrollo de un sinnúmero de afecciones en donde mientras mayor sea la cantidad, tiempo e intensidad de consumo mayores van a ser las repercusiones en la salud, considerándose también que “el tabaco representa la causa de muerte para el 50% de sus consumidores” (Freire, y otros, 2014). Con respecto a las ECNT, el tabaco es el causante del 15%, 26% y hasta el 51% de defunciones por enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias respectivamente (Sandoval, Blanco, & Caixeta, 2014), pues se ha establecido una directa asociación de su consumo con una serie de daños a los órganos del cuerpo e incluso con la interferencia en algunos procesos del metabolismo (González, Morales, Fernández, Achiong, & Díaz, 2013).

### **5.2.2. La inactividad física.**

La OMS define a la inactividad física como “una forma de vida con poco movimiento” (Organización Mundial de la Salud, 2010). El nivel de inactividad física es elevado a nivel mundial, lo que se refleja en los problemas de salud y prevalencia de ECNT, este preocupante panorama se ve influenciado por la urbanización y falta de espacios propicios para la recreación; desarrollo de tecnologías asociadas a comportamientos sedentarios como el empleo de un mayor tiempo en el uso de videojuegos, computadoras, televisión; aumento de medios de transportes pasivos, entre otros (Organización Mundial de la Salud, 2015). Considerando solo el segmento de población que si realiza actividad física, cerca del 60% no lo hace de una manera que realmente represente un factor protector para la salud (Organización Mundial de la Salud, 2015). A pesar de que tan solo “con 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada con una frecuencia casi diaria se puede reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y de diabetes, así como de los cánceres de colon y de mama” (Organización Mundial de la Salud, 2004). Por el contrario, se estima que “la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21% - 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” (Organización Mundial de la Salud, 2010).

### **5.2.3. El uso nocivo de alcohol.**

El alcohol es una sustancia psicoactiva, su consumo nocivo puede causar dependencia y graves repercusiones en la salud de quien bebe, su familia, personas que

lo rodean y la sociedad en general (Organización Mundial de la Salud , 2010). Las recomendaciones dietéticas de los Estados Unidos mencionan que “el aumento del riesgo al desarrollo de problemas de salud por consumo de alcohol ya se refleja una vez que se excede la recomendación máxima de una bebida al día para mujeres y máximo dos bebidas al día para hombres” (Organización Mundial de la Salud , 2010), ante lo establecido es usual que el consumo de alcohol sobrepase significativamente las recomendaciones y sea considerado como un problema sanitario a nivel mundial. Además, existen estudios que demuestran la asociación del consumo de alcohol con la adopción de otros hábitos que representan un riesgo para la salud como es el caso del consumo de tabaco e incluso de otras drogas, “el mayor número de consumidores de sustancias ilegales usan habitualmente como puerta de entrada alcohol o nicotina” (González, Morales, Fernández, Achiong, & Díaz, 2013).

#### **5.2.4. Dietas malsanas.**

Países desarrollados y en vías de desarrollo atraviesan una etapa de transición nutricional, cambiando los patrones alimentarios y adoptando una dieta desequilibrada caracterizada por el consumo de alimentos con alta densidad energética, poco nutritivos, y alto contenido de sal, grasas (especialmente saturadas y trans) y azúcares simples, dejando en segundo plano aquellos alimentos saludables y que su consumo representan un beneficio para la salud como es el caso frutas, verduras, carbohidratos complejos y fibra (Freire, y otros, 2014). Por lo tanto, estos hábitos alimenticios han dado paso al aumento de la prevalencia de sobrepeso, obesidad, presión arterial elevada y en sí el desarrollo de las ECNT, considerando que una dieta malsana aumenta la probabilidad de desarrollo de diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cáncer, las

mismas que se pueden prevenir si se mantiene una alimentación variada, suficiente y adecuada a las necesidades de cada persona (Alvarado, 2014).

### **5.3. Situación epidemiológica de los factores de riesgo conductuales en el Ecuador**

Desde el año 2011 hasta el 2013 el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Estadística y Censos llevaron a cabo la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), que brinda la información más confiable y actualizada en relación a los factores de riesgo conductuales con mayor prevalencia en la población ecuatoriana (Freire, y otros, 2014). Se destaca la siguiente información:

#### **5.3.1. El consumo de tabaco.**

Los resultados de la ENSANUT indican que la prevalencia de consumo actual de tabaco, en el grupo de edad comprendido entre los 10 a 19 años es de 28.4% y en el grupo de 20 a 59 años es de 31.5% (Freire, y otros, 2014). En relación al género, la prevalencia de consumo es mayor en los hombres que en las mujeres y esto se refleja en todos los grupos etarios, además se menciona que “los hombres son más permisivos con el consumo por parte de sus amigos” (Freire, y otros, 2014). Asimismo, se estima que la iniciación de consumo de tabaco rodea la edad de 16 años o más sin diferencia de género, declarando esto el 48.7% de los participantes del grupo comprendido en las edades de 10 a 19 años y el 73.5% de los participantes del grupo de 20 a 59 años,

además dentro de este último grupo se estima que “la prevalencia de consumo diario de tabaco, entre las personas que declaran haber fumado en los últimos 30 días, es de 25.9%, sin diferencias en cuanto al sexo, y aumenta según asciende la edad” (Freire, y otros, 2014). Resultados que concuerdan dentro de esta categoría con la cifra máxima de 50.8% que corresponde al grupo de 50 a 59 años (Freire, y otros, 2014).

### **5.3.2. La inactividad física.**

La ENSANUT señala que “en todos los grupos poblacionales los niveles de inactividad y sedentarismo son bastantes altos, mientras que la proporción de ecuatorianos que llevan una vida activa es inaceptablemente baja” (Freire, y otros, 2014). Además, entre las categorías abordadas se demuestran diferentes tendencias en cuanto al grupo por edad, género, nivel económico, ubicación geográfica, raza, etc. Especialmente es notable que en todos los resultados las cifras de inactividad física son mayores en las mujeres frente a los hombres (Freire, y otros, 2014). Al considerar la realización de actividad física en tiempo libre de la población adolescente (18 a 19 años) el 46% de los participantes son inactivos [“menos de 10 minutos seguidos de actividad física en tiempo libre de intensidad moderada o vigorosa en los últimos 7 días”, (Freire, y otros, 2014)] y en base a la población participante que comprende los 55 a 59 años se considera que “casi 8 de cada 10 son inactivos y apenas el 14.4% tiene un nivel mediano o alto de actividad física” (Freire, y otros, 2014). Por otro lado, en relación a la ubicación geográfica, las cifras más altas de inactividad física están presentes en “la subregión de costa urbana, Guayaquil y, en general, en las provincias de la Costa” (Freire, y otros, 2014).

### **5.3.3. El uso nocivo de alcohol.**

Respecto a los datos obtenidos de la ENSANUT, el consumo de alcohol declarado en el último mes fue del 25.2% por parte de la población comprendida en la edad de 10 a 19 años y del 41.3% para el grupo de 20 a 59 años. Asimismo, se estima que la primera vez en que se consumió alcohol rodea la edad de 14 o 15 años, declarando esto el 39.4% de los participantes del grupo de 10 a 19 años y el 19.5% del grupo de 20 a 59 años (Freire, y otros, 2014). En base a los datos obtenidos “probablemente el 34% de personas de 20 a 59 años que declaran haber consumido en la última semana y los viernes, sábado o domingo constituyan el grupo poblacional de riesgo” (Freire, y otros, 2014). Por otro lado, la ENSANUT no determina cual es el tipo de bebida alcohólica de mayor consumo en el país, pero si expone que los días del fin de semana son los días en que existe un mayor consumo del mismo, indicando que “el promedio de tragos de lunes a jueves no varía y está alrededor de 1.0 trago al día, mientras el promedio se incrementa al viernes con 2.0 tragos, el sábado con 3.6 tragos y el domingo con 6.6 tragos” (Freire, y otros, 2014). Respecto a lo señalado y en relación al género, existen significativas diferencias en cuanto a que los hombres inician este hábito en edades más tempranas y a la vez su consumo es mayor que el de las mujeres (Freire, y otros, 2014).

### **5.3.4. Dietas malsanas.**

La ENSANUT constató que la dieta de la población ecuatoriana en general se presenta como una dieta desequilibrada, caracterizada por un gran consumo de



carbohidratos refinados especialmente el arroz, igualmente está presente un alto consumo de sal, aceite de palma, leche y quesos enteros y de bebidas azucaradas. Por el contrario, se evidencia un bajo consumo de alimentos naturales como frutas, verduras, semillas y leguminosas, así como un muy bajo consumo de fibra (Freire, y otros, 2014). Otro aspecto es que existe una tendencia opuesta en torno al consumo de carbohidratos y grasas, lo cual se relaciona con el desarrollo económico y la urbanización. Siendo el consumo mayor de carbohidratos en áreas rurales, en la población indígena y montubia, mientras que el consumo mayor de grasas se da en las áreas más desarrolladas y con un mejor nivel económico (Freire, y otros, 2014). En cuanto al consumo de proteínas, se destaca el déficit en la población indígena especialmente en el grupo de 51 a 60 años que habitan en la Sierra y en áreas rurales (Freire, y otros, 2014). Por otro lado, un aspecto más a considerar es que gran parte de las comidas que realizan al día la población ecuatoriana, se realizan fuera del hogar, y el problema radica en que no se considera la forma de preparación de los alimentos, sus ingredientes y las porciones adecuadas, más bien los alimentos que por lo general se consumen son aquellos altamente calóricos, procesados y con poco valor nutritivo (Freire, y otros, 2014).

## **5.4. Programas y políticas de salud en torno a los factores de riesgo conductuales a nivel nacional e internacional**

### **5.4.1. Enfoque Internacional.**

Este tema cada vez tiene mayor relevancia, considerando que en el año 2000 los estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) adoptaron los

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que debían cumplirse hasta el año 2015 y donde las ECNT no figuraban dentro de ellos, ahora que el periodo de tiempo terminó se estableció la Agenda de Desarrollo post-2015, en la cual dentro del Objetivo Global de Salud constan tres metas relacionadas directamente con las ECNT y contemplan medios de ejecución como implementar el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (Dain & Rojhani, 2015). Por su parte, la aplicación de la Agenda de Desarrollo post-2015, tiene previsto dar paso a su inicio en el año 2016 una vez que los países adapten este marco global a sus realidades nacionales (Dain & Rojhani, 2015).

Por otra lado, la Asamblea Mundial de la Salud en el año 2013 “adoptó nueve metas mundiales concretas de cumplimiento voluntario para 2025 y aprobó un conjunto de acciones organizadas en torno al Plan de Acción Mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020” (Mendis , y otros, 2014), las metas mundiales se exponen en la Tabla 1, donde se destaca que cuatro de ellas están enfocadas directamente a la reducción de los factores de riesgo conductuales, y conforme a esto se debe elaborar planes nacionales multisectoriales hasta el año 2015 y dar paso al comienzo de la aplicación de los mismos en el año 2016 con el objetivo de alcanzar las metas propuestas (Mendis , y otros, 2014).

Además, la OMS en conjunto y colaboración de otras organizaciones internacionales y principales Estados Miembros, desde el año 2003 hasta la actualidad han venido desarrollando diferentes estrategias, convenios, políticas y programas de salud enfocados en los cuatro principales factores de riesgo conductuales que se asocian al desarrollo de las ECNT. Llegando a tener una mayor trascendencia los siguientes:

Tabla 1. Metas mundiales de cumplimiento voluntario para 2025 frente a las ECNT

Número	Meta Mundial
1	Reducción relativa de la mortalidad general por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas en un 25% para 2025
2	Reducción relativa del uso nocivo del alcohol en al menos un 10% para 2025
3	Reducción relativa de la prevalencia de la actividad física insuficiente en un 10% para 2025
4	Reducción relativa de la ingesta poblacional media de sal o sodio en un 30% para 2025
5	Reducción relativa de la prevalencia del consumo actual de tabaco en un 30% en las personas de 15 años o más para 2025
6	Reducción relativa de la prevalencia de la hipertensión en un 25%, o contención de la prevalencia de la hipertensión, en función de las circunstancias del país, para 2025
7	Detención del aumento de la diabetes y la obesidad para 2025
8	Tratamiento farmacológico y asesoramiento (incluido el control de la glucemia) de al menos un 50% de las personas que lo necesitan para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares para 2025
9	80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles, incluidos los genéricos, necesarios para tratar las principales enfermedades no transmisibles, en centros tanto públicos como privados para 2025

Modificado de (Mendis , y otros, 2014)

#### **5.4.1.1. Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS.**

El panorama del tabaquismo a nivel mundial es realmente preocupante, es así como el 21 de mayo del 2003 se negocia el primer tratado bajo el soporte de la Organización Mundial de la Salud, y se da a conocer el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT-OMS), considerándose una “iniciativa pionera en la lucha antitabáquica que busca la participación de todos los países en una respuesta internacional eficaz, apropiada e integral” (Organización Mundial de la Salud, 2005). Entró en vigencia el 27 de febrero de 2005 y es uno de los convenios con mayor aceptación, pues cuenta con más de 170 Estados Parte, y de los 35 países de la Región de las Américas tan solo 6 países no forman parte del mismo (Organización Mundial de la Salud, 2005). En el 2008, la OMS desarrolló y empezó a promover el paquete técnico llamado MPOWER (Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforce, Raise), donde se exponen seis intervenciones básicas:

Monitorear el consumo de tabaco y la aplicación de políticas de control de tabaco, Proteger a la población de la exposición al humo de tabaco, Ofrecer ayuda para abandonar el uso del tabaco, Advertir sobre los peligros del tabaco, Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio, Aumentar los impuestos al tabaco. (Sandoval, Blanco, & Caixeta, 2014)

En el último informe mundial que se realizó en el 2012, se expusieron los progresos obtenidos de la aplicación del CMCT-OMS, y según el informe de las partes:

Las cuatro áreas con mayores tasas de aplicación son: la protección contra la exposición al humo de tabaco; la educación, la comunicación y la formación; las ventas a menores y por menores; y el empaquetado y etiquetado. En cambio, las tasas de aplicación más bajas se registran en las áreas relacionadas con la protección del medio ambiente y la salud de las personas en lo que respecta al cultivo de tabaco y la fabricación de productos de tabaco; la cooperación internacional y la prestación de asesoramiento especializado en la materia; la responsabilidad; y el apoyo a alternativas económicamente viables. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

Además, partes como Brasil, Ecuador, Francia, Malasia, Filipinas, República Democrática Popular Lao y Singapur expusieron que “consideran que impedir la interferencia de la industria tabacalera es prioritario” (Organización Mundial de la Salud, 2013). Otro punto importante abordado por Barbados, fue al exponer que ante la lucha contra el consumo de tabaco se refleja “la escasa o deficiente coordinación intersectorial, en particular la falta de conocimiento, interés o compromiso de sectores distintos al de la salud” (Organización Mundial de la Salud, 2013). Asimismo, se hizo alusión a la insuficiencia de recursos económicos que se destina para el control de tabaco ante lo cual Brasil indicó que una buena opción es dirigir parte del presupuesto a cada ministerio para que se coordinen diferentes acciones y así a la vez comprometer y llevar a cabo intervenciones multisectoriales (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Por otra parte, en el informe del 2012 también se señaló la proporción de la población de las Américas cubierta por la política de control MPOWER, ante lo cual los resultados fueron los siguientes: Monitorear el consumo de tabaco y la aplicación de políticas de control de tabaco fue del 44%, Proteger a la población de la exposición al

humo de tabaco fue del 46%, Ofrecer ayuda para abandonar el uso del tabaco fue del 59%, Advertir sobre los peligros del tabaco fue del 53%, Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio fue del 26% y Aumentar los impuestos al tabaco fue el valor más bajo con el 3% (Sandoval, Blanco, & Caixeta, 2014).

En el 2014, en Moscú se realizó la sexta reunión de la Conferencia de las Partes (COP6), donde se establecieron algunos cambios en artículos del convenio así como en asuntos reglamentarios e institucionales, destacándose la importancia de una nueva “orientación sobre productos de tabaco sin humo, sistemas electrónicos de administración de nicotina y sistemas similares sin nicotina y productos de tabaco para pipas de agua” (Convenio marco de la OMS para el control del tabaco, 2014). Dicho punto se estableció al observarse que el uso de estos nuevos productos o sistemas constituyen un porcentaje considerable y que sigue en ascenso a escala mundial, ligado a ideas erróneas acerca de la seguridad de su uso en comparación con el uso de cigarrillos que es la presentación más común del consumo de tabaco, por consiguiente, se ha generado una gran aceptación sociocultural de estos productos o sistemas y en el CMCT-OMS se pretende que exista una mayor vigilancia, regulación, control e incluso elaboración de perfiles nacionales de consumo en torno a los mismos (Convenio marco de la OMS para el control del tabaco, 2014).

#### **5.4.1.2. Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol.**

La estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol, fue avalada en el 2010, reconoce los vínculos estrechos que existen entre su consumo nocivo y el peligro que representa para la salud, la sociedad y la economía de un país. Constituye el compromiso de los estados miembros de la OMS para actuar de manera continua en todos los niveles competentes. Asimismo, aprovecha varias iniciativas estratégicas mundiales y regionales para la prevención y control de enfermedades, en particular el plan de acción de la estrategia mundial para la prevención y el control de las ECNT, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2008 (Organización Mundial de la Salud , 2010). En relación a las opciones de políticas e intervenciones se establece diez esferas prioritarias que se pueden adaptar a la realidad de cada país (Organización Mundial de la Salud , 2010):

- 1.-Liderazgo, concienciación y compromiso;
- 2.-Respuesta de los servicios de salud;
- 3.-Acción comunitaria;
- 4.-Políticas y medidas contra la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol;
- 5.-Disponibilidad de alcohol;
- 6.-Comercialización y promoción de las bebidas alcohólicas;
- 7.-Políticas de fijación de precios,
- 8.-Mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la embriaguez;
- 9.-Reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción informal; y
- 10.- Seguimiento y vigilancia. (Organización Mundial de la Salud , 2010)

En el último informe emitido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas, se expuso que el consumo de alcohol es mayor en relación que el resto del mundo y se

estimó una muerte cada 100 segundos en promedio en esta región durante el año 2012 (Pan American Health Organization & World Health Organization, 2015). Otro aspecto que se destacó fue sobre el Alcohol no registrado, el cual es difícil que sea regulado por los gobiernos y se mantenga un seguimiento y control del mismo. Aproximadamente el 14% de alcohol que se consume proviene de licores artesanales o compras transfronterizas, aun así las estimaciones se han tenido que moldear para todos los países de la Región, pues es evidente la falta de datos y la necesidad de nuevas investigaciones sobre este tema, especialmente en Guatemala, Ecuador y Bolivia que probablemente sean los países que mantengan el consumo más alto de alcohol no registrado (Pan American Health Organization & World Health Organization, 2015). Por otro lado, se indicó que en base a los cambios del consumo de alcohol entre el periodo 2000 y 2010, la mayoría de los países de las Américas aumentaron su consumo en un promedio de 8,3%. En países como Belice, Trinidad y Tobago, Bolivia y Granada el consumo registrado se incrementó en más de un 30%, mientras que los mayores descensos de consumo (10 y 20%) se atribuyó a países como El Salvador, Guatemala y Uruguay (Pan American Health Organization & World Health Organization, 2015).

#### ***5.4.1.3. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud.***

En el año 2004, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Estrategia Mundial de la OMS sobre el Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, siendo sus principales objetivos:



1.-Reducir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles asociados a un régimen alimentario poco sano y a la falta de actividad física mediante una acción de salud pública esencial y medidas de promoción de la salud y prevención de la morbilidad; 2.-Promover la conciencia y el conocimiento generales acerca de la influencia del régimen alimentario y de la actividad física en la salud, así como del potencial positivo de las intervenciones de prevención; 3.-Fomentar el establecimiento, el fortalecimiento y la aplicación de políticas y planes de acción mundiales, regionales, nacionales y comunitarios encaminados a mejorar las dietas y aumentar la actividad física, que sean sostenibles, integrales y hagan participar activamente a todos los sectores, con inclusión de la sociedad civil, el sector privado y los medios de difusión; 4.-Seguir de cerca los datos científicos y los principales efectos sobre el régimen alimentario y la actividad física; respaldar las investigaciones sobre una amplia variedad de esferas pertinentes, incluida la evaluación de las intervenciones; y fortalecer los recursos humanos que se necesiten en este terreno para mejorar y mantener la salud. (Organización Mundial de la Salud, 2004)

Los esfuerzos de la OMS junto con el apoyo de otras organizaciones han dado paso a la elaboración de diferentes herramientas en cuanto se refiere al régimen alimentario y actividad física como: Guía para aumentar los niveles de actividad física (2008), Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud (2010), Reducción del consumo de sal en la población (2007), Marco para la promoción de frutas y verduras a nivel nacional (2005). En relación a las diferentes políticas y programas de salud implementadas en cada país se destaca las acciones ejecutadas en Argentina, Brasil, Canadá, Chile y Estados Unidos en cuanto a la reducción de la cantidad de sal utilizada para la elaboración de alimentos envasados y el pan, donde

especialmente Argentina “ya ha conseguido reducir en un 25% el contenido de sal en el pan” (Organización Mundial de la Salud, 2015). En Ecuador, Chile y Perú se ejecutan políticas relacionadas con el etiquetado nutricional de los alimentos procesados (Freire, y otros, 2014).

Por otra parte, en el 2012 se realizó un informe y se expuso que casi todos los países cuentan con datos sobre los factores de riesgo conductuales asociados a las ECNT en la población adulta, mientras que en adolescentes solo los datos de prevalencia de consumo de tabaco ha sido presentada en casi todos los países y la información en torno al consumo de alcohol, el régimen alimentario y la salud mental es mucho más limitado y solo cuentan con datos países como Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Dominica, Ecuador, Guatemala, Guyana, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname y Uruguay (Organización Panamericana de Salud & Organización Mundial de la Salud, 2012). No obstante, en la actualidad se sabe que “las enfermedades crónicas pueden transmitirse, quizás no biológicamente, pero sí, conductualmente; no son territorio exclusivo de los adultos, lo son también del niño” (Valdivia , 2015). Además, en las etapas de la niñez y adolescencia se atraviesa por un proceso de formación donde el comportamiento, hábitos y estilo de vida de la familia, amistades y el entorno en general llegan a influenciar positiva como negativamente en cada individuo. Por consiguiente, hoy en día al encontrarnos frente una elevada exposición a los factores de riesgo conductuales su alcance cada vez es mayor y afecta a la población joven (Valdivia , 2015).

Un estudio en Colombia, que contó con la participación de 1465 jóvenes que vivían en áreas urbanas de Bogotá evaluó los patrones de conglomeración en torno al consumo de alcohol, bajo consumo de frutas y verduras, inactividad física en tiempo libre y consumo de tabaco, ante lo cual tan solo el 13,9% de los participantes no presentaron ningún factor de riesgo conductual mencionado, el 35,5% presentaron uno, el 32,9% dos, y el 17,7% tres o cuatro (Gómez, Lucumí, Girón, & Espinosa, 2004). Cada vez la influencia y exposición a los factores de riesgo conductuales aumenta en la población más joven, un estudio realizado en España en 1.274 estudiantes adolescentes determinó que 1 de cada 7 consumen tabaco, y las mujeres frente a los hombres presentan una cifra mayor (Robles , Obando, González , & Bueno, 2011). Además, en Argentina, se determinó que el hecho de tener un amigo fumador puede aumentar alrededor de 4 veces la probabilidad de fumar, así como “el consumo de alcohol por parte del mejor amigo, padre o hermano también lo incrementó en el adolescente” (Mulassi , y otros, 2010). Por lo tanto si se interviene desde edades tempranas se puede evitar el desarrollo de complicaciones asociadas con factores de riesgo conductuales, aún se puede revertir la realidad y empezar a formar generaciones saludables (Hernández-Escolar, Herazo-Beltrán, & Valero, 2010).

Ciertamente, la OMS expone una serie de acciones que enfrenten a los factores de riesgo conductuales, las cuales abarcan aspectos multisectoriales y buscan tener un alcance en todos los grupos etarios, por lo tanto en la Tabla 2 se resume los factores protectores que facilitan la reducción de la exposición a los factores de riesgo conductuales y por lo tanto desarrollo de ECNT.

Tabla 2. Factores Protectores para reducir las ECNT

FACTORES DE RIESGO CONDUCTUALES	CONSUMO DE TABACO	INACTIVIDAD FISICA	CONSUMO DE ALCOHOL	DIETA MALSANA
<b>FACTORES PROTECTORES</b>	<p>Aumento de los impuestos</p> <p>Establecimiento de lugares de trabajo y espacios públicos libres de humo de tabaco</p> <p>Información y advertencias sobre consumo de tabaco</p> <p>Restricciones y control de la publicidad y la promoción del tabaco</p>	<p>Mayor disponibilidad de espacios recreativos en entornos sanos</p> <p>Planificación/ rediseño urbano en pro del transporte activo y ciudades peatonales</p> <p>Programas escolares de apoyo a la actividad física</p> <p>Incentivos para la adopción de programas sobre modos de vida sanos en el lugar de trabajo</p> <p>Campañas en los medios de promoción de actividad física</p>	<p>Aumento de impuestos a Bebidas Alcohólicas</p> <p>Restricciones y control de la publicidad de alcohol</p> <p>Restricción a la disponibilidad de bebidas alcohólicas al por menor</p> <p>Control de la conducción en estado de ebriedad</p>	<p>Reducción de la cantidad de sal, grasas saturadas y azúcares en los alimentos elaborados y procesados</p> <p>Reemplazo las grasas trans por grasas monoinsaturadas o poliinsaturadas</p> <p>Fomento del consumo de frutas y verduras con mayor disponibilidad y asequibilidad</p> <p>Control de la publicidad de alimentos malsanos dirigida a los niños</p> <p>Oferta de alimentos sanos en las escuelas y otras instituciones públicas</p> <p>Intervenciones económicas para orientar el consumo de alimentos (impuestos subvenciones)</p>

Modificado de (Organización Mundial de la Salud, 2013)

### **5.4.2. Enfoque Nacional.**

El Ecuador ha establecido un Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las ECNT, asimismo cuenta con políticas, estrategias o planes de acción con el objetivo de reducir el consumo de tabaco, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física y las dietas malsanas, por otro lado buscan fomentar la actividad física y las dietas saludables (Organización Mundial de la Salud, 2014). Siendo lo más notable:

#### **5.4.2.1. Lucha Antitabáquica.**

Se destaca el Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica (CILA), creado desde 1989 y conformado por instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales como el Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación, Municipios, Cruz Roja, entre otras. Esta organización tiene como objetivo general “contribuir con la Autoridad Sanitaria Nacional para el desarrollo de acciones de prevención y control de tabaco en la población e instituciones del Ecuador, con el fin de disminuir prevalencia de consumo, así como morbilidad, discapacidades y mortalidad que causa” (Ministerio de Salud Pública, 2008).

En 2004 el Ecuador firmó el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT-OMS), en el 2006 lo ratificó y se convirtió en uno de los instrumentos legales de mayor jerarquía en el país (Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica, 2014). En el 2008, se establece el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo con “la visión, de un Ecuador libre de humo de tabaco y la misión, de

promover las responsabilidades individuales, comunitarias y gubernamentales para prevenir y reducir el consumo del tabaco, facilitando la participación multisectorial en el control del tabaco” (Ministerio de Salud Pública, 2008).

En base a las orientaciones del CMCT-OMS, el Ecuador se encuentra entre los países de la región que han implementado intervenciones importantes como la protección de la exposición al humo de tabaco y advertencias sanitarias gráficas, grandes y enérgicas. Además, esta acción se logró a través de la Ley Orgánica para la Regulación y Control de Tabaco establecida en el 2011 (Sandoval, Blanco, & Caixeta, 2014). Asimismo, en el 2013 se suscribió el Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos del tabaco y su ratificación está en proceso en la Asamblea Nacional (Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica, 2014).

El Ministerio de Salud Pública refiere que se ha alcanzado los siguientes avances: “Espacios cerrados, públicos y privados de acceso público, así como espacios abiertos de establecimientos de salud y educación, 100% libres de humo de tabaco” (Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica, 2014). En el 2015, se estableció un impuesto a cada unidad de cigarrillo de \$0,13 USD, impuesto considerado como uno de los más altos en la región andina. Además, entre el 2015 y 2016 se prevé llevar a cabo la IV Ronda de advertencias sanitarias en productos de tabaco (Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica, 2014). Ya que en la Ley Orgánica para la Regulación y Control de Tabaco establecida en el 2011 se incluyeron ciertas excepciones para realizar publicidad en los puntos de venta, razón por la cual la prohibición de la publicidad,

promoción y patrocinio del tabaco no es considerada aún como un punto culminado del CMCT-OMS (Sandoval, Blanco, & Caixeta, 2014).

Ante las diferentes políticas y programas los resultados se evidencian positivamente sobre todo en disminución de ventas, disminución de la prevalencia de consumo, e incluso impacto en algunos indicadores de salud (Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica, 2014):

La venta de productos legales ha disminuido significativamente entre los años 2000 y 2013, pasando desde 340 unidades (420 si se considera estimado de comercio ilícito) per cápita (población general) en el año 2000 hasta 140 (210 si se considera estimado de comercio ilícito) en el año 2013. (Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica, 2014)

La tasa de prevalencia de consumo de tabaco en población del Ecuador de 15+ años (para el año 2012, estandarizada por edad) en 9,2% para ambos sexos (95% CI 6,0-13,1), 14,9% (10,1-20,9) en hombres y 3,5% (2,0-5,4) en mujeres, lo que significaría una gran disminución en relación a cifras cercanas al 30% para este mismo grupo de edad en la décadas 1980 y 1990. (Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica, 2014)

La incidencia (casos nuevos anuales) de cáncer de pulmón en hombres en la ciudad de Quito está disminuyendo, no así en mujeres, donde la epidemia de tabaquismo ha sido más tardía y todavía se ven sus efectos crónicos en crecimiento. (Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica, 2014)

Los resultados son alentadores, sin embargo, aun las cifras de consumo son altas por lo cual es necesario fortalecer o desarrollar otras medidas de control, en especial “ratificar e implementar el Protocolo de comercio ilícito, regular productos nuevos y engañosos como pipas de agua y cigarrillos electrónicos, regular contenidos, aditivos y emisiones de los cigarrillos y otros productos de tabaco” (Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica, 2014).

#### ***5.4.2.2. Acuerdo Interministerial de Regulación de Ventas de Bebidas***

##### ***Alcohólicas***

En el 2010, el Ministerio del Interior conjuntamente con el Ministerio de Turismo establecieron un acuerdo para la regulación de venta de bebidas alcohólicas de cualquier tipo, siendo permitido de lunes a jueves hasta las 24:00 horas; los viernes y sábados hasta las 02:00 horas; y restricción total de venta los domingos. Esta regulación fue modificada en el 2014 con el Acuerdo Interministerial 4425, en el cual solo los establecimientos registrados y autorizados a funcionar como turísticos podrán vender bebidas alcohólicas los días domingos con restricción de horario (Ministerio del Interior & Ministerio de Turismo, 2014). En general, el acuerdo mencionado es considerado como una medida de acción para disminuir el alto consumo de alcohol y la relación asociada con la violencia, delitos e inseguridad en el país, más que como una medida sanitaria ante el daño que también representa el uso nocivo del mismo (Ministerio del Interior & Ministerio de Turismo, 2014).



#### ***5.4.2.3. Reglamento Sanitario de Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano***

El Ministerio de Salud Pública considerando los artículos 13, 52 y entre otros de la Constitución de la República del Ecuador que hacen alusión del derecho a la alimentación saludable así como el derecho a disponer de bienes y servicios de calidad y con información precisa. Se estableció el 29 de noviembre del 2013 el acuerdo del Reglamento Sanitario de Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano (Ministerio de Salud Pública, 2013). El cual tiene como objeto:

Regular y controlar el etiquetado de los alimentos procesados para el consumo humano, a fin de garantizar el derecho constitucional de las personas a la información oportuna, clara, precisa y no engañosa sobre el contenido y características de estos alimentos, que permita al consumidor la correcta elección para su adquisición y consumo. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

A esta medida se han tenido que adaptar tanto las pequeñas, medianas y grandes empresas que fabrican, importan y comercializan alimentos procesados, basándose en “un sistema gráfico con barras de colores colocadas de manera horizontal” (Ministerio de Salud Pública, 2013). Dependiendo de la naturaleza del producto, la concentración de los componentes de grasa, azúcar y sal estará representada por una barra de acuerdo al color rojo, amarillo y verde, considerando que:

a) La barra de color rojo está asignada para los componentes de alto contenido y tendrá la frase “ALTO EN...”; b) La barra de color amarillo está asignada para los componentes de contenido medio y tendrá la frase “MEDIO EN...”; c) La barra de color verde está asignada para los componentes de bajo contenido y tendrá la frase “BAJO EN...”. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

El Ecuador es el primer país de América Latina en adoptar el sistema del semáforo nutricional, en el 2014, la consultora Kantar Worldpanel realizó una encuesta en las ciudades de Quito y Guayaquil al respecto del impacto del mismo (Kantar World Panel, 2014). Los resultados señalaron que al momento de comprar alimentos el 69% de los hogares encuestados si se fijan en el semáforo nutricional y de estos alrededor del 29% aseguran haber modificado sus hábitos de consumo en base a la información proporcionada por el etiquetado (Kantar World Panel, 2014). Siendo así se menciona que los hogares ecuatorianos se fijan más en los semáforos nutricionales de alimentos como gaseosas, yogur, mantequilla, mayonesa y pan de molde. De los cuales la categoría en la que más han reducido su hábito de compra es en las gaseosas (Kantar World Panel, 2014). Además, en este estudio denominado “Consumer Insights” se determina que:

El 31% de los hogares afirma detenerse antes de comprar, para cuidar su salud; el 26% afirma que se acerca a la percha, ve el semáforo, lo analiza, pero termina comprando los mismos productos; y el 43% de los hogares encuestados manifiesta indiferencia a la información del semáforo, y realiza sus compras regularmente (Kantar World Panel, 2014).

Con el Reglamento Sanitario de Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano, a través del semáforo nutricional se ha logrado que el consumidor revise de una forma más detenida la información presente en los productos al momento de comprar, sin embargo el reto ahora radica en que la población sepa elegir y tomar decisiones adecuadas en torno a su alimentación.

#### ***5.4.2.4. Reglamento para el Control del Funcionamiento de Bares Escolares del Sistema Nacional de Educación***

A través del impulso de los Ministerio de Educación y de Salud Pública en el Ecuador se llega al acuerdo de expedir el Reglamento para el Control del Funcionamiento de Bares Escolares del Sistema Nacional de Educación (Ministerio de Educación & Ministerio de Salud Pública, 2013). Su aplicación es obligatoria en todos los bares de las instituciones educativas del país y tiene por objeto:

Establecer requisitos para el funcionamiento de los bares escolares, su administración y control; Controlar los parámetros higiénicos e indicadores nutricionales que permitan que los alimentos y bebidas que se preparan y expenden sean sanos, nutritivos e inocuos; Promover hábitos alimentarios saludables en el sistema nacional de educación. (Ministerio de Educación & Ministerio de Salud Pública, 2013)

Para la ejecución, control y seguimiento se conforma un comité nacional, provincial e institucional que deben reunirse al inicio y final de cada año escolar El

comité nacional es integrado por delegados del Ministerio de Educación y de Salud Pública, asimismo, el comité provincial se integra por delegados de la dirección provincial de educación y de salud, y por último el comité institucional lo conforma el director/a de la institución, jefe de departamento de orientación y bienestar estudiantil, presidente del comité de padres de familia, presidente del consejo estudiantil y delegado de la Unidad de Salud del Ministerio de Salud Pública correspondiente a su jurisdicción (Ministerio de Educación & Ministerio de Salud Pública, 2013).

En el país esta regulación no ha sido completamente efectiva debido en gran parte a la falta de control y vigilancia en los establecimientos educativos. Por el contrario, en países como Brasil se ha incorporado un programa exitoso que “establece que el 70% de los alimentos disponibles en las escuelas no sean procesados, y que el 30% restante provenga de huertos familiares de las localidades” (Freire, y otros, 2014), acción que beneficia tanto a la nutrición de los niños como a la economía de los hogares que proveen alimentos de sus propios huertos. Otros países como México y Costa Rica establecieron reglamentos acerca de los alimentos y las bebidas disponibles en las escuelas, pero en México aún es notable que las industrias alimenticias ejerzan influencia y actúen únicamente en su beneficio (Organización Panamericana de Salud & Organización Mundial de la Salud, 2012).

#### **5.4.2.5. *Ley del Deporte, Educación Física y Recreación.***

La Asamblea Nacional aprobó el proyecto de Ley del deporte, educación física y recreación en el año 2010 con el objeto que “esta Ley regula el deporte, educación física

y recreación; establece las normas a las que deben sujetarse estas actividades para mejorar la condición física de toda la población, contribuyendo así, a la consecución del Buen Vivir” (Tribunal Constitucional de la República del Ecuador, 2010). El Ministerio del Deporte al ser el organismo con mayor responsabilidad y encargado de definir las políticas, programas y estrategias en cuanto a actividad física y deporte se refiere, ha emprendido diferentes acciones destacándose en los últimos tiempos las siguientes:

#### *Ecuador Ejercítate y Vive Sano.*

Este programa tiene como objetivo “reducir el sedentarismo en jóvenes, adultos, personas de la tercera edad, personas con discapacidad y personas privadas de la libertad; a través de bailo terapia y aeróbicos dirigidos por profesionales que se ubicarán en tarimas localizadas en lugares públicos estratégicos”. Se pretende que la cobertura del programa sea en todo el país, ya en el 2014 se han activado 1.040 puntos de Ecuador Ejercítate en las 24 provincias y lo que representa un gasto de inversión de \$3 481.105,00 USD (Ministerio del Deporte, 2014).

#### *Centros activos.*

Se denomina a los espacios públicos donde las personas pueden acudir para la práctica de deportes como natación, fútbol, tenis, baloncesto y squash. El primer centro activo fue inaugurado en el 2010 y al momento se cuenta con seis centros activos repartidos en Quito cinco y uno en Cuenca, en promedio asisten alrededor de 33.500 personas cada mes (Ministerio del Deporte, 2015). “Estos Centros nacen gracias al Decreto Presidencial de Rafael Correa, manifestando que empresas e instituciones

públicas tienen la obligación de entregar sus sedes sociales para el beneficio de toda la comunidad” (Ministerio del Deporte, 2015). Por otra parte, la inversión para su operación es un total de \$642.000 USD por parte del Ministerio del Deporte, y se prevé alrededor de 20 millones para realizar las reformas y adecuaciones necesarias para el beneficio de la comunidad. Próximamente se incrementarán 6 Centros más, los cuales están en proceso de adjudicación, en Guayaquil, Quito y Chimborazo (Ministerio del Deporte, 2015).

### *Ciclopaseos.*

Iniciativa que nace en Bogotá, acogida por otros países de América Latina con diferentes nombres pero que persiguen los mismos objetivos en torno al fomento del uso de la bicicleta, promoción de hábitos saludables como la práctica de actividad física, cuidado del medio ambiente, recuperación del espacio público y convivencia ciudadana (CiclóPolis, 2014). En el país, Quito se convierte en la ciudad pionera que adopta el Programa de Ciclopaseo a partir del 2003, siendo la entidad ejecutora el Municipio de Quito junto con la fundación CiclóPolis, encargados del “diseño de la ruta; levantamiento de los materiales; convocatoria, reclutamiento y capacitación del personal; diseño e implementación de la campaña de difusión” (CiclóPolis, 2014). Por lo tanto, cada domingo en un horario matutino se destina las principales calles y avenidas de la ciudad para el uso exclusivo de ciclistas, peatones o quienes desean realizar actividad física. Este programa se ha convertido en una de las actividades con mayor convocatoria de la población al contar con 2.000 y 3.000 usuarios por jornada, además se ha replicado en otras ciudades del país como Ambato, Ibarra, Cuenca, Santo Domingo, Guayaquil, Santa Elena, Milagro, Manabí, Manta y Zamora, gracias al

municipio de cada ciudad y el apoyo económico de los Ministerios de Salud, Educación y Deporte dado que el implementar la propuesta requiere alrededor de \$150.000 por ciudad y se considerará que el Programa de Ciclopaseos tendrá un gran éxito cuando los usuarios por jornada sean entre 5.000 o 10.000 personas (CiclóPolis, 2014).

Los programas Ecuador Ejercítate, Vive Sano y Ciclopaseo han tenido una aceptación positiva ya que representan una oportunidad real para que la población realice actividad física, sin embargo aún las cifras de inactividad física son elevadas, por lo cual se debe aumentar los esfuerzos hacia el fomento de la práctica deportiva y prestación de herramientas necesarias como es el caso de los centros activos que han tenido muy buenos resultados pero solo una pequeña parte de la población tiene acceso a los mismos, al igual que solo en la ciudad de Quito a partir del 2012 se ha implementado el sistema de préstamo de bicicletas sin costo para incentivar el uso cotidiano de las mismas y que sean consideradas como una alternativa de medio de transporte para trayectos cortos dentro del perímetro urbano (BiciQuito, 2015).

## 6. CONCLUSIONES

El aumento y la constante exposición a factores de riesgo conductuales como el consumo de tabaco, la inactividad física, el consumo nocivo de alcohol y las dietas malsanas (alto consumo de sal y bajo consumo de frutas y verduras) han dado paso al desarrollo mundial y epidémico de ECNT, la carga negativa que estas constituyen no solo se refleja en el número de muertes, sino también en la pérdida de la capacidad funcional, la calidad de vida y el desarrollo socioeconómico de un país, en especial de aquellos de ingresos bajos y medianos. Ante este panorama, se puede evitar el impacto de las ECNT mediante la elaboración y/o fortalecimiento de políticas y programas de salud. Ciertamente, los gobiernos deben ser los principales líderes que gestionen una respuesta acertada frente este gran problema sanitario, asimismo es indispensable que esta labor cuente con el apoyo de organizaciones internacionales, no gubernamentales, el sector público y privado.

En cuanto al enfoque general a nivel internacional, sobresale el trabajo de la OMS, que a partir del año 2003 lidera una serie de acciones orientadas hacia la prevención y control de la exposición a los factores de riesgo conductuales que comparten las ECNT, así principalmente se ha establecido el Convenio Marco para el Control del tabaco; la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud; y la Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo de alcohol. Los cuales han demostrado ser una herramienta poderosa y una guía flexible al momento de adaptarlos al contexto de cada país, permitiendo también establecer diferentes políticas y programas de salud. Los países desarrollados han obtenido mejores resultados que los



países en vías de desarrollo, manifestándose que la dificultad de llevar los compromisos a acciones se debe en gran parte a la falta de recursos financieros y técnicos.

Por otro lado, en base al enfoque nacional, el Ecuador también presenta un gran progreso en la vigencia de políticas y programas de salud orientadas hacia la reducción y control de factores de riesgo conductuales, de los cuales en relación a la lucha antitabáquica se destaca la Ley Orgánica para la Regulación y Control de Tabaco, y el Convenio Marco de la OMS, dando lugar a la protección de la exposición al humo de tabaco al crear espacios 100% libres de humo, además del establecimiento del impuesto a cada unidad de cigarrillo, y regulación de las advertencias sanitarias en productos de tabaco. Con respecto a la prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, en el país existen algunas excepciones por lo que aún no es considerado como un punto sólido a lo señalado en el Convenio Marco de la OMS. La aplicación de las acciones mencionadas han generado positivamente la disminución de ventas del tabaco y la prevalencia de consumo del mismo.

En cuanto al consumo de alcohol, se estableció el acuerdo de regulación de venta de bebidas alcohólicas, por lo cual existen horarios para el expendio del mismo en sitios públicos así como una completa restricción de venta el día domingo. Cabe destacar que esta acción ha sido ejecutada más como una política de seguridad interna que como una política de salud, pues su consumo se lo considera como un potente desencadenante de violencia y/o delincuencia. En el país se ha logrado disminuir las cifras de consumo, aun así en relación de Latinoamérica el Ecuador se posiciona en el noveno lugar de los países que tienen mayor consumo de alcohol.

En relación a la inactividad física, se destaca la creación de Centros Activos; el Programa Ecuador Ejercítate y Vive Sano; el Programa de Ciclopaseos; y la obligatoriedad de la realización de actividad física en instituciones educativas. A pesar de estas acciones, aún se debe intensificar esfuerzos que aborden este problema que está presente en todos los grupos etarios en cifras bastante altas, frente a un fragmento de población que mantiene una vida activa inaceptablemente baja.

En base a la dieta malsana que mantiene la población ecuatoriana, se implementó exitosamente el Reglamento Sanitario de Etiquetado de Alimentos Procesados Para el Consumo Humano, logrando que el consumidor se familiarice con el semáforo nutricional y revise de una forma más detenida la información de cada alimento al momento de comprar. Por otro lado, la implementación del Reglamento para el Control del Funcionamiento de Bares Escolares del Sistema Nacional de Educación y la Ley Orgánica de Comunicación del Ecuador que procura restringir toda aquella publicidad considerada que puede afectar la salud de la población, no han tenido los resultados esperados debido en gran parte por la falta de regulación de los mismos.

A pesar de que el Ecuador ha implementado una serie de acciones antes descritas para la reducción y control de factores de riesgo conductuales, aun es necesario intensificar esfuerzos, mejorar la cobertura multisectorial, sistemas de salud y de vigilancia así como renovar o fortalecer dichas políticas o programas de salud, ya que las cifras de prevalencia de dichos factores y en consecuencia las cifras asociadas a la morbimortalidad de las ECNT aún son altas e incluso alarmantes.

## 7. RECOMENDACIONES

Considerar que las políticas y programas de salud establecidas para la reducción de la exposición a los factores de riesgo conductuales no deberían limitarse solo a “restringir” o “prohibir”, pues también se debe fortalecer la presencia de factores protectores. De igual manera es importante enfocarse en educar a la población, ya que al estar informados crearán conciencia y a medida que la concienciación sea mayor, la respuesta a las diferentes políticas y programas de salud tendrá la misma tendencia.

Invertir y prestar mayor atención a los primeros años de vida, especialmente durante la infancia y adolescencia porque son etapas donde se están formando y fácilmente se puede modificar o influenciar en la adopción de hábitos que de una u otra manera determinarán el estilo y calidad de vida de cada persona. Además, utilizar campañas de comunicación, ya sea para promoción de salud o brindar información a la población, empleando mensajes claros, concretos y adecuados conforme sea el nivel de la audiencia. Se puede valer de voceros o portavoces que motiven y tengan mayor influencia en la población, asimismo utilizar redes sociales, blogs o sitios web que en la actualidad se han posicionado como una de las formas más dominantes y efectivas de comunicación.

Trabajar en la construcción de alianzas sólidas así como motivar al trabajo conjunto y apoyo de organizaciones internacionales, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, sector privado y en sí involucrar a toda la sociedad en una participación activa. Además, es importante impulsar que todos los profesionales de la

salud comiencen a realizar consejería y promoción de estilos de vida saludables en cada uno de sus pacientes.

Finalmente, es necesario que se realicen estudios, encuestas o informes periódicos que determinen la situación sanitaria del país, así como también es necesario evaluar los resultados de la aplicación de las diferentes políticas y programas de salud, lo que a su vez proveerá información de calidad, confiable y actualizada como una herramienta o base de datos propicia para la toma de decisiones de futuras acciones en beneficio de la salud y bienestar de toda la población.

## 8. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

- Abegunde, D., Beaglehole, R., Durivage, S., Epping-Jordan, J., Mathers, C., Shengelia, B., . . . Unwin, N. (2015). *Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital*. Suiza: ATAR. Obtenido de [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/es/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/)
- Alvarado, P. (2014). Alimentación saludable: contexto jurídico y avances en América del Sur. *Revista informativa: representación Ecuador*, (32), 47-54.
- BiciQuito. (5 de Diciembre de 2015). *BiciQuito*. Obtenido de BiciQuito: <http://www.biciquito.gob.ec/>
- Ciclópolis. (8 de Julio de 2014). *Ciclopaseos del Ecuador, de la iniciativa ciudadana a la política pública*. Obtenido de CiclóPolis: <https://ciclopolis.wordpress.com/page/3/>
- Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica. (29 de Enero de 2014). *10 años de vigencia del convenio marco para el control del tabaco en el mundo, logros en el Ecuador*. Obtenido de CILA: <http://www.cilaecuador.gob.ec/>
- Convenio marco de la OMS para el control del tabaco. (2014). *Informe de la sexta reunión de la Conferencia de las partes en el Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco*. Moscú. Obtenido de [http://www.who.int/fctc/cop/sessions/FCTC\\_COP6\\_Report-sp.pdf?ua=1](http://www.who.int/fctc/cop/sessions/FCTC_COP6_Report-sp.pdf?ua=1)
- Dain, K., & Rojhani, A. (2015). *Guía para la incidencia política las enfermedades crónicas no transmisibles en la agenda de desarrollo post-2015*. Ginebra: The NCD Alliance.
- Domínguez, E., & Seuc, A. (2005). Esperanza de vida ajustada por algunas enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 43(2).
- Ferrante, D., Linetzky, B., Konfino, J., King, A., Virgolini, M., & Laspiur, S. (2011). Encuesta nacional de factores de riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2(6), 34-41.
- Freire, W. B., Ramírez, M. J., Belmont, P., Mendieta, M. J., Silva-Jaramillo, K., Romero, N., . . . Monge, R. (2014). *Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012*. Quito: El Telégrafo.
- Gómez, L. F., Lucumí, D. I., Girón, S. L., & Espinosa, G. (2004). Conglomeración de factores de riesgo de comportamiento asociados a enfermedades crónicas en adultos jóvenes de dos localidades de Bogotá, Colombia: importancia de las diferencias de género. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 493-509.

- González, M. J., Morales, J. M., Fernández, J. M., Achiong, F., & Díaz, O. (2013). Prevalencia del hábito de fumar y factores asociados. Municipio Matanzas 2009-2010. *Revista Médica*, 35(6), 586-585.
- Hernández-Escolar, J., Herazo-Beltrán, Y., & Valero, M. V. (2010). Frecuencia de factores de riesgo asociados a enfermedades cardiovasculares en población universitaria joven. *Revista Salud Pública*, 12(5), 852-864.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2013). *Anuario de Estadísticas vitales nacimientos y defunciones 2013*. Obtenido de [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Nacimientos\\_Defunciones/Publicaciones/Anuario\\_Nacimientos\\_y\\_Defunciones\\_2014.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf)
- Kantar World Panel. (25 de Noviembre de 2014). *Kantar Worldpanel*. Obtenido de Ecuador: Información nutricional en empaques cambia hábitos: <http://www.kantarworldpanel.com/la/Noticias/Ecuador-Informacin-nutricional-en-empaques-cambia-hbitos>
- Mendis , S., Armstrong, T., Bettcher, D., Branca, F., Lauer, J., Mace, C., . . . Stevens, G. (2014). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles*. Ginebra: Servicio de Producción de Documentos de la OMS. Obtenido de <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>
- Ministerio de Educación & Ministerio de Salud Pública. (2013). Reglamento sustitutivo para el funcionamiento de bares escolares del sistema nacional de educación. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública. (2008). Plan Nacional de Prevención y control de tabaquismo. Quito, Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública. (Noviembre de 29 de 2013). Reglamento Sanitario de Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Ministerio del Deporte. (2014). *Rendición de cuentas*. Obtenido de <http://www.deporte.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/03/Rendici%C3%B3n-de-Cuentas-2014-Z1.pdf>
- Ministerio del Deporte. (21 de Enero de 2015). *Ministerio del Deporte*. Obtenido de Hábitos saludables se promueven en los Centros Activos: <http://www.deporte.gob.ec/habitos-saludables-se-promueven-en-los-centros-activos/>
- Ministerio del Interior & Ministerio de Turismo. (11 de Junio de 2014). Regulación de Venta de Bebidas Alcohólicas. Quito, Pichincha, Ecuador.

- Montoya, R. (Junio de 2014). Situaciones de las enfermedades crónicas no transmisibles en el Ecuador. *Revista informativa: Representación Ecuador*,(32), 14-23.
- Mulassi , A., Hadid, C., Borracci, R., Labruna, M. C., Picarel, A. E., Robilotte, A., . . . Masoli, O. (2010). Hábitos de alimentación, actividad física, tabaquismo y consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de la provincia y el conurbano bonaerenses. *Archivos argentinos de Pediatría*, 108(1), 45-54.
- National Cancer Institute. (9 de Febrero de 2015). *National Institutes of Health*. Obtenido de <http://www.cancer.gov/about-cancer/what-is-cancer>
- Organización Mundial de la Salud . (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol* . Italia: Ediciones de la OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Ginebra: Servicio de Producción de Documentos de la OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Convenio marco de la OMS para el control del tabaco*. Ginebra: WHO Document Production Services.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud* . Suiza: Ediciones de la OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Informe mundial sobre los progresos realizados en la aplicación del Convenio marco de la OMS para el control del tabaco*. Francia: Servicio de Producción de Documentos de la OMS. Obtenido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79621/1/9789243504650\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79621/1/9789243504650_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020*. Ginebra: Servicio de Producción de Documentos de la OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Enfermedades no transmisibles, perfiles de países: Programas y proyectos OMS* . Obtenido de [http://www.who.int/nmh/countries/ecu\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/nmh/countries/ecu_es.pdf?ua=1)
- Organización Mundial de la Salud. (19 de Enero de 2015). *Cada año, las enfermedades no transmisibles provocan 16 millones de defunciones prematuras, por lo que la OMS insta a redoblar esfuerzos: Comunicado de prensa OMS*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/noncommunicable-diseases/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (Enero de 2015). *Enfermedades no transmisibles: Nota descriptiva OMS*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Inactividad física: un problema de salud pública mundial: Programas y proyectos OMS*. Obtenido de [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_inactivity/es/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/)

- Organización Panamericana de Salud & Organización Mundial de la Salud. (2012). Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. *Vigésimo octava conferencia sanitaria panamericana: Sexagésima cuarta sesión del comité regional*, (págs. 2-14). Washington.
- Pan American Health Organization & World Health Organization. (2015). *Regional Status Report on Alcohol and Health in the Americas*. Washington, D.C: PAHO HQ Library.
- Parra Cardona , S. P., & Reyes, M. d. (2010). Factores de riesgo modificables para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, en la población sana mayor de 45 años, en la IPS Prosalco Medellín en el año 2010. Medellín, Colombia.
- Robles , M. I., Obando, J., González , M. T., & Bueno, J. (2011). Asociación entre dieta, actividad física y consumo de tabaco en adolescentes. *Semergen*, 37(5), 238-245.
- Rodríguez, M. (2014). Los factores causales y subyacentes de las enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista informativa: Representación Ecuador*,(32), 30-35.
- Salas , D., & Peiró, R. (2013). Evidencias sobre la prevención del cáncer. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 15(2), 66-75.
- Sandoval, R. C., Blanco, A., & Caixeta, R. (Junio de 2014). El convenio marco de la OMS para el control del tabaco. *Revista informativa: Representación Ecuador*,(32), 24-29.
- Tribunal Constitucional de la República del Ecuador. (2010). *Ley del deporte, educación física y recreación*. Quito: Lexis S.A.
- Valdivia , G. (2015). Hacia el control radical de las enfermedades respiratorias: un alto en el camino. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 31(1), 5-7. doi:10.4067/S0717-73482015000100001.
- Vázquez-García, J. C., Salas-Hernández, J., Pérez , R., & Montes de Oca, M. (2014). Salud respiratoria en América Latina: número de especialistas y formación de recursos humanos. *Archivos de Bronconeumología*, 50(1), 34-39.
- Velázquez-Monroy, Ó., Rosas, M., Lara, A., Pastelín, G., Sánchez, C., Attie, F., & Tapia, R. (2003). Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México: Resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. *Archivos de cardiología de México*, 73(1), 62-77.
- Wagner, K. H., & Helmunt , B. (2012). A global view on the development of non communicable diseases. *Preventive Medicine*, 54, 38-41. doi:10.1016/j.ypmed.2011.11.012



## 9. ANEXOS

### ANEXO A: ACCIÓN MULTISECTORIAL

Tabla 3. Sectores Implicados e Instrumentos de la OMS para la Acción multisectorial del gobierno que reduzcan los factores de riesgo conductuales

FACTORES DE RIESGO CONDUCTUALES	CONSUMO DE TABACO	INACTIVIDAD FISICA	CONSUMO DE ALCOHOL	DIETA MALSANA
<b>SECTORES IMPLICADOS</b>	Legislativo  Ministerio de Salud Pública; Educación; Telecomunicaciones y Sociedad de la Información; Relaciones Exteriores y Movilidad Humana; Finanzas; Industrias y Productividad	Ministerios de Salud Pública; Deporte; Educación; Transporte y Obras Públicas; Finanzas; Inclusión Social; Desarrollo Urbano y Vivienda; Relaciones Exteriores y Movilidad Humana; Telecomunicaciones y Sociedad de la Información;  Gobierno local	Legislativo  Ministerios de Salud Pública; Turismo; Interior; Educación; Relaciones Exteriores y Movilidad Humana; Finanzas; Justicia, Derechos Humanos y Cultos; Industrias y Productividad; Telecomunicaciones y Sociedad de la Información  Gobierno local	Legislativo  Ministerios de Salud Pública; Educación; Agricultura, Ganadería, Acuicultura y Pesca; Ambiente, Transporte y Obras Públicas; Telecomunicaciones y Sociedad de la Información; Relaciones Exteriores y Movilidad Humana; Relaciones Laborales; Industrias y Productividad; Inclusión Económica y Social; Desarrollo urbano y vivienda

Modificado de (*Organización Mundial de la Salud, 2013*)

## ANEXO A: ACCIÓN MULTISECTORIAL

Tabla 2. Acción multisectorial del gobierno para reducir los factores de riesgo y efectos sanitarios (Continuación)

FACTORES DE RIESGO CONDUCTUALES	CONSUMO DE TABACO	INACTIVIDAD FISICA	CONSUMO DE ALCOHOL	DIETA MALSANA
<b>INSTRUMENTOS DE LA OMS</b>	<p>Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y sus directrices</p> <p>Módulos de creación de capacidad MPOWER para reducir la demanda de tabaco, en consonancia con el CMCT de la OMS</p>	<p>Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud</p> <p>Recomendaciones mundiales sobre la actividad física y la salud</p>	<p>Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol</p> <p>Kit de instrumentos de apoyo a la aplicación de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol</p>	<p>Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud</p> <p>Recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños</p> <p>Directrices de la OMS sobre la sal y el potasio en la dieta</p>

Modificado de (*Organización Mundial de la Salud, 2013*)

## **ANEXO B: ABREVIATURAS**

CILA	Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica
CMCT	Convenio Marco para el Control del Tabaco
COP6	Sexta Reunión de la Conferencia de las Partes
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
ECV	Enfermedades Cardiovasculares
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ODM	Objetivos del Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de Salud