

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**Colegio de Ciencias de la Salud**

**Estrategias y políticas para la prevención de  
Enfermedades Crónicas No Trasmisibles en el  
Ecuador y América del Sur  
Proyecto de Investigación**

**Camila Susana Guerra Quinteros**

**Nutrición Humana**

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

Quito, 16 de diciembre de 2015

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ  
COLEGIO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**HOJA DE CALIFICACIÓN  
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Estrategias y políticas para la prevención de Enfermedades Crónicas**

**No Trasmisibles, en el Ecuador y América del Sur**

**Camila Susana Guerra Quinteros**

Calificación:

Nombre del profesor, 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: Camila Susana Guerra Quinteros

Código: 00107850

Cédula de Identidad: 1715482905

Lugar y fecha: Quito, diciembre de 2015

## RESUMEN

En esta revisión bibliográfica se realiza un análisis de las políticas y estrategias creadas en torno a la prevención del desarrollo de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) en el Ecuador y en países de América del Sur que registran las mayores tasas de prevalencia de estas enfermedades en los últimos años. Además, se describe las estrategias creadas con el objetivo de actuar a nivel primario de salud lo que permitirá una reducción de gasto para el país y para el mismo paciente. Se detalla el alcance y el impacto que han tenido las estrategias implementadas en la reducción de la incidencia de estas patologías, lo cual resultará beneficioso para el Ecuador ya que existen estrategias sencillas que nuestro país puede adoptar. Es importante mencionar, que en el Ecuador se han tratado los factores de riesgo asociados con el desarrollo de las ECNT, como el consumo de tabaco, actividad física y alimentación inadecuada, sin embargo todavía no se cuenta con reportes que muestren la eficacia de las intervenciones en la disminución de la incidencia de las Enfermedades Crónicas no Trasmisibles, tal como se ha demostrado en países como Chile, Argentina, Brasil y Colombia.

Palabras claves: Estrategias, políticas, enfermedades crónicas no trasmisibles, Chile, Argentina, Colombia, Brasil, Ecuador.

## ABSTRACT

In the following review, it is present an analysis of policies and strategies created around the prevention of the development of non-communicable chronic diseases in Ecuador and South American countries that have the highest prevalence rates of these diseases in the past years. In addition, the strategies created in order to act at the primary level of health will reduce the spending of the country and the patient's. The scope and impact have implemented strategies in reducing the incidence of these diseases, which will be beneficial for Ecuador because there are simple strategies that our country can adopt. It is important to mention that Ecuador has threatened the risk factors associated with the development of these diseases, such as snuff consumption, poor diet and physical activity; however there is not yet reports showing the efficacy of interventions in reducing the incidence of non-communicable chronic diseases, as has been shown in countries like Chile, Argentina, Brazil and Colombia

*Key words:* Strategies, policies, chronic non-communicable diseases, Chile, Argentina, Colombia, Brazil, Ecuador.

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN .....	4
ABSTRACT .....	5
1. INTRODUCCIÓN .....	10
2. OBJETIVOS .....	12
3. JUSTIFICACIÓN.....	13
4. METODOLOGÍA.....	15
5. DESCRIPCIÓN Y PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES .....	16
5.1. A nivel mundial.....	16
5.2 En Latinoamérica .....	18
6. ESTRATEGIA Y POLÍTICAS APLICADAS EN AMÉRICA DEL SUR. ....	21
6.1 Estrategia para la prevención de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles, de la Organización Mundial de la Salud.....	21
6.2 Análisis de Chile. ....	23
6.2.1 Análisis de las estrategias y políticas en Chile. ....	24
6.2.1.1 <i>Programa Nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes.</i> ....	24
6.2.1.2 <i>Semáforo Nutricional.</i> ....	25
6.2.1.3 <i>Código Chileno contra el cáncer.</i> .....	25
6.2.1.4 <i>“Prevención y el control del hábito de fumar”</i> .....	26
6.3 Análisis de Argentina .....	30
6.3.1 Análisis de las políticas y estrategias en Argentina. ....	32
6.3.1.1 <i>“Si no fumas #SosVos”</i> .....	32
6.3.1.2 <i>“Menos Sal + Vida”</i> .....	32
6.3.1.3 <i>“Argentina 2014 libre de grasas trans”</i> .....	33
6.4 Analisis de Brasil .....	35
6.4.1 Analisis de las estrategias y políticas de Brasil. ....	36
6.4.1.1 <i>“Plan de accion estrategico para enfrentar las enfermedades cronicas no trasmisibles”</i> .....	36
6.4.1.2 <i>Semáforo Nutricional</i> .....	37
6.5 Analisis de Colombia .....	38
6.5.1 Análisis de estrategias y políticas de Colombia .....	38

<b>7. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN EL ECUADOR .....</b>	<b>43</b>
<b>7.1. Análisis de las políticas y estrategias del Ecuador.....</b>	<b>47</b>
<b>7.1.1. Análisis de las políticas del Ecuador.....</b>	<b>47</b>
<b>7.1.2. Análisis de las estrategias.....</b>	<b>48</b>
<b>7.1.2.1. <i>Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)</i>.....</b>	<b>48</b>
<b>7.1.2.2. <i>Etiquetado y Semáforo nutricional</i>.....</b>	<b>49</b>
<b>7.1.2.3. <i>Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Calidad</i> .....</b>	<b>51</b>
<b>7.1.2.4. <i>Ejercitate Ecuador</i>.....</b>	<b>52</b>
<b>8. ANÁLISIS DE LA REALIDAD EN TORNO A LAS ECNT .....</b>	<b>53</b>
<b>9. CONCLUSIONES .....</b>	<b>55</b>
<b>10. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>57</b>
<b>11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>59</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1 Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en jóvenes de 10 a 24 años de edad, en los países de Latinoamérica en el año 2008 .....</i>	<i>19</i>
<i>Tabla 2 Factores de Riesgo entre los jóvenes de 10 a 24 años de edad, en los países de Latinoamérica en el año 2008 .....</i>	<i>20</i>
<i>Tabla 3 Objetivos de la Estrategia para la prevención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, de la Organización Mundial de la Salud.....</i>	<i>22</i>
<i>Tabla 4 Evolución de la prevalencia de las Enfermedades crónicas no transmisibles entre 2003-2010.....</i>	<i>24</i>
<i>Tabla 5 Principales resultados de comparación del año 2005, 2009, 2013 de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para enfermedades no transmisibles ...</i>	<i>31</i>
<i>Tabla 6 Resumen de las estrategias y políticas de Chile, Argentina, Brasil y Colombia .....</i>	<i>40</i>
<i>Tabla 7 Principales causas de mortalidad general año 2011 .....</i>	<i>44</i>
<i>Tabla 8 principales causas de mortalidad en el Ecuador en el periodo de 1997-2011</i>	<i>46</i>



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1 Muertes prematuras por enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe .....</b>	<b>18</b>
<b>Figura 2 La población de América Latina y el Caribe.....</b>	<b>19</b>
<b>Figura 3 Informe sobre el control de tabaco para la region de las Americas, prevalencia de consumo en adultos por país. ....</b>	<b>27</b>
<b>Figura 4 propagandas puestas por el ministerio de salud en las cajetillas de cigarrillos chilenas. ....</b>	<b>28</b>
<b>Figura 5 Tendencia en la tasa de mortalidad ajustada para los principales tipos de cáncer en Chile, Ambos sexos, 1990-2010.....</b>	<b>29</b>
<b>Figura 6 Tendencia de mortalidad por Enfermedades Crónicas no Trasmisibles de 1996 a 2007 .....</b>	<b>35</b>
<b>Figura 7 Mortalidad Prematura (30-69 años) por las cuatro Enfermedades Crónicas no Trasmisibles. Ecuador, 2011 .....</b>	<b>45</b>
<b>Figura 8 Concentraciones permitidas de grasas, azucares y sal .....</b>	<b>51</b>

# 1. INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles (ECNT), actualmente representan la principal causa de mortalidad en el mundo, siendo responsables de más de la mitad de las defunciones causadas a nivel mundial. En el año 2012, 38 millones de personas murieron a causa de estas enfermedades. Casi tres cuartos de estas muertes (28 millones) ocurrieron en países de ingresos bajos y medios. Entre las causas principales de mortalidad se encuentran fundamentalmente, las enfermedades cardiovasculares (17.5 millones de muerte, o 46.2% del total de las disfunciones de las ECNT), el cáncer (8.2 millones, o 21.7% del total de las disfunciones de las ECNT), las enfermedades respiratorias crónicas (4.0 millones, o 10% de las disfunciones de las ECNT) y la diabetes (1.5 millones, o el 4% de las disfunciones de las ECNT) (World Health Organization, 2014). De la misma manera, en algunos países del MERCOSUR y estados asociados la enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad; el cáncer es la segunda; y la diabetes la tercera (MERCOSUR y estados asociados, 2011). Por otro lado, de acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) del año 2013 la principal causa de muerte en el Ecuador fue la diabetes mellitus (4695 muertes), seguida por las enfermedades hipertensivas (4189 muertes), siendo la cuarta causa las enfermedades cerebrovasculares (3567 muertes) (año 2013 total de la población ecuatoriana 15.774.749). En este mismo año se reportaron 96.967 casos de diabetes y 189.820 casos de hipertensión arterial. Además, de estas altas tasas de incidencia de mortalidad y morbilidad se ha demostrado que estas enfermedades son la principal causa de mortalidad, así los adultos mayores que padecen de ECNT presentarán mayor dificultad para realizar actividades básicas y actividades instrumentales de la vida diaria (Menéndez, Guevara, Arcia, León, Marín, & Alfonso, 2010). De la misma manera, aquellas personas que padecen dichas patologías tienen

mayor riesgo de desarrollar algún tipo de trastorno mental, lo que puede empeorar la condición crónica y dificulta el manejo del paciente (Diez, y otros, 2014). También, se conoce que cuando existen valores mayores de composición corporal, existe una menor capacidad de realizar ejercicio físico y un mayor riesgo de desarrollar ECNT (Ramírez, Agredo, & Jerez, 2010). Un dato interesante es que aquellas personas que viven a mayor altitud tendrán menor riesgo de padecer ECNT (Ramírez, Sánchez, & Arbañil, 2010). Las personas que padecen de ECNT que cuentan con apoyo social (familiar o de personas cercanas) mostraran una mejor respuesta de afrontamiento contra la enfermedad, mayor control del estrés, y una disminución de la ansiedad, depresión y aislamiento (Angarita & Escobar, 2009), siendo necesario una intervención por parte de los gobiernos en estos sectores.

Actualmente, a nivel mundial existen muchos datos acerca de estas enfermedades, así mismo hay gran número de estrategias y políticas con el fin de prevenir la incidencia de las mismas. Sin embargo, en la mayoría de países no se conoce a fondo si estas intervenciones, han logrado reducir la incidencia o prevalencia de dichas dolencias. La revisión bibliográfica presentada a continuación, está enfocada en datos del Ecuador, de países de América del Sur, y en datos estadísticos del mundo entero. Estos datos fueron utilizados con el fin de comparar si la incidencia de ECNT ha reducido notoriamente en el Ecuador, en relación con la incidencia de las ECNT de Suramérica y del mundo, a partir de la aplicación de dichas políticas y estrategias. Lo que se esperaba es una relación inversamente proporcional, entre ambos puntos de interés. Es decir, a mayor políticas y estrategias de prevención, menor número de incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Se incluirá aquellas políticas y estrategias gubernamentales que existen en los países de Chile, Argentina, Colombia y Brasil, orientadas a prevenir las enfermedades mencionadas de forma explícita.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 General**

Examinar las políticas y estrategias creadas en torno a la prevención del desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles en el Ecuador

### **2.2 Específicos:**

- Describir las políticas para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles que existen en el Ecuador y en los países de América del Sur.
- Analizar las estrategias para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles que existen en el Ecuador y en los países de América del Sur.

### 3. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), las Enfermedades Crónicas no Trasmisibles han incrementado con el trascurso de los años, en el 2008 estas enfermedades fueron culpables de 36 millones de muertes, mientras que el año 2012 aumentaron a 38 millones de muertes, a nivel mundial (World Health Organization, 2014). A nivel Latinoamericano, las enfermedades Crónicas no Trasmisibles se han convertido en la principal causa de mortalidad en la última década (MERCOSUR y estados aociados , 2011). Así mismo, los datos muestran que la incidencia de nuevos casos corresponden a países con bajos y medios recursos como son la mayoría de países de América del Sur. El Ecuador ha seguido la misma tendencia, dado al incremento registrado entre 2007 y 2011, a casi el doble de casos en las tres principales enfermedades, diabetes mellitus, hipertensión y cerebrovasculares (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La atención primaria de salud se puso en marcha desde 1978 y con el tiempo adopto importancia en todo el mundo, yendo mucho más allá que solo el modelo médico, reconociendo los factores causantes de las enfermedades y proponiendo varios objetivos principales para la solución de las mismas. Entre estos objetivos principales se encuentran la cobertura universal, servicios centrados en personas, políticas públicas saludables y liderazgo. Se considera que al seguir estos cuatro objetivos propuestos por la OMS, los sistemas nacionales de salud podrán llegar a ser más coherentes, eficientes, equitativos y eficaces (Organización Mundial de la Salud, 2015). En lo que respecta a las ECNT, se ha llegado establecer que si se lleva un estilo de vida saludable, dichas patologías son prevenibles. Un estilo de vida saludable engloba principalmente una alimentación saludable, la practica regular de ejercicio físico, el consumo moderado de

alcohol, y evitar el consumo de tabaco (Organización Mundial de la Salud, 2015). Sin embargo, los principales factores de riesgo modificables, como son el exceso de peso, hipercolesterolemia, hiperglucemia, hipertensión, han aumentado dado el incremento de los factores conductuales como: el consumo de tabaco, los regímenes alimentarios insalubres, la inactividad física y el consumo de alcohol. Esto corresponde a la contribución de factores ambientales como las condiciones sociales, económicas, políticas, condiciones de vida y de trabajo, el ambiente, la educación, políticas y estrategias (Organización Panamericana de la Salud, 2010). Por esta razón, el Ministerio de Salud Pública cuenta con un Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, donde existen varias estrategias enfocadas a la reducción de enfermedades y de la mortalidad prematura. Sin embargo, en el Ecuador se desconoce el alcance de las políticas y estrategias para la prevención de las ECNT, por consiguiente no se puede determinar la eficacia de una disminución en la incidencia de los casos de ECNT.

La siguiente revisión bibliográfica es de gran importancia para el país, ya que se podrá conocer la eficiencia y eficacia de las políticas y estrategias del Ecuador, y de países de América del Sur. Con el conocimiento de estas características, a más de las posibles sugerencias y recomendaciones que se pueden realizar en cuanto al país, se cuenta con la posibilidad de adaptar nuevas políticas y estrategias de otros países que hayan tenido éxito. Resultando conveniente para el país, dado a que si existe una inversión por parte del gobierno a nivel primario de salud, los costos serán menores que aquellos una vez instaurada la enfermedad.

## 4. METODOLOGÍA

Para realizar la siguiente revisión bibliográfica, se efectuó una búsqueda exhaustiva de estrategias y políticas que existen en Ecuador y países de América del Sur. El tipo de estudio que se realizó fue descriptivo, de fuentes secundarias. La información se obtuvo de las páginas oficiales de los distintos Ministerios de Salud Pública de los países de Suramérica, que se incluyeron en la revisión bibliográfica. Por otro lado, los datos de prevalencia, incidencia, y mortalidad fueron tomados de bases de datos como ELSEVIER, EBSCO, Scielo y de los propios Ministerios encargados de presentar las estadísticas vitales en cada país. Así mismo mediante la Plataforma de Google, se accedió a datos de varias organizaciones como la Organización Mundial de la Salud, El Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia y la Organización Americana contra el Cáncer. Cabe señalar, que con el fin de concretar y especificar la búsqueda se utilizaron palabras clave como “enfermedades crónicas no transmisibles”, “cáncer”, “diabetes”, “enfermedades cardiovasculares” y “enfermedades crónicas respiratorias”. Finalmente, se incluyó en el estudio programas y estrategias que se encuentran en vigencia y se excluyó del mismo los trabajos que no tuvieron un alcance poblacional.

## **5. DESCRIPCIÓN Y PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES**

### **5.1 A nivel mundial**

“Las ECNT son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta” (Organización Mundial de la Salud, 2013). Las enfermedades crónicas causaron 38 millones de defunciones en el año 2012. Entre las ECNT se encuentran, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Para comenzar “las enfermedades cardiovasculares, son consideradas como un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos” (Organización Mundial de la Salud, 2015). Dichas enfermedades representan la principal causa de muerte en todo el mundo. Se estima que en el año 2012, 17.5 millones de personas murieron por esta causa, lo cual representó el 31% del total de las muertes en este mismo año. De este total, 7.4 millones fueron a causa de una cardiopatía coronaria, mientras que 6.7 millones fue debido a un accidente cerebro vascular (ACV). Se debe señalar que el 75% de los ACV se produjeron en países de ingresos bajos y medios. De la misma manera, de las 16 millones de personas menores a 70 años que murieron a causa de una enfermedad cardiovascular, el 80% corresponde a los países de ingresos medios y bajos (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Por otro lado, “al cáncer se lo conoce como un conjunto de patologías relacionadas, en el cual las células del organismo se dividen sin detenerse y algunas veces se diseminan a los tejidos de alrededor” (Instituto Nacional del Cáncer, 2015).



En el año 2012, se reportaron 14 millones de casos nuevos de cáncer, y 8.2 millones de personas murieron a causa del mismo. Más del 60% de nuevos casos de cáncer se presentan en África, Asia, Sudamérica y Centroamérica, al mismo tiempo el 70% de defunciones por cáncer ocurre en dichas regiones (Instituto Nacional del Cáncer , 2015 ). De acuerdo al Instituto Nacional de Cáncer, los casos aumentarán a 22 millones en los siguientes 20 años.

En cuanto a las enfermedades respiratorias crónicas, de acuerdo a la organización mundial de la salud, 235 millones de personas padecen asma, por otro lado en el año 2012 más de 3 millones de personas murieron a causa de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Cabe señalar que el 90% de dichas muertes corresponden a los países de medios y bajos ingresos, se conoce que la principal causa de EPOC es el humo del tabaco, siendo esta totalmente prevenible (Organización Mundial de la Salud , 2015).

Finalmente, la diabetes se define como altos niveles de glucosa en sangre ( $>200$  mg/dl en un examen de rutina,  $\geq 6.5\%$  hemoglobina A1c, o  $>200$  mg/dL después de la prueba de tolerancia oral de glucosa), al mismo tiempo existe una tolerancia a la insulina (University of Maryland Medical Center , 2015). En el 2014 se calculó que el 9% de la población mundial padecía de diabetes y durante este año fallecieron 1.5 millones de personas a causa de esta enfermedad, más del 80% de las disfunciones registradas fueron en países de ingresos medios y bajos (Organización Mundial de la Salud , 2015). Además, a nivel mundial en un periodo de 13 años (1997-2010) la diabetes, paso del puesto número 20 al 12, a ser causa de muerte prematura a nivel mundial, generando de 31 000 muertes a 53 000 en todo el mundo (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

## 5.2 Latinoamérica

En los países de ingresos bajos y medios, como son la mayoría de países de Latinoamérica, las muertes como consecuencia de las enfermedades crónicas representan un 54%. Dichos países se encuentran en una transición epidemiológica, experimentando una mayor incidencia de enfermedades transmisibles, envejecimiento poblacional y sufriendo el impacto negativo del cambio de estilos de vida, por lo cual se ha aumentado el consumo de tabaco, alcohol, dietas insalubres y actividad física inadecuada (Figura 1 y 2). Todos estos factores, contribuyen con el desarrollo de las enfermedades crónicas y la mayoría son prevenibles. De acuerdo, a estadísticas se prevé que aumentará la proporción de muertes y de enfermedades crónicas, en los países de bajos y medios ingresos hasta alrededor de 10 puntos porcentuales hasta el año 2030. (Marchionni, Caporale, Conconi, & Porto, 2011)

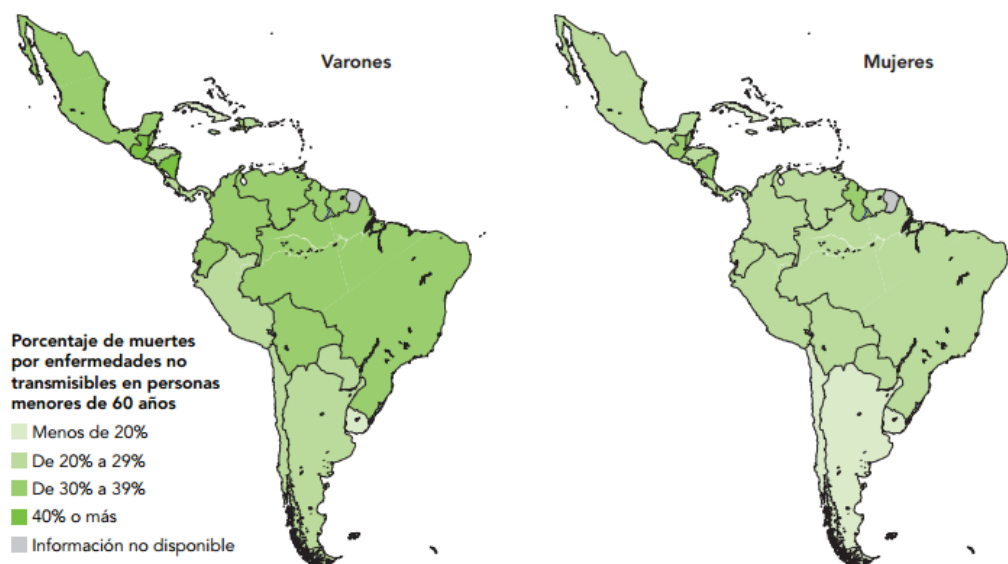


Figura 1. Muertes prematuras por enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe.

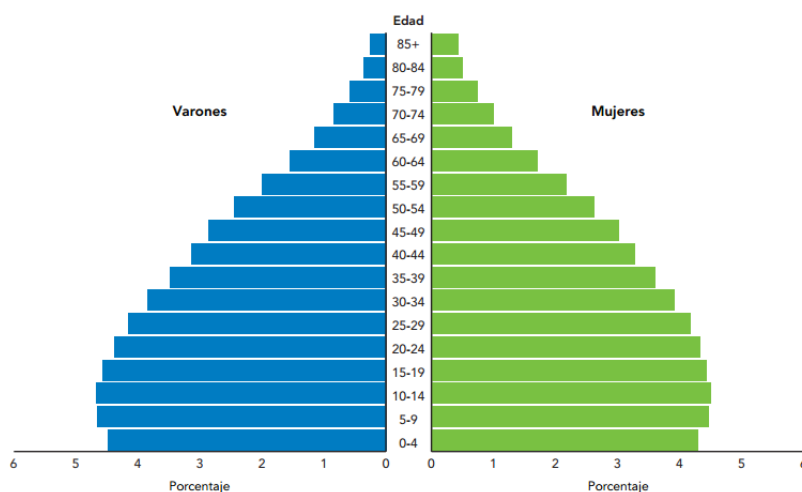


Figura 2. La población de América Latina y el Caribe por edades.  
Popular References Bureau, 2013

A continuación, se presenta la prevalencia de las Enfermedades Crónicas no transmisibles, y los factores de riesgos entre jóvenes de 10 a 24 años, ya que se evidencia el incremento de la incidencia de ECNT en este grupo de edad, en los distintos países de América según los registros obtenidos en el año 2008 (Tabla 1 y 2):

Tabla 1

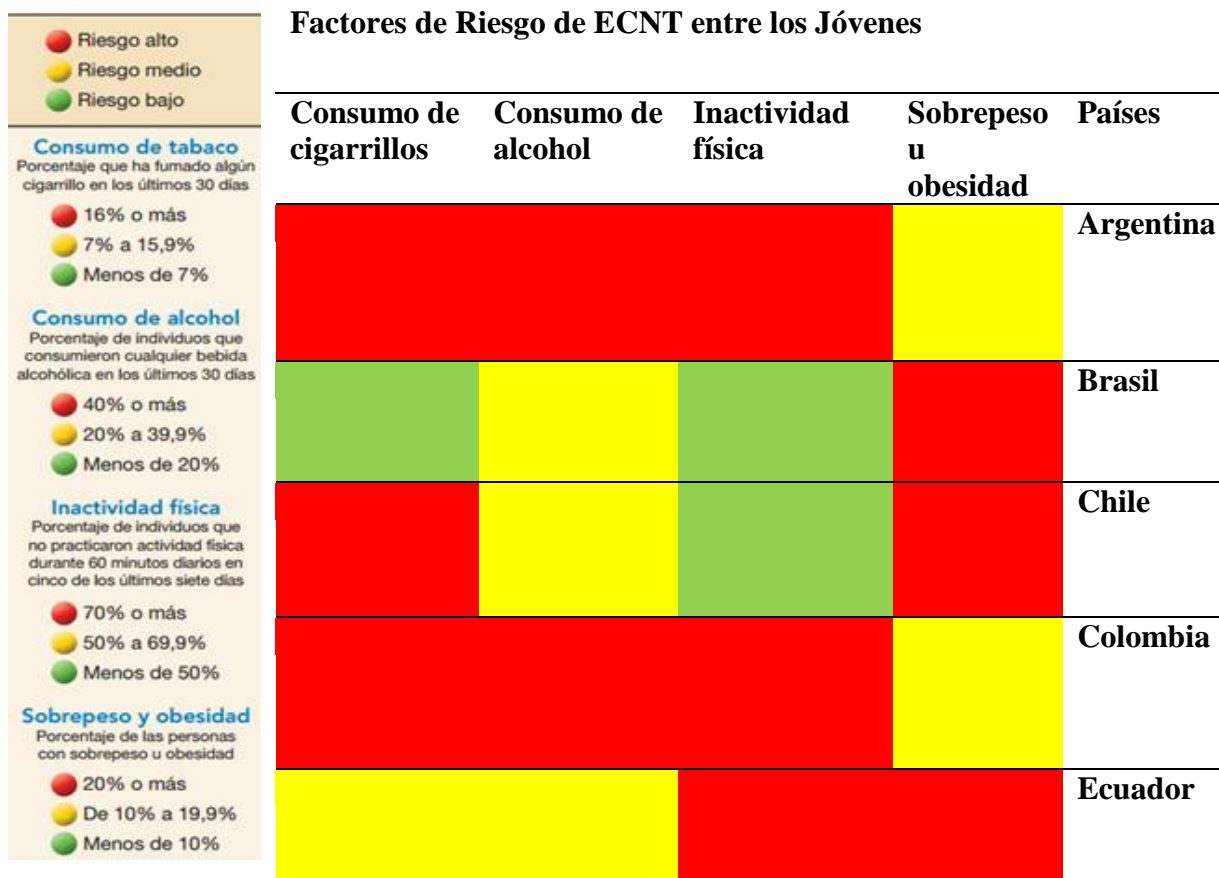
*Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en jóvenes de 10 a 24 años de edad, en los países de Latinoamérica en el año 2008*

Países	Tasa de mortalidad normalizada según la edad para todas las ECNT (por 100.000 habitantes, en 2008)		Muertes causadas por ECNT (%)	Prevalencia de hipertensión en adultos (%)		Prevalencia de diabetes en adultos (%)	
	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
<b>Argentina</b>	613	366	80	32	33	8	10
<b>Brasil</b>	614	428	74	22	25	5	6
<b>Chile</b>	501	313	83	29	25	8	10
<b>Colombia</b>	438	351	66	28	19	3	2
<b>Ecuador</b>	434	336	65	43	35	-	-

Fuente: Popular References Bureau, 2013

Tabla 2

*Factores de Riesgo entre los jóvenes de 10 a 24 años de edad, en los países de América del Sur en el año 2008*



Fuente: Popular References Bureau, 2013

## **6 ESTRATEGIAS Y POLÍTICAS APLICADAS EN AMÉRICA DEL SUR.**

Se realizó un análisis de aquellos países de América del Sur, en los cuales las intervenciones para la prevención de ECNT se han dado hace varios años atrás y donde existe una mayor posibilidad de encontrar resultados. Además, se buscó entre estos países aquellas estrategias y políticas sencillas y reproducibles con resultados efectivos, eficaces y significativos.

### **6.1 Estrategia para la prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, de la Organización Mundial de la Salud.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) cuenta con una estrategia para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, “el objetivo consiste en proporcionar orientación general en apoyo de la aplicación de estrategias y planes de acción nacionales y regionales, allí donde se hubiesen elaborado, y del desarrollo de planes de acción sólidos y viables allí donde no existan” (OMS, 2008). Esta estrategia prioriza a los países de ingresos bajos y medios y a las poblaciones vulnerables, cuenta con tres puntos claves:

Cartografiar las nuevas epidemias de enfermedades no transmisibles y analizar sus determinantes sociales, económicos, comportamentales y políticos como base para proporcionar orientación relativa a las medidas normativas, programáticas, legislativas y financieras necesarias para la promoción y seguimiento de la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Reducir el grado de exposición de las personas y las poblaciones a los factores de riesgo modificables comunes de las enfermedades no transmisibles, a saber, consumo de tabaco, dieta malsana, inactividad física y uso nocivo del alcohol, así como sus determinantes, y, al mismo tiempo, fortalecer la capacidad de las personas y las poblaciones para optar por

alternativas más sanas y adoptar modos de vida que propicien la buena salud. Fortalecer la atención sanitaria a las personas con enfermedades no transmisibles mediante la elaboración de normas, pautas y directrices basadas en datos científicos sobre las intervenciones costoeficaces, y reorientar los sistemas de salud a fin de que satisfagan las necesidades de tratamiento eficaz de las enfermedades crónicas (OMS, 2008).

Esta estrategia es de gran beneficio para Sudamérica dado a que la mayoría de países tienen ingresos bajos y medios, lo que los convierte en una población vulnerable.

Tabla 3

*Objetivos de la Estrategia para la prevención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, de la Organización Mundial de la Salud.*

---

Objetivo 1: Elevar la prioridad acordada a las enfermedades no transmisibles en el marco de las actividades de desarrollo en el plano mundial y nacional, e integrar la prevención y el control de esas enfermedades en las políticas de todos los departamentos gubernamentales.

Objetivo 2: Establecer y fortalecer las políticas y planes nacionales de prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

Objetivo 3: Fomentar intervenciones para reducir los principales factores de riesgo comunes modificables de las enfermedades no transmisibles: consumo de tabaco, dieta malsana, inactividad física y uso nocivo del alcohol.

Objetivo 4: Fomentar la investigación en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles

Objetivo 5: Fomentar alianzas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

Objetivo 6: Realizar un seguimiento de las enfermedades no transmisibles y sus determinantes y evaluar los progresos en los ámbitos nacional, regional y mundial.

---

Fuente: OMS, 2008

## 6.2 Análisis de Chile.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud realizada en Chile en el año 2010, la prevalencia de personas con exceso de peso es de 8.900.000, lo que representa el 67% de la población, mientras que el 25.1% de la población presenta obesidad, siendo 19.2% en Hombres y 30.7% en mujeres. Cabe señalar, que el mayor porcentaje (35.5%) de obesidad se encuentra en las personas con un menor nivel de educación.

Adicionalmente, el número de personas que padecían de obesidad mórbida en el año 2003 fueron 148.000, esta cifra dobló su valor para el año 2010, llegando a 300.000 personas con obesidad mórbida. En relación a la hipertensión arterial, 3.800.000 personas sufrían de esta condición en el año 2003, no obstante para el año 2010 la incidencia disminuyó en un 5.3% por lo que solo se reportaron 3.600.000 casos, siendo el 26.9% de la población nacional (28.7% en hombres y 25.3% en mujeres). De la misma manera, la mayor incidencia (51.1%) se encontró localizada en niveles bajos de educación. Por otro lado, 700.000 personas padecieron de diabetes mellitus II en el año 2003, sin embargo para el año 2010 la cifra aumentó a 1.200.000 casos, representando el 9.4% a nivel nacional (8.4% en hombres y 10.4% en mujeres) (tabla # 3). En cuanto a dislipidemias, la prevalencia de colesterol total elevado a nivel nacional en el año 2010 fue de 38.5% (39% en hombre y 38.1% en mujeres). Por otro lado, el reporte de riesgo cardiovascular a nivel nacional es de 17.7% (hombres 20.5% y mujeres 11.9%), de igual manera la mayor incidencia (32.3%), se localizó en el nivel de educación bajo (Ministerio de Salud Gobierno de la Nación, 2010).

Tabla 4

*Evolución de la prevalencia de las Enfermedades crónicas no trasmisibles entre 2003-2010*

<b>Problema de Salud</b>	<b>Prevalencia (%) ECNT 2003</b>	<b>Prevalencia (%) ECNT 2009-2010</b>
<b>Tabaquismo (fumador actual)</b>	42	40.6
<b>Sobrepeso</b>	37.8	39.3
<b>Obesidad</b>	23.2	25.1
<b>Diabetes Mellitus</b>	6.3	9.4
<b>Sedentarismo</b>	89.4	88.6
<b>Síntomas depresivos en el último año</b>	17.5	17.2

Fuente: Ministerio de Salud de Chile, 2010

## **6.2.1 Análisis de las estrategias y políticas en Chile.**

### **6.2.1.1 Programa Nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes.**

En base a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, se hace evidente la presencia de factores de riesgo medioambientales y de estilo de vida. Además, se conoce que la mayoría de conductas riesgosas para la salud como son dietas mal sanas, el consumo de alcohol, drogas, tabaco, inactividad física, tienen inicio generalmente en la adolescencia. En base a lo dicho, se creó el Programa Nacional en el año 2012 con el objetivo de mejorar los sistemas y servicios de salud integrales y de calidad, para atender las necesidades de los adolescentes entre 10 y 24 años, priorizando el nivel primario de atención de salud. Se busca además, mejorar la salud y el desarrollo de adolescentes mediante una intervención integrada y multidisciplinaria, intervenciones en múltiples niveles de influencia: familia, comunidad, servicios de salud, individuo. Este programa utiliza como base el modelo de salud integral y el modelo ecológico factores de riesgo. El objetivo general del programa es:

Desarrollar un programa de atención de salud integral para adolescentes y jóvenes que favorezca su crecimiento y desarrollo saludable, mediante el fortalecimiento y optimización de



la oferta y el acceso a servicios de salud integrales y prestaciones de salud que respondan a sus necesidades, considerando especialmente el enfoque de derechos, de género y de pertinencia cultural, así como la participación activa de adolescentes y jóvenes, focalizados en los más vulnerables, la familia y la comunidad (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2012).

Este programa, se encuentra en sus primeros años de aplicación, por lo cual no se conoce sus resultados. Sin embargo, el programa muestra muy buenos alcances ya que es un programa que no solo abarca la prevención de ECNT, sino que incluye el aspecto psicológico, y social de la población.

#### **6.2.1.2 *Semáforo Nutricional.***

El semáforo nutricional entro en vigencia en el año 2014, esta estrategia forma parte de la prevención primaria de salud. El semáforo busca que los consumidores seleccionen alimentos saludables, cuenta con tres colores (rojo, amarillo y verde) que corresponden a la cantidad de grasa, azúcar y sal de un alimento. Aun no se conocen los resultados de está estrategia, dado a su reciente aplicación.

#### **6.2.1.3 *Código Chileno contra el cáncer***

Este código son básicamente anuncios claros, cortos y con información clave acerca de la prevención del cáncer. El código ha sido creado en el año 2008 cuya información está disponible para la población y su uso principal es a nivel primario de salud. Entre los mensajes principales se incluye: “El 40% de los Cánceres se pueden prevenir siga estos consejos” “Apoye a la lactancia materna exclusiva”, “Hágase el Papanicolau y la mamografía”, “No fume no se exponga al humo del tabaco y sus derivados”, “mantenga un peso saludable de acuerdo a su edad y talla”, “manténgase activo: camina, suba escaleras, baile”, “consume preferentemente: frutas, verduras, legumbres y cereales integrales”, “Disminuya el consumo de sal o evite su uso”, “Evite

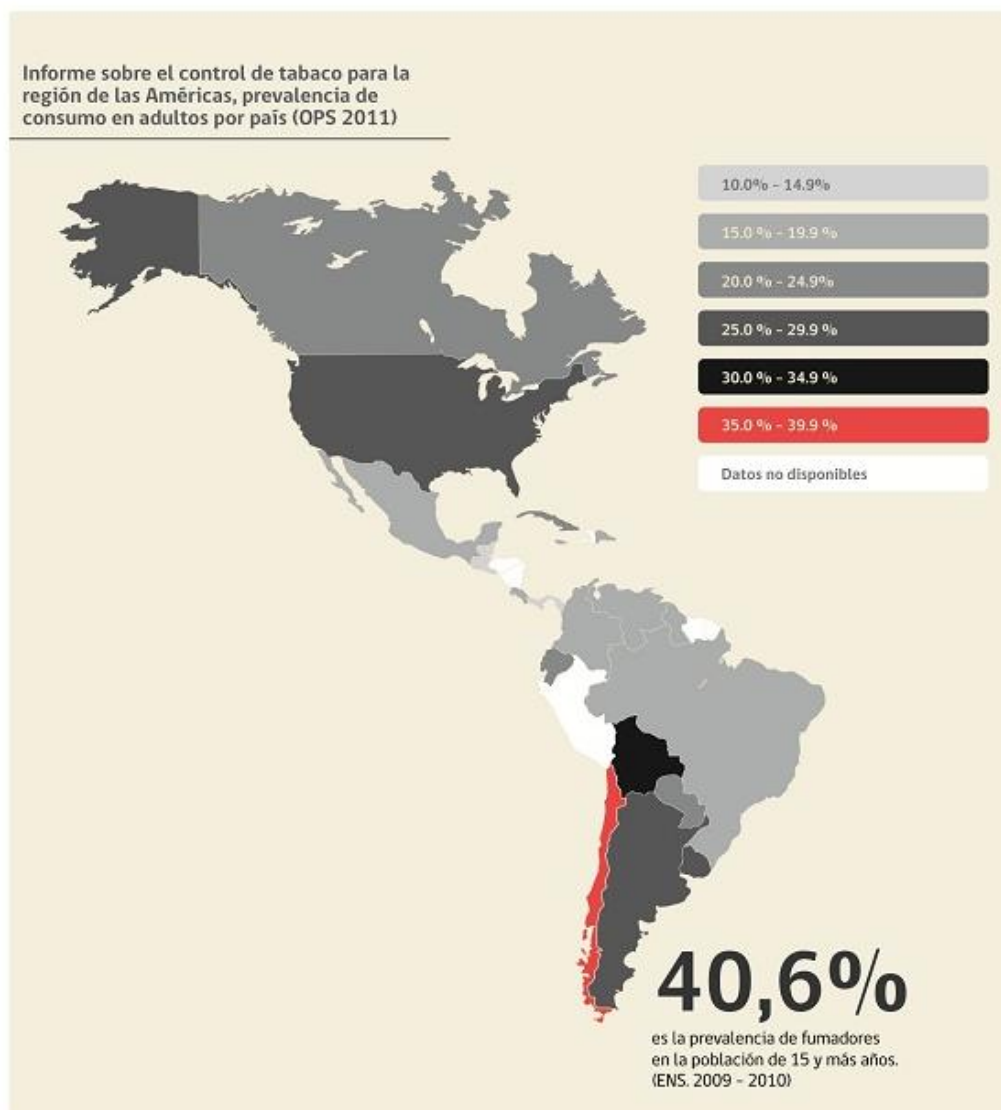
el consumo de alcohol”, entre otros. De la misma manera, en el código se incluye el ámbito laboral, de acuerdo a la OMS a nivel mundial el 19% de todos los cánceres son atribuibles, al entorno laboral que causa alrededor de 1.3 millones de muerte cada año. Por este motivo, la OMS ha clasificado 107 sustancias, mezclas y situaciones como carcinógenas para el ser humano.

El código contra el cáncer en Chile, fue creado debido al incrementado de la incidencia durante los últimos 35 años, donde se evidencia una alta mortalidad del sexo masculino en todas las edades de la vida, sin embargo las tasas más altas corresponden a sujetos mayores a 65 años de edad de ambos sexos. Los tipos de cánceres con mayor incidencia en Chile son los siguientes: gástrico, vesícula, vía biliar Intrahepática, pulmón, cervicouterino, mama, testicular y de próstata (Cabrera & Silva, 1994).

#### **6.2.1.4 “Prevención y el control del hábito de fumar”**

En base a alta incidencia de cáncer de pulmón, el Ministerio de Salud de Chile ha definido tres niveles de intervención prioritaria, prevención primaria, secundaria y terciaria. Haciendo énfasis en la prevención primaria, existe un programa para la prevención y el control del hábito de fumar. Este programa, incluye la legislación, educación y difusión de información. Cabe señalar, que desde el año 1985 el Ministerio de Salud promueve actividades antitabaco, sin embargo desde el año 1994 las organizaciones no gubernamentales se han incorporado a esta campaña (Cabrera & Silva, 1994). A pesar de estos esfuerzos Chile, tiene la mayor prevalencia de fumadores en la población de 15 años en adelante (40.6%), entre todos los países de América

(Figura 3) (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2015).



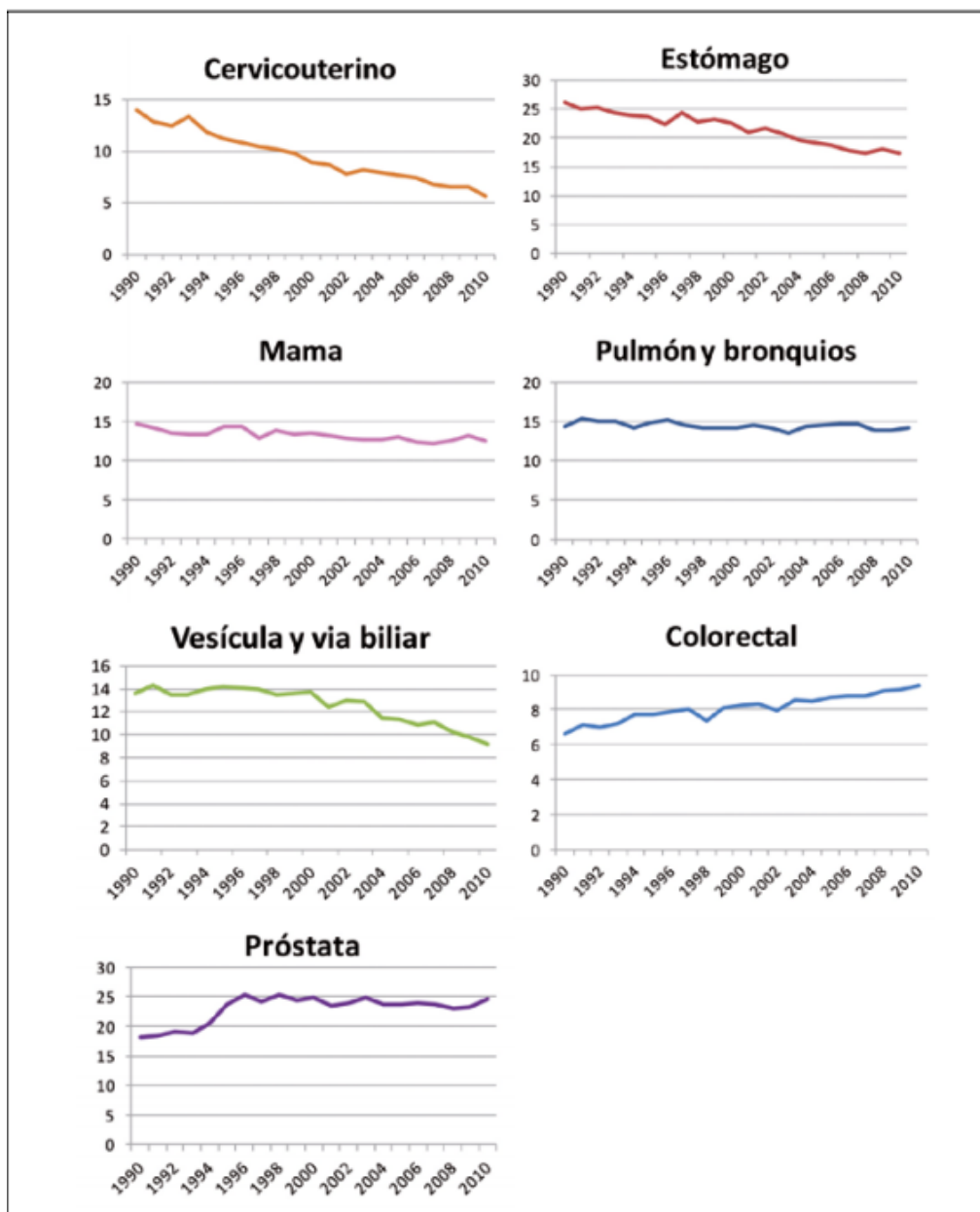
*Figura 3* Informe sobre el control de tabaco para la región de las Américas, prevalencia de consumo en adultos por país. Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2015.

Adicionalmente, Chile como objetivo sanitario se ha planteado reducir la prevalencia de fumadores en la población general de 40.6% a 35.6% para el año 2020, por este motivo se ha decidido incluir las siguientes propagandas en las cajetillas de tabacos (Figura 4).



Figura 4 propagandas puestas por el ministerio de salud en las cajetillas de cigarrillos chilenas. Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2015.

Los resultados de este código no han sido evaluados, sin embargo de acuerdo a las estadísticas los cánceres relacionados con el consumo de tabaco como; el cáncer de próstata y colorectal han aumentado porcentualmente desde el año 1990 hasta el 2010; mientras que el cáncer de estómago, de vesícula biliar y cervicouterino ha disminuido; no obstante, el cáncer de mama, de pulmón y bronquios se ha mantenido en el tiempo (Figura 5).



*Figura 5* Tendencia en la tasa de mortalidad ajustada para los principales tipos de cáncer en Chile, Ambos sexos, 1990-2010. Itriago, Silva, & Cortes, 2013.

### 6.3 Análisis de Argentina

Con el fin de entender mejor la epidemiología de este país, a continuación se presenta un breve resumen de las enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Para empezar, el sobrepeso en el país en el año 2013, entre hombres y mujeres representó el 37.1%, mientras que la obesidad representó el 20.8%. Cabe señalar, que ambos valores han aumentado desde el año 2005. La prevalencia de diabetes en el 2013, fue de 9.8%, esta prevalencia también ha aumentado desde el año 2005. La hipertensión arterial representó el 34.1% de la población para el año 2010, la prevalencia se ha mantenido desde el año 2005, con ligeras variaciones. Finalmente, la prevalencia de consumo de tabaco fue del 25.1% (año 2013), esta cifra es menor que la del año 2005 (29.7%) (Tabla 5).

Todos los anteriores son factores de riesgo que contribuyen a la aparición de las ECNT. En el año 2012, en Argentina se registraron 294.270 defunciones donde la primera causa de mortalidad fueron las enfermedades circulatorias (95730); la segunda los tumores (61866); la tercera las enfermedades respiratorias (49256) y la séptima la diabetes (7980) (Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, 2014).

Tabla 5

*Principales resultados de comparación del año 2005, 2009, 2013 de la Encuesta*

*Nacional de Factores de Riesgo para enfermedades no transmisibles.*

<b>Factor</b>	<b>2005 (IC 95% prevalencia)</b>	<b>2009 (IC 95% prevalencia)</b>	<b>2013 (IC 95% prevalencia)</b>
<b>Actividad física baja</b>	46.2 (45.1-47.3)	54.9 (53.9-55.9)	55.1 (53.5-56.8)
<b>Promedio diario de porciones de frutas o verduras consumidas</b>	-	2 (1.8-2.0)	1.9 (1.9-2.0)
<b>Siempre/casi siempre utiliza sal después de la cocción o al sentarse a la mesa</b>	23.1 (22.1-24.2)	25.3 (24.5-26.2)	17.3 (14.6-20.4)
<b>Exceso de peso</b>	49.0 (47.2-50.9)	53.4 (52.0-55.0)	57.9 (56.1- 59.6)
<b>Sobrepeso (IMC <math>\geq</math>30)</b>	34.4 (33.3-35.5)	35.4 (34.6-36.3)	37.1 (35.9-38.3)
<b>Consumo de tabaco</b>	29.7 (28.7-30.8)	27.1 (26.3-27.9)	25.1 (24.2-26.2)
<b>Exposición habitual al humo de tabaco ajeno (entre no fumadores)</b>	52.0 (50.8-53.1)	40.4 (39.3-41.4)	25.1 (24.2-26.2)
<b>Prevalencia de presión arterial elevada</b>	34.5 (33.4-35.6)	34.8 (34.0-35.7)	34.1 (33.1-35.1)
<b>Prevalencia de colesterol elevado</b>	27.9 (26.7-29.2)	29.1 (28.2-30.1)	29.8 (28.6-31.0)
<b>Prevalencia de diabetes</b>	8.4 (7.8-9.1)	9.6 (9.1-10.1)	9.8 (9.3-10.3)

Fuente: Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, 2014.

### **6.3.1 Análisis de las políticas y estrategias en Argentina.**

#### **6.3.1.1 “Si no fumas #SosVos”**

Esta campaña pertenece al Programa Nacional de Control de tabaco. Tuvo inicio en el febrero del año 2014, con el objetivo de evitar la iniciación en el consumo del tabaco y promover la cesación del mismo. Esta iniciativa es adecuada para llegar a con su mensaje a los jóvenes, ya que utiliza redes sociales como el Facebook y Twitter, las cuales son los medios de comunicación más utilizados por los jóvenes alrededor del mundo. En estas redes sociales se comparten videos, fotos y mensajes con los hashtags #SosVos, #Infumable y #EstasAdentro. A su vez, se invita a los jóvenes a participar contando sus experiencias y sumándose para hacer respetar sus derechos (Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, 2014).

Anteriormente a la aplicación de la campaña se logro una reduccion de consumo del cigarrillo en los jovenes entre 13 y 15 años, del 24.5% al 19.6%, en los ultimos cinco años, datos descritos en la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jovenes, realizada en Argentina en el año 2012 (Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, 2014). Ahora con la campaña, se busca reducir aún mas el consumo de cigarrillo entre los jovenes argentinos.

#### **6.3.1.2 “Menos Sal + Vida”**

Por otro lado, para reducir la importante carga de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales en Argentina se aplica una iniciativa llamada Menos Sal + Vida. Esta iniciativa empieza en el año 2013. Planteando los siguientes objetivos: concientizar a la población sobre la necesidad de disminuir la incorporación de sal en las comidas; reducir de forma progresiva el contenido de sodio de los alimentos procesados (carnicos y derivados, fárináceos, sopas, aderezos,



conservas y lácteos) mediante acuerdos con la Industria de Alimentos; y reducir el contenido de sal en la elaboración del pan artesanal (Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, 2014). Dicha iniciativa esta vigente y se realiza con la colaboración del Ministerio de Salud de la Nación, del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca, de la Unión de la Industria cárnica y de la asociación pequeñas y medianas empresas lácteas (Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, 2014).Aun no se conoce los alcances de la iniciativa dado a su aplicación reciente. Sin embargo, se proyecta muy bien ya que existirá una reducción neta de sodio por parte de la industria en los alimentos procesados, pero aun queda el problema de la adición de la sal en las comidas de preparación casera, este problema se podrá solucionar con la concientización y la educación de las personas.

### **6.3.1.3 “Argentina 2014 libre de grasas trans”**

En mayo del 2004, durante la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, se recomendó eliminar las grasa trans de los alimentos procesados. Como consecuencia de esta asamblea la OMS ha planteado medidas para la eliminación paulatina de las grasas trans en aquellos alimentos procesados, en vista al alto impacto que representan en las enfermedades crónicas no transmisibles. Pero no fue hasta el año 2007 que Argentina, paso a formar parte del grupo de trabajo llamado “Las Américas Libres de Grasas Trans”, este grupo de trabajo fue convocado por medio de la OMS. Dentro de las funciones principales que deben cumplir los países del grupo, está el evaluar el efecto de las grasas trans sobre la salud y nutrición y debatir que procedimientos se deberían seguir para eliminar las grasas paulatinamente. Con esta función, en Argentina se ha venido trabajando con el objetivo de “informar e incentivar a las empresas productoras a reducir la utilización de grasas trans en la elaboración de los alimentos, además de

informar al consumidor que son las grasa trans, sus efectos perjudiciales para la salud y la necesidad de disminuir su consumo” (Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, 2012). El periodo de aplicación de esta estrategia partió en el año 2010 hasta el año 2014. Sin embargo, aun no se presentan los informes de resultados y lo que dificulta llevar a cabo un análisis de la eficacia de esta estrategia.

## 6.4 Analisis de Brasil

En el año 2014, las enfermedades crónicas constituyeron el principal problema de salud en Brasil y representaron cerca del 70% de las causas de muerte, afectando a los grupos más vulnerables, tales como las personas con bajo nivel de educación e ingresos. Sin embargo, en el año 2007 las enfermedades crónicas solo representaban el 58% del total de muertes. No obstante desde el año 1996 hasta el 2007, la mortalidad por enfermedades crónicas ha disminuido en un 20%. Durante este mismo tiempo, se ha dado una reducción del 31% para enfermedades cardiovasculares, un 38% para enfermedades crónicas respiratorias (enfermedad pulmonar en un 28%, y asma en un 34%); sin embargo, la diabetes ha aumentado en un 2% (Figura # 6) (Ministério da Saúde, 2011).

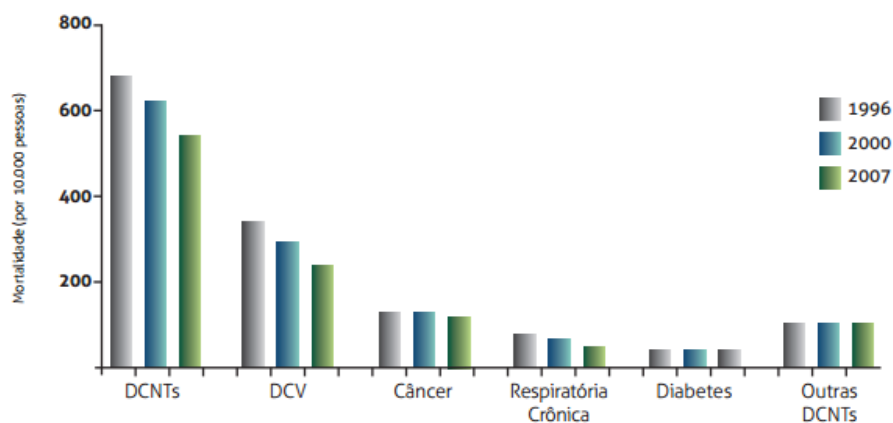


Figura 6 Tendencia de mortalidad por Enfermedades Crónicas no Transmisibles de 1996 a 2007. Ministério da Saúde, 2011

Se debe mencionar que en la última década en Brasil, se observó una reducción de aproximadamente el 20% en las tasas de mortalidad por enfermedades no transmisibles, lo que puede atribuirse a la expansión de la atención

primaria, adicionalmente se redujo el consumo de tabaco desde la década de 1990, lo cual representa un gran avance en la salud pública.

#### **6.4.1 Análisis de las estrategias y políticas de Brasil.**

##### **6.4.1.1 “Plan de acción estratégico para enfrentar las enfermedades crónicas no transmisibles”**

El plan se presentó en las instancias del Sistema Único de Salud (SUS), con el objetivo de consolidar el compromiso de todos los niveles de gestión. El Plan tiene como objetivo preparar a Brasil para enfrentar y detener en los próximos diez años (2011-2022) las enfermedades crónicas que incluyen: accidentes cerebrovasculares, infarto de miocardio, la hipertensión, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas. Por este motivo, el Ministerio de Salud de Brasil ha implementado políticas importantes frente a estas enfermedades, especialmente la Organización de Vigilancia de las ECNT, que tiene como objetivo disminuir la distribución, la magnitud y las tendencias de las enfermedades, trastornos crónicos y sus factores de riesgo, así como el apoyo políticas públicas para promover la salud (Ministério da Saúde, 2011).

Adicionalmente, la Política Nacional de Promoción de la Salud (PNPS) priorizó acciones en el ámbito de la alimentación saludable, la actividad física, prevención del consumo de tabaco y alcohol. Por otro lado, el Programa de la Academia de la Salud, creado en abril de 2011, tiene como objetivo la promoción de la actividad física con un alcance de 4000 municipios para el año 2015. Entre las acciones contra el tabaco, existe la medida reglamentaria, como la prohibición de la publicidad de cigarrillos, las advertencias sobre el riesgo de posibles problemas de salud, los cuales se encuentran en paquetes de productos, además existe la Convención del Marco público para el Control del Tabaco, el cual se creó en el año 2006. En cuanto al campo de alimentación

saludable, se busca fomentar la lactancia materna, además existe la Guía de la alimentación saludable, el etiquetado y los acuerdos con la industria para eliminar las grasas trans de alimentos y, recientemente, también se busca la reducción de sal en los alimentos (Ministério da Saúde, 2011).

Como ya se mencionó, en el análisis epidemiológico, el consumo de tabaco ha disminuido en el país de Brasil desde el año 1990. En cuanto a las otras estrategias, aun no existe un análisis de los resultados, ya que son relativamente nuevas. Es importante tomar en cuenta, que los datos epidemiológicos del país muestran que el sistema de prevención de enfermedades transmisibles es completo y eficiente.

#### **6.4.1.2 *Semáforo Nutricional***

El semáforo nutricional entro en vigencia en el año 2013 como parte de prevención primaria de salud. Aun no se presentan resultados de está estrategia, dado a su reciente aplicación (Ministério da Saúde, 2011).

## **6.5 Análisis de Colombia**

El infarto agudo del miocardio ha sido la primera causa de muerte en Colombia desde el año 2005 hasta el 2009. Mientras que, la cardiopatía isquémica disminuyó desde 1980 de un 52% a un 39% para el año 2009. Por otro lado, la tendencia en la mortalidad de cáncer de pulmón y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) ha incrementado en el período de 30 años (1990-2010), siendo el impacto mucho mayor en hombres. Sin embargo, se observan descensos progresivos en la prevalencia de tabaquismo en las últimas tres décadas, su prevalencia ha pasado de un 50% en la década del 80 a un 12% en la primera década del 2000. La diabetes mellitus tipo II ocupó el quinto y sexto lugar en el periodo del año 2005 al 2009, presentándose un incremento sostenido en los años noventa, siendo mayor la tasa de incidencia en mujeres, en el último periodo analizado del año 2000 al 2009 se observó un descenso en la mortalidad, este descenso se dio en el grupo de 40-49 años en hombres y mujeres. La prevalencia de sobrepeso ha aumentado de un 32.3% desde el año 2005, a un 35.1% en el año 2010; de la misma manera la prevalencia de obesidad de 14.1% a 16.9% en los mismos años, en la población de 18 a 64 años de edad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010).

### **6.5.1 Análisis de estrategias y políticas de Colombia**

Colombia cuenta con políticas de prevención para la venta de alcohol, incremento de impuestos a tabacos y alcohol, tolerancia cero al alcohol en conductores, además en el plan nacional de salud pública existen intervenciones para la reducción del consumo nocivo de alcohol. En cuanto a actividad física existe un plan nacional con el fin de utilizar la bicicleta como medio de transporte activo. Por último, el plan de alimentación saludable busca el control de publicidad/patrocinio/promoción de

alimentos densamente calóricos y de pobre contenido nutricional, además de campañas de información al público, educación nutricional, y efectividad del etiquetado nutricional. Estas estrategias se han hecho con el fin de modificar los factores de riesgos para las ECNT presentados en el informe de salud 2002 - 2010; y en la Encuesta de la Situación Nutricional en Colombia del año 2010. Los resultados de estas estrategias se desconocen por el momento (Ministerio de Salud y Protección Social , 2010).

Tabla 6 (1)

*Resumen de las estrategias y políticas de Chile, Argentina, Brasil y Colombia*

<b>País</b>	<b>Estrategia</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Grupo Poblacional</b>	<b>Resultados</b>	<b>Fuentes</b>
Chile	<b>Programa Nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes</b>	1. Desarrollar un programa de atención de salud integral para adolescentes y jóvenes que favorezca su crecimiento y desarrollo saludable, mediante el fortalecimiento y optimización de la oferta y el acceso a servicios de salud integrales y prestaciones de salud que respondan a sus necesidades, considerando especialmente el enfoque de derechos, de género y de pertinencia cultural, así como la participación activa de adolescentes y jóvenes, focalizados en los más vulnerables, la familia y la comunidad	Adolescentes entre 10 y 24 años	Se desconoce los resultados.	(Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2012)
Chile	<b>Código Chileno contra el cáncer.</b>	1. Informar acerca de la prevención del cáncer, mediante mensajes cortos, claros y con información clave.	Población adulta	Se desconoce los resultados	(Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2015)
Chile	<b>“Prevención y control del hábito de fumar”</b>	1. Legislación, educación y difusión de información, para el control y prevención del hábito de fumar.	Población de 15 años en adelante	La prevalencia de consumo de tabaco ha reducido del año 2003 de un 42% a 40.6% para el año 2010. Sin embargo, el cáncer de pulmón se ha mantenido desde el año 1990 hasta el 2010.	(Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2015)



Tabla 6 (2)

*Resumen de las estrategias y políticas de Chile, Argentina, Brasil y Colombia*

<b>País</b>	<b>Estrategia</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Grupo Poblacional</b>	<b>Resultados</b>	<b>Fuentes</b>
Argentina	<b>“Si no fumas #SosVos”</b>	1. Evitar la iniciación en el consumo y promover la cesación del tabaco. Mediante el uso de redes sociales como el Facebook y Twitter.	Población joven 13 a 15 años.	Se busca superar la reducción de la prevalencia del 19.6% del año 2012.	(Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, 2014)
Argentina	<b>“Menos Sal + Vida”</b>	1. Concientización a la población sobre la necesidad de disminuir la incorporación de sal en las comidas; la reducción progresiva del contenido de sodio de los alimentos procesados (carnicos y derivados, férrináceos, sopas, aderezos, conservas y lácteos) mediante acuerdos con la Industria de Alimentos; y la reducción del contenido de sal en la elaboración del pan artesanal.	Toda la población en general.	Se desconoce los resultados dado a su reciente aplicación ( año 2013).	(Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, 2014)
Argentina	<b>“Argentina 2014 libre de grasas trans”</b>	1. Informar e incentivar a las empresas productoras a reducir la utilización de grasas trans en la elaboración de los alimentos, además de informar al consumidor que son las grasas trans, sus efectos perjudiciales para la salud y la necesidad de disminuir su consumo.	Toda la población en general	El periodo de aplicación de esta estrategia partió en el año 2010 y durara hasta el año 2014. Aun no se presentan resultados.	(Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, 2012)

Tabla 6 (3)

*Resumen de las estrategias y políticas de Chile, Argentina, Brasil y Colombia*

<b>País</b>	<b>Estrategia</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Grupo Poblacional</b>	<b>Resultados</b>	<b>Fuentes</b>
Brasil	<b>“Plan de acción estratégico para enfrentar las enfermedades crónicas no transmisibles”</b>	1. Preparar a Brasil para enfrentar y detener en los próximos diez años, las enfermedades crónicas.	Toda la población en general	El plan ha empezado en el año 2011 durará hasta el año 2022, por lo cual aún no se conoce los resultados.	(Ministério da Saúde, 2011)
Brasil	<b>“Programa de la Academia de la Salud”</b>	1. Promoción de la actividad física.	Población adulta	Los resultados no han sido presentados hasta la fecha. Sin embargo se conoce que la meta de expansión del programa es llegar en el año 2015 a 4000 municipios.	(Ministério da Saúde, 2011)
Brasil	<b>Marco para el Control del Tabaco.</b>	1. Prevenir el consumo y promover la cesación del tabaco.	Población joven y adulta.	Desde el año 1990 se ha reducido el consumo de tabaco en todo el país de Brasil.	(Ministério da Saúde, 2011)
Brasil	<b>Guía de alimentación saludable, etiquetado y acuerdos con la industria para eliminar las grasas trans de alimentos procesado.</b>	1. Promover la alimentación saludable en la población.	Población mayor de 2 años.	Se desconoce los resultados	(Ministério da Saúde, 2011)
Colombia	<b>Plan Nacional de Salud Pública.</b>	1. Modificar los factores de riesgo para la ECNT presentados en el informe de salud del año 2002 y 2010.	Toda la población en general	La prevalencia de obesidad, sobrepeso, ha aumentado desde el año 2005. La prevalencia de diabetes ha disminuido desde el año 2005.	(Ministerio de Salud y Protección Social , 2010)

## **7 ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES EN EL ECUADOR**

En el año 2013 se registraron 63.104 defunciones en el Ecuador, en donde la diabetes mellitus representó la primera causa de mortalidad, seguida por las enfermedades hipertensivas, la influenza y neumonía, las enfermedades cerebrovasculares, los accidentes de transporte, la enfermedad isquémica del corazón, cirrosis y otras enfermedades, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y algunos tipos de neoplasias malignas (Tabla 7) (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2013).

En relación a las muertes prematuras (30-69 años) del Ecuador, en el año 2011 las enfermedades cardiovasculares representaron el 14.2%; las neoplasias malignas el 14.6%; la diabetes mellitus el 6.0%. A más de tan alta incidencia de mortalidad en el año 2011, en el año 2010 entre las enfermedades crónicas no trasmisibles, las neoplasias malignas agrupadas y las enfermedades cardiovasculares representaron el 39% de las muertes atribuidas a los grupos de muertes prematuras, después se ubica la diabetes mellitus y finalmente las enfermedades respiratorias crónicas con el 4% (Figura 8) (Organización Panamericana de la Salud, 2014)

Tabla 7

*Principales causas de mortalidad general año 2013*

<b>Causa de Muerte</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>	<b>Tasas</b>
Diabetes mellitus	4.695	7.44	29.76
Enfermedades hipertensivas	4.189	6.64	26.56
Enfermedades cerebrovasculares	3.567	5.65	22.61
Enfermedad isquémicas del corazón	2.942	4.66	18.65
Neoplasia maligna de estómago	1.570	2.49	9.95
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1.425	2.26	9.03
Neoplasia maligna de próstata	842	1.33	5.34
Neoplasia maligna del útero	702	1.11	4.45
Neoplasia maligna de la tráquea, bronquios y pulmón	642	1.02	4.07
Neoplasia maligna del hígado y de las vías biliares	637	1.01	4.04

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2013

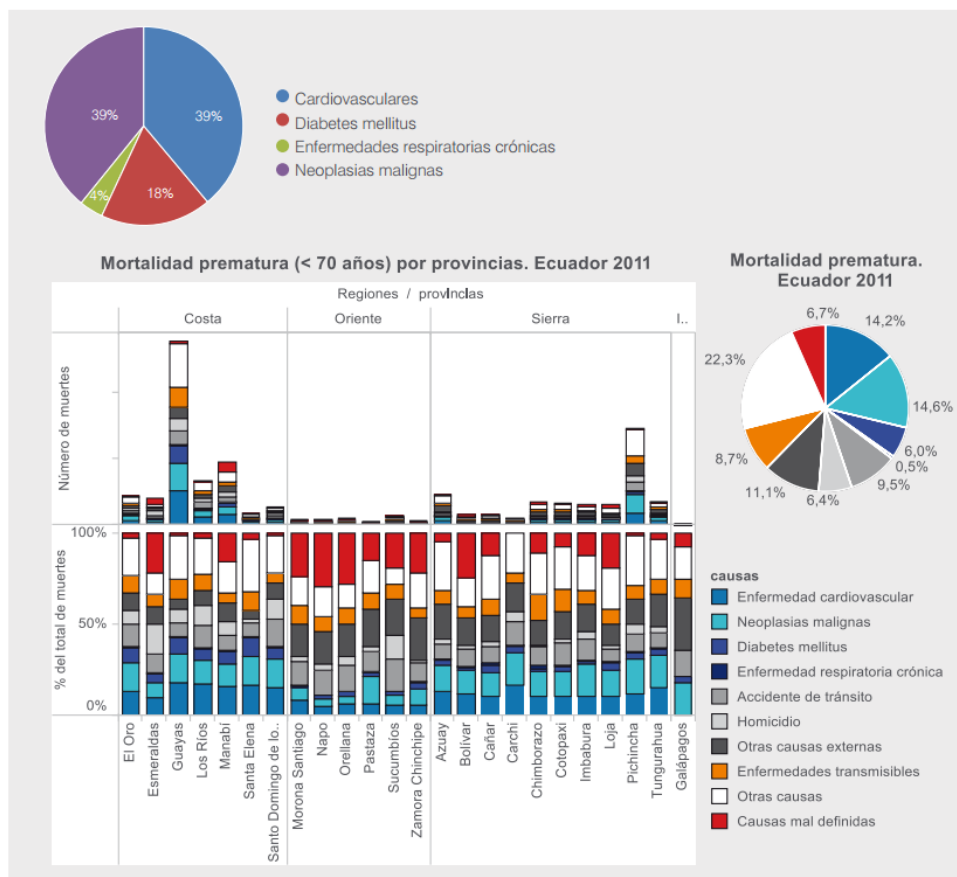


Figura 7 Mortalidad Prematura (30-69 años) por las cuatro Enfermedades Crónicas no Trasmisibles. Ecuador, 2011. Organización Panamericana de Salud, 2014.

Cabe señalar que la prevalencia de diabetes, ha aumentado de un 3.6% (1.896 casos) desde el año 1997 hasta 7% (4.455 casos) en el año 2011. De la misma manera, para el año 2014 los casos aumentaron (96.967) y la tasa fue de 605.01 por 100.00 habitantes. Además del incremento de la prevalencia de diabetes, la prevalencia de las enfermedades hipertensivas, cerebrovasculares, y la isquemia del corazón también han aumentado. Sin embargo, el incremento más drástico ha sido para la diabetes y las enfermedades hipertensivas (Tabla 8) (Organización Panamericana de la Salud, 2014)

Tabla 8

*Principales causas de mortalidad en el Ecuador en el periodo de 1997-2011*

<b>Principales causas</b>	<b>Año 1997</b>	<b>Año 2011</b>	<b>Año 2013</b>
Diabetes Mellitus	1.896	4.455	4.695
Enfermedades hipertensivas	2.184	4.381	4.189
Enfermedades cerebrovasculares	2.280	3.930	3.567
Enfermedad isquémicas del corazón	1.944	2.014	2.942

*Fuente: Organización Panamericana de Salud, 2014*

Por otro lado, de acuerdo a ENSANUT en el 2012 la prevalencia de hipertensión arterial en la población de 18 a 59 años fue de 9.3%, siendo 7.5% en las mujeres y 11.2% en los hombres. La prehipertensión arterial, en este mismo grupo etario, fue 37.2% siendo 27.1% en mujeres y 48% en hombres. Por otro lado, en la encuesta SABE II, la prevalencia en adultos mayores de 60 años fue de 44.4% 8 (Freire, y otros, 2013).

Cabe señalar, que este análisis de la incidencia y prevalencia para las enfermedades crónicas no transmisibles en el Ecuador, cuenta con algunas limitaciones, es decir, en el año 2011 la Organización Panamericana de Salud (OPS) estimó que para el país se subregistro el 16.7% de los casos, mientras que para el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) la proporción de causas mal definidas fue de 9.4% (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

## **7.1 Análisis de las políticas y estrategias del Ecuador**

Dado a la alta prevalencia e incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, las entidades gubernamentales del Ecuador han tomado medidas, ya que tienen la obligación de proteger la salud y el bienestar de la población. Por este motivo, en el país se crearon varias políticas y estrategias con el objetivo de prevenir la incidencia y las complicaciones de las ECNT, las cuales serán descritas a continuación.

### **7.1.1 Análisis de las políticas del Ecuador.**

Varios artículos en la Constitución de la República están dirigidos a proteger la salud de la población ecuatoriana, entre estos se encuentran el artículo 42 hasta el artículo 47. En general, los artículos garantizan el derecho a la salud, la promoción, la protección, el desarrollo de la seguridad alimentaria, el fomento de ambientes saludables, el acceso permanente e interrumpido a los servicios de salud, los programas y acciones de salud pública gratuitos, el acceso a la atención de emergencia en establecimientos públicos y privados, la educación alimentaria, y la promoción de medicina tradicional y alternativa. Estas políticas han sido elaboradas en base a nuevos temas de importancia, como son las enfermedades crónicas. Además, sirven para la distribución de recursos económicos y humanos con el fin de prevenir la incidencia y disminuir las complicaciones de dichas enfermedades (Ghai, 2006).

De la misma manera, en el artículo 82, el estado se refiere a la estimulación, a la protección y a la promoción de la cultura física, el deporte y la recreación, como actividades para la formación integral de las personas. Cabe señalar que, de acuerdo a recomendaciones la práctica diaria de 30 minutos de actividad física moderada reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, hipertensión, cáncer de colon, diabetes. Así mismo, ayuda con el control de peso; de la masa grasa corporal; aumento

de la densidad ósea; y mejora la capacidad física (Ramírez, William; Vinaccia, Stefano; Suárez, Gustavo, 2004).

Por otro lado, en el Ecuador existe la Ley Orgánica para la Regulación Control del Tabaco (Registro Oficial No.497 del 22 de julio de 2011). Los artículos 2, 3 y 7 de la constitución de la república apoyan esta ley, se han realizado en base al fundamento científico, de que el consumo de tabaco aumenta el riesgo de padecer cáncer de pulmón, de boca, de faringe, de laringe, de esófago, de páncreas, de vejiga y de riñón. Adicionalmente, las personas que consume tabaco tienen 3 veces más riesgo de padecer cáncer de páncreas y hasta 20 veces más riesgo de cáncer de pulmón (American Cancer Society , 2014). No cabe duda, de que algunos casos de cáncer y la enfermedad obstructiva pulmonar crónica son a causa del humo del tabaco, como ya se mencionó anteriormente.

## **7.1.2 Análisis de las estrategias.**

### **7.1.2.1 *Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).***

El MSP como ente rector nacional del Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las ECNT realiza una serie de estrategias destinadas a la reducción de enfermedades y de la mortalidad prematura.

De acuerdo al MSP las ECNT pueden ser de origen congénito, hereditario y muchas veces son autoinmunes. La mayoría de enfermedades crónicas se deben a exposición a riesgos modificables durante todo el ciclo de vida, como la mala alimentación, el sedentarismo, estrés, consumo de tabaco, alcohol, drogas, entre otros.

Entre las ECNT se encuentra la hipertensión arterial, por este motivo el MSP ha emprendido acciones para prevenir la hipertensión arterial. Dentro de estas acciones, se



incluye una serie de incentivos para que la población realice actividad física, tenga una dieta saludables baja en sodio y alta en potasio, y acuda a chequeos médicos con frecuencia con el fin de prevenir las complicaciones de la hipertensión. Entre las complicaciones se incluye la ceguera, infartos, derrames cerebrales, entre otros. Se debe señalar que esta es solo una de las acciones del Plan ya mencionado. Por otro lado, los reportes de esta estrategia aún no se encuentran disponibles (Ministerio de Salud Pública, 2014).

### **7.1.2.2 *Etiquetado y Semáforo nutricional***



EL semáforo nutricional ha sido adoptado por varios países incluyendo Chile, Argentina, Brasil, Portugal y Ecuador. Esta estrategia fue creada en Inglaterra y se aplicó en un principio solo para bocadillos, comida lista para llevarse pero luego se decidió aplicarlo a todos los alimentos, su objetivo principal es promover la elección de alimentos “saludables” en los consumidores. El sistema cuenta con tres colores (rojo, amarillo y verde) los cuales son atribuidos al contenido correspondiente de grasas, sal y azúcar en los alimentos. En Gran Bretaña ha tenido una gran aceptación y la mayoría de cadenas de supermercados exigen dicho etiquetado. Sin embargo, se considera que los resultados tardaran varios años en mostrarse, varios estudios muestran que el etiquetado modificó los hábitos alimenticios y otros que no generarán cambios. Lo que causa preocupación es su sencillez ya que puede causar un inconveniente para transmitir la información nutricional de manera efectiva (Vaqué, 2014).

Con respecto al Ecuador, la norma NTE INEN 1 334-1 (etiquetado nutricional) se aplica a todo alimento procesado, envasado y empaquetado que se ofrece para la venta del consumidor, comprende la declaración de nutrientes y no obliga a declarar la información nutricional complementaria (Instituto Nacional Ecuatoriano de

Normalización, 2008). En vista de que el etiquetado nutricional, no proporcionaba los resultados esperados en cuanto a modificación de los datos de incidencia y prevalencia de las ECNT, se adoptó el semáforo nutricional, donde la industria alimentaria está totalmente involucrada. El hecho de que las industrias estén involucradas podría contribuir con el cambio de hábitos alimenticios de la población. El modificar los hábitos alimenticios, contribuirá con la disminución de la incidencia de ECNT (Ministerio de Salud Pública, 2014).

En base a los datos estadísticos alarmantes del año 2013 de las enfermedades crónicas y en base a la evidencia científica, se estableció que las industrias alimentarias deben informar a la ciudadanía sobre los contenidos de azúcar, grasas y sal en el etiquetado nutricional. Se escogieron estos tres principales nutrientes, dado a su relación con las enfermedades crónicas no transmisibles. De acuerdo con la evidencia científica, el exceso de consumo de azúcar es un factor de riesgo para la diabetes; el de sal para la hipertensión; y el de grasa para las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Se exigió que alrededor de 10. 000 productos acojan la norma del semáforo nutricional. Las grandes y medianas empresa tuvieron hasta el 29 de agosto del 2014 para incluir estas nuevas etiquetas; mientras que las pequeñas empresas hasta el 29 de noviembre de 2014, para cumplir con esta disposición. Dicha disposición se aplica a productos nacionales e importados. Además, se considera que el sistema grafico del etiquetado facilitará la lectura de la información nutricional. Se establecieron cantidades de “bajo”, “medio” u “alto” para grasas totales, azucars y sal (Figura 8) (Ministerio de Salud Pública, 2014).

CONCENTRACIONES PERMITIDAS DE GRASAS, AZÚCARES Y SAL			
NIVEL	BAJO	MEDIO	ALTO
Azúcares*	 Menor o igual a 5 g.	Mayor a 5 g. y menor a 15 g.	Igual o mayor a 15 g.
	 Menor o igual a 2,5 ml.	Mayor a 2,5 ml. y menor a 7,5 ml.	Igual o mayor a 7,5 ml.
Grasas totales*	 Menor o igual a 3 g.	Mayor a 3 g. y menor a 20 g.	Igual o mayor a 20 g.
	 Menor o igual a 1,5 ml.	Mayor a 1,5 ml. y menor a 10 ml.	Igual o mayor a 10 ml.
Sal*	 Menor o igual a 0,12 g.	Mayor a 0,12 g. y menor a 0,6 g.	Igual o mayor a 0,6 g.
	 Menor o igual a 0,3 ml.	Mayor a 0,3 ml. y menor a 1,5 ml.	Igual o mayor a 1,5 ml.

\* Según una porción de 100 g o 100 ml.

**El Reglamento de Etiquetado de Alimentos exige también:**

Informar si los productos contienen entre sus ingredientes edulcorantes no calóricos.

Advertir sobre el consumo no recomendado de bebidas energéticas que contengan cafeína, taurina y/o glucoronolactona.

Advertir a los consumidores sobre la presencia de transgénicos: "contiene transgénicos"

*Figura 8* Concentraciones permitidas de grasas, azúcares y sal. Ministerio de Salud

Pública, 2014

Se debe mencionar, que por el momento se desconoce el alcance de esta estrategia, dado a que los últimos datos de prevalencia e incidencia de las enfermedades crónicas fueron revelados en ENSANUT 2012, y esta estrategia fue aplicada desde el año 2014.

### 7.1.2.3 “Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Calidad”.

Otra estrategia implementada en el Ecuador, es el Proyecto emblemático conocido como “Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Calidad”. Dentro del Plan Nacional del Buen Vivir el tema principal es la salud, mediante la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) se busca el desarrollo y el bienestar a través de la recuperación del sistema público de salud, el mismo está orientado a garantizar el derecho a la salud de toda la población, basándose

en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) (Ministerio de Salud Pública , 2013).

Dentro de la estrategia nacional para la prevención de ECNT se cuenta con acciones para garantizar la prevención, diagnóstico oportuno, atención, seguimiento clínico y tratamiento (MSP, 2013).

#### **7.1.2.4 “Ejercítate Ecuador”**

En cuanto a la promoción de la actividad física, en el país existe un programa llamado ejercítate Ecuador, este programa busca promover hábitos de vida saludable en las 24 provincias del país. El objetivo de Ejercita Ecuador es promover la actividad física por medio de bailoterapia, aeróbicos y juegos recreativos de manera gratuita. El proyecto vuelve en su cuarto edición con más de 1.040 puntos de activación (El Ciudadano, 2015). Cabe señalar, que la práctica de actividad física durante 30 minutos reduce el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (Organización Mundial de la Salud, 2015)

## **8. ANÁLISIS DE LA REALIDAD EN TORNO A LAS ECNT**

En los cuatro países incluidos en esta revisión bibliográfica, es evidente una transición epidemiológica. Sin embargo, los esfuerzos de los países están bien direccionados a prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles. No obstante, hay países en los que estos esfuerzos han dado mayores resultados. Los países analizados se realizaron en base, a la mayor incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en América del Sur. De la misma manera, se han seleccionado países similares a Ecuador con el fin de poder realizar comparaciones y futuras recomendaciones, para la aplicación de estrategias. Así mismo, se buscaron países con estrategias innovadoras y con resultados positivos.

Empecemos discutiendo las estrategias y políticas antitabaco. Dichas estrategias y políticas están presentes en todos los países descritos, sin embargo, en Argentina se han visto los mejores resultados ya que se ha producido una reducción en el consumo significativa entre adolescentes. Cabe señalar que en todos los países (Ecuador, Chile, Argentina, Brasil y Colombia) existe la política del expendio cigarrillos con imágenes impresas en las cajas, que concienticen acerca de los riesgos para la salud que pueden causar los químicos del cigarrillo. Así mismo, el convenio con la industria para reducir e ir eliminando paulatinamente las grasas trans de los alimentos procesados se aplica en todos los países analizados. Sin embargo, solo en Argentina existe un convenio con las industrias para reducir el contenido de sodio en los alimentos procesados. Brasil presenta una estrategia completa, la cual se aplicará a largo plazo, hasta el año 2020 así mismo en Brasil la incidencia y prevalencia de la mayoría de enfermedades crónicas no

trasmisibles ha reducido, no obstante sigue siendo un país con alta prevalencia de estas enfermedades en Latinoamérica. Colombia es un país parecido a Ecuador, en cuanto a su situación demográfica, climática y geográfica. Sin embargo, Colombia es un país con un producto interno bruto medio; mientras que Ecuador es un país Pobre. A pesar de este hecho la aplicación de estrategias y políticas para prevenir las enfermedades crónicas, son similares. Por último, todos los países a excepción de Argentina, cuentan con programas de actividad física para los ciudadanos. Se debe mencionar que la mayoría de estrategia y políticas no cuenta con un análisis de resultados, dado a sus aplicaciones recientes. Además, el análisis epidemiológico no es de mucha ayuda para conocer la efectividad de dichas estrategias y políticas, porque la mayoría de reportes son antiguos a la aplicación de las mismas.

Hay que hacer énfasis, en el hecho que la Organización Mundial de la Salud reconoce las ECNT como un factor que afecta a la mayoría de países de ingresos bajos y medios, por lo cual ha tomado iniciativas y ha desarrollado varios programas y estrategias, que tienen el objetivo de apoyar la prevención primaria de estas enfermedades en los países de Latinoamérica.

## 9. CONCLUSIONES

En el Ecuador desde el año 1997, a pesar de las estrategias y políticas de prevención para las enfermedades crónicas, la prevalencia de diabetes mellitus, de enfermedades hipertensivas, de enfermedades cerebrovasculares y de enfermedades isquémicas del corazón han incrementado. Aunque se tiene conocimiento de los datos epidemiológicos del Ecuador, se desconoce los resultados de las políticas y estrategias que están siendo aplicadas actualmente seguramente se requiere de tiempo y constancia para que la estrategias puedan ser evaluadas objetivamente tomando en cuenta que se trata de un problema multifactorial lo que exige un modelo estadístico adecuado para este afán.

Por otro lado, del análisis realizado de la eficacia de las políticas y estrategias en los distintos países de Latinoamérica. Se puede indicar que las estrategias y políticas orientadas a la prevención y control del tabaco en Chile, Argentina y Brasil obtuvieron resultados positivos. De la misma manera, en Colombia el Plan Nacional para la prevención de las ECNT redujo la prevalencia de diabetes. Como se puede observar las estrategias antitabaco son las que mejores resultados han otorgado, considerando que las campañas antitabaco son globales. En relación a las intervenciones para la prevención del cancer, se observó que las medidas de control y prevención que se exigen en los trabajos, resultan ser las mas efectivas para la prevención de dicha patología por la relacion directa de estos factores en esta enfermedad, aunque el cancer es multifactorial eliminar los factores de riesgo siempre resulta efectivo.

Cabe mencionar, que el perfil epidemiologico de latinoamerica en general se encuentra en trasiición existe un mayor numero de enfermedades trasmisibles y la piramide se ha ido modificiando tendiendo hacia la vejez. Por este motivo, ademas de

las estrategias y políticas de cada país la OMS cuenta con algunos objetivos claros para la prevención de las ECNT, para apoyar a los países de Latinoamérica.

Es evidente, que todos los países analizados (Colombia, Argentina, Brasil, Chile y Ecuador) cuentan con estrategias de salud pública, sin embargo en la mayoría de países no se presentan datos acerca de la evaluación de las estrategias o políticas. Solamente existen análisis de prevalencia e incidencias de las ECNT.



## 10. RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta las estrategias de los países analizados, una de las recomendación óptima, sencilla y adecuada para aplicar al Ecuador es la estrategia de Argentina “Si no fumas #SosVos”. Para esta estrategia solo requiere de redes sociales como el Facebook, Twitter, donde se creara una tendencia, esta tendencia podría ser promocionada en la televisión, radio y en las mismas redes sociales. Por otro lado, sería conveniente implementar el convenio con las industrias para eliminar las grasas trans y disminuir el contenido de los alimentos procesados. Mediante la aplicación de esta última estrategia, el consumo de grasas trans en los ecuatorianos sería eliminado, o su consumo disminuiría significativamente, esto contribuirá con la reducción de la incidencia de las enfermedades cardiovasculares.

Por otro lado, sería conveniente y es de gran importancia realizar un seguimiento de las estrategias y políticas que se han implementado en el Ecuador a través del modelo estadístico multivariante apropiado. El seguimiento oportuno permitirá conocer si dichas intervenciones están desarrollándose de manera óptima. Además, se recomienda realizar una evaluación oportuna, con el fin de conocer si estas estrategias o políticas han dado los resultados esperados y de esta manera se podrán realizar recomendaciones y modificaciones futuras.

Una recomendación puede ser la eliminación total del tabaco, cerrando toda la producción mundial, este hábito según los análisis guarda relación con ECNT, observando las tendencias de estas con la reducción o no del consumo de tabaco en los países analizados. Sin embargo, esta recomendación es un poco utópica ya que la cesación de la producción mundial de tabaco no es factible. Dado a que son empresas multimillonarias, es decir son negocios que nunca van a cesar la producción.

Es importante resaltar que el papel de la nutricionista en la prevención de las ECNT es guiar al paciente hacia un estilo de vida saludable. Es decir, promover la elección de hábitos saludables como alimentación saludable, la practica regular de ejercicio físico, el abandonó de tabaco y el consumo moderado de alcohol. Por lo cual, la nutricionista debería estar incluida en todas las estrategias y programas que se realicen con el fin de prevenir las ECNT:

Por otro lado, sería conveniente poner a disponibilidad del público en general todas aquellas estrategias y políticas con las que cuente el Ecuador. Es decir, tener todas las políticas en digital subidas a la plataforma del MSP.

Finalmente, es importante tener claro los objetivos relacionados a la salud y tener muy presente que las ECNT representan un grave problema de salud pública. Por este motivo, es importante mantener la atención al sistema de atención primaria de salud en el Ecuador, el cual ha mejorado en la última década sin embargo siempre queda esfuerzos por realizar. Cabe señalar, que el hecho de que el gobierno interviene mediante las estrategias a nivel primario y no únicamente a nivel terciario de salud, reducirá los costos para el país y para el paciente.

## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Cancer Society . (2014). *Cáncer y Fumar* . Obtenido de <http://www.cancer.org>
- Angarita, V., & Escobar, G. (2009). *Revista Scielo*. Obtenido de Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000200021&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000200021&script=sci_arttext)
- Cabrera, G., & Silva, G. (1994). *Epidemiología del cancer en Chile* . Obtenido de  
[http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/salud\\_publica/1\\_11.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/salud_publica/1_11.html)
- Diez, f., Ipince, A., Toyama, M., Benate, Y., Galán, E., Medina, J., y otros. (2014). Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no trasmisibles en el Perú: Retos y oportnidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 1-5.
- El Ciudadano. (13 de Abril de 2015). *Proyecto Ecuador Ejercítate vuelve para promover hábitos saludables*. Obtenido de <http://www.elciudadano.gob.ec>
- Freire, W., Ramírez, M., Belmont, P., Mendieta, M., Silva, k., Romero, N., y otros. (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-2013*. Obtenido de  
[http://www.unicef.org/ecuador/ENSANUT\\_2011-2013\\_tomo\\_1.pdf](http://www.unicef.org/ecuador/ENSANUT_2011-2013_tomo_1.pdf)
- Ghai, Y. (2006). *IDEA*. Obtenido de La asamblea constituyente en la elaboración de la constitución política: <http://www.idea.int>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2011). *Anuario de Estadísticas vitales: nacimientos y defunciones*. Obtenido de  
[http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Nacimientos\\_Defunciones/Publicaciones/Anuario\\_Nacimientos\\_y\\_Defunciones\\_2011.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2011.pdf)
- 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\\_2013.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf)
- Instituto Nacional del Cáncer . (9 de Febrero de 2015 ). *Cáncer definición* . Obtenido de <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>
- Instituto Nacional Ecuatoriano de Normalización. (2008). *Rotulado de Productos Alimenticios para el consumo humano. Parte 2. Rotulado Nutricional. Requisitos* . Obtenido de <http://www.conave.org>
- Itriago, L., Silva, N., & Cortes, G. (2013). *Cáncer en Chile y el mundo: una mirada epidemiológica, presente y futuro*. Obtenido de <http://www.clinicalascondes.cl>

- Marchionni, M., Caporale, J., Conconi, A., & Porto, N. (Marzo de 2011). *Enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo en Argentina: prevalencia y prevención*. Obtenido de <http://idbdocs.iadb.org>
- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León, E., Marín, C., & Alfonso, J. (2010). *Revista Scielo*. Obtenido de *Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe*: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26272.pdf>
- MERCOSUR y estados asociados . (2011). *Primer Reporte de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles 2011*.  
file:///C:/Users/Camila/Downloads/I\_Reporte\_Vigilancia\_ENT\_2011.pdf.
- Ministério da Saúde. (2011). *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (dcnt) no Brasil, 2011-2022*. Obtenido de [http://www.sbn.org.br/noticias/acoes\\_estrategicas.pdf](http://www.sbn.org.br/noticias/acoes_estrategicas.pdf)
- Ministerio de Salud Gobierno de Chile. (2012). *Programa nacional de salud integral adolescentes y jóvenes plan de acción 2012-2020*. Obtenido de <http://web.minsal.cl>
- Ministerio de Salud Gobierno de Chile. (2015). *Prevención del consumo de tabaco*. Obtenido de <http://www.minsal.cl/prevencion-del-consumo-de-tabaco/>
- Ministerio de Salud Gobierno de la Nación. (2010). *Encuesta Nacional de Salud ENS 2009-2010*. Obtenido de <http://www.dinta.cl>
- Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. (2012). *Campaña "Argentina 2014 libre de Grasas Trans"*. Obtenido de <http://www.msal.gob.ar>
- Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. (Noviembre de 2014). *Boletín de Vigilancia Enfermedades no Transmisibles y Factores de riesgo*. Obtenido de [http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-12\\_boletin-epidemiologia-7.pdf](http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-12_boletin-epidemiologia-7.pdf)
- Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. (2014). *Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no Transmisibles*. Obtenido de *Menos Sal + Vida* : <http://www.msal.gob.ar>
- Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. (2014). *Programa Nacional de Control del Tabaco*. Obtenido de *Si no fumas #SosVos*: <http://www.msal.gob.ar>
- Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. (2014). *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para enfermedades no Transmisibles*. Obtenido de *Presentación de los principales resultados*: <http://www.bvs.org.ar/pdf/enfr2014.pdf>
- Ministerio de Salud Pública . (2013). *Proyecto emblemático* . Obtenido de *“Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Calidad”*: <http://www.salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública . (2014). *Dirección Nacional de vigilancia epidemiológica*. Obtenido de *Enfermedades Crónicas*: <http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-vigilancia-epidemiologica/>

- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Ministerio de Salud continuamente emprende acciones para prevenir la hipertensión arterial*. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-continuamente-emprende-acciones-para-prevenir-la-hipertension-arterial/>
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Sistema de Etiquetado de alimentos procesados*. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud y Protección Social . (2010). *Resúmenes de política: Intervenciones poblacionales en factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co>
- MSP. (Julio de 2013). *MSP implementa unidades de atención integral para el pie diabético en 10 hospitales*. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec>
- OMS. (2008). *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial* . Obtenido de [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A61/A61\\_8-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-sp.pdf)
- Organización Mundial de la Salud . (2015). *Diabetes* . Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Organización Mundial de la Salud . (Enero de 2015). *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/es/>
- Organización Mundial de la Salud . (Enero de 2015). *Enfermedades cardiovasculares*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (Marzo de 2013). *10 datos sobre las enfermedades no transmisibles*. Obtenido de [http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable\\_diseases/es/](http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Enfermedades Crónicas* . Obtenido de [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Obtenido de [http://who.int/whr/2008/summary\\_es.pdf?ua=1](http://who.int/whr/2008/summary_es.pdf?ua=1)
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Epidemiología de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles*.  
file:///C:/Users/Camila/Downloads/Situaci%C3%B3n%20epidemiol%C3%B3gica%20ECNT.pdf.
- Organización Panamericana de la Salud. (Junio de 2014). *Revista Informativa Representación Ecuador* . Obtenido de <http://www.paho.org>
- Population Reference Bureau. (2013). *Enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe*. Obtenido de <http://www.prb.org/pdf13/ncds-lac-datasheet-sp.pdf>
- Ramírez, J., Sánchez, J., & Arbañil, H. (2010). Las Enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú y su relación con la altitud. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 5.

Ramírez, R., Agredo, R., & Jerez, A. (Junio de 2010). *El Sevier* . Obtenido de Relación entre la composición corporal y la capacidad de ejercicio con el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en mujeres jóvenes :  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1886658110000022>

Ramírez, William; Vinaccia, Stefano; Suárez, Gustavo. (2004). *El impacto de la actividad física y el deporte sobre la salud, la cognición, la socialización y el rendimiento académico: una revisión teórica*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co>

University of Maryland Medical Center . (2015). *Diabetes tipo 2* . Obtenido de <http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/diabetes-tipo-2>

Vaqué, L. (2014). *Semaforos nutricionales la mejor manera de informar a los consumidores sobre los nutrientes contenidos en los productos alimenticios*. Obtenido de <file:///C:/Users/Camila/Downloads/Dialnet-SonLosSemaforosNutricionalesLaMejorManeraDeInforma-4842561.pdf>

World Health Organization. (2014). Global Status Report on noncommunicable disease 2014. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf).

## **ANEXOS**

### **ANEXO A. ABREVIATURAS**

Enfermedades Crónicas no Trasmisibles (ECNT)

Accidente Cerebro Vascular (ACV)

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)

Organización Panamericana de Salud (OPS)

Organización mundial de la salud (OMS)

Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

Atención Primaria de Salud (APS)