

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
DIRECCIÓN DE NORMATIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN DE CONTROL Y MEJORAMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA

PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO
TRANSMISIBLES-ECNT



Ecuador / Junio- 2011



Ministerio de Salud Pública

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD

DIRECCIÓN DE NORMATIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

DIRECCIÓN DE CONTROL Y MEJORAMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA

**PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO
TRANSMISIBLES-ECNT**

ECUADOR

JUNIO- 2011

AUTORIDADES

Dr. David Chiriboga A.

MINISTRO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

Dr. Nicolás Jara O.

SUBSECRETARIO GENERAL DE SALUD

Dra. Fátima Franco

SUBSECRETARIA REGIÓN COSTA INSULAR

Dr. Juan Moreira V.

DIRECTOR GENERAL DE SALUD

Dr. Washington Estrella P.

DIRECTOR DE NORMATIZACIÓN

Dra. Guadalupe Guerrero

DIRECTORA DE CONTROL Y MEJORAMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA



Ministerio de Salud Pública

No. 00000648

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO

QUE; la Constitución de la República del Ecuador dispone:

“**Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”;

“**Art. 46.-** El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

... **9.** Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.”;

“**Art. 359.-** El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.”;

“**Art. 360.-** El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.”;

“**Art. 361.-** El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política



00000648

Ministerio de Salud Pública

QUE; el tratamiento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), requiere mayor atención debido a que el aumento de la incidencia y prevalencia de las mismas significa no solamente daño social a las personas, sino que además constituye un obstáculo para el desarrollo humano;

QUE; estas líneas de acción están en concordancia con las políticas del Gobierno, la Constitución y otras Leyes de la República, el Plan Nacional del Buen Vivir, el Plan Estratégico Institucional, la Estrategia Regional, Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario Intercultural con Enfoque de Género y Generacional (MAIS-FC) y el Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), en las Américas;

QUE; con memorando SDG-0419-2011 de 24 de junio del 2011, el Director General de Salud remite el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las ECNT, el cual ha sido consensuado con los responsables técnicos correspondientes; y,

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONCEDIDAS POR LOS ARTÍCULOS 151 Y 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y EL ARTÍCULO 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

ACUERDA:

Art.1.-Aprobar y autorizar la publicación del “**PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y SUS FACTORES DE RIESGO**”.

Art.2.-Disponer su difusión a nivel nacional para que sea aplicado obligatoriamente en todos los servicios del sector de la salud, tanto públicos como privados.

Art.3.-Este Plan Estratégico Nacional será considerado un insumo para la elaboración de los Planes Estratégicos Institucionales, Programas Operativos Anuales y Presupuestarios (POA), que tengan pertinencia con el control y prevención de las enfermedades crónicas no trasmisibles.

Art.4.-El Ministerio de Salud Pública coordinará con todos los aliados estratégicos (Sistema Nacional de Salud, Ministerios afines al objetivo del Plan, sociedad civil, comunidad y organismos internacionales) la ejecución de las líneas de acción de este Plan Estratégico Nacional.



00000648

Ministerio de Salud Pública

Art.5.- Este Plan Estratégico Nacional deberá ser orientado de conformidad al modelo de atención integral de salud familiar, comunitaria, intercultural, con enfoque de género y generacional que tiene por objeto reducir la morbilidad y mortalidad de la población por enfermedades crónicas no transmisibles y de sus factores de riesgo.

Art.6.- Son responsables del seguimiento y evaluación del cumplimiento de este Plan Estratégico Nacional la Dirección Nacional de Normatización a través del Componente de Salud del Adulto-Enfermedades Crónicas no Transmisibles, la Dirección de Control y Mejoramiento de la Salud Pública y las Direcciones Provinciales de Salud.

Art.7.- De la ejecución, del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Dirección General de Salud, a la Dirección de Normatización, a la Dirección de Control y Mejoramiento de la Salud Pública y a las Direcciones Provinciales de Salud.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO, a 26 JUL 2011

Dr. David Chiriboga Allnutt
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA



| | Nombre | Area | Cargo | Fecha | Sumilla |
|-----------|----------|-------------------|-----------|------------|---------|
| Revisado | MAC | Asesoría Jurídica | Director | 13/07/2011 | |
| Elaborado | Dra. EHC | Asesoría Jurídica | Servidora | 13/07/2011 | |

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| CONTENIDO..... | 6 |
| PRESENTACIÓN..... | 8 |
| INTRODUCCIÓN..... | 9 |
| CAPÍTULO I..... | 10 |
| 1. MARCO CONCEPTUAL..... | 10 |
| 1.1. Plan Estratégico..... | 10 |
| 1.2. Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)..... | 10 |
| 1.3. Generalidades..... | 11 |
| 1.3.1 Obesidad..... | 11 |
| 1.3.2 Diabetes..... | 11 |
| 1.3.3 Hipertensión Arterial..... | 12 |
| 1.3.4 Dislipidemias..... | 12 |
| 1.3.5 Enfermedades Cerebro Vasculares y Cardiovasculares..... | 12 |
| 1.3.5.1 Enfermedades Cardiovasculares..... | 12 |
| 1.3.5.2 Enfermedad Vascul ar Cerebral..... | 13 |
| 1.3.6 Cáncer..... | 13 |
| 1.3.7 Enfermedades crónicas respiratorias..... | 14 |
| CAPÍTULO II..... | 15 |
| 2. MARCO GENERAL..... | 15 |
| CAPÍTULO III..... | 18 |
| 3. MARCO LEGAL..... | 18 |
| 3.1. CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA..... | 18 |
| 3.2. LEY ORGÁNICA DE SALUD..... | 18 |
| 3.3. PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR..... | 20 |
| 3.4. AGENDA SOCIAL..... | 22 |
| CAPÍTULO IV..... | 23 |
| 4. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN..... | 23 |
| 4.1. EL PROBLEMA EN EL MUNDO Y LAS AMÉRICAS:..... | 23 |

| | |
|--|----|
| 4.1.1 RESPUESTA DE LAS AMÉRICAS ANTE EL PROBLEMA..... | 26 |
| 4.2 SITUACIÓN EN EL ECUADOR..... | 27 |
| 4.2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO | 29 |
| 4.2.1.1. METODOLOGÍA: | 29 |
| 4.2.1.2. FRECUENCIAS SIMPLES..... | 29 |
| 4.2.1.3. LISTA MÍNIMA DE LA TENDENCIA DE MORTALIDAD POR TASAS, AÑOS 2005 - 2009.. | 32 |
| 4.2.1.4. LISTA MÍNIMA DE LA TENDENCIA DE MORTALIDAD POR TASAS DE AVPP, AÑOS 2005 - 2009..... | 33 |
| 4.2.1.5. ANÁLISIS DE DATOS INDIVIDUALES DE MORTALIDAD POR CAUSAS SELECCIONADAS | 35 |
| 4. RESPUESTA DEL ECUADOR ANTE EL PROBLEMA..... | 39 |
| CAPÍTULO V | 42 |
| 6. ELEMENTOS DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL..... | 42 |
| 6.1 VISION | 42 |
| 6.2 MISION | 42 |
| 6.3 OBJETIVO GENERAL..... | 42 |
| 6.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 42 |
| 6.5. ESTRATEGIAS POR OBJETIVOS..... | 43 |
| 6.6. LINEAS DE ACCIÓN | 46 |
| 6.6.1. POLÍTICAS PÚBLICAS | 46 |
| 6.6.2. VIGILANCIA | 49 |
| 6.6.3. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES..... | 51 |
| 6.6.4. MANEJO INTEGRADO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y FACTORES DE RIESGO | 53 |

PRESENTACIÓN

El país ha visto la imperiosa necesidad de trabajar intersectorialmente y con participación de la sociedad civil, para lograr prevenir y controlar las enfermedades crónicas no transmisibles-ECNT que afectan a las personas durante todo el ciclo de vida; los trastornos metabólicos pueden presentarse aún en la etapa de gestación; especialmente afectan a la población con menos instrucción y de escasos recursos económicos que, para mitigar sus dolencias con la compra de medicamentos los cuales son necesarios de por vida, ve deteriorarse su poca economía en perjuicio de su familia repercutiendo en el desarrollo del país.

Es responsabilidad de todos/as trabajar aunadamente para una respuesta multisectorial, esto en referencia a la industria alimenticia, los medios de comunicación, los municipios, las escuelas, sectores como la agricultura, comercio y demás actores que somos parte de un contexto con riesgos que contribuyen a aumentar la incidencia de enfermedades crónicas.

El Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) que se presenta, es una herramienta fundamental que permitirá trabajar conjuntamente, en el marco de la Estrategia Regional de las Américas para la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas, la reducción de la carga de la enfermedad cardiovascular (enfermedad cerebro vascular, enfermedad isquémica del corazón, hipertensión arterial), el cáncer, la diabetes, enfermedades crónicas respiratorias entre otras, y sus factores de riesgo, con énfasis en la reducción de la mortalidad prematura, para lo cual se deben implementar el convenio marco para el control del tabaco, la estrategia mundial para el régimen alimentario, actividad física y salud, la estrategia para reducir el uso nocivo del alcohol.

El plan contribuirá a la protección social y los derechos, como una inversión sostenible para el Buen Vivir, requiere de medidas efectivas pero sobre todo eficientes para que se pueda fortalecer y remediar la salud de la población con enfoques político, social, económico, ambiental y cultural.

El Ministerio de Salud Pública ente rector nacional, para la realización del presente plan y sus líneas de acción, ha realizado actividades participativas consultivas con los actores del Sistema Nacional de Salud, incluyendo universidades, sociedad civil y otros ministerios y, ha contado además con la cooperación regional y nacional de OPS/OMS.

Dr. David Chiriboga A.

Ministro de Salud Pública del Ecuador

INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles-ECNT, han cobrado relevancia en la Agenda Internacional de Salud, su tratamiento requiere mayor atención por parte de Jefes de Estado y de Gobierno, debido a que el aumento de la incidencia y prevalencia de las mismas significa no solamente daño social a las personas, las familias y las comunidades, especialmente en las poblaciones más pobres; si no que además constituye un obstáculo cada vez mayor para el desarrollo humano.

El aumento de la esperanza de vida tanto en el hombre como en la mujer, los procesos de urbanización, migración, aculturación, deterioro ambiental, influencia de los medios de comunicación; diversos determinantes sociales como la pobreza, educación, los cambios en cuanto a los estilos de vida como el sedentarismo, mala nutrición, consumo excesivo de sal, azúcar, grasas trans, tabaco, alcohol constituyen factores de riesgo (FR) a los que está expuesta hoy en día la población ecuatoriana en todo su ciclo de vida, llegando al hecho de que 6 de cada diez personas mueren por ECNT y 3 de cada 6 personas con ECNT mueren por enfermedades cardiovasculares. Estos problemas se manifiestan más y son más graves en población de menos recursos que llega muchas veces a complicarse con discapacidades que afectan su actividad laboral en la etapa más productiva de sus vidas, limitando sus ingresos económicos.

La propuesta de elaborar un Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las ECNT, permitirá tomar decisiones técnicas y políticas en cuatro líneas de acción acordadas por los países de la región de las Américas, las cuales son:

1. Políticas y Abogacía
2. Vigilancia Epidemiológica
3. Promoción de la Salud y Prevención de las enfermedades crónicas
4. Manejo Integral de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.

Estas líneas de acción se corresponden con las políticas del gobierno, así como con el Mandato Constitucional, otras leyes de la República, el Plan Nacional del Buen Vivir, el Plan Estratégico Institucional, el Modelo de Atención Integral de Salud y el Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y Control de las de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en las Américas.

Es importante comprender que el compromiso para la lucha contra las enfermedades crónicas no transmisibles, no es solo responsabilidad de la Cartera de Salud, sino de todos los actores sociales (Ministerio de Educación, de Industrias y Producción, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de: Deportes, Cultura, Turismo, Municipios, Sociedad Civil, medios de comunicación, usuarios de los servicios de salud, comunidades, que en trabajo conjunto, multidisciplinario e intersectorial logran el Buen Vivir de la población.

CAPÍTULO I

1. MARCO CONCEPTUAL

1.1. Plan Estratégico

Es una herramienta de organización técnica que permite a las instituciones a corto, mediano y largo plazo, evaluar el cumplimiento de los objetivos y metas para alcanzar el desarrollo, progreso y bienestar de la comunidad y del país en relación con las ECNT, permitirá que mediante políticas públicas y otras acciones mejoren las condiciones y calidad de vida de los enfermos e incluso contribuir a la prevención de las ECNT en futuras generaciones.

Es importante señalar que éste Plan Nacional no es un plan Institucional ni operativo, los mismos que ya se encuentran construidos en cada institución; pero si será el insumo con directrices que permitan la incorporación de las líneas de acción en la planificación y presupuesto de cada sector social, público y privado con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la población ecuatoriana, promoviendo estilos y hábitos sanos de vida, evitando factores de riesgo y previniendo el desarrollo de ECNT.

1.2. Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)

No se transmiten de individuo a individuo; son enfermedades que pueden tener una determinación congénita, hereditaria y muchas veces son autoinmunes, idiopáticas; la mayoría de enfermedades crónicas se deben a factores de riesgo modificables a los que se expone la población durante todo el ciclo de vida, como la mala alimentación (exceso de azúcar, sal, grasas), el sedentarismo, estrés, al tabaco, alcohol, ambientales, estrés.

Las ECNT tienen una larga evolución sin resolución espontánea, los síntomas se manifiestan en algún momento de la vida y su tratamiento requiere de la modificación de comportamientos y en ocasiones necesita de tratamiento farmacológico constante o permanente. Hay factores de riesgo (FR) no modificables que inciden en el desarrollo de las ENT, como la edad, sexo, etnia.

Se incluyen en éste grupo de ECNT, a las enfermedades cardiovasculares, cerebro vasculares, cáncer, diabetes, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), problemas articulares (artritis, artrosis) y otros.

Algunos riesgos para ECNT, son: obesidad, síndrome metabólico, dislipidemias, hipertensión arterial.

1.3. Generalidades

1.3.1 Obesidad

Trastorno metabólico crónico, de origen multifactorial, caracterizado por exceso de tejido adiposo corporal. Se determina en el adulto a través del cálculo de su IMC superior a 30 Kg/m². La diabetes se observa diez veces más entre quienes tienen obesidad moderada que en la población que tiene un peso normal.

La obesidad está asociada a altos costos en salud y reducida productividad, constituye un riesgo para el desarrollo de enfermedades cardio vasculares, cáncer y discapacidad adquirida, está en relación estrecha con determinantes sociales como pobreza y educación, transición nutricional, dietas no saludables y escasa actividad física, empieza con mucha frecuencia durante el embarazo y la infancia.

1.3.2 Diabetes¹

El término diabetes mellitus (DM) describe un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina.

En la Diabetes Tipo 1, las células beta se destruyen, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina. Sus primeras manifestaciones clínicas suelen ocurrir alrededor de la pubertad, cuando ya la función se ha perdido en alto grado y la insulino terapia es necesaria para que la persona sobreviva.

Sin embargo, existe una forma de presentación de lenta progresión que inicialmente puede no requerir insulina y tiende a manifestarse en etapas tempranas de la vida adulta.

A este grupo pertenecen aquellos casos denominados por algunos como diabetes autoinmune latente del adulto (LADA). Recientemente se ha reportado una forma de diabetes tipo 1 que requiere insulina en forma transitoria y no está mediada por autoinmunidad.

La etiología de la destrucción de las células beta es generalmente autoinmune; pero existen casos de DM1 de origen idiopático, donde la medición de los anticuerpos conocidos da resultados negativos.

La Diabetes Tipo 2, se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante. Ambos fenómenos deben estar presentes en algún momento para que se eleve la glucemia.

El exceso de peso sugiere la presencia de resistencia a la insulina mientras que la pérdida de peso sugiere una reducción progresiva en la producción de la hormona. Aunque este

¹ Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2-2008

tipo de diabetes se presenta principalmente en el adulto, su frecuencia está aumentada en niños y adolescentes obesos.

1.3.3 Hipertensión Arterial

Elevación persistente de la presión arterial sistólica y/o diastólica, por encima de los límites considerados como normales y es un factor de riesgo cardiovascular.

1.3.4 Dislipidemias

Cualquier situación clínica en la cual existan concentraciones anormales de colesterol total, colesterol de alta densidad, colesterol de baja densidad o triglicéridos se considera un factor de riesgo de las cardiovasculares

1.3.5 Enfermedades Cerebro Vasculares y Cardiovasculares

La aterosclerosis es precursora de la enfermedad cardiovascular, es la aparición de placas constituidas por un núcleo de lípidos, principalmente colesterol; su crecimiento obstruye la arteria dando lugar a la isquemia y a la migración de placas o trombos y/o ruptura concomitante de los vasos complicados; concluyéndose que las dislipidemias son los factores de riesgo lipídicos más importantes para que se presente la enfermedad vascular; en particular la cardiopatía coronaria y la enfermedad cerebro vascular son problemas graves y crecientes en poblaciones de bajos y medianos ingresos. Los pacientes con enfermedades cardiovasculares están expuestos a un riesgo muy alto de sufrir otros episodios de enfermedad potencialmente mortales, es importante tomar medidas asequibles para reducir episodios vasculares recurrentes, que incluyan cambios de estilos de vida, tratamiento farmacológico y procedimientos quirúrgicos de ser necesarios.

La enfermedad cardio vascular es la causa más importante de enfermedad no transmisible, y la cardiopatía coronaria junto con la enfermedad cerebro vascular, contribuyen a la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, éstas presentan un aumento sostenido en las poblaciones de bajos y medianos ingresos.

Se producen tres defunciones por enfermedades cardiovasculares por cada defunción por enfermedades infecciosas parasitarias en personas de edad media (antes de los 70 años).

1.3.5.1 Enfermedades Cardiovasculares²

Las enfermedades cardiovasculares (ECV), del corazón y de los vasos sanguíneos, son:

- La cardiopatía coronaria – enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco (miocardio);
- Las enfermedades cerebro vasculares – enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro;
- Las arteriopatías periféricas – enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores;

² Enfermedades cardiovasculares. Nota informativa. Enero de 2011

- La cardiopatía reumática – lesiones del miocardio y de las válvulas cardíacas debidas a la fiebre reumática, una enfermedad causada por estreptococos;
- Las cardiopatías congénitas – malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento; no consideradas en términos epidemiológicos dentro de las ECNT y
- Las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares – coágulos de sangre (trombos) en las venas de las piernas, que pueden desprenderse (émbolos) y alojarse en los vasos del corazón y los pulmones.

Los infartos de miocardio y los accidentes vasculares cerebrales (AVC) suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro. La causa más frecuente es la formación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos que irrigan el corazón o el cerebro. Los AVC también pueden deberse a hemorragias de los vasos cerebrales o coágulos de sangre.

1.3.5.2 Enfermedad Vascular Cerebral³

La Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) se define como un síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de síntomas y/o signos correspondientes usualmente a afección neurológica focal, y que persiste más de 24 horas, sin otra causa aparente que el origen vascular.

La EVC, como síndrome, es producida por una gran cantidad de patologías diversas, que terminan en la oclusión y/o ruptura de un vaso arterial o venoso. Los grandes grupos de EVC conocidos se dividen en: isquemia cerebral, hemorragia cerebral, y trombosis venosa cerebral, los infartos cerebrales representan el 58% de los eventos, la hemorragia cerebral el 34%, y la trombosis venosa cerebral el 7%

El infarto cerebral (IC) es comúnmente llamado embolia cerebral, hace referencia a la oclusión súbita de una arteria cerebral que conlleva a la muerte del tejido cerebral que es nutrido por esa arteria, es la muerte del tejido cerebral secundaria a la oclusión de una arteria. Es la entidad clínica que más secuelas crónicas deja, que altera al individuo que la padece, a la familia y su entorno, con impacto en la vida de toda la comunidad.

1.3.6 Cáncer⁴

El término «cáncer» es genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de los límites normales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo y propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer.

Las localizaciones más frecuentes de cáncer en el Ecuador son, en los hombres: próstata, piel, estómago, sistema hematopoyético, ganglios linfáticos y pulmón. En las mujeres: piel mama, cuello del útero, estómago, tiroides y sistema hematopoyético.⁵

³ Estrategia Paso a Paso de la OMS para la Vigilancia de Accidentes Cerebro vasculares 2005

⁴ www.who.int/mediacentre/factsheets/.../index.html

⁵ Registro Nacional de Tumores, Convenio SOLCA, MSP, INEC. Epidemiología del Cáncer en Quito 2003-2005. Junio 2009

La detección oportuna de cáncer en el primer nivel de atención es imprescindible, sobre todo de mama y cérvix en la mujer. Debido a la contaminación del ambiente con carcinógenos y el tabaquismo, el cáncer pulmonar, cáncer en otras localizaciones y las enfermedades crónicas respiratorias han ido en aumento.

Es importante intervenir en riesgos identificados causantes del cáncer, como: obesidad, humo de tabaco, alcohol, carcinógenos ambientales, sedentarismo y algunos agentes infecciosos (HPV, Hepatitis B y C, helicobacter pylori).

1.3.7 Enfermedades crónicas respiratorias⁶

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) no es una sola enfermedad, sino un concepto general que designa diversas dolencias pulmonares crónicas que limitan el flujo de aire en los pulmones. Los términos más familiares 'bronquitis crónicas' y 'el enfisema' se incluyen en la diagnosis de la EPOC⁷.

Los síntomas más comunes son la disnea, o "falta de aliento", una excesiva producción de esputo y una tos crónica.

Los factores de riesgo de EPOC más importantes son:

- Tabaquismo
- Contaminación del aire en locales cerrados (combustible de biomasa usado para cocinar y como medio de calefacción)
- Contaminación del aire exterior
- Polvos y productos químicos (vapores, sustancias irritantes y gases) en el medio laboral

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica - EPOC, no es sólo la "tos del fumador", sino una enfermedad pulmonar potencialmente mortal que conduce de forma progresiva a la muerte.

Según estimaciones recientes de la OMS (2007), actualmente unos 210 millones de personas sufren una EPOC, y 3 millones de personas fallecieron por esa causa en el 2005.

La OMS vaticina que la EPOC se habrá convertido en la cuarta causa de muerte en todo el mundo en el 2030.

⁶ www.who.int/respiratory/copd/es/index.html

CAPÍTULO II

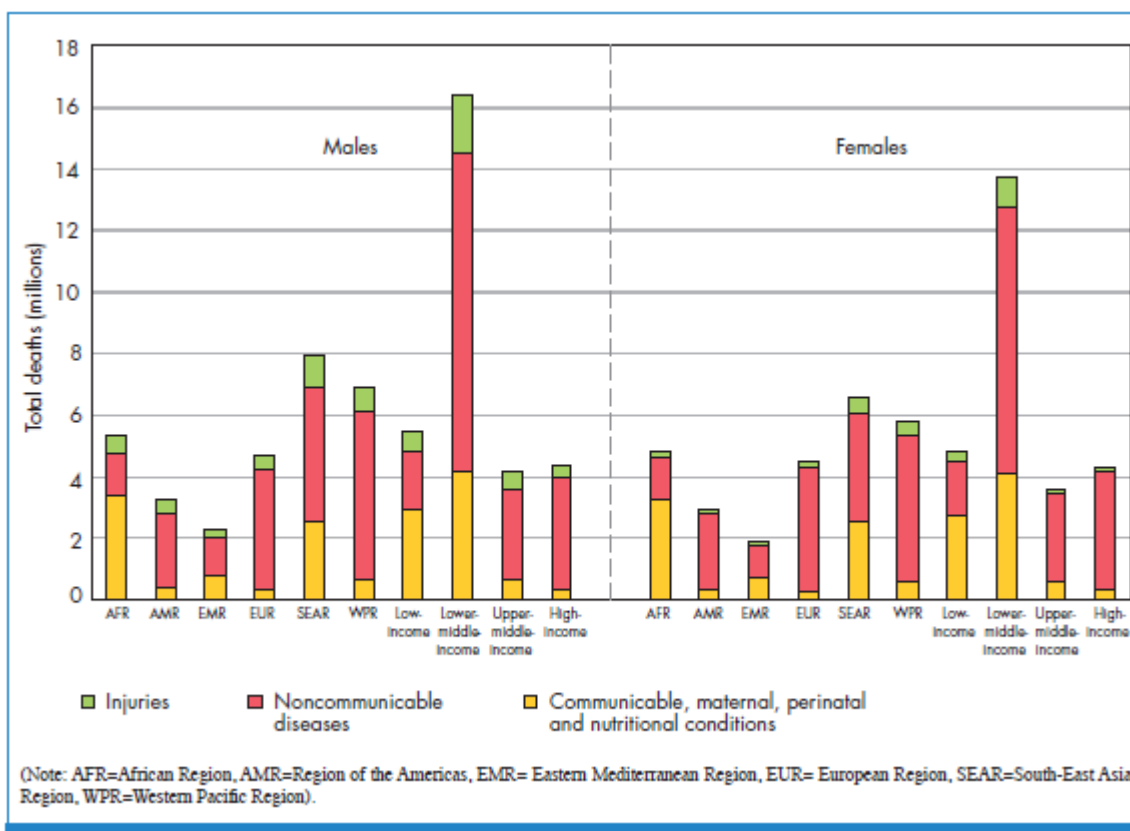
2. MARCO GENERAL

Las ECNT, representan una grande y creciente carga de morbilidad del 43%. Son causa del 59% de las defunciones. Para el 2020, aumentará a 73% las defunciones y 60% la carga de morbilidad, con desmedro de la económica familiar y repercusión en la economía de los países⁸.

Los factores de riesgo modificables son responsables de aproximadamente un 80% de los casos de cardiopatía coronaria y enfermedad cerebro vascular.

En el mundo, la carga de las ECNT es aún mayor en relación con otro tipo de eventos: injurias, enfermedades transmisibles, condiciones nutricionales, enfermedades alrededor del nacimiento y de la madre, (ver gráfico).

TOTAL DE DEFUNCIONES POR GRUPOS DE CAUSA, SEXO Y REGIONES⁹



⁸ www.who.int/ncd_surveillance/.../es/index.html- Estrategia de la OMS de Vigilancia de las ENT

⁹ Global status report on noncommunicable diseases 2010 de la OMS

También hay una serie de determinantes subyacentes de las enfermedades crónicas, es decir, "las causas de las causas", que son un reflejo de las principales fuerzas que rigen los cambios sociales, económicos y culturales, como: la globalización, la urbanización y el envejecimiento de la población. Otros determinantes de las enfermedades cardiovasculares son la pobreza y el estrés.

Es importante rescatar que en las grandes urbes se tiene más problemas de alimentación en la edad escolar y adolescencia por el consumo de bebidas hipercalóricas, exceso de carbohidratos y grasas, hay probablemente mayor consumo de alcohol, tabaco y estrés; además de contaminación y cambios ambientales, propagandas y mensajes en medios de comunicación que no facilitan la adopción de estilos de vida saludable, todo ello repercute con manifestaciones clínicas en la vida del niño/a, adolescente, adulto y adulto mayor.

Las comodidades instaladas en los centros comerciales e Instituciones, facilitan el sedentarismo; la falta de tiempo para preparar los alimentos en casa y el poco tiempo para la buena digestión repercuten en la salud del individuo y la colectividad.

En conjunto todo éste desorden en la alimentación, hábitos y actividades puede alterar el metabolismo del individuo, aumentando su masa grasa y corporal que incide en el aumento de peso, problemas de salud que constituyen factores de riesgo prevenibles que se manifiestan como: obesidad, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, cerebro vasculares, diabetes, cáncer, EPOC; enfermedades que ocupan las primeras causas de mortalidad en nuestro país.

El cáncer a pesar de ser una enfermedad no transmisible, más silenciosa que las antes mencionadas, se manifiesta por lo general en etapa avanzada de la enfermedad, es considerada como una enfermedad catastrófica.

Si se hace referencia al área rural, el entorno ambiental es más saludable, se conserva la costumbre de caminar y de comer en casa, pero se ve con mayor frecuencia la desnutrición que puede llevar a diabetes por desnutrición. La desnutrición y obesidad están relacionadas no solo con el consumo de alimentos si no también con determinantes sociales como la pobreza. La madre desnutrida que concibe un niño desnutrido, el momento que logra alimentarse mejor experimenta un cambio y trastorno metabólico que con lleva a la obesidad. Es decir la obesidad que es un factor de riesgo para las enfermedades crónicas no es un problema de ricos que tienen posibilidad de consumo, como antes se pensaba.¹⁰

Cuando se manifiestan los síntomas de las ECNT, dependen de por vida de medicamentos que deterioran la economía de las familias.

En las áreas rurales se encuentran mayor número de poblaciones indígenas, afroecuatorianas, montubias y mestizos con mayor índice de pobreza y menor nivel de instrucción, que inciden en las condiciones y calidad de vida relacionadas con las ECNT.

Es un hecho que las mujeres son más afectadas por cuanto su esperanza de vida es mayor, los años de vida potencialmente perdidos tienen un importante impacto en su vida

¹⁰ [revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/.Influencia de los nutrientes sobre la función endotelial-Dr. Patricio López Jaramillo](http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/.Influencia%20de%20los%20nutrientes%20sobre%20la%20funci%C3%B3n%20endotelial-Dr.%20Patricio%20L%C3%B3pez%20Jaramillo)

productiva, que repercute en la economía del país. Sin embargo también es preocupante que en los hombres actualmente haya un descuido por acudir a los servicios de salud para prevenir ECNT y que su muerte prematura justamente se deba a ellas.

El pueblo afro ecuatoriano tiene mayor probabilidad de presentar hipertensión arterial a edad temprana.

En la Amazonía, en la zona rural, en empleados en la minería, trabajadores florícolas por la contaminación del suelo y del medio ambiente en general; se han manifestado síntomas compatibles con enfermedades crónicas como el cáncer y se manifiesta también en población joven por el consumo de tabaco, consumo de alimentos ahumados excesivo consumo de alimentos con de preservantes y colorantes.

Se hace necesario trabajar intersectorialmente y con la industria para que los alimentos que se procesan sean menos dañinos, en su contenido de azúcares, grasas trans, de sal y otros aditivos.

Los medios de comunicación deben trabajar coordinadamente con salud para la prevención del consumo de alcohol, tabaco, así como la necesidad de mantener un peso saludable.

Para el 2002, las cardiopatías isquémicas y los accidentes cerebro vasculares, fueron las dos primeras causas de muerte en el mundo; para el año 2000 en la región de las Américas este grupo fue la principal causa de muerte en mujeres de 15 a 69 años y la segunda causa en los hombres en el mismo grupo de edad, después de las causas externas.

Para el 2010, 70 a 80% de las defunciones fueron por enfermedades coronarias, cerebro vasculares y sus complicaciones. El 23% de estas se produjeron en menores de 60 años, enfermedades que traspasan los límites internacionales, socio económicos o de género, y la mayoría son prevenibles y controlables, mediante, acciones colectivas e individuales, sencillas y costo efectivas; basadas en un modelo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las comunidades; dirigidas a disminuir los factores de riesgo.

Las causas de las enfermedades cardiovasculares y accidente cerebro vascular, más importantes de cardiopatía son los llamados "factores de riesgo modificables": dieta inadecuada, falta de actividad física y consumo de tabaco.

Los efectos de la dieta inadecuada y falta de actividad física pueden manifestarse como "factores de riesgo intermedios": aumento de la tensión arterial, del azúcar y los lípidos de la sangre, sobrepeso y obesidad.

CAPÍTULO III

3. MARCO LEGAL

El Marco Legal Constitucional y leyes conexas de salud del Ecuador está colmado en derechos para la población y busca alcanzar el Buen Vivir, sus artículos son extremadamente explícitos como se verá a continuación.

3.1. CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA¹¹

Art 32.- “La Salud es un Derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”.

...La prestación de los servicios de salud, se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 46.- -El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes”:

9. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

3.2. LEY ORGÁNICA DE SALUD¹²

Art. 3.- Señala que la salud es el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

“**Art.6.-** Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

... 5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios (...).

...10. Emitir políticas y normas para regular y evitar el consumo del tabaco, bebidas

¹¹ Constitución de la República del Ecuador 2008

¹² Ley Orgánica de Salud 2006

alcohólicas y otras sustancias que afectan la salud;

13. Regular, vigilar y tomar las medidas destinadas a proteger la salud humana ante los riesgos y daños que pueden provocar las condiciones del ambiente;
18. Regular y realizar el control sanitario de la producción, importación, distribución, almacenamiento, transporte, comercialización, dispensación y expendio de alimentos procesados, medicamentos y otros productos para uso y consumo humano; así como los sistemas y procedimientos que garanticen su inocuidad, seguridad y calidad, (...)
20. Formular políticas y desarrollar estrategias y programas para garantizar el acceso y la disponibilidad de medicamentos de calidad, al menor costo para la población, con énfasis en programas de medicamentos genéricos;
21. Regular y controlar toda forma de publicidad y promoción que atente contra la salud e induzcan comportamientos que la afecten negativamente;
22. Regular, controlar o prohibir en casos necesarios, en coordinación con otros organismos competentes, la producción, importación, comercialización, publicidad y uso de sustancias tóxicas o peligrosas que constituyan riesgo para la salud de las personas;
28. Diseñar en coordinación con el Ministerio de Educación y Cultura y otras organizaciones competentes, programas de promoción y educación para la salud, a ser aplicados en los establecimientos educativos estatales, privados, municipales y fiscomisionales;
29. Desarrollar y promover estrategias, planes y programas de información, educación y comunicación social en salud, en coordinación con instituciones y organizaciones competentes;

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

...b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República;

c) Vivir en un ambiente sano, ecológicamente equilibrado y libre de contaminación;

Art. 12.- “La comunicación social en salud estará orientada a desarrollar en la población hábitos y estilos de vida saludables, desestimular conductas nocivas, fomentar la igualdad entre los géneros, desarrollar conciencia sobre la importancia del autocuidado y la participación ciudadana en salud”.

Los medios de comunicación social, en cumplimiento de lo previsto en la ley, asignarán espacios permanentes, sin costo para el Estado, para la difusión de programas y mensajes educativos e informativos en salud dirigidos a la población, de acuerdo a las producciones que obligatoriamente, para este efecto, elaborará y entregará trimestralmente la autoridad sanitaria nacional.

La autoridad sanitaria nacional regulará y controlará la difusión de programas o mensajes, para evitar que sus contenidos resulten nocivos para la salud física y psicológica de las personas, en especial de niños, niñas y adolescentes”.

Art. 16.- –El Estado establecerá una política intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional, que propenda a eliminar los malos hábitos alimenticios, respete y fomente los conocimientos y prácticas alimentarias tradicionales, así como el uso y consumo de productos y alimentos propios de cada región y garantizará a las personas, el acceso permanente a alimentos sanos, variados, nutritivos, inocuos y suficientes”.

Art. 38.- “ Declárase como problema de salud pública al consumo de tabaco y al consumo excesivo de bebidas alcohólicas, así como al consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, fuera del ámbito terapéutico.

Es responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, en coordinación con otros organismos competentes, adoptar medidas para evitar el consumo del tabaco y de bebidas alcohólicas, en todas sus formas, así como dotar a la población de un ambiente saludable, para promover y apoyar el abandono de estos hábitos perjudiciales para la salud humana, individual y colectiva.

Los servicios de salud ejecutarán acciones de atención integral dirigidas a las personas afectadas por el consumo y exposición al humo del tabaco, el alcoholismo, o por el consumo nocivo de psicotrópicos, estupefacientes y otras sustancias que generan dependencia, orientadas a su recuperación, rehabilitación y reinserción social”.

Art. 48.- –La publicidad de bebidas alcohólicas por ningún motivo se vinculará a la salud, al éxito deportivo o a la imagen de la mujer como símbolo sexual. La autoridad sanitaria nacional vigilará y controlará el cumplimiento de esta disposición”.

Art. 69.- “La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico — degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.

Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos.

Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables”.

3.3. PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR¹³

El derecho al buen vivir de toda la población es el horizonte fundamental de la acción del Estado plasmado en la Constitución, que implica garantizar:

¹³ Plan Nacional del Buen Vivir 2009 -2013

- ii) salud universal de calidad, con acceso permanente, oportuno y sin exclusión,
- iii) acceso a agua segura y permanente, y a alimentos sanos, suficientes y nutritivos,
- iv) hábitat seguro y saludable y a una vivienda adecuada y digna,

Además debe profundizar las intervenciones en los grupos de atención prioritaria.

En este marco se construye el Plan Nacional de Desarrollo y las Agendas Sectoriales, como guías que reflejan las transformaciones requeridas para lograr el cumplimiento efectivo de los derechos.

Objetivo 2:

2.1. Asegurar una alimentación sana, nutritiva, natural y con productos del medio para disminuir drásticamente las deficiencias nutricionales.

Objetivo 3:

Mejorar la calidad de vida de la población.

La calidad de vida alude directamente al Buen Vivir en todas las facetas de las personas, pues se vincula con la creación de condiciones para satisfacer sus necesidades materiales, psicológicas, sociales y ecológicas.

- 3.1. Promover prácticas de vida saludable en la población.
- 3.2. Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad.
- 3.3. Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.
- 3.4. Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural.

Objetivo 4:

- 4.4. Prevenir, controlar y mitigar la contaminación ambiental como aporte para el mejoramiento de la calidad de vida.

3.4. AGENDA SOCIAL¹⁴

La Agenda Social se construye a partir de un enfoque estratégico del sector social que concibe el desarrollo social como un proceso dinámico fundamentado en protección social a grupos vulnerables

La gran ruptura que involucra a salud es:

Mejorar la calidad de vida de la población

- El Estado quiere universalizar, de manera progresiva, el acceso permanente, oportuno, gratuito y sin exclusión a una atención de salud integral, por ciclos de vida, con calidad y calidez, enfatizando la promoción y prevención.
- También se quiere garantizar el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable, tanto individual como colectiva, y reconociendo la diversidad social y cultural.

¹⁴ Agenda Social 2010

CAPÍTULO IV

4. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

4.1. EL PROBLEMA EN EL MUNDO Y LAS AMÉRICAS:

La distribución mundial de defunciones por enfermedades no transmisibles en poblaciones de todas las edades, para el año 2005, por grupos de ingresos del Banco Mundial es la siguiente:

- En países de altos ingresos, las defunciones por enfermedades crónicas fueron de un 20%;
- En países de ingresos medios altos las defunciones fueron del 8%;
- En países de bajos ingresos las defunciones fueron del 35%;
- En países de ingresos medios bajos las defunciones fueron del 37%.

Las defunciones por enfermedades no transmisibles en los dos grupos de países con ingresos bajos y medio bajos, suman el 72% del total.¹⁵

El 85% del cuidado de la salud, fue utilizado en personas con enfermedades crónicas y el 15% restante en personas sin enfermedades crónicas.

Los siguientes servicios son que utilizan más frecuentemente las personas con enfermedades no transmisibles:

- 99% visitas para el cuidado de la salud en casa;
- 92% prescripciones de drogas
- 82% hospitalizaciones
- 79% visitas a especialistas.

Las principales causas de muerte en las Américas en las mujeres son las enfermedades isquémicas del corazón, le siguen las enfermedades cerebro vasculares, diabetes mellitus, enfermedades crónicas del sistema respiratorio bajo.

En los hombres las principales causas son enfermedades isquémicas del corazón, las cerebro vasculares, neoplasia maligna de tráquea, bronquios, pulmón y enfermedades crónicas del sistema respiratorio bajo.

¹⁵ Presentación Dr. Pedro Orduñez OPS/OMS Washington-2011

El promedio anual del gasto de bolsillo para el cuidado de la salud es de 623 dólares y el promedio anual del gasto de bolsillo para las personas con una o más enfermedades crónicas es de 1024 dólares. El mayor gasto se debe a la compra de medicinas.

Se espera que para el año 2030, el 20% de la población tenga 65 años y más y padezca de una o más enfermedades crónicas.

Las defunciones por enfermedades cardiovasculares, corresponden al 30% de todas las muertes.

46% en menores de 70 años.

79% de la carga de morbilidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares ocurre antes de 70 años¹⁶.

El 90% de los individuos que tienen presión arterial normal a los 55 años de edad desarrollarán hipertensión arterial en algún momento en el curso de su vida.¹⁷

En personas mayores de 50 años, la presión arterial sistólica por encima de 140 mm HG es un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular mucho más importante que la presión arterial diastólica.

La mayoría de pacientes con hipertensión requerirán dos o más medicamentos antihipertensivos para conseguir la meta de control que es de < 140/90 mm Hg o 130/80 en personas con diabetes o con enfermedad renal crónica.

Las enfermedades cardiovasculares son una prioridad de la salud pública, el tratamiento de la hipertensión es una estrategia apropiada para disminuir la mortalidad cardiovascular, reduce el riesgo de enfermedades cerebro vasculares, isquemia del corazón y renal.

Las enfermedades cardiovasculares (cardíacas y cerebro vasculares) son el principal problema de salud pública de la región:

- Principal causa de muerte, discapacidad y mortalidad prematura.

¹⁶ Presentación Dr. Pedro Orduñez OPS/OMS Washington-2011.

¹⁷ Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial 2009.

- Distribución desigual y evitable. Afectan especialmente a los pobres (individuos, comunidades y países).
- Impacto económico catastrófico para los gobiernos, los ciudadanos, las familias y la sociedad como un todo.

En relación a la diabetes se puede señalar que:

- La diabetes es una enfermedad crónica caracterizada por un alto nivel de azúcar en sangre. Afecta al 5-6% del total de la población adulta mundial.
- 171 millones de personas en el mundo viven con diabetes y que ascenderá a 300 millones en el 2030.
- En las Américas el estimado de personas con diabetes ascendió de 13.3 millones en el 2000 y para el 2030 se proyecta en 32.9 millones.
- Los escasos estudios de la atención de la diabetes en América Latina y el Caribe han demostrado ser sub óptimos¹⁸
- La prevalencia de diabetes tipo 2 aumenta a un ritmo alarmante en todo el mundo debido al incremento de la urbanización, alta prevalencia de obesidad, la vida sedentaria y el estrés.
- Hasta un 80% de los casos de diabetes tipo 2 se puede prevenir mediante la adopción de una dieta sana y el aumento de la actividad física.
- La diabetes es responsable de más de un millón de defunciones anuales.
- Las personas con diabetes tienen entre 15 y 40 veces más probabilidades de necesitar amputación de extremidad inferior que la población general.
- La diabetes es la mayor causa de insuficiencia renal en países en desarrollo y es responsable de enormes gastos por diálisis renal.
- La diabetes tipo 2 se ha convertido en la afección más frecuente en personas con insuficiencia renal en países del mundo occidental.
- La incidencia documentada varía entre un 30% y 40% en países como Alemania, EEUU.
- Entre el 10% y 20% de las personas con diabetes mueren por insuficiencia renal.
- Se calcula que más de 2.5 millones de personas en el mundo están afectadas de retinitis diabética.
- La retinitis diabética es la principal causa de pérdida de visión en adultos en edad laboral (de 20 a 65 años) en países industrializados.
- Por término medio, las personas con diabetes tipo 2 morirán entre 5 y 10 años antes que las personas sin diabetes, especialmente debido a enfermedades cardiovasculares.

¹⁸ Paso a paso en la educación de la Diabetes OPS/OMS 2009

- Las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de muerte por diabetes, representan el 50% del total de fallecimientos y de gran parte de las discapacidades.

Las personas con diabetes tipo 2 tienen el doble de probabilidad de sufrir infarto de miocardio o una hemorragia cerebral que las personas sin diabetes. De hecho, las personas con diabetes tipo 2 tienen tantas probabilidades de sufrir un infarto de miocardio como las personas sin diabetes que ya han sufrido un infarto de miocardio.

Las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas aunque se pueden prevenir, no están todavía en la agenda política de muchos países y no forman parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio-ODM.

En relación al cáncer:

- El cáncer es la primera causa de mortalidad a nivel mundial; se le atribuyen 7,6 millones de defunciones ocurridas en 2008 (aproximadamente, un 13% del total)¹
- El consumo de tabaco es un importante factor de riesgo de contraer cáncer. El consumo nocivo de alcohol, la mala alimentación y la inactividad física son otros factores de riesgo importantes.
- Ciertas infecciones causan hasta un 20% de las muertes por cáncer en los países de ingresos bajos y medianos, y un 9% en los países de ingresos altos.
- Más del 30% de las defunciones por cáncer son prevenibles.
- El cáncer comienza con una modificación en una sola célula, que puede haber sido iniciada por agentes externos o por factores genéticos heredados.
- Se prevé que las muertes por cáncer en todo el mundo seguirán aumentando y pasarán de los 11 millones en 2030.

4.1.1 RESPUESTA DE LAS AMÉRICAS ANTE EL PROBLEMA

La Respuesta global ante las ECNT:

- En el año 2000, se define la estrategia global para la prevención y control de las ECNT.
- En el año 2003, se aprobó el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, hasta mediados del 2011, la mayoría de los países de la región, lo han ratificado, restan hacerlo: Argentina, Cuba, el Salvador, Haití, República Dominicana, Saint Kitts, Nevis, USA.
- En el 2004, se define la estrategia global para la dieta y actividad física en la salud.
- En el 2007, la resolución WHA 60.23 sobre la prevención y control de las ECNT que se refiere a la implementación de la estrategia global.
- En el 2008, la Resolución WHA 61.4 estrategia para reducir el daño por el consumo de alcohol.
- En el 2008-2013 el plan de acción para la estrategia global de prevención y control de las ECNT.

4.2 SITUACIÓN EN EL ECUADOR

El Ecuador es un país plurinacional, multicultural y diverso, con 14 nacionalidades y 18 pueblos indígenas, un pueblo afro ecuatoriano, un pueblo montubio y un pueblo mestizo; con un área total territorial de superficie de 256.370 km²; con 55,8 habitantes por km²; con un total de población estimada para el año 2010, de 14'306.876 habitantes¹⁹.

Las provincias con mayor número de habitantes son: Guayas, Pichincha, Manabí, Los Ríos, Azuay, El Oro, Tungurahua y Loja en ese orden²⁰; el 63.5% vive en el área urbana y el 36.5% reside en el área rural; el 50,5% son mujeres y el 49.5% son hombres.

El Ecuador tiene una población joven, el 50,2% es menor a 25 años; el 37,6% está entre los 25 y 54 años y solo el 12.1% sobrepasa los 55 años de edad. Tiene una tasa de crecimiento anual de población de 1.5 % (INEC 2008)²¹.

La esperanza de vida ha ido aumentando desde 1985, que en los hombres fue de 55.3 años y en las mujeres de 69.9 años, hasta que en el periodo 2005 al 2010, en los hombres alcanzó 72.1 años y en las mujeres de 78 años²², en ambos sexos fue de 75 años.

Mientras que la tasa de fecundidad ha evolucionado desde 1960, cuando la mujer tenía un promedio de 6.7 hijos, hasta que en el año 2010 su promedio fue de 2.6 hijos.²³

El país está conformado por un total de 9 Zonas. Ver mapa adjunto.

Zona 1 comprende a las provincias de: Esmeraldas, Imbabura, Carchi y Sucumbíos.

Zona 2 comprende las provincias de: Pichincha, Napo y Orellana

Zona 3: Cotopaxi, Chimborazo, Tungurahua y Pastaza

Zona 4: Manabí y Santo Domingo de los Tsáchilas

Zona 5: Península de Santa Elena, Guayas, Los Ríos, Bolívar

Zona 6: Cañar, Azuay y Morona Santiago

Zona 7: El Oro, Loja y Zamora Chinchipe.

Zona 8: Distrito Metropolitano de Quito

Zona 9: Distrito Metropolitano de Guayaquil

La reestructura territorial incluye 137 distritos, cada uno con una población aproximada de 90.000 habitantes.

¹⁹ INEC-VII Censo de Población y VI de Vivienda 2010 (Datos Preliminares)

²⁰ Ídem

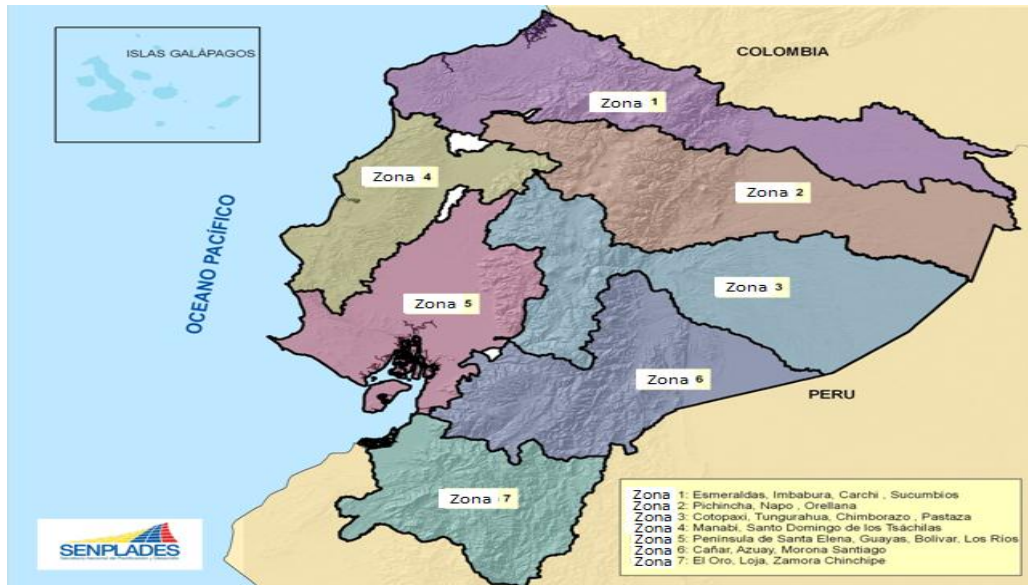
²¹ *Plan Estratégico Nacional del Ministerio de Salud Pública 2009 – 2013. Elaboración 2009*

²² INEC Esperanza de Vida: Ecuador 1985 – 2010

²³ INEC Esperanza de Vida: Ecuador 1985 – 2010

Las parroquias pasan a ser consideradas circuitos, cada circuito con una población aproximada de 11.000 habitantes, y en total hay 1200 circuitos; ocho circuitos conforman un distrito²⁴

ZONIFICACIÓN TERRITORIAL



²⁴ SENPLADES 2011

4.2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

4.2.1.1. METODOLOGÍA:

Se realizó análisis simple: frecuencias simples y bivariado estratificado: mortalidad por E CNT 1997 – 2009, lista mínima de la tendencia de mortalidad por tasas, lista mínima de la tendencia por tasas de AVPP, análisis de datos individuales por causas seleccionadas con datos exclusivamente de enfermedades como causa de MORTALIDAD.

Los datos mencionados fueron recolectados en el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), de los años 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 (frecuencia quinquenal).

Se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente (CIE-10) dentro de la cual, se procesaron datos de tres dígitos y la clasificación de 103 causas agrupadas, con el programa SPSS 13.0 y Excel 2007.

Con el propósito de realizar análisis comparativo con datos de otros países, los datos se procesaron con la herramienta de recolección de OPS/OMS “Vigilancia de Enfermedades Crónicas (VENT)”, en su literal I: “Mortalidad por Enfermedades Crónicas”.

Cabe resaltar que para el cálculo de AVPP se usa la fórmula de OPS/OMS²⁵:

$$\left(\frac{(\text{Expectativa de vida estimada} - \text{edad promedio en muertes prematuras}) \times \text{número de muertes prematuras}}{\text{Población debajo de la expectativa de vida estimada}} \right) 100.000$$

Para el cálculo se han utilizado datos del 2005 al 2010: ambos sexos: 75,0; Hombres: 72,1; Mujeres: 78,0; en el mismo período con una tasa de fecundidad de 2,6.

Cabe señalar que para el análisis de los indicadores se tomó en cuenta solo las causas de mortalidad por ECNT, y se priorizó a las enfermedades cardiovasculares, cerebro vasculares, hipertensión, diabetes; patologías que ocupan los primeros lugares como causa de mortalidad en nuestro país.

4.2.1.2. FRECUENCIAS SIMPLES

Se inicia por la presentación de datos “puros” respecto a la mortalidad por cada patología a nivel nacional, con el propósito de observar el comportamiento de estas.

Por tratarse de enfermedades crónicas, se ha estimado necesario analizar la tendencia de dos años con un intervalo de 12 años y se ha escogido al azar al año 1997 y 2009.

Es importante indicar que exclusivamente en estos cuadros se procesaron datos de ambos sexos y de todas las edades.

Se presentan las 10 primeras causas de mortalidad, sin embargo se incluyen también “Síntomas Signos y Hallazgos Anormales Clínicos y de Laboratorio No Clasificados”.

²⁵ OPS / OMS Conjunto de Datos Básicos, expandidos y opcionales para las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Violencia y Lesiones. 2008

Respecto a los síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados, en el año 1997, se registró un porcentaje mayor en relación al 2009, aparentemente mejoró el registro (ver cuadros N° 1 - 6), sin embargo aún se evidencian inconvenientes pues ésta persiste como primera causa de mortalidad.

4.2.1.2.1. MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES 1997 - 2009

CUADRO N° 1: FRECUENCIAS DE MORTALIDAD EN HOMBRES - AÑO 1997²⁶

| | | # CASOS HOMBRES | % | % ACUM |
|----|--|-----------------|--------|--------|
| 1 | 094 SINTOM SIGN Y HALLAZG ANORMALS CLIN YDELABORAT NO CLAS | 3686 | 12.56% | 12.56% |
| 2 | 068 OTRAS ENFERMEDADES DEL CORAZON | 1751 | 5.97% | 18.53% |
| 3 | 103 TODAS LAS DEMAS CAUSAS EXTERNAS | 1730 | 5.89% | 24.42% |
| 4 | 096 ACCIDENTES DE TRANSPORTE | 1607 | 5.48% | 29.90% |
| 5 | 102 AGRESIONES | 1376 | 4.69% | 34.59% |
| 6 | 074 NEUMONIA | 1323 | 4.51% | 39.09% |
| 7 | 092 CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL | 1209 | 4.12% | 43.21% |
| 8 | 067 ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON | 1172 | 3.99% | 47.21% |
| 9 | 069 ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES | 1146 | 3.90% | 51.11% |
| 10 | 066 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS | 1121 | 3.82% | 54.93% |
| 11 | 080 ENFERMEDADES DEL HIGADO | 927 | 3.16% | 58.09% |

En 1997, la primera causa de mortalidad en hombres por ECNT, se debía a otras enfermedades del corazón, le sigue enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebro vasculares y enfermedades hipertensivas, es decir 4 ECNT, fueron las que ocuparon los primeros lugares como causa de mortalidad (ver cuadro No.1).

CUADRO N° 2: FRECUENCIAS DE MORTALIDAD EN HOMBRES - AÑO 2009²⁷

| | | # CASOS HOMBRES | % | % ACUM |
|----|--|-----------------|-------|--------|
| 1 | 094 SINTOM SIGN Y HALLAZG ANORMALS CLIN YDELABORAT NO CLAS | 3022 | 8.92% | 8.92% |
| 2 | 096 ACCIDENTES DE TRANSPORTE | 2566 | 7.58% | 16.50% |
| 3 | 102 AGRESIONES | 1992 | 5.88% | 22.38% |
| 4 | 069 ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES | 1937 | 5.72% | 28.10% |
| 5 | 052 DIABETES MELLITUS | 1875 | 5.54% | 33.64% |
| 6 | 103 TODAS LAS DEMAS CAUSAS EXTERNAS | 1733 | 5.12% | 38.75% |
| 7 | 068 OTRAS ENFERMEDADES DEL CORAZON | 1630 | 4.81% | 43.57% |
| 8 | 066 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS | 1599 | 4.72% | 48.29% |
| 9 | 074 NEUMONIA | 1570 | 4.64% | 52.92% |
| 10 | 067 ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON | 1361 | 4.02% | 56.94% |
| 11 | 080 ENFERMEDADES DEL HIGADO | 1186 | 3.50% | 60.44% |

En el 2009, la primera causa de muerte por ECNT, se debió a enfermedades cerebro vasculares, le sigue la diabetes mellitus, luego otras enfermedades del corazón, enfermedades hipertensivas; (la neumonía aunque aumenta en número desciende de lugar), finalmente enfermedades isquémicas del corazón. Llama la atención como aparece la diabetes entre las primeras causas de mortalidad en hombres, y persisten las cardiovasculares en los primeros puestos, (ver cuadro N°2).

²⁶ INEC 1997

²⁷ INEC 2009

CUADRO N° 3.: FRECUENCIAS DE MORTALIDAD EN MUJERES - AÑO 1997²⁸

| | | # CASOS MUJERES | % | % ACUM |
|----|--|-----------------|--------|--------|
| 1 | 094 SINTOM SIGN Y HALLAZG ANORMALS CLIN YDELABORAT NO CLAS | 3491 | 15.35% | 15.35% |
| 2 | 068 OTRAS ENFERMEDADES DEL CORAZON | 1870 | 8.22% | 23.57% |
| 3 | 074 NEUMONIA | 1219 | 5.36% | 28.93% |
| 4 | 069 ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES | 1134 | 4.99% | 33.92% |
| 5 | 052 DIABETES MELLITUS | 1086 | 4.78% | 38.69% |
| 6 | 066 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS | 1063 | 4.67% | 43.37% |
| 7 | 092 CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL | 895 | 3.94% | 47.30% |
| 8 | 067 ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON | 772 | 3.39% | 50.70% |
| 9 | 086 RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO | 702 | 3.09% | 53.79% |
| 10 | 029 TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO | 633 | 2.78% | 56.57% |
| 11 | 046 RESTO DE TUMORES MALIGNOS | 615 | 2.70% | 59.27% |

En las mujeres las principales causas de muerte por ECNT, en el año 1997, fueron igual que en los hombres, otras enfermedades del corazón, seguido de las enfermedades cerebro vasculares, diabetes mellitus, enfermedades hipertensivas, enfermedad isquémica del corazón, 7 ECNT ocuparon los primeros lugares; los tumores (de estómago) se hacen presentes, a diferencia de los hombres en que no aparecen entre las primeras causas en ese año (ver cuadro N°3), debido al gran volumen de causas externas.

CUADRO N° 4: FRECUENCIAS DE MORTALIDAD EN MUJERES - AÑO 2009²⁹

| | | # CASOS MUJERES | % | % ACUM |
|----|--|-----------------|--------|--------|
| 1 | 094 SINTOM SIGN Y HALLAZG ANORMALS CLIN YDELABORAT NO CLAS | 2813 | 10.88% | 10.88% |
| 2 | 052 DIABETES MELLITUS | 2192 | 8.48% | 19.36% |
| 3 | 069 ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES | 1852 | 7.17% | 26.53% |
| 4 | 068 OTRAS ENFERMEDADES DEL CORAZON | 1620 | 6.27% | 32.80% |
| 5 | 066 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS | 1559 | 6.03% | 38.83% |
| 6 | 074 NEUMONIA | 1489 | 5.76% | 44.59% |
| 7 | 067 ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON | 932 | 3.61% | 48.20% |
| 8 | 046 RESTO DE TUMORES MALIGNOS | 793 | 3.07% | 51.27% |
| 9 | 029 TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO | 730 | 2.82% | 54.09% |
| 10 | 080 ENFERMEDADES DEL HIGADO | 716 | 2.77% | 56.86% |
| 11 | 092 CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL | 664 | 2.57% | 59.43% |

En el año 2009, las causas de muerte en mujeres por ENT, son la diabetes mellitus que asciende al primer lugar, le sigue enfermedades cerebro vasculares, otras enfermedades del corazón, enfermedades hipertensivas, y la neumonía pasa del tercer lugar al sexto

²⁸ INEC 1997

²⁹ INEC 2009

lugar, luego enfermedades isquémicas del corazón, el tumor maligno de estómago asciende del décimo al noveno lugar (ver cuadro N°4).

Se concluye que la esperanza de vida en la mujer es mayor, pero que las Enfermedades Crónicas No Transmisibles son también más frecuentes en la mujer, incluyendo a los tumores malignos. En éste escenario epidemiológico de 12 años se manifiestan la presencia de ECNT, como principal causa de muerte tanto en hombres como en mujeres, persistiendo aún las infecciosas como la neumonía que desciende de lugar.

Mientras que la primera causa de mortalidad general por ECNT, según frecuencias, tanto en hombres como en mujeres para el año 1997, fueron otras enfermedades del corazón, seguido de enfermedades cerebro vasculares, enfermedad hipertensivas, enfermedades isquémicas del corazón, diabetes mellitus.

En cambio para el año 2009, la primera causa de mortalidad general tanto para hombres como para mujeres paso a ser diabetes mellitus ascendiendo de lugar en comparación al año 1997, su crecimiento es muy sostenido y acelerado. Le siguen las enfermedades cerebro vasculares, otras enfermedades del corazón, enfermedades hipertensivas, luego las enfermedades isquémicas del corazón³⁰. Juntas todas las causas vasculares son las más frecuentes.

Se concluye que en ambos sexos y en los dos años (1997, 2009) la tendencia de mortalidad por ECNT, fue a ocupar los tres primeros lugares.

4.2.1.3. LISTA MÍNIMA DE LA TENDENCIA DE MORTALIDAD POR TASAS, AÑOS 2005 - 2009

A continuación presentamos las tasas de mortalidad por diferentes causas, del periodo comprendido entre el año 2005 al 2009, según sexo, en personas menores de 70 años; para finalmente presentar las tasas de AVPP, con metodología OPS/OMS.

CUADRO N° 5: TASA DE MORTALIDAD HOMBRES x 100.000 hab. POR CAUSAS SELECCIONADAS (2005 – 2009) ³¹

| | TASA HOMBRES x100.000 hab. | | | | | | POCENTAJE COMPARATIVO 2005 Y 2009 |
|--|----------------------------|-------|-------|-------|-------|----------|-----------------------------------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | PROMEDIO | |
| Causas Externas V01-Y97 todas | 49,82 | 48,11 | 48,79 | 53,63 | 53,2 | 50,71 | 3.38 |
| Asalto (Homicidio) X85-Y08 | 15,97 | 14,86 | 14,43 | 16,15 | 13,28 | 14,93 | -2.69 |
| Neoplasia Maligna C00-C97 Sin clasificar | 14,19 | 13,96 | 13,93 | 14,31 | 14,16 | 14,11 | -0.03 |
| Accidentes de Transporte Terrestres V01-V88 | 8,02 | 8,73 | 7,85 | 6,74 | 8,29 | 7,92 | 0.27 |
| Cáncer del Sistema Digestivo C15-C26, C48 | 5,87 | 5,96 | 5,88 | 6,01 | 6,24 | 5,99 | 0.37 |
| Enfermedad Cerebro vascular I60-I69 | 5,28 | 5,46 | 5,37 | 5,36 | 6,12 | 5,51 | 0.84 |
| Cardiopatía Isquémica I20-I25 | 5,58 | 5,55 | 5,93 | 5,91 | 4,38 | 5,47 | -1.20 |
| Diabetes ICD10 E10- E13 | 1,47 | 1,96 | 2,3 | 2,33 | 3,08 | 2,22 | 1.61 |
| Cáncer de Pulmón incluyendo Tráquea, Bronquios y Pulmones C33, C34 | 1,35 | 1,1 | 1,06 | 1,24 | 1,07 | 1,16 | -0.28 |
| Enfermedad Crónica de Vías Respiratorias Bajas J40-J47 | 0,82 | 0,71 | 0,79 | 0,73 | 0,8 | 0,77 | -0.02 |
| Cáncer de Mama Femenino C50 | 0,06 | 0,04 | 0,01 | 0,03 | 0,01 | 0,03 | -0.05 |
| Cáncer Cervical ICD10 C53 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

³⁰ La cardiopatía isquémica comprende CIE 120-125 Angina de pecho, infarto agudo de miocardio, infarto subsecuente de miocardio, ciertas complicaciones presentes posteriores al infarto agudo de miocardio, otras enfermedades isquémicas agudas del corazón, Enfermedad isquémica crónica del corazón.

La enfermedad cerebro vascular comprende CIE 160-169: hemorragia subaracnoidea, hemorragia intraencefálica, otras hemorragias intracraneales no traumáticas, infarto cerebral, accidente vascular encefálico agudo no especificado como hemorrágico o isquémico, oclusión y estenosis de las arterias precerebrales sin ocasionar infarto cerebral, oclusión y estenosis de las arterias cerebrales sin ocasionar infarto cerebral, otras enfermedades cerebro vasculares, trastornos cerebro vasculares en enfermedades clasificadas en otra parte, secuelas de enfermedades cerebro vasculares

La diabetes comprende CIE E10- E13: diabetes mellitus insulina dependiente, diabetes mellitus no insulina dependiente, diabetes mellitus asociada con desnutrición, otras diabetes mellitus especificadas

³¹ INEC 2005 - 2009

La primera causa en relación a la tasa de mortalidad en hombres para las ENT, fue el cáncer del sistema digestivo, luego enfermedad cerebro vascular, y la tendencia fue hacia el aumento desde el año 2005 al 2009, le sigue la cardiopatía isquémica, luego la diabetes, y finalmente aparece desde el sexto lugar el cáncer de pulmón, luego las enfermedades de vías respiratorias bajas, en ese orden (ver cuadro No.5).

CUADRO Nº 6: TASA DE MORTALIDAD MUJERES x 100.000 hab. POR CAUSAS SELECCIONADAS (2005– 2009)³²

| | TASA MUJERES | | | | | | POCENTAJE COMPARATIVO 2005 Y 2009 |
|---|--------------|-------|-------|-------|-------|----------|-----------------------------------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | PROMEDIO | |
| Neoplasia Maligna C00-C97 Sin clasificar | 18,13 | 18,19 | 17,75 | 17,94 | 18,91 | 18,18 | 0,78 |
| Causas Externas V01-Y97 -todas | 10,65 | 11,26 | 9,9 | 10,62 | 10,99 | 10,68 | 0,34 |
| Cáncer del Sistema Digestivo C15-C26, C48 | 5,87 | 5,78 | 5,62 | 5,53 | 5,63 | 5,69 | -0,24 |
| Enfermedad Cerebro vascular I60-I69 | 4,34 | 4,24 | 4,11 | 4,18 | 4,75 | 4,32 | 0,41 |
| Diabetes ICD10 E10- E13 | 1,6 | 2,28 | 2,5 | 2,63 | 3,44 | 2,49 | 1,84 |
| Cardiopatía Isquémica I20-I25 | 2,5 | 2,47 | 2,5 | 2,26 | 2,14 | 2,37 | -0,36 |
| Cáncer de Mama Femenino C50 | 2,06 | 2,15 | 1,89 | 2,14 | 2,43 | 2,13 | 0,37 |
| Accidentes de Transporte Terrestres V01-V88 | 2,22 | 2,39 | 1,8 | 1,4 | 1,94 | 1,95 | -0,28 |
| Cáncer Cervical ICD10 C53 | 1,66 | 1,26 | 1,51 | 1,64 | 1,8 | 1,57 | 0,14 |
| Asalto (Homicidio) X85-Y08 | 1,27 | 1,4 | 1,46 | 1,31 | 1,28 | 1,34 | 0,01 |
| Cáncer de Pulmón incluyendo Tráquea , Bronquios y Pulmones C33, C34 | 0,92 | 0,81 | 0,79 | 0,81 | 1,03 | 0,87 | 0,11 |
| Enfermedad Crónica de Vías Respiratorias Bajas J40-J47 | 0,61 | 0,53 | 0,66 | 0,59 | 0,67 | 0,61 | 0,06 |

En cambio en las mujeres, las tres primeras causas según tasa de mortalidad por ECNT, fueron por cáncer del sistema digestivo, enfermedades cerebro vasculares igual que en el hombre, ocupa el cuarto lugar la diabetes y luego la cardiopatía isquémica, cáncer de mama, cervical y de pulmón, finalmente se visibiliza las enfermedades crónicas de vías respiratorias bajas; la tendencia de la mortalidad del 2005 y 2009 es hacia el aumento, excepto en la cardiopatía isquémica que hay un descenso, (ver cuadro No.6).

Los tres primeros lugares de causa de mortalidad por ECNT, se mantienen, en relación a la tasa de mortalidad general tanto de hombres como mujeres.

4.2.1.4. LISTA MÍNIMA DE LA TENDENCIA DE MORTALIDAD POR TASAS DE AVPP, AÑOS 2005 - 2009

CUADRO Nº 7: TASA DE AVPP HOMBRES x 100.000 hab. POR CAUSAS SELECCIONADAS (2005 – 2009)³³

| | AVPP HOMBRES | | | | | |
|---|--------------|---------|---------|---------|---------|----------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | PROMEDIO |
| Causas Externas V01-Y97 todas | 3791,77 | 3640,97 | 3760,22 | 4114,79 | 4044,8 | 3870,51 |
| Asalto (Homicidio) X85-Y08 | 1249,74 | 1131,89 | 1122,64 | 1261,74 | 1020,37 | 1157,28 |
| Neoplasia Maligna C00-C97 Sin clasificar | 615,86 | 604,17 | 593,5 | 606,17 | 586,97 | 601,33 |
| Accidentes de Transporte Terrestres V01-V88 | 587,1 | 650,95 | 600,2 | 517,45 | 640,86 | 599,31 |
| Enfermedad Cerebro vascular I60-I69 | 219,92 | 208,18 | 222,4 | 219,37 | 245,25 | 223,02 |
| Cardiopatía Isquémica I20-I25 | 199,53 | 197,75 | 219,48 | 221,54 | 162,33 | 200,13 |
| Cáncer del Sistema Digestivo C15-C26, C48 | 192,3 | 204,9 | 201,71 | 196,28 | 199,13 | 198,86 |
| Diabetes ICD10 E10- E13 | 45,06 | 66,65 | 67,88 | 69,69 | 88,21 | 67,50 |
| Cáncer de Pulmón incluyendo Tráquea , Bronquios y Pulmones C33, C34 | 45,67 | 39,88 | 34,4 | 42,1 | 29,75 | 38,36 |
| Enfermedad Crónica de Vías Respiratorias Bajas J40-J47 | 32,8 | 33,51 | 30,43 | 32,61 | 28,58 | 31,59 |
| Cáncer de Mama Femenino C50 | 2,17 | 1,42 | 0,05 | 0,85 | 0,81 | 1,06 |
| Cáncer Cervical ICD10 C53 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |

³² INEC 2005 - 2009

³³ INEC 2005 - 2009

La tendencia de la tasa de años de vida potencialmente perdidos- AVPP, en hombres por causa seleccionada años 2005 – 2009 por ECNT, es hacia el aumento y ocupa el primer lugar las enfermedades cerebro vasculares, le sigue la cardiopatía isquémica, luego el cáncer digestivo, le sigue la diabetes, el cáncer de pulmón ocupa el quinto lugar, luego tenemos enfermedad crónica de vías respiratorias bajas; que en edad productiva del hombre son causa de AVPP, (ver cuadro No.7).

CUADRO Nº 8: TASA DE AVPP MUJERES x 100.000 hab. POR CAUSAS SELECCIONADAS (2005–2009)³⁴

| | AVPP MUJERES | | | | | |
|--|--------------|---------|--------|---------|---------|----------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | PROMEDIO |
| Causas Externas V01-Y97 todas | 1050,77 | 1100,12 | 984,91 | 1034,91 | 1085,16 | 1051,17 |
| Neoplasia Maligna C00-C97 sin clasificar | 967,99 | 971,14 | 924,58 | 966,46 | 992,14 | 964,46 |
| Cáncer del Sistema Digestivo C15-C26, C48 | 270,33 | 274,08 | 242,91 | 250,66 | 250,09 | 257,61 |
| Enfermedad Cerebro vascular I60-I69 | 223,14 | 215,38 | 216,2 | 214,66 | 228,29 | 219,53 |
| Accidentes de Transporte Terrestres V01-V88 | 218,36 | 228,36 | 168,66 | 129,78 | 188,34 | 186,70 |
| Asalto (Homicidio) X85-Y08 | 117,94 | 130,64 | 135,98 | 120,68 | 118,43 | 124,73 |
| Cardiopatía Isquémica I20-I25 | 115,43 | 110,89 | 121,76 | 100,93 | 98,56 | 109,51 |
| Cáncer de Mama Femenino C50 | 105,36 | 107,54 | 93,42 | 106,61 | 119,17 | 106,42 |
| Diabetes ICD10 E10- E13 | 68,09 | 93,18 | 103,39 | 104,9 | 135,88 | 101,09 |
| Cáncer Cervical ICD10 C53 | 91,55 | 65,02 | 76,84 | 84,44 | 93,66 | 82,30 |
| Cáncer de Pulmón incluyendo Tráquea, Bronquios y Pulmones C33, C34 | 39,12 | 36,28 | 34,66 | 40,42 | 45,56 | 39,21 |
| Enfermedad Crónica de Vías Respiratorias Bajas J40-J47 | 44,07 | 29,18 | 36,05 | 37,44 | 34,27 | 36,20 |

En las mujeres el primer lugar para las ENT ocupa el cáncer digestivo, igual que en los hombres, en mujeres las otras causas de AVPP por ENT son , la enfermedad cerebro vascular, la cardiopatía isquémica y, la diabetes cuya tendencia va hacia el aumento, luego están el cáncer de mama, cervical, de pulmón y enfermedades crónicas de vías respiratorias bajas (ver cuadro No.8).

Se concluye que en relación a la tendencia de la tasa de AVPP durante los años 2005 – 2009, tanto en hombre como en mujeres, la primera causa corresponde a tumores malignos, le siguen las enfermedades cerebro vasculares, cardiopatía isquémica, diabetes y se especifican en primer lugar entre los canceres el digestivo, luego el de mama y cérvix en la mujer, luego el de pulmón y enfermedades de vías respiratorias bajas tanto en el hombre como en la mujer y que en edad de la vida productiva del hombre y de la mujer son importantes causas de los AVPP, durante los años 2005-2009.

Es importante tomar en cuenta estos datos para planificar intervenciones que eviten discapacidades, mortalidad prematura e impacto en el desarrollo socio económico en la familia, la comunidad y el país.

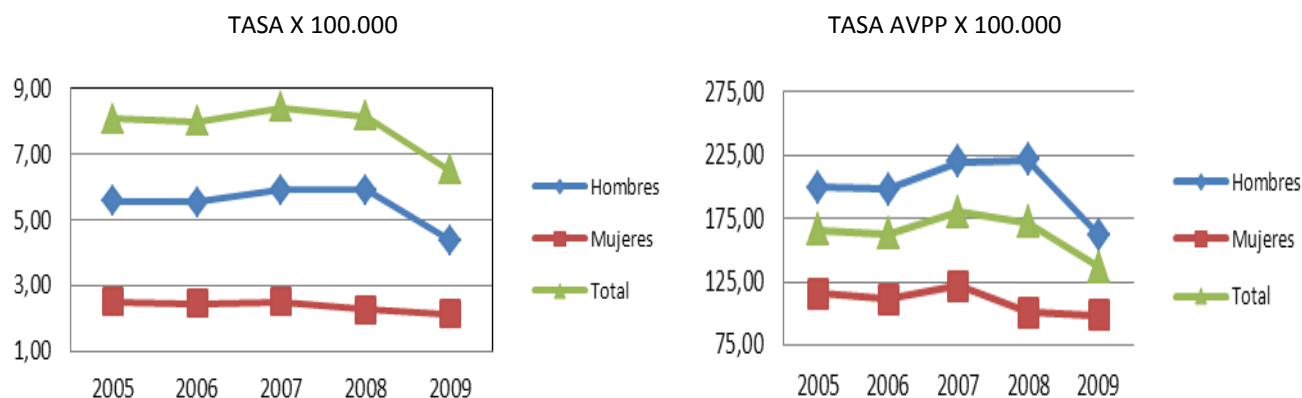
³⁴ INEC 2005 - 2009

4.2.1.5. ANÁLISIS DE DATOS INDIVIDUALES DE MORTALIDAD POR CAUSAS SELECCIONADAS

4.2.1.5.1. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA³⁵:

En las Américas ésta causa específica constituye uno de los más importantes de mortalidad. Las predicciones indican que en la próxima década el número de muertes por cardiopatía isquémica aumentarán en un 17%.

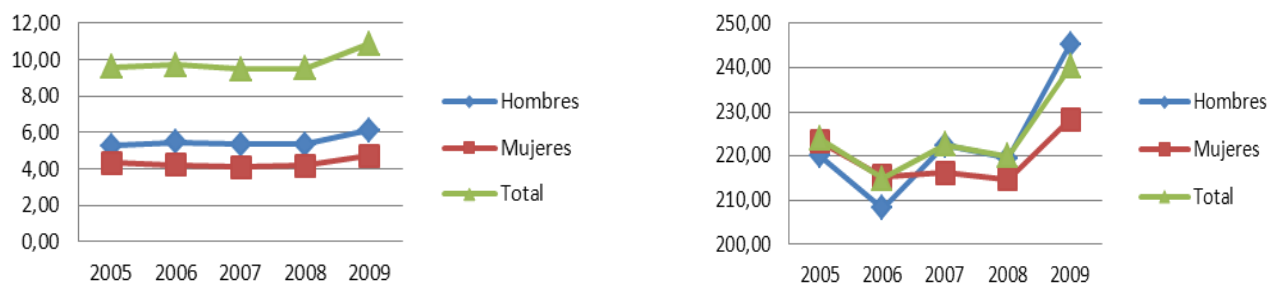
CUADRO N.º. 9: MORTALIDAD Y AVPP POR CARDIOPATÍA ISQUÉMICA TASA X 100.000 hab. (2005 – 2009)³⁶



En el Ecuador, los indicadores (tasa de mortalidad y tasa de AVPP) por cardiopatía isquémica, disminuyen especialmente desde el año 2008, (ver cuadro N.º 9).

4.2.1.5.2. ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR³⁷:

CUADRO N.º. 10: MORTALIDAD Y AVPP POR ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR TASA X 100.000 (2005 – 2009)³⁸



³⁵ CIE-10 I20 – I25: I20 Angina de Pecho, I21 Infarto Agudo de Miocardio, I22 Infarto Subsecuente de Miocardio, I23 Ciertas Complicaciones Presentes Posteriores al Infarto Agudo de Miocardio, I24 Otras Enfermedades Isquémicas Agudas del Corazón, I25 Enfermedad Isquémica Crónica del Corazón

³⁶ INEC 2005 - 2009

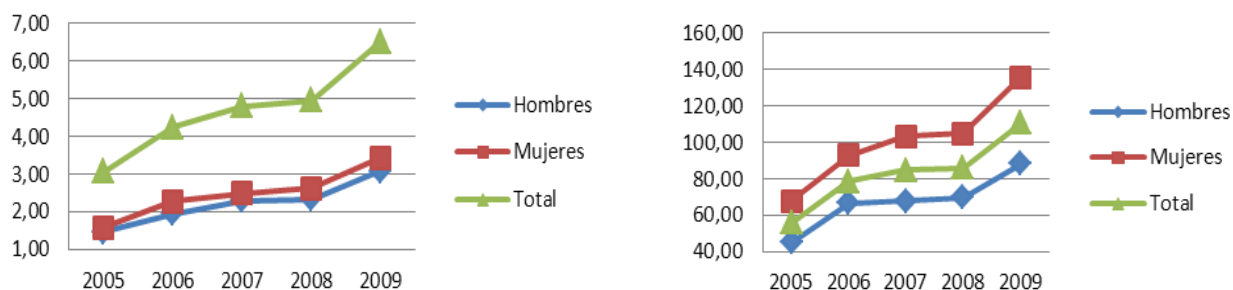
³⁷ CIE-10 I60 – I69: I60 hemorragia subaracnoidea, I61 hemorragia Intraencefálica, I62 otras hemorragias intracraneales no traumáticas, I63 infarto cerebral, I64 accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico, I65 Oclusión y estenosis de las arterias precerebrales sin ocasionar infarto cerebral, I66 oclusión y estenosis de las arterias cerebrales sin ocasionar infarto cerebral, I67 otras Enfermedades Cerebro vasculares, I68 Trastornos cerebro vasculares en enfermedades clasificadas en otra parte, I69 Secuelas de Enfermedad Cerebro vascular.

³⁸ INEC 2005 - 2009

Observamos en el cuadro N° 10 que las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes por enfermedad cerebro vascular tienen un leve incremento tanto en hombres como en mujeres en el año 2009, pero llama mucho más la atención la Tasa de AVPP en el cual se aprecia el impacto de mortalidad por enfermedad cerebro vascular en personas cada vez más jóvenes a partir del año 2008.

4.2.1.5.3. DIABETES³⁹:

CUADRO N°. 12: DIABETES TASA X 100.000 habitantes (2005 – 2009)⁴⁰



Éste indicador llama mucho la atención por su incremento sostenido e importante en el transcurso de los años 2005-2009, tanto en la tasa de mortalidad como en la tasa de AVPP, cabe destacar que son mayores en las mujeres y en mujeres más jóvenes, (Ver Cuadro No. 12).

CONSUMO DE TABACO

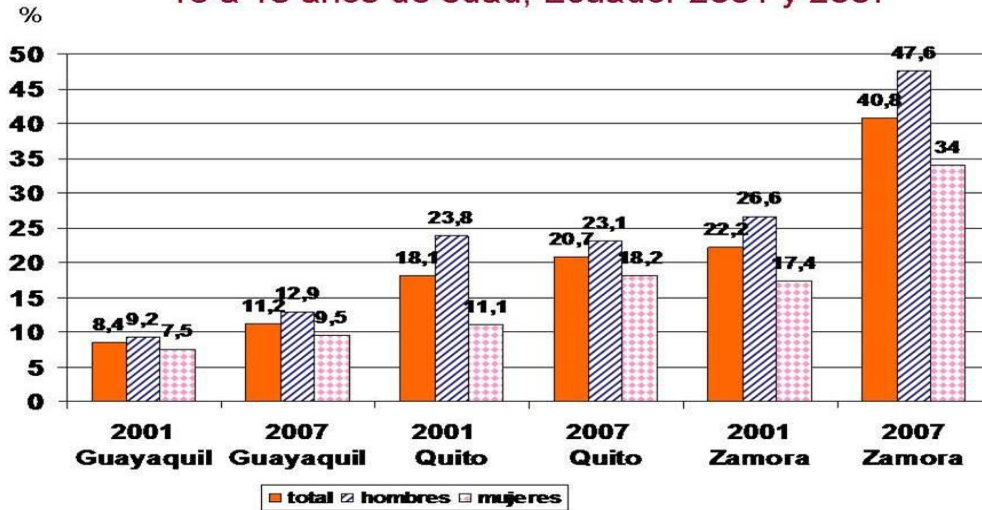
El consumo de tabaco en población adulta entre fines de la década de 1980 y la de 2000, desciende significativamente. No así el consumo en adolescentes que crece en la última década, como se aprecia en el Cuadro No.13, en el que presentan los datos de una encuesta realizada en adolescentes de 13 a 15 años de edad en los años 2001 y 2007.

El consumo de tabaco en adolescentes es mayor en Quito que en Guayaquil, pero es aún más alto en Zamora, ciudad pequeña ubicada en la Amazonía. El crecimiento en mujeres adolescentes es notable en las tres ciudades

³⁹ CIE 10: E10 – E13: E10 diabetes mellitus insulino dependiente, E11 diabetes mellitus no insulino dependiente, E12 diabetes mellitus asociada con desnutrición, E13 otras diabetes mellitus especificadas, Se excluye E14 diabetes mellitus no especificada
⁴⁰ INEC 2005 - 2009

CUADRO N.º. 13

Consumo de tabaco en población adolescente de 13 a 15 años de edad, Ecuador 2001 y 2007



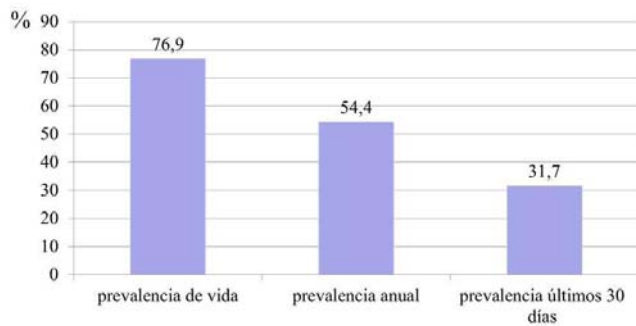
FUENTES: Encuesta mundial adolescentes escolarizados, 2001 CONSEP-OPS/OMS-CDC, 2007 MSP-OPS/OMS-CDC

Edad de inicio del consumo en este grupo de edad: 11.7 años en el año 2007

CONSUMO DE ALCOHOL⁴¹

Cuadro No. 14

Ecuador 2007: prevalencia de consumo de alcohol en población de 12 a 64 años de edad

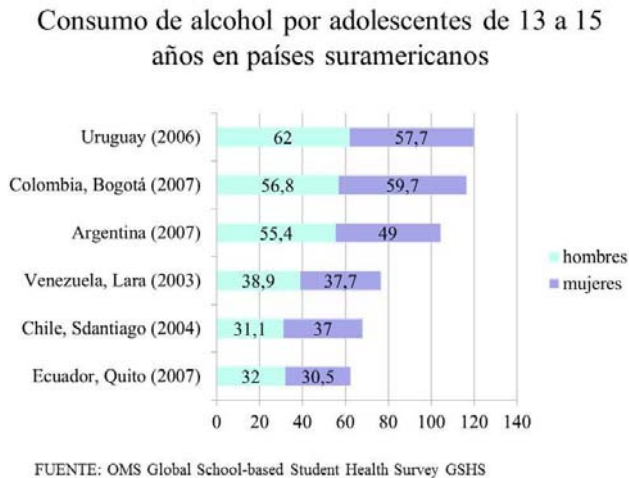


FUENTE: CONSEP Estudio Nacional de Hogares sobre Consumo de Drogas 2007

⁴¹ Protocolo alcoholismo-Salud Mental Ministerio de Salud Pública 2011.

Según el Estudio Nacional de Hogares sobre Consumo de Drogas, 2007 del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, las personas que han consumido alcohol alguna vez en su vida en el grupo de 12 a 64 años, constituyen el 76.9%; el consumo en el año previo a la encuesta, fue de 54.4% y el consumo en el último mes, 31.7% (Ver cuadro No. 14)⁴².

Cuadro No.15



Según el Cuadro No. 15, el consumo de alcohol en Quito, Ecuador, es mayor en hombres que en mujeres adolescentes, pero en ambos sexos es menor que en otras ciudades y países latinoamericanos.

Los hijos de padres alcohólicos desarrollan alcoholismo 3 a 4 veces más que los hijos de no alcohólicos. El alcoholismo en la familia es probablemente el más fuerte predictor de alcoholismo en los individuos.

- Existen más alcohólicos varones que mujeres y la diferencia es aproximadamente de tres a uno
- Se considera que la edad de desarrollo del problema está entre los 15 y 45, aunque el inicio del consumo está bordeando la primera década.
- Es más frecuente en zonas urbano-marginales que en rurales
- Se desarrolla más en personas con experiencias infantiles traumáticas, en pacientes con síndrome de dependencia de alcohol.

Entre los factores socio-culturales su consumo se debe a:

⁴² CONSEP estudio nacional de hogares sobre consumo de drogas 2007

1. Alta disponibilidad de bebidas alcohólicas,
2. Mensaje de medios masivos de comunicación
3. Alto grado de estrés colectivo
4. Necesidad de pertenencia a grupos juveniles
5. Ausencia de sanciones contra el consumo excesivo
6. Falta de afecto familiar
7. Inseguridad y baja autoestima

Consecuencias del consumo de alcohol:

- Aumento de la presión arterial
- Acidez gástrica-gastritis
- Cáncer gástrico
- Aumento de peso
- Diabetes

4. RESPUESTA DEL ECUADOR ANTE EL PROBLEMA

Para solucionar el problema se debe trabajar en los determinantes sociales y factores de riesgo durante todo el ciclo de vida principalmente en reducir el consumo de tabaco, alcohol, dietas saludables con mayor consumo de frutas y vegetales, reducir el consumo de sal, de grasas trans, de azúcar, realizar actividad física.

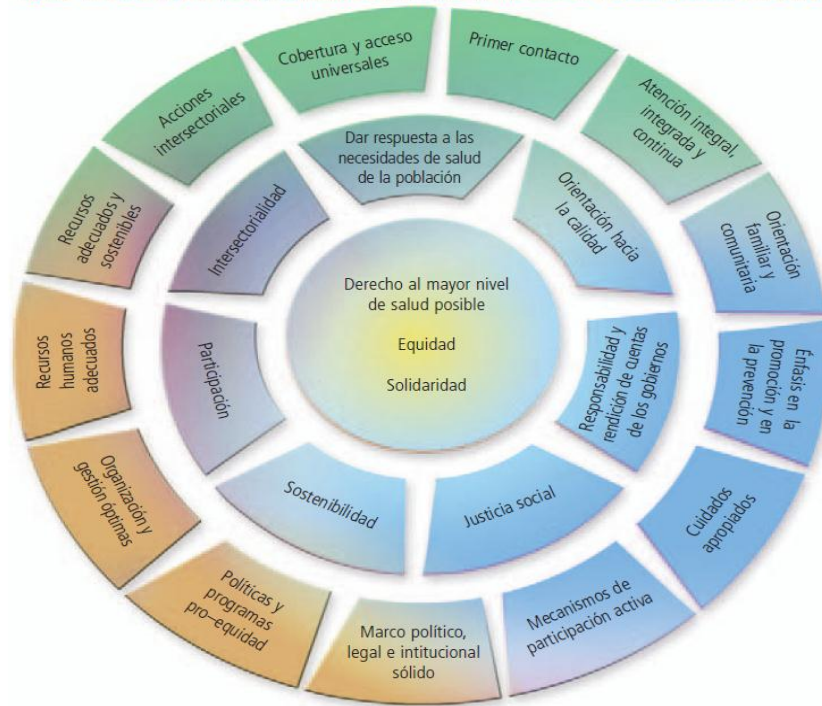
Se debe trabajar en actividades comunitarias, fortalecimientos de los servicios de salud para el control y prevención de las ECNT, con enfoque de atención primaria sobre todo en el primer nivel de atención; tomando en cuenta:

1. Valores sociales: equidad, derecho al mayor nivel de salud posible, solidaridad con participación de los actores sociales en la toma de decisiones (ver figura No. 1)⁴³,

2. Principios: dar respuesta a las necesidades de salud de la población, servicios orientados hacia la calidad con la creación de alianzas multisectoriales y redes para la lucha contra las ECNT, capacidad para generar información y gestionar conocimientos sobre ECNT, con buen trato a las personas respeto y dignidad, responsabilidad y rendición de cuenta de los gobiernos, dando sostenibilidad a las acciones de ECNT (Ver Figura No. 1).

⁴³ La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas OPS/OMS-2007

Figura 1: Valores, principios y elementos esenciales en un Sistema de Salud basado en la APS



La Estrategia de Atención Primaria en Salud, se justifica por los nuevos desafíos epidemiológicos en donde podemos evidenciar que las ECNT, ocupan los primeros lugares dentro de las 10 primeras causas de mortalidad y patologías como las enfermedades cerebro vasculares, enfermedades cardiovasculares y la diabetes son manifiestas en el hombre como en la mujer y su tendencia es hacia el aumento.

Se hace necesario mediante la APS, abordar los determinantes sociales de la salud que contribuyan al Buen Vivir, es decir el mayor nivel de salud posible, el desarrollo humano y la equidad en salud, dando respuesta a las necesidades de la población y a la prevención y control de las ECNT.

El énfasis en las estrategias de promoción de la salud y prevención de las ECNT utiliza las herramientas de educación, comunicación e información a través de los equipos básicos de salud y su trabajo con las comunidades, de esta manera capta tempranamente a los enfermos crónicos en las familias y comunidades; se mantiene su control y se previene su apareamiento en las nuevas generaciones.

La participación comunitaria, así como el trabajo con los diferentes actores es indispensable para conseguir mejorar la calidad y condiciones de vida, de las familias.

Los Clubs de personas con ECNT, creados como apoyo a los enfermos en las unidades operativas en el primer nivel de atención, permiten que los enfermos se motiven a ver la vida con optimismo y mejoren su control y estilo de vida. De tal manera que se convierta en algo natural el dejar de comer con sal, dejar el tabaco, el alcohol, hacer ejercicios continuamente y poder medicarse según instrucciones médicas, controlar su presión arterial, peso y glicemia.

El acercamiento hacia las comunidades permite que sus integrantes intervengan en cada acción planificada. La salud de casa en casa; es necesaria para contar con un diagnóstico situacional cuantitativo y cualitativo; analizar el perfil epidemiológico, visibilizar la presencia de ECNT y discapacidades ocasionada por ellas.

Es necesario la reorientación de los servicios que puedan garantizar la atención adecuada, de calidad y respeto, con recurso humano capacitado, medicamentos e insumos suficientes para prevenir las ECNT y el trabajo intra mural y extramural.

Una atención de promoción y prevención garantiza el primer contacto del usuario con el sistema de atención de salud, que deberá ser lo suficientemente flexible para adaptarse a los nuevos desafíos que surjan con el tiempo en el tratamiento de las ECNT.

Las redes de servicios de salud deben lograr una referencia y contra referencia de las ECNT a los niveles de mayor capacidad resolutive de atención, según requiera cada caso.

CAPÍTULO V

6. ELEMENTOS DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL

6.1 VISION

Participación interinstitucional pública y privada, intersectorial y ciudadana para que, la población del Ecuador a lo largo de todo el ciclo de vida desarrolle prácticas saludables, de tal manera que no exista impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles y que sus factores de riesgo se encuentren bajo control.

6.2 MISION

El Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de las ECNT, permite el trabajo integrado con todos los actores en la lucha contra las ECNT, para garantizar el derecho a la salud; mediante el cumplimiento de políticas públicas, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, vigilancia epidemiológica y manejo integral de los servicios y sus factores de riesgo. Garantiza atención de calidad y con calidez, con énfasis en atención primaria en salud, priorizando el primer nivel de atención como lo señala el Modelo de Atención Integral de Salud, con profesionales continuamente capacitados en el manejo de las ECNT, comprometidos, con principios de eficiencia, solidaridad, equidad, ética.

6.3 OBJETIVO GENERAL

Contribuir al buen vivir de la población ecuatoriana, mediante la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles y de sus factores de riesgo en todo el ciclo de vida.

6.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Implementar políticas públicas para la prevención y control de las ECNT y sus factores de riesgo.

1. Implantar normas y protocolos de atención integral de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.
2. Promover y fortalecer estilos de vida y prácticas saludables.
3. Reducir los factores de riesgo modificables, relacionados con ECNT.
4. Reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles.
5. Promover las investigaciones sobre las enfermedades crónicas no transmisibles y de sus factores de riesgo.

6. Fortalecer el diagnóstico precoz de las enfermedades crónicas más frecuentes en el país.
7. Fortalecer y ampliar el sistema de vigilancia de las ECNT y de sus factores de riesgo
8. Fortalecer la capacidad de los servicios de salud en la calidad de prevención, atención, diagnóstico y tratamiento de los enfermos crónicos en los tres niveles de atención con énfasis en atención primaria en salud.
9. Promover la participación intersectorial, multidisciplinaria y de la comunidad en el control de las ECNT y sus factores de riesgo nivel nacional, regional provincial y local.

6.5. ESTRATEGIAS POR OBJETIVOS

1. Coordinación intersectorial para formular políticas públicas, aprobadas en la instancia correspondiente que, permitan la atención, prevención y control de las ECNT y de sus factores de riesgo, en un esfuerzo de todos los actores sociales sensibilizados.

2. Capacitación en las Normas y Protocolos para la prevención y control de las enfermedades crónicas a los responsables técnicos de las Coordinaciones Zonales de Salud, y equipos de atención en las unidades operativas correspondientes. Extender la capacitación a todo el Sistema Nacional de Salud.

3. Procesos de educación y comunicación zonales, provinciales y locales; multidisciplinarias e intersectoriales (Ministerios de Educación, Coordinación de Desarrollo Social, Industrias y Productividad entre otros). Participación de los municipios, comunidades, sociedad civil para promover estilos de vida saludable y reducir los riesgos de enfermedades crónicas. Coordinación con los medios masivos de comunicación para formular spots publicitarios de prevención de las ECNT.

4. Trabajo conjunto de sensibilización para disminuir el consumo de sal en alimentos fabricados como galletas, pan, frituras; evitar el consumo de azúcares y reducir la cantidad de las mismas en las comidas, bebidas y dulces.

Fortalecer estrategias para el control del tabaco y el alcohol; incentivar el mayor consumo de frutas, vegetales, promover un menor consumo de grasas.

Desarrollo de iniciativas que favorezcan el mantenimiento de un peso saludable para la edad, sexo y condiciones fisiológicas como la gestación.

Coordinación con las autoridades correspondientes y organizaciones ciudadanas para que construyan más áreas deportivas en las escuelas, universidades y en las comunidades; para que se organicen actividades y horarios dirigidos a la actividad física de estudiantes y trabajadores.

5. Coordinación con las universidades, para incorporar en el pensum de estudios y malla curricular, la capacitación a docentes y estudiantes en aspectos relacionados con prevención, atención y control de las enfermedades crónicas como una prioridad de país.

6. Promover la investigación científica que contribuya a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas; así como encontrar ideas innovadoras para su control y diagnóstico precoz.

7. Coordinación con las instancias correspondientes para que en el Sistema Común de Información del Ministerio de Salud Pública cuente con información nacional por edades, etnia y sexo de enfermedades crónicas prioritarias de mayor incidencia como: diabetes, hipertensión arterial esencial, enfermedades cardíacas, cerebro vasculares, insuficiencia renal, obesidad, dislipidemias; que puedan proporcionar datos confiables para la toma de decisiones técnicas y políticas y facilite un sistema de vigilancia.

8. Abogar ante las Autoridades nacionales, zonales, distritales y locales para la provisión adecuada de infraestructura, recursos humanos, equipamiento, medicamentos e insumos y normas necesarios que permitan una atención integral, diagnóstico precoz, prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles.

9. El enfoque de atención primaria hará énfasis en promoción de estilos de vida saludable, así como en la prevención de la enfermedad prioritariamente en el primer nivel de atención.

El recurso humano deberá ser capacitado para la atención de las ECNT, y a las principales emergencias que se presenten darán solución inmediata. Todos los recursos humanos de las unidades operativas estarán en capacidad de referir oportunamente al nivel que corresponda los casos que no puedan ser manejados en esa instancia.

10. La participación de las comunidades es de vital importancia a través de diversas iniciativas que pueden incluir ferias, campañas, medios masivos de comunicación, escuelas promotoras de salud, municipios saludables, clubs de ECNT, deben promover un debate sobre los problemas económicos y discapacidades que acarrear las enfermedades crónicas, difundirán los factores de riesgo, la necesidad de diagnóstico

precoz; de mantener una alimentación sana; coordinando con los diferentes actores para la consecución de obras que permitan un ambiente saludable.

6.6. LINEAS DE ACCIÓN

6.6.1. POLÍTICAS PÚBLICAS

| Objetivo General: Garantizar el derecho a la salud de la población ecuatoriana por medio de formulación, ejecución y seguimiento de políticas públicas para el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, sus factores de riesgo y determinantes sociales, con acciones sostenibles, sustentables y eficaces, de abordaje integral: promoción de la salud, prevención, curación de la enfermedad y rehabilitación de discapacidades, bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública con participación de todos los actores del Sistema Nacional de Salud, otras instituciones públicas y privadas, buscando disminuir la carga social y económica que representa la morbilidad, discapacidad y mortalidad a causa de estas enfermedades. | | | | |
|---|--|---|---|---|
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | INDICADOR | META | ACTIVIDAD | RESPONSABLE (S) |
| <p>1. Fortalecer los procesos de formulación, inserción y ejecución de Políticas Públicas en el país, a través del desarrollo de capacidades al interior del MSP que faciliten la identificación de necesidades locales, vigilancia de los determinantes sociales de salud, factores de riesgo, promoción, prevención y control de las ECNT.</p> | <p>Equipo multidisciplinario, multinivel organizado y operando.</p> | <p>Para el año 2013, el equipo multidisciplinario, multinivel organizado del Ministerio de Salud Pública formulará Políticas Públicas para el manejo integral de Enfermedades Crónicas No Transmisibles y sus factores de riesgo.</p> | <p>1.1 Creación y oficialización del Programa o unidad de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. 1.2. Oficialización de los miembros del equipo multidisciplinario (Comité intra e inter institucional) que defina las prioridades de políticas comunes y específicas a nivel nacional. 1.3. Conformación de un equipo intersectorial de participación en los niveles zonal, distrital y local para la implementación y retroalimentación del avance de la política 1.4. Elaboración de una base de datos que identifiquen las necesidades, priorización de acciones y elaboración de agendas mediante herramientas gerenciales y de gestión informática. (TAREA) 1.5. Implementación, ejecución y evaluación de las líneas de acción del Plan Estratégico Nacional de ECNT en los tres niveles de atención de los prestadores de salud públicos y privados.</p> | <p>Ministerio de Salud Pública, con los procesos de: Normatización (Micro Área del Adulto-ECNT), Control y Mejoramiento de la Salud Pública (epidemiología y Promoción), Control Sanitario, Nutrición, Modelo de Atención, Servicios de Salud, Salud Mental, Comunicación.</p> <p>U otra estructura del Ministerio de Salud</p> |
| <p>2. Fortalecer y fomentar alianzas estratégicas intra e intersectoriales para compartir prácticas óptimas en la formulación y ejecución de políticas públicas</p> | <p>El 70% de las políticas públicas definidas como prioritarias aplicándose en los sectores público y privado del País</p> | <p>Para 2013 Consolidar los mecanismos de participación activa de actores claves públicos, privados y de la sociedad civil que intervienen en el abordaje integral de las ECNT.</p> | <p>2.1. Creación de espacios para reuniones multisectoriales que permitan realizar un mapeo de actores con sectores interesados en la formulación de políticas para la prevención y control de las ECNT 2.2. Elaboración de mecanismos y campañas de participación en foros, reuniones y procesos de consolidación de alianzas intersectoriales con actores interesados en el control de ECNT 2.3. Definición de mecanismos de revisión y adecuación del plan nacional .(TAREA) 2.4. Creación de mecanismos similares de participación de actores de los diferentes Ministerios en sus ámbitos de competencia que sean interlocutores con el equipo intersectorial en el MSP. (TAREA) 2.5. Mapeo de actores según área de competencia (TAREA) 2.6. Identificación de necesidades y apoyo en la priorización de acciones (TAREA) 2.7. Conformación de grupos consultivos para el abordaje de temas coyunturales o específicos</p> | <p>sector público, aliados de la academia y sociedades científicas, aliados de la sociedad civil, comité intersectorial de control de ECNT</p> <p>gobiernos autónomos descentralizados; ministerios de educación, comercio, integración y pesca; inclusión económica y social, ambiente, cultura y deportes; red de prestadores públicos de salud</p> |
| <p>3. Fortalecer e integrar en la legislación de Políticas Públicas la Promoción, Prevención y Control de las Enfermedades</p> | <p>70% de las Políticas Públicas definidas como prioritarias aplicándose en los sectores público y privado</p> | <p>Para el 2015, las Políticas Públicas vinculadas al control del consumo de sal, grasas trans, tabaco, alcohol, alimentación sana, acceso y atención en los servicios de salud,</p> | <p>3.1. Incorporación de presupuestos para el desarrollo de acciones prioritarias, de promoción (en referencia con tabaco, espacios libres de humo, disminución del consumo de sal, alimentos no saludables) y prevención (medicamentos para el control de las ECNT), tomando en cuenta el ciclo de vida, etnias, género y generaciones.</p> | <p>Presidencia de la República, Asamblea Nacional, Ministerio de Salud Pública,</p> |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <p>Crónicas No Transmisibles y sus factores de riesgo, con su respectivo presupuesto en los diferentes ámbitos públicos, privados y sus diferentes niveles de acción.</p> | <p>del País.</p> | <p>medicamentos y entornos saludables son aplicadas en el país.</p> | <p>3.2 Incorporación de presupuesto para la adecuación de las unidades de salud con equipamiento, insumos, recursos humanos necesarios para la atención de las ECNT. 3.3. Regulación de sectores de venta, publicidad, mercadeo industriales y de producción a favor del control de grasas trans; disminución de la sal y azúcar en todos los alimentos. 3.4 Formulación de estrategias para promover una alimentación saludable y balanceada, considerando el ciclo de vida. (TAREA) 3.5. Consideración de las ECNT dentro de la Agenda Nacional para acciones de intervención prioritarias. 3.6. Creación de espacios vitales armónicos y saludables al interior de los establecimientos educativos y ambientes laborales (Estrés). (TAREA) 3.7. Creación de espacios públicos seguros destinados a actividades físicas y recreativas 3.8. Información ciudadana para mejorar los conocimientos sobre etiquetado, y contenidos nutricionales y calóricos de los alimentos a nivel nacional. (TAREA) 3.9 Abordaje de la población estudiantil en todos sus niveles, para prevención, de ECNT y cambio en el estilo de vida (TAREA) 3.11 Gravación de impuesto a los productos que son causantes de ECNT y disminución de impuestos a los alimentos saludables, además de crear incentivos.</p> | <p>sector público y privado, establecimientos educativos, ministerio de relaciones laborales, gobiernos autónomos, academia y sociedades científicas, sociedad civil.</p> |
| <p>4. Formular la política pública para alcanzar la cobertura universal de atención y acceso a los servicios, medicamentos y tecnologías esenciales de diagnóstico y rehabilitación para el grupo de condiciones crónicas prioritarias en todos los niveles de atención.</p> | <p>El país cuenta con políticas públicas en los diferentes niveles para el control de la ECNT</p> | <p>Para el año 2013, el Ministerio de Salud Pública, brindará cobertura en: atención, medicamentos y tecnologías esenciales a la población con Enfermedades Crónicas No Transmisibles.</p> | <p>4.1. Definición de las condiciones crónicas prioritarias a intervenir. (TAREA) 4.2 Formulación e implementación de estrategias para el acceso y cobertura de atención integral de salud para la prevención y control de las ECNT en las comunidades urbanas y rurales a nivel nacional 4.3. Revisión y actualización periódica del Cuadro Nacional Básico de Medicamentos, la tecnología esencial, compra conjunta y mecanismos de gestión de mejor precio para adecuar la política pública. 4.4. Revisión sistemática de costo - efectividad de las intervenciones y elaborar los informes correspondientes. (TAREA) 4.5. Fortalecimiento del sistema de fármaco – vigilancia. 4.6. Abastecimiento oportuno de medicamentos esenciales para la atención de ECNT. 4.7. Generación de espacios de negociación para abaratar costos y garantizar la calidad. (TAREA) 4.8. Ejecución de las normas y protocolos para la prevención y control de las ECNT y sus factores de riesgo en los tres niveles de atención de los prestadores de salud públicos y privados.</p> | <p>Ministerios Coordinadores: Desarrollo Social, Industrias y Productividad, Deportes, sociedad civil, medios de comunicación masivos, municipios, , autoridades seccionales, universidades, , Consejo de Ciencia y Tecnología, prestadores de la red del sector público, prestadores de la red del sector privado.</p> |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <p>5. Fomentar Políticas Públicas en base a los determinantes sociales de la salud y tendencias de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles verificando el impacto a nivel nacional.</p> | <p>1 observatorio para monitoreo de políticas consolidado, facilitando la evaluación y seguimiento de acciones de prevención y control de las ECNT y sus factores de riesgo</p> | <p>Para el 2012, se contará con el contenido metodológico que facilite el seguimiento, monitoreo y evaluación de las políticas</p> | <p>5.1. Creación de un observatorio de políticas e intervenciones de control para ECNT con equipo con capacidad técnica para el análisis, vigilancia, seguimiento y evaluación de las políticas. 5.2. Implementación de un plan, que contenga una línea metodológica de vigilancia, análisis, monitoreo y evaluación de las políticas 5.3. Publicación anual, semestral o trimestral de los informes y resultados producidos por el observatorio de políticas. (TAREA) 5.4. Talleres, foros y reuniones para Intercambio de experiencias nacionales y con los países miembros de la región. 5.5. Análisis de las políticas propuestas para identificar logros y fracasos de la aplicación del Plan nacional de ECNT y la implementación de las Políticas con su respectiva actualización. TAREA 5.6. Formulación e implementación de propuestas de políticas públicas de control de ECNT. 5.7. Intercambio de experiencias en ECNT nacionales y regionales. (TAREA) 5.8. Implementación y ejecución del Plan Estratégico Nacional de ECNT. 5.9. Sistematización y difusión de las experiencias de la implementación de políticas y el Plan Estratégico Nacional de ECNT 5.10. Publicación y difusión de logros y cumplimientos del Plan Estratégico Nacional de ECNT y de las Políticas 5.11. Información y difusión ciudadana sobre objetivos, acciones y políticas públicas que favorezcan el control de las ECNT. (TAREA) 5.12. Participación en procesos de veeduría, control social y empoderamiento de acciones, que disminuyan los factores de riesgo a través de mecanismos implementados por el comité de control de ECNT. (TAREA) 5.13. Formulación de proyecto de leyes de protección para el trabajador relacionadas con la nutrición, actividad física y otras prácticas que favorezcan la salud.</p> | <p>Ministerio de Salud Pública, actores internacionales, sector público, medios de comunicación, sociedad civil</p> |
| <p>6. Impulsar la investigación entre estudiantes, profesionales públicos y privados del Sistema Nacional de Salud en ECNT y sus factores de riesgo, para reducir la carga de morbilidad prematura en las comunidades, provincias y el país.</p> | <p>100 % de productos en investigación publicados 10 % de los profesionales de las unidades públicas y privadas realizan investigación</p> | <p>Para el 2013 los profesionales públicos y privados de la salud contarán con habilidades para realizar investigación en ECNT y sus factores de riesgo.</p> | <p>6.1. Elaboración de proyectos de investigación e innovación en el abordaje de ECNT y sus factores de riesgo. (TAREA) 6.2. Capacitación y Utilización de la herramienta Steps y otras en las investigaciones de riesgo cardiovascular. (TAREA) 6.3. Formación de recursos humanos con cultura de investigación en acciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación de las ECNT acordes al Plan Estratégico Nacional. 6.4. Investigación científica , innovación tecnológica y evaluación del impacto de las intervenciones (TAREA) 6.5. Actualización permanente del talento humano formado. (TAREA) 6.6. Actualización de evidencia científica sobre el abordaje de ECNT. (TAREA)</p> | <p>Ministerio de Salud Pública, Universidades, SENACYT, SECIAM, ASEDEFE, AFEME, Sociedades Científicas, Gremios de salud</p> |

6.6.2. VIGILANCIA

| Objetivo General: Fortalecer la vigilancia de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), factores de riesgo, la repercusión de las intervenciones de Salud Pública y de sus consecuencias como parte de la estrategia integrada de prevención y control de las ECNT. mediante la capacitación continua del talento humano, el sistema único de información y la tecnología del Ministerio de Salud Pública | | | | |
|---|---|--|--|---|
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | INDICADOR | META | ACTIVIDAD | RESPONSABLE (S) |
| 1. Fortalecer y ampliar el sistema de vigilancia de las ECNT, sus factores de riesgo, para evaluar la disminución de la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad prematura a nivel nacional. | 100% de los indicadores definidos. | Para el 2012, estarán definidos los indicadores de vigilancia epidemiológica nacional relacionados con ECNT y sus factores de riesgo asociados | <p>1.1. Diseño e Implementación del sistema de vigilancia para las ECNT y sus factores de riesgo, en las provincias</p> <p>1.2. Elaboración de un mecanismo que permita la disminución de las causas mal definidas y sub notificadas de defunción. (TAREA)</p> <p>1.3. Monitoreo del sistema de vigilancia para ECNT</p> <p>1.4. Análisis e interpretación de los resultados (TAREA)</p> <p>1.5. Elaboración de una base de datos para la recopilación de la información de ECNT y sus factores de riesgo. (TAREA)</p> <p>1.6. Actualización del Manual de Vigilancia Epidemiológica con énfasis en ECNT y sus factores de riesgo</p> <p>1.7. Revisión y actualización de los instrumentos de Vigilancia EPI2 (TAREA)</p> <p>1.8. Elaboración de material informativo CIE-10 de bolsillo sobre las 10 principales causas de mortalidad por ECNT y según el nivel de atención de las mismas. (TAREA)</p> <p>1.9. Coordinación interinstitucional (INEC, Registro Civil, Universidades) para identificar problemas que, permitan mantener un sistema único de información de las ECNT, según necesidades del Sistema Nacional de Salud, de los estudiantes y población.</p> <p>1.10. Gestionar la incorporación del sistema de vigilancia de ECNT, al SIVE Alerta</p> <p>1.11. Capacitación al personal sobre el manejo del sistema de vigilancia de las ECNT</p> | Ministerio de Salud Pública, actores del Sistema Nacional de Salud, INEC, Instituciones públicas y privadas que arrojan datos estadísticos y epidemiológicos en el país, comunidades, sociedad civil. |
| 2. Fortalecer alianzas interinstitucionales públicas y privadas con el propósito de movilizar a la población para la implementación del sistema de vigilancia con participación comunitaria. | 100% instituciones públicas con Sistema único de vigilancia para ECNT | Para el 2015, todas las instituciones públicas y privadas contarán con un sistema único de información sobre ECNT, y sus factores de riesgo | <p>2.1. Conformación del Comité Interinstitucional de Vigilancia Epidemiológica nacional y provinciales.</p> <p>2.2. Monitoreo e informe de productos obtenidos por el comité interinstitucional nacional y provincial.</p> <p>2.3. Elaboración de una base de datos que permita conocer los determinantes sociales por provincia, comunidad, por sexo, etnia y edad .(TAREA)</p> | Ministerio de Salud, Sistema Nacional de Salud, Universidades, Comunidades |
| 3. Asegurar la disponibilidad de la información oportuna sobre ECNT y sus factores de riesgo. | 100% de información disponible | Para el 2012, el Sistema Único de Información arrojará datos mensuales oficiales de las ECNT y sus factores de riesgo | <p>3.1. Elaboración provincial y nacional del consolidado mensual del Número de pacientes con ECNT y el informe anual en base a los datos mensuales que arrojan las unidades operativas para la alimentación del sistema de Información.</p> <p>3.2. Publicación mensual de los datos reales e indicadores de las ECNT.TAREA</p> <p>3.3. El comité a finales de cada año analizará y publicará la información nacional y provincial de ECNT</p> | Ministerio de Salud, Sistema Nacional de Salud, INEC y otras instituciones públicas que arrojen datos oficiales de ECNT. |
| 4. Fomentar la información, capacitación y formación continuas, para mejorar la pericia y competencia técnica del personal de vigilancia. | 100% del personal con habilidades técnicas en ECNT | Para el 2015 los estudiantes de Ciencias de la Salud de pregrado y post grado así como los servidores públicos y privados del sistema nacional de salud, contarán con habilidades para el manejo de ECNT y | <p>4.1. Capacitación continua al personal de las unidades operativas públicas y privadas en el manejo de las ECNT.</p> <p>4.2. Capacitación en el CIE-10 de las ECNT al personal de las Unidades Operativas públicas y privadas.</p> <p>4.3. El comité intra institucional de ECNT seleccionara a la persona responsable de cada área, para la capacitación de campo.</p> | Ministerio de Salud, Sistema Nacional de Salud, Universidades. |

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| | | sus factores de riesgo | | |
| 5. Fortalecer un sistema unificado de informatización de datos para el manejo de pacientes con ECNT | 100% de las unidades operativas del Ministerio de Salud con Sistema de Información de Datos de los pacientes con ECNT, que evita la atención duplicada | Para el año 2013, las unidades operativas públicas y privadas cuentan con un sistema de información en red internacional y nacional para el intercambio de información | <p>5.1. Instalación de la tecnología para el uso y manejo del Sistema Único de Información de pacientes con ECNT y de sus factores de riesgo.</p> <p>5.2. Capacitación del personal en las UO que garanticen la meta, para el manejo de esta información con capacidad de intercambio de información dentro y fuera del país.</p> <p>5.3. Información obligatoria de casos de ECNT, con la finalidad de formar un solo archivo y base de datos público y privado.</p> | Ministerio de Salud Pública (vigilancia epidemiológica de ecnt) unidades operativas (públicas y privadas). |

6.6.3. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES

| Objetivo General: Promover el buen vivir en la población (Social, económico, ambiental, cultural, estilos de vida, hábitos), que modifiquen los factores de riesgo determinantes de las enfermedades crónicas y faculten a las personas el control de su salud, especialmente la adopción de un comportamiento saludable continuo durante todo el ciclo de vida. | | | | |
|---|---|---|---|--|
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | INDICADOR | META | ACTIVIDAD | RESPONSABLE (S) |
| 1. Aplicar estrategias y medidas (régimen alimentario saludable, actividad física y ambientes libres de contaminación) para la creación de entornos saludables en: instituciones educativas, lugares de trabajo. | 100 % de las instituciones educativas, lugares de trabajo, con conocimientos y motivación para crear estilos de vida sana | Para el año 2013 las instituciones educativas, lugares de trabajo, serán actores y promotores de estilos de vida saludable | 1.1. Capacitación a las maestras/os de las Escuelas Promotoras en Salud, en comportamientos saludables y factores de riesgo para ECNT. TAREA 1.2 Seguimiento, control y evaluación de la aplicación del acuerdo ministerial 004-10 de bares escolares. (TAREA) 1.3. Implementación de la actividad física cotidiana acorde a los intereses y las edades de los estudiantes. 1.4. Seguimiento y Evaluación a la implementación del Convenio Marco para el Control de Tabaco; además sensibilizar sobre el consumo de alcohol a instituciones públicas y privadas. (TAREA) 1.5. Realización de pausas activas en el trabajo en instituciones públicas y privadas. TAREA 1.6. Capacitación en identificación y manejo del estrés. | Ministerio de Salud, Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Educación, ONGs, Gobiernos locales, Ministerio de Deporte, Universidades, Sociedades Científicas, Ministerio de Relaciones Laborales, empresas públicas y privadas. Ministerio de Ambiente |
| 2. Impulsar la participación activa de la comunidad a través de capacitación y practica activa de estilos de vida saludables y factores de riesgo que evite las ECNT | 50% de las comunidades empoderadas de estilos sanos de vida. | Para el 2015, las comunidades serán actoras de promoción de prevención de ECNT y reducirán el consumo de grasas, disminución de sal, azúcares en sus alimentos. | 2.1. Capacitación a líderes naturales de la Comunidad . 2.2. Campañas locales a través medios masivos y alternativos 2.3 Incluir los contenidos del Plan Estratégico Nacional para la Prevención de las ECNT y sus factores de riesgo como iniciativa de municipios y comunidades saludables 2.4. Regulación y control de uso de pesticidas en alimentos | MSP, Ministerio Educación, Gobiernos Locales, ONGs, Universidades y Comunidad. |
| 3. Contribuir a la reducción del sobrepeso y obesidad a través de la promoción de un régimen alimentario saludable durante el ciclo de vida | Reducir en un 5% el sobrepeso y obesidad en la población ecuatoriana | Hasta el 2013, la población y los escolares priorizarán el consumo de frutas y vegetales, disminuyendo las grasas, azúcares y sal. | 3.1. Capacitación del personal de salud y educación en normas y procedimientos para el control del sobrepeso y obesidad. 3.2. Campaña de Comunicación, Información y Educación sobre régimen alimentario saludable. 3.4 Elaboración de una encuesta demostrativa de prevalencia de sobrepeso en escolares y adolescentes. (TAREA) | Ministerio de salud, MIES, Ministerio de Educación, Universidades, Gobiernos locales, Comisión Nacional del Codex alimentario. Cámaras de la Producción. Tribuna del consumidor |
| 4. Facilitar el desarrollo y fortalecimiento continuo de la evaluación de estrategias de promoción de la salud y prevención de ECNT y sus factores de riesgo. | 100% de los profesionales de las unidades públicas y privadas realizan evaluaciones estrategias de promoción de la | Para el 2015, realizar 2 evaluaciones nacionales sobre la ejecución de estrategias y actividades de | 4.1. Diseño de la Metodología de evaluación de Promoción de la salud y Prevención de ECNT y sus factores de riesgo. 4.2. Diseño de Guías de Actividad Física para pacientes con ECNT 4.3. Diseño de Guías para alimentación a pacientes con ECNT 4.4. Capacitación y Aplicación de guías.(TAREA) 4.5. Capacitación al personal sobre evaluación de las estrategias de promoción de la salud y prevención de ECNT. (TAREA) 4.6. Difundir resultado esperados a nivel nacional | Ministerio de Salud Aliados, Universidades, Gobiernos locales, Sociedades Científicas. |

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| | salud y prevención de ECNT y sus factores de riesgo. | promoción de la salud y prevención de ECNT | | |
| 5.Reducir el consumo del tabaco y alcohol, así como la exposición al humo de tabaco en la población | Reducir la prevalencia del consumo de tabaco y alcohol. | Para el 2015, la población disminuye el consumo de tabaco y alcohol. | <p>5.1. Seguimiento a la ejecución del Convenio Marco especialmente en los artículos 8, 11, 13.(TAREA)</p> <p>5.2. Sensibilización y capacitación a la población en el Convenio Marco (instituciones educativas, organizaciones privadas y públicas, otras).</p> <p>5.3. Control de la injerencia de las tabacaleras</p> <p>5.4. Abogacía con la Asamblea y autoridades para ley de control de tabaco y alcohol.</p> <p>5.5. Diseño de un sistema efectivo de vigilancia para el consumo de sustancias nocivas a la salud.</p> | Ministerio de Salud Pública (Salud Mental - Promoción), Ministerio de Industria, SOLCA, Comité interinstitucional de lucha anti tabáquica, Asamblea Nacional, Medios de comunicación masiva. |
| 6. Promover el envejecimiento saludable, desde la concepción hasta la muerte del individuo. | 100% de las escuelas de Quito y Guayaquil aplican estilos de vida saludable. | Para el 2015, las escuelas del País estarán sensibilizadas en el envejecimiento saludable. | <p>6.1. Desarrollo del Plan de Capacitación en envejecimiento saludable desde el período prenatal hasta los programas de Adultos mayores saludables/activos/productivas.</p> <p>6.2. Capacitación en las escuelas del Plan de envejecimiento saludable.</p> | Ministerio de Salud Pública, Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Educación. |

6.6.4. MANEJO INTEGRADO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y FACTORES DE RIESGO

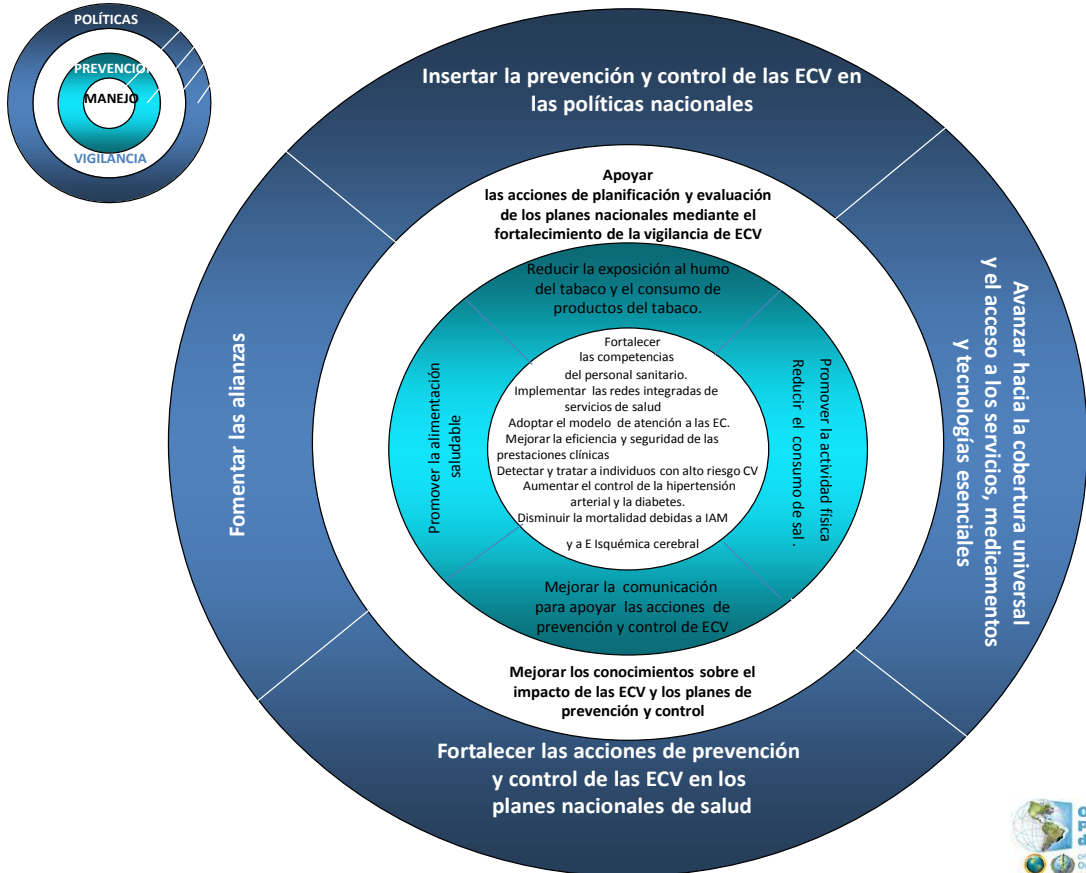
Objetivo General: Fortalecer las competencias del personal sanitario, implementar las redes integradas de servicios de salud, adoptar el modelo de atención de las enfermedades crónicas, normas y protocolos para mejorar la eficiencia y seguridad de las prestaciones clínicas, detectando y tratando a los individuos con alto riesgo de enfermedades como cáncer, EPOC, enfermedades cardiovasculares aumentando el control de la hipertensión arterial y la diabetes que permitan disminuir la mortalidad y las complicaciones debidas a infarto agudo de miocardio y a enfermedad cerebro vascular isquémica.

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | INDICADOR | META | ACTIVIDAD | RESPONSABLE (S) |
|--|--|--|---|---|
| 1. Garantizar el acceso gratuito y el abastecimiento permanente de medicamentos esenciales de buena calidad, insumos y tecnología a las unidades de salud, para manejo de las ECNT, los factores de riesgo y sus complicaciones. | 100% de las unidades operativas de Salud públicas y privadas, cuentan con medicamentos, insumos y equipamiento | Para el 2015, los tres niveles de atención de salud públicos y privados cuentan con adecuada provisión de fármacos, insumos y equipamiento, para los pacientes con ECNT. | <p>1.1 Elaboración del Modelo de gestión para la regulación, compra y distribución de medicamentos insumos y equipos.</p> <p>1.2. Diagnóstico de la situación actual.</p> <p>1.3 Asesoramiento permanente para la estimación y programación de medicamentos, insumos y equipos</p> <p>1.4 Planificación para la adquisición de medicamentos equipamiento e insumos. (TAREA)</p> <p>1.5 Compra corporativa de medicamentos esenciales, insumos y Equipos acorde con normas y protocolos de manejo de ECNT.</p> <p>1.6 Propuesta de cambio en el proceso de adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos para las instituciones de salud pública y privada.</p> <p>1.7 Diseño de un registro único de paciente, a través del Sistema Nacional Informatizado.</p> | Ministerio de Salud Pública (SUGMI, unidades ejecutoras, Direcciones Provinciales, Izquieta Pérez, Registro Sanitario, Fármaco vigilancia) |
| 2. Promover la capacitación en el Plan Estratégico Nacional de Prevención y control de ECNT, en todos los niveles involucrados en el manejo de las ECNT. | 100% de las unidades operativas de Salud Públicas y privadas aplican el Plan Estratégico Nacional. | Para el 2013 el Plan Estratégico está implementado en todo el Sistema Nacional de Salud | <p>2.1. Socialización al Sistema Nacional de Salud, sobre el manejo integrado de las ECNT y sus factores de riesgo compatible con el Plan Estratégico Nacional.</p> | Ministerio de Salud Pública, Sistema Nacional de Salud, comunidad, Universidades públicas y privadas, ONGs. CONASA |
| 3. Reorientar a los servicios de salud de acuerdo a los niveles de atención para el manejo de ECNT | 50% de las unidades operativas públicas y privadas cuentan con reorientación adecuada de sus servicios | Para el 2015, los servicios de salud públicos y privados se encuentran fortalecidos y con reorientación adecuada para el manejo de las ECNT. | <p>3.1. Inventario de necesidades para la reorientación de los servicios: infraestructura, tecnología (equipamiento), recursos humanos, estándares de calidad, normas, medicinas e insumos, según capacidad resolutive.</p> <p>3.2. Solicitud de necesidades a la instancia pertinente (desconcentración financiera y administrativa).</p> <p>3.3. Implementación de requerimientos en los servicios de salud según niveles de atención y capacidad resolutive.</p> | Ministerio de Salud Pública (Servicios de Salud, Infraestructura, SUGMI, autoridades de salud, Direcciones Provinciales, Dirección Administrativa y Financiera) Sistema Nacional de Salud, ONG s. |
| 4. Fortalecer el Desarrollo de directrices, normas y protocolos integrados para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control de ECNT y sus factores de riesgo | 100% de las unidades operativas públicas y privadas, aplican las normas y protocolos de prevención y control de las ECNT | Para el 2012, todas las unidades operativas públicas y privadas cuentan con normas y protocolos para el manejo de las ECNT | <p>4.1. Elaboración de las normas y protocolos clínicos y terapéuticos para la prevención y control de las ECNT.</p> <p>4.2. Publicación de las normas y protocolos para el manejo de las ECNT.</p> <p>4.3. Implementación de las normas y protocolos para el manejo de las ECNT.</p> <p>4.4. Seguimiento y evaluación al cumplimiento de las normas y protocolos.</p> | Ministerio de Salud Pública, Sistema Nacional de Salud, Sociedades Científicas, Universidades, Sociedad Civil. |
| 5. Fomentar las competencias del personal sanitario | 100% de los servicios de Salud públicos y privados cuentan con los equipos/comités o responsables | Para el primer semestre del 2013, los servicios de salud públicos y privados contarán con comités técnicos de ECNT. | <p>5.1. Conformación de equipos de trabajo (Comités de ECNT), en las unidades operativas (públicas y privadas) en todos los niveles de atención.</p> <p>5.2. Establecer sistemas de educación continua para el personal de salud para el manejo de ECNT y sus Factores de Riesgo.</p> <p>5.3. Investigación clínica y epidemiológica por parte de los equipos de salud para el manejo de las ECNT y sus factores de</p> | Ministerio de Salud Pública, Sistema Nacional de Salud, Sociedades Científicas, Universidades, |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| | de ECNT, a nivel nacional, zonal y distrital, según niveles de atención | | riesgo. | comunidades. |
| 6. Fomentar el auto cuidado y monitoreo de los individuos con ECNT, incluyendo a familiares y miembros de la comunidad | 100% de las unidades de salud públicas y privadas, aplican las Guías de autocontrol y Auto cuidado para el paciente con ECNT | Para el año 2013, las unidades de salud públicas y privadas cuentan con guías de autocontrol y auto cuidado para los pacientes con ECNT, los familiares y la comunidad | 7.1. Elaboración de las Guías de Auto cuidado y autocontrol de los pacientes con ECNT. 7.2. Publicación de las Guías. 7.3. Implementación de las Guías. 7.4. Seguimiento y evaluación del cumplimiento de las guías, disminución de factores de riesgo, mejora la calidad de vida del paciente. 7.5 Determinar las competencias de los actores involucrados incluido el paciente como protagonista. (TAREA) | Ministerio de Salud (Programa de ECNT del MSP, Nutrición; Estomatología, Salud Mental y Promoción, Epidemiología), en los niveles Nacional, Zonal y Distrital. Sistema Nacional de Salud, Universidades, Sociedades Científicas, pacientes, sociedad civil, comunidades y ONG s. |
| 7. Fomentar investigación operativa de ECNT | 100% de protocolos de investigación para ECNT elaborados. | Para el 2015, las unidades operativas públicas y privadas aplicarán protocolos de investigación operativa para ECNT | 7.1. Diseño de protocolos de investigación a partir de lo establecido en el numeral 5.3. 7.2. Capacitación en protocolos de investigación. 7.3. Aplicación de protocolos de investigación. 7.4. Evaluación del cumplimiento de los protocolos de investigación y resultados obtenidos 7.5 Creación de un comité de investigación y bioética en ECNT | Ministerio de Salud Públicas, Sistema Nacional de Salud ONG s, Universidades, Izquieta Pérez, Sociedades Científicas, Comunidades, sociedad civil. |
| 8. Fortalecer la referencia, contrareferencia, y las consultas de seguimiento en ECNT | 100% de la referencia y contra referencia aplicándose en la red de servicios de salud pública y privada | Para el 2015, la referencia y contra referencia de la red de servicios de salud públicos y privados funciona. | 8.1. Actualización del manual de referencia y contra referencia en relación con el Modelo de Atención Integral de Salud y ECNT. 8.2. Capacitación en el manual, en la red de servicios públicos y privados. 8.3. Seguimiento a la aplicación del Manual en la red de servicios de salud públicos y privados. (TAREA) 8.4. Seguimiento a los pacientes referidos, en las UO de primer nivel, en el segundo o tercer nivel de atención. (TAREA) 8.5 Implementación de un sistema que permita estar en red con los 3 niveles de atención | Ministerio de Salud Pública, Sistema Nacional de Salud, ONG s, Universidades, Sociedades Científicas. |
| 9. Promover la calidad de los servicios y las intervenciones de la salud en base a indicadores específicos. | 100% de la muestra seleccionada se evaluará el porcentaje de satisfacción periódicamente | Para el 2015, la red de servicios de salud públicos y privados aplican indicadores de calidad de los servicios | 9.1. Elaboración de encuestas sobre satisfacción del usuario interno y externo. (TAREA) 9.2. Capacitación sobre las encuestas de satisfacción. (TAREA) 9.3. Aplicación de las encuestas de satisfacción. (TAREA) 9.4. Análisis e interpretación de los datos. (TAREA) 9.5. Determinación indicadores de satisfacción de usuarios internos y externos en la prestación de los servicios de las ECNT. (TAREA) 9.6. Elaboración de instrumentos para evaluar la capacidad instalada de los servicios de salud para la atención de ECNT 9.7. Aplicación de los instrumentos para evaluación de la capacidad instalada (TAREA) 9.8. Elaboración de informes (inventarios) de la capacidad instalada y de atención de los servicios que brindan atención a las ECNT y de sus necesidades. (TAREA) | Ministerio de Salud Pública, Sistema Nacional de Salud, ONG s, Universidades. |

NOTA: En la columna de actividades de las cuatro líneas de acción, entre paréntesis se ha colocado la palabra tarea que corresponde a una tarea del Plan de Acción u Operativo, complementario al Plan Estratégico Nacional.

Resumen de las cuatro líneas de Acción del Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles



ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

- Dra. Judy Irigoyen Vargas LIDER NAC. ADULTO ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES
- Dr. Edison Jaramillo EPIDEMIOLOGÍA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

COOPERACIÓN OPS/OMS:

- Dra. Celia Riera REPRESENTANTE OPS/OMS EN EL ECUADOR
- Dr. Pedro Orduñez OPS/OMS Regional
- Dr. Enrique Pérez Flores OPS/OMS Regional
- Dr. Marco Pinel OPS/OMS Nacional
- Dr. Ismael Soriano OPS/OMS Nacional

APOYO SECRETARIA:

- Señora Mercedes Caiza Normatización- Ministerio de Salud
- Señora Beatriz Aguirre Asistente de Proyectos OPS/OMS-Ecuador

CREDITOS:

- Econ. Sara Naranjo PLANIFICACIÓN MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
- Dr. Washington Estrella DIRECTOR DE NORMATIZACIÓN DEL SNS
- Dr. Enrique Aguilar DIRECTOR NACIONAL DE SALUD MENTAL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
- Dra. Anabel Burbano DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MINISTERIO DE SALUD
- Dra. Julieta Robles NUTRIÓLOGA MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
- Lcda. Rosa de Andrade COORDINADORA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD -MINISTERIO DE SALUD
- Lcdo. Iván Cañizares PROMOCIÓN DE LA SALUD- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
- Lic. Juan Ruiloba EDUCADOR PARA LA SALUD MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
- Dr. José Eras MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, SEPSS
- Dr. Francisco Barrera MEDICO INTERNISTA PICHINCHA- AREA DE SALUD 4
- Dr. Freddy Trujillo HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS
- Dr. Jorge Iñiguez EPIDEMIOLOGO DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE PICHINCHA
- Dr. Julio Palomeque EPIDEMIOLOGO DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE EL ORO
- Dr. José Marín MEDICO INTERNISTA HOSPITAL HOMERO CASTAÑER
- Dr. Juan Pablo Barbecho COORDINADOR DEL ÁREA Nº 2, PICHINCHA
- Dra. Fanny Samaniego DIRECTORA DEL ÁREA Nº 2, PICHINCHA
- Dr. Jorge Moncayo UNIDAD NEUROVAESCLAR HOSPITAL EUGENIO ESPEJO
- Dra. Noemí Bautista MEDICA INTERNISTA HOSPITAL DE GUAYAQUIL
- Dra. Paola Yánez MEDICA INTERNA HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ
- Dra. Sandra Peña MEDICA INTERNISTA HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
- Dra. Mónica Paladines RESPONSABLE ECNT DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE PICHINCHA
- Lic. Ney González EPIDEMIOLOGA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE PICHINCHA
- Lic. Margarita Cañar DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
- Srta. Martha Intriago DIRECCIÓN DE COMUNICACIÓN MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
- Econ. Mariela Revelo DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
- Dra. Lilian Calderón CONASA
- Dr. Fausto Andrade CONASA
- Dr. Alfredo Varea DIABETÓLOGO DISPENSARIO DEL IESS
- Dr. Fernando Mosquera MEDICO INTERNISTA HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN
- Dra. Patricia Ruiz EPIDEMIOLOGA HOSPITAL DEL IESS
- Dra. Sonia Díaz MEDICA INTERNISTA ISSFFAA
- Dr. Juan Aragón ONCÓLOGO SOLCA
- Dra. María Cervantes ONCÓLOGA SOLCA
- Dra. Sandra Carrera DIRECCIÓN MUNICIPAL DE HIGIENE
- Dra. María Augusta Molina FUNDACIÓN ECUATORIANA DE SALUD RESPIRATORIA (FESAR)
- Dra. Katya Rodríguez CEISEB
- M.Sc. Talia Palacios MINISTERIO DE INDUSTRIAS Y PRODUCTIVIDAD
- Ing. Jaime Guerrero MINISTERIO DE COMUNICACIÓN
- Dr. Manuel Ganchala MINISTERIO DE EDUCACION
- Dra. Rosalina Mora MINISTERIO DE EDUCACION
- Eco. Sandra Vela DELEGADO MEDICINA DEL DEPOTE MINISTERIO DE DEPORTES
- Dra. Karen Pesse PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR, INSITUTO SALUD PÚBLICA

| | |
|----------------------------------|--|
| - Lcda. Olga Guillen Cabrera | VICEP. DE ASOC. ECUATORIANA DE ESC. Y FACULTADES DE ENFERMERÍA ASEDEFE |
| - Dr. Eduardo Molina | UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, FACULTAD DE MEDICINA |
| - Dra. Esperanza Arévalo | PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR PREGRADO |
| - Dr. Hugo Pereira | PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR, INSITUTO SALUD PÚBLICA |
| - Dr. Byron Cifuentes | PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN ECUATORIANA DE DIABETES |
| - Lic. Rosa Riofrío Guillen | PRES. DE ASOC. ECUATORIANA DE ESC. Y FACULTADES DE ENFERMERÍA ASEDEFE |
| - Dr. Xavier Maldonado | REPRESENTANTE DE LA SOCIEDAD CIVIL |
| - Dr. Walter de la Torres | HOSPITAL DE LA POLICÍA |
| - Psicóloga Ana Fernanda Sánchez | CONSEJO CANTONAL DE CUENCA- FUNDACIÓN LOS FRESNOS (CASA DE LOS DIABÉTICOS) |
| - Rolando Vera | FUNDACIÓN ROLANDO VERA- SOCIEDAD CIVIL |
| - Mgs. Jaime Guerra | FUNDACIÓN ROLANDO VERA- SOCIEDAD CIVIL |
| - Dr. Francisco Reinoso T. | MINISTERIO DEL DEPORTE |
| - Nutricionista Gloria Huilca | MINISTERIO DE EDUCACIÓN |
| - Dr. Fabricio Loaiza | DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DEL ORO |
| - Dr. Milton Vega | DEPARTAMENTO DE SALUD -MUNICIPIO DMQ |
| - Lcdo. Javier Flores | DIRECCIÓN DE COMUNICACIÓN MSP |
| - Dra. Sandra Herrera | HOSPITAL EUGENIO ESPEJO |
| - Lcdo. Max Salazar | COMUNICACIÓN- MUNICIPIO DMQ |
| - Lcda. Belén Mosquera | COMUNICACIÓN-DIRECCIÓN PROVINCIAL DE PICHINCHA |
| - Lcda. Margarita Salazar | COORDINADORA DE COMUNICACIÓN MSP |
| - Lcda. Martha Rodríguez | COMUNICACIÓN OPS/OMS |
| - Dr. Edgar Mora | HOSPITAL DEL PUYO |
| - Dr. Carlos Solís | Hospital Teodoro Maldonado Carbo- IIESS Guayaquil |

Nota: La redacción de este documento se ha realizado recogiendo los aportes de los participantes de las diferentes instituciones y organizaciones

PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO
TRANSMISIBLES-ECNT



Ministerio de Salud Pública

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD

DIRECCIÓN DE NORMATIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

DIRECCIÓN DE CONTROL Y MEJORAMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA