



ENCUESTA STEPS ECUADOR 2018

MSP, INEC, OPS/OMS

Vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo

Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública
Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad
Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control
Dirección Nacional de Promoción de la Salud

INFORME DE RESULTADOS

Autoridades

Dr. Juan Carlos Zevallos, Ministro de Salud Pública de Ecuador
Dr. Francisco Solórzano, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud, MSP
Dra. Catalina Yépez, Subsecretaria Nacional de Vigilancia de la Salud Pública, MSP
Dr. Eduardo Zea, Subsecretario Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad, MSP
Dr. Franklin Bajaña, Director Nacional de Estrategias de Prevención y Control, MSP
Mgs. Ana Bucheli, Directora Nacional de Promoción de la Salud, MSP

Mgs. Reinaldo Cervantes, Director Ejecutivo, INEC
Ing. Andrés Albán, Director de Estadísticas Sociodemográficas, INEC
Ing. Christian Garcés Mayorga, Director de Infraestructura Estadística y Muestreo, INEC
Eco. Markus Nabernegg, Coordinador General Técnico de Producción Estadística, INEC

Equipo de redacción y autores

MSc. Md. Romina Costa, Especialista, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, MSP
Dra. Ana Gutiérrez, Especialista, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, MSP
Psic. Daniela Valdivieso, Ph.D., Especialista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, MSP
Mgs. Lorena Carpio, Analista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, MSP
Dra. Flor Cuadrado Parra, Analista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, MSP
Mat. Javier Núñez, Dirección de Infraestructura Estadística y Muestreo, INEC
Dr. Juan Vásconez, consultor

Equipo de colaboradores

Esp. Carla Torres, especialista, Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, MSP
Eco. Natali Mendoza, Dirección de Estadísticas Sociodemográficas, INEC

Equipo de revisión

Psic. Pablo Analuisa, Especialista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, MSP
MPH. Angélica Tutasi, Especialista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, MSP
Lcda. Dolores Ondarsuhu, Especialista en Vigilancia y Monitoreo de ENT
Dra. Aida Soto, consultora, OPS

Contenido

1.	INTRODUCCIÓN.....	7
2.	ANTECEDENTES	8
2.1	Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	8
a.	<i>Tabaco</i>	9
b.	<i>Alcohol</i>	9
c.	<i>Dieta</i>	10
d.	<i>Inactividad física</i>	10
e.	<i>Sobrepeso y obesidad</i>	11
f.	<i>Hiper glucemia</i>	11
g.	<i>Hipertensión arterial</i>	12
2.2	Compromisos de Ecuador para la prevención y control de ENT/FR	12
2.3	Normas, políticas y acciones de Ecuador para la prevención y control de ENT/FR	12
2.4	Encuestas previas sobre ENT y FR en Ecuador.....	15
3.	OBJETIVOS DE LA ENCUESTA	15
4.	MÉTODOS DE LA ENCUESTA	15
4.1	Marco muestral.....	16
4.2	Diseño y construcción del marco de la muestra	16
4.3	El instrumento STEPS.....	18
4.4	Operativo de campo y manejo de los datos	18
5.	RESULTADOS	21
5.1	Información demográfica.....	21
5.2	PASO 1. ENT y factores de riesgo.....	22
a.	<i>Tabaco</i>	22
b.	<i>Consumo de alcohol</i>	24
c.	<i>Dieta</i>	26
a.	<i>Actividad física</i>	30
b.	<i>Historia de presión arterial elevada</i>	31
c.	<i>Historia de Diabetes</i>	32
d.	<i>Historia de colesterol total elevado</i>	33
e.	<i>Historia de enfermedad cardiovascular</i>	34
f.	<i>Consejos sobre prácticas de vida saludable</i>	34
g.	<i>Detección del cáncer de cuello de útero</i>	34
h.	<i>Detección del cáncer de mama</i>	34
i.	<i>Detección del cáncer de próstata</i>	35
j.	<i>Detección del cáncer de colon y recto</i>	36
5.3	Paso 2: Mediciones Físicas.....	36
a.	<i>Medidas antropométricas</i>	36
b.	<i>Presión arterial</i>	38
a.	<i>Glucosa en sangre</i>	39
b.	<i>Colesterol total en sangre</i>	39
	Riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV).....	40
5.4	Resumen de factores de riesgo combinados	40
5.5	Salud oral	41
6.	DISCUSION.....	42
6.1	Control de tabaco	43
6.2	Consumo de alcohol.....	43
6.3	Consumo de frutas y/o verduras y hortalizas	44
6.4	Consumo de sal.....	44
6.5	Realización de actividad física	44
6.6	Sobrepeso y obesidad.....	45
6.7	Hipertensión arterial	45
6.8	Riesgo combinado.....	46
6.9	Glucosa elevada en sangre.....	46
6.10	Colesterol total elevado en sangre.....	46
6.11	Tamizaje de cáncer de cuello uterino.....	47
6.12	Tamizaje de cáncer de mama, próstata y colorrectal	47

6.13	Salud oral	47
7.	CONCLUSIONES	47
8.	RECOMENDACIONES	48
8.1	Acción 1: reforzar el compromiso político	48
8.2	Acción 2: implementar planes multisectoriales de acción para ENT.	48
8.3	Acción 3: implementar políticas regulatorias en los factores de riesgo.	48
8.4	Acción 4: trabajar hacia la cobertura universal y el acceso universal en salud.	49
8.5	Acción 5: fortalecer la vigilancia y manejo de la información.	50
9.	DEFINICIONES	51
10.	PARTICIPANTES	54
10.1	Equipo técnico del MSP	54
10.2	Equipo técnico del INEC	54
10.3	Equipo técnico y asesor de OPS/OMS – Ecuador	54
10.4	Equipo asesor de OPS/OMS – Washington DC	54
10.5	Equipo de campo: coordinadores, asistentes, supervisores y encuestadores	54
11.	REFERENCIAS	56
12.	ANEXOS.....	59
12.1	Anexo 1. Estado de indicadores de progreso de intervenciones y medidas, en el marco del Plan de Acción Mundial de Prevención y Control de ENF/FR 2013-2020 y del Marco Mundial de Monitoreo 2013-2025. Año 2020	59
12.2	Anexo 2. Hoja de datos STEPS Ecuador.....	63
12.3	Anexo 3. Hoja de datos de las políticas de control de tabaco	65

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Compromisos internacionales para la prevención y control de ENT/FR	12
Tabla 2	Normas, políticas y acciones para la prevención y control de ENT/FR en Ecuador	12
Tabla 3	Encuestas previas sobre ENT y factores de riesgo	15
Tabla 4	Cronograma de planificación e implementación de la Encuesta STEPS Ecuador 2018.....	15
Tabla 5	Parámetros para el diseño muestral	16
Tabla 6	Número de unidades primarias de muestreo y número de viviendas, por provincia	16
Tabla 7	Cobertura de la Encuesta STEPS Ecuador 2018, resultado de la entrevista.....	17
Tabla 8	Funciones y número de personal de campo	18
Tabla 9	Distribución de participantes por sexo y grupo de edad	21
Tabla 10	Porcentaje de consumo actual de cigarrillos manufacturados, por sexo y grupo de edad.....	22
Tabla 11	Patrón de consumo de tabaco fumado, por sexo y edad	22
Tabla 12	Media de la edad de inicio de consumo de tabaco fumado, por sexo y grupo de edad.....	23
Tabla 13	Porcentaje de ex fumadores diarios (que no fuman actualmente) entre los que fueron fumadores diarios, por sexo y grupo de edad.....	23
Tabla 14	Porcentaje de consumo actual de alcohol en los últimos 30 días, abstinencia los últimos 12 meses y abstinencia toda la vida, por sexo y grupo de edad.....	25
Tabla 15	Media del número de porciones de frutas y/o verduras consumidas en promedio por día, por sexo y grupo de edad.....	26
Tabla 16	Porcentaje de adultos que consumió un número dado de porciones de frutas y/o verduras por día, por sexo y grupo de edad	26
Tabla 17	Cantidad auto reportada de sal consumida, por edad, en hombres y mujeres y por grupo de edad	29
Tabla 18	Porcentaje de adultos que no cumple con las recomendaciones de OMS sobre actividad física, por sexo y grupo de edad.....	30
Tabla 19	Porcentaje del nivel de actividad física, por edad, sexo y grupo de edad	30
Tabla 20	Promedio de minutos por día de comportamiento sedentario, por edad y sexo	30

Tabla 20 Porcentaje de adultos con historia de medición y diagnóstico de glucosa elevada en sangre, por grupo de edad	32
Tabla 21 Porcentaje de adultos con historia de diagnóstico de diabetes, que actualmente toma medicación para diabetes prescrita por un médico o profesional de la salud, por sexo y grupo de edad	33
Tabla 22 Porcentaje de población que recibió consejos sobre estilos de vida saludable, de un médico o profesional de salud, por sexo.....	34
Tabla 23 Porcentaje de mujeres a las que alguna vez un médico o profesional de salud le enseñó cómo explorarse las mamas, por grupo de edad.....	35
Tabla 24 Porcentaje de mujeres según última vez que le examinaron las mamas, por grupo de edad.....	35
Tabla 25 Porcentaje de hombres a los que alguna vez se les examinó la próstata, por grupo de edad.....	36
Tabla 26 Porcentaje de adultos a los que han realizado la prueba de sangre oculta en heces, por sexo y grupo de edad.....	36
Tabla 27 Clasificación de índice de masa corporal (IMC), por sexo y grupo de edad	37
Tabla 28 Índice de Masa Corporal (IMC) ≥ 25 Kg/m ² , por sexo y grupo de edad	37
Tabla 29 Perímetro de cintura (cm), por sexo y grupo de edad	37
Tabla 30 Porcentaje de población con PAS ≥ 140 y/o PAD ≥ 90 mmHg, y quienes toman medicación para presión arterial elevada, por sexo y grupo de edad	38
Tabla 31 Porcentaje de diagnóstico, tratamiento y control de la HTA, por sexo y grupo de edad.....	38
Tabla 32 Porcentaje de adultos con glucosa elevada en sangre, o actualmente bajo tratamiento médico para diabetes**, por sexo y grupo de edad	39
Tabla 33 Porcentaje de adultos con colesterol total elevado en sangre (≥ 190 mg/dl), o actualmente con medicación para colesterol elevado, por sexo y grupo de edad	39
Tabla 34 Porcentaje de adultos con un riesgo de ECV a 10 años $\geq 30\%$ o con ECV existente, por sexo y grupo de edad.....	40
Tabla 35 Porcentaje de adultos por número de factores de riesgo combinados, por sexo y grupo de edad.....	41
Tabla 36 Porcentaje de adultos por número de dientes propios o naturales, por grupo de edad.....	41
Tabla 37 Porcentaje de adultos entre quienes alguna vez han visitado al dentista, según tipo de causa, por grupo de edad	42

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Diez principales factores de riesgo que contribuyen a los Años de Vida Saludable perdidos (AVISA) en 2017 y porcentaje de cambio, 2007-2017, todas las edades	9
Gráfico 2 Gestión del operativo de campo de la Encuesta STEPS Ecuador 2018	19
Gráfico 3 Prevalencia de consumo actual de tabaco (%), por sexo y grupo de edad.....	22
Gráfico 4 Porcentaje de consumo nocivo de alcohol (consumo de 6 o más tragos en una ocasión en los últimos 30 días), por sexo y grupo de edad.....	25
Gráfico 5 Porcentaje de personas según cumplimiento de las recomendaciones de consumo de frutas y/o verduras (≥ 5 porciones por día)	27
Gráfico 6 Porcentaje de adultos que agrega sal antes de comer o mientras come, por sexo y grupo de edad	27
Gráfico 7 Porcentaje de adultos que agrega sal siempre o frecuentemente al cocinar o preparar comidas en casa, por sexo y grupos de edad.....	28
Gráfico 8 Prevalencia de consumo de alimentos procesados ricos en sal, por sexo y grupo de edad.....	28
Gráfico 9 Porcentaje de adultos que lee el contenido de sal en las etiquetas de alimentos, por sexo y grupo de edad.....	29
Gráfico 10 Distribución de actividad física total, por tipo y por sexo.....	31

Gráfico 11 Porcentaje de adultos con historia de medición y diagnóstico de HTA, por sexo.....	31
Gráfico 12 Porcentaje de adultos con diagnóstico de HTA que actualmente toma medicación para la HTA prescrita por médico o profesional de la salud, por sexo y grupo de edad	32
Gráfico 13 Porcentaje de adultos con historia de medición y diagnóstico de colesterol elevado en sangre, por sexo y grupo de edad.....	33
Gráfico 14 Porcentaje de mujeres según última vez que le realizaron una mamografía, por edad	35
Gráfico 15 Porcentaje de adultos que se han realizado colonoscopia por sexo y grupo de edad	36
Gráfico 16 Prevalencia de principales problemas por mal estado de dientes y encías (%).....	42
Gráfico 17 Evolución de la tasa de sobrepeso y obesidad en adultos durante el periodo 2014-2018.....	45

ABREVIATURAS

APS	Atención Primaria de Salud
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
CILA	Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica
CMCT	Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco
ECV	Enfermedad Cardiovascular
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ENT	Enfermedades No Transmisibles
ENT/FR	Enfermedades No Transmisibles y sus factores de riesgo
FR	Factores de riesgo
HTA	Hipertensión Arterial
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IECS	Instituto para Efectividad Clínica y Políticas de Salud
IMC	Índice de Masa Corporal
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
IRC	Insuficiencia Renal Crónica
LORCT	Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública

mg/dl	Miligramos por decilitro
mmHg	Milímetros de Mercurio
mmol/L	Milimoles por litro
NBI	Necesidades básicas insatisfechas
ONG	Organización no Gubernamental
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
Pap	Papanicolaou
PAD	Presión arterial diastólica
PAS	Presión arterial sistólica
PIB	Producto Interno Bruto
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PRAS	Plataforma de Registro de Atención en Salud
RDACAA	Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias
SABE	Salud, Bienestar y Envejecimiento
SIMAR	Sistema de Identificación, Marcación, Autenticación, Rastreo y Trazabilidad Fiscal para cigarrillos y bebidas alcohólicas
TAPS	Técnico de Atención Primaria de Salud
US\$	Dólar de los Estados Unidos de Norteamérica
VPH	Virus del Papiloma Humano

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son afecciones de larga duración que evolucionan en el tiempo y generan altas tasas de morbi-mortalidad, afectando al bienestar individual y familiar. Son la principal causa de mortalidad general y de mortalidad prematura evitable en Las Américas y en Ecuador. Su carga repercute en el desarrollo socioeconómico y representa un peso financiero para el sector salud.

Las ENT priorizadas por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) son las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas. Estas comparten cuatro factores de riesgo (FR) modificables: consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, dieta inadecuada e inactividad física. Estos, a su vez se relacionan con los FR biológicos: sobrepeso y obesidad, presión arterial elevada, glucosa elevada en sangre, y colesterol elevado en sangre. La prevalencia de estos FR en Las Américas es alta en el contexto mundial.

La vigilancia epidemiológica de ENT/FR se realiza a través de cuatro componentes que incluyen registros de mortalidad, encuestas poblacionales, vigilancia en servicios de salud, y registros de cáncer.

Dentro de las encuestas poblacionales se encuentra la Encuesta STEPS, que facilita la evaluación de los avances hacia el cumplimiento de los compromisos mundiales y regionales sobre las políticas de prevención y control de ENT/FR. Además, describe 11 de los 25 indicadores del Plan de Acción Mundial 2013-2020 y del Marco Mundial de Monitoreo para la prevención y control de las ENT, relacionados con 7 de las 9 metas globales, al incluir datos de prevalencias de consumo de tabaco y alcohol, la dieta inadecuada, actividad física, antropometría, HTA, hiperglucemia, hipercolesterolemia, tamizaje de cáncer, entre otros.

En Ecuador, la encuesta se implementó de mayo a junio de 2018, con una muestra nacional de 6.680 adultos hombres y mujeres de 18 a 69 años, y una tasa de respuesta de 69,4%. Es la primera encuesta nacional sobre ENT/FR que utiliza el método de vigilancia progresivo STEPS de la OPS/OMS. (12)

Esta encuesta contribuye a fortalecer los siguientes esfuerzos de Ecuador para la prevención y control de ENT/FR: i) desarrollo de la Política Nacional para la Atención Integral de ENT; ii) seguimiento de las metas e indicadores de desempeño del Marco Mundial de Monitoreo; iii) institucionalización de encuestas de base poblacional periódicas sobre ENT/FR; y iv) apoyo a la aplicación de otras encuestas con contenidos de ENT/FR.

El presente documento constituye el informe principal descriptivo, de referencia técnica, de la Encuesta STEPS Ecuador 2018. La representatividad de los resultados, las conclusiones y recomendaciones servirán de base para análisis posteriores, para diseño de políticas y acciones, y para procesos de comunicación sobre ENT.

2. ANTECEDENTES

En Las Américas, las ENT causan el 81% de todas las muertes, siendo el 39% de ellas prematuras, es decir en personas de entre 30 y 70 años de edad. Las cuatro principales causas de muerte son enfermedades cardiovasculares (ECV) 34,9%, cáncer 24,3%, enfermedades respiratorias crónicas 8,9%, diabetes 6,2% y otras ENT 25,7%. Así, en el 2016, 15 de cada 100 personas de 30 años de edad viviendo en Las Américas tenían probabilidad de morir por una de estas cuatro ENT antes de cumplir 70 años.(1)

Según el Ministerio de Salud Pública (MSP), la hipertensión arterial (HTA), diabetes y dislipidemia tienden a ser más frecuentes en consultas y egresos hospitalarios. Se encuentran entre las diez primeras causas de morbilidad y mortalidad junto con enfermedades cerebrovasculares, enfermedades isquémicas y del corazón e insuficiencia cardíaca. Según el MSP, en el 2018, la HTA esencial primaria o aquella que surge sin causa específica identificable, fue la segunda causa de atenciones ambulatorias.

En Ecuador, según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el 2018 las ENT representaron el 53% del total de las muertes. De estas, el 48,6% correspondió a ECV, el 30% a cáncer, el 12,4% a diabetes y el 8,7% a enfermedades respiratorias crónicas.(2)

2.1 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo

Los factores de riesgo para ENT explican la tendencia de muertes y discapacidad en el Ecuador, tal como se observa en el gráfico 1.

Gráfico 1 Diez principales factores de riesgo que contribuyen a los Años de Vida Saludable perdidos (AVISA) en 2017 y porcentaje de cambio, 2007-2017, todas las edades

¿Qué factores de riesgo explican la tendencia de muertes y discapacidad combinadas?



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). ECUADOR profile. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2018. Disponible en <http://www.healthdata.org/ECUADOR> (3)

En cuanto a los factores de riesgo pormenorizados, las estadísticas reportan lo siguiente:

a. Tabaco

En el mundo, el tabaquismo ocupa el cuarto lugar en la carga de morbilidad con una mortalidad atribuida al tabaco del 12%, causando alrededor de 8 millones de muertes por año, de los cuales 7 millones se producen por consumo directo y 1,2 millones por estar expuestos al humo de tabaco ajeno. El humo del tabaco contiene más de 7000 productos químicos, de los cuales se sabe que al menos 250 son nocivos, y más de 69 causan cáncer. El tabaco es el único factor de riesgo que se relaciona con todas las ENT priorizadas, asociándose con el 15% de enfermedades cardiovasculares, 26% de las muertes por cáncer y 51% de las muertes por enfermedades crónicas respiratorias.(4) En Ecuador cerca de 15 personas mueren cada día por el consumo de tabaco. Por estas razones, resulta imperativo que los Estados construyan e implementen políticas de salud pública destinadas a prevenir y reducir el consumo de tabaco.(3)

En la región de Las Américas, la mortalidad atribuida a tabaco es alrededor del 15%, sin embargo, registra una reducción de la prevalencia del consumo actual de tabaco fumado en adultos del 22,1% en el 2007 al 17,4% en el 2015, siendo Ecuador uno de los países de la región con menor prevalencia.(4)

En Ecuador, en el 2012, la Cuarta Encuesta Nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años, registró un mayor consumo de tabaco en mayores de 16 años, de los cuales 8 de cada 10 manifestaron un consumo intenso de tabaco, definido como “fumar más de cinco días al mes durante más de dos años”.(5) En el 2018, la encuesta ENSANUT reportó que la prevalencia de consumo actual de tabaco en jóvenes de 10 a 17 años es de 0,91%, y el consumo alguna vez en la vida es de 4,3%.(5)

b. Alcohol

El consumo de alcohol es un FR de ENT, discapacidad y muerte prematura. En el mundo, en el 2012, el 5,9% de las defunciones (3,3 millones), y el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y

lesiones, se asociaron al consumo de alcohol. Es un factor de riesgo para más de 200 enfermedades y trastornos, causando enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, traumatismos, violencia y pérdidas económicas y sociales. Se relaciona con mayor riesgo de cáncer de boca, faringe, esófago, laringe, colon, recto, hígado y mama, entre otros.(6) Todos los países deben trabajar en políticas públicas que posibiliten la reducción de este consumo tan nocivo para las personas. Luego de Europa, Las Américas es la segunda región con el consumo de alcohol per cápita más alto, con una tendencia al aumento de consumo en jóvenes.(7)

ENSANUT 2018, reportó que el consumo actual de alcohol en la última semana en la población de 10 a 17 años fue de 7,6%, y el consumo alguna vez en la vida es de 26,2%, un porcentaje alto considerando, además que está prohibido el consumo en menores de 18 años.(5)

c. Dieta

Lo que comemos y nuestro estado nutricional pueden afectar las enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer y diabetes. Los alimentos, la dieta y el estado nutricional, incluido el sobrepeso y la obesidad, también están asociados con la presión arterial elevada y el colesterol en la sangre, y la resistencia a la acción de la insulina. Estas condiciones no son solo factores de riesgo para las ENT, sino también las principales causas de enfermedad.(8)

A nivel mundial, las calorías obtenidas de la carne, azúcares y aceites y grasas han aumentado durante las últimas décadas, y las de los alimentos ricos en fibra como los cereales integrales, legumbres y raíces han disminuido.(9) El consumo de alimentos procesados y comida chatarra continúa aumentando rápidamente en los países de ingresos bajos y medios, como es el caso de Latinoamérica.(10) Esta transición nutricional afecta los patrones dietéticos y la ingesta de nutrientes, que influyen en el riesgo de desarrollar ENT.

Es así que, las dietas de baja calidad se encuentran entre los 6 principales factores de riesgo que contribuyen a la carga global de enfermedad.(8) Específicamente, la carga de ENT se asocia con dietas en frutas, verduras, granos integrales, nueces y semillas, fibra, calcio, aceites omega-3 y ácidos grasos poliinsaturados; y altas en sodio, carnes rojas, carnes procesadas, bebidas azucaradas y grasas trans.(11)

Las recomendaciones de la OMS para una dieta saludable incluyen comer más frutas, verduras, legumbres, nueces y granos; reducir la sal, el azúcar y las grasas; así como, el elegir grasas no saturadas, en lugar de grasas saturadas.

Específicamente en cuanto a frutas y verduras, la OMS recomienda consumir 5 porciones de frutas y/o verduras por día, es decir, 400 g por día. Lastimosamente, en el Ecuador el consumo promedio de frutas y verduras a nivel nacional fue de 183 g/día en el 2012, es decir menos de la mitad de lo recomendado por la OMS.(12)

En cuanto al consumo de sal, la OMS recomienda un máximo de 5gr al día.(13) En la ENSANUT 2012, se determinó que el consumo de sal a través de las comidas que, la población ingiere fuera del hogar, representa el 48,8% en personas de 20 a 59 años; sin embargo, se observa que este consumo es más alto en los hombres (60,4%) que en las mujeres (37,7%).(6)

d. Inactividad física

Las estimaciones comparativas más recientes que están disponibles a nivel mundial son del 2010, e indican que, en todo el mundo, el 23% de los adultos y el 81% de los adolescentes (de 11 a 17 años) no siguen las recomendaciones mundiales de la OMS sobre actividad física para la salud.(14) En particular, la prevalencia de inactividad varía considerablemente entre países y dentro de los países, y puede llegar incluso al 80% en algunos grupos de adultos. La inactividad

física en adultos es más alta en las regiones del Mediterráneo Oriental, las Américas, Europa y el Pacífico Occidental, y más baja en la de Asia Sudoriental.(15) Estas tasas aumentan con el desarrollo económico, debido a la influencia de los cambios en las modalidades de transporte, el uso de la tecnología, la urbanización y los valores culturales.(16)

La inactividad física, el consumo de tabaco, las dietas malsanas y el uso nocivo del alcohol aumentan el riesgo de la mayoría de las ENT o las causan directamente. Esos riesgos propician cuatro cambios metabólicos/fisiológicos clave para el desarrollo de las ENT: hipertensión arterial, sobrepeso/obesidad, hiperglucemia (niveles elevados de glucosa en sangre) e hiperlipidemia (niveles altos de lípidos en la sangre) que se denominan factores de riesgo intermedios y son en sí mismos causas importantes de demanda de atención en salud.(17)

En el Ecuador, según ENSANUT 2012, el 55,2% de la población de 18 a 60 años reportó niveles medianos a altos de actividad física, siendo los hombres (60%) más activos que las mujeres (40%). Por otro lado, el 30% reportaron niveles de actividad física insuficiente y cerca del 15% fueron inactivos.(12)

La actividad física regular es un factor de protección bien conocido para la prevención y el tratamiento de las principales enfermedades no transmisibles (ENT) como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes y el cáncer de mama y de colon.(17) También contribuye a la prevención de otros factores de riesgo importantes de las ENT, como la hipertensión, el sobrepeso y la obesidad, y está asociada a una mejor salud mental, un retraso en el inicio de la demencia y mayor calidad de vida y bienestar.(17,18)

e. Sobrepeso y obesidad

El exceso de energía que proviene de las comidas y bebidas es almacenado en el cuerpo como grasa en el tejido adiposo, lo que causa una serie de enfermedades crónicas y reduce la expectativa de vida.(19) El sobrepeso y la obesidad, generalmente evaluado con la medida antropométrica índice de masa corporal-IMC, es más prevalente que nunca. Pese a ser un factor de riesgo prevenible, la prevalencia de sobrepeso (IMC \geq 25 kg/m²) en el mundo es de 38,9%, mientras que en las Américas es del 62,5%. De igual forma, la prevalencia de obesidad (IMC \geq 30 kg/m²) en el mundo es 13,1%, mientras en las Américas es del 28,6%. Esto hace de las Américas la región con la mayor carga de obesidad en el mundo. La prevalencia de sobrepeso entre niños escolares y adolescentes crece y se acerca en promedio a uno de cada cuatro niños.(20)

En el Ecuador, el índice de masa corporal elevado es el factor de riesgo que más contribuye a los años de vida saludable perdidos.(3) Es así que, según la ENSANUT 2018, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en adultos de 19 a 59 años fue de 64,68%, siendo mayor en las mujeres (67,62%) que en los hombres (61,37%). La obesidad fue más alta en mujeres (27,89%) que en los hombres (18,33%); mientras que el sobrepeso fue mayor en hombres (43,05%) que en mujeres (39,74%). Es relevante que en la población de 0 a 5 años, la prevalencia de sobrepeso y obesidad aumentó de 4,2%, en 1986, a 8,6% en 2012, es decir, que se duplicó en un período de 26 años.(5) No obstante, cabe señalar que el incremento del sobrepeso y obesidad en adultos durante del periodo 2014-2018 demostró un estancamiento (no existen diferencia estadística significativa) ya que la prevalencia del 2014 fue del 63.9 y del 2018 fue de 64.7%; lo que refleja que los esfuerzos del Ecuador para combatir la epidemia de sobrepeso y obesidad lo están acercando a cumplir con la meta establecida por la Asamblea Mundial de la Salud en su 66ª sesión respecto a suspender el aumento de la obesidad.

f. Hiperglucemia

Según ENSANUT 2012, 2,7% de la población nacional de 10 a 59 años presentó hiperglucemia, siendo esto de 3,2% en el área urbana, 1,6% en el área rural. Esta cifra excluyó al grupo de

personas con diabetes bajo tratamiento que presentaron niveles normales de glucemia en el momento de la medición.(12) En el 2019, la Federación Internacional de Diabetes, estimó que la prevalencia de diabetes en Ecuador, en personas de 20 a 79 años, fue de 5,5%.(21)

g. Hipertensión arterial

Según ENSANUT 2012, la prevalencia de HTA en la población de 18 a 59 años fue 9,3%, siendo esta 7,5% en mujeres y 11,2% en hombres. De esta población, solamente el 50% tomó medicamentos en los últimos 15 días.(12) Según la Encuesta SABE II 2010, la prevalencia de HTA en adultos de 60 y más años fue de 44%.(22)

2.2 Compromisos de Ecuador para la prevención y control de ENT/FR

Los países con el apoyo de los organismos de salud han establecido compromisos mundiales y regionales para frenar el crecimiento y fortalecer la atención integral de ENT/FR en las agendas de salud, protección social y desarrollo económico.

Tabla 1 Compromisos internacionales para la prevención y control de ENT/FR

2011	Primera Reunión de Alto Nivel de ONU – Declaración Política sobre las ENT/FR Jefes de Estado declaran que las ENT/FR son un tema de desarrollo. Instan a la OMS a desarrollar el Plan Mundial de Acción para la Prevención y Control de las ENT/FR, con un marco de monitoreo con metas e indicadores desempeño.
2013	Plan de Acción Mundial y Regional adoptado por los países
2014	Segunda Reunión de Alto Nivel de Naciones Unidas - Aprobación del documento de compromisos, con plazos e indicadores para medir el progreso de intervenciones y políticas.
2018	Tercera Reunión de Alto Nivel de Naciones Unidas – Evaluación del progreso en la aplicación de las intervenciones/políticas

El seguimiento y reporte oportuno de los indicadores de los marcos de vigilancia implica la capacidad para producir y analizar datos de una manera sistemática, periódica, estandarizada y sostenible. Estos datos guían los procesos de toma de decisiones. La Encuesta STEPS refuerza el compromiso de Ecuador de producir una línea de base nacional para el monitoreo de las ENT/FR y de fortalecer la capacidad nacional para su vigilancia integral.

El marco de rendición de cuentas para las ENT/FR incluye dos componentes: i) el Marco Mundial de Monitoreo (MMM), que contempla 9 metas y 25 indicadores de desempeño. (Anexo 1); y, ii) 10 Indicadores de Progreso de las intervenciones y medidas, que contemplan los siguientes compromisos: al 2015: establecer indicadores y metas nacionales para el 2025, y elaborar o fortalecer políticas y planes nacionales multisectoriales; y, al 2016: aplicar las medidas costo efectivas para reducir las ENT/FR en relación al Plan de Acción Mundial, y fortalecer y orientar los sistemas de salud para abordar las ENT/FR.

2.3 Normas, políticas y acciones de Ecuador para la prevención y control de ENT/FR

La siguiente tabla incluye una lista de avances de Ecuador en normas, políticas y acciones para la prevención y control de ENT/FR:

Tabla 2 Normas, políticas y acciones para la prevención y control de ENT/FR en Ecuador

ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES	
2012	Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS
2016	Manual de Seguridad del Paciente
CONTROL DE TABACO	
Políticas y normas	

2006	Ratificación del Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco (CMCT). Su objetivo es la protección contra las consecuencias negativas sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco.(23)
2007	Incrementos significativos de impuestos a los cigarrillos, como medida para la disminución de su compra y consumo, en especial en niños y adolescentes y grupos sociales de menores recursos. Actualización en los años 2011, 2014 y 2016
2011	Aprobación de la Ley Orgánica para la Regulación y Control de Tabaco (LORCT). Establece las responsabilidades del Estado en restricciones para la venta, disposiciones del empaquetado, etiquetado, advertencias y presentación, disposiciones de la publicidad, promoción y patrocinio, restricciones al consumo, disposiciones de la participación ciudadana y acción pública, y medidas fiscales.(24)
2012	Aprobación del Reglamento de la LORCT.
2015	Ratificación del Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco. Su objetivo es el control de la cadena de suministro.(25)
Acciones	
2007	Incrementos significativos de impuestos a los cigarrillos, como medida para la disminución de su compra y consumo, en especial en niños y adolescentes y grupos sociales de menores recursos. Actualización en los años 2011, 2014 y 2016
2012	Inicio de la elaboración de las rondas de advertencias sanitarias para envases de productos de tabaco. Actualización anual
2015	Asesoría sobre el abandono del consumo de tabaco a través de la línea telefónica 171.
2016	Creación del Sistema de Identificación, Marcación, Autenticación, Rastreo y Trazabilidad Fiscal para cigarrillos y bebidas alcohólicas (SIMAR).
2017	Evaluación del estado de cumplimiento de Ecuador del CMCT. Ejecutado por la Secretaría del CMCT, OPS/OMS, PNUD Regional, y la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. Cooperación sur – sur a 8 países de América Latina y El Caribe sobre los artículos 6 y 15 del CMCT de medidas fiscales y mecanismos para contrarrestar la interferencia de la industria tabacalera.
2018	Reactivación del Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica (CILA). Fue creado en 1989 con el objetivo de realizar acciones intersectoriales para el control del tabaco. Declaración de todos los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública (2.087) y 723 instituciones públicas como espacios 100% libres de humo de tabaco. Implementación de talleres de entrenamiento a médicos y TAPS y del proyecto para cesación del consumo de tabaco en el primer nivel de atención.
CONTROL DE ALCOHOL	
Políticas y normas	
2017	Estrategia nacional multisectorial para la prevención y reducción del consumo nocivo de alcohol. Actualmente se encuentra en proceso de validación por parte de las autoridades del MSP. Incluye 8 de las 10 esferas de la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol de la OMS(26): i) liderazgo, concienciación y compromiso; ii) respuesta de los servicios de salud; iii) acción comunitaria; iv) políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol; v) disponibilidad de alcohol; vi) marketing de las bebidas alcohólicas; vii) políticas de precios; y, viii) seguimiento y vigilancia.
2018	Ley para el Equilibrio de las Finanzas Públicas. Incluye impuestos a las bebidas alcohólicas.(27)
DIETA SALUDABLE	
Políticas y normas	
2013	Ley Orgánica de Comunicación, Art. 94 sobre protección de derechos en publicidad y propaganda -2014, Reglamento de etiquetado de alimentos procesados para consumo

	humano. Se apoya en la estrategia de semáforo. (28)
2014	Reglamento de bares escolares del Sistema Nacional de Educación. Se basa en el acuerdo entre el MSP y el Ministerio de Educación sobre control de higiene, indicadores nutricionales y funcionamiento de bares escolares.(29)
2016	Normativa sanitaria de certificación como establecimientos de salud amigos de la madre y el niño
2017	Acuerdo del MSP para el reconocimiento de la responsabilidad nutricional a restaurantes y cafeterías a nivel nacional
2018	Plan intersectorial de alimentación y nutrición Ecuador,2018-2025 Guías Alimentarias Basadas en Alimentos
2018	Acuerdo Ministerial 266 destinado a las instituciones y establecimientos de Salud que forman parte del Sistema de Salud para que de forma obligatoria brinden las facilidades y establezcan las medidas para dar cumplimiento irrestricto a los derechos que asisten a las <u>servidoras y trabajadoras que se encuentren en período de lactancia.</u>
2019	Acuerdo Interministerial 003 que expide la Norma técnica de adecuación y uso de salas de apoyo a la lactancia materna en el sector privado.
2019	Acuerdo Interministerial 00003-20202 que emite el Instructivo de adecuación y uso de salas de apoyo a la lactancia materna en empresas del sector privado
ACTIVIDAD FÍSICA	
Políticas y normas	
2014	Reforma al reglamento para la gestión del suministro de medicamentos y control administrativo financiero, y el instructivo para el uso de la receta médica. Establece la prescripción de actividad física en atención de salud ambulatoria a niños, adolescentes y adultos.
2016	Acuerdo del Ministerio de Educación que expide los currículos de Educación General Básica para los subniveles de preparatoria, elemental, media y superior; y, el currículo de nivel de Bachillerato General Unificado. Dispone realizar 5 horas semanales de educación física en los subniveles de Educación General Básica, y 2 horas diarias de educación física en el Bachillerato General Unificado.
2020	Acuerdo Ministerial 00008-2020 del convenio específico de cooperación interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y la Secretaría del Deporte, cuyo objeto principal es establecer un marco de cooperación interinstitucional para definir e implementar actividades que fomenten y promuevan la práctica de la actividad física en la población.
Acciones	
2015	Lineamientos técnicos para la implantación de gimnasios al aire libre. El objetivo es crear en establecimientos de salud espacios propicios para el fomento del ejercicio físico.
2016	Promoción de actividad física desde el MSP a través de: i) impulso de normas sobre desplazamientos a pie o en bicicleta, en el marco del manual para la implementación de ciclovías recreativas en el Ecuador. Inclusión de indicadores de actividad física en el marco del Programa de Municipios Saludables.
DIABETES, HTA, CÁNCER	
Políticas y acciones	
2017	Guía de práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2
2018	Estrategia nacional para la atención integral de cáncer Adhesión de la Iniciativa mundial HEARTS (OPS/OMS, CDC), para la prevención y control de ECV Guía de práctica clínica de prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica
2019	Guía de práctica clínica de hipertensión arterial Guía de práctica clínica de nódulo tiroideo y cáncer diferenciado de tiroides: diagnóstico, tratamiento y seguimiento

2020	Protocolo de diagnóstico y manejo de pacientes con diabetes mellitus tipo 1
------	---

2.4 Encuestas previas sobre ENT y FR en Ecuador

La siguiente tabla describe las encuestas que han sido implementadas en el país en relación a las ENT/FR:

Tabla 3 Encuestas previas sobre ENT y factores de riesgo

2001 2007 2016	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes, realizada en Quito, Guayaquil y Zamora en el 2001 y 2007, y en Quito y Guayaquil y a nivel nacional en el 2016.
2012	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), que incluyó información de niños, adolescentes, mujeres en edad fértil y adultos sobre nutrición, salud materno-infantil, y salud sexual y reproductiva. Incluyó también información sobre ENT/FR: diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol, alimentación y actividad física. En FR diferenció los grupos de 10 a 19 años y de 20 a 59 años, sin embargo no permitió establecer una línea de base sobre ENT/FR alineada con el Marco Mundial de Monitoreo.
2014	Encuesta de condiciones de vida que incluyó información sobre desnutrición, deportes, cigarrillos y bebidas alcohólicas.
2015	Encuesta de percepción de la III ronda de advertencias sanitarias para envases de productos de tabaco, en provincias y cantones.
2016	Pilotaje de la encuesta STEPS: realizada en la Parroquia El Recreo del Cantón Durán, Provincia de Guayas (MSP, INEC, OPS/OMS, KOICA).
2018	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), que incluyó información de niños, adolescentes, mujeres en edad fértil y adultos sobre nutrición, salud materno-infantil, y salud sexual y reproductiva. Incluyó también información sobre ENT/FR: sobrepeso y obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol, alimentación y actividad física en menores de 18 años.

3. OBJETIVOS DE LA ENCUESTA

- Medir la prevalencia de las ENT/FR en el país.
- Establecer una línea base nacional de los factores de riesgo de las ENT.
- Describir, discutir, y establecer conclusiones y recomendaciones sobre la prevalencia de ENT/FR en Ecuador, en el marco de metas y resultados internacionales.

4. MÉTODOS DE LA ENCUESTA

Para la planificación e implementación de la Encuesta se conformó un grupo de trabajo entre las áreas técnicas del MSP, INEC y OPS/OMS.

Tabla 4 Cronograma de planificación e implementación de la Encuesta STEPS Ecuador 2018

Acción	Fecha referencial
Plan de muestreo	Agosto 2017
Presupuesto preliminar	Agosto 2017
Revisión de instrumentos	Octubre y noviembre 2017
Prueba de campo	Diciembre de 2017
Plan de entrenamiento y trabajo de campo	Mayo 2018
Plan de manejo de datos	Junio 2018
Implementación de la Encuesta STEPS	Mayo - junio 2018
Elaboración de hoja de datos preliminar	Junio – agosto 2018
Taller de revisión de resultados	Mayo 2019
Elaboración del informe del país	Julio – diciembre 2019

El diseño muestral de STEPS utilizó técnicas de muestreo probabilístico a fin de garantizar la representatividad geográfica y de los dominios de estudio de la encuesta, y de calcular los factores de expansión y los errores asociados al muestreo.

La población objetivo o universo de estudio incluyó el total de adultos de 18 a 69 años, desagregado por hombres y mujeres, residentes en el territorio de Ecuador, excepto Galápagos. Según la proyección poblacional del INEC, contempló 10'249.369 personas. La unidad de observación y unidad elemental de análisis fueron las personas entre 18 y 69 años del territorio ecuatoriano, excepto Galápagos.

4.1 Marco muestral

El marco de muestreo para la Encuesta STEPS se definió a partir del Marco de muestro para encuestas dirigidas a hogares del Instituto Nacional de Estadística y Censos – INEC. Sin embargo, debido al alcance del convenio de cooperación interinstitucional MSP-INEC, la información cartográfica para el levantamiento de información estaba restringida a la utilizada para el Censo de Población y Vivienda – CPV 2010. El marco delimitado contiene principalmente variables de identificación; variables de ubicación; variables de estratificación; y, variables de diseño y control de las unidades de selección.

4.2 Diseño y construcción del marco de la muestra

Tipo y etapas de diseño de la muestra. La muestra STEPS fue seleccionada siguiendo un esquema de muestreo probabilístico de elementos con las siguientes tres etapas de selección: i) primera etapa: selección de Unidades Primarias de Muestreo (UPM) por estrato; ii) segunda etapa: selección de 12 viviendas ocupadas dentro de cada UPM seleccionadas en la primera etapa; y, iii) tercera etapa: selección de 1 persona entre 18 y 69 años por vivienda.

Dominios de estudio. Hombres y mujeres entre 18 y 69 años de edad a nivel nacional, a excepción de Galápagos.

VARIABLES DE DISEÑO. El tamaño de la muestra se calcula en función a una probabilidad de incidencia esperada del 11%.

Tamaño muestral. Para la determinación del tamaño de la muestra se establecieron las características a estimar, el nivel de confianza y la precisión requeridas. Para STEPS 2018, el INEC se basó en las directrices del archivo Sample Size Calculator.xlsx.

Tabla 5 Parámetros para el diseño muestral

Parámetro	Valor
Nivel de confianza	95%
Error relativo	15%
Probabilidad de incidencia	11%
Tasa de no respuesta	20%
Efecto de diseño	1,5
Número de grupos por edad y sexo	2

Fuente: INEC, 2019

Asignación de la muestra. La muestra fue distribuida por cada estrato y dominio de estudio. El número de Unidades Primarias de Muestreo (UPM) y viviendas (V) por provincia fue:

Tabla 6 Número de unidades primarias de muestreo y número de viviendas, por provincia

Provincia	UPM	Viviendas
Azuay	22	264

Bolívar	5	60
Cañar	7	84
Carchi	5	60
Cotopaxi	12	144
Chimborazo	13	156
El Oro	19	228
Esmeraldas	15	180
Guayas	112	1.344
Imbabura	12	144
Loja	13	156
Los Ríos	23	276
Manabí	39	468
Morona	5	60
Napo	4	48
Pastaza	4	48
Pichincha	84	1.008
Tungurahua	16	192
Zamora	4	48
Sucumbíos	6	72
Orellana	4	48
Santo Domingo	12	144
Santa Elena	10	120
Zona ND	2	24
Nacional	448	5.376

Fuente: INEC, 2019

Selección de la muestra. La selección de las UPM, de acuerdo al tamaño establecido, se realizó independientemente de manera aleatoria en cada uno de los estratos. También se seleccionaron de manera aleatoria 12 viviendas de cada conglomerado seleccionado previamente. A partir del segundo período de levantamiento, dadas las altas tasas de cambio de ocupación, se eligieron 16 viviendas por conglomerado, para contrarrestar este efecto. El cambio afectó a los 230 conglomerados restantes, dando un total de 6.680 viviendas a encuestar. Por último, se hizo un enlistamiento de las personas seleccionables dentro de cada vivienda, seleccionando de manera aleatoria una de ellas.

Control de cobertura de campo y muestral. La cobertura es la información obtenida en el campo y proporcionada por los informantes al momento de realizar la entrevista.

Tabla 7 Cobertura de la Encuesta STEPS Ecuador 2018, resultado de la entrevista

Resultado	Vivienda	Porcentaje
Completa	4.641	69,48%
Rechazo	293	4,39%
Nadie en casa	237	3,55%
Vivienda temporal	259	3,88%
Vivienda desocupada	438	6,56%
Vivienda en construcción	36	0,54%
Vivienda destruida	100	1,50%
Vivienda convertida en negocio	117	1,75%
Otra razón	559	8,37%
Planificadas	6.680	100,00%

Fuente: INEC, 2019

Factores de expansión. Puesto que la selección de la muestra STEPS se realizó en tres etapas, la ponderación general se realizó en tres etapas también, las cuales son: i) cálculo de la ponderación de UPM; ii) cálculo de una ponderación de viviendas dentro de la UPM; y, iii)

ponderación de la persona dentro de la vivienda. La ponderación total de cada persona es el producto de las tres ponderaciones intermedias. En cada etapa, de ser necesario, se aplica una corrección de cobertura debido a la no respuesta o no elegibilidad resultante.

Postestratificación. Considerando que la muestra fue seleccionada a partir del marco de muestreo para encuestas dirigidas a hogares del INEC, el cual está constituido en su mayoría por información que data del 2010 y que el período de levantamiento de información es 2018, existe una diferencia sustancial en la constitución de los dominios de estudio. Con el fin de solventar este inconveniente se utiliza un método denominado postestratificación.

El método de postestratificación, permite realizar un ajuste a los factores de expansión mediante la incorporación de información auxiliar. En este caso, la información auxiliar utilizada proviene de las proyecciones poblacionales del INEC, dándonos la posibilidad de ajustar los totales poblacionales investigados a los resultantes en las proyecciones poblacionales. Por ende, se definen dos postestratos: hombres y mujeres entre 18 y 69 años. Estos coinciden con los dominios de estudio de la muestra. (18)

4.3 El instrumento STEPS

Para la encuesta STEPS Ecuador 2018, se utilizó el instrumento estándar STEPS versión 3.2 en español, revisado y adaptado para el contexto de Ecuador por el MSP, INEC y OPS/OMS.

Se incluyeron los tres pasos:

- Paso 1 - cuestionarios sobre el comportamiento en consumo de tabaco y alcohol, consumo de frutas, verduras y sal, práctica de actividad física, e historia de medición y diagnóstico de HTA, diabetes y colesterol elevado en sangre. Se aplicaron además los módulos opcionales de: tamizaje de salud sobre cáncer de colon, próstata y mama, políticas de tabaco, y salud oral.
- Paso 2 - datos antropométricos (peso, talla, perímetro de cintura, IMC, presión arterial).
- Paso 3 - datos bioquímicos (glucosa y colesterol total en sangre capilar).

4.4 Operativo de campo y manejo de los datos

El operativo de campo de STEPS incluyó un grupo institucional central y un grupo operativo de campo.

El grupo institucional central estuvo conformado por i) funcionarios delegados del MSP, INEC y OPS/OMS; y, ii) personal técnico de las coordinaciones zonales de salud del MSP y de las sedes del INEC. Este grupo se encargó de la supervisión, monitoreo y seguimiento a nivel central y territorial. También fue responsable de asegurar la cobertura, calidad y veracidad de la información, así como del avance y cumplimiento de objetivos, metas, cronogramas, tareas, y cargas de en la encuesta STEPS.

El grupo operativo de campo incluyó el siguiente personal:

Tabla 8 Funciones y número de personal de campo

Requerimientos	Nivel Central	Guayaquil	Quito	Ambato	Cuenca	TOTAL
Personal		37	17	7	12	73
Responsable zonal		1	1	1	1	4
Asistente zonal		1	1	1	1	4
Supervisor de campo		7	3	1	2	13
Encuestador		21	9	3	6	39
Cartógrafo – enlace		7	3	1	2	13
Personal de salud		14	6	2	4	26
Conductores y vehículos	3	15	7	3	5	33

Fuente: INEC, 2019

El responsable zonal tuvo interlocución con los equipos de campo, y con el MSP y la OPS/OMS sobre el protocolo STEPS. Con el INEC se abordaron temas sobre cartografía y ubicación de la vivienda. Sus actividades fueron: i) conformar los equipos de trabajo; ii) preparar el material cartográfico; iii) resolver imprevistos; iv) en conjunto con el supervisor de equipo, exportar los datos desde infocentros, centros de salud o policía comunitaria. El asistente zonal apoyó al responsable zonal y, en los casos pertinentes, actuó en su representación.

Para el trabajo de campo se conformaron 13 equipos para STEPS 1 y 2, y 13 equipos para STEP 3. Cada equipo de campo recolectó la información sociodemográfica y de salud en los conglomerados seleccionados.

Las actividades del supervisor incluyeron: i) asignar las cargas de trabajo a los encuestadores, según los conglomerados seleccionados, ii) acompañar al encuestador para ubicar la vivienda seleccionada, iii) verificar la exportación diaria de los datos, iv) conjuntamente con el responsable zonal, realizar las gestiones en infocentros, centros de salud o policía comunitaria para la exportación de datos, y, v) administrar los recursos económicos.

Las actividades del encuestador incluyeron: i) realizar los pasos uno y dos de la encuesta en las viviendas seleccionadas, con una carga diaria de 5 cuestionarios, ii) exportar los datos cada 1 o 2 días desde un infocentro, centro de salud, policía comunitaria, o desde sus viviendas o lugares donde pernoctaban y tenían acceso a internet, y iii) disponer de cuestionarios impresos en caso de excepción de no poder usar la tableta electrónica.

El encuestador y el supervisor reconocieron el sector seleccionado y ubicaron las viviendas de la muestra. El encuestador contó con i) el croquis del sector seleccionado, con ubicación de manzanas, edificios y viviendas, calles circundantes y el resumen del número de viviendas, ii) una lista de las viviendas seleccionadas, y, iii) los planos y/o mapas censales de los sectores seleccionados. Cada encuestador recibió un dispositivo tableta electrónica. Cada equipo de STEP 3 incluyó un profesional de salud, un enlace y un conductor con su respectivo vehículo.

El cartógrafo o enlace tuvo las siguientes actividades: i) coordinar con los encuestadores, personal de salud del MSP y participantes de la encuesta el horario para la toma de muestras de sangre; ii) ingresar en la tableta electrónica los resultados de las pruebas de sangre; iii) llevar el formulario de registro de pruebas de sangre de las personas estudiadas; iv) reportar a los centros de salud del MSP las observaciones del personal de salud; v) transportar cada día al personal de salud desde y hacia el centro de salud del MSP, o desde y hacia su domicilio, para realizar las tomas de sangre.

Las actividades del personal de salud fueron implementar STEP 3, es decir determinar el nivel de glucosa y colesterol total en sangre venosa capilar, utilizando el equipo portátil de medición de glucosa y colesterol.

Gráfico 2 Gestión del operativo de campo de la Encuesta STEPS Ecuador 2018



Fuente: INEC, 2018

El equipo de STEPS 1 y 2 aplicó el cuestionario el día 1, y el equipo de STEP 3 tomó las muestras biológicas el día 2, en base a las citas concertadas por el equipo de campo.

Los datos se recolectaron utilizando dispositivos tableta electrónica. Se enviaron diariamente de manera virtual al servidor de STEPS de OPS/OMS. Los datos fueron revisados cada día por los responsables zonales y OPS/OMS para asegurar su consistencia y hacer respaldos de la información. El conjunto final de datos se compiló de todos los dispositivos una vez finalizada su recolección.

La Encuesta STEPS requirió de los siguientes equipos y suministros: i) dispositivo tableta electrónica; ii) balanza digital portátil; iii) tallímetro mecánico portátil de pared, iv) cinta métrica, v) tensiómetro digital de brazo con manguito universal, vi) equipo portátil para medición de glucosa y colesterol total en sangre capilar con su respectivo detector o chip y tirilla; vii) lanceta y micropipeta; viii) fundas y recipientes para eliminación de corto punzantes y material biológico según la norma del MSP; ix) chaleco, chompa y gorra con logos de MSP, INEC y OPS/OMS; y, x) mochila con suministros.

El MSP, INEC y OPS/OMS diseñaron e implementaron el plan de entrenamiento, que incluyó las siguientes actividades presenciales: i) capacitación a supervisores, encuestadores y enlaces; ii) prácticas de la aplicación del instrumento; y, iii) re-instrucción conforme a las conclusiones y recomendaciones de la prueba de campo.

Se realizaron dos pruebas de campo:

- La primera se realizó en diciembre de 2017. Sus objetivos incluyeron: probar el cuestionario, definir los tiempos de realización, y familiarizarse con el uso de los dispositivos tableta electrónica. Se realizó en Nayón, población cercana a Quito, de fácil acceso y representativa de los aspectos social, económico y cultural de la población ecuatoriana. Participaron funcionarios de INEC, MSP y OPS/OMS con experiencia práctica en encuestas poblacionales. Las conclusiones incluyeron ajustes al cuestionario, revisión del plan de entrenamiento, uso de manuales, guías, cartografía, y dispositivos, y asignación de tiempo a cada parte de la encuesta.
- La segunda se realizó en mayo de 2018 en Juan Gómez Rendón - Progreso, una parroquia rural cercana a Guayaquil, como parte de la capacitación al personal de campo en el proceso de registro y transmisión de datos para el levantamiento de la Encuesta.

El plan de campo contempló procesos estandarizados para la identificación de viviendas. El manejo del protocolo tomó en cuenta la aplicación de técnicas de entrevista en los momentos de presentación, desarrollo y finalización, y los procedimientos en caso que el informante se rehusa a contestar.

Los días 23 y 23 de mayo de 2019, se llevó adelante un taller de análisis de los resultados de la encuesta organizado por la OPS en Washington, D.C. Este taller contó con la participación de representantes del MSP y el INEC y tuvo como objetivos la revisión del libro de datos y la hoja informativa, de la elaboración de los indicadores, y de los lineamientos para la elaboración del reporte de país.

Para el informe descriptivo de los hallazgos sobre prevalencia de ENT/FR se utilizó el programa Epi Info 3.5.4, que facilitó producir de manera estandarizada los indicadores principales para cada FR estudiado.

5. RESULTADOS

5.1 Información demográfica

En STEPS Ecuador 2018 participaron 4.638 adultos de 18 a 69 años de edad, de los cuales el 41,9% (1.944) fueron hombres y 58,1% (2.694) fueron mujeres. El 60,4% representaron al grupo de 18 a 44 años, y el 39,6% al grupo de 45 a 69 años.

Tabla 9 Distribución de participantes por sexo y grupo de edad

Grupo de edad (años)	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
	n	%	n	%	n	%
18-44	1.144	40,8	1.657	59,2	2.801	60,4
45-69	800	43,5	1.037	56,5	1.837	39,6
18-69	1.944	41,9	2.694	58,1	4.638	100,0

Fuente: Encuesta STEPS 2018

La media del número de años de educación para ambos sexos fue de 9,7, siendo 9,9 años en hombres y 9,5 años en mujeres. La media de número de años de educación fue mayor en el grupo de 18 a 44 años (10,5 años) (59,2% mujeres y 40,8% hombres), que en el de 45 a 69 años (8,4 años) (56,5% mujeres y 43,5% hombres).

En cuanto al nivel de educación, la población registró los siguientes datos: 9,8% sin escolarización oficial; 1,3% centro de alfabetización; 38% educación primaria; 3,9% educación básica; 20% educación secundaria; 13,1% bachillerato; 2,1% superior no universitaria; 10,6% superior universitaria; y, 1,3% postgrado. No hubo una diferencia significativa entre hombres y mujeres.

La procedencia étnica reportada por autodefinición de los participantes de ambos sexos fue mestiza 76,9%; indígena 8,2%; montubio 7,2%; blanco 2,6%; afroecuatoriano/afrodescendiente 1,7%; negro 1,6%; mulato 1,6%); y, otros 0,2%

El estado civil de los participantes de ambos sexos fue: 36,7% nunca casado, 26,7% unión libre, 26,2% casado actualmente, 7% separado, 2,3% divorciado y 1,1% viudo.

La situación laboral de los participantes de 18 a 69 años de ambos sexos fue la siguiente: 36,3% no remunerado, 34% trabajador independiente, 23,4% empleado del sector privado, 6,3% empleado del sector público. La proporción de personas con trabajo no remunerado fue mucho mayor en mujeres (50,7%) que en hombres (16,4%).

Del total de participantes, la media anual de ingreso per cápita fue de USD 3.294,10.

5.2 PASO 1. ENT y factores de riesgo

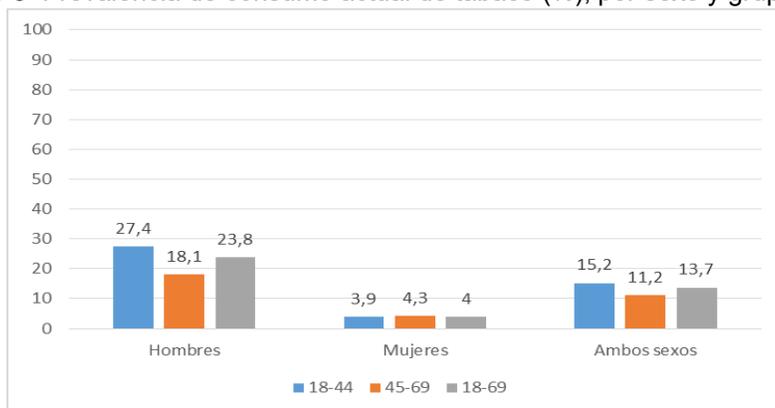
a. Tabaco

Esta sección incluye información de los patrones de consumo y tipos de productos de tabaco en la población de Ecuador.

Consumo de tabaco

El 13,7% de la población de 18 a 69 años de ambos sexos reportó que fuma actualmente algún producto de tabaco (que se fuma, aspira o masca), es decir, en los últimos 30 días, siendo este hábito mayor en hombres (23,8%) que en mujeres (4%). El 27,4% del grupo de hombres de 18 a 44 años reportó ser fumador actual, siendo este porcentaje mayor que en el grupo de hombres de 45 a 69 años (18,1%).

Gráfico 3 Prevalencia de consumo actual de tabaco (%), por sexo y grupo de edad



Fuente: Encuesta STEPS 2018

El 10,7% de adultos reportó ser fumador actual de cigarrillos. Los cigarrillos incluyen los manufacturados y los envueltos a mano. En esta sección no se incluye los cigarrillos electrónicos ya que se consultó sobre este consumo en una pregunta aparte por ser un producto relativamente nuevo. En hombres, el 19,3% eran fumadores actuales y en mujeres, el 2,5%.

Tabla 10 Porcentaje de consumo actual de cigarrillos manufacturados, por sexo y grupo de edad

Grupo de edad (años)	Hombres			Mujeres			Ambos sexos		
	n	%	IC _{95%}	n	%	IC _{95%}	N	%	IC _{95%}
18-44	1.141	21,9	19,0-24,8	1.654	2,2	1,3-3,0	2.795	11,7	10,1-13,3
45-69	794	15,1	12,1-18,2	1.036	3,0	2,0-4,1	1.830	9,1	7,4-10,7
18-69	1.935	19,3	17,0-21,5	2.690	2,5	1,8-3,2	4.625	10,7	9,5-11,9

Fuente: Encuesta STEPS 2018

El 6,3% de hombres y 0,9% de mujeres reportaron ser fumadores diarios de tabaco. Para ambos sexos la prevalencia de fumadores diarios fue de 3,5%; y el 10,1% a fumador ocasional, o que no fumaba todos los días.

De los no fumadores, el 24,4% correspondió a quienes dejaron de fumar y el 61,9% a quienes nunca fumaron, siendo casi el doble en mujeres (81,8%) que en hombres (41,1%).

Tabla 11 Patrón de consumo de tabaco fumado, por sexo y edad

Grupos	Actualmente fumadores	No fumadores
--------	-----------------------	--------------

de edad (años)	n	A diario		Ocasional		Ex fumador		Nunca	
		%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Hombres									
18-44	1.144	5,7	4,2-7,2	21,7	18,8-24,7	28,4	25,2-31,7	44,2	40,5-47,8
45-69	800	7,3	5,0-9,6	10,8	8,3-13,3	45,5	41,1-49,9	36,4	32,2-40,6
18-69	1.944	6,3	4,9-7,7	17,5	15,3-19,6	35,1	32,4-37,9	41,1	38,2-44,0
Mujeres									
18-44	1.657	0,4	0,1-0,7	3,5	2,2-4,8	12,5	10,4-14,6	83,6	81,2-86,0
45-69	1.037	1,7	0,8-2,6	2,6	1,5-3,6	17,1	13,7-20,4	78,7	75,2-82,1
18-69	2.694	0,9	0,5-1,3	3,1	2,2-4,1	14,2	12,3-16,2	81,8	79,6-83,9
Ambos sexos									
18-44	2.801	2,9	2,2-3,7	12,3	10,7-13,9	20,2	18,2-22,2	64,6	62,2-66,9
45-69	1.837	4,5	3,2-5,7	6,7	5,4-8,0	31,3	28,4-34,1	57,5	54,7-60,4
18-69	4.638	3,5	2,8-4,2	10,1	9,0-11,3	24,4	22,7-26,2	61,9	60,0-63,8

Fuente: Encuesta STEPS 2018

La media de edad de inicio de fumar fue de 18,9 años (en hombres 18,3 años y en mujeres 22,1 años). En el grupo de fumadores actuales de 18 a 44 años la media de edad de inicio fue de 17,8 años en hombres y de 20,7 años en mujeres.

Tabla 12 Media de la edad de inicio de consumo de tabaco fumado, por sexo y grupo de edad

Grupo de edad (años)	Hombres			Mujeres			Ambos sexos		
	n	Media	IC _{95%}	n	Media	IC _{95%}	N	Media	IC _{95%}
18-44	324	17,8	17,3-18,3	54	20,7	18,9-22,4	378	18,2	17,7-18,6
45-69	153	19,6	18,2-20,9	48	24,3	21,1-27,5	201	20,4	19,1-21,7
18-69	477	18,3	17,8-18,9	102	22,1	20,4-23,8	579	18,9	18,3-19,4

Fuente: Encuesta STEPS 2018

De los fumadores actuales, el 80,1% reportó que fuma cigarrillos manufacturados, siendo esto mayor en hombres (82,3%) que en mujeres (66,8%). El grupo de fumadores actuales de hombres de 45 a 69 reportó el mayor porcentaje de consumo de cigarrillos manufacturados con 86,6%; el 3,6% cigarrillos hechos a mano, el 2,4% shisha, el 0,3% puros (cheroots cigarrillos), el 0,2% pipas de tabaco, y el 3,2% otro tipo de tabaco.

La media del número de cigarrillos manufacturados consumidos por fumadores a diario fue de 4,9.

En la población de fumadores a diario, el 58,3% reportó que fuma menos de 5 cigarrillos manufacturados o hechos a mano por día, el 25,6% fumaba de 5 a 9 cigarrillos por día, el 10,9% fumaba de 10 a 14 cigarrillos por día, el 4,7% fumaba de 15 a 24 cigarrillos por día, y el 0,5% fumaba 25 o más cigarrillos por día.

Abandono de tabaco

El 69% de los fumadores a diario, no fuman actualmente, o dejaron de fumar. En hombres, el 67,6% fueron fumadores diarios, pero no fuman en la actualidad, y en mujeres, el 76,1%.

Tabla 13 Porcentaje de ex fumadores diarios (que no fuman actualmente) entre los que fueron fumadores diarios, por sexo y grupo de edad.

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
---------------	---------	---------	-------------

(años)	n	%	IC _{95%}	N	%	IC _{95%}	n	%	IC _{95%}
18-44	184	62,2	53,8-70,6	30	79,0	63,0-95,1	214	64,1	56,4-71,8
45-69	200	72,3	64,8-79,9	63	74,9	62,6-87,1	263	72,9	66,3-79,5
18-69	384	67,6	61,8-73,4	93	76,1	65,6-86,7	477	69,0	63,7-74,3

Fuente: Encuesta STEPS 2018

La media del número de años ex fumadores diarios dejaron de fumar fue de 14,7 años para ambos sexos (14,5 años para hombres y 15,2 años para mujeres).

De los fumadores actuales, el 55,2% intentó dejar de fumar en los últimos 12 meses, (55,1% en hombres y 55,9% en mujeres).

De la población de fumadores actuales de tabaco, el 42,2% recibió consejería de un profesional de salud en los últimos 12 meses para dejar de fumar, siendo esto de 44,5% en mujeres y 41,7% en hombres. Tanto en hombres como en mujeres, el porcentaje que recibió consejería fue mayor en la población de 45 a 69 años, con 46,3% y 56,8% respectivamente.

Exposición al humo de tabaco ajeno

De los adultos de 18 a 69 años de ambos sexos, el 10,1% se expuso al humo de tabaco ajeno en los últimos 30 días. No hubo una diferencia significativa entre hombres y mujeres.

El 9,2% se expuso al humo del tabaco ajeno en el lugar de trabajo en los últimos 30 días, siendo esto de 12,2% en hombres y 6,6% en mujeres.

Políticas de control de tabaco

- *Advertencias sanitarias*

El 80,8% de fumadores actuales consideraron la posibilidad de abandonar el tabaco debido a las advertencias sanitarias en los últimos 30 días, siendo 81,3% hombres y 78,2% mujeres.

El 64,3% de adultos de ambos sexos observaron la difusión de información antitabáquica por la televisión o la radio en los últimos 30 días, siendo 63,7% hombres y 64,8% mujeres.

El 48,1% de adultos de ambos sexos observaron la publicación de información antitabáquica en periódicos o revistas en los últimos 30 días, siendo 51,1% hombres y 45,2% mujeres.

- *Publicidad y promoción del tabaco*

El 23,8% de adultos observaron la utilización de publicidad de cigarrillos en establecimientos donde se venden cigarrillos.

- *Datos económicos*

El importe medio gastado en 20 cigarrillos manufacturados fue US\$ 6,58. El gasto medio mensual en cigarrillos manufacturados fue US\$ 15,32.

- *Consumo de alcohol*

La prevalencia de consumo actual de bebidas alcohólicas fue del 51,8% en hombres y 27,3% en mujeres, siendo mayor en la población más joven (18 a 44 años), con 44,4% para ambos sexos, 58,5% para hombres y 31,3% para mujeres.

El 16,8% de la población reportó ser abstemio de toda la vida, siendo esto 9,6% en hombres y 23,8% en mujeres. El porcentaje de abstemios de toda la vida fue mayor en el grupo de 45 a 69 años con 18,7% para ambos sexos, 9,9% para hombres y 27,4% para mujeres.

De los adultos de ambos sexos, el 23,3% reportó ser abstemio en los últimos 12 meses (17,8% hombres y 28,7% mujeres), siendo mayor en el grupo de edad de 45 a 69 años con 33,1% para ambos sexos, 29,6% para hombres y 33,1% para mujeres.

El 83,2% de adultos bebió alcohol alguna vez en su vida y el 59,8% bebió alcohol en los últimos 12 meses. (Tabla 14)

Tabla 14 Porcentaje de consumo actual de alcohol en los últimos 30 días, abstinencia los últimos 12 meses y abstinencia toda la vida, por sexo y grupo de edad

Grupo de edad (años)	N	Bebedor actual*		Bebió alcohol en los últimos 12 meses, no actualmente		Abstemia en los últimos 12 meses		Abstemia toda la vida	
		%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Hombres									
18-44	1.144	58,5	55,2-61,9	21,9	19,0-24,8	10,2	8,0-12,3	9,4	7,4-11,4
45-69	800	41,3	36,9-45,7	19,2	16,2-22,3	29,6	25,7-33,5	9,9	7,4-12,4
18-69	1.944	51,8	49,0-54,5	20,9	18,7-23,0	17,8	15,6-19,9	9,6	8,0-11,1
Mujeres									
18-44	1.657	31,3	28,3-34,4	23,1	20,6-25,7	23,9	21,3-26,5	21,6	18,9-24,3
45-69	1.037	20,6	17,5-23,8	15,5	12,9-18,0	36,5	33,0-40,1	27,4	23,9-30,9
18-69	2.694	27,3	25,1-29,6	20,3	18,4-22,1	28,7	26,5-30,8	23,8	21,6-25,9
Ambos sexos									
18-44	2.801	44,4	42,1-46,8	22,5	20,6-24,5	17,3	15,5-19,0	15,7	13,9-17,5
45-69	1.837	30,9	28,2-33,7	17,4	15,3-19,4	33,1	30,4-35,7	18,7	16,4-21,0
18-69	4.638	39,3	37,4-41,2	20,6	19,1-22,0	23,3	21,8-24,9	16,8	15,4-18,3

*Bebedor actual se refiere a aquella persona que ha consumido alcohol en los últimos 30 días

Fuente: Encuesta STEPS 2018

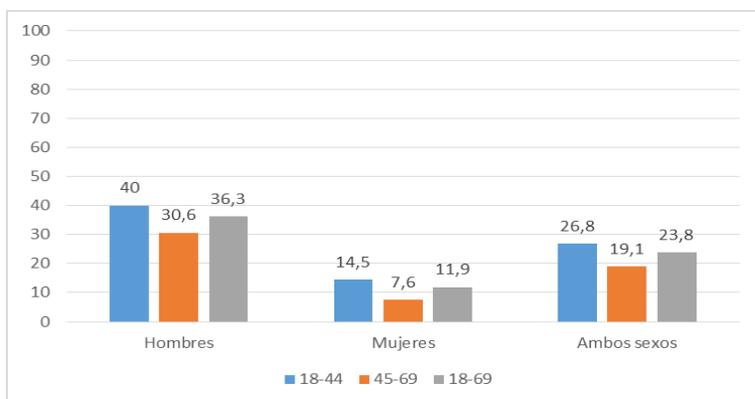
El 37,5% de la población reportó que dejó de beber alcohol por motivos de salud, siendo 50,1% hombres y 30% mujeres. El porcentaje fue mayor en la población de 45 a 69 años, con 43,2% en ambos sexos, 55,5% en hombres, y 33,2% en mujeres.

En la población adulta de ambos sexos, la frecuencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses fue la siguiente: el 13,7% consumió de 1 a 3 días por mes, el 76,4% bebió menos de una vez por mes, y el 1,7% reportó que nunca consumió alcohol.

Los bebedores actuales, consumen una media de 9,4 bebidas estándar por ocasión, siendo ésta de 11,4 en hombres y 5,8 en mujeres. La media fue mayor en la población de 18 a 44 años con 9,7 bebidas estándar por ocasión en ambos sexos, 11,6 en hombres y 6,6 en mujeres.

De la población de bebedores actuales, el 23,8% reportó haber realizado un consumo nocivo de alcohol, es decir que consumió 6 o más bebidas estándar en una ocasión en los últimos 30 días. Este porcentaje fue de 36,3% en hombres y 11,9% en mujeres. Fue mayor en la población más joven de 18 a 44 años con 26,8% en ambos sexos, 40,0% en hombres y 14,5% en mujeres.

Gráfico 4 Porcentaje de consumo nocivo de alcohol (consumo de 6 o más tragos en una ocasión en los últimos 30 días), por sexo y grupo de edad



Fuente: Encuesta STEPS 2018

De la población de bebedores actuales, el 6,7% reportó que consumió alcohol no registrado, siendo esto mucho mayor en hombres (8,8%) que en mujeres (2,7%).

c. Dieta

Consumo de frutas y verduras

La población adulta ecuatoriana consume en promedio al día 1,1 porciones de fruta y 0,9 porciones de verduras, lo que significa un subconsumo de este producto cuando la recomendación es 5 porciones al día entre frutas y verduras. Situación que es más preocupante considerando que, en una semana típica, la población adulta ecuatoriana consume 4 días a la semana fruta y 4,1 días a la semana verdura; cuando la recomendación de consumo de estos alimentos es diaria. Estos resultados no reportan diferencias significativas por grupos de edad ni sexo de los encuestados. Lo que puede ser verificado en la tabla 15.

Tabla 15 Media del número de porciones de frutas y/o verduras consumidas en promedio por día, por sexo y grupo de edad

Grupo de edad (años)	Hombres			Mujeres			Ambos sexos		
	N	Media del número de porciones	IC _{95%}	n	Media del número de porciones	IC _{95%}	n	Media del número de porciones	IC _{95%}
18-44	1.143	2,0	1,8-2,1	1.657	2,0	1,9-2,1	2.800	2,0	1,9-2,1
45-69	799	2,0	1,9-2,2	1.037	2,0	1,9-2,1	1.836	2,0	1,9-2,1
18-69	1.942	2,0	1,9-2,1	2.694	2,0	1,9-2,1	4.636	2,0	1,9-2,1

Fuente: Encuesta STEPS 2018

Cuando analizamos la distribución del consumo de frutas y verduras por número de porciones, vemos que más de la mitad de la población adulta ecuatoriana (56%) consume de una a dos porciones, mientras que apenas el 5,4% de la población consume 5 porciones o más (Ver Tabla 16).

Esto significa que el 94,6% de la población consume menos de cinco porciones de frutas y/o verduras en un día normal (Ver gráfico 5).

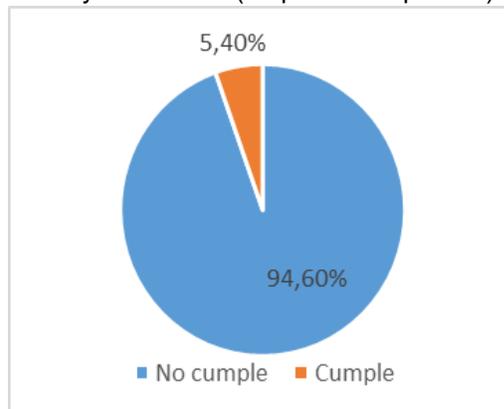
Tabla 16 Porcentaje de adultos que consumió un número dado de porciones de frutas y/o verduras por día, por sexo y grupo de edad

Grupo de edad (años)	n	No consume frutas y/o verduras		1-2 porciones		3-4 porciones		≥5 porciones	
		%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}

Hombres									
18-44	1.143	25,2	22,1-28,4	55,3	51,8-58,8	13,6	11,0-16,2	5,8	4,1-7,5
45-69	799	24,3	20,6-28,0	56,0	51,7-60,3	13,4	10,5-16,3	6,3	3,8-8,8
18-69	1.942	24,9	22,4-27,4	55,6	52,8-58,3	13,5	11,5-15,6	6,0	4,6-7,5
Mujeres									
18-44	1.657	23,7	21,0-26,4	55,5	52,5-58,4	16,3	14,2-18,5	4,5	3,3-5,8
45-69	1.037	22,6	19,2-25,9	58,0	54,4-61,6	14,3	11,5-17,0	5,1	3,5-6,8
18-69	2.694	23,3	21,0-25,5	56,4	54,1-58,7	15,5	13,7-17,3	4,8	3,7-5,8
Ambos sexos									
18-44	2.800	24,4	22,3-26,6	55,4	53,0-57,7	15,0	13,2-16,8	5,2	4,1-6,2
45-69	1.836	23,4	20,9-25,9	57,0	54,2-59,8	13,8	11,8-15,9	5,7	4,2-7,3
18-69	4.636	24,1	22,3-25,8	56,0	54,1-57,9	14,6	13,1-16,0	5,4	4,5-6,3

Fuente: Encuesta STEPS 2018

Gráfico 5 Porcentaje de personas según cumplimiento de las recomendaciones de consumo de frutas y/o verduras (≥ 5 porciones por día)



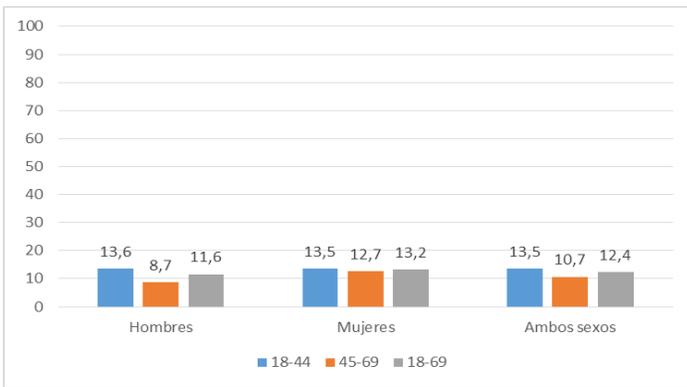
Fuente: Encuesta STEPS 2018

Consumo de sal

Evaluar el consumo de sal y los comportamientos detrás del mismo es importante ya que alrededor del 30% de las personas con hipertensión tendrían presión arterial normal y los demás tendrían un mejor control de la presión arterial si redujeran su consumo de sal a un nivel saludable.(30,31) Los alimentos procesados y aquellos que, se consumen fuera del hogar, suelen ser la mayor fuente de sal en la dieta, pero en algunas regiones del mundo, se agregan grandes cantidades de sal a los alimentos cocinados en el hogar.(32,33) Por lo tanto, estos factores fueron analizados en esta encuesta.

En cuanto al consumo de sal en el hogar, se observa en el gráfico 5 que, el 12,4% de adultos reportó que agrega sal siempre o frecuentemente antes de comer y mientras come; y en el gráfico 6 que el 76,3% de adultos manifestó que agrega sal siempre o frecuentemente al cocinar o preparar comidas en la casa.

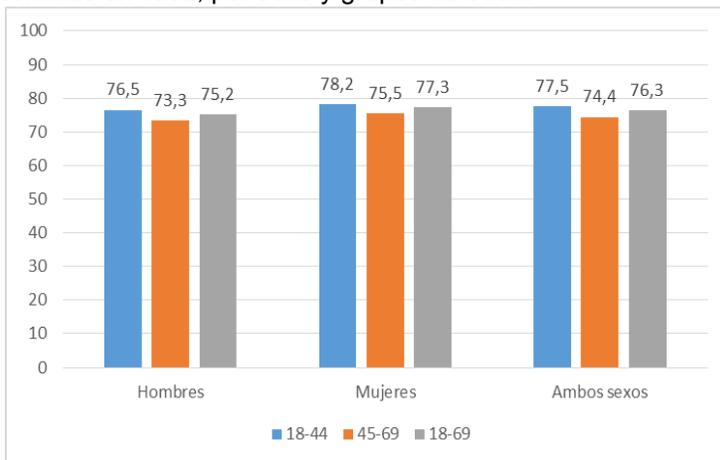
Gráfico 6 Porcentaje de adultos que agrega sal antes de comer o mientras come, por sexo y grupo de edad



Fuente: Encuesta STEPS 2018

El 76,3% de adultos manifestó que agrega sal siempre o frecuentemente al cocinar o preparar comidas en la casa. No hubo diferencias significativas por sexo o grupos de edad.

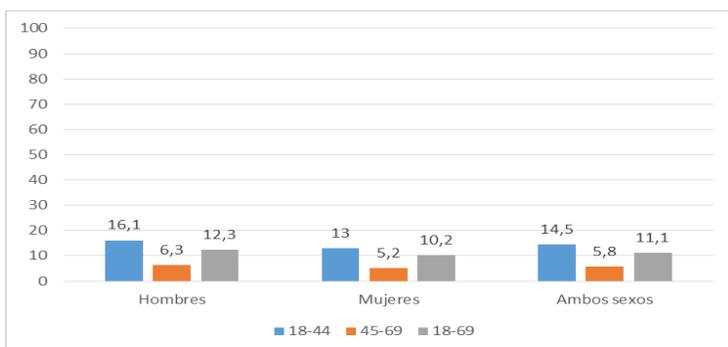
Gráfico 7 Porcentaje de adultos que agrega sal siempre o frecuentemente al cocinar o preparar comidas en casa, por sexo y grupos de edad.



Fuente: Encuesta STEPS 2018

En cuanto al consumo de alimentos procesados, el gráfico 7 muestra que el 11,1% de la población adulta reportó que consume alimentos procesados ricos en sal siempre o frecuentemente, siendo esto 12,3% para hombres y 10,1% para mujeres. En el grupo más joven de 18 a 44 años, este porcentaje fue del 14,5% mayor, siendo este porcentaje de consumo más del doble que el grupo de 45 a 69 años.

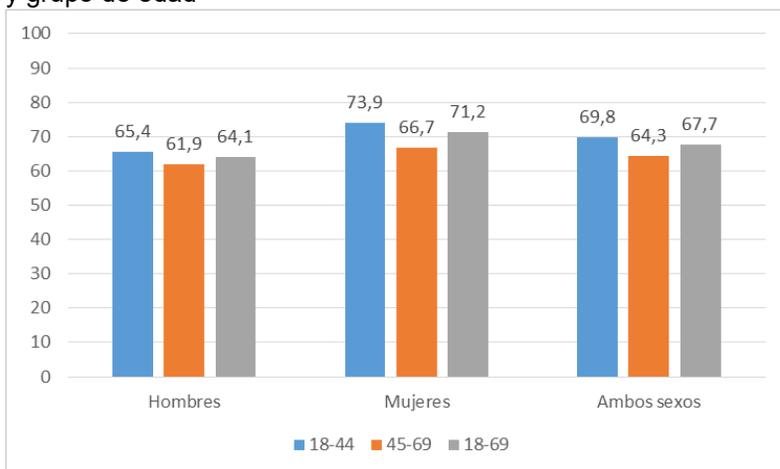
Gráfico 8 Prevalencia de consumo de alimentos procesados ricos en sal, por sexo y grupo de edad



Fuente: Encuesta STEPS 2018

El paquete SHAKE de la OMS describe las políticas e intervenciones que han sido efectivas para reducir la ingesta de sal en la población, dentro de estas políticas, se ha priorizado la adopción de etiquetas de alimentos que faciliten a la población tomar mejores decisiones para la reducción del consumo de sal.(34) Por esta razón, la encuesta STEPS midió el porcentaje de adultos que lee el contenido de sal o sodio en las etiquetas de alimentos. Los resultados indican que el 67,7% de población de ambos sexos realiza esta práctica, siendo más prevalente en mujeres que en hombres (gráfico Nro. 9).

Gráfico 9 Porcentaje de adultos que lee el contenido de sal en las etiquetas de alimentos, por sexo y grupo de edad



Fuente: Encuesta STEPS 2018

Adicionalmente, la encuesta también brinda datos sobre las prácticas implementadas por la población adulta para reducir el consumo de sal, como las siguientes:

- i) Limitar el consumo de alimentos procesados: 67,3% en ambos sexos, 63,9% en hombres y 70,6% en mujeres;;
- ii) Comprar alternativas bajas en sal / sodio: 43,6% en ambos sexos, 42,7% en hombres y 44,4% en mujeres;
- iii) Utilizar especias distintas de sal al cocinar: 19,6% en ambos sexos, 18,7% en hombres y 20,5% en mujeres; y
- iv) Evitar el consumo de alimentos preparados fuera de casa: 56,2% en ambos sexos, 52,9% en hombres y 59,3% en mujeres.

Tabla 17 Cantidad auto reportada de sal consumida, por edad, en hombres y mujeres y por grupo de edad

Grupo de edad (años)	n	Demasiado		Mucho		Cantidad adecuada		Poco		Demasiado poco	
		%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
18-44	2.767	0,7	0,3-1,1	5,1	4,0-6,2	58,7	56,2-61,2	29,4	27,3-31,6	6,1	5,0-7,2
45-69	1.791	0,1	0,0-0,1	2,2	1,3-3,1	54,2	51,4-57,0	33,9	31,1-36,6	9,6	7,8-11,4
18-69	4.558	0,4	0,2-0,7	4,0	3,2-4,8	57,0	55,0-59,0	31,1	29,4-32,9	7,4	6,3-8,6

Fuente: Encuesta STEPS 2018

Una consulta conjunta de expertos de la OMS / FAO recomendó que la ingesta de sal en la dieta debe ser inferior a 5 gramos por día, equivalente a 2000 mg de sodio.(35) Frente a esta recomendación, el 4,4% de la población adulta considera que se ha excedido en su consumo de sal, mientras que el 57% considera que consume la cantidad adecuada o justa, y el 38,5% considera que consume poco o demasiado poco.

a. Actividad física

De la población de 18 a 69 años de ambos sexos, el 17,8% no cumplió con las recomendaciones de actividad física de la OMS "los adultos de 18 años en adelante dediquen como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosa"; de realizar al menos 150 minutos de actividad física; 12,1% en hombres y casi el doble 23,3% en mujeres no cumplieron con las recomendaciones. Esta prevalencia fue mayor en el grupo de 45 a 69 años, con 21,4% para ambos sexos, 16,2% para hombres y 26,6% para mujeres.

Tabla 18 Porcentaje de adultos que no cumple con las recomendaciones de OMS sobre actividad física, por sexo y grupo de edad

Grupo de edad (años)	Hombres			Mujeres			Ambos sexos		
	n	%	IC _{95%}	n	%	IC _{95%}	n	%	IC _{95%}
18-44	1.143	9,4	7,4-11,4	1.655	21,4	18,9-23,9	2.798	15,6	14,0-17,2
45-69	798	16,2	12,8-19,6	1.034	26,6	23,0-30,1	1.832	21,4	18,8-24,0
18-69	1.941	12,1	10,2-13,9	2.689	23,3	21,2-25,5	4.630	17,8	16,3-19,3

Fuente: Encuesta STEPS 2018

En adultos de ambos sexos, el 24,7% realiza actividad física de intensidad baja, el 25,6% moderada y 49,7% vigorosa.

Tabla 19 Porcentaje del nivel de actividad física, por edad, sexo y grupo de edad

Grupo de edad (años)	n	Bajo		Moderado		Vigoroso	
		%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
18-44	2.798	22,7	20,6-24,7	27,0	25,0-29,0	50,4	48,0-52,7
45-69	1.832	28,0	25,3-30,8	23,3	20,9-25,7	48,7	45,5-51,9
18-69	4.630	24,7	23,0-26,4	25,6	24,0-27,2	49,7	47,7-51,7

Fuente: Encuesta STEPS 2018

En adultos de ambos sexos, 196,5 minutos por día es el promedio por día de comportamiento sedentario (estar sentado e inclinado) en el grupo de edad de 18 a 69 años respectivamente.

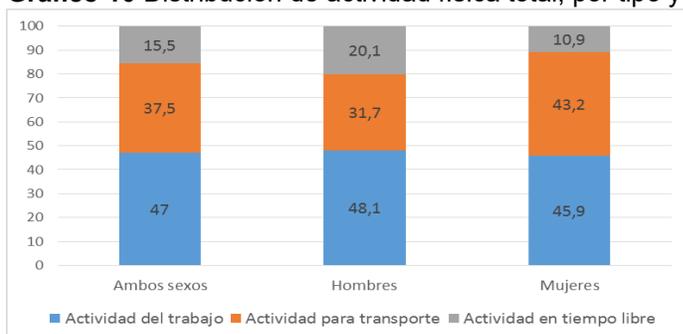
Tabla 20 Promedio de minutos por día de comportamiento sedentario, por edad y sexo

Grupo de edad	n	Ambos sexos
---------------	---	-------------

(años)		Media de minutos	IC _{95%}	Mediana de minutos	Rango intercuartil (P25-P75)
18-44	2.801	209,8	201,1-218,5	180,0	90,0-300,0
45-69	1.837	175,3	166,2-184,4	120,0	60,0-840,0
18-69	4.638	196,5	189,7-203,4	150,0	60,0-270,0

La actividad física total fue de 47,0% por actividad del trabajo, 37,5% por actividad para transporte, y 15,5% por actividad en tiempo libre. La actividad para transporte fue mayor en mujeres (43,2%) que en hombres (31,7%), mientras que la actividad en tiempo libre fue mayor en hombres (20,1%), que en mujeres (10,9%), como se demuestra en el siguiente gráfico:

Gráfico 10 Distribución de actividad física total, por tipo y por sexo



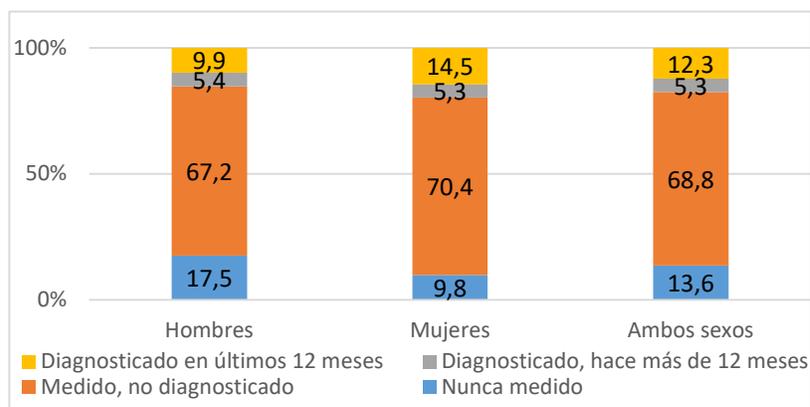
Fuente: Encuesta STEPS 2018

b. Historia de presión arterial elevada

La encuesta analizó el conocimiento que existe en la población sobre su condición de salud. En este apartado, se evaluó si alguna vez se ha realizado la medición de la presión arterial por un profesional de salud, si le han diagnosticado previamente de HTA y si dicho diagnóstico fue en los últimos 12 meses.

De la población de 18 a 69 años de ambos sexos, el 12,3% tuvo una historia de diagnóstico de HTA en los últimos 12 meses, y 5,3% tuvo una historia de diagnóstico de HTA, antes de los 12 meses. El 68,8% reportó que fue medido y no diagnosticado de HTA y el 13,6% nunca fue medido.

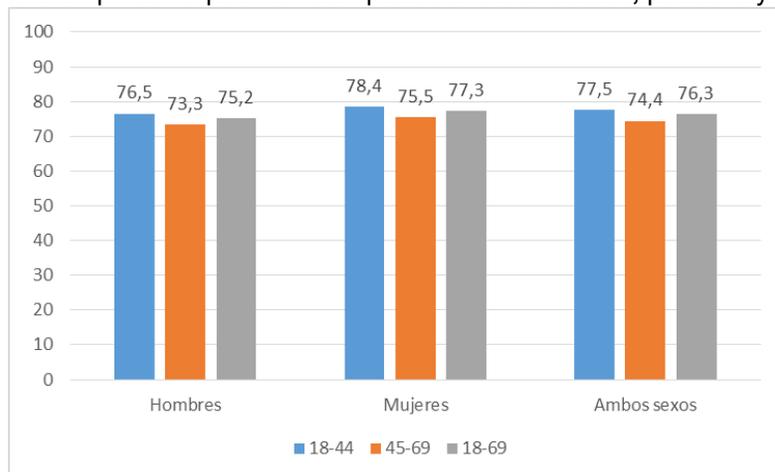
Gráfico 11 Porcentaje de adultos con historia de medición y diagnóstico de HTA, por sexo



Fuente: Encuesta STEPS 2018

El 44,9% de la población con historia de diagnóstico de HTA reportó que actualmente tomaba medicación para HTA prescrita por un médico o profesional de salud. El 43,5% de hombres y el 45,9% de mujeres toman medicación para HTA.

Gráfico 12 Porcentaje de adultos con diagnóstico de HTA que actualmente toma medicación para la HTA prescrita por médico o profesional de la salud, por sexo y grupo de edad



Fuente: Encuesta STEPS 2018

De los adultos con historia de diagnóstico de HTA, el 4,2% reportó que consultó a un curandero tradicional (3,9% hombres y 4,4% mujeres). Además, el 15,1% reportó que toma algún remedio herbario o tradicional para la HTA.

c. Historia de Diabetes

La encuesta analizó si alguna vez se ha realizado la medición de la glucosa sanguínea por un profesional de salud, si le han diagnosticado previamente de diabetes y si dicho diagnóstico fue en los últimos 12 meses.

De la población de 18 a 69 años de ambos sexos, el 50,1% nunca fue medido la glucosa en sangre, el 43,4% fue medido y no tuvo diagnóstico de diabetes, el 1,7% fue diagnosticado de diabetes antes de los últimos 12 meses y el 4,9% fue diagnosticado de diabetes en los últimos 12 meses. Estos porcentajes fueron similares en ambos sexos.

El porcentaje combinado de diagnóstico fue de 6,6% para ambos sexos, 6,6% en hombres y 6,5% en mujeres; siendo mayor en la población de 45 a 69 años que en la de 18 a 44 años, en ambos sexos.

Tabla 21 Porcentaje de adultos con historia de medición y diagnóstico de glucosa elevada en sangre, por grupo de edad

Grupo de edad (años)	n	Nunca medido		Medido, no diagnosticado		Diagnosticado, pero no en los últimos 12 meses		Diagnosticado en los últimos 12 meses	
		%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
18-44	2.801	56,8	54,3-59,2	39,2	36,9-41,6	1,4	0,9-1,9	2,6	1,9-3,3
45-69	1.837	39,3	36,3-42,4	50,0	47,0-52,9	2,2	1,3-3,0	8,5	7,0-10,1
18-69	4.638	50,1	47,9-52,2	43,4	41,3-45,4	1,7	1,2-2,2	4,9	4,1-5,6

Fuente: Encuesta STEPS 2018

De las personas de 18 a 69 años de ambos sexos con historia de diagnóstico de diabetes, el 49,4% reportó que toma medicación para diabetes prescrita por un médico o profesional de la salud, siendo esto de 53,2% en hombres y de 45,8% en mujeres. El porcentaje mayor correspondió a personas de 45 a 69 años.

Tabla 22 Porcentaje de adultos con historia de diagnóstico de diabetes, que actualmente toma medicación para diabetes prescrita por un médico o profesional de la salud, por sexo y grupo de edad

Grupo de edad (años)	Hombres			Mujeres			Ambos sexos		
	n	%	IC _{95%}	n	%	IC _{95%}	n	%	IC _{95%}
18-44	38	24,6	9,1-40,1	63	25,3	12,5-38,1	101	25,0	15,5-34,4
45-69	80	68,6	57,1-80,0	112	59,5	48,8-70,2	192	64,1	56,4-71,9
18-69	118	53,2	42,9-63,4	175	45,8	37,2-54,5	293	49,4	42,9-56,0

Fuente: Encuesta STEPS 2018

El 13,5% de las personas con historia de diagnóstico de diabetes, reportó que está en tratamiento con insulina para diabetes misma que fue prescrita por un médico o profesional de la salud. De este grupo, el 13,4% fueron hombres y el 13,6% fueron mujeres. El porcentaje mayor correspondió a personas de 45 a 69 años: 18,6% para ambos sexos, 17,2% para hombres y 20,0% para mujeres.

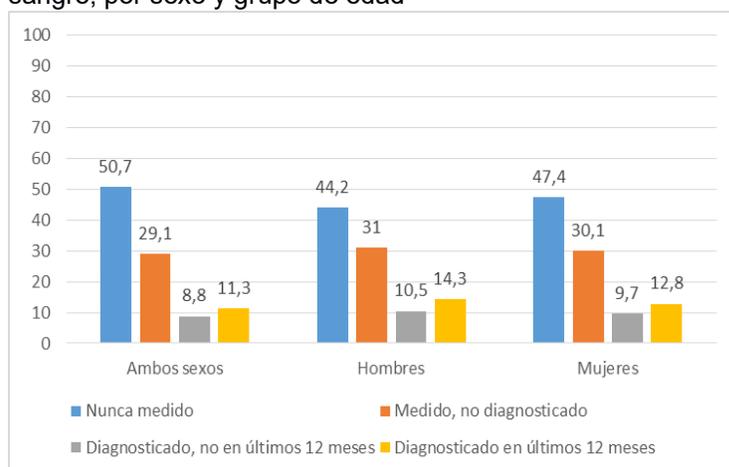
Además, el 2,9% reportó que consultó a un curandero tradicional. Esto fue de 3,6% en hombres y 2,2% en mujeres; el 23,3% reportó que toma algún remedio herbario o tradicional para diabetes, siendo esto el 22,7% en hombres y el 23,8% en mujeres.

d. Historia de colesterol total elevado

La encuesta analizó si alguna vez se ha realizado la medición del colesterol total por un profesional de salud, si le han diagnosticado previamente de dislipidemia y si dicho diagnóstico fue en los últimos 12 meses.

De la población de adultos de ambos sexos, el 47,4% reportó que nunca fue medido el colesterol total en sangre, el 30,1% fue medido y no tuvo diagnóstico de colesterol total elevado, el 9,7% fue diagnosticado de colesterol elevado antes de los últimos 12 meses, y el 12,8% fue diagnosticado de tener el colesterol total elevado en sangre en los últimos 12 meses.

Gráfico 13 Porcentaje de adultos con historia de medición y diagnóstico de colesterol elevado en sangre, por sexo y grupo de edad



Fuente: Encuesta STEPS 2018

El porcentaje combinado de diagnóstico sumó 22,5% para ambos sexos, 20,1% para hombres y 24,8% para mujeres. El porcentaje de diagnóstico de colesterol total elevado, fue mayor en la población de 45 a 69 años, en ambos sexos.

De los adultos con historia de diagnóstico de colesterol total elevado en sangre, el 18,8% reportó que toma medicamentos orales para colesterol elevado prescritos por un médico o profesional de la salud, de estos de 18,9% en hombres y de 18,7% en mujeres. El porcentaje mayor correspondió a personas de 45 a 69 años: 25,9% para ambos sexos, 24,0% para hombres y 27,4% para mujeres.

Además, el 27,3% reportó que toma algún remedio herbario o tradicional para colesterol elevado, siendo 23,0% en hombres y 30,6% en mujeres.

e. Historia de enfermedad cardiovascular

En la población de 18 a 69 años de ambos sexos, el 8,7% refirió que ha tenido un ataque al corazón, dolor, angina en el pecho por enfermedad de corazón o ataque cerebral (8,5% en hombres y 8,9% en mujeres). El porcentaje mayor correspondió a personas de 45 a 69 años: 10,9% para ambos sexos, 11,1% para hombres y 10,7% para mujeres.

El 3,4% de estos, toma aspirina con regularidad para prevenir o tratar enfermedades del corazón, siendo 3,2% en hombres y 3,7% en mujeres; el 2,4% toma estatinas con regularidad para prevenir o tratar enfermedades del corazón, siendo 2,6% en hombres y 2,2% en mujeres.

f. Consejos sobre prácticas de vida saludable

Apenas 1 de cada 4 adultos de ambos sexos recibió consejo de un médico o profesional de salud sobre dejar de fumar o no empezar. Por otro lado, la mayoría recibió consejos sobre estilos de vida saludable. Los porcentajes mayores fueron para reducir el consumo de grasa 72,8% y comer al menos 5 porciones de frutas y verduras al día 70,9%.

Tabla 23 Porcentaje de población que recibió consejos sobre estilos de vida saludable, de un médico o profesional de salud, por sexo

Consejos de estilos de vida saludable	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Dejar de fumar o no empezar	25,2%	33,1%	22,2%
Reducir el consumo de sal	55,5%	53,9%	56,7%
Comer al menos 5 porciones de frutas y/o verduras al día	70,9%	65,7%	74,9%
Reducir el consumo de grasa	72,8%	68,7%	76,1%
Empezar a hacer actividad física o aumentarla	66,8%	65,7%	67,6%
Mantener un peso saludable o perder peso	65,2%	62,1%	67,7%
Reducir las bebidas azucaradas	64,4%	62,3%	66,0%

Fuente: Encuesta STEPS 2018

g. Detección del cáncer de cuello de útero

Para este apartado, se consultó a las mujeres si se habían realizado exámenes de detección oportuna de cáncer de cuello de útero, como el Papanicolaou o pruebas moleculares.

El 58,7% de mujeres reportó que se realizó una prueba para detección del cáncer de cuello de útero. De ellas, el 50,9% fueron de 18 a 44 años y el 71,7% fueron de 45 a 69 años.

En el grupo de mujeres de 30 a 49 años, el 67,7% se ha realizado una prueba para detección de cáncer de cuello del útero.

h. Detección del cáncer de mama

El 59,1% de mujeres reportó que alguna vez un médico o profesional de salud le enseñó como explorarse las mamas, siendo este porcentaje mayor en el grupo de 18 a 44 años (59,1%) que en el grupo de 45 a 69 años (53,5%).

Tabla 24 Porcentaje de mujeres a las que alguna vez un médico o profesional de salud le enseñó cómo explorarse las mamas, por grupo de edad

Grupo de edad (años)	N	%	IC _{95%}
18-44	1.657	59,1	47,3-53,1
45-69	1.037	53,5	55,2-63,0
18-69	2.694	59,1	51,1-56,0

Fuente: Encuesta STEPS 2018

Además, el 44,3% de mujeres reportó que nunca le han examinado las mamas, el 20,9% hace más de 2 años, el 12,8% entre 1 y 2 años, y el 22% reportó que hace un año o menos.

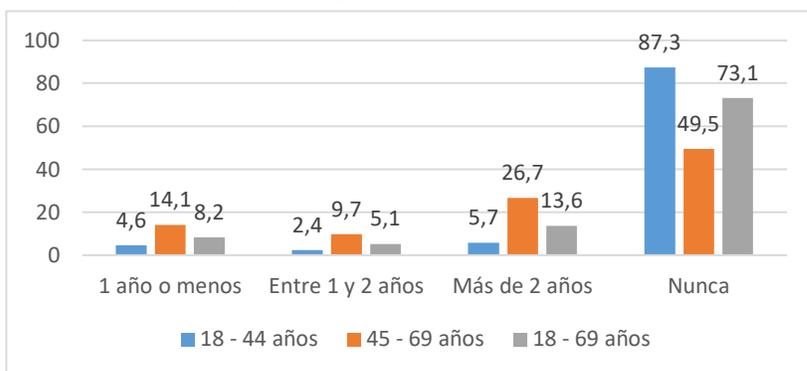
Tabla 25 Porcentaje de mujeres según última vez que le examinaron las mamas, por grupo de edad

Grupo de edad (años)	N	1 año o menos		Entre 1 y 2 años		Más de 2 años		Nunca	
		%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
18-44	1.653	22,4	20,0-24,8	12,2	10,3-14,1	14,6	12,7-16,5	50,8	47,8-53,8
45-69	1.035	21,3	18,3-24,3	13,8	11,1-16,6	31,4	27,8-35,0	33,4	29,7-37,2
18-69	2.688	22,0	20,1-23,9	12,8	11,2-14,5	20,9	19,0-22,8	44,3	41,7-46,8

Fuente: Encuesta STEPS 2018

En cuanto a la última vez que le realizaron una mamografía, el 49,5% de mujeres que se encuentran en el grupo de edad para tamizaje de cáncer de mama (entre 45 y 69 años), reportó que nunca le realizaron una mamografía, el 26,7% hace más de 2 años, el 9,7% entre 1 y 2 años, y el 14,1% reportó que hace un año o menos.

Gráfico 14 Porcentaje de mujeres según última vez que le realizaron una mamografía, por edad



Fuente: Encuesta STEPS 2018

i. Detección del cáncer de próstata

Al 16,5% de hombres le realizaron alguna vez el examen de próstata, siendo esto de 3% en el grupo de 18 a 44 años y de 37,4% en el grupo de 45 a 69 años.

Tabla 26 Porcentaje de hombres a los que alguna vez se les examinó la próstata, por grupo de edad

Grupo de edad (años)	n	%	IC _{95%}
18-44	1.144	3,0	1,9-4,2
45-69	800	37,4	32,9-42,0
18-69	1.944	16,5	14,3-18,7

Fuente: Encuesta STEPS 2018

j. Detección del cáncer de colon y recto

El 18,7% de adultos de ambos sexos le realizaron la prueba de sangre oculta en heces, para tamizaje de cáncer de colon y recto, siendo esto de 22,1% correspondiente al grupo de edad de 45 a 69 años según lo recomendado por la normativa vigente.

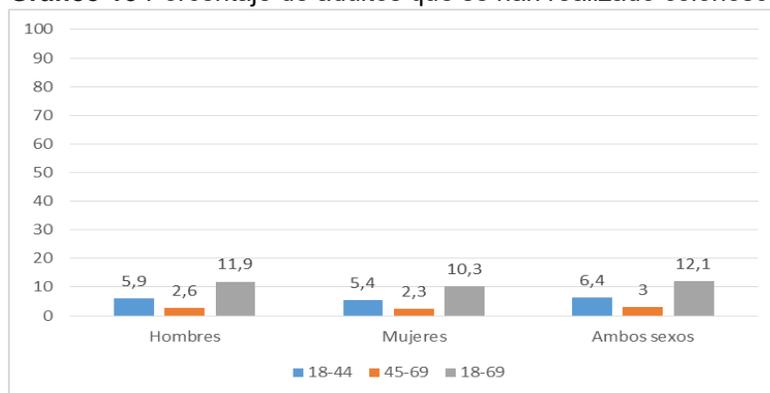
Tabla 27 Porcentaje de adultos a los que han realizado la prueba de sangre oculta en heces, por sexo y grupo de edad

Grupo de edad (años)	Hombres			Mujeres			Ambos sexos		
	n	%	IC _{95%}	n	%	IC _{95%}	N	%	IC _{95%}
18-44	1.144	16,1	13,4-18,9	1.657	16,9	14,5-19,3	2.801	16,6	14,6-18,5
45-69	800	21,1	17,4-24,9	1.037	23,1	19,5-26,7	1.837	22,1	19,5-24,8
18-69	1.944	18,1	15,8-20,4	2.694	19,3	17,1-21,5	4.638	18,7	16,9-20,4

Fuente: Encuesta STEPS 2018

Al 5,9% de adultos le han realizado el examen de colonoscopia, siendo esto 5,4% en hombres y 6,4% en mujeres. El porcentaje fue mayor en el grupo de 45 a 69 años (11,2%).

Gráfico 15 Porcentaje de adultos que se han realizado colonoscopia por sexo y grupo de edad



Fuente: Encuesta STEPS 2018

5.3 Paso 2: Mediciones Físicas

a. Medidas antropométricas

Entre los resultados más relevantes registrados podemos identificar que la media del índice de masa corporal (IMC) en kg/m² en adultos fue de 27,2 en ambos sexos, siendo esto 26,6 en hombres y 27,8 en mujeres. La media del índice de IMC fue mayor en mujeres de 45 a 69 años con IMC de 29,3 kg/m².

Los resultados en la tabla 27 muestran que únicamente el 35,2% de la población presenta un IMC en rangos normales. Sin embargo, el 37,9% de la población presentó sobrepeso, con mayor prevalencia en hombres que mujeres, con 39,4% y 36,5% respectivamente. El porcentaje fue

mayor en el grupo de 45 a 69 años de ambos sexos con 41,9%, es decir que cuatro de cada diez personas de ese grupo presentaron sobrepeso.

Tabla 28 Clasificación de índice de masa corporal (IMC), por sexo y grupo de edad

Grupo de edad (años)	n	Bajo peso (<18,5)		Peso Normal (18,5-24,9)		Sobrepeso (25,0-29,9)		Obesidad (≥30,0)	
		%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Hombres									
18-44	1.106	2,4	1,1-3,8	44,0	40,5-47,5	36,2	32,8-39,6	17,4	14,8-20,0
45-69	786	0,1	0,0-0,3	30,8	26,7-34,8	44,2	39,9-48,5	24,9	21,1-28,7
18-69	1.892	1,5	0,7-2,3	38,8	36,0-41,6	39,4	36,5-42,2	20,3	18,1-22,5
Mujeres									
18-44	1.564	1,2	0,5-1,8	39,8	36,9-42,7	34,7	31,7-37,6	24,4	21,7-27,0
45-69	1.014	0,5	0,1-1,0	18,7	15,7-21,7	39,5	35,4-43,6	41,2	37,2-45,3
18-69	2.578	0,9	0,5-1,4	31,7	29,4-33,9	36,5	34,1-39,0	30,9	28,4-33,3
Ambos sexos									
18-44	2.670	1,8	1,1-2,5	41,8	39,6-44,1	35,4	33,2-37,6	21,0	19,1-22,8
45-69	1.800	0,3	0,1-0,6	24,8	22,2-27,3	41,9	38,8-44,9	33,1	30,2-35,9
18-69	4.470	1,2	0,8-1,7	35,2	33,4-37,0	37,9	36,0-39,8	25,7	24,1-27,3

Fuente: Encuesta STEPS 2018

En cuanto a las prevalencias de sobrepeso y obesidad que se observan en la tabla 28, los resultados indican que tanto en hombres como en mujeres existe un incremento de las prevalencias de sobrepeso y obesidad con la edad. Para ambos sexos, se observa un cremento de aproximadamente 20 puntos porcentuales al pasar del rango de edad de 18-44 al de 45-69. No obstante, la prevalencia de sobrepeso y obesidad es más alta en mujeres que en hombres.

Tabla 29 Índice de Masa Corporal (IMC) ≥ 25 Kg/m², por sexo y grupo de edad

Grupo de edad (años)	Hombres			Mujeres			Ambos sexos		
	N	%	IC _{95%}	n	%	IC _{95%}	n	%	IC _{95%}
18-44	1.106	53,6	50,1-57,1	1.564	59,1	56,2-61,9	2.670	56,4	54,2-58,5
45-69	786	69,1	65,1-73,1	1.014	80,8	77,8-83,8	1.800	74,9	72,3-77,5
18-69	1.892	59,7	56,9-62,5	2.578	67,4	65,1-69,6	4.470	63,6	61,8-65,4

Fuente: Encuesta STEPS 2018

Los datos de la tabla 29 son coherentes con los de la tabla 28, ya que el perímetro de cintura también se incrementa entre rangos de edad. La media del perímetro de cintura en la población de hombres de 18 a 69 años fue de 91,3 cm, y en la población de mujeres fue de 88,6 cm. Esta medida fue mayor en el grupo de edad de 45 a 69 años al compararla con el grupo de edad de 18 a 44.

Tabla 30 Perímetro de cintura (cm), por sexo y grupo de edad

Grupo de edad (años)	Hombres			Mujeres		
	n	Media	IC _{95%}	n	Media	IC _{95%}
18-44	1.108	88,8	88,0-89,6	1.565	85,7	85,0-86,4
45-69	787	95,1	94,2-96,1	1.015	93,4	92,4-94,3
18-69	1.895	91,3	90,6-92,0	2.580	88,6	88,0-89,2

Fuente: Encuesta STEPS 2018

La media del perímetro de cintura en la población de hombres de 18 a 69 años fue de 91,3 cm, y en la población de mujeres fue de 88,6 cm. Esta medida fue mayor en el grupo de edad de 45 a 69 años con 95,1 cm en hombres y 93,4 cm en mujeres.

b. Presión arterial

De los datos obtenidos, la media de la presión arterial sistólica fue de 119,7 mmHg, siendo esta de 124,0 mmHg en hombres y de 115,6 mmHg en mujeres. Esta media fue mayor en el grupo de 45 a 69 años con 126,1 mmHg en ambos sexos, 128,9 mmHg en hombres y 126,1 mmHg en mujeres. La media de presión arterial diastólica fue de 75,9 mmHg en ambos sexos, de 78,8 mmHg en hombres y de 73,1 mmHg en mujeres.

La prevalencia de presión arterial elevada o hipertensión arterial (HTA), incluidos quienes toman medicación para HTA, fue de 19,8%. Este porcentaje fue de 23,8% en hombres y de 16,0% en mujeres. La prevalencia fue mucho mayor en el grupo de 45 a 69 años, con 35,0% para ambos sexos, 38,9% para hombres y 31,1% para mujeres.

Tabla 31 Porcentaje de población con PAS ≥ 140 y/o PAD ≥ 90 mmHg, y quienes toman medicación para presión arterial elevada, por sexo y grupo de edad

Grupo de edad (años)	Hombres			Mujeres			Ambos sexos		
	N	%	IC _{95%}	n	%	IC _{95%}	n	%	IC _{95%}
18-44	1094	13,9	11,6-16,2	1606	7,1	5,3-8,9	2700	10,3	8,9-11,8
45-69	774	38,9	34,9-42,9	983	31,1	27,6-34,5	1757	35,0	32,3-37,7
18-69	1868	23,8	21,6-26,0	2589	16,0	14,2-17,9	4457	19,8	18,3-21,3

Fuente: Encuesta STEPS 2018

Datos adicionales demostraron que el 11,2% de adultos (11,6% de mujeres y el 10,8% de hombres) presentaron HTA con PAS ≥ 160 y/o PAD ≥ 100 mmHg, o tomaban medicación para HTA.

De la población de 18 a 69 años de ambos sexos, el 45,2% registró presión arterial elevada no diagnosticada, el 12,6% registró presión arterial elevada diagnosticada pero sin tratamiento, el 16,2% registró presión arterial elevada diagnosticada, en tratamiento y no controlada, y el 26,0% registró presión arterial elevada diagnosticada, en tratamiento y controlada.

Tabla 32 Porcentaje de diagnóstico, tratamiento y control de la HTA, por sexo y grupo de edad

Grupo de edad (años)	n	Presión arterial elevada, no diagnosticado		Diagnosticado, no tratado		Diagnosticado, tratado, no controlado		Diagnosticado, tratado, controlado	
		%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Hombres									
18-44	160	71,5	63,1-79,9	14,8	8,3-21,2	5,8	1,1-10,5	7,9	3,3-12,6
45-69	305	49,1	42,1-56,1	12,6	8,4-16,8	19,3	13,9-24,6	19,0	13,6-24,3
18-69	465	57,0	51,2-62,7	13,4	9,8-17,0	14,6	10,4-18,7	15,1	11,3-18,9
Mujeres									
18-44	106	38,6	26,2-51,0	15,6	3,3-27,8	15,0	4,5-25,6	30,8	16,7-44,9
45-69	319	25,0	18,9-31,0	10,1	6,3-13,9	19,7	14,7-24,8	45,2	38,7-51,7
18-69	425	28,6	23,5-33,8	11,6	7,3-15,9	18,5	13,9-23,1	41,3	34,7-47,9
Ambos sexos									
18-44	266	59,8	51,7-68,0	15,0	9,2-20,9	9,1	4,2-13,9	16,0	9,8-22,3
45-69	624	38,4	33,5-43,3	11,5	8,7-14,3	19,5	15,9-23,0	30,6	26,4-34,7
18-69	890	45,2	40,9-49,5	12,6	9,9-15,4	16,2	13,3-19,0	26,0	22,5-29,4

Fuente: Encuesta STEPS 2018

Paso 3: Mediciones Bioquímicas

a. Glucosa en sangre

La media de glucosa en sangre en ayunas, incluyendo a quienes toman actualmente medicamentos para la glucemia elevada en la población fue de 92,7 mg/dl. Este valor fue de 91,7 mg/dl en hombres y 93,6 mg/dl en mujeres.

El porcentaje de personas que registraron glucemia alterada en ayunas (valor en plasma venoso ≥ 110 mg/dl y < 126 mg/dl), fue de 7,8% para ambos sexos, de 7,3% para hombres y 8,4% para mujeres. Esta cifra fue mayor en la población de 45 a 69 años, con 10,7% en ambos sexos, 9,3% en hombres y 12,1% en mujeres.

Tabla 33 Porcentaje de adultos con glucosa elevada en sangre, o actualmente bajo tratamiento médico para diabetes**, por sexo y grupo de edad

Grupo de edad (años)	Hombres			Mujeres			Ambos sexos		
	n	%	IC _{95%}	n	%	IC _{95%}	n	%	IC _{95%}
18-44	968	3,2	2,0-4,4	1461	3,2	2,2-4,2	2429	3,2	2,4-4,0
45-69	705	14,3	11,0-17,7	906	12,5	10,3-14,8	1611	13,4	11,4-15,5
18-69	1673	7,6	6,0-9,2	2367	6,7	5,5-7,8	4040	7,1	6,1-8,1

** La glucosa elevada en sangre se define como valor en plasma venoso ≥ 126 mg/dl.

Fuente: Encuesta STEPS 2018

El porcentaje de población que registró glucosa elevada en sangre, es decir ≥ 126 mg/dl, o que actualmente está bajo tratamiento médico para diabetes, fue 7,1%. Este valor fue de 7,6% en hombres y 6,7% en mujeres. Este porcentaje casi se duplicó en la población de 45 a 69 años, en comparación con la población de 18 a 44 años, siendo este de 13,4% en ambos sexos.

El porcentaje de población bajo tratamiento médico para diabetes fue 4,1%, siendo de 4,3% en hombres y 3,9% en mujeres. El grupo de 45 a 69 años registró porcentajes mayores, con 8,3% en ambos sexos.

De la población de 18 a 69 años de ambos sexos, el 3,7% tuvo glucosa elevada en sangre y no conocía su diagnóstico, el 3,4% conocía su diagnóstico de glucosa elevada y no tomaba medicación; y el 3,7% conocía su diagnóstico de glucosa elevada en sangre y tomaba medicación.

b. Colesterol total en sangre

Se evidenció que la media del colesterol total en sangre, incluyendo a aquellas personas que toman medicamentos para el colesterol elevado, fue de 170,0 mg/dl. Este valor fue de 161,9 mg/dl en hombres y de 177,6 mg/dl en mujeres. La media de colesterol total en sangre en el grupo de 45 a 69 años fue mayor, con 186,3 mg/dl para ambos sexos.

Tabla 34 Porcentaje de adultos con colesterol total elevado en sangre (≥ 190 mg/dl), o actualmente con medicación para colesterol elevado, por sexo y grupo de edad

Grupo de edad (años)	Hombres			Mujeres			Ambos sexos		
	N	%	IC _{95%}	n	%	IC _{95%}	n	%	IC _{95%}
18-44	979	18,5	15,7-21,3	1465	30,3	27,2-33,3	2444	24,7	22,4-27,0
45-69	712	43,1	38,6-47,7	917	58,3	53,9-62,8	1629	50,7	47,4-54,0
18-69	1691	28,3	25,7-30,9	2382	40,7	38,0-43,4	4073	34,7	32,6-36,8

Fuente: Encuesta STEPS 2018

El 34,7% de la población de 18 a 69 años de ambos sexos registró un colesterol total ≥ 190 mg/dl, o actualmente tomaba medicación para el colesterol elevado. Este porcentaje fue de 28,3% en hombres y de 40,7% en mujeres. El grupo de 45 a 69 años registró un porcentaje mayor, siendo de 50,7% para ambos sexos.

Riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV)

Para determinar el riesgo de ECV, se consideró a los participantes de 40 a 69 años, incluyendo variables de los pasos 1, 2 y 3 del instrumento STEPS, entre ellos: sexo, edad, fumadores actuales y ex fumadores que dejaron de fumar menos de un año antes de la encuesta, diabetes previamente diagnosticada, o concentración de glucosa en plasma en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl, o ECV existente, medición de presión arterial sistólica, mediciones de glucosa y colesterol total en ayunas.

El 11,6% de este grupo poblacional de 40 a 69 años presentó riesgo de ECV a 10 años $\geq 30\%$, o tuvo un ECV existente. El 11,4% de esta población fueron hombres y el 11,7% fueron mujeres. La población de 55 a 69 años, en especial la de hombres, presentó un mayor porcentaje de riesgo, con 12,7% para ambos sexos, 13,4% para hombres y 11,9% para mujeres.

Tabla 35 Porcentaje de adultos con un riesgo de ECV a 10 años $\geq 30\%$ o con ECV existente, por sexo y grupo de edad

Grupo de edad (años)	Hombres			Mujeres			Ambos sexos		
	n	%	IC _{95%}	N	%	IC _{95%}	n	%	IC _{95%}
40-54	486	9,8	6,8-12,8	692	11,6	8,6-14,7	1178	10,8	8,6-13,0
55-69	400	13,4	8,9-18,0	474	11,9	8,5-15,3	874	12,7	9,9-15,6
40-69	886	11,4	8,7-14,1	1166	11,7	9,5-14,0	2052	11,6	9,8-13,4

Fuente: Encuesta STEPS 2018

El 35,8% de personas entre 40 y 69 años con riesgo de ECV a 10 años $\geq 30\%$ o con ECV recibieron medicación y asesoramiento de prácticas saludables para prevenir infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares, siendo el 34,8% hombres y 36,8% mujeres.

5.4 Resumen de factores de riesgo combinados

El propósito del resumen de FR combinados es establecer el nivel de riesgo, a través de 5 FR combinados, por grupos de edad y sexo. Las diferencias se basan en las comparaciones de intervalo de confianza.

El resumen incluye información de los pasos 1 y 2, evaluando la combinación de FR en la población, considerando los siguientes: i) ser fumador actual diario; ii) consumir menos de 5 porciones de frutas y/o verduras por día; iii) realizar < 150 minutos de actividad moderada por semana o equivalente; iv) tener sobrepeso u obesidad ($IMC \geq 25$ kg/m²); o, v) tener presión arterial elevada ($PAS \geq 140$ y/o $PAD \geq 90$ mmHg, o actualmente tomando medicación para HTA).

Tabla 36 Porcentaje de adultos por número de factores de riesgo combinados, por sexo y grupo de edad

Grupo de edad (años)	n	0 factores de riesgo		1-2 factores de riesgo		3-5 factores de riesgo	
		%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Hombres							
18-44	1.105	2,5	1,4-3,6	80,1	77,5-82,7	17,4	14,9-19,9
45-69	783	0,3	0,0-0,6	61,9	57,8-66,1	37,8	33,6-42,0
18-69	1.888	1,6	0,9-2,3	72,9	70,6-75,3	25,4	23,1-27,8
Mujeres							
18-44	1.560	1,5	0,9-2,2	82,9	80,6-85,1	15,6	13,4-17,8
45-69	1.009	0,6	0,1-1,2	56,4	52,5-60,3	43,0	39,1-46,8
18-69	2.569	1,2	0,7-1,7	72,7	70,6-74,8	26,1	24,0-28,2
Ambos sexos							
18-44	2.665	2,0	1,4-2,7	81,5	79,8-83,2	16,5	14,8-18,1
45-69	1.792	0,5	0,1-0,8	59,2	56,2-62,1	40,4	37,4-43,3
18-69	4.457	1,4	1,0-1,8	72,8	71,2-74,5	25,8	24,1-27,4

Fuente: Encuesta STEPS 2018

El 25,8% de las personas presentaron de 3 a 5 factores de riesgo combinados. El porcentaje en el grupo de 45 a 69 años de ambos sexos fue de 40,4% y en el grupo de 18 a 44 años del 16,5%.

El 72,8% de las personas presentaron de 1 a 2 factores de riesgo combinados. El porcentaje de este riesgo fue mayor (81,5%) en el grupo de 18 a 44 años y de 59,2% en el grupo de 45 a 69 años.

Solo el 1,4% no registró ninguno de los factores de riesgo, siendo 1,6% en hombres y 1,2% en mujeres.

5.5 Salud oral

El 76,6% de adultos registró tener 20 dientes propios o naturales o más, mientras que el 14,4% reportó tener entre 10 y 19 dientes propios o naturales, el 5,5% entre 1 y 9 dientes propios o naturales, y el 3,5% ningún diente propio o natural, según se evidencia en la siguiente tabla:

Tabla 37 Porcentaje de adultos por número de dientes propios o naturales, por grupo de edad

Grupo de edad (años)	n	Ningún diente propio o natural		Entre 1 y 9 dientes propios o naturales		Entre 10 y 19 dientes propios o naturales		Veinte dientes propios o naturales o más	
		%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
18-44	2791	0,3	0,0-0,7	0,9	0,5-1,2	5,7	4,7-6,7	93,1	92,0-94,2
45-69	1808	8,5	6,6-10,4	13,0	11,0-15,0	28,7	26,1-31,3	49,8	46,6-53,0
18-69	4599	3,5	2,7-4,2	5,5	4,6-6,3	14,4	13,2-15,7	76,6	75,0-78,3

Fuente: Encuesta STEPS 2018

De los participantes que tenían dientes naturales, el 8,6% tenían estos dientes en pobre o muy pobre estado. Además, el 5% tenían encías en pobre o muy pobre estado.

El 22,7% de participantes tenían dentadura removible, presentándose en mayor prevalencia en el grupo de 45 a 69 años. Entre quienes tenían dentadura removible, el 97% tenía únicamente dentadura superior, y el 28,6% tenía dentadura inferior. El 26,2% tenía dentadura superior e inferior.

El 54,4% de adultos visitó al dentista en los últimos 12 meses, mientras que el 2,9% de adultos manifestó no haber recibido nunca atención odontológica. La principal causa de visita al dentista fue dolor o problemas con dientes o encías, representando esta un 50,7%.

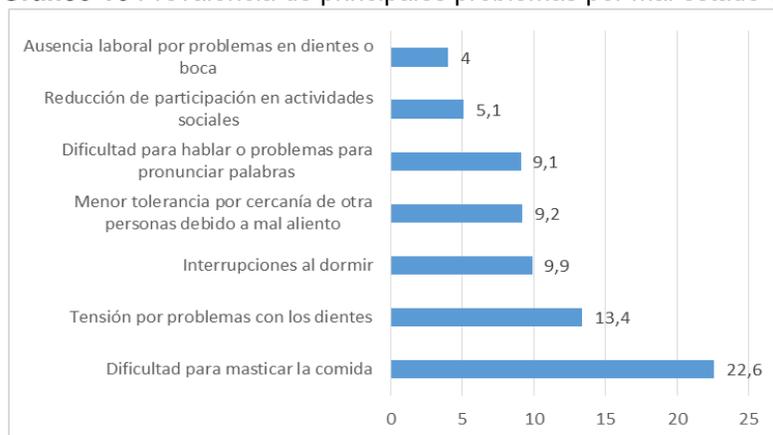
Tabla 38 Porcentaje de adultos entre quienes alguna vez han visitado al dentista, según tipo de causa, por grupo de edad

Grupo de edad (años)	n	Consulta/Asesoría		Dolor o problema con dientes o encías		Seguimiento		Chequeo de rutina		Otro	
		%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
18-44	2726	34,4	31,9-36,9	46,7	44,0-49,3	12,2	10,5-13,9	5,8	4,7-6,9	1,0	0,6-1,5
45-69	1779	23,9	20,8-27,0	57,2	53,9-60,5	12,9	10,8-14,9	4,0	2,9-5,1	2,1	0,9-3,3
18-69	4505	30,4	28,3-32,5	50,7	48,6-52,8	12,4	11,1-13,8	5,1	4,2-5,9	1,4	0,8-2,0

Fuente: Encuesta STEPS 2018

De los adultos de 18 a 69 años, el 98,2% manifestó que lava sus dientes al menos una vez al día; y el 85,1% manifestó que limpia sus dientes al menos dos veces al día. De los que se lavan los dientes, el 99,1% usaba pasta dental. En su mayoría usaban pasta dental con flúor (98,3%).

Gráfico 16 Prevalencia de principales problemas por mal estado de dientes y encías (%)



Fuente: Encuesta STEPS 2018

6. DISCUSION

El riesgo de mortalidad prematura está directamente relacionado a ENT/FR. La encuesta STEPS Ecuador 2018 genera una línea de base sobre la prevalencia de ENT/FR en adultos de 18 a 69 años, en base a los indicadores y grupos de edad del marco mundial de monitoreo. Esta información es relevante para fortalecer la vigilancia, políticas y acciones de prevención y control de las ENT/FR en Ecuador. Es un aporte para priorizar las intervenciones costo-efectivas y las acciones de política recomendadas por la OMS, en las que se incluye la promoción de la salud, y la prevención y control de los factores de riesgo de las ENT.(36)

Al ser esta encuesta una línea de base de ENT/FR con la metodología STEPS, en esta sección se analizan los resultados haciendo referencia, en los casos pertinentes, a la ENSANUT 2012, a pesar de que la misma aplica una metodología, indicadores y grupos de edad diferentes, y a los datos sobre ENT/FR de la región de Las Américas y el mundo.

6.1 Control de tabaco

Los resultados de STEPS Ecuador 2018 muestran que la prevalencia de consumo actual de tabaco fumado es 13,7%. Este dato no es comparable con ENSANUT 2012 porque en ésta última se consideró únicamente a personas que manifestaron que fumaron alguna vez y no a toda la población.(12) Además, muestra que la prevalencia de consumo actual de tabaco es seis veces mayor en hombres (23,8%) que en mujeres (4%). Al igual que la tendencia en Las Américas, la mayoría fuma cigarrillos manufacturados (98,5%). Por grupos de edad, la mayor prevalencia de fumador actual de tabaco se presenta en el grupo de hombres de 18 a 44 años, con 27,4%. El promedio de edad de inicio de fumar tabaco en adultos de ambos sexos es 18,9 años.

Los resultados de STEPS muestran que 6 de cada 10 adultos observaron información antitabáquica en televisión y radio, y 8 de cada 10 fumadores actuales consideró la posibilidad de abandonar el tabaco por las advertencias sanitarias contenidas en las cajetillas de cigarrillo. Esto muestra un efecto positivo de las políticas de difusión de advertencias sanitarias en varios contextos. En contraposición, 2 de cada 10 adultos observaron publicidad en el punto de venta de cigarrillos, siendo esto un factor crítico de gran influencia para la compra y consumo de tabaco, en especial en niños y adolescentes. Respecto a la exposición al humo de tabaco ajeno, 1 de cada 10 adultos estuvieron expuestos en el hogar y 9 de cada 10 en el lugar de trabajo.

En la evaluación de la implementación del CMCT, Ecuador muestra avances en la legislación, y políticas y acciones como espacios públicos libres de humo, etiquetado, advertencias sanitarias, impuestos al tabaco, control de comercio ilícito, y control de publicidad dirigida a niños y adolescentes. Mantiene desafíos en control de publicidad en puntos de venta y en empaquetado neutro. Los resultados de STEPS Ecuador 2018 demuestran la necesidad de estrategias para acelerar la reducción del consumo de tabaco en hombres, principalmente los más jóvenes, y para proteger y aumentar la relativa baja prevalencia de consumo de tabaco en mujeres. El paquete o plan de medidas para implementar el CMCT, conocido como MPOWER, es acogido por Ecuador para apoyar el monitoreo de políticas de prevención y control del uso del tabaco.

6.2 Consumo de alcohol

El 39,3% de adultos es consumidor actual de alcohol, es decir en los últimos 30 días. Como referencia, en la ENSANUT 2012 la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes, en adultos de 20 a 59 años, fue de 41,3%.(12)

El 23,8% de adultos presentan un “consumo episódico excesivo de alcohol” (6 o más bebidas estándar en una sola ocasión) en los últimos 30 días. Si bien el consumo de alcohol en los adultos no es frecuente, cuando lo hacen, beben en grandes cantidades, siendo la media del número de bebidas por ocasión de 9,4 en ambos sexos, con un mayor consumo en hombres que mujeres (11,4 vs. 5,8).

La prevalencia de consumo actual de alcohol fue mayor en hombres (51,8%) que en mujeres (27,3%); y con un consumo nocivo de alcohol de más del triple en hombres (36,3%) que en mujeres (11,9%) siendo más prevalente en el grupo de 18 a 44 años.

El 13,7% de adultos consume alcohol de 1 a 3 días por mes en los últimos 12 meses, y el 76,4% consume menos de 1 vez al mes. El porcentaje de abstemios de toda la vida es 16,8%, y en los últimos 12 meses 23,3%. La abstinencia de toda la vida es más del doble en mujeres (23,8%) que en hombres (9,6%). El 37,5% de ex bebedores, es decir aquellos que no bebieron alcohol en los últimos 12 meses, pero lo hicieron alguna vez en su vida, dejó de beber alcohol por motivos de salud, siendo 50,1% en hombres y 30% en mujeres. El 6,7% de los bebedores actuales ha consumido alcohol no registrado.

Los resultados STEPS sirven para informar y sustentar estrategias para poblaciones de mayor riesgo, por ejemplo hombres en especial el grupo entre los 18 y 44 años. La estrategia mundial de OMS recomienda tres medidas para bajar el consumo nocivo de alcohol: reducir la capacidad de compra por menor disponibilidad, por ejemplo, reducir horarios y expendio en lugares públicos; reducir la exposición a publicidad; e incrementar impuestos y precios. Ecuador ha incorporado estas medidas en su Estrategia de prevención y control de consumo nocivo de alcohol, documento que se encuentra en validación. El reto se mantiene en la implementación efectiva y la vigilancia del cumplimiento de metas y resultados de reducción del consumo de alcohol.

6.3 Consumo de frutas y/o verduras y hortalizas

En Ecuador, así como lo reflejaron los resultados de la ENSANUT 2012, las recomendaciones de consumo de al menos 5 porciones de frutas y/o verduras diarias no se cumplen en la mayor parte de la población (94,6% de adultos). Probablemente estos resultados no sólo corresponden a los conocimientos, actitudes y preferencias de la población ecuatoriana; si no también y, en mayor medida, se relacionan con la disponibilidad de frutas y verduras. La misma que ha disminuido en los últimos años, pasó de una composición de la disponibilidad calórica del 12% en el periodo 1990-1992 al 6.5% durante el periodo 2016-2018. (37)

6.4 Consumo de sal

El consumo de sal en alimentos fue medido a través de la percepción de sal agregada al momento de la preparación y durante la ingesta. Fue así que, el 12,4% de adultos reportó un uso diario o frecuente de sal en sus alimentos. Asimismo, 1 de cada 10 personas consume alimentos procesados ricos en sal frecuentemente, siendo predominante en el grupo de 18 a 44 años.

Los resultados de STEPS Ecuador 2018 sugieren que existe influencia del etiquetado de alimentos procesados tipo semáforo para que los adultos ecuatorianos realicen habitualmente algunas acciones para controlar su consumo de sal; Es así como, de 6 a 7 de cada 10 adultos limitan el consumo de alimentos procesados y leen el contenido de sal o sodio en las etiquetas de alimentos; 5 de cada 10 evitan el consumo de alimentos preparados fuera de casa; 4 de cada 10 compran alternativas bajas en sal / sodio; y, 2 de cada 10 utilizan especias distintas de sal al cocinar.

Estos resultados también son fruto de los avances de Ecuador en normas y políticas de alimentación saludable, como el reglamento de bares escolares, el reglamento de etiquetado de alimentos procesados, el reconocimiento de responsabilidad nutricional a restaurantes y cafeterías, por lo que se recomienda su evaluación y fortalecimiento continuo.

Los datos de STEPS ratifican que es imprescindible fortalecer las actividades de promoción de alimentación saludable, siendo necesario el desarrollo de estrategias de educación y comunicación de alimentación saludable y el rescate de la cocina tradicional a base de alimentos naturales y frescos, como opciones para aumentar en consumo de frutas y verduras, y reducir el consumo de sal, utilizando las Guías Alimentarias Basada en Alimentos del Ecuador.

6.5 Realización de actividad física

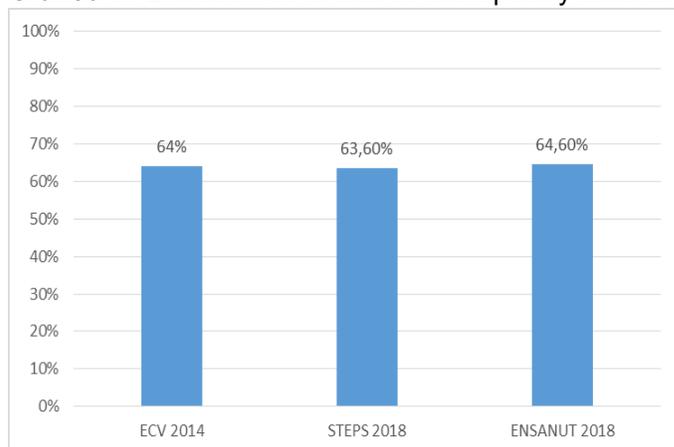
En Ecuador, el 17,8% de la población de 18 a 69 años no cumple con las recomendaciones de OMS de realizar al menos 150 minutos por semana de actividad física moderada. En términos de niveles de actividad física sobre la base de las recomendaciones globales anteriores a las actuales, los datos de STEPS indican que el 24,7% de la población de 18 a 69 años tiene un nivel bajo de actividad física. ENSANUT 2012 reportó una prevalencia de 30% de actividad física insuficiente en la población nacional de 18 a 60 años.(12) Las Américas tienen una prevalencia de 32% y es la región de mayor prevalencia de inactividad física en el mundo.(38)

6.6 Sobrepeso y obesidad

En Ecuador, el 63,6% de adultos de ambos sexos presentó sobrepeso y obesidad, es decir un IMC mayor o igual a 25 kg/m².

Al comparar los datos de la encuesta STEPS-2018 con los de la Encuesta de Condiciones de Vida del 2014 (ECV) y la Encuesta en Salud y Nutrición del 2018 (ENSANUT) (ver gráfico 17), se observa que no hay diferencia estadísticamente significativa entre los resultados obtenidos, esto demuestra un estancamiento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos. Vale aclarar que, la ECV y ENSANUT 2018 midieron el indicador en adultos de 19 a 59 años de edad y la STEPS en adultos de 18 a 69 años. (5,39)

Gráfico 17 Evolución de la tasa de sobrepeso y obesidad en adultos durante el periodo 2014-2018



La prevalencia de obesidad en adultos de ambos sexos fue de 25,7% siendo mayor en mujeres (30,9%) que en hombres (20,3%). Sumados el sobrepeso y obesidad, se encontró un mismo patrón, con una mayor prevalencia en mujeres (67,4%) que en hombres (59,7%), siendo mayor en el grupo de 45 a 69 años. En este grupo se encontró que 8 de cada 10 mujeres presentaron sobrepeso y obesidad. Esto puede estar relacionado con niveles de actividad física insuficiente y colesterol elevado en sangre en mujeres.

Las medidas adoptadas por el Plan regional de prevención y control de ENT/FR, se alinean con los indicadores y políticas del marco mundial de monitoreo, sobre reducir el consumo de azúcar, sal/sodio, reducir ácidos grasos saturados, eliminar la producción industrial de ácidos grasos trans en los alimentos, regular la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas en niños y adolescentes, y motivar la práctica de la actividad física. Los esfuerzos de educación sobre alimentación saludable, en especial en niños, deben desarrollar un correlato práctico en la oferta de alimentos, en especial frutas y verduras, en hogares, loncheras escolares, programa de alimentación escolar, bares escolares, y sitios de venta. Ecuador aplica el reglamento de etiquetado de alimentos procesados con el fin de garantizar el derecho a la información oportuna sobre el contenido de grasa, azúcar y sal en alimentos procesados. También impulsa la educación sobre actividad física en escuelas y el desarrollo de espacios accesibles para uso público.

6.7 Hipertensión arterial

En Ecuador, el 19,8% de la población de 18 a 69 años de ambos sexos es hipertensa, definido como como presentar una presión arterial sistólica ≥ 140 y/o una presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg o tomar medicación para presión arterial elevada. ENSANUT 2012 reportó una prevalencia nacional de HTA en la población de 18 a 59 años de 9,3%, sin embargo, excluyó al grupo de personas con HTA bajo tratamiento que presentaron niveles normales de presión arterial en el momento de la medición.(12)

La prevalencia de HTA fue mayor en hombres con 23,8% que en mujeres 16,0%, y es mucho mayor en el grupo de 45 a 69 años con 35,0%. El 11,2% de las personas con HTA presentan una presión arterial sistólica ≥ 160 y/o una presión arterial diastólica ≥ 100 mmHg.

Dentro de las personas catalogadas como hipertensas en esta encuesta, el 45,2% no conocía su diagnóstico. Del 54,8% restante, únicamente el 26% de las personas tomaba medicación y se encontraba con cifras de presión arterial controladas.

No obstante, aún se requiere reforzar las intervenciones de captación de pacientes y para mejoras en la adherencia al tratamiento, ya que el 12,6% de las personas que conocían su diagnóstico no seguía un tratamiento, y el 16,2% que tomaba medicación, no llega a controlar su presión arterial.

Esto es consistente con los resultados de ENSANUT 2012, en la que el 50% de personas detectadas con HTA tomaban medicación.(12)

6.8 Riesgo combinado

Respecto al enfoque de riesgo combinado de probabilidad de desarrollar ENT, por ser fumador actual a diario, consumir menos de 5 porciones de frutas y/o verduras por día, hacer menos de 150 minutos de actividad física moderada por semana, tener sobrepeso y obesidad, e HTA; únicamente 1 de cada 10 personas no presentaba ninguno de los FR para ENT.

De aquellos que presentaban FR combinados, el 25,8% tenía de 3 a 5 FR y el 72,8% entre 1 a 2 FR. La prevalencia fue mayor en el grupo de 45 a 69 años.

El 11,6% de la población de 40 a 69 años de ambos sexos presentó riesgo de ECV a 10 años $\geq 30\%$, o ECV existente. La población de 45 a 69 años, en especial hombres, presentó un mayor porcentaje de riesgo con 12,7%. El 35,8% de adultos con este riesgo recibe medicación y asesoramiento para prevenir infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares.

6.9 Glucosa elevada en sangre

El 7,8% de la población adulta tiene glucemia alterada en ayunas (≥ 110 mg/dl y < 126 mg/dl); mientras el 7,1% tiene glucemia elevada en ayunas (≥ 126 mg/dl, o que actualmente está bajo tratamiento médico para diabetes). Esta prevalencia es similar a la que disponible para Ecuador en 2014 del 8,0% y menor que la de glucosa elevada en Las Américas de 8,3% en el 2014. (1)

ENSANUT 2012 presentó 2,7% de prevalencia nacional de glucemia elevada en ayunas en la población 10 a 59 años; sin embargo, esta cifra excluyó al grupo de personas con diabetes bajo tratamiento que presentaron niveles normales de glucemia en el momento de la medición.(12) En el 2010, Ecuador registró una prevalencia de 12,3% de diabetes en mayores de 60 años y de 15,2% en el grupo de 60 a 64 años.(22)

6.10 Colesterol total elevado en sangre

El 34,7% de la población registró un colesterol total ≥ 190 mg/dl, o actualmente tomaba medicación para el colesterol elevado. Esta cifra es consistente con la registrada en ENSANUT 2012 de 24,5%, definida en esa encuesta como colesterol total en sangre mayor a 200 mg/dl.(12) Sin embargo, son cifras mayores a las obtenidas en STEPS Durán 2016 de 29,5%, aunque esta encuesta no es comparable ya que no presenta datos del nivel nacional.

La prevalencia de hipercolesterolemia fue de 40,7% en mujeres y de 28,3% en hombres, con mayor prevalencia en mujeres de 45 a 69 (58,3%). La media del colesterol total en sangre, incluyendo a quienes toman medicamentos para el colesterol elevado, fue de 170,0 mg/dl.

6.11 Tamizaje de cáncer de cuello uterino

En el grupo de mujeres de 30 a 49 años, el 67,7% se ha realizado alguna vez una prueba para detección de cáncer de cuello uterino. Esta cifra muestra una brecha importante de tamizaje, que se relaciona con alta morbilidad en estadios avanzados y alta mortalidad por cáncer de cuello uterino en el país.

Los instrumentos normativos de Ecuador incluyen indicadores sobre ENT/FR para la prevención del cáncer cérvicouterino. Existe debilidad en la vigilancia y aplicación efectiva de estos instrumentos dentro y fuera de los servicios de salud, en el marco de la implementación del MAIS.

6.12 Tamizaje de cáncer de mama, próstata y colorrectal

El tamizaje de cáncer de mama en mujeres, y de próstata en hombres, así como el de colon y recto en ambos sexos es insuficiente, dada la limitada implementación de políticas y del modelo de atención integral en los servicios de salud.

6.13 Salud oral

Los problemas de salud oral constituyen una de las primeras causas de enfermedad. Los resultados de la Encuesta STEPS muestran la existencia de brechas de atención integral, y de limitaciones en la implementación de normas, políticas y acciones para la prevención y control de los problemas de salud oral.

Es así, que se evidencia que únicamente el 54,4% de adultos visitó al dentista en el último año, y el 2,9% nunca ha recibido atención odontológica. Además, si bien el 85,1% de las personas se cepillan en el mínimo recomendado (2 veces al día), la principal causa de visita al dentista fue dolor o problemas con dientes o encías, representando esta un 50,7%.

7. CONCLUSIONES

- La encuesta STEPS Ecuador 2018 brinda insumos sobre la prevalencia de ENT/FR, y muestra la necesidad de fortalecer la implementación de políticas y acciones para su prevención y control.
- La prevalencia de fumadores actuales de tabaco es circunscrita mayoritariamente al consumo de cigarrillos manufacturados, y es seis veces mayor en hombres que en mujeres. Evidencia que las políticas y advertencias sanitarias tienen un efecto positivo hacia el abandono del tabaco.
- El consumo de alcohol a la semana no es frecuente, sin embargo, los días en que se consume alcohol, la ingesta es excesiva (6 o más bebidas en una sola ocasión), siendo esto mucho más frecuente en hombres que en mujeres.
- La mayoría de adultos no cumple con la recomendación de consumir 5 porciones de frutas y/o verduras por día como parte de una dieta balanceada; además, el consumo de sal, salsas saladas y alimentos procesados ricos en sal sigue siendo elevado, pese a la incidencia en actitudes y prácticas positivas coadyuvadas por las advertencias sanitarias.
- Un quinto de la población adulta no cumple con las recomendaciones sobre actividad física, siendo este FR mayor en mujeres que en hombres.
- El sobrepeso y obesidad afecta a más de dos tercios de la población adulta y es más frecuente en mujeres que en hombres, no obstante, se observa un estancamiento durante el periodo 2014-2018. El tamizaje de cáncer (cuello uterino, mama, próstata y colorrectal) en ambos sexos es insuficiente.
- La HTA afecta a 1 de cada 5 adultos de 18 a 69 años de edad, cerca de la mitad no conoce su diagnóstico, y apenas 1 de cada 4 personas con HTA que conoce su diagnóstico, recibe tratamiento y tiene control de su HTA.

- El 7,8% de la población tiene hiperglicemia, lo que aumenta el riesgo de desarrollar diabetes mellitus; y el 7,1% de la población tiene la glucosa alterada, con rangos sugestivos de diabetes mellitus.
- Más de un tercio de los adultos entre 18 y 69 años tienen colesterol elevado, lo que aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular.
- El 11,6% de la población entre 40 y 69 años tiene un riesgo cardiovascular a 10 años $\geq 30\%$.
- Más de la mitad de los adultos acudieron en el último año a un dentista, de los cuales el 50% visitas fue a causa de dolor o problemas de encías o dientes.
- El cepillado dental se practica al menos una vez al día en casi la totalidad de la población adulta. 8 de cada 10 adultos se limpian los dientes, al menos dos veces al día.

8. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones sobre los resultados de STEPS Ecuador 2018 se presentan en el marco de las acciones prioritarias del Plan de acción mundial para la prevención y control de ENT 2013 - 2020, hacia la meta de reducir la mortalidad prematura por ENT en 25% para el 2025, y de la Estrategia de cooperación técnica de la OPS/OMS con el Ecuador 2018 - 2022,(40) alineada con dicho Plan Mundial y con el correspondiente Plan regional en las Américas 2013 - 2019.(36)

8.1 Acción 1: reforzar el compromiso político

Esta acción contribuye al objetivo de elevar el nivel de prioridad y compromiso político para acelerar la respuesta en ENT/FR.

Esto debe reflejarse con mayor vigor en:

- Fortalecer la capacidad, el liderazgo, la gobernanza, la acción multisectorial y las alianzas nacionales para acelerar la respuesta en prevención y control de las ENT.
- Fortalecer la aplicación efectiva de la legislación para regular y controlar los precios e impuestos, y la comercialización de tabaco, alcohol, y alimentos y bebidas procesados, en especial de aquellos ricos en grasas trans, azúcar y sal.
- Fortalecer la implementación efectiva de las políticas, planes y acciones nacionales con sus respectivos financiamientos para la atención integral de salud, que incluye promoción, prevención, rehabilitación, cuidados paliativos y vigilancia epidemiológica.

8.2 Acción 2: implementar planes multisectoriales de acción para ENT.

Esta acción contribuye al objetivo de fortalecer la convocatoria del MSP a actores multisectoriales institucionales y ciudadanos para definir acuerdos que potencien la efectiva implementación de políticas de prevención y control de ENT.

Esto implica:

- Conformar una instancia nacional multisectorial que contribuya al análisis, identificación de prioridades, y desarrollo y seguimiento de normas y acciones para cumplir metas y resultados del Plan nacional de desarrollo, otros instrumentos del país y compromisos internacionales.
- Fortalecer la colaboración activa y sistemática de la academia, organizaciones de la sociedad civil y la cooperación internacional.

8.3 Acción 3: implementar políticas regulatorias en los factores de riesgo.

Esta acción contribuye al objetivo de fortalecer la implementación de normas y políticas para regular y reducir los factores de riesgo modificables y sus determinantes sociales subyacentes, mediante la generación de entornos que fomenten la salud.

Ecuador tiene avances significativos y es referente internacional en el control del comercio ilícito de tabaco y alcohol y en la regulación de bares escolares, el etiquetado de alimentos procesados con advertencias gráficas sobre su contenido en grasa, azúcar y sal, y medidas impositivas a las bebidas azucaradas. Sin embargo, STEPS Ecuador 2018 evidencia prevalencias de FR que son producto de debilidades en la regulación y control de impuestos, producción, importación, promoción y comercialización de alimentos procesados, y en la promoción de salud y prevención de enfermedades. La alta prevalencia de sobrepeso y obesidad ejemplifica esta debilidad en la regulación y control de alimentos, y en la vigilancia y prevención de la mala nutrición en todas las edades.

Caben las siguientes recomendaciones:

- Fortalecer los esfuerzos para la efectiva implementación del marco normativo y de política favorable de control de impuestos y comercialización y promoción de productos, a fin de cumplir metas e indicadores estratégicos sobre control de tabaco, alcohol, comidas ultra procesadas, consumo de sal, grasas y bebidas azucaradas.
- Aplicar las recomendaciones de la evaluación del CMCT en Ecuador, respecto a mantener los avances en legislación y acciones en espacios libres de humo, publicidad, advertencias sanitarias, control del comercio ilícito, y precios e impuestos a cigarrillos, y fortalecer las acciones en empaquetado neutro y control de publicidad en puntos de venta de cigarrillos, en especial en jóvenes.
- Fortalecer acciones para desarrollar y actualizar normas y políticas de prevención y control de consumo nocivo de alcohol, tales como reducir horarios y expendio en lugares públicos, reducir la publicidad, e incrementar impuestos y precios.
- Fortalecer las estrategias de educación y comunicación para el cambio de comportamiento para aumentar el consumo de frutas y/o verduras y reducir el consumo de sal; como prácticas de cocina, preparación de alimentos, loncheras escolares, programa de alimentación escolar, bares escolares y promoción en sitios de venta.
- Fortalecer la efectiva implementación de políticas y acciones para promover la actividad física en instituciones educativas, lugares de trabajo y espacios públicos.
- Aplicar los instrumentos fiscales como incentivos o subsidios para la producción de frutas y verduras, y otros alimentos saludables, la formulación de políticas agrícolas y prácticas de agricultura que permitan aumentar la diversidad, disponibilidad y accesibilidad de alimentos saludables y nutritivos, especialmente en los entornos educativos.

8.4 Acción 4: trabajar hacia la cobertura universal y el acceso universal en salud.

Apunta al objetivo de fortalecer y reorientar los sistemas de salud para abordar la prevención y el control de las ENT y de los determinantes sociales subyacentes mediante la atención primaria centrada en las personas y la cobertura sanitaria universal.

Pese al marco constitucional y legal favorable, y a la existencia de políticas y de un marco de modelo de atención integral en salud, su implementación requiere fortalecerse. En los servicios de salud, hay debilidades para la promoción y prevención. La gran brecha de tamizaje de cáncer de cuello de útero, mama, próstata, y colon y recto es per se un FR, y evidencia la necesidad de fortalecer los servicios para reducir la morbi-mortalidad por cáncer. También se mantienen retos en el tratamiento, ejemplificado por los bajos niveles de diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia de la HTA, relacionados con la creciente carga de ECV y sus complicaciones como insuficiencia renal crónica, ACV y discapacidad.

En ese contexto, caben las siguientes recomendaciones:

- Fortalecer la efectiva implementación del modelo de atención integral a pacientes con enfermedades crónicas, en el marco del MAIS, otros documentos normativos, que permitan

la reducción los factores de riesgo para el desarrollar ENT. Esto implica además, cumplir el reto de garantizar el financiamiento público necesario.

- Fortalecer la capacidad de diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia de la HTA, a fin de reducir el riesgo cardiovascular y sus complicaciones como insuficiencia renal crónica, ACV y discapacidad.
- Fortalecer la capacidad de diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia de hiperglucemia a fin de reducir su riesgo de ENT, y sus complicaciones como ceguera, problemas vasculares y neurológicos, insuficiencia renal y discapacidad.
- Fortalecer el tamizaje preventivo de cáncer de cuello de útero, mama, próstata y colon-recto para reducir la morbi-mortalidad por estos tipos de cáncer.
- Fortalecer el desarrollo e implementación de normas políticas y acciones para la prevención y control de los problemas de salud oral.
- Fortalecer el modelo de atención integral multidisciplinario en: asesoría para el autocuidado, apoyo a organizaciones de personas que viven con ENT, impulso de acciones comunitarias que favorecen la actividad física en espacios públicos, y desarrollo de habilidades y competencias del personal de salud del primer nivel de atención para promoción, prevención, tamizaje, detección temprana y manejo de ENT.

8.5 Acción 5: fortalecer la vigilancia y manejo de la información.

Esto contribuye a los objetivos de i) fomentar y apoyar la capacidad nacional de investigación y desarrollo, y de vigilar la evolución y los determinantes de las ENT, así como de ii) evaluar las 9 metas y 25 indicadores sobre los progresos hacia su prevención y control, como parte del monitoreo nacional del Plan nacional de desarrollo y compromisos internacionales.

Caben las siguientes recomendaciones:

- Fortalecer la capacidad nacional de investigación y desarrollo, para vigilar los indicadores de ENT/FR en mortalidad por ENT, mortalidad prematura, prevalencia, incidencia, atención integral de ENT/FR en la comunidad y en los servicios de salud.
- Fortalecer la vigilancia de la atención integral a ENT/FR en los servicios de salud, incluyendo el sistema de información clínica para seguimiento del diagnóstico oportuno, tratamiento y control de ENT/FR.
- Fortalecer las organizaciones para la vigilancia sistemática del cáncer.
- Planificar e implementar la Encuesta STEPS cada 5 años, como parte de las encuestas nacionales, y fortalecer la política de análisis y uso amplio de sus datos, con apoyo de universidades e instituciones interesadas en ENT/FR.

9. DEFINICIONES

Las fuentes de las definiciones son el cuestionario, libro de datos y documentos STEPS-OMS, INEC y MSP Ecuador.

Hogar: es la unidad social conformada por una persona o grupo de personas que se asocian para compartir básicamente el alojamiento y la alimentación. Hogar es el conjunto de personas que residen habitualmente en la misma vivienda o en parte de ella (viven bajo el mismo techo), que están unidas o no por lazos de parentesco, y que cocinan en común para todos sus miembros (comen de la misma olla). Los hogares también pueden estar constituidos por personas no parientes; ejemplo, un grupo de amigos que se asocian para compartir un departamento y los gastos en alimentación. Los empleados del servicio doméstico y sus familiares forman parte del hogar siempre y cuando duerman en la misma vivienda y compartan alimentos. En una vivienda pueden encontrarse varios hogares si existen grupo de personas que viven en una parte de la vivienda y preparan sus comidas por separado. (INEC)

Consumo actual de tabaco: se refiere el consumo de cualquier producto de tabaco en los últimos 30 días previo a la encuesta.(41)

Cigarrillos manufacturados: se refiere a los cigarrillos que vienen armados por la industria tabacalera y se fuman.(41)

No fumador: adulto que actualmente no consume tabaco de fumar.(41)

Ex fumador: adulto que fumaba anteriormente pero dejó de fumar tabaco.(41)

Espacios libres de humo: son espacios donde se prohíbe fumar o mantener encendido un producto de tabaco. Incluyen espacios cerrados de las instituciones públicas, espacios cerrados de trabajo y atención y acceso al público, espacios cerrados o abiertos, públicos o privados, de salud y educación, con excepción de los espacios abiertos de los establecimientos de educación superior, medios de transporte público, y ambientes públicos y privados cerrados, destinados a actividades deportivas.(24)

Bebida alcohólica estándar: bebida alcohólica que contiene aproximadamente 10 g de etanol o alcohol puro. Corresponde a 1 botella, lata o vaso grande de cerveza (285 ml), un shot o chupito lleno de aguardiente (40 ml), una copa mediana de vino (120 ml), o una medida simple de alcohol fuerte (30 ml).(41)

Bebedor actual: quien consumió alguna bebida con alcohol en los últimos 30 días.(41)

Consumo episódico excesivo de alcohol: 6 o más bebidas alcohólicas estándar en una sola ocasión, al menos una vez en los últimos 30 días.(41)

Ex bebedor: quien no bebió durante los últimos 12 meses, pero bebió alguna vez en la vida.(41)

Consumo de bebidas alcohólicas a nivel alto: consumo mayor o igual a 60g de alcohol puro en promedio por ocasión entre hombres y consumo mayor o igual a 40g de alcohol puro en promedio por ocasión entre mujeres).(41)

Consumo de bebidas alcohólicas a nivel intermedio: consumo de 40 a 59,9g de alcohol puro en promedio por ocasión entre hombres y consumo de 20 a 39,9g de alcohol puro en promedio por ocasión entre mujeres).(41)

Consumo de bebidas alcohólicas a nivel bajo: consumo de menos de 40g de alcohol puro en promedio por ocasión entre hombres y de menos de 20g de alcohol puro en promedio por ocasión entre mujeres).(41)

Bebida con alcohol no registrado: bebida alcohólica elaborada en casa, bebida alcohólica procedente del otro lado de la frontera o de otro país, algún tipo de alcohol que no es apto para beber u otra forma de alcohol que no pague impuestos.(41)

Actividad física de una población Cualquier forma de movimiento corporal realizado por los músculos esqueléticos que provoque un aumento en el gasto de energía. Algunos tipos comunes son caminar, correr, bailar, nadar, yoga y jardinería.(42)

Equivalentes Metabólicos (MET): Expresan la intensidad de las actividades físicas y son también utilizados para el análisis de los datos del Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ).

Aplicar los valores de MET a los niveles de actividad permite calcular la actividad física total. MET es la razón de la tasa metabólica en actividad de una persona en relación con su tasa metabólica en reposo. Un MET es definido por el costo energético de sentarse tranquilamente, y es equivalente al consumo calórico de 1 kcal/kg/hora. Para el análisis de datos GPAQ, existen guías que han sido adoptadas: se estima que, comparado con sentarse tranquilamente, el consumo calórico de una persona es cuatro veces más alto cuando se está moderadamente activo, y ocho veces más alto cuando se está vigorosamente activo.(41)

Dominio	Valor MET
Trabajo	Valor MET moderado = 4.0 Valor MET vigoroso = 8.0
Transporte	Andar en bicicleta y caminar, valor MET = 4.0
Recreación	Valor MET moderado = 4.0 Valor MET vigoroso = 8.0

Actividad física insuficiente. Participantes que no cumplen con las recomendaciones de la OMS sobre actividad física para la salud (participantes que realizan menos de 150 minutos de actividad física de intensidad moderada por semana, o equivalente).(41)

Presión arterial elevada o hipertensión arterial: cuando la medición de la presión arterial sistólica es mayor o igual a 140 mmHg, y/o la medición de la presión arterial diastólica es igual o mayor a 90 mmHg, o cuando la persona está actualmente tomando medicación para HTA indicada por un profesional de la salud..(41)

Sobrepeso: se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Corresponde a un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 25 kg/m² y menor a 29,9 kg/m².(41)

Obesidad: se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Corresponde a un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor a 30 kg/m².(41)

Glucosa alterada en sangre: cuando el valor de glucosa en sangre venosa en ayunas es mayor o igual a 110 mg/dl y menor a 126 mg/dl.(41)

Glucosa elevada en sangre: cuando el valor de glucosa en sangre venosa en ayunas es mayor o igual a 126 mg/dl, o cuando la persona está actualmente bajo tratamiento médico para diabetes.(41)

Colesterol total elevado en sangre: cuando el valor de colesterol total en sangre venosa en ayunas es mayor o igual a 190 mg/dl, o cuando la persona está bajo tratamiento médico para hipercolesterolemia.(41)

Riesgo de enfermedad cardiovascular - ECV: estima el riesgo de una persona de enfermedad cardiovascular durante un período específico (ejemplo: 10 años) según sus niveles de factores de riesgo y el riesgo promedio de enfermedad cardiovascular en la población.(43)

Resumen de factores de riesgo combinado: participantes con 0, 1-2, o 3-5 factores de riesgo de los siguientes: i) fumador actual diario; ii) menos de 5 porciones de frutas y/o verduras por día; iii) no cumplir con las recomendaciones de la OMS sobre actividad física para la salud (<150 minutos de actividad moderada por semana o equivalente); iv) sobrepeso u obesidad ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$); v) presión arterial elevada ($PAS \geq 140$ y/o $PAD \geq 90$ mmHg o actualmente tomando medicación para la presión arterial elevada).(41)

10. PARTICIPANTES

10.1 Equipo técnico del MSP

MSc. Md. Romina Costa, Especialista, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, punto focal para la encuesta STEPS Ecuador 2018

Dra. Ana Gutiérrez, Especialista, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control

Psic. Daniela Valdivieso, Ph.D., Especialista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud

Mgs. Lorena Carpio, Analista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud

Dra. Flor Cuadrado Parra, Analista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud

Lcda. Pamela Piñeiros, Especialista, Proyecto De Nutrición en el Ciclo de Vida- Desnutrición Cero

Psic. Pablo Analuisa, Especialista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud

Dra. Mónica Borja, Especialista, Coordinación Zonal 9

Dra. Cecilia Silva, Especialista, Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Int. Juan Granda, Internacionalista.

Lcda. Diana Cerón, Promoción de la Salud

Dra. Cecilia Molina, Salud Oral

10.2 Equipo técnico del INEC

Sr. Markus Nabernegg, Coordinador General Técnico de Producción Estadística, Punto Focal para la Encuesta STEPS Ecuador 2018

Ing. Lorena Naranjo, Coordinadora General Técnica de Producción Estadística, Punto Focal para la Encuesta STEPS Ecuador 2018

Ing. Andrés Albán, Director de Estadísticas Sociodemográficas

Ing. Julia Armijos, Dirección de Estadísticas Sociodemográficas

Lcda. Carmita Artieda, Dirección de Estadísticas Sociodemográficas

Ing. Irina Marín, Dirección de Estadísticas Sociodemográficas

Eco. Natali Mendoza, Dirección de Estadísticas Sociodemográficas

Ing. Galo Mier, Dirección de Estadísticas Sociodemográficas

Ing. Angel Gaibor, Dirección de Infraestructura Estadística y Muestreo

Mat. Javier Núñez, Dirección de Infraestructura Estadística y Muestreo

10.3 Equipo técnico y asesor de OPS/OMS – Ecuador

Dra. Aida Soto, Asesora en Vigilancia, Prevención y Control de Enfermedades

Dr. Juan Vásquez, Consultor

Dr. Roberto Sempértegui, Consultor

Dr. Pedro Proaño, Consultor

Sr. Marco Ramos, Coordinador de Tecnología

Sra. Ana Amores, Asistente del Programa ENT

10.4 Equipo asesor de OPS/OMS – Washington DC

Dra. Roberta Caixeta, Asesora en Vigilancia, Prevención y Control de ENT

Lcda. Dolores Ondarsuhu, Especialista en Vigilancia y Monitoreo de ENT

10.5 Equipo de campo: coordinadores, asistentes, supervisores y encuestadores

Sede Cuenca	-María Rizo
Coordinadores	-Gino Miranda
-Alex Cañar	-Freddy Rodríguez
-Catalina de Grazia	-Julia Onofre
Supervisores	-David Cuenca

-Valeria Cabrera
-Alex Muñoz
Encuestadores
-Edguin Largo
-Eliana Albarracín
-Edison Yanza
-Meliton Sanmartín
-Jenny Castro
-Mónica Jimenez
-Oswal Arias
-Felix Nugra

Sede Ambato
Coordinadores
-Elvia Cunalata
-David Martínez
Supervisores
-Jannet Bucheli
Encuestadores
-Miriam Espinosa
-Lupe Paucar
-Dennis Jaramillo
-Wilma Albán

Sede Guayaquil
Coordinadores
-Francisco Yépez
-Cristina Lino
Supervisores
-Fabio Vargas
-Carlos Villalva
-John Balseca
-Franklin Huacón
-Edison Zamora
-William Idrovo
-Jorge Monroy
Encuestadores
-Wilman Macías
-Gioconda Cagua
-Flor Chavez
-Mayra Morán
-Jonathan Balseca
-Jorge Cortez
-Rene Plua
-Yuri Cortez
-Verónica León
-Joffre Alcívar
-Pedro Salazar

-Rosa Pacheco
-Daniela Valeriano
-Evelyn Vera
-Galo Plua
-William Ramírez
-Carlos Dután
-Orlando Alvear
-Luis Lino
-Anny Escobar
-Henry Vergara
-Higinio Lino
-Pablo Carpio

Sede Quito
Coordinadores
-José Aldas
-Byron Ruales
Supervisores
-Diego García
-Daniel Garrido
-Mario Moreno
Encuestadores
-Diego Belasco
-Marco Carrasco
-Martha Ordóñez
-Jorge Moreno
-Florencia Rodríguez
-Katherine Sarabia
-Christian Calvache
-Paola León
-Robert Molina
-Byron Jácome
-Paulo Aldas
-Alejandro Chafía

11. REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la salud. Las ENT de un vistazo: Mortalidad de las enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas. Organ Panam la salud, Washington, DC. 2019;
2. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuario de Nacimientos y Defunciones. 2018.
3. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Compare. University of Washington. 2017.
4. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas [Internet]. 2018. Disponible en: [ris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/.../9789275318867_spa.pdf?...1...y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/.../9789275318867_spa.pdf?...1...y)
5. Ministerio de Salud Pública; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición - ENSANUT [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>
6. Organización Mundial de la Salud. Alcohol - Nota descriptiva [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
7. Organización Mundial de la Salud. Global status report on alcohol and health 2014. Ginebra. 2014.
8. Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition. Food systems and diets : Food systems and diets : 2016;(September).
9. World Cancer Research Fund & The NCD Alliance. The link between food , nutrition , diet and non-communicable diseases. 2014;4. Disponible en: http://www.wcrf.org/sites/default/files/PPA_NCD_Alliance_Nutrition.pdf
10. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas [Internet]. Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental. 2015. 61 p. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7698/9789275318645_esp.pdf?sequence=5
11. Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition. The Role of Diets in Shaping the Global Burden of Disease [Internet]. 2015 [citado el 12 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.glopan.org/news/the-role-of-diets-in-shaping-the-global-burden-of-disease/>
12. Freire W, Belmont P, Gómez L, Mendieta M, Monge R, Piñeiros P, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENSANUT-ECU 2012 [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-ensanut/>
13. Organización Mundial de la Salud. Guideline: Sodium intake for adults and children. World Heal Organ. 2012;
14. Organización Mundial de la Salud. Global Report on Human Mobility: Planning and design for sustainable urban mobility. 2013. 456, 453, 603.
15. World Health Organization. mHealth: New horizons for health through mobile technologies. Observatory [Internet]. 2011;3(June):66–71. Disponible en: <http://www.webcitation.org/63mBxLED9>
16. Labrique AB, Vasudevan L, Kochi E, Fabricant R, Mehl G. Mhealth innovations as health system strengthening tools: 12 common applications and a visual framework. Glob Heal Sci Pract. 2013;1(2):160–71.
17. Organización Mundial de la Salud. Health Economic Assessment Tool (HEAT) for walking and cycling. 2019. 2019.
18. Healthy Cities Mayors Forum. Consenso de Shanghai sobre Ciudades Saludables - 9a Conferencia Global en Promoción de la Salud. 9ª Conf Mund Promoción la Salud Promover la salud en los Objet Desarro Sosten Salud para todos y todos para la Salud [Internet]. 2016;4. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/mayors-consensus-ES.pdf>
19. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Diet , nutrition and physical activity : Energy balance and body fatness The determinants of weight gain , overweight and obesity. World Cancer Res Fund/American Inst Cancer Res [Internet]. 2018;Continuous:5. Disponible en: dietandcancerreport.org

20. World Health Organization. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Vol. 17, World Health Organization. 2014.
21. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. International Diabetes Federation. 2019. 144 p.
22. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta de Salud - Bienestar del Adulto Mayor II. 2010.
23. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de Control de Tabaco: Compendio de indicadores. 2015;
24. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Orgánica de Regulación y Control de Tabaco [Internet]. 2011. Disponible en: <http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec026es.pdf>
25. Organización Mundial de la Salud. Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco. 2013;
26. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. OMS - 63ª Assem Geral Mund Saúde [Internet]. 2010;2–3. Disponible en: www.who.org
27. Dirección Nacional Jurídica Departamento de Normativa Tributaria. Ley Orgánica para el Equilibrio de las Finanzas Públicas. 2016;1–12. Disponible en: <http://www.registroficial.gob.ec>
28. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley orgánica de comunicación 24. 2013 p. 1–24.
29. Ministerio de Salud Pública; Ministerio de Educación. Reglamento para el control del Funcionamiento de Bares Escolares del Sistema Nacional de Educación. 2014;1–12.
30. Joffres MR, Campbell NRC, Manns B, Tu K. Estimate of the benefits of a population-based reduction in dietary sodium additives on hypertension and its related health care costs in Canada. *Can J Cardiol.* el 1 de mayo de 2007;23(6):437–43.
31. Penz ED, Joffres MR, Campbell NRC. Reducing dietary sodium and decreases in cardiovascular disease in Canada. *Can J Cardiol.* 2008;24(6):497–501.
32. Mattes RD, Donnelly D. Relative contributions of dietary sodium sources. *J Am Coll Nutr.* el 1 de agosto de 1991;10(4):383–93.
33. Li Y, Liu J, Song D, Shi J, Wang H, Yang Y, et al. Salt substitution: A low-cost strategy for blood pressure control among rural Chinese. A randomized, controlled trial. *J Hypertens* [Internet]. octubre de 2007 [citado el 13 de mayo de 2020];25(10):2011–8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17885542>
34. World Health Organization. The SHAKE technical package for salt reduction. *WHO Doc Prod Serv* [Internet]. 2011;63(1):9–31. Disponible en: <http://ehis.ebscohost.com.ezproxy.endeavour.edu.au:2048/eds/detail?sid=8305a5bc-48c9-407e-a817-2cd66cf06eb2@sessionmgr10&vid=2&hid=17&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU=#db=awh&AN=55369366%5Cnhttp://www.heatherkjones.com/>
35. Nishida C, Uauy R, Kumanyika S, Shetty P. The Joint WHO/FAO Expert Consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: process, product and policy implications. *Public Health Nutr.* febrero de 2004;7(1a):245–50.
36. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019. [Internet]. Washington DC; 2014. 7 p. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11275%3Aplan-action-ncds-americas-2013-2019&catid=7587%3Ageneral&Itemid=41590&lang=es
37. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Plataforma de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN) [Internet]. 2020 [citado el 13 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://plataformacelac.org/es>
38. OMS | Actividad física. WHO [Internet]. 2017 [citado el 29 de mayo de 2017]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/>
39. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta de Condiciones de Vida. 2014.
40. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de Cooperación Técnica. 2018;1–126. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275331/ccs-ecu-2018-2022-spa.pdf?ua=1>.
41. World Health Organization. Manual de vigilancia STEPS. 2017; Disponible en: https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/STEPS_Manual.pdf?ua=1
42. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial sobre actividad física [Internet].

2018. 108 p. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/04-06-2018-who-launches-global-action-plan-on-physical-activity>
43. Hajifathalian K, Ueda P, Lu Y, Woodward M, Ahmadvand A, Aguilar-Salinas CA, et al. A novel risk score to predict cardiovascular disease risk in national populations (Globorisk): A pooled analysis of prospective cohorts and health examination surveys. *Lancet Diabetes Endocrinol* [Internet]. 2015 [citado el 21 de febrero de 2020];3(5):339–55. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25819778>
 44. World Health Organization. Non-communicable diseases progress monitor 2020. World Health. 2020.
 45. Organización Mundial de la Salud. Marco mundial de vigilancia integral para la prevención y el control de las ENT. WHO. World Health Organization; 2015.

12. ANEXOS

12.1 Anexo 1. Estado de indicadores de progreso de intervenciones y medidas, en el marco del Plan de Acción Mundial de Prevención y Control de ENF/FR 2013-2020 y del Marco Mundial de Monitoreo 2013-2025. Año 2020

Indicadores de progreso – Ecuador 2020		
1	Metas e indicadores nacionales de ECNT	No alcanzado
2	Sistema de información de mortalidad	Parcialmente alcanzado
3	Encuestas de factores de riesgo	Alcanzado
4	Estrategia/plan de acción/política nacional integrada para las ECNT	No alcanzado
5	Medidas de reducción de demanda en tabaco	
	Impuestos	Parcialmente alcanzado
	Políticas de ambientes libres de humo	Alcanzado
	Advertencias sanitarias	Alcanzado
	Prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio	No alcanzado
6	Medidas de reducción del uso nocivo de alcohol	
	Regulaciones disponibles	Parcialmente alcanzado
	Prohibición de la publicidad y promoción	NR
	Políticas de precios	Parcialmente alcanzado
7	Medidas de reducción de dieta no saludable	
	Políticas de sal/sodio	Alcanzado
	Políticas de grasas saturadas y trans	Parcialmente alcanzado
	Restricciones al mercadeo orientado a niños	Alcanzado
	Restricciones al mercadeo orientado a la sustitución del amamantamiento	Parcialmente alcanzado
8	Campañas de concientización pública sobre dieta y/o actividad física	Alcanzado
9	Guías de manejo de las enfermedades no transmisibles principales	Parcialmente alcanzado
10	Terapia con medicamentos/consejería para personas de alto riesgo	No alcanzado

Fuente: OPS/OMS, 2020. (44)

Plan de Acción Mundial de Prevención y Control de ENF/FR 2013-2020 y Marco Mundial de Monitoreo 2013-2025

Elemento del marco	Meta	Indicador
MORTALIDAD Y MORBILIDAD		
Mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles	1.Reducción relativa del 25% de la mortalidad total por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades	1.Probabilidad incondicional de muerte entre los 30 y los 70 años de edad por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas

	respiratorias crónicas	
Indicador adicional		2. Incidencia de cáncer, por tipo de cáncer, por 100 000 habitantes
FACTORES DE RIESGO CONDUCTUALES		
Uso nocivo del alcohol	2. Reducción relativa de al menos un 10% del uso nocivo del alcohol, según proceda en el marco del contexto nacional	3. Consumo total de alcohol <i>per cápita</i> (registrado o no registrado) en la población de 15 o más años en un año civil, expresado en litros de alcohol puro, según proceda en el contexto nacional 4. Prevalencia estandarizada por edades de los episodios de consumo excesivo de alcohol entre los adolescentes y adultos , según proceda en el contexto nacional 5. Morbilidad y mortalidad relacionadas con el alcohol entre los adolescentes y adultos, según proceda en el contexto nacional
Inactividad física	3. Reducción relativa del 10% en la prevalencia de inactividad física	6. Prevalencia de adolescentes con un nivel insuficiente de actividad física (definido como menos de 60 minutos diarios de ejercicio de intensidad moderada a vigorosa) 7. Prevalencia estandarizada por edades de personas de 18 o más años con un nivel insuficiente de actividad física (definido como menos de 150 minutos semanales de ejercicio de intensidad moderada, o su equivalente)
Consumo de sal/sodio	4. Reducción relativa del 30% de la ingesta diaria promedio de sal/sodio de la población	8. Ingesta diaria promedio de sal (cloruro de sodio) en gramos y estandarizada por edades en las personas de 18 o más años
Consumo de tabaco	5. Reducción relativa del 30% de la prevalencia de consumo actual de tabaco en las personas de 15 o más años	9. Prevalencia del consumo actual de tabaco entre los adolescentes 10. Prevalencia estandarizada por edades del consumo actual de tabaco entre las personas de 18 o más años
FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS		
Hipertensión arterial	6. Reducción relativa del 25% de la prevalencia de hipertensión, o limitación de la prevalencia de hipertensión en función de las circunstancias del país	11. Prevalencia estandarizada por edades de personas de 18 o más años con hipertensión arterial (definida como presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg)
Diabetes y obesidad	7. Detener el aumento de la diabetes y la obesidad	12. Prevalencia estandarizada por edades de personas de 18 o más años con hiperglucemia/diabetes (definida por valores de glucosa plasmática en ayunas $\geq 7,0$ mmol/l [126 mg/dl] o que toman medicación contra ella)

		<p>13. Prevalencia estandarizada por edades de adolescentes con sobrepeso u obesidad (definidos con arreglo a los patrones de crecimiento de la OMS para niños en edad escolar y adolescentes, como aumentos de, respectivamente, una o dos desviaciones estándar respecto del índice de masa corporal [IMC] para la edad y el sexo)</p> <p>14. Prevalencia estandarizada por edades de personas de 18 o más años con sobrepeso u obesidad (definidos por un índice de masa corporal superior a, respectivamente, $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ y $\geq 30 \text{ kg/m}^2$)</p>
Indicadores adicionales		<p>15. Proporción media estandarizada por edades de la ingesta calórica total procedente de ácidos grasos saturados entre las personas de 18 o más años</p> <p>16. Prevalencia estandarizada por edades de personas de 18 o más años que consumen en total menos de cinco raciones (400 gramos) al día de frutas y hortalizas/verduras</p> <p>17. Prevalencia estandarizada por edades de personas de 18 o más años con hipercolesterolemia (definida por un valor de colesterol total $\geq 5,0 \text{ mmol/l}$ o 190 mg/dl) y colesterol total promedio</p>
Elemento del marco	Meta	Indicador
RESPUESTA DE LOS SISTEMAS NACIONALES		
Farmacoterapia para prevenir los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares	8. Al menos el 50% de las personas que lo necesitan reciben farmacoterapia y asesoramiento (incluido el control de la glucemia) para prevenir los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares	18. Proporción de personas (en la población de 40 o más años con un riesgo cardiovascular a 10 años $\geq 30\%$, incluidos los que ya padecen una dolencia cardiovascular) que reciben farmacoterapia y asesoramiento (incluido el control de la glucemia) para prevenir los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares
Medicamentos esenciales y tecnologías básicas para tratar las principales enfermedades no Transmisibles	9. Un 80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles, incluidos genéricos, necesarios para tratar las principales enfermedades no transmisibles, tanto en los centros de salud públicos como en los privados	19. Disponibilidad y asequibilidad en los centros sanitarios tanto públicos como privados de medicamentos esenciales de calidad, seguros y eficaces, incluidos genéricos, y tecnologías básicas para las principales enfermedades no transmisibles
Indicadores adicionales		<p>20. Acceso a cuidados paliativos, medido por el nivel de consumo (en equivalentes de morfina) de analgésicos opioides potentes (excluida la metadona) por cada muerte por cáncer</p> <p>21. Adopción de políticas nacionales que limiten la</p>

	<p>cantidad de ácidos grasos saturados y eliminen prácticamente los aceites vegetales parcialmente hidrogenados en los alimentos, según proceda en el marco del contexto nacional y los programas nacionales</p> <p>22. Disponibilidad, cuando proceda, de vacunas costoeficaces y asequibles contra los papilomavirus humanos, de acuerdo con los programas y políticas nacionales</p> <p>23. Políticas para reducir el impacto que tiene en los niños la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo <i>trans</i>, azúcares libres o sal</p> <p>24. Cobertura de vacunación contra el virus de la hepatitis B controlada por el número de terceras dosis de vacuna Hep-B (HepB3) administradas a los lactantes</p> <p>25. <i>Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 30 y los 49 años que hayan sido sometidas a tamizaje para cáncer cervicouterino al menos una vez o más a menudo, y para grupos de edad menor o mayor de conformidad con los programas o políticas nacionales</i></p>
--	---

Fuente: Marco mundial de monitoreo, OMS (45)

12.2 Anexo 2. Hoja de datos STEPS Ecuador



Ecuador Encuesta STEPS 2018

Hoja Informativa

La encuesta STEPS sobre enfermedades no transmisibles y factores de riesgo en Ecuador se llevó a cabo entre mayo y junio de 2018. Ecuador realizó el Paso 1, el Paso 2 y el Paso 3. Los datos sociodemográficos y de comportamiento se recogieron en el Paso 1. Las mediciones físicas como la estatura, el peso y la presión arterial se recogieron en el Paso 2. Las mediciones bioquímicas para evaluar los niveles de glucemia y colesterol se recogieron en el Paso 3. La encuesta STEPS Ecuador fue una encuesta poblacional a adultos de 18 a 69 años con una muestra total de 6.688 personas. La tasa total de respuesta fue del 69,4%, con un total de 4.641 participantes. Está previsto repetir la encuesta en 2023 si los fondos lo permiten.

Resultados para los adultos de 18 a 69 años (incluyendo un intervalo de confianza del 95%)	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Paso 1 Consumo de Tabaco			
Fumadores actuales de tabaco	13,7% (12,4-15,0)	23,8% (21,4-26,1)	4,0% (3,0-5,0)
Fumadores diarios de tabaco	3,5% (2,8-4,2)	6,3% (4,9-7,7)	0,9% (0,5-1,3)
Edad promedio (años) de inicio del consumo de tabaco (entre fumadores actuales)	18,9 (18,3-19,4)	18,3 (17,8-18,9)	22,1 (20,4-23,8)
Fumadores actuales de cigarrillos manufacturados	10,7% (9,5-11,9)	19,3% (17,0-21,5)	2,5% (1,8-3,2)
Promedio de cigarrillos fumados por día (entre los fumadores diarios de cigarrillos)	4,9 (4,0-5,8)	5,0 (4,0-6,0)	4,2 (2,6-5,7)
Paso 1 Consumo de alcohol			
Porcentaje de abstemios de toda la vida	16,8% (15,4-18,3)	9,6% (8,0-11,1)	23,8% (21,6-25,9)
Porcentaje de abstemios en los últimos 12 meses	23,3% (21,8-24,9)	17,8% (15,6-19,9)	28,7% (26,5-30,8)
Porcentaje de consumo actual de alcohol (han bebido alcohol en los últimos 30 días)	39,3% (37,4-41,2)	51,8% (49,0-54,5)	27,3% (25,1-29,6)
Porcentaje de personas que bebieron 6 o más tragos en una ocasión en los últimos 30 días (consumo episódico excesivo)	23,8% (22,2-25,4)	36,3% (33,6-39,0)	11,9% (10,4-13,4)
Paso 1 Dieta			
Promedio de días en los que se consumieron frutas en una semana típica	4,0 (3,9-4,1)	3,9 (3,7-4,0)	4,2 (4,1-4,4)
Promedio de porciones de fruta consumidas cada día	1,1 (1,1-1,2)	1,1 (1,0-1,2)	1,1 (1,0-1,2)
Promedio de días en los que se consumieron verduras y hortalizas en una semana típica	4,1 (4,0-4,2)	4,0 (3,8-4,1)	4,2 (4,1-4,3)
Promedio de porciones de verduras y hortalizas consumidas cada día	0,9 (0,8-0,9)	0,9 (0,8-0,9)	0,9 (0,8-0,9)
Porcentaje que comieron menos de 5 porciones de frutas y/o verduras y hortalizas al día	94,6% (93,7-95,5)	94,0% (92,5-95,4)	95,2% (94,2-96,3)
Porcentaje que siempre o con frecuencia agregan sal o salsas saladas a su comida antes de comer o mientras comen	12,4% (11,1-13,8)	11,6% (9,9-13,4)	13,2% (11,3-15,1)
Porcentaje que siempre o con frecuencia agregan sal o salsa salada a su comida al cocinar o preparar comidas en casa	76,3% (74,3-78,3)	75,2% (72,6-77,8)	77,3% (74,7-79,9)
Porcentaje que siempre o con frecuencia comen alimentos procesados con un alto contenido de sal	11,1% (9,9-12,4)	12,3% (10,4-14,1)	10,1% (8,6-11,5)
Paso 1 Actividad física			
Porcentaje que realiza actividad física insuficiente (definida como < 150 minutos de actividad de intensidad moderada por semana, o equivalente) *	17,8% (16,3-19,3)	12,1% (10,2-13,9)	23,3% (21,2-25,5)
Valor mediano de tiempo dedicado en promedio cada día a realizar la actividad física (en minutos) (Presentado con rango inter-cuartiles)	102,9 (30,0-265,7)	154,3 (45,0-342,9)	70,0 (21,4-188,6)
Porcentaje de adultos que no realizan actividad física vigorosa	63,6% (61,9-65,3)	44,1% (41,4-46,7)	82,2% (80,2-84,1)

* Para las definiciones completas sobre niveles de actividad física consultar la guía GPAQ (<http://www.who.int/chp/steps/GPAQ/en/index.html>) o las recomendaciones mundiales de la OMS sobre actividad física para la salud (http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html)



Ecuador Encuesta STEPS 2018



Hoja Informativa

Resultados para los adultos de 18 a 69 años (incluyendo un intervalo de confianza de 95%)	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Paso 1 Tamizaje del cáncer cervicouterino			
Porcentaje de mujeres de 30 a 49 años que alguna vez se han realizado una prueba de tamizaje del cáncer cervicouterino			67,7% (64,3-71,2)
Paso 2 Mediciones físicas			
Índice de masa corporal (IMC) promedio (kg/m ²)	27,2 (27,0-27,4)	26,6 (26,3-26,9)	27,8 (27,5-28,0)
Porcentaje de sobrepeso y obesidad (IMC ≥ 25 kg/m ²)	63,6% (61,8-65,4)	59,7% (56,9-62,5)	67,4% (65,1-69,6)
Porcentaje de obesidad (IMC ≥ 30 kg/m ²)	25,7% (24,1-27,3)	20,3% (18,1-22,5)	30,9% (28,4-33,3)
Perímetro de cintura promedio (cm)		91,3 (90,6-92,0)	88,6 (88,0-89,2)
Presión arterial sistólica (PAS) promedio (mmHg), incluyendo a quienes toman actualmente medicamentos para la presión arterial elevada	119,7 (119,1-120,3)	124,0 (123,2-124,8)	115,6 (114,8-116,4)
Porcentaje con presión arterial elevada (PAS ≥ 140 y/o PAD ≥ 90 mmHg o que toman medicamentos para la presión arterial elevada)	19,8% (18,3-21,3)	23,8% (21,6-26,0)	16,0% (14,2-17,9)
Porcentaje con presión arterial elevada/hipertensión que no conoce su diagnóstico	45,2% (40,9-49,5)	57,0% (51,2-62,7)	28,6% (23,5-33,8)
Porcentaje con presión arterial elevada/hipertensión que conoce su diagnóstico y no toma medicamentos	12,6% (9,9-15,4)	13,4% (9,8-17,0)	11,6% (7,3-15,9)
Porcentaje con presión arterial elevada/hipertensión que conoce su diagnóstico, toma medicamentos y tiene PAS ≥ 140 y/o PAD ≥ 90 mmHg	16,2% (13,3-19,0)	14,6% (10,4-18,7)	18,5% (13,9-23,1)
Porcentaje con presión arterial elevada/hipertensión que conoce su diagnóstico, toma medicamentos y tiene PAS < 140 y PAD < 90 mmHg	26,0% (22,5-29,4)	15,1% (11,3-18,9)	41,3% (34,7-47,9)
Paso 3 Mediciones bioquímicas			
Promedio de glucemia en ayunas, incluyendo a quienes toman actualmente medicamentos para la glucemia elevada (mg/dl)	92,7 (91,1-94,2)	91,7 (89,4-93,9)	93,6 (91,8-95,5)
Porcentaje con glucemia alterada en ayunas (valor en plasma venoso ≥110mg/dl y <126 mg/dl)	7,8% (6,8-8,9)	7,3% (5,7-8,8)	8,4% (7,1-9,7)
Porcentaje con glucemia elevada o que toman actualmente medicamentos para la glucemia elevada (valor en plasma venoso ≥126mg/dl)	7,1% (6,1-8,1)	7,6% (6,0-9,2)	6,7% (5,5-7,8)
Promedio de colesterol total, incluyendo a quienes toman actualmente medicamentos para el colesterol elevado (mg/dl)	170,0 (167,8-172,2)	161,9 (159,1-164,8)	177,6 (175,0-180,3)
Porcentaje con colesterol total elevado (≥190mg/dl o que toman medicamentos para el colesterol elevado)	34,7% (32,6-36,8)	28,3% (25,7-30,9)	40,7% (38,0-43,4)
Riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV)			
Porcentaje de adultos de entre 40 y 69 años con un riesgo cardiovascular a 10 años ≥ 30%, o con ECV existente ***	11,6% (9,8-13,4)	11,4% (8,7-14,1)	11,7% (9,5-14,0)
Resumen de factores de riesgo combinados			
<ul style="list-style-type: none"> • fumadores actuales diarios • menos de 5 porciones de frutas y verduras al día • actividad física insuficiente • sobrepeso y obesidad (IMC ≥ 25 kg/m²) • presión arterial elevada (PAS ≥ 140 y/o PAD ≥ 90 mmHg o que toman actualmente medicamentos para la presión arterial elevada) 			
Porcentaje que no presentan ninguno de los factores de riesgo listados arriba	1,4% (1,0-1,8)	1,6% (0,9-2,3)	1,2% (0,7-1,7)

** Presión arterial elevada/hipertensión se define como PAS ≥ 140 y/o PAD ≥ 90 mmHg o uso de medicamentos para la presión arterial elevada.

*** Un riesgo de ECV a 10 años ≥30 % se define de acuerdo a la edad, el sexo, la presión arterial, el consumo de tabaco (fumadores actuales o los que dejan de fumar menos de 1 año antes de la evaluación), el colesterol total, y la presencia de diabetes (diagnosticada previamente o una concentración de glucosa en plasma en ayunas > 126 mg/dl).

Para más información, por favor contactar a:

MSc. Md. Romina Costa Beltrán

romina.costa@mshp.gob.ec



Ecuador Encuesta STEPS 2018

Hoja de datos sobre el tabaco

El método progresivo de la OMS para la vigilancia (encuesta STEPS) es un instrumento normalizado de fácil manejo para la recogida, el análisis y la difusión de datos relacionados con las enfermedades no transmisibles (ENT) y los factores de riesgo conexos. El objetivo es recopilar información relativa a factores de riesgo comprobados y a los trastornos que acaparan el grueso de la carga de morbilidad atribuible a las ENT, por ejemplo, datos sobre el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol, la mala alimentación, la falta de actividad física, el sobrepeso y la obesidad, la hipertensión arterial, la hiperglucemia y la hiperlipidemia. Los datos de las encuestas STEPS pueden ser utilizados por los países para facilitar la evaluación de los avances hacia el cumplimiento de los objetivos mundiales voluntarios establecidos en relación con una serie de factores de riesgo específicos, como el tabaco, el alcohol, la alimentación y la inactividad física. Los indicadores de la encuesta STEPS referidos al tabaquismo pueden emplearse para evaluar y seguir de cerca las políticas y programas vigentes en materia de control del tabaco.* La encuesta STEPS sobre los factores de riesgo de las ENT en Ecuador se llevó a cabo de mayo a junio de 2018. Se utilizó una encuesta poblacional centrada en adultos de 18 a 69 años en Ecuador. La información de la encuesta se recabó de forma electrónica por medio de dispositivos de mano. Un total de 6.680 adultos participaron en la encuesta STEPS de Ecuador. La tasa total de respuesta fue del 69.4%. Está previsto repetir la encuesta en 2023 si los fondos lo permiten.

Resultados más destacados

CONSUMO DE TABACO

- El 23,8% de los hombres, el 4,0% de las mujeres y el 13,7% del total eran consumidores actuales de tabaco para fumar.
- El 19,3% de los hombres, el 2,5 de las mujeres y el 10,7% del total eran consumidores actuales de cigarrillos.
- La prevalencia del uso actual de tabaco sin humo no se informó debido al número insuficiente de observaciones.

ABANDONO DEL TABACO

- 6 de cada 10 fumadores actuales trataron de dejar de fumar en los últimos 12 meses.
- 4 de cada 10 fumadores consultaron en los últimos 12 meses a un profesional de salud que les aconsejó que dejaran de fumar.

HUMO AJENO

- El 10,1% de los adultos declararon estar expuestos al humo de tabaco ajeno en el hogar.
- El 9,2% de los adultos declararon estar expuestos al humo de tabaco ajeno en el lugar de trabajo.

INFLUENCIA MEDIÁTICA

- 6 de cada 10 adultos observaron la difusión de información antitabáquica en la televisión o la radio.
- 8 de cada 10 fumadores actuales consideraron la posibilidad de abandonar el tabaco debido a las advertencias sanitarias incluidas en las cajetillas de cigarrillos.
- 2 de cada 10 adultos observaron la utilización de publicidad de cigarrillos en establecimientos donde se venden cigarrillos.
- 2 de cada 10 adultos observaron actividades de promoción de cigarrillos.

DATOS ECONÓMICOS

- El gasto medio mensual en cigarrillos manufacturados fue de 14,69 Dólares.

En esta hoja únicamente se incluyen datos relativos a determinados indicadores sobre el tabaco. Para información adicional obtenida de la encuesta en relación con el consumo de tabaco u otros factores de riesgo asociados a las ENT, véanse las fuentes citadas a continuación.

Para más información, se puede contactar:

Equipo STEPS de la OMS [steps@who.int]

MSc. Md. Romina Costa. Punto focal nacional para el método STEPS [romina.costa@msp.gob.ec]

*Las preguntas relativas al consumo de tabaco se han extraído de las *Preguntas sobre tabaco destinadas a encuestas* (<http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/qsl/en/>).

Resultados para adultos de 18 a 69 años	Ambos sexos % (IC del 95%)	Hombres % (IC del 95%)	Mujeres % (IC del 95%)
Consumo de tabaco			
Consumidores actuales de tabaco (tabaco para fumar y/o tabaco sin humo)¹			
Consumidores actuales de tabaco	13,7 (12,4 - 15,0)	23,8 (21,4 - 26,1)	4,0 (3,0 - 5,0)
Adultos que consumen tabaco diariamente	3,5 (2,8 - 4,2)	6,3 (4,9 - 7,7)	0,9 (0,5 - 1,3)
Fumadores actuales de tabaco			
Fumadores actuales de tabaco	13,7 (12,4 - 15,0)	23,8 (21,4 - 26,1)	4,0 (3,0 - 5,0)
Fumadores actuales de cigarrillos ²	10,7 (9,5 - 11,9)	19,3 (17,0 - 21,5)	2,5 (1,8 - 3,2)
Fumadores que consumen tabaco diariamente	3,5 (2,8 - 4,2)	6,3 (4,9 - 7,7)	0,9 (0,5 - 1,3)
Fumadores que consumen cigarrillos diariamente	3,4 (2,7 - 4,1)	6,0 (4,7 - 7,3)	0,9 (0,5 - 1,3)
Edad promedio (años) de inicio del consumo de tabaco	19,1 (17,9 - 20,4)	18,6 (17,2 - 20,0)	23,1 (20,7 - 25,5)
Promedio de cigarrillos fumados por día (entre los fumadores que consumen cigarrillos diariamente)	4,9 (4,0 - 5,8)	5 (4,0 - 6,0)	4,2 (2,6 - 5,7)
Consumidores actuales de tabaco sin humo			
Consumidores actuales de tabaco sin humo	---	---	---
Consumidores actuales que consumen tabaco sin humo diariamente	---	---	---
Adultos que actualmente no consumen tabaco (ni tabaco para fumar ni tabaco sin humo)¹			
Ex consumidores de tabaco ³	24,4 (22,7 - 26,2)	35,1 (32,4 - 37,9)	14,2 (12,3 - 16,2)
Ex fumadores de tabaco ⁴	24,4 (22,7 - 26,2)	35,1 (32,4 - 37,9)	14,2 (12,3 - 16,2)
Adultos que nunca han consumido tabaco	61,9 (60,0 - 63,7)	41,1 (38,2 - 44,0)	81,7 (79,3 - 83,8)
Exposición al humo de tabaco ajeno			
Adultos expuestos al humo de tabaco ajeno en el hogar [*]	10,1 (8,8 - 11,4)	10,0 (8,2 - 11,8)	10,1 (8,5 - 11,7)
Adultos expuestos al humo de tabaco ajeno en ambientes de trabajo cerrados [*]	9,2 (8,0 - 10,4)	12,2 (10,1 - 14,3)	6,6 (5,3 - 8,0)
Abandono del tabaco			
Fumadores actuales que intentaron dejar de fumar en los últimos 12 meses	55,2 (49,9 - 60,5)	55,1 (49,5 - 60,8)	55,9 (43,3 - 68,4)
Fumadores actuales a los que en los últimos 12 meses un profesional de salud aconsejó que dejaran de fumar ⁵	42,2 (36,8 - 47,6)	41,7 (35,5 - 47,9)	44,5 (33,8 - 55,1)
Advertencias sanitarias			
Fumadores actuales que consideraron la posibilidad de abandonar el tabaco debido a las advertencias sanitarias [*]	80,8 (77,0 - 84,7)	81,3 (77,1 - 85,5)	78,2 (69,3 - 87,1)
Adultos que observaron la difusión de información antitabáquica por la televisión o la radio [*]	64,3 (62,3 - 66,2)	63,7 (60,9 - 66,5)	64,8 (62,3 - 67,2)
Adultos que observaron la publicación de información antitabáquica en periódicos o revistas [*]	48,1 (45,9 - 50,2)	51,1 (48,1 - 54,0)	45,2 (42,6 - 47,9)
Publicidad y promoción del tabaco			
Adultos que observaron la utilización de publicidad de cigarrillos en establecimientos donde se venden cigarrillos [*]	23,8 (22,0 - 25,5)	25,9 (23,4 - 28,3)	21,8 (19,7 - 23,9)
Adultos que observaron actividades de promoción de cigarrillos [*]	16,6 (15,1 - 18,1)	18,9 (16,5 - 21,3)	14,4 (12,6 - 16,2)
Datos económicos			
Moneda nacional [Dólares]			
Importe medio gastado en 20 cigarrillos manufacturados [en Dólares]	6,23 (5,92 - 6,54)		
Gasto medio mensual en cigarrillos manufacturados [en Dólares]	14,69 (11,86 - 17,51)		
Costo de 100 cajetillas de cigarrillos manufacturados, expresado como porcentaje del producto interno bruto (PIB) [2017] ⁶	10,05 (9,55 - 10,56)		

1 El consumo actual incluye el consumo diario y el ocasional (no todos los días). 2 Incluye los cigarrillos manufacturados y los cigarrillos hechos a mano. Siempre hay al menos una categoría por día para cada producto, según el contexto nacional. 3 Adultos que actualmente no consumen tabaco. 4 Adultos que actualmente no fuman tabaco. 5 Entre las encuestas que realizaron un profesional de salud en los últimos 12 meses. 6 <http://data.who.int/dash/countries/stepsworld/country/country?country=BD>. * Durante los últimos 12 meses. 7 Las estimaciones de promoción incluyen: revistas gratuitas de cigarrillos; cigarrillos a precios de venta especiales para cigarrillos; descuentos especiales por la compra de cigarrillos; regalos o otros artículos con marcas o logotipos de cigarrillos; o el envío por correo de material de promoción de cigarrillos. El término "vendedores" se refiere aquí a actividades comerciales operadas entre los 18 y los 69 años. Los datos se han controlado para ser nacionalmente representativos de todos los hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 18 y los 69 años. La encuesta ha sido controlada con la asistencia técnica de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La publicación del presente documento ha sido posible gracias a la colaboración por parte de la Fundación CDC y al apoyo financiero inicial de Bloomberg para realizar el consumo de tabaco, un programa promovido por Bloomberg Philanthropies. El contenido de este documento es representativo de los datos, en ningún caso se entenderá que refleja la posición oficial de la Fundación CDC.

Encuesta STEPS para la vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas
www.who.int/chp/steps/es

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Md. Romina Costa	Especialista de Enfermedades Crónicas no Transmisibles	
	Dra. Ana Gutierrez	Especialista de Enfermedades Crónicas no Transmisibles	
	Psic. Daniela Valdivieso	Especialista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud,	
	Mgs. Lorena Carpio	Analista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud	
	Dra. Flor Cuadrado	Analista, Dirección Nacional de Promoción	
	Psic. Pablo Analuisa	Especialista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud	
	MPH. Angélica Tutasí	Especialista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud	
Revisado por:	Dr. Franklin Bajaña	Director Nacional de Estrategias de Prevención y Control	
	Mgs. Ana Bucheli	Directora Nacional de Promoción de la Salud	
	Dra. Catalina Yépez	Subsecretaria Nacional de Vigilancia de la Salud Pública	
	Dr. Eduardo Zea	Subsecretario Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad	
Aprobado por:	Dr. Xavier Solórzano	Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	