

***Salud de la Mujer, Género y Enfermedades
No Transmisibles en Panamá. De
asociación a riesgo.***

***“Prototipo de una Cohorte Nacional de
Panameñas”***

***Informe de Prevalencia de ENTs y
Factores de Riesgo***

2021

Salud de la Mujer, Género y Enfermedades No Transmisibles en Panamá. De asociación a riesgo. “Prototipo de una Cohorte Nacional de Panameñas”. Informe de Prevalencia de ENTs y Factores de Riesgo

Hedley Knewjen Quintana, Fulvia Bajura, Beatriz Gómez, Franz Castro, Reina Roa, Ilais Moreno Velásquez

ISBN (versión digital): **978-9962-699-38-5**

Tema: **614.44 - Medicina preventiva pública**

Clasificación THEMA: **MBN - Salud pública y medicina preventiva**

Tipo de contenido: **Publicación oficial**

ÍNDICE

EQUIPO DE INVESTIGADORES.....	5
LISTA DE ABREVIATURAS.....	6
1. Introducción.....	7
1.1 Salud y género.....	7
1.1.1 El género como causa de inequidad sanitaria.....	7
1.1.2 Enfermedades no transmisibles y género.....	7
1.1.3 Legislación nacional relacionada con la igualdad de género en el sector salud.....	8
1.1.4 Prevalencia de ENT en la mujer.....	9
1.1.5 Situación en Panamá.....	13
2. Objetivos.....	17
2.1. Objetivo General.....	17
2.2 Objetivo Específico.....	17
3. Metodología.....	17
3.1. Población de estudio.....	17
3.2. Variables.....	18
3.2.1 Caracterización de la mujer.....	18
3.2.2. Variables relacionadas al estado nutricional, prácticas alimentarias y actividad física.....	21
3.2.3. Adicciones.....	22
3.2.4. Medidas de prevención de las Enfermedades No Transmisibles.....	22
3.2.5 Prevalencia de enfermedades no transmisibles.....	24
3.4. Aspectos éticos.....	26
4. Resultados.....	26
4.1. Flujograma de la ENSPA en personas de 15 años y más.....	26
4.2. Caracterización de la población.....	27
4.3. Estado nutricional, prácticas alimentarias y actividad física.....	35
4.3.1 Estado nutricional.....	35
4.3.2. Prácticas alimentarias.....	37
4.3.3. Actividad física.....	43
4.4. Adicciones.....	44
4.4.1. Consumo de tabaco.....	44
4.4.1.1. Prevalencia de vida consumo de tabaco por sexo y grupo etario.....	44
4.4.2. Consumo de bebidas alcohólicas.....	47

4.5 Medidas de prevención secundaria de las Enfermedades No Transmisibles (ENTs)	50
4.5.1. Controles de salud	50
4.5.2. Controles de presión arterial	51
4.5.3. Prevención primaria de diabetes	54
4.5.4. Prevención de complicaciones de la diabetes mellitus	56
4.5.5. Prevención de cáncer	58
4.5.6. Presión arterial en relación a otras medidas de prevención	66
4.6. Prevalencia de enfermedades no transmisibles	66
4.6.1. Condiciones propias del embarazo	66
4.6.2. Hipertensión	67
4.6.4. Dislipidemia	70
4.6.5. Síndrome metabólico	70
4.6.6. Cáncer	72
4.6.7. Enfermedad cardiovascular	72
4.6.8. Enfermedad renal	73
4.6.9. Enfermedades de las tiroides	74
4.6.10. Enfermedades inflamatorias	75
5. Discusión	78
6. Bibliografía	81

EQUIPO DE INVESTIGADORES

Dr. Hedley Quintana

Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud

Dra. Fulvia Bajura

Ministerio de Salud

Mgter. Beatriz Gómez

Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios
de la Salud

Dr. Franz Castro

Instituto Conmemorativo Gorgas de
Estudios de la Salud

Dra. Reina Roa

Ministerio de Salud

Dra. Ilais Moreno

Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud

LISTA DE ABREVIATURAS

AVPP	Años de Vida Potencial Perdidos
ARA	Artritis reumatoide
ECVs	Enfermedades Cardiovasculares
ENSPA	Encuesta Nacional de Salud de Panamá
EPIC	European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition
IC	Intervalo de Confianza
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas formas de Discriminación contra la Mujer
CEDLAS	Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales
ENSPA	Encuesta Nacional de Salud de Panamá
ICGES	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud
IDF	Federación internacional de la diabetes (en inglés)
IMC	Índice de Masa Corporal
INAMU	Instituto Nacional de la Mujer
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censo
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LCRSP	Laboratorio Central de Referencia en Salud Pública
LES	Lupus eritematoso sistémico
MINSA	Ministerio de Salud
MONICA	Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease
NCEP	Programa nacional de educación en relación al colesterol (en inglés)
NiNi	Ni trabaja ni estudia
OMS	Organización Mundial de la Salud
PREFREC	Prevalencia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedad Cardiovascular
RENT	Registro Nacional de Enfermedades No Transmisibles
RIC	Rango Intercuartil
USPSTF	Fuerza de tarea de los servicios preventivos de EEUU
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

1. Introducción

1.1 Salud y género

Ha existido un extenso debate acerca de la importancia del género tanto en los determinantes como en los indicadores observados en salud. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los roles de género son “construcciones sociales que conforman los comportamientos, las actividades, las expectativas y las oportunidades que se consideran apropiados en un determinado contexto sociocultural para todas las personas (Organización Mundial de la Salud, 2018). Primero, se ha estudiado el rol del género en la creación de inequidades sanitarias, y cómo este puede magnificar las disparidades debido a nivel socioeconómico, edad, etnia, orientación sexual y discapacidad. La OMS aboga por sistemas de salud que reconozcan la importancia de este factor, desde el acceso a los servicios, hasta las vías de atención sanitaria y la interacción con otros factores determinantes de la salud.

1.1.1 El género como causa de inequidad sanitaria

De acuerdo a datos de la Contraloría General de la República, para el año 2020 en Panamá la esperanza de vida al nacer es de 81.7 años en mujeres y de 75.8 años en hombres (Contraloría General de la República, 2000). La mayor prevalencia de enfermedades crónicas no fatales conlleva a que estas, en global, experimenten peor estado de salud que los hombres (Malmusi, 2014). De igual manera, algunos estudios han examinado la interacción entre género, y estrato social, observando que las inequidades en salud entre hombres y mujeres se acentúan en los estratos más bajos de ingreso familiar mensual (Artazcoz et al., 2001).

1.1.2 Enfermedades no transmisibles y género

Se estima que, en los próximos 10 años, las tasas de enfermedades no transmisibles (ENT) aumentarán en un 17%, estimando que este incremento será mayor en mujeres. Si bien los principales factores de riesgo para el desarrollo de ENT tanto en mujeres como en hombres son la dieta poco saludable, el sedentarismo, el consumo de productos de tabaco y el uso de alcohol, debemos obtener un conocimiento más profundo acerca de cómo las diferencias biológicas, los roles de género y la marginación social pudiesen conllevar a una carga de la enfermedad mayor en mujeres en comparación a los hombres (Organización Panamericana de la Salud, 2018). Además, las mujeres tienen menos

capacidad de autocuidado, porque no atienden de forma oportuna sus propios problemas de salud por satisfacer primero las necesidades de los demás, porque son dependientes económicas y no disponen de recursos propios (Ramírez, 2020).

1.1.3 Legislación nacional relacionada con la igualdad de género en el sector salud

Panamá, siguiendo las normativas internacionales, se ha adherido a estrategias que promuevan la salud de las mujeres en frente a situaciones que constituyen desventajas en cuanto a la obtención de un estado de salud plena, como la discriminación institucionalizada, la violencia de género, entre otras (Ministerio de Salud de Panamá, 2009). Algunas iniciativas legales implementadas en el país, de acuerdo con una publicación del Ministerio de Salud, y que también aparecen en la página web del Instituto Nacional de la Mujer (INAMU) en el año de publicación de este informe (Tabla 1.1).

Tabla 1.1 Instrumentos legales que apoyan la salud de la mujer y la igualdad de género en la República de Panamá. 2021.

Instrumento	Nombre	URL corto
Ley 4 de 22 de mayo de 1981	Por la cual se aprueba la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.	https://cutt.ly/em0Lzql
Ley 3 de 17 de mayo de 1994	Por la cual se aprueba el Código de la Familia.	https://cutt.ly/Tm0LLur
Ley 50 de 23 de noviembre de 1995	Protege y fomenta la lactancia materna.	https://cutt.ly/Hm0LV8e
Ley 4 de 29 de enero de 1999	Por la cual se instituye igualdad de oportunidades para las mujeres.	https://cutt.ly/Km0ZvSX
Ley 12 de 20 de abril de 1995	Aprueba la convención americana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Convención do Belem do para, suscrita en Belem do Para, el 9 de junio de 1994.	https://cutt.ly/Am0LMG4
Ley 3 de 5 de enero de 2000	Por la cual se establece la ley general sobre las infecciones de transmisión sexual y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).	https://cutt.ly/xm9INw7
Ley 6 de 4 de mayo de 2000	Que establece el uso obligatorio del lenguaje, contenido e ilustraciones con perspectiva de género en las obras y textos escolares.	https://cutt.ly/tm9TERt
Ley 38 de 10 de julio de 2001	Que reforma y añade artículos al código penal y judicial, sobre maltrato al niño, niña y adolescente, deroga artículos de la ley 27 de 1995 y dicta otras disposiciones.	

Decreto ejecutivo 53 de 25 de junio de 2002.	Por el cual se reglamenta la Ley 4 de 29 de enero de 1999, por la cual se instituye la igualdad de oportunidades para las mujeres.	https://cutt.ly/0m9RW9I
Ley 29 de 13 de junio de 2002	Que garantiza la salud y la educación de la adolescente embarazada.	https://cutt.ly/pm9R5N7
Ley 17 de 26 marzo de 2001	Que aprueba el Protocolo Facultativo de la Convención Sobre La Eliminación de Todas Las Formas de Discriminación Contra Las Mujeres (CEDAW).	https://cutt.ly/am9Tzal
Decreto ejecutivo 119 de 2001	Que reforma La ley 3 de 2000 sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).	https://cutt.ly/Vm9OeSH
Ley 51 de 2005	Que reforma la ley de la Caja de Seguro Social.	https://cutt.ly/3m9OkqO
Ley 16 de 2004	Que dicta disposiciones para la prevención y tipificación de delitos contra la integridad y la libertad.	https://cutt.ly/Jm9OMJI
Resolución 374 (26 de junio de 2007)	Crea la oficina de prevención y control de las ITS, VIH, SIDA y promoción sexual reproductiva con enfoque de género.	https://cutt.ly/Pm9AxMI
Ley 71 de 23 de diciembre de 2008	Crea el Instituto Nacional de la Mujer (INAMU).	https://cutt.ly/nm9AV9n https://inamu.gob.pa/

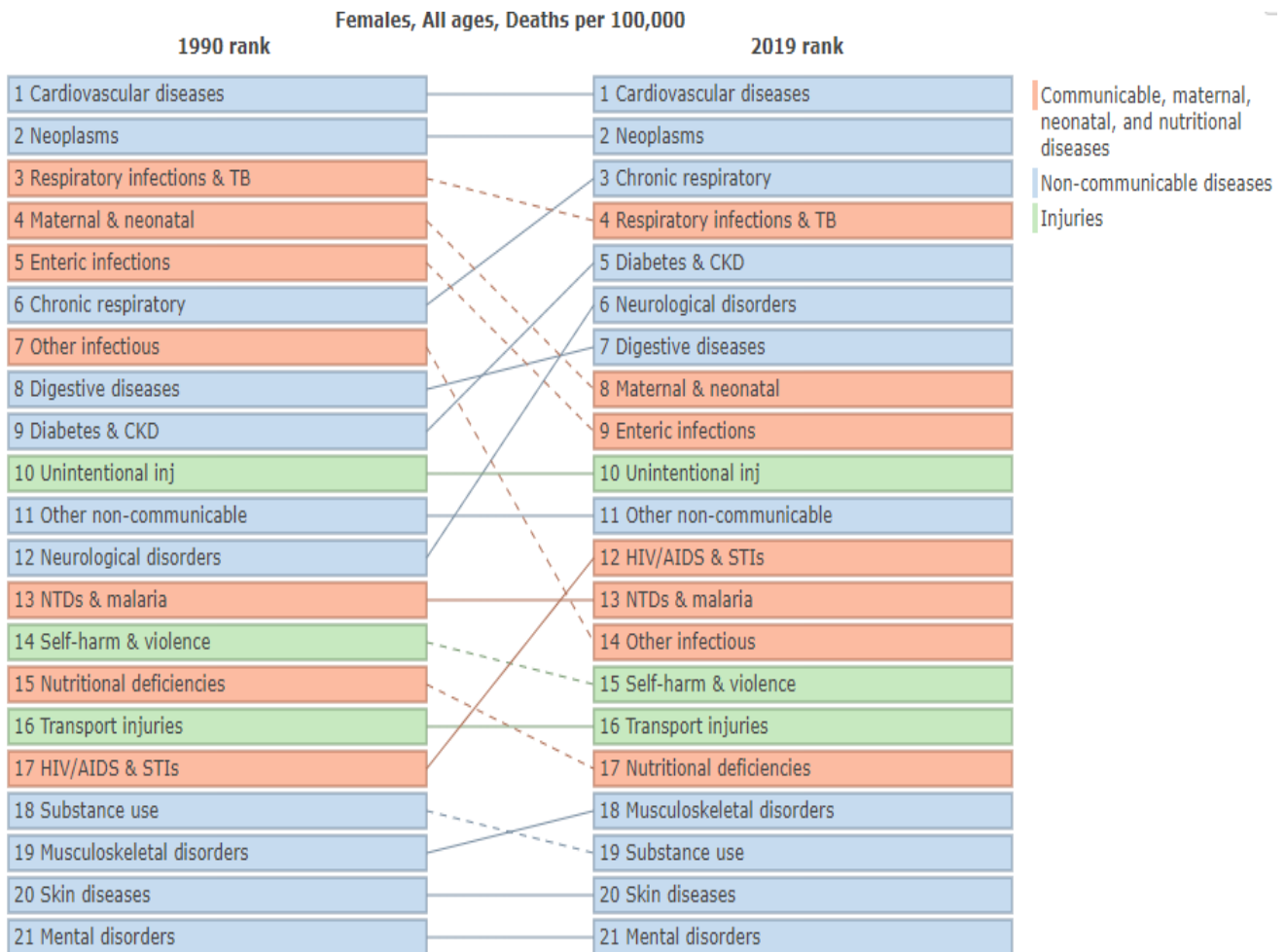
1.1.4 Prevalencia de ENT en la mujer

Las enfermedades cardiovasculares (ECVs) constituyen un problema de salud pública global. La cardiopatía isquémica, la manifestación más común de las ECVs, sumó 77.7 millones de años de vida potencial perdidos (AVPP), en la población adulta en el año 2010, y se ha estimado que la carga de AVPP incrementa 35% del año 2004 al 2030 (Global Burden of Disease Collaborators 2020, Prince et al., 2015). En el año 2019, las enfermedades no transmisibles representaron la mitad de carga de enfermedad al nivel mundial (Global burden of Disease Collaborators 2020). En la mujer, la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular se posicionan como las primeras causas de mortalidad desde hace décadas (Appelman et al., 2015). (Figura 1.1).

La medicina tradicional supone que los efectos de los principales factores de riesgo conocidos de la ECV son los mismos en mujeres que en hombres. Sin embargo, la evidencia reciente reconoce una nueva ECV potencialmente independiente exclusiva para las mujeres. En particular, los trastornos comunes del embarazo, como la hipertensión gestacional y la diabetes, así como los trastornos endocrinos que ocurren

con frecuencia en mujeres en edad reproductiva (por ejemplo, síndrome de ovarios poliquísticos y menopausia precoz) se asocian con un desarrollo acelerado de ECV y menor sobrevivencia (Appelman et al., 2015).

Figura 1.1 Cambio de porcentaje anual de mortalidad en mujeres a nivel mundial entre los años 1990 y 2019.

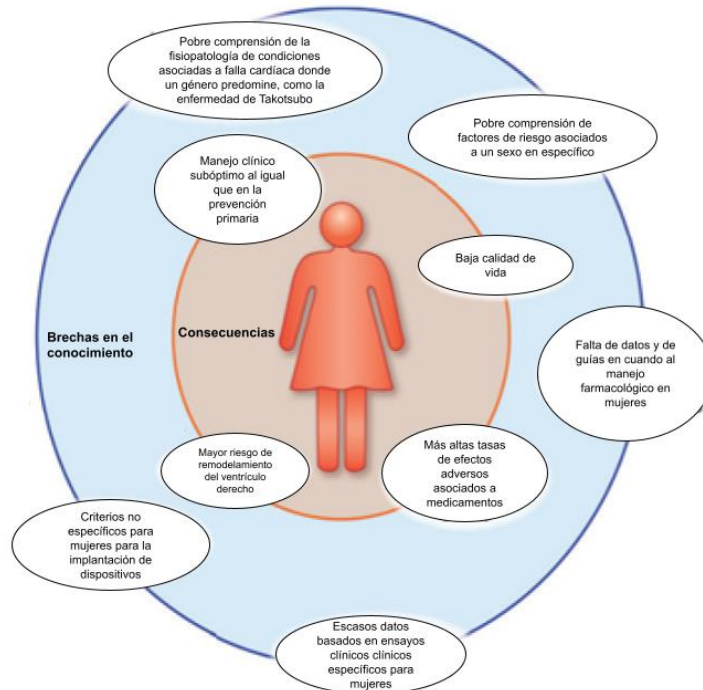


Fuente: Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 (2020). (Global Burden of Disease Collaborators, 2020).

La evidencia científica indica que hay discordancias asociadas al sexo que van desde el proceso de la formación de la placa aterosclerótica hasta la presentación clínica y diferentes respuestas a medidas terapéuticas (Lam et al., 2013) (Figura 1.2). No obstante, determinar las disparidades asociadas ya sea al sexo o bien al género en la ECV es un reto dado que hay escasez de mujeres reclutadas en muchos de los ensayos clínicos

dirigidos a la ECV y, por ende, las pautas de tratamiento se derivan predominantemente de datos basados en el sexo masculino (Benavidez et al., 2011; Lam et al., 2019). Por otro lado, las investigaciones sobre la genética de las enfermedades cardiovasculares en hombres y mujeres se ven obstaculizadas por la imposibilidad de incluir los cromosomas sexuales en los estudios de asociación de todo el genoma y de considerar el sexo como una variable en los análisis genéticos (Winham et al., 2018). Este dimorfismo sexual puede preparar el escenario para inequidades en el tratamiento y prevención de las ECV que tienden a presentarse de manera diferente, no simplemente más tarde, en mujeres que en hombres.

Figura 1.2. Desconocimiento en mecanismos específicos, factores de riesgo y terapias en insuficiencia cardíaca en la mujer.



Fuente: Traducido de Cardiovascular Disease in Women: Understanding Symptoms and Risk Factors (2017). (Ketepee-Arachi, 2017).

Bajo el supuesto de que la fisiología vascular difiere entre mujeres y hombres, análisis estratificados según sexo de los datos existentes pueden ofrecer nuevas ideas y aumentar nuestra comprensión de las diferencias sexuales en las ECV (Ji et al., 2020). Por ejemplo, en un estudio epidemiológico reciente se ha demostrado que entre las personas con y sin diabetes, las mujeres tenían tasas relativas más altas de enfermedad isquémica del corazón, falla cardíaca, enfermedad cerebrovascular isquémica y muerte

cardiovascular que los hombres [2.8 (intervalo de confianza, IC 2.8-2.9) en mujeres versus 2.5 (IC 2.4-2.5) en hombres] con una relación mujeres a hombres de 1,15 (IC 1.11-1.19, $P < 0.001$) (Malmberg et al., 2020). Los hallazgos indican que, aunque los hombres tienen tasas absolutas más altas de complicaciones cardiovasculares, las tasas relativas de complicaciones cardiovasculares asociadas con la diabetes son más altas en las mujeres que en los hombres de todas las edades.

Vale recalcar que los algoritmos utilizados en la práctica clínica, como la puntuación de riesgo de Framingham (Estados Unidos), Heart-SCORE (Europa) y parámetros lipídicos, no identifican a todos los individuos que están en riesgo de una ECV: uno de cada cinco pacientes que sufren de enfermedad coronaria carecen uno o más de los cuatro factores convencionales, que incluyen dislipidemia, diabetes mellitus, fumar e hipertensión (Khot et al., 2003). La mitad de las enfermedades isquémicas cardíacas, ocurren en personas en las cuales los niveles plasmáticos de lípidos son normales (Hirose et al., 2010). Esto sugiere la participación de otros factores adicionales y presencia de interacciones sinérgicas (ej., genéticas y ambientales) que contribuyen a la ocurrencia de una ECV.

Por su parte, las enfermedades autoinmunes, como la artritis reumatoide (AR) y el lupus eritematoso sistémico (LES), tienen una fuerte asociación con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares ateroscleróticas, particularmente la cardiopatía isquémica. La mayoría de las afecciones autoinmunes ocurren predominantemente en mujeres, y a medida que las mujeres continúan experimentando una mayor mortalidad cardiovascular en comparación con los hombres, se debe reconocer este posible factor de riesgo adicional (Mankad, 2015). En los países industrializados, la AR afecta a 0.5–1.0% de la población adulta, con 5–50 por cada 100000 casos nuevos anualmente (Scott et al., 2010). La inflamación y los mecanismos inmunes han demostrado ser un mecanismo subyacente para el desarrollo de la aterosclerosis, compartiendo así un mecanismo común con afecciones reumatológicas (Abou-Raya & Abou-Raya, 2006).

En términos de salud preventiva, reconocer los factores de riesgo modificables en la mujer es importante para dirigir medidas protectoras (Melander et al., 2009; Wang, 2010). En términos de costo-eficacia, la identificación de nuevos factores que se dirigen al segmento de la población en situación de riesgo de ECVs, los cuales no están aún identificados por los algoritmos usados comúnmente, podrían tener implicaciones substanciales para la salud pública

La práctica clínica se ha apoyado de manera exitosa en el uso de biomarcadores *diagnósticos* y *pronósticos* de enfermedad cardiovascular. Sin embargo, investigaciones en el campo de nuevos biomarcadores de *predicción* y su validación clínica son esenciales para mejorar la predicción de futuros eventos cardiovasculares y para una mayor comprensión de los mecanismos subyacentes de las vías ateroscleróticas (Gerszten & Wang, 2008).

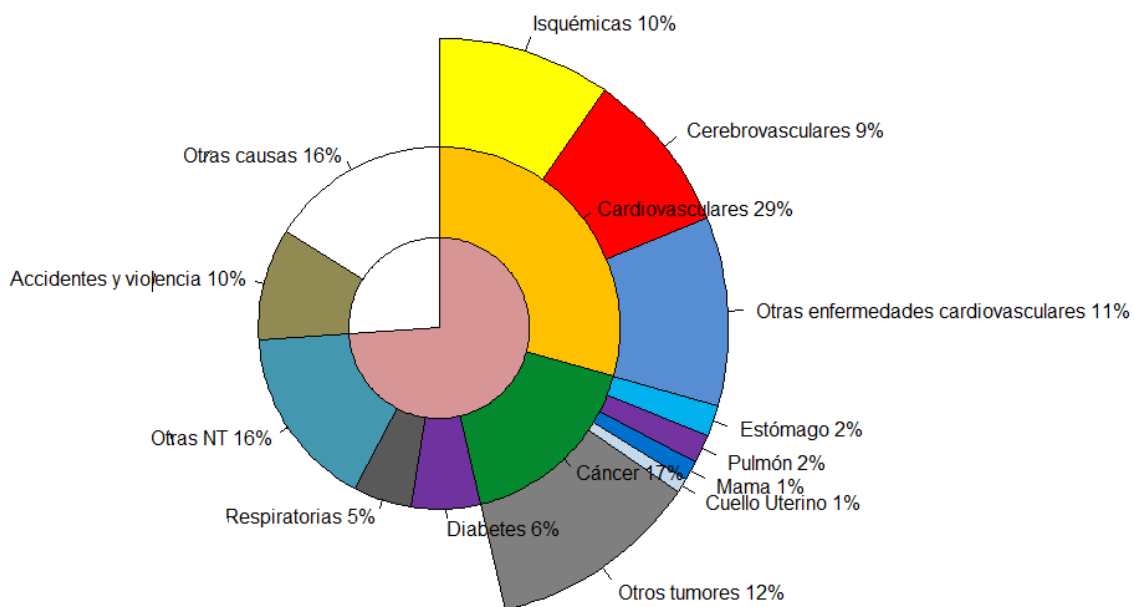
El cáncer es un conjunto de ENTs que se caracterizan de por una rápida proliferación de células más allá de sus límites usuales. Esta ENT es la más letal de todas. A nivel mundial, los tres tipos de cáncer que tuvieron la mayor cantidad de casos incidentes durante el año pasado fueron el de mama (2.26 millones casos), el de pulmón (2.21 millones casos) y el colorrectal (1.93 millones casos). Los tres cánceres con mayor número de muertes durante ese mismo periodo de tiempo fueron el de pulmón (1.8 millones casos), el colorrectal (935,000 casos) y el de hígado (830,000 casos) (Organización Mundial de la Salud, 2020)

1.1.5 Situación en Panamá

Las ECVs agrupadas en enfermedades isquémicas, cerebrovasculares y circulatorias, representan la primera causa de muerte en Panamá desde el año 2001 al 2019 (Figura 1.3). Estos datos son consistentes con la llamada transición epidemiológica, que refleja un patrón similar al contexto de muchos países en Latinoamérica. La urbanización, cambios en el estilo de vida y transición demográfica de la población, son las principales causas (Barreto et al., 2012).

El Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES) en coordinación con el Ministerio de Salud (MINSAL), en el año 2010, realizaron un estudio pionero sobre la Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC) en la población adulta de 18 años y más, en las provincias de Panamá y Colón. La alta prevalencia de los factores de riesgo de tipo modificables observados en el estudio y con mayor prevalencia en la mujer (ej., hipertensión, diabetes) amerita no solo de intervenciones en el ámbito de la salud preventiva sino también de estudios epidemiológicos que aumenten el conocimiento de las disparidades de sexo (Tabla 1.2) (Mc Donald, 2012).

Figura 1.3. Mortalidad proporcional según las principales causas de muerte en la República de Panamá. Defunciones certificadas por médicos (N=308,031), 2001-2019.



Fuente: Registro de mortalidad, Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC)

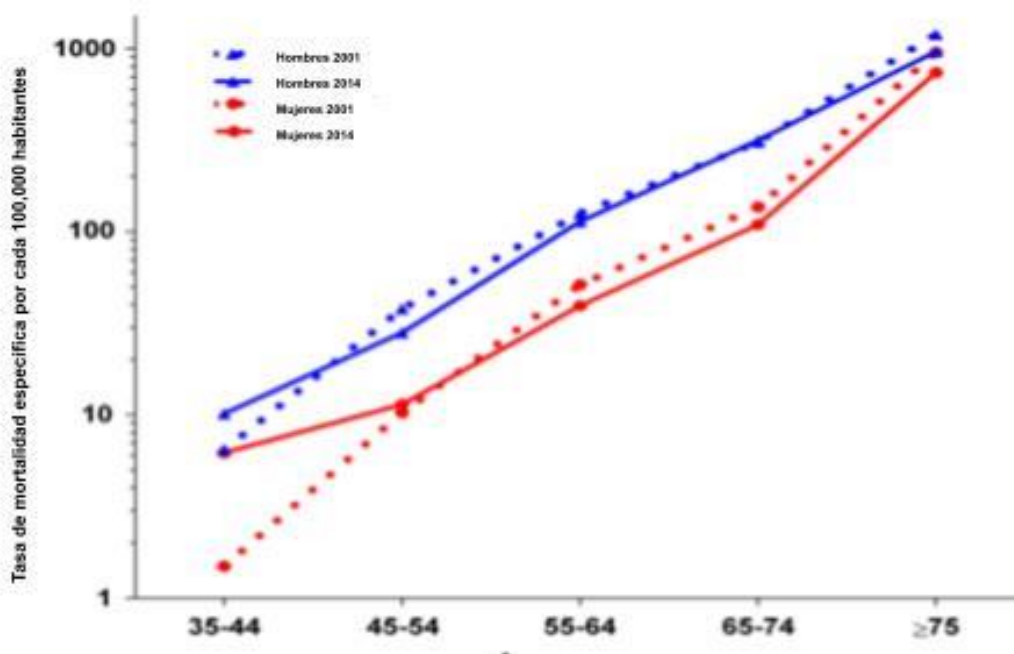
Tabla 1.2. Prevalencias de factores de riesgos modificables y no modificables en adultos mayores de 18 años residentes en las Provincias de Panamá y Colón, según estudio PREFREC-2010.

	TOTAL n= 3590	HOMBRES n=1074	MUJERES n=2516
Factores de riesgo no modificables			
Edad	44	49	43
Mediana (RIQ)	(32-57)	(34-62)	(31-56)
Antecedentes familiares infarto (%)	15.9	13.7	16.9
Antecedentes familiares ECV (%)	19.3	19.2	19.3
Factores de riesgo modificables			
Hipertensión (%)	33.2	39.8	30.3
Diabetes (%)	8.3	9.0	7.9
Hipercolesterolemia (%)	41.2	40.7	41.4
Obesidad (%)	26.9	18.2	30.8

Prevalencias no ajustadas. RIQ: rango intercuantil. Hipertensión: participantes con promedio de presión arterial >140/90 mmHg y/o uso de medicamentos antihipertensivos según encuesta. Diabetes: participantes con glicemia en ayuna \geq 126 mg/dL y/o hemoglobina glicosilada \geq 6.5 % y/o uso de medicamentos antidiabéticos, según encuesta. Hipercolesterolemia: colesterol \geq 200 mg/dl en ayuna. Tabaquismo: fumador actual en el último mes, según GATS), Obesidad (IMC >30).

De igual manera, tal como se muestra en la Figura 1.4, ya se ha evidenciado con datos del registro de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), un aumento de la pendiente en la mortalidad por enfermedad isquémica cardíaca en la mujer postmenopáusica (Carrion Donderis et al., 2016).

Figura 1.4. Tasas específicas de mortalidad por enfermedad isquémica cardiaca específicas por edad y grupo etario. Panamá 2001 y 2014.



Nota: La escala del eje de las ordenadas es logarítmica e indica la mortalidad por cada 100,000 habitantes.

Fuente: Analysis of mortality trends due to cardiovascular diseases in Panama, 2001-2014. (Carrion Donderis et al., 2016).

Actualmente, Panamá no cuenta con registros nacionales de incidencia de ECVs que se encuentren sistematizados en los niveles públicos y privados, por lo que las encuestas siguen siendo una herramienta muy útil. No obstante, se está desarrollando el Registro Nacional de Enfermedades No Transmisibles (RENENT), el cual incorporará datos de incidencia de factores de riesgo y enfermedades cardiovasculares.

Con respecto al cáncer, existe un registro nacional (RNCP), el cual muestra que en general, las tasas brutas generales de cáncer en el 2016 son mayores en las mujeres (181 casos/100,000 habitantes) que en los hombres (153.9 casos/100,000 habitantes) (MINSa, 2020). Al valorar los cambios seculares, se aprecia que los cánceres de mama (predominante en mujeres) tiene un aumento de su incidencia y mortalidad entre los años 2001 y 2011, mientras que el de ovario tiene un aumento de su mortalidad (Politis, 2015).

No existen información reciente en relación a las medidas de prevención de ENTs, las cuales incluyen cáncer y enfermedades cardiovasculares.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Describir la prevalencia de ENT, los determinantes de la salud en mujeres y el perfil inflamatorio de acuerdo con los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud (ENSPA) 2019, así como describir la intersección entre salud y género en la República de Panamá.

2.2 Objetivo Específico

- Describir la prevalencia de las ENT, así como las conductas y determinantes de la salud, entre otros aspectos relevantes a la salud de la mujer en Panamá, con datos de la ENSPA.
- Elucidar los factores de riesgo asociados a ECV y otras enfermedades inflamatorias en las mujeres participantes del estudio de la Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

3. Metodología

3.1. Población de estudio

Para este estudio, se utilizó información de la ENSPA. La ENSPA es un estudio epidemiológico pionero en su tipo en nuestro país que permitió la medición de la magnitud y la prevalencia de los problemas de salud evaluándose en su conjunto determinantes de salud, el acceso, uso y calidad de servicios de salud, factores ambientales, nutricionales, antropométricos y biomarcadores en adultos y menores de la población panameña.

Este estudio, de carácter voluntario, tuvo un diseño muestral aleatorio complejo, (trietápico, estratificado y por conglomerados), alcanzando representatividad a nivel nacional, regional, distrital para todo el país, excepto en los distritos de Panamá y San Miguelito, donde su representatividad alcanzó hasta el nivel de corregimiento. El diseño muestral también consideró la representatividad a nivel urbano, rural e indígena del total del país y de cada región de salud. La población objetivo incluyó a toda la población del país, con representatividad para la población de 0 a 14 años, cuya participación alcanzó el 85.4% (n=10,486) y la de 15 años y más con una participación de 89.4% (n=17,997). La participación de la toma de presión que se realizó en personas de 18 años y más fue de 77.3% (n=14,946). La medición de biomarcadores se trabajó con una submuestra con

representatividad nacional y por área (urbana, rural e indígena). La participación de los que se tomaron los biomarcadores fue de 77.6% (n=5,212), en el caso de la población de 15 años y más, y 42.5% (n=2,801) en los menores de 15 años.

3.2. Variables

3.2.1 Caracterización de la mujer

- **Sexo.**
- **Edad:** La edad fue categorizada en quinquenios entre los 15 años y 79 años. El último grupo contiene las personas de 80 años y más
- **Área:** Cada una de las tres áreas definidas por Contraloría (y que aparece en el protocolo de la ENSPA) según el número de habitantes y servicios públicos disponibles
 - **Área Urbana:** Son áreas urbanas las localidades de 1,500 habitantes que disponen de servicio de luz eléctrica, acueducto público, sistema de alcantarillado y calles pavimentadas. Dichas localidades cuentan además con facilidades para la asistencia a colegios primarios y secundarios, establecimientos comerciales, centros sociales y recreativos y aceras. Las características pueden corresponder a toda la localidad o a una parte de ella.
 - **Área Rural:** Son las localidades menores de 1,500 habitantes y que no cuentan con todas o la mayor parte de las características definidas para pertenecer a la categoría de áreas urbanas.
 - **Área Indígena:** Son todos los lugares poblados demarcadas dentro de las comarcas indígenas.
- **Grupo sociocultural:** Representa el grupo el cual se autoidentifica el entrevistado. Los grupos preguntados fueron el “Afroamericano (negro, moreno o sambo)”, “Mestizaje (trigueño, culiso, mulato, mestizo)”, “Indígena”, “Blanco”, “Asiático (chino, coreano, japonés)” y “Otros”. Debido al bajo porcentaje de las personas que se identificaban como “Asiáticas”, este grupo se unió al grupo “Otros” en los análisis.
- **Extranjero:** Se valoró si el individuo es extranjero o no.
- **Escolaridad:** “Sin escolarización formal”, “Primaria” (contiene personas que contestaron que tenían primaria completa o incompleta), “Secundaria” (contiene personas que contestaron que tenían educación secundaria o vocacional

completa o incompleta), “Universitaria” (contiene a las personas que contestaron que tenían educación universitaria completa o incompleta) y “Especial y otros tipos de escolaridad”.

- **Estado civil:** “Soltero(a)”, “Casado(a)”, “Separado(a)”, “Divorciado(a)”, “Viudo(a)” y “Unión libre”.
- **Condición laboral:** Para categorizar a las personas de acuerdo con su condición laboral, se utilizaron tres preguntas de la ENSPA, a saber:
 - La pregunta 21 del cuestionario de las personas de 15 años y más: “¿Cuál de las siguientes opciones define su condición laboral:
 - Trabajo remunerado
 - Desempleado?”.
 - La pregunta 27 del cuestionario de las personas de 15 años y más: “¿Ha buscado usted trabajo en los últimos 12 meses?”
 - La pregunta 28 del cuestionario de las personas de 15 años y más: “¿Cuáles de las siguientes condiciones de actividad remunerada describe su estatus actual? (Opción múltiple):
 - Ama de casa
 - Jubilado
 - Pensionado
 - Estudiante

Con estas tres preguntas, inspiradas en las definiciones del INEC (INEC, 2021), y tomando en cuenta el contexto de la ENSPA, se reclasificación de la siguiente manera:

- Económicamente activo laborando: personas que reportaron tener un empleo con remuneración.
- Económicamente activo desocupado: personas que reportaron no tener empleo, que han buscado empleo y que no son poblaciones económicamente inactivas (ama de casa, estudiantes, jubilados, pensionados)
- Económicamente inactivo con actividades no remuneradas: personas que reportaron no tener empleo, que no han buscado y que son poblaciones económicamente inactivas (ama de casa, estudiantes, jubilados, pensionados)

- Desocupado puro: personas que reportaron no tener empleo, que no han buscado y que no son poblaciones económicamente inactivas (ama de casa, estudiantes, jubilados, pensionados)
- Económicamente inactivo buscando trabajo: personas que reportaron no tener empleo, que han buscado empleo y que son poblaciones económicamente inactivas (ama de casa, estudiantes, jubilados, pensionados).

Dentro de la población es posible evaluar el peso del grupo de “amas de casa”, quienes se ven representadas en las poblaciones económicamente inactivas y que históricamente han sido representadas por mujeres.

- Población desocupada incluyendo ama de casa: personas que reportaron no tener empleo y que han buscado empleo excluyendo estudiantes, jubilados y pensionados.
 - Población de personas que ni trabajan ni estudian (NiNi) incluyendo amas de casa: personas que reportaron no tener empleo y que no han buscado empleo excluyendo estudiantes, jubilados y pensionados.
- Cuartil de ingreso familiar: Utilizando las categorías de ingreso familiar, se elaboraron los cuartiles (aproximados) de esta variable para el dato nacional: “De 0 a 149 balboas” (25.8%), “De 150 a 399 balboas” (25.7%), “De 400 a 799 balboas” (29.2%) y “800 balboas o más” (19.2%).
 - Quintiles de gasto familiar: Utilizando las categorías de gasto familiar, se elaboraron los quintiles (aproximados) de esta variable para el dato nacional: “De 1 a 149 balboas” (16.0%), “De 150 a 249 balboas” (19.3%), “De 250 a 399 balboas” (22.1%), “De 400 a 599 balboas” (21.1%) y “600 balboas o más” (21.4%).

Adicionalmente, la ENSPA permite evaluar el origen de los ingresos familiares utilizando la pregunta 36 del cuestionario del hogar, “¿Cuál es la fuente familiar de ingresos actuales?”

- Ingreso formal
- Ingreso informal

- Otros Ingresos no Productivos: (algunas de las otras formas de ingresos).

3.2.2. Variables relacionadas al estado nutricional, prácticas alimentarias y actividad física.

- **Estado nutricional según el índice de masa corporal (IMC)**
 - Bajo peso: IMC < 18.5 kg/m²
 - Peso normal: IMC entre 18.5 kg/m² y 24.9 kg/m²
 - Sobrepeso: IMC entre 25 kg/m² y 29.9 kg/m²
 - Obesidad: IMC de 30 kg/m² o más.
- **Riesgo De Complicaciones Metabólicas De Acuerdo Con La Circunferencia Abdominal**
 - Recomendado: menos de 94 cm en varones y menos de 80 cm en mujeres
 - Riesgo: Entre 94 cm y 101 cm en varones y entre 80 cm y 87 cm en mujeres
 - Alto riesgo: 102 cm o más en varones y 87 cm o más en mujeres
- **Consumo Estimado De Porciones De Frutas Y Vegetales Al Día**
 - Menos de una porción
 - Entre una y dos porciones
 - Entre tres y cuatro porciones
 - Cinco porciones o más
 - No sabe
- **Frecuencia Con La Que Agrega Sal A Las Comidas Antes De Comer O Mientras Come**
 - Siempre
 - Casi siempre
 - Algunas veces
 - Muy pocas veces
 - Nunca
 - No sabe
- **Consumo de alimentos procesados altos en sodio y bebidas azucaradas en las últimas 24 horas**
 - Siempre

- Casi siempre
- Algunas veces
- Muy pocas veces
- Nunca
- No sabe
- **Consumo se bebidas azucaradas en una semana corriente**
 - No consume
 - Consumo bajo: De uno a tres días a la semana
 - Consumo medio: Entre cuatro y cinco días a la semana
 - Consumo alto: Seis días y más a la semana
 - No sabe
- **Consumo se alimentos fritos en una semana corriente**
 - No consume
 - Consumo bajo: De uno a tres días a la semana
 - Consumo medio: Entre cuatro y cinco días a la semana
 - Consumo alto: Seis días y más a la semana
 - No sabe
- **Clasificación de la actividad física semanal**
 - No realiza actividad física
 - Actividad física deficiente: Entre uno y 599 minutos-minutos-METS por semana
 - Actividad física adecuada: Al menos 600 minutos-METS por semana

3.2.3. Adicciones

- **Consumo de vida y actual (últimos 30 días) de productos de tabaco.**
- **Consumo de vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días de bebidas alcohólicas.**

3.2.4. Medidas de prevención de las Enfermedades No Transmisibles

- **Controles de salud en los últimos 12 meses**
- **Toma de presión arterial en los últimos 12 meses en personas de 18 años y más**

- **Toma de presión arterial en los últimos 12 meses en personas de 18 años y más que se realizaron un control de salud**
- **Personas que requieren toma de presión anual de acuerdo con la norma americana (Fuerza de tarea de los servicios preventivos de EEUU -siglas en inglés de USPSTF-)**
 - Personas de 40 años y más
 - Personas afroamericanas
 - Personas con hipertensión arterial
 - Personas con obesidad y sobrepeso
- **Presencia de riesgo aumentado de diabetes mellitus según la norma en la ENSPA:** La norma (Ministerio de Salud de Panamá, 2018) refiere que toda persona con índice de masa corporal mayor de 30 mg/m² o de 25 kg/m² está a riesgo de padecer diabetes si también posee cualesquiera de las siguientes características:
 - Tener 45 años o más
 - Antecedente familiar de diabetes mellitus tipo 2
 - Diagnóstico médico de hipertensión arterial
 - Antecedente médico de enfermedad cardiovascular
 - Antecedente médico de diabetes gestacional
 - Sedentarismo (< 600 minutos-METS/semana)
- **Presencia de riesgo aumentado de diabetes mellitus según la norma en la submuestra:** La norma (Ministerio de Salud de Panamá, 2018) refiere que toda persona con índice de masa corporal mayor de 30 mg/m² o de 25 kg/m² está a riesgo de padecer diabetes si también posee cualesquiera de las siguientes características:
 - Tener 45 años o más
 - Antecedente familiar de diabetes mellitus tipo 2
 - Diagnóstico médico de hipertensión arterial
 - Antecedente médico de enfermedad cardiovascular
 - Antecedente médico de diabetes gestacional
 - Sedentarismo (< 600 minutos-METS/semana)
 - Glicemia en ayunas > 126 mg/dl
 - Hemoglobina glicosilada >=6.5%
 - HDL < 35 mg/dl

- Triglicéridos > 250 mg/dl
- **Toma de exámenes de azúcar en la sangre en personas con riesgo aumentado de diabetes mellitus según la norma** (Ministerio de Salud de Panamá, 2018)
- **Toma de exámenes de azúcar en la sangre en personas con riesgo aumentado de diabetes mellitus según la norma**_(Ministerio de Salud de Panamá, 2018) **en la submuestra**
- **Toma de papanicolaou**
- **Mamografías en mujeres entre 40 y 79 años**
- **Toma de sangre oculta en heces en personas de 50 años y más**

3.2.5 Prevalencia de enfermedades no transmisibles

- **Hipertensión crónica en las mujeres embarazadas e hipertensión gestacional en mujeres embarazadas**
- **Diabetes crónica en las mujeres embarazadas y diabetes gestacional**
- **Hipertensión:** Se define aquella persona de 18 años y más que refiere que un médico le diagnosticó hipertensión, el haber tomado medicamentos para el control de la presión en las últimas dos semanas, el tener una presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o tener una presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg.
- **Diabetes:** Se define aquella persona perteneciente a la submuestra que refiere que un médico le diagnosticó diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2, el haber tomado medicamentos para el control de la diabetes en las últimas 12 horas previo a la toma de muestra de sangre, glicemia en ayunas ≥ 126 mg/dl y/o tener un porcentaje de hemoglobina glicosilada $\geq 6.5\%$.
- **Hipercolesterolemia:** Se define aquella persona perteneciente a la submuestra que tiene colesterol total ≥ 200 mg/dl.
- **Colesterol HDL disminuido:** Se define aquella mujer perteneciente a la submuestra que tiene colesterol HDL < 50 mg/dl o los varones de dicha submuestra que tiene colesterol HDL < 40 mg/dl.
- **LDL aumentado:** Se define aquella persona perteneciente a la submuestra que tiene colesterol LDL ≥ 100 mg/dl.
- **Triglicéridos aumentados:** Se define aquella persona perteneciente a la submuestra que tiene niveles de triglicéridos ≥ 150 mg/dl.

- **Síndrome metabólico:**
 - **Definición de la Federación Internacional de diabetes (IDF por sus siglas en inglés *International Diabetes Federation*):** Se requiere un criterio mayor (circunferencia abdominal > 80 cm en mujeres o >90 cm en varones) y dos criterios menores, a saber:
 - Niveles de triglicéridos > 150 mg/dl
 - Niveles de HDL > 50 mg/dl en mujeres o > 40 mg/dl en varones
 - Presión arterial sistólica > 130 mmHg, presión arterial diastólica > 85 mmHg y/o antecedente médico de hipertensión arterial.
 - Glicemia en ayunas > 100 mg/dl y/o antecedente médico de diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2.
 - **Definición del programa de educación nacional para el tratamiento del colesterol en los adultos (NCEP por sus siglas en inglés *National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III*):** Se requieren al menos tres de los siguientes criterios:
 - *Obesidad:* La obesidad se define mediante al menos uno de los siguientes:
 - Circunferencia abdominal \geq 102 cm en los varones y \geq 88 cm en mujeres.
 - Índice de masa corporal \geq 30 kg/m²
 - *Triglicéridos* \geq 150 mg/dl
 - *Colesterol HDL* < 50 mg/dl en mujeres o < 40 mg/dl en varones
 - *Diabetes:* Glicemia en ayunas > 10 mg/dl y/o antecedente médico de diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2
- **Cáncer:** Se define aquella persona de 15 años y más que refiere que un médico le diagnosticó cáncer en cualquier momento de su vida.
- **Cáncer en el último año:** Se define aquella persona de 15 años y más que refiere que un médico le diagnosticó cáncer en el último año.
- **Infarto agudo al miocardio:** Se define aquella persona de 35 años y más que refiere que un médico le diagnosticó un infarto agudo al miocardio en cualquier momento de su vida.
- **Infarto agudo al miocardio en el último año:** Se define aquella persona de 35 años y más que un médico le diagnosticó un infarto agudo al miocardio en el último año.

- **Enfermedad cerebrovascular:** Se define aquella persona de 45 años y más que refiere que un médico le diagnosticó enfermedad cerebrovascular en cualquier momento de su vida.
- **Enfermedad cerebrovascular en el último año:** Se define aquella persona de 45 años y más que un médico le diagnosticó un infarto agudo al miocardio en el último año.

3.3. Análisis estadísticos

Los datos presentados están expandidos utilizando la ponderación provista por el INEC. Se presentan medidas de tendencia central (números, proporciones, promedios y medianas) y de dispersión (intervalos de confianza 95%) tomando en cuenta dicha ponderación.

Las comparaciones entre proporciones se realizan utilizando valor de p para el chi cuadrado con el ajuste de Rao y Scott para muestreo complejo utilizando el paquete “*survey*” versión 4.0 para R versión 4.1.

3.4. Aspectos éticos

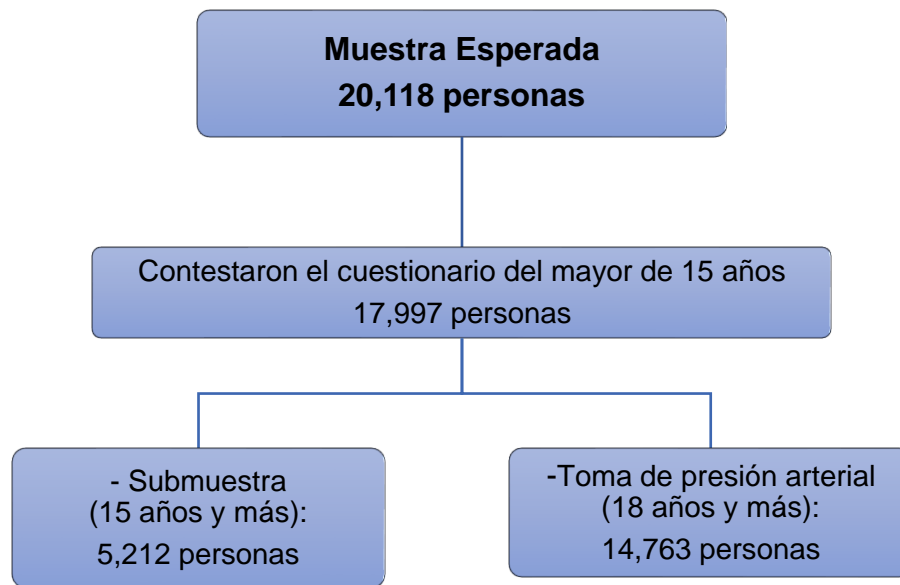
En esta etapa del estudio, se utiliza la ENSPA. Esta encuesta fue aprobada por el Comité de Bioética del Instituto Conmemorativo Gorgas. Se obtuvo consentimiento firmado por parte de cada uno de los encuestados incluidos en este estudio.

4. Resultados

4.1. Flujograma de la ENSPA en personas de 15 años y más

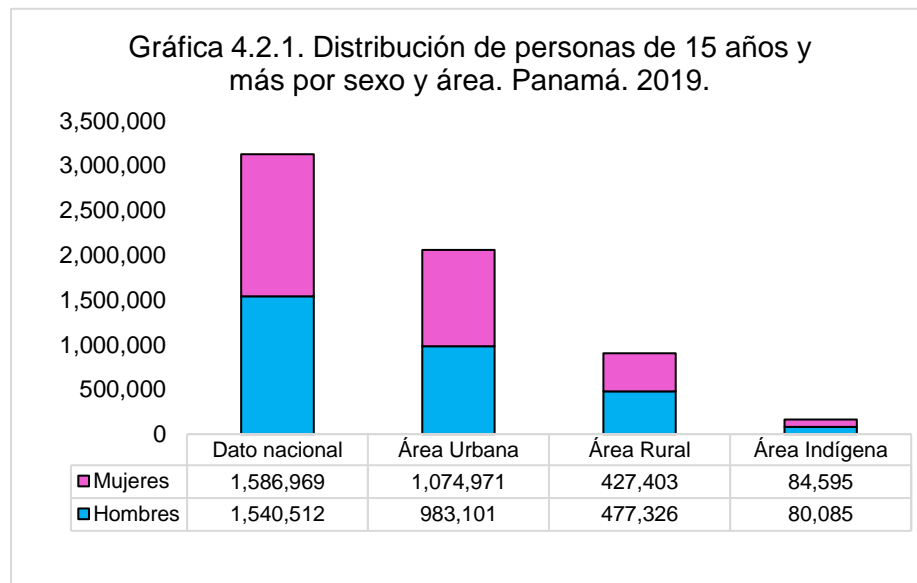
La muestra esperada de la ENSPA fue de 20,118. Se aprecia que 17,997 personas contestaron el cuestionario del mayor de 15 años. De las personas que contestaron el cuestionario, 5,212 participaron en la submuestra, es decir que se les tomó laboratorios. De los mayores de 18 años 14,763 se les tomó la presión arterial.

Gráfica 4.1.1 Flujograma de la muestra de la Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019

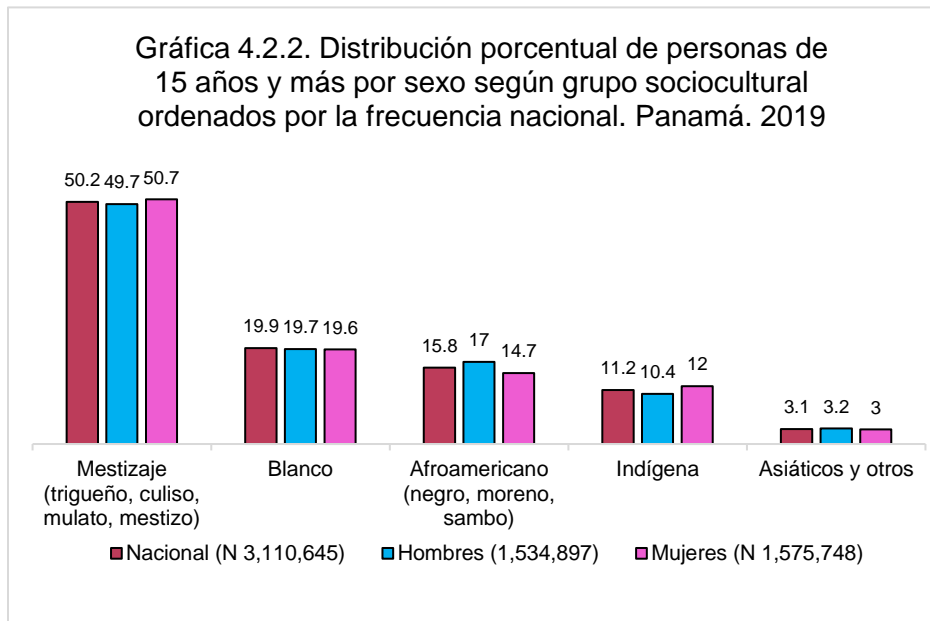


4.2. Caracterización de la población

A nivel nacional, entre los mayores de 15 años, un 49.2% son hombres (N 1,540,512) y un 50.7% son mujeres (N: 1,586,969). Esta distribución equitativa, se mantiene entre las tres áreas (Gráfica 4.2.1) y los grupos socioculturales (Gráfica 4.2.2).

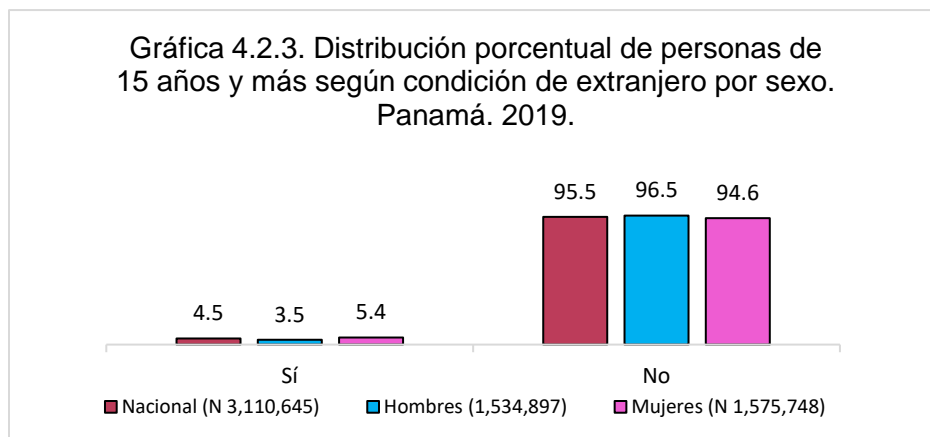


Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.



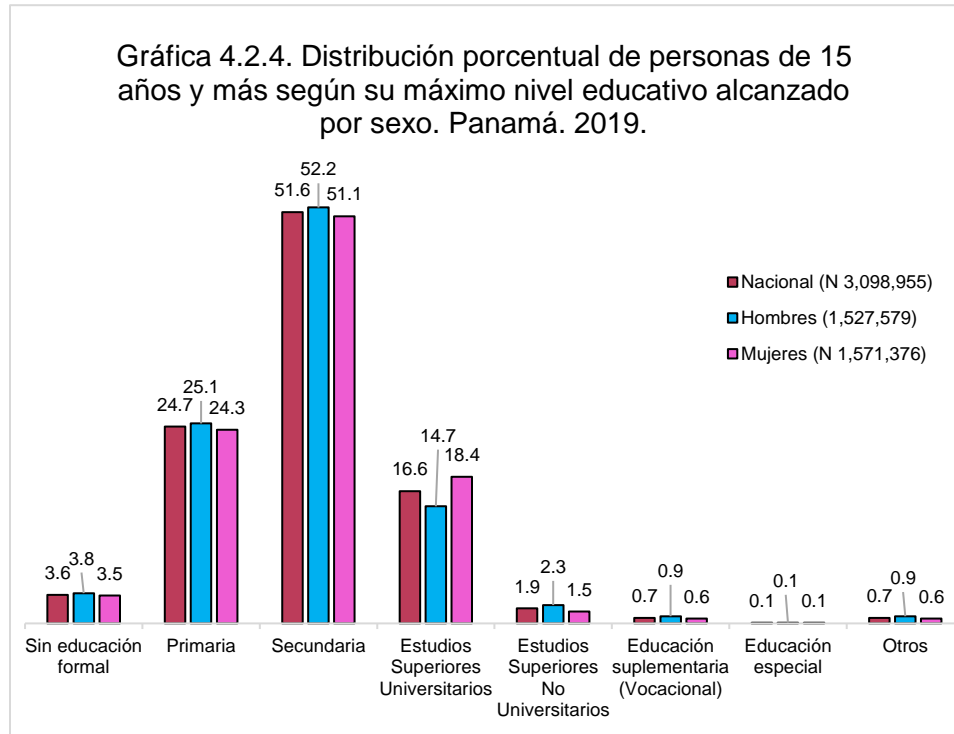
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

En la Gráfica 4.2.3 se aprecia que la proporción de mujeres extranjeras es mayor que la de los varones (mujeres 5.4%, varones 3.5%, valor de $p < 0.01$).



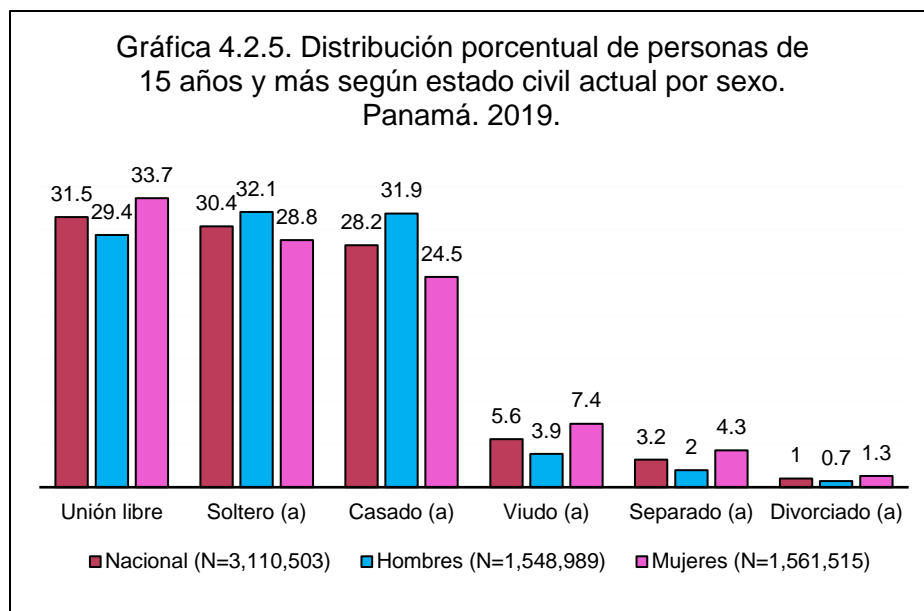
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

En la Gráfica 4.2.4 se aprecia que la diferencia porcentual para cada una de las categorías del máximo nivel educativo alcanzado entre hombres y las mujeres es menor a un punto porcentual, excepto para los *estudios superiores universitarios* donde ésta es de 3.7 puntos más alto en las mujeres. Las diferencias por sexo en relación al máximo nivel educativo alcanzado son significativas (valor de $p=0.02$).



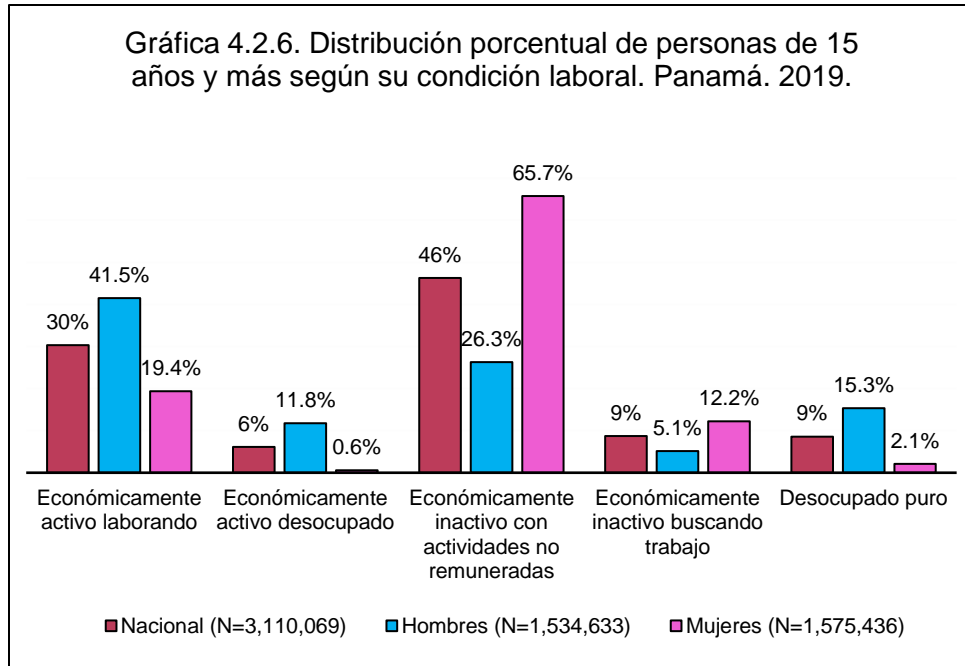
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Con relación al estado civil (Gráfica 4.2.5), se aprecia que los tres estados civiles más frecuentes en las mujeres son: la unión libre (33.7%), seguida de la soltería (32.1%) y estar casada (31.9%). En los varones, en cambio, los tres más frecuentes son: la soltería (32.1%), seguido del estar casados (31.9%) y la unión libre (29.4%). Con relación a los estados civiles que poseen una frecuencia menor de 10% en la población general, a saber: la viudez, estar divorciado y el estar separado; todas siendo más frecuentes en mujeres. La diferencia entre hombres y mujeres con relación a los estados civiles es estadísticamente significativa (valor de $p < 0.01$).



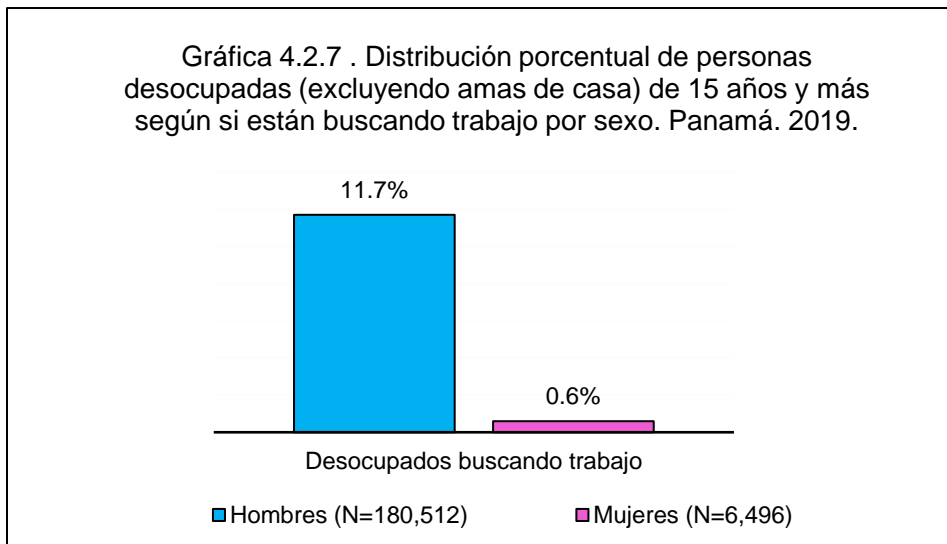
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

En el gráfico 4.2.6, se aprecia la condición laboral por sexo. En las mujeres, se aprecia que un 65.7% pertenecen a la categoría **económicamente inactivas con actividades no remuneradas**, un 19.4% a la categoría **económicamente activas laborando**, un 12.2% son **económicamente inactivas buscando trabajo**, un 2.1% son desocupadas puras y un 0.6% son **económicamente activas desocupadas**. En contraste, en los varones se aprecia que un 41.5% pertenecen a la categoría **económicamente activos laborando**, un 26.3% son **económicamente inactivos realizando actividades no remuneradas**, un 15.3% son **desocupados puros** y un 5.1% son **económicamente inactivos buscando trabajo**. La diferencia de la condición laboral por sexo es estadísticamente significativa (valor de $p < 0.01$).



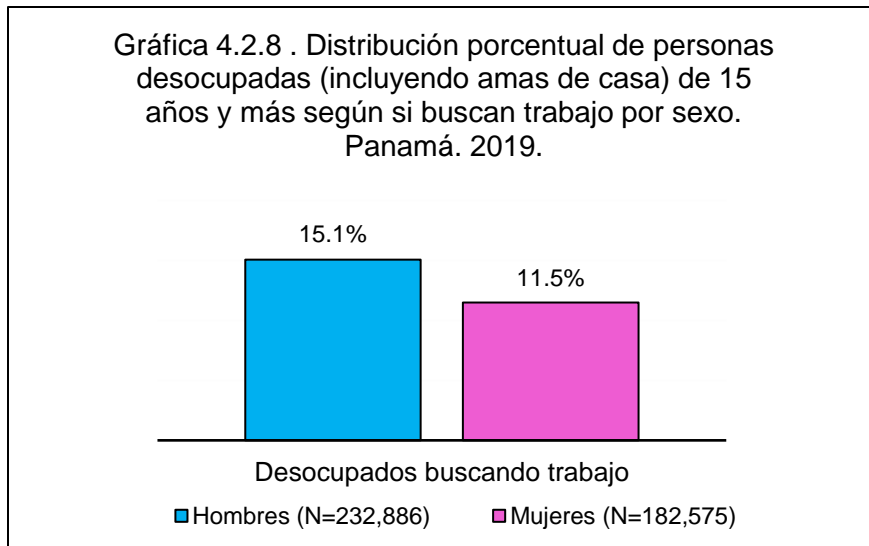
Se incluyen personas que realizan actividades.
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Con relación a la inclusión del grupo de amas de casa en las condiciones laborales, las gráficas 4.2.7 y 4.2.8 muestran la distribución de mujeres y hombres en la categoría de personas desocupadas y estratificación de personas NiNis por grupos etarios respectivamente. En la gráfica 4.2.7 se observa que, el 0.6% de las mujeres pertenecen a la población desocupada que busca trabajo y el 11.7% de los hombres pertenecen a dicha categoría.



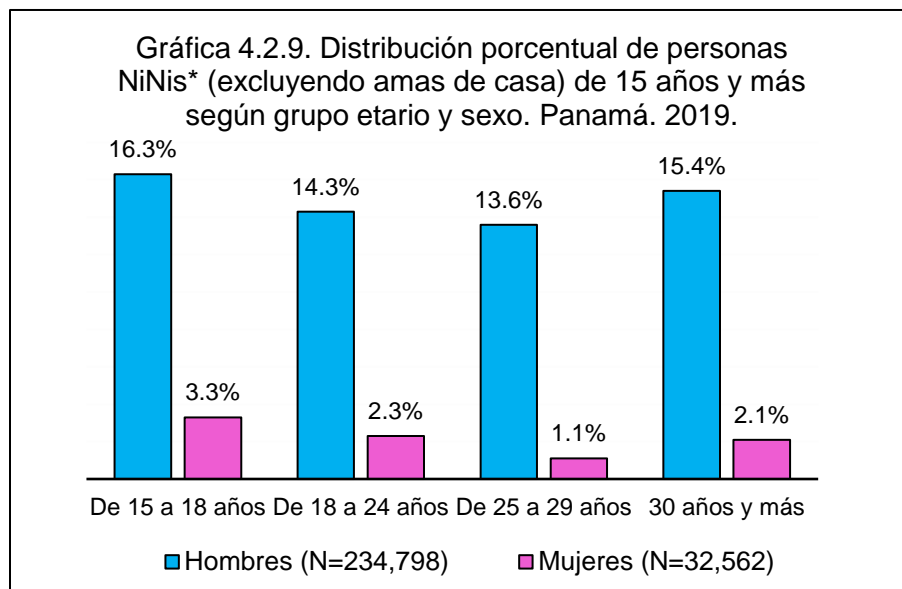
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

En la gráfica 4.2.8, la inclusión de las amas de casa eleva el porcentaje de mujeres desocupadas del 0.6% al 11.5%, y el porcentaje de hombres se eleva del 11.8% al 15.1%.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

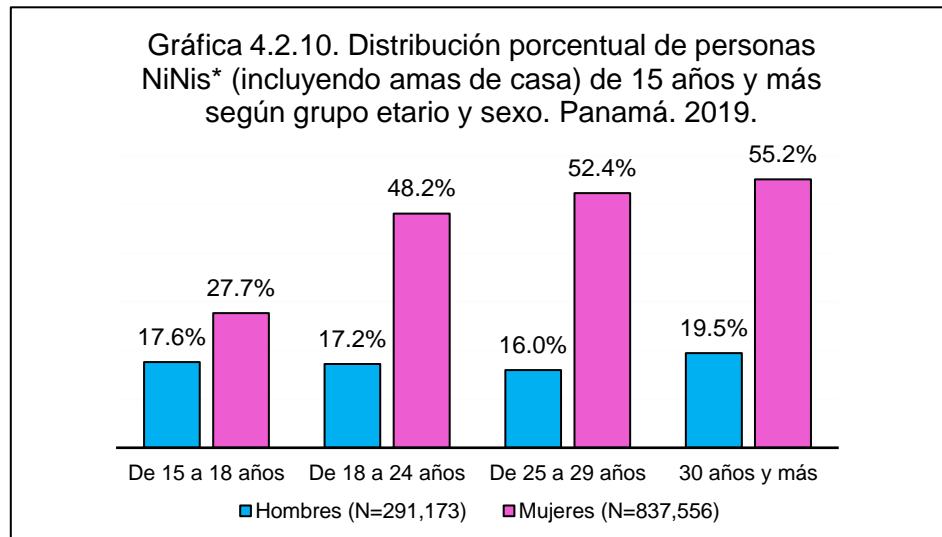
La gráfica 4.2.9 ilustra el grupo de hombres NiNis presentes en todos los grupos etarios con valores entre el 13.6% y el 15.4%, mientras que las mujeres NiNis presentan la menor representación (1.1%) en el grupo etario de 25 a 29 años y la mayor (3.3%) en el grupo de 15 a 18 años.



*Persona NiNi: persona que ni trabaja, no estudia ni busca trabajo.

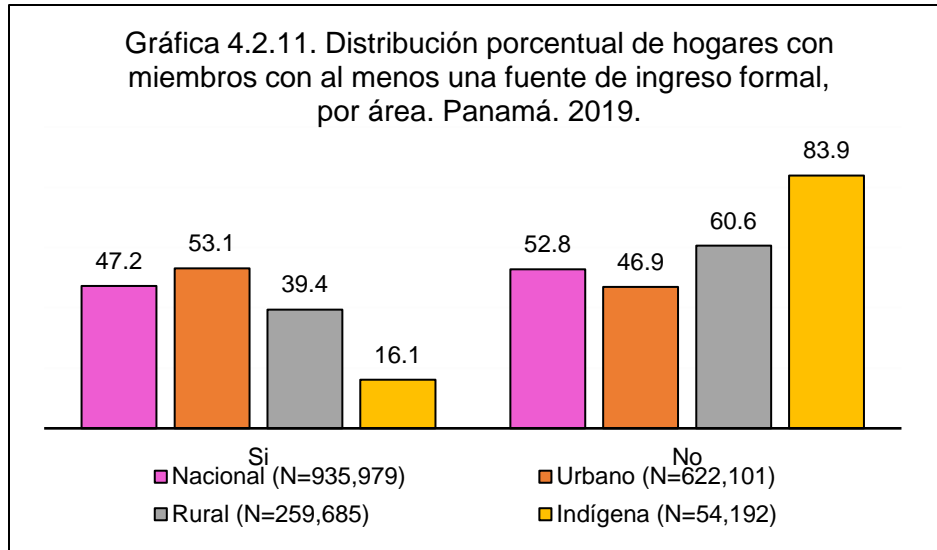
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

En la gráfica 4.2.10, las mujeres NiNis, al incluir al grupo de amas de casa, representan desde el 27.7% del total de mujeres desocupadas en el grupo etario de 15 a 18 años, hasta el 55.2% en el grupo etario de 30 años y más. En este contexto, a medida que el grupo etario aumenta, el porcentaje de mujeres NiNis incrementa de forma significativa y en mayor proporción que en los hombres, quienes representan entre el 16% y el 19.5% en los grupos etarios.

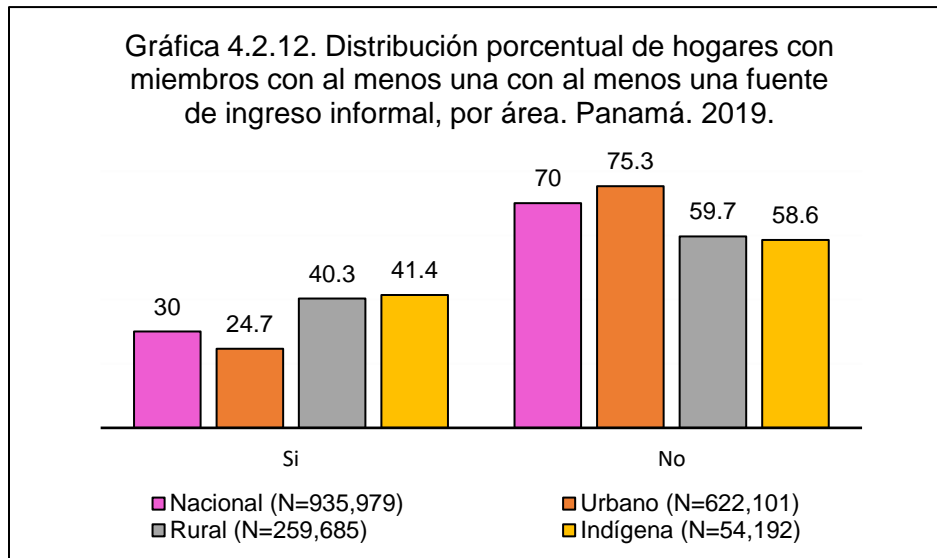


*Persona NiNi: persona que ni trabaja, no estudia ni busca trabajo;
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

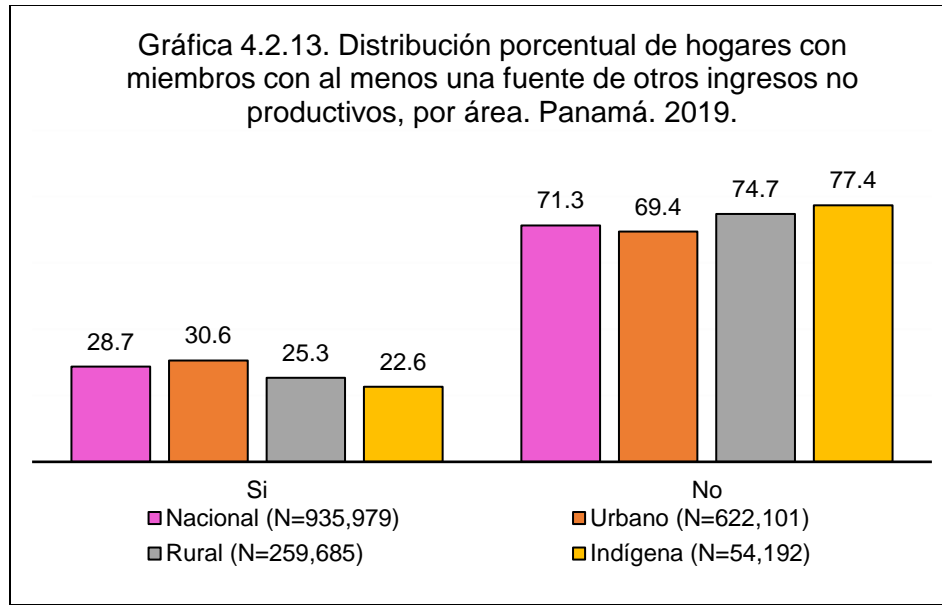
Finalmente, las gráficas 4.2.11 al 4.2.13 muestran la distribución porcentual de hogares que cuentan por lo menos con un miembro que posea fuente de ingresos formales, informales y otros ingresos no productivos contra la proporción de hogares que no cuentan con miembros con dichos tipos de ingresos. A nivel nacional, un 47.2% de hogares cuentan con un miembro con ingresos formales, un 30% con ingresos informales y un 28.7% con por lo menos un miembro que tiene ingresos de tipo no productivo.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019

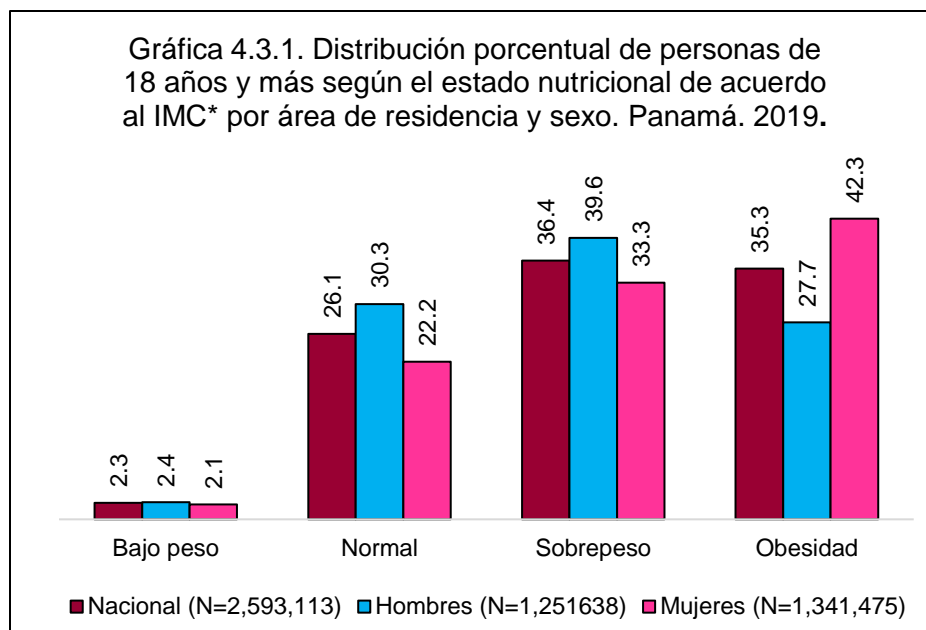
4.3. Estado nutricional, prácticas alimentarias y actividad física

4.3.1 Estado nutricional

4.3.1.1. Estado nutricional según el Índice de Masa Corporal

A nivel nacional, los hombres presentaron una mayor prevalencia de peso normal y sobrepeso en comparación con las mujeres, en contraposición, la cifra de obesidad fue 1.5 veces más alta en las mujeres (42.3%) que en los hombres (27.7%). La prevalencia de bajo peso se ubicó alrededor del 2% sin mayores diferencias al comparar entre hombres y mujeres.

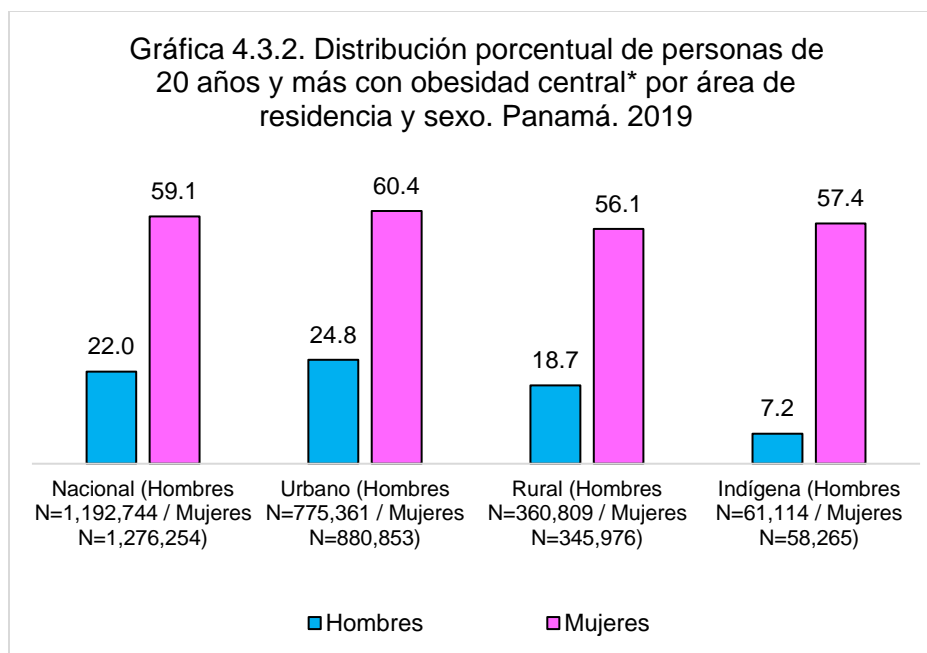
Al evaluar el estado nutricional según el grupo etario se estimó que, en las mujeres, la mayor prevalencia de obesidad se encontró entre las edades de 35 a 69 años (1 de cada 2 mujeres). Mientras que en los hombres la mayor prevalencia de obesidad (42.8%) se encontró en el grupo de 50 a 54 años. El análisis por área de residencia mostró que para hombres y mujeres la menor prevalencia de obesidad se registró en el área indígena.



*IMC: Índice de masa corporal (kg/m²): Bajo peso: IMC <18.5, Normal: IMC 18.5-24.9, Sobrepeso: IMC 25.0-29.9, Obesidad: IMC ≥ 30.0.
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

4.3.1.2. Obesidad central según la circunferencia abdominal

La obesidad central definida por una circunferencia abdominal ≥ 102 cm en los hombres fue estimado en 22.0% a nivel nacional observándose un aumento progresivo con respecto a la edad desde los 20 años y alcanzando la mayor prevalencia en el grupo entre 65 a 69 años (38.6%). En las mujeres la prevalencia de obesidad central definida por una circunferencia abdominal ≥ 88 cm, fue 2.7 veces mayor (59.1%) a la estimación reportada por el grupo masculino. Al igual que para los hombres, la obesidad central aumentó con respecto a la edad alcanzando a 6 de cada 10 mujeres a partir de los 35 años y registrándose la más alta prevalencia en el grupo de 70 a 74 años (68.5%). Al igual que para la obesidad definida por el IMC, en el grupo masculino, la menor prevalencia de la obesidad central fue registrada en el área indígena seguido por la rural con diferencias estadísticamente significativas al comprar con el área urbana y rural. En el grupo femenino solo se demostraron diferencias estadísticamente significativas al comparar el área rural e indígena con el área urbana.



*Obesidad Central: Circunferencia abdominal ≥ 102 cm en Hombres y ≥ 88 cm en mujeres.
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019

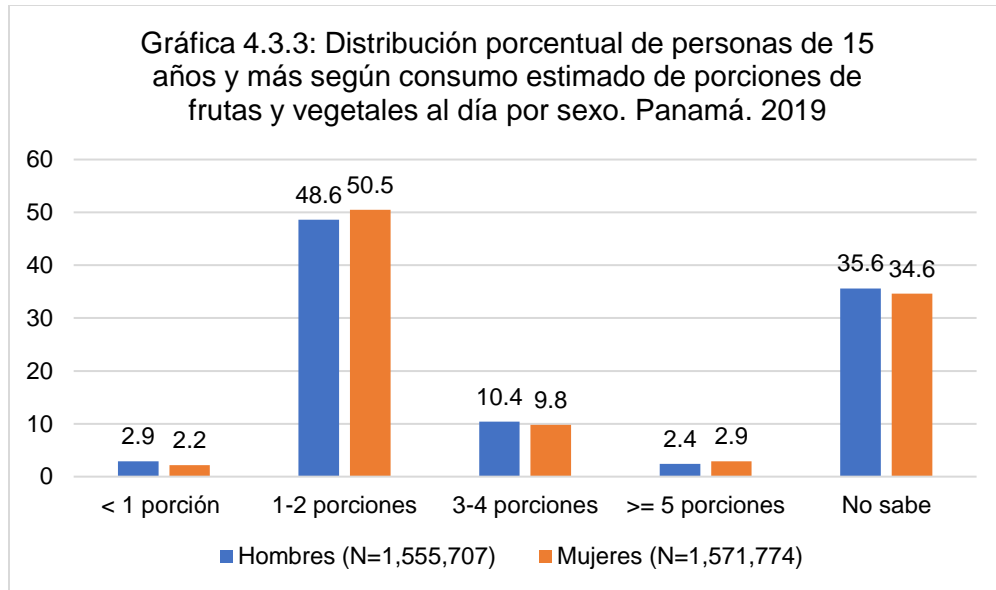
4.3.2. Prácticas alimentarias

4.3.2.1. Consumo estimado de porciones de frutas y vegetales al día

A nivel nacional el consumo de 3 o más porciones de frutas y vegetales al día fue de 12.8% en los hombres y 12.7% en las mujeres. De este total menos del 3.0% cumplió con la recomendación diaria de consumo (≥ 5 porciones de frutas y vegetales) en ambos sexos.

El análisis por área de residencia muestra que en ambos sexos las personas del área indígena reportaron el menor consumo de frutas y vegetales al comparar con las áreas urbano y rural. El mayor consumo se dio en la comarca Emberá sin diferencias según sexo.

No se observaron diferencias del consumo adecuado en hombres y mujeres según estado civil, grupo socio cultural, condición laboral, ingreso personal mensual ni entre extranjeros y nacionales, sin embargo 13.3% de las mujeres que reportaron tener una educación vocacional cumplieron con la recomendación diaria.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

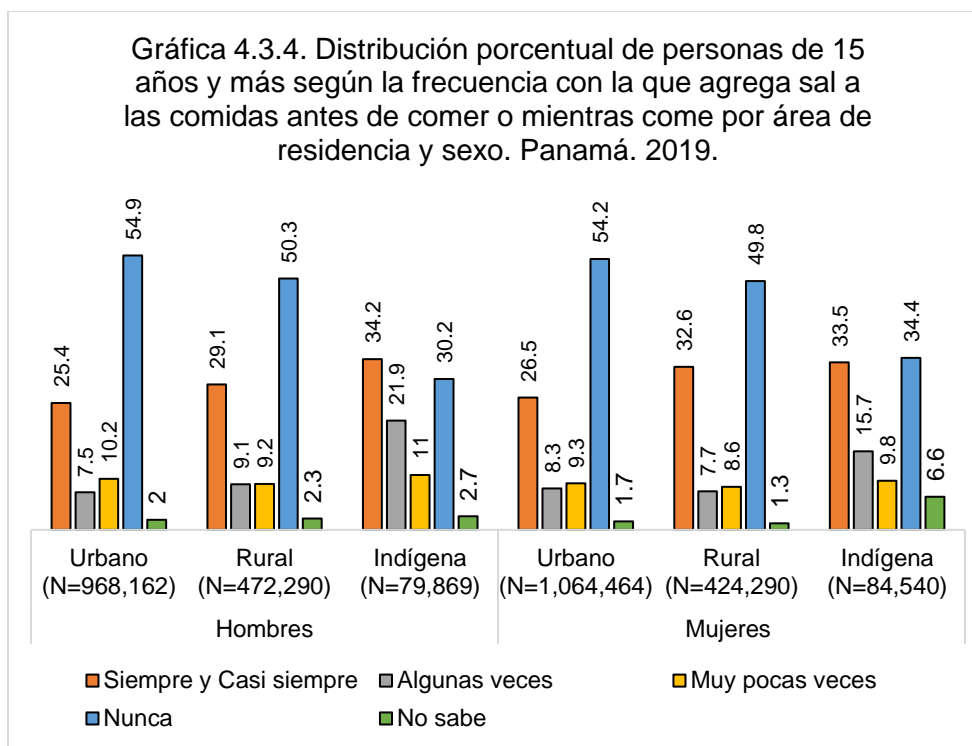
4.3.2.2. Frecuencia con la que agrega sal a las comidas antes de comer o mientras come

A nivel nacional cerca de 1 de cada 2 (52.0%) personas indicó nunca agregar sal a las comidas antes de comer o mientras come sin diferencias según sexo. A su vez, las categorías siempre y casi siempre alcanzaron a 27.1% de los hombres y 28.4% de las mujeres.

Para todas las categorías de frecuencia con la que agrega sal a las comidas antes de comer o mientras come, el análisis por grupo etario mostró prevalencias similares en ambos sexos.

A nivel de dominio, las mujeres del área indígena presentaron una prevalencia ligeramente más alta (34.4%) que los hombres (30.2%) de la categoría “Nunca.” mientras que, para el área urbano y rural la estimación fue similar entre sexos y parecida a la prevalencia registrada a nivel nacional.

La estimación más elevada de la categoría nunca fue registrada por las mujeres con educación vocacional (72.1%) y la más baja en las mujeres con educación especial.



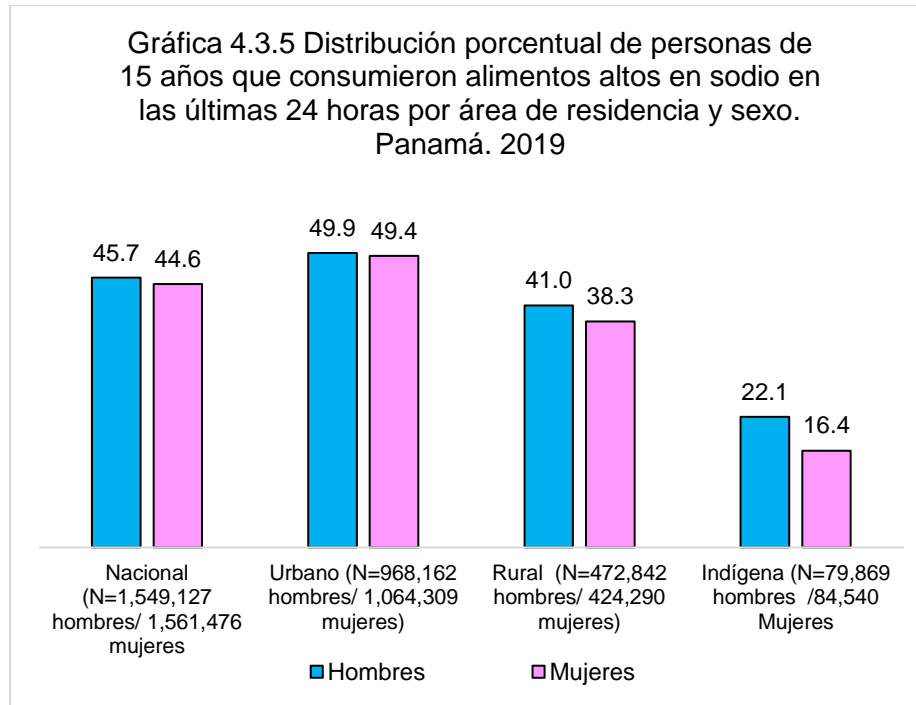
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

4.3.2.3. Consumo de alimentos altos en sodio en las últimas 24 horas

A nivel nacional y sin diferencias estadísticamente significativas se observó que el 45.7% de los hombres y 44.6% de las mujeres reportaron haber consumido en las últimas 24 horas algún alimento alto en sodio como sopa instantánea, snack salados, condimentos artificiales, alimentos enlatados y embutidos entre otros.

El análisis según dominio muestra un consumo en las últimas 24 horas de alimentos altos en sodio en aproximadamente en 1 de cada 2 personas del área urbana sin diferencias según género. Por otro lado, las mujeres del área rural e indígena presentaron un menor consumo de estos alimentos en comparación con los hombres encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Solo se encontraron diferencias significativas según género en la región de salud de Bocas del Toro y la Comarca Guna Yala en donde la prevalencia fue 1.2 y 1.6 veces respectivamente más alta en los hombres. No se observaron diferencias según género al estratificar por grupo socio-cultural, condición laboral ni entre extranjeros y nacionales.

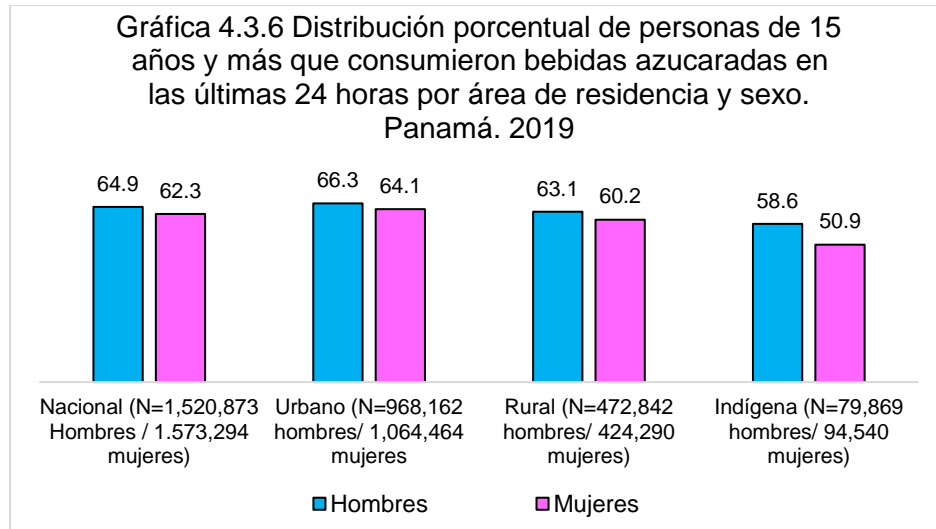


Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

4.3.2.4. Consumo de bebidas azucaradas en las últimas 24 horas y en la última semana

A nivel nacional el consumo de bebidas azucaradas en las últimas 24 horas fue ligeramente mayor en hombres (64.9%) que en mujeres (62.3%) con diferencias estadísticamente significativas observándose resultados similares al estratificar según área de residencia.

La región de salud con mayor consumo fue la comarca Guna yala sin diferencias estadísticamente significativas según sexo. No se encontraron diferencias según géneros al estratificar por grupo socio cultural, condición laboral, terciles de ingreso ni entre extranjeros y nacionales. Sin embargo, los hombres sin educación formal reportaron una prevalencia de consumo en las últimas 24 horas (54.3%) mayor que las mujeres (46.4%) observándose diferencias estadísticamente significativas.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019

4.3.2.5. Consumo de bebidas azucaradas en una semana corriente

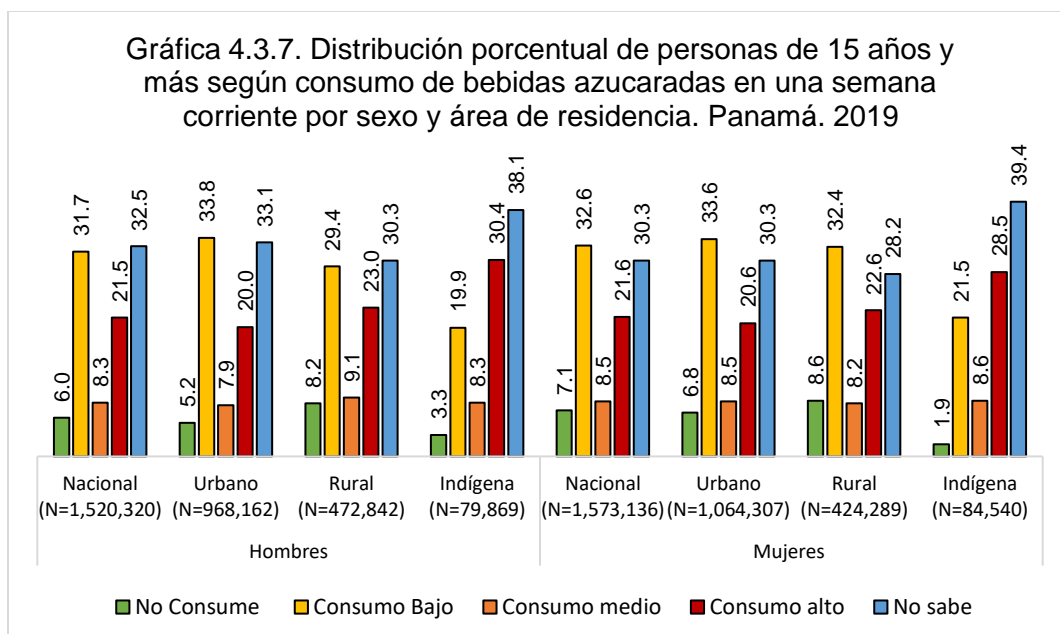
A nivel nacional el consumo alto de bebidas azucaradas (6 o más días a la semana) se estimó en 1 de cada 5 personas sin diferencias en el sexo. Mientras que el reporte de la categoría no consume fue ligeramente mayor en las mujeres (7.1%) que en los hombres (6.0%).

Según dominio de residencia, se observó una mayor prevalencia de consumo alto en el área indígena sin embargo no se demostraron diferencias significativas entre género.

A nivel de región de salud solamente se observaron diferencias según género en la región de Panamá Este estimándose 33.3% de consumo alto en hombres y 25.7% en mujeres.

No se demostraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres para la categoría de consumo alto al estratificar por grupo sociocultural, condición laboral ni terciles de ingreso. Sin embargo, los hombres sin educación formal reportaron con mayor frecuencia un consumo alto (29.3%) en comparación con las mujeres (20.4%).

Gráfica 4.3.7. Distribución porcentual de personas de 15 años y más según consumo de bebidas azucaradas en una semana corriente por sexo y área de residencia. Panamá. 2019



Consumo bajo: 1 a 3 días; Consumo medio: 4 a 5 días; Consumo alto ≥ 6 días
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

4.3.2.6. Consumo de alimentos fritos en una semana corriente

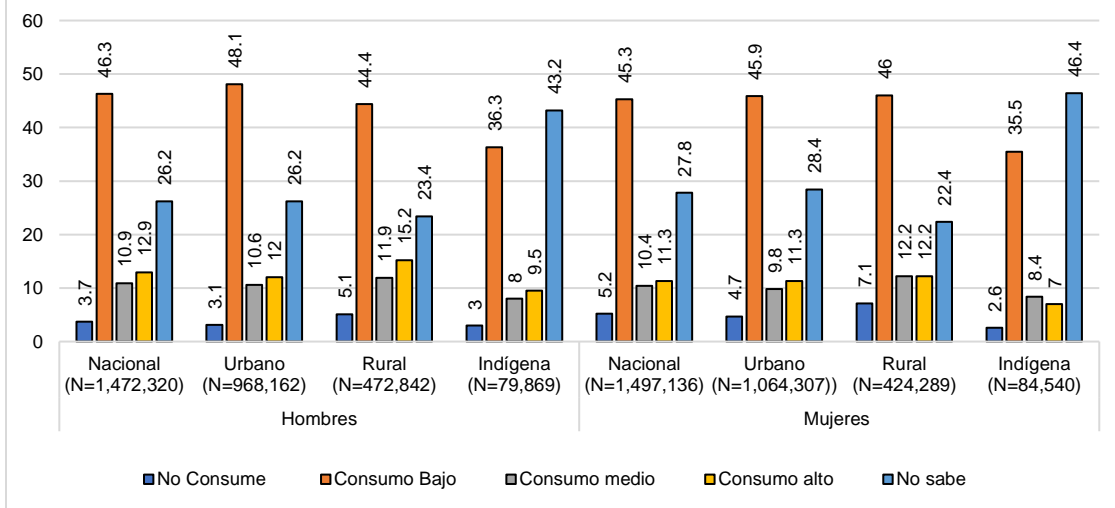
A nivel nacional el consumo alto de alimentos fritos (6 o más días a la semana) no demostraron diferencias estadísticamente significativas según sexo, estimándose 12.9% en hombres y 11.3% en mujeres. Sin embargo, las mujeres reportaron con mayor frecuencia no consumir este tipo de alimentos (5.2%) en comparación con los hombres (3.7%).

Según grupo etario solo se encontraron diferencias del consumo elevado por género para el quinquenio de 15 a 19 años estimándose 21.7% en hombres y 14.4% en mujeres.

A nivel de área de residencia no se encontraron diferencias del consumo alto de alimentos fritos según género en el área urbana y rural, pero si se estimó una mayor prevalencia en los hombres del área rural (15.2%) en comparación con las mujeres (12.2%).

El análisis por regiones de salud muestra que solamente en la Región de Chiriquí y Herrera se reportó una mayor prevalencia de consumo de estos alimentos en el grupo de los hombres.

Gráfica 4.3.8. Distribución porcentual de personas de 15 años y más según consumo de alimentos fritos en una semana corriente por sexo y área de residencia. Panamá. 2019



Consumo bajo: 1 a 3 días; Consumo medio: 4 a 5 días; Consumo alto ≥ 6 días
 Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

4.3.3. Actividad física

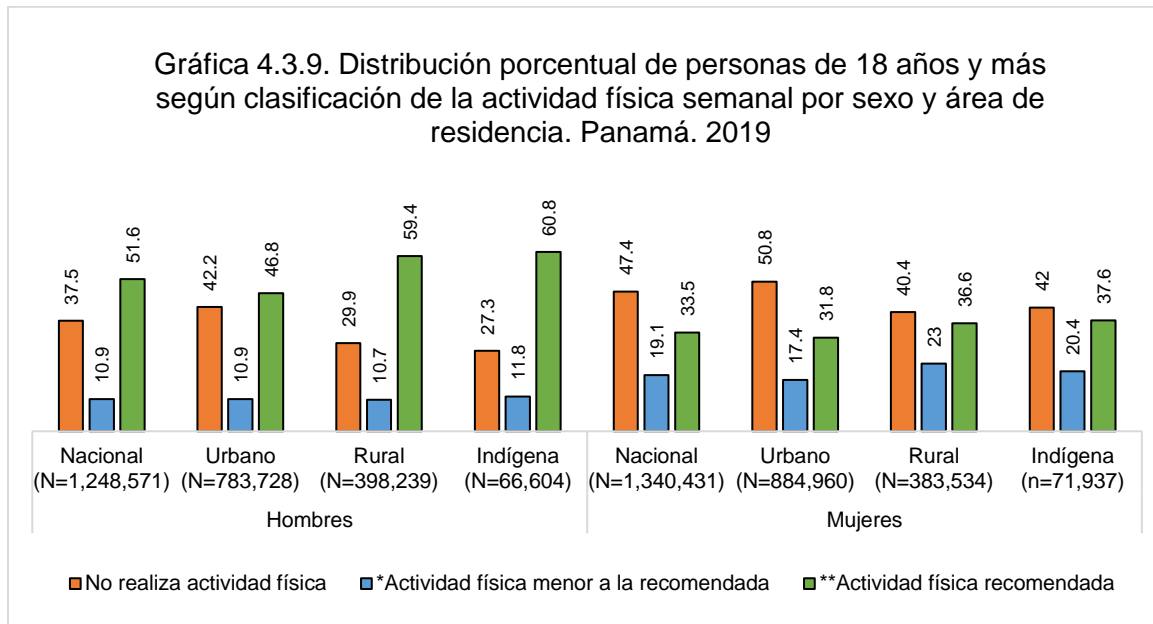
Los MET o Equivalentes Metabólicos según sus siglas en inglés son las unidades utilizadas para el análisis de la actividad física tomando en cuenta el tiempo, la intensidad y el tipo de actividad física realizada. El cumplimiento de la actividad física fue evaluado según la clasificación de los Minutos MET/Semana realizados habitualmente. Con este indicador se Clasificaron a las personas dentro de la categoría de actividad física adecuada (≥ 600 MET/Semana, equivalente a 150 minutos a la semana de actividad física vigorosa o moderada), actividad física deficiente (< 600 MET/Semana equivalente a menos de 150 minutos de actividad física de intensidad vigorosa o moderada), y aquellos que no realizaban actividad física.

A nivel nacional la prevalencia de actividad física adecuada fue mayor en hombres (51.6%) que en mujeres (33.5%). Se observó que además esta mayor prevalencia reportada por los hombres se mantuvo en todos los grupos etarios a partir de los 18 años al igual que por áreas de residencia urbano rural e indígena. Cabe destacar que, al comparar el área de residencia en el grupo femenino, las mujeres del área urbana y rural reportaron realizar con mayor frecuencia actividad física adecuada en comparación con el área urbana.

Al analizar por región de salud, se pudo observar que el mayor porcentaje de mujeres que realizan actividad física adecuada se encontró en la Comarca Emberá (58.3%) mientras que la mayor proporción de mujeres y hombres que no realizan actividad física se encontró en la región de Panamá Metro con 71.6% y 59.7% respectivamente.

A nivel de grupo socio cultural se observó que para ambos sexos los blancos, asiáticos y otros reportaron con mayor frecuencia no realizar actividad física.

La realización de la actividad física adecuada pare aumentar con respecto al nivel educativo tanto en hombres como en mujeres.



*Actividad física menor a la recomendada: Minutos MET/Semana < 600.

**Actividad física recomendada: Minutos MET/Semana ≥ 600

Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

4.4. Adicciones

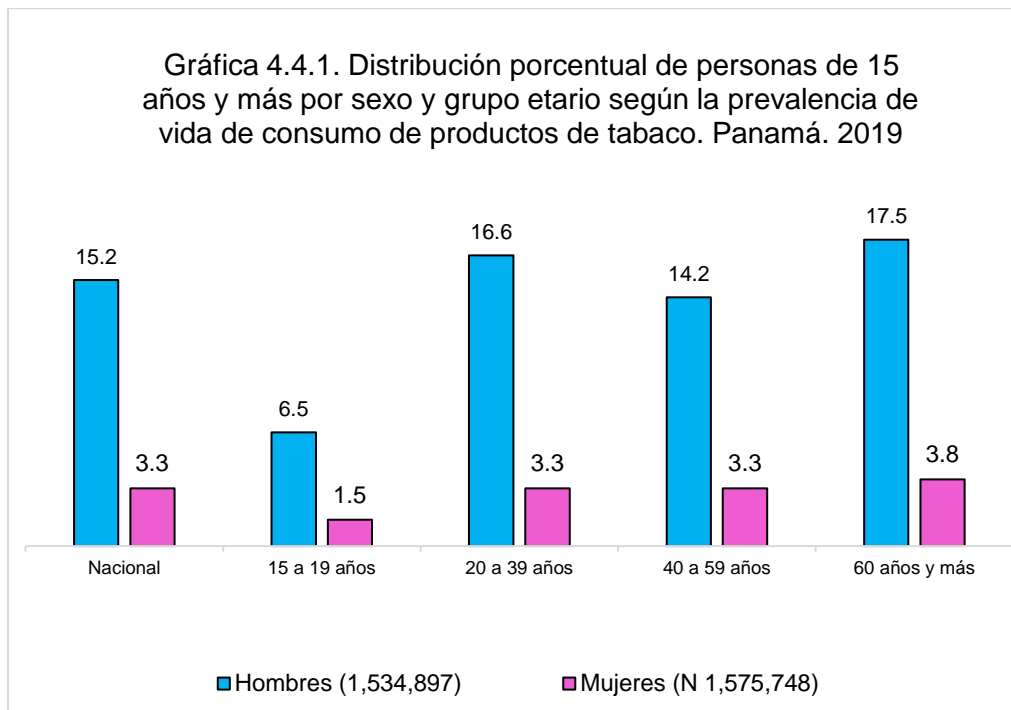
4.4.1. Consumo de tabaco

4.4.1.1. Prevalencia de vida consumo de tabaco por sexo y grupo etario

De los 3,109,059 personas de 15 años y más, un total de 284,964 personas de 15 años y más manifestaron haber usado algún producto de tabaco en su vida lo que representa una prevalencia de vida de 9.2%.

Tomando nota del comportamiento de la prevalencia de vida entre hombres y mujeres, puede comentarse que la prevalencia de vida fue de 15.2% para los hombres y de 3.3% para las mujeres, es decir, 4.6 veces mayor en hombres que en las mujeres.

Cuando se analizan la prevalencia de vida por sexo y grupo de edad, el comportamiento denota que la prevalencia más elevada (3.8%) se registró en el grupo de mujeres de 60 años y más, aunque no se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre este grupo con los grupos de 20 a 39 años y 40 a 59 años, sin embargo, si las hay entre estos tres grupos de edades con el de 15 a 19 años donde la prevalencia alcanza 1.5%, siendo esta prevalencia 2.2 veces menor que nacional. Los hombres presentan prevalencias más elevadas que las mujeres en todos los grupos de edades con diferencias estadísticamente significativas (Gráfica 4.4.1).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

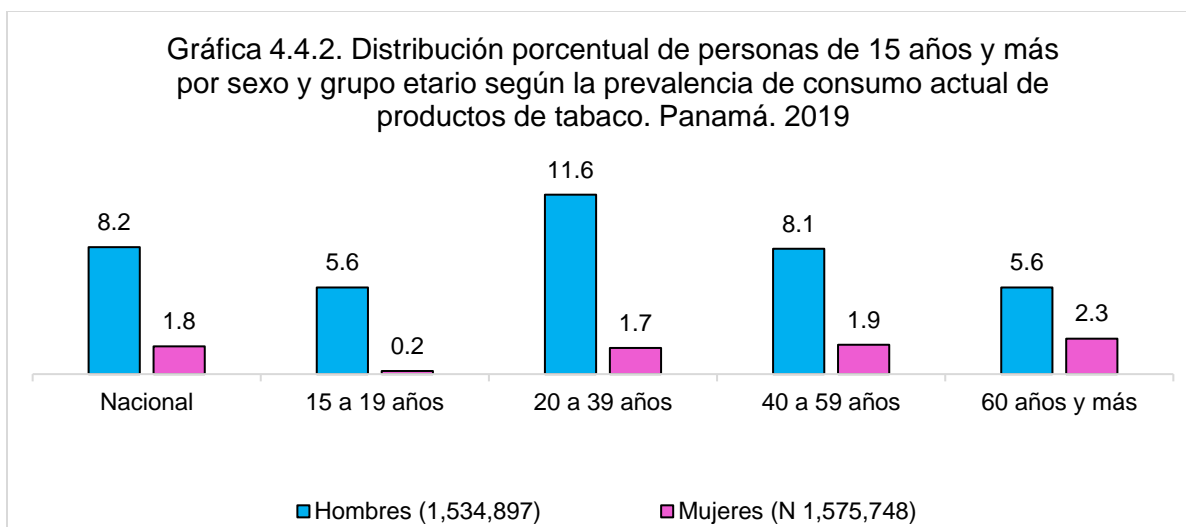
4.4.1.2. Prevalencia actual de consumo actual de tabaco por sexo y grupo etario

La ENSPA reveló que 154,068 personas de 15 años y más indicaron haber usado algún producto de tabaco en los últimos 30 días, para una prevalencia actual de 5%, con lo que podría decirse que a nivel de país se ha logrado el final del juego. Este indicador al compararse con la prevalencia de vida que fue de 9.2% refleja una diferencia de 4.2 puntos porcentuales como indicador de país. Por otro lado, al comparar la prevalencia de vida con la prevalencia actual (últimos 30 días) por sexo, se encontró que la prevalencia actual en hombres es 6.9% menor que la prevalencia de vida y que, en las mujeres la prevalencia actual es 1.5% más baja que la prevalencia de vida (3.4%).

La prevalencia actual de productos de tabaco se estimó en 8.2% para los hombres y en 1.8% para las mujeres, siendo 4.6 veces menor en mujeres y evidenciando diferencias significativas entre ambos sexos.

Al considerar la prevalencia actual por grupo de edad las categorías establecidas para este análisis fueron 15 a 19 años, 20 a 24 años, 25 a 29 años, 30 a 39 años, 40 a 44 años, 45 a 49 años, 50 a 54 años, 55 a 59 años, 60 a 64 años, 65 a 69 años, 70 a 74 años, 75 a 79 años y 80 años y más. En la población femenina de 60 años y más, la prevalencia actual de consumo de tabaco alcanzó su cifra más elevada con 2.3% mientras que, la más baja fue reportada en el grupo de 15 a 19 años, con 0.2%. Solo se identificaron diferencias significativas con el promedio nacional para el grupo de 15 a 19 años.

En los hombres la prevalencia actual de consumo de tabaco más elevada se registró en el grupo de 20 a 39 años, con 11.6% es decir 3.4 puntos porcentuales por encima de la cifra nacional y con diferencias significativa. Los grupos de hombres de 15 a 19 años y de 60 años y más, mostraron para cada grupo una prevalencia de 5.6%, donde solo el primer grupo mencionado no tuvo diferencias significativas con los valores nacionales (Gráfica 4.4.10).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

4.4.2. Consumo de bebidas alcohólicas

4.4.2.1 Prevalencia de vida consumo de alcohol por sexo y grupo etario

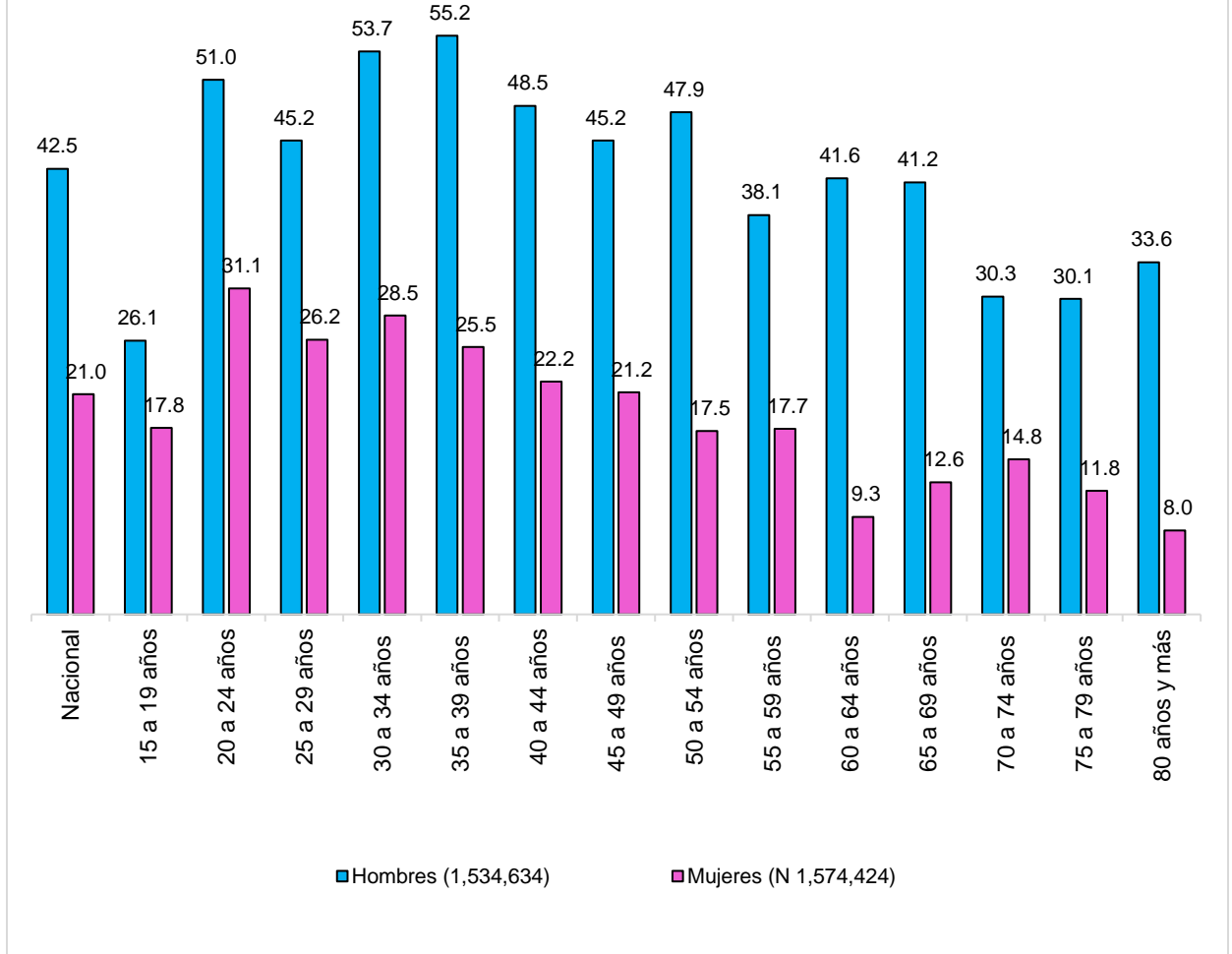
Un total de 987,112 personas de 15 años y más manifestaron haber consumido bebidas alcohólicas en su vida y de estas 332,988 fueron mujeres, lo que representa para este sexo, una prevalencia de vida de 21%.

Tomando nota del comportamiento de la prevalencia de vida entre hombres y mujeres, puede comentarse que la prevalencia de vida para los hombres (42.5%) es el doble que en las mujeres (21%).

Cuando se analiza la prevalencia de vida por sexo y grupo de edad, el comportamiento denota que la prevalencia más elevada (31.1%) se registró en el grupo de mujeres de 20 a 24 años, en contraposición los hombres registraron su prevalencia de vida más elevada en el grupo de 35 a 39 años (55.2%). En las mujeres las prevalencias por encima del promedio de país con diferencias significativas se registraron en los quinquenios contenidos de 20 a 39 años y las prevalencias más bajas se reportan con cifras que oscilan entre 8% en el grupo de 80 años y más a 17.8% en el quinquenio de 15 a 19 años.

Los hombres presentan prevalencias más elevadas que las mujeres en todos los grupos de edades con diferencias significativas. (Gráfica 4.4.19).

Gráfica 4.4.3. Distribución porcentual de personas de 15 años y más por sexo y grupo etario según la prevalencia de vida de consumo de bebidas alcohólicas. Panamá. 2019.



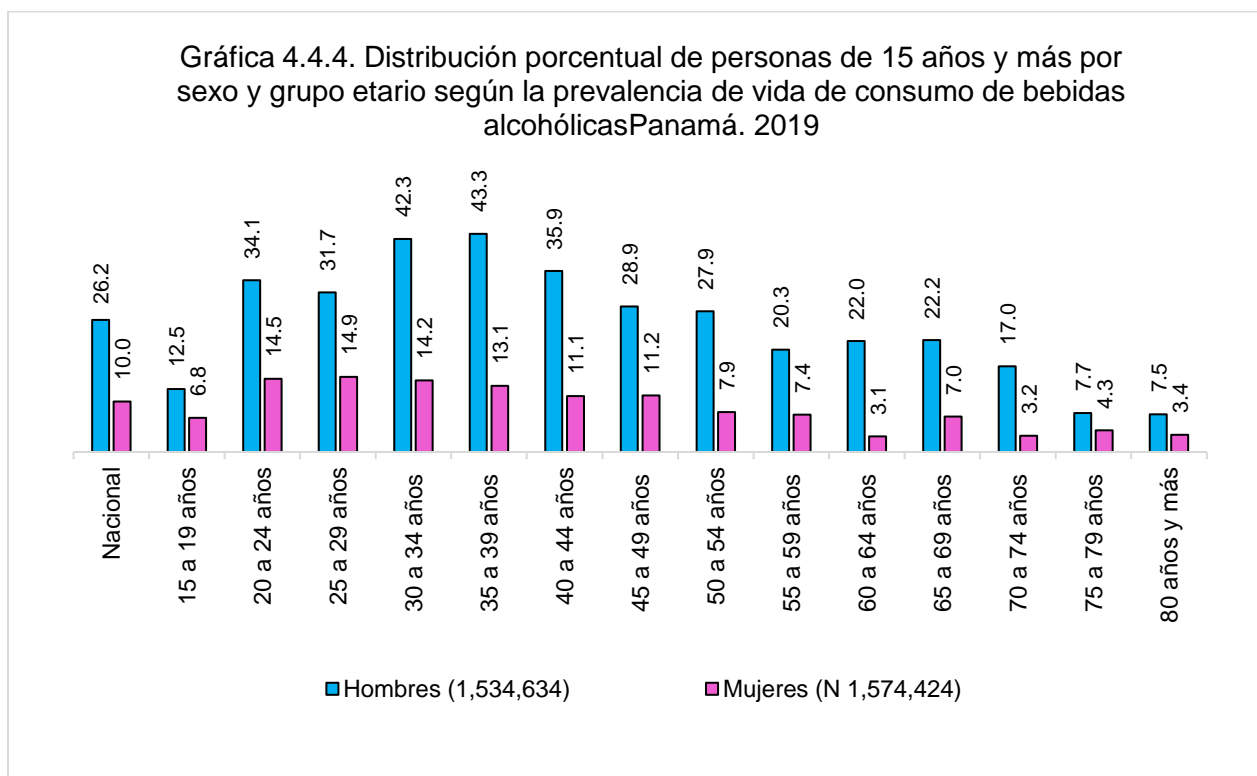
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

4.4.2.2. Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días por sexo y grupo etario

De las 3,127,287 personas de 15 años y más que manifestaron haber consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, 404,212 fueron hombres y 159,335 mujeres, siendo la prevalencia actual de en los hombres 2.6 veces más que en las mujeres.

La prevalencia actual de consumo de bebidas alcohólicas en las mujeres por grupos de edad evidenció cifras superiores a la prevalencia actual del país y diferencias significativas con la misma, para los grupos quinquenales de edad desde los 20 hasta los 34 años, con valores que oscilaron entre 14.2% y 14.5%, donde el mínimo fue registrado en el grupo de 30 a 34 años y el máximo en el grupo de 25 a 29 años.

De igual forma, mostraron una prevalencia actual de consumo de bebidas alcohólicas más baja que la nacional y con diferencias significativas los grupos quinquenales incluidos en el bloque que va desde los 60 a 74 años y el quinquenio de 80 años y más. Las prevalencias registradas fluctuaron entre 3.2% y 7%, siendo la más baja para el grupo de 70 a 74 años y la más elevada para el grupo de 65 a 69 años (Gráfica 4.4.31).

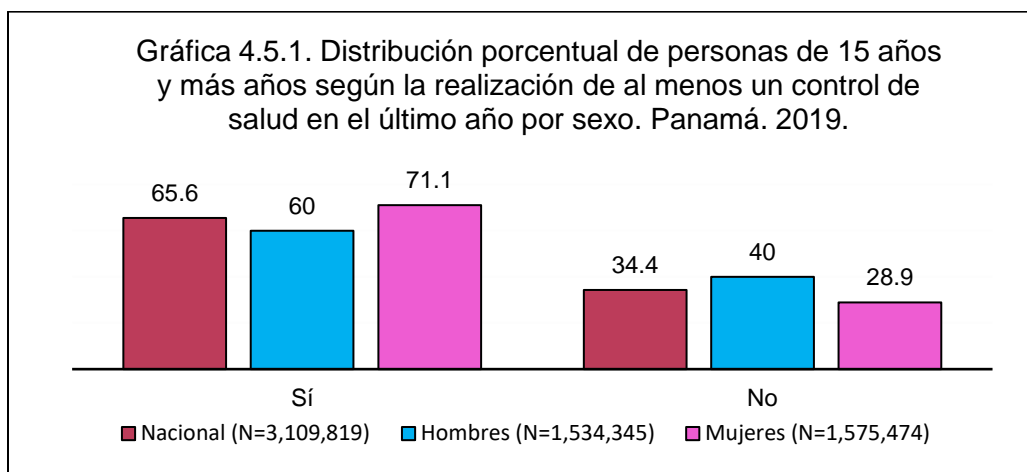


Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

4.5 Medidas de prevención secundaria de las Enfermedades No Transmisibles (ENTs)

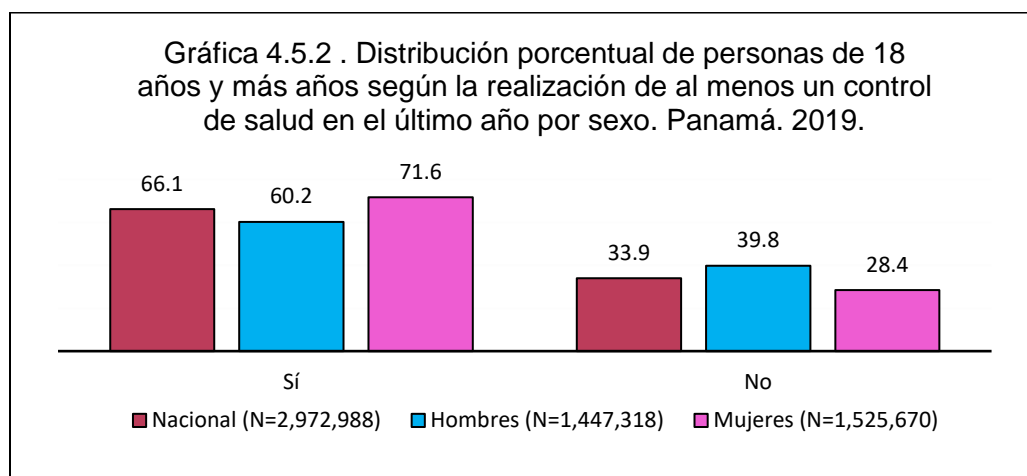
4.5.1. Controles de salud

En un 65.6% de la población de 15 años y más se realizaron al menos un control de salud en el último año. Siete de cada diez mujeres (71.1%) se realizaron al menos un control de salud, mientras que tres de cada cinco hombres (60.0%) se realizaron al menos un control de salud en el último año (Gráfica 4.5.1). Hay diferencias estadísticamente significativas por sexo (valor de $p > 0.001$).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá.

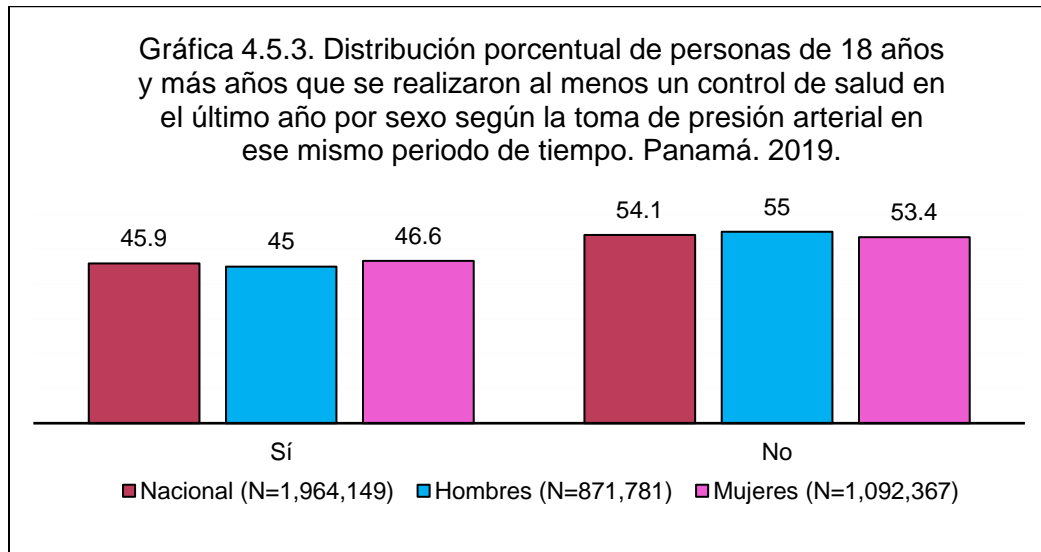
En un 66.1% de la población de 18 años y más se realizaron al menos un control de salud en el último año. Siete de cada diez mujeres (71.6%) se realizaron al menos un control de salud, mientras que tres de cada cinco hombres (60.2%) se realizaron al menos un control de salud en el último año (Gráfica 4.5.2). Hay diferencias estadísticamente significativas por sexo (valor de $p > 0.001$).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá.

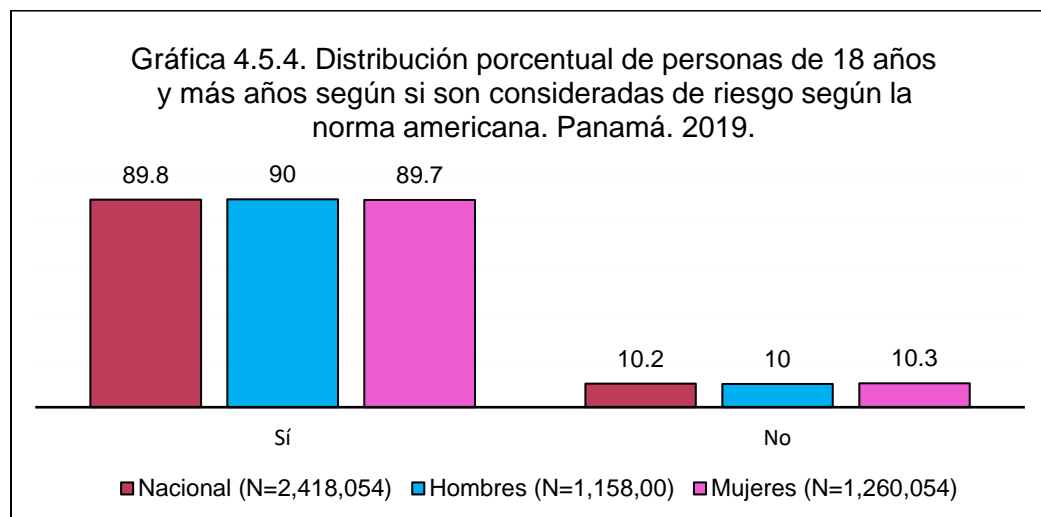
4.5.2. Controles de presión arterial

En un 45.9% de la población de 18 años y más que se realizaron al menos un control de salud en el último año también refieren un control de presión arterial en ese mismo periodo de tiempo (Gráfica 4.5.3). No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo en cuanto a la toma de la presión arterial en personas de 18 años y más que se realizaron al menos un control de salud (valor de $p > 0.38$).



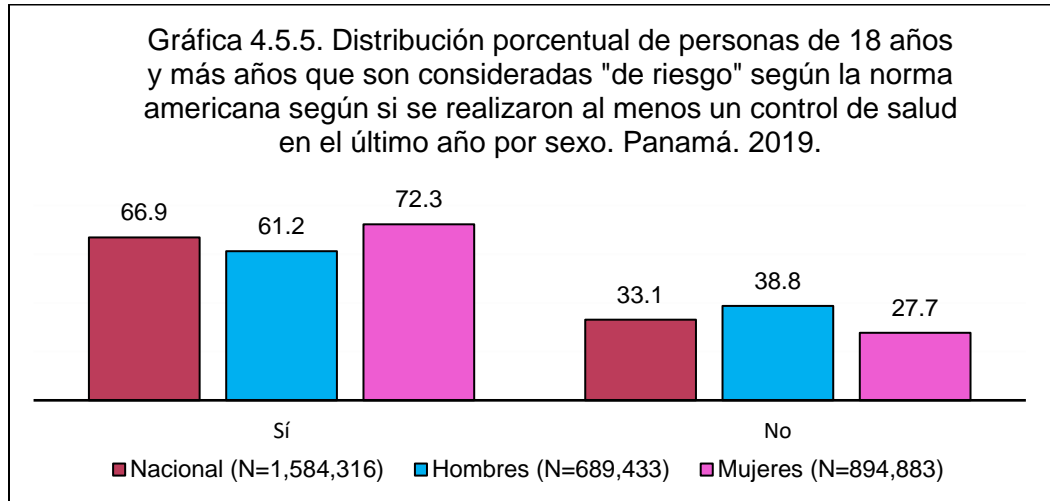
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019

En un 89.8% de la población de 18 años y más son consideradas como de riesgo según la norma americana (Gráfica 4.5.4). No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo en cuanto a si las personas son calificadas como de riesgo según la norma americana (valor de $p = 0.77$).



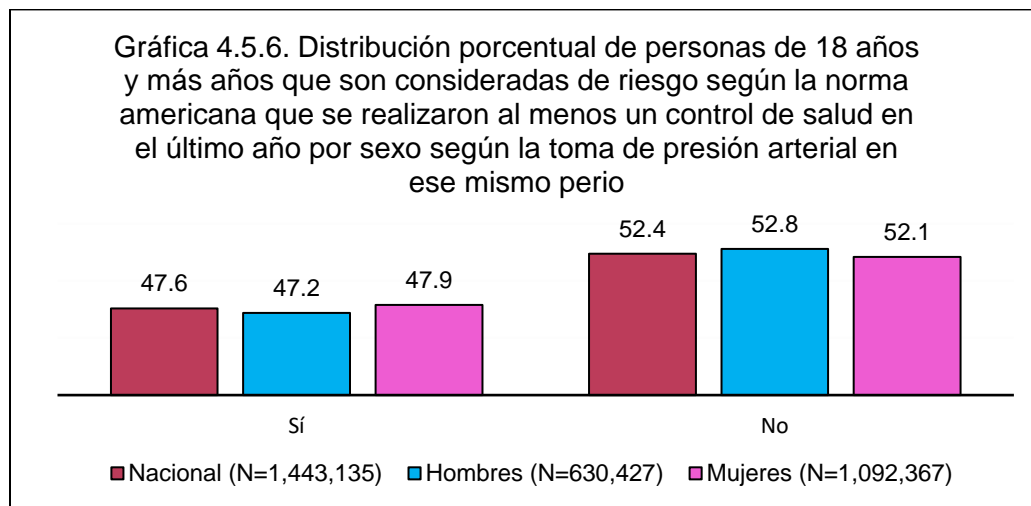
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019

En un 66.9% de la población de 18 años y más que es considerada como “de riesgo” según la norma americana se realiza un control de salud al año. Un 61.2% de los varones de esta población acuden a un control de salud anual, mientras que un 72.3% de las mujeres lo hace (Gráfica 4.5.5). Hay diferencias estadísticamente significativas por sexo en cuanto a la realización de al menos un control de salud en el último año (valor de $p < 0.001$).



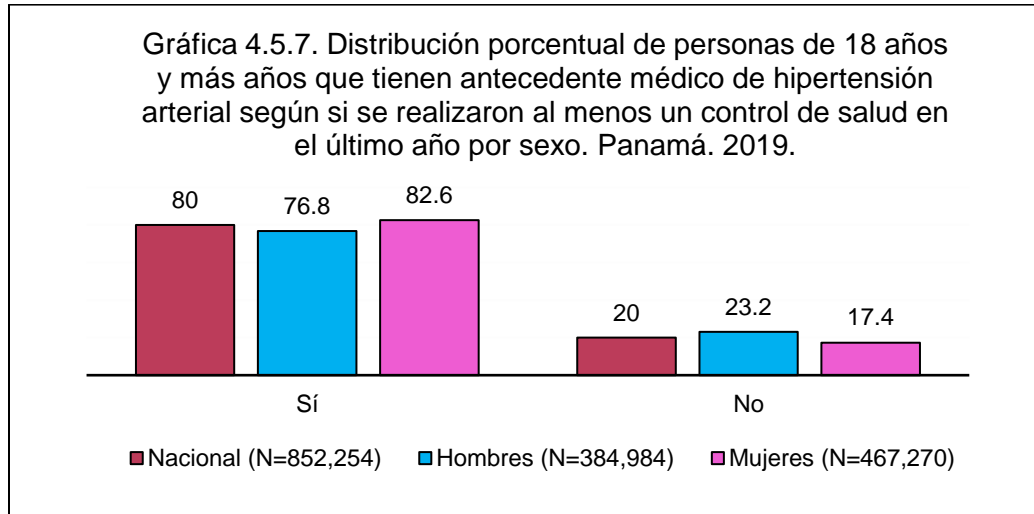
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019

En un 47.6% de la población de 18 años y más que se considerada como “de riesgo” según la norma americana y que se realiza al menos un control de salud al año se les tomó la presión en ese periodo de tiempo (Gráfica 4.5.6). No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo en cuanto a la realización de al menos un control de presión en el último año en esta población (valor de $p = 0.77$).



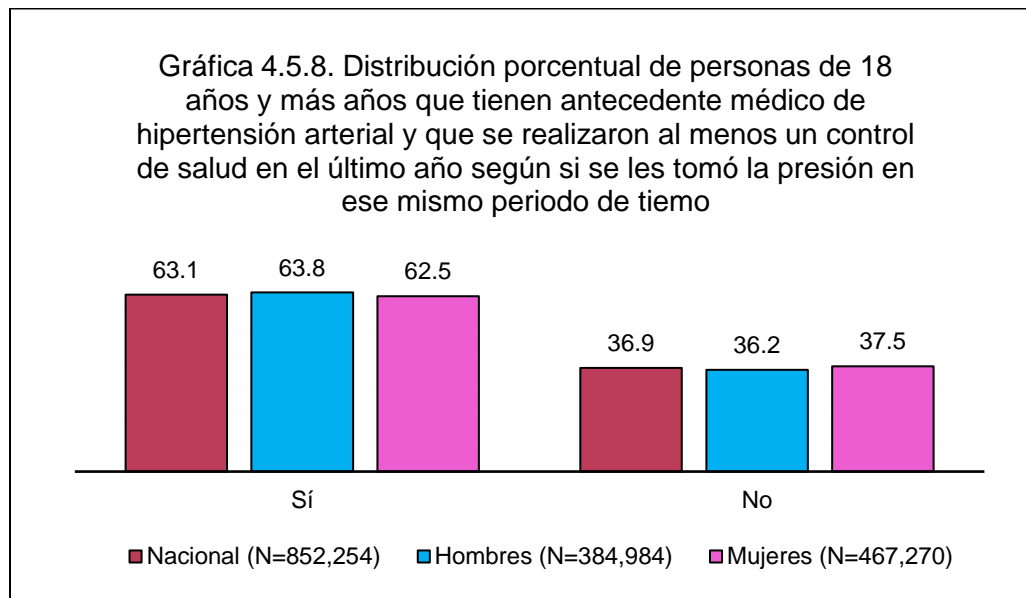
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019

En un 80.0% de la población de 18 años y más que se refiere que tienen el diagnóstico médico de hipertensión y/o toman medicamentos para la presión arterial elevada refieren que se realiza al menos un control de salud al año (Gráfica 4.5.7). En las mujeres, este porcentaje es de 82.6%, pero en los hombres es de 76.8% (valor de $p = 0.009$).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019

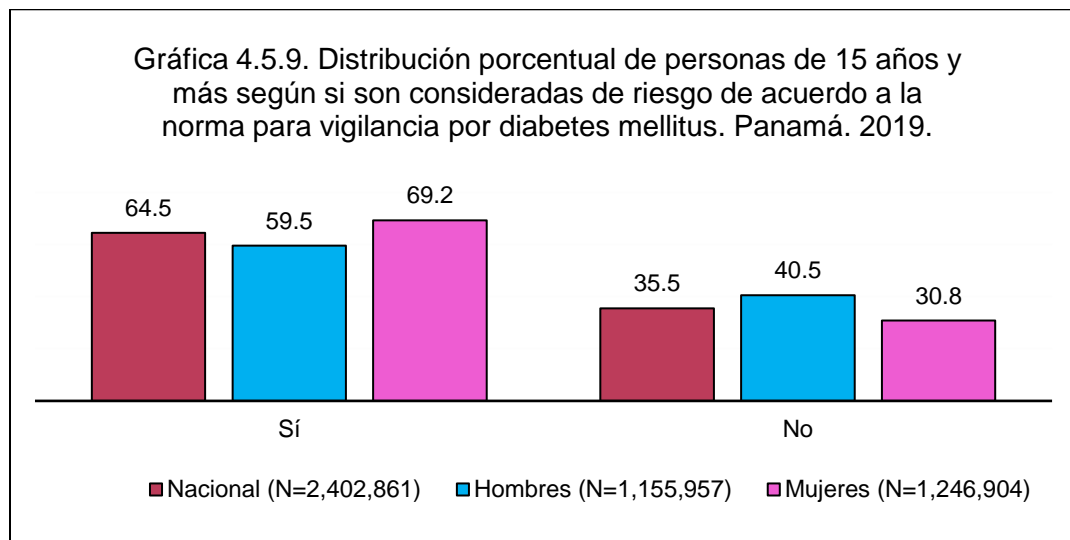
En un 63.1% de la población de 18 años y más que se refiere que tienen el diagnóstico médico de hipertensión y/o toman medicamentos para la presión arterial elevada y que se les realiza al menos un control de salud al año refieren que se les tomó la presión arterial (Gráfica 4.5.8). La diferencia entre hombres y mujeres no es estadísticamente significativa (valor de $p = 0.64$).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019

4.5.3. Prevención primaria de diabetes

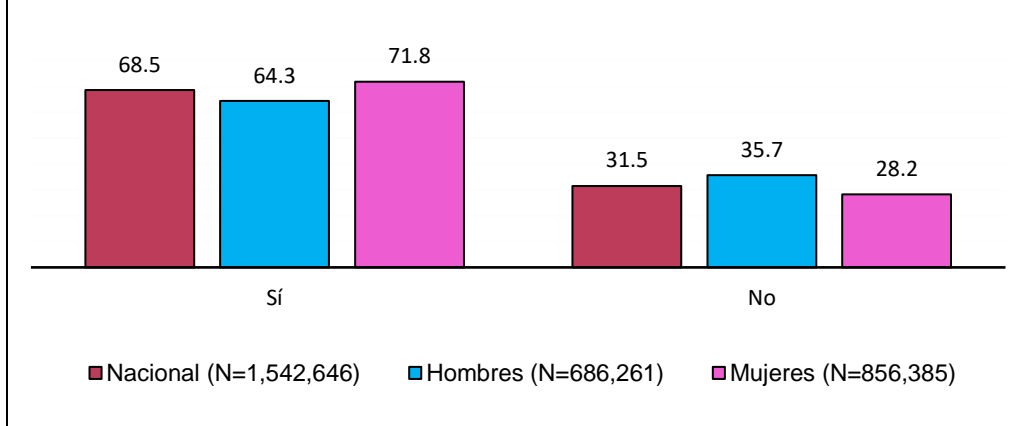
En un 64.5% de la población de 15 años y más son consideradas como “de riesgo” según la norma y requieren de la toma de glicemia anualmente (Ministerio de Salud de Panamá, 2018). Las mujeres presentan una proporción de 69.5%, mientras que en los hombres esta fue de 59.5% (Gráfica 4.5.9). Hay diferencias estadísticamente significativas por sexo en cuanto a si las personas son calificadas como “de riesgo” según la norma para desarrollar diabetes mellitus (valor de $p < 0.001$).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019

En un 68.5% de la población de 15 años y más que son consideradas como de riesgo según la norma y requieren de la toma de glicemia anualmente se han realizado un control de salud en los últimos 12 meses (Ministerio de Salud de Panamá, 2018). Las mujeres presentan una proporción de 71.8%, mientras que en los hombres esta fue de 64.3% (Gráfica 4.5.10). Hay diferencias estadísticamente significativas por sexo en cuanto las personas son calificadas como de riesgo según la norma para desarrollar diabetes mellitus para realizarse un control de salud en los últimos 12 meses (valor de $p < 0.001$).

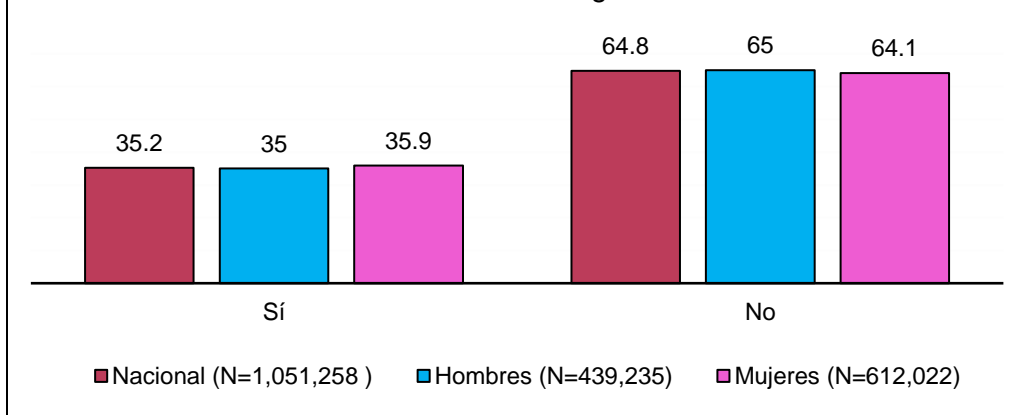
Gráfica 4.5.10. Distribución porcentual de personas de 15 años y más que son consideradas de riesgo de acuerdo a la norma para vigilancia por diabetes mellitus según si se realizaron al menos un control de salud en el último año. Panamá. 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019

En un 35.2% de la población de 15 años y más que son consideradas como de riesgo según la norma requiriendo de la toma de glicemia anualmente (Ministerio de Salud de Panamá, 2018) y que se han realizado un control de salud en los últimos 12 meses, refieren que se han realizado dicho examen (Gráfica 4.5.11). No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo en cuanto a estas personas (valor de $p = 0.71$).

Gráfica 4.5.11. Distribución porcentual de personas de 15 años y más que son consideradas de riesgo de acuerdo a la norma para vigilancia por diabetes mellitus y que se realizaron un control de salud según si se realizan un control de azúcar en sangre en



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019

4.5.4. Prevención de complicaciones de la diabetes mellitus

Medición de hemoglobina glicosilada

A nivel nacional, la mitad (54.5%) de las personas con antecedentes de diabetes mellitus, refiere realizarse mediciones de hemoglobina glicosilada. No hay diferencias estadísticamente significativas al comparar el sexo y esta medida preventiva (valor de $p=0.44$) (Gráfica 4.5.12).

Revisión oftalmológica

Poco menos de dos de cada cinco (37.8%) de las personas con diabetes mellitus, se realizan revisiones oftalmológicas. No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo con relación a esta medida preventiva (valor de $p=0.69$) (Gráfica 4.5.12).

Revisión de los pies

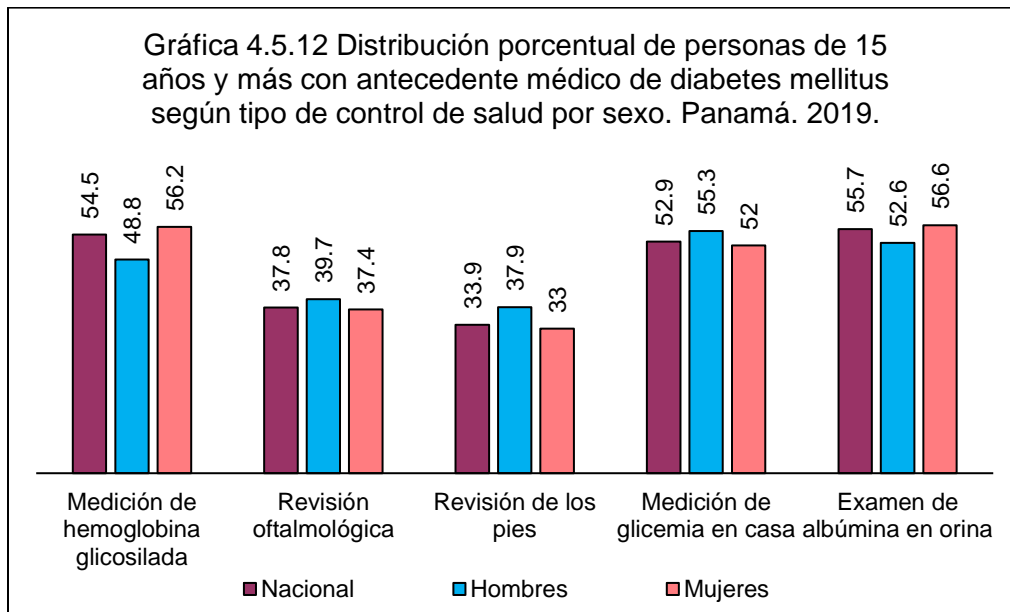
A nivel nacional, poco menos de dos de cada cinco (33.9%) de las personas con antecedente médico de diabetes realizan una revisión de los pies. No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo en relación a esta medida preventiva (valor de $p=0.45$) (Gráfica 4.5.12).

Medición de la glicemia en casa

A nivel nacional, la mitad (52.9%) de las personas con antecedente médico de diabetes reportaron realizarse mediciones de glicemia en casa. Con relación al sexo, no hay diferencias estadísticamente significativas (valor de $p=0.54$) (Gráfica 4.5.12).

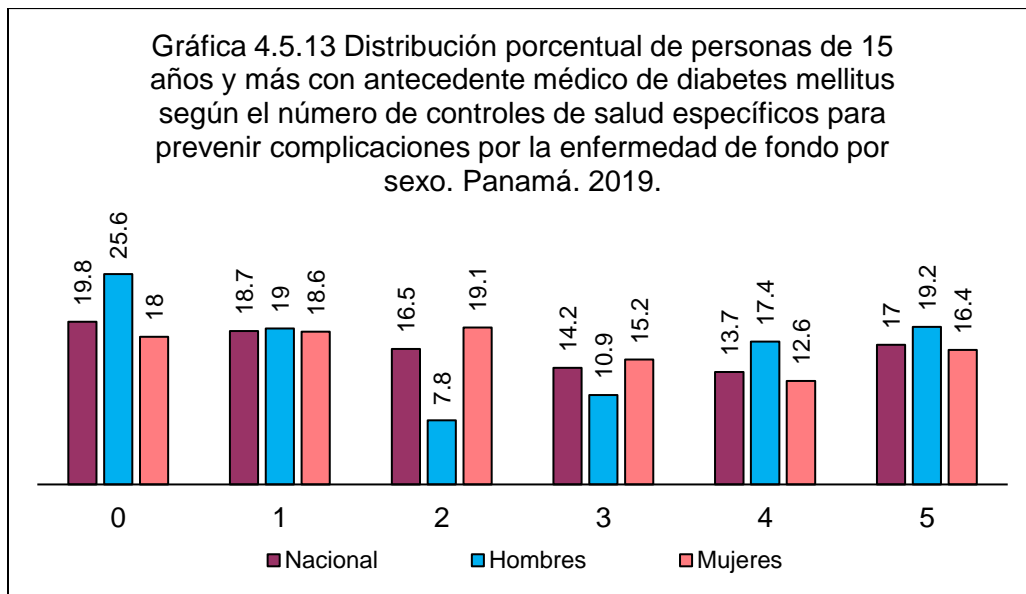
Control de albúmina en orina

A nivel nacional, 55.8% de las personas con antecedente de diabetes mellitus se realizan revisiones albúmina en orina (Gráfica 4.5.12). No se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los sexos para esta medida de control entre las personas con antecedente médicos de diabetes mellitus (valor de $p=0.78$).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

A nivel nacional, dos de cada cinco (19.8%) de las personas con antecedente de diabetes mellitus no se realizan ningún tipo de medidas para prevenir las complicaciones de la condición (Gráfica 4.5.13). Aunque no se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los sexos (valor de $p=0.28$), llama la atención que la proporción de mujeres con el antecedente de diabetes mellitus es 7.6 puntos porcentuales más bajo que los varones.

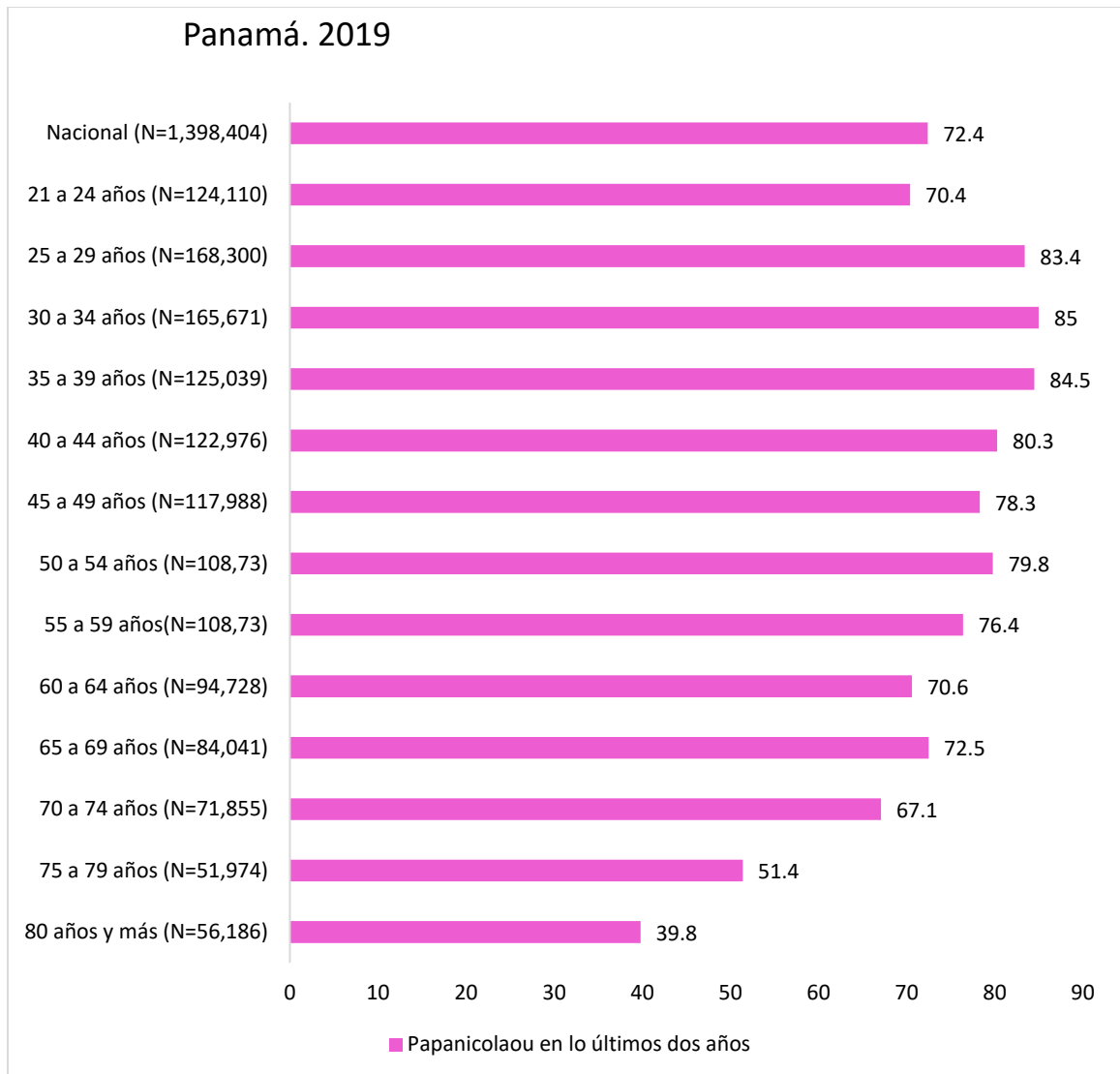


Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

4.5.5. Prevención de cáncer

4.5.5.1. Toma de papanicolaou

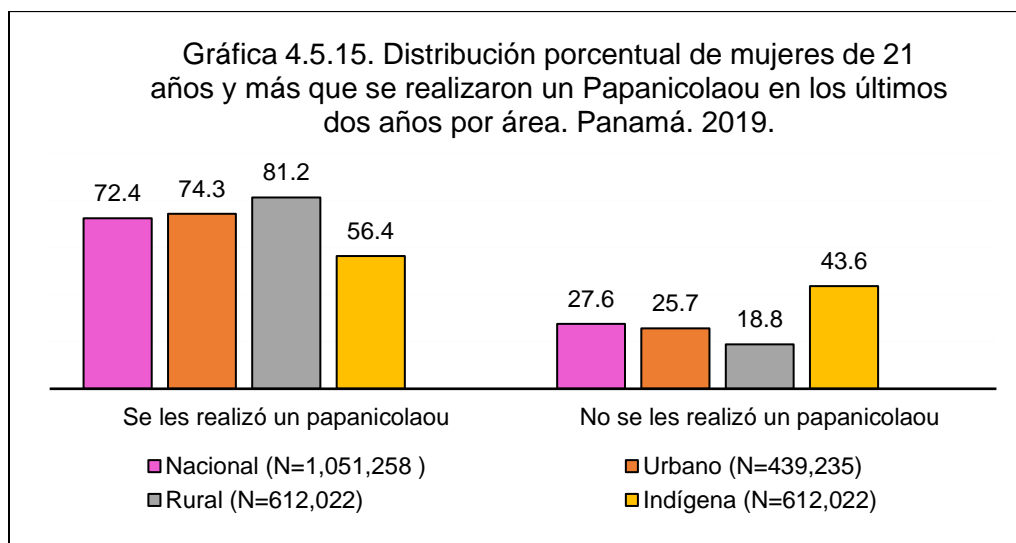
En un 72.4% de la población de 21 años se realiza al menos un papanicolaou anual. En la gráfica se aprecia que el grupo etario de 21 a 24 años, un 70.4% cumple con la norma en relación a la toma de papanicolaou (Ministerio de Salud de Panamá, 2018), el cual asciende hasta un máximo de 85% en grupo de 30 a 34 años para descender paulatinamente a aproximadamente 3.8% entre cada quinquenio de edad hasta un mínimo de 39.8% en el grupo etario de mujeres más añosas (Gráfica 4.5.14).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá.

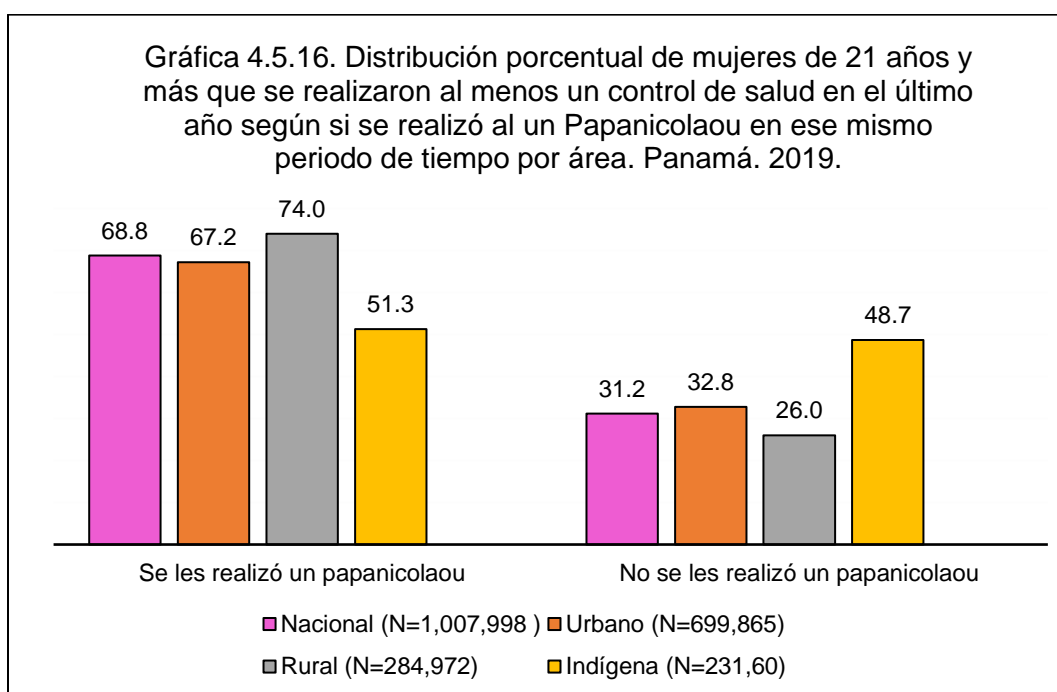
A nivel nacional, un 72.4% de las mujeres de 21 años se realizaron al menos un papanicolaou en los últimos dos años. En el área urbana, esta fue de 74.3%, en el área

rural fue de 81.2% y en el área indígena fue de 56.4% (Gráfica 4.5.15). La diferencia entre las áreas fue estadísticamente significativa.



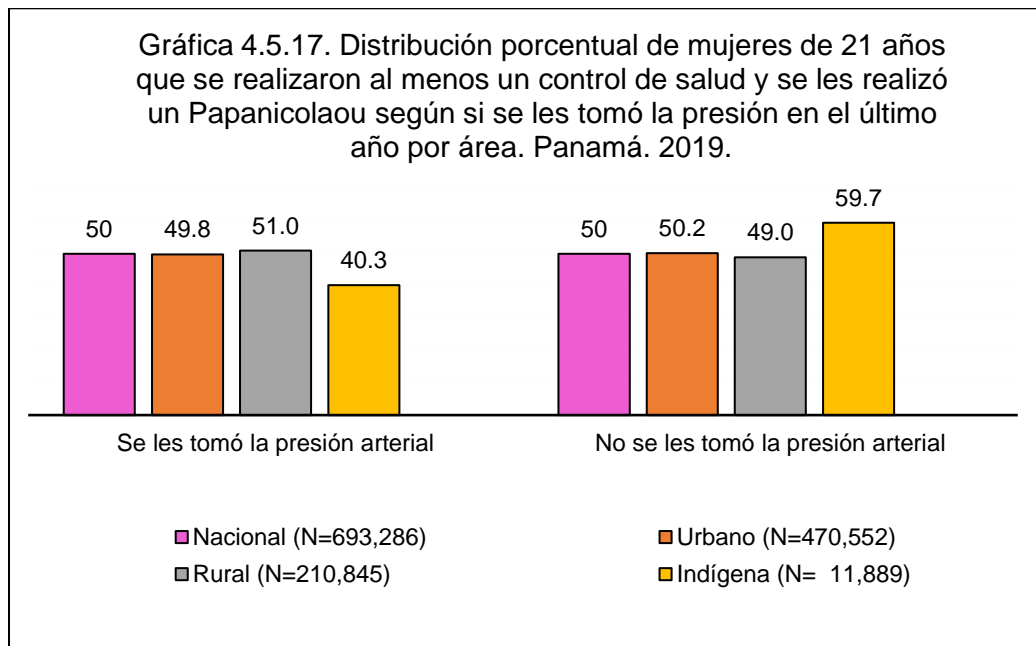
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019

A nivel nacional, un 68.8% de las mujeres de 21 años que se realizaron un control de salud en el último año, también se realizaron un papanicolaou en ese mismo periodo de tiempo. En el área urbana, un 67.2% de estas mujeres se realizaron dicha prueba en el último año, mientras que esta proporción fue de 74.0% y de 51.3% en las áreas rural e indígena respectivamente (Gráfica 4.5.16). La diferencia entre las áreas fue estadísticamente significativa (valor de $p < 0.001$).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019

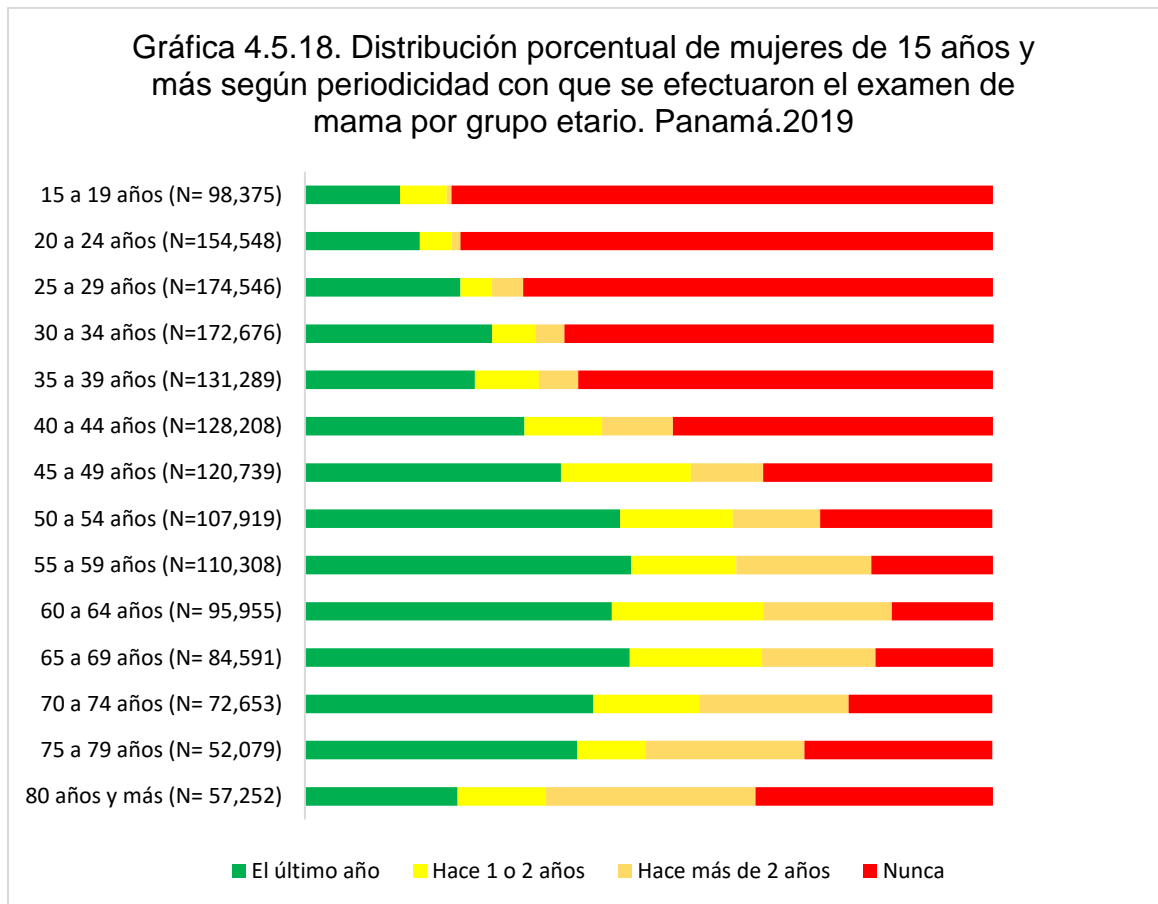
A nivel nacional, a un 50.0% de las mujeres de 21 años que se realizaron un control de salud y se realizaron un papanicolaou en el último año, también se les tomó la presión arterial (Gráfica 4.5.17). La diferencia entre las áreas no fue estadísticamente significativa (valor de $p = 0.17$).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019

4.5.5.2 Autoexamen de mama

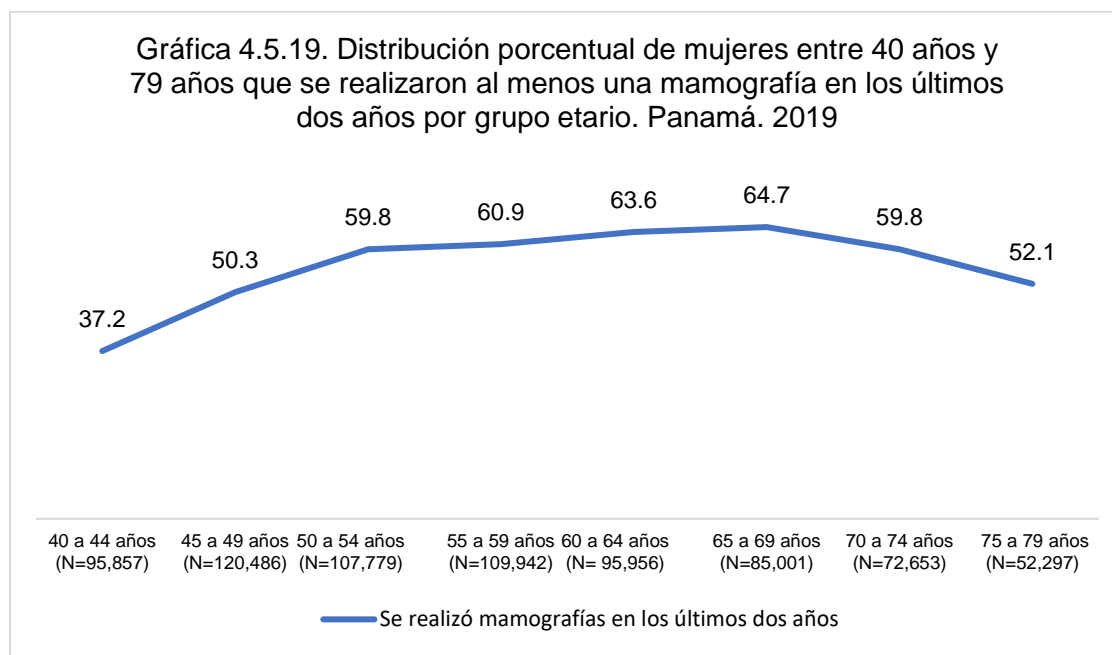
Un 78.7% de las mujeres entre 15 a 19 años nunca se ha realizado un examen de mama, mientras que un 13.8% se realizaron el examen en el último año. La proporción de mujeres que nunca se realizó un examen de mamas disminuye en un 7.9% por cada quinquenio de edad hasta que alcanza su máximo la edad de 65 a 69 años con un 14.7% (R^2 para el decremento de la proporción: 0.97), mientras que la proporción de mujeres que se lo realizan anualmente aumenta 4.3% por cada quinquenio de edad hasta un máximo a la edad de 47.4% en el quinquenio de los 60 a 64 años (R^2 para el incremento de la proporción: 0.95) (Gráfica 4.5.18).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019

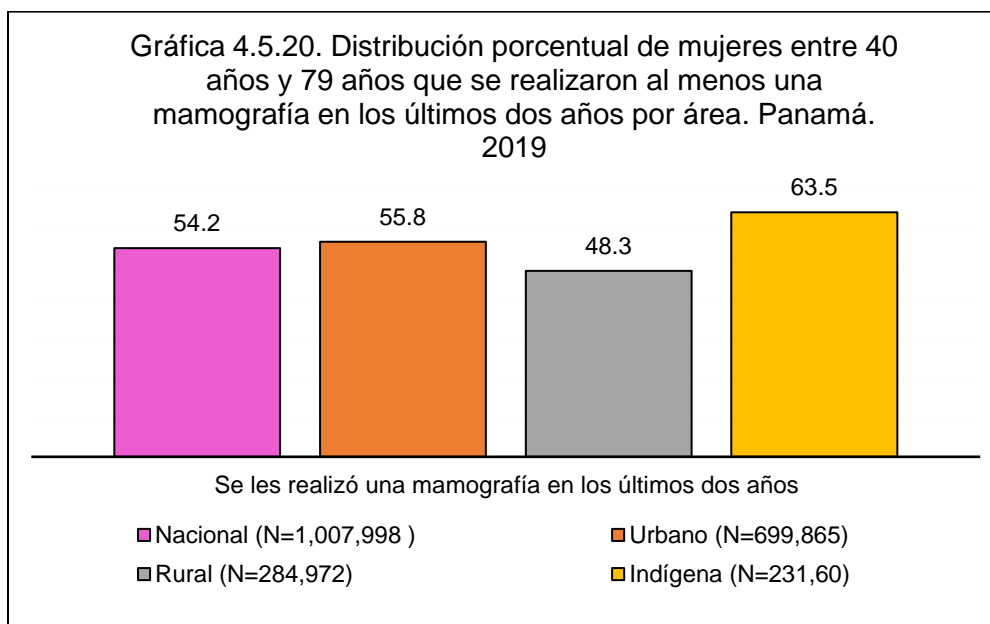
4.5.5.3. Mamografías de acuerdo a la norma

A nivel nacional, que un 54.2% de las mujeres entre en 40 y 75 años se realizaron una mamografía en los últimos dos años. Entre los 40 y 64 años se aprecia un incremento por cada año de edad del 1.1% (R cuadrada ajustada de 0.74, valor de p 0.02) en el cumplimiento de la norma. A partir de los 70 años la proporción decrece de 3 de cada cinco (59.8%) en el grupo etario de 70 a 74 años hasta la mitad en el grupo de 75 a 79 años (Gráfica 4.5.19).



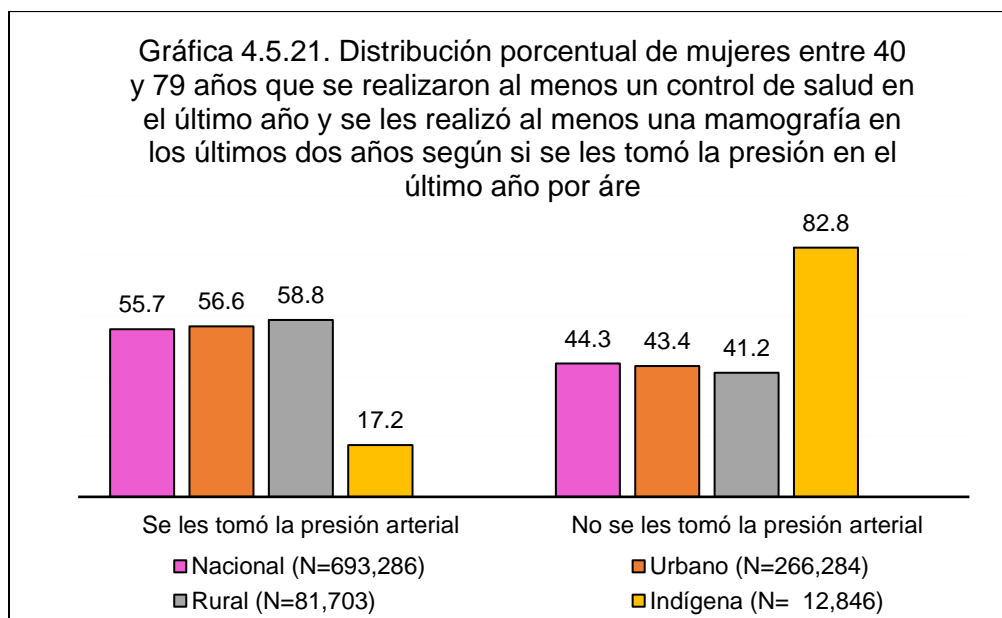
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

A nivel nacional, un 54.2% de las mujeres entre 40 y 79 años se realizaron una mamografía. En el área urbana, un 55.8% de estas mujeres se realizaron dicha prueba en el último año, mientras que esta proporción fue de 48.3% y de 63.5% en las áreas rural e indígena respectivamente (Gráfica 4.5.20). La diferencia entre las áreas fue estadísticamente significativa (valor de p < 0.001).



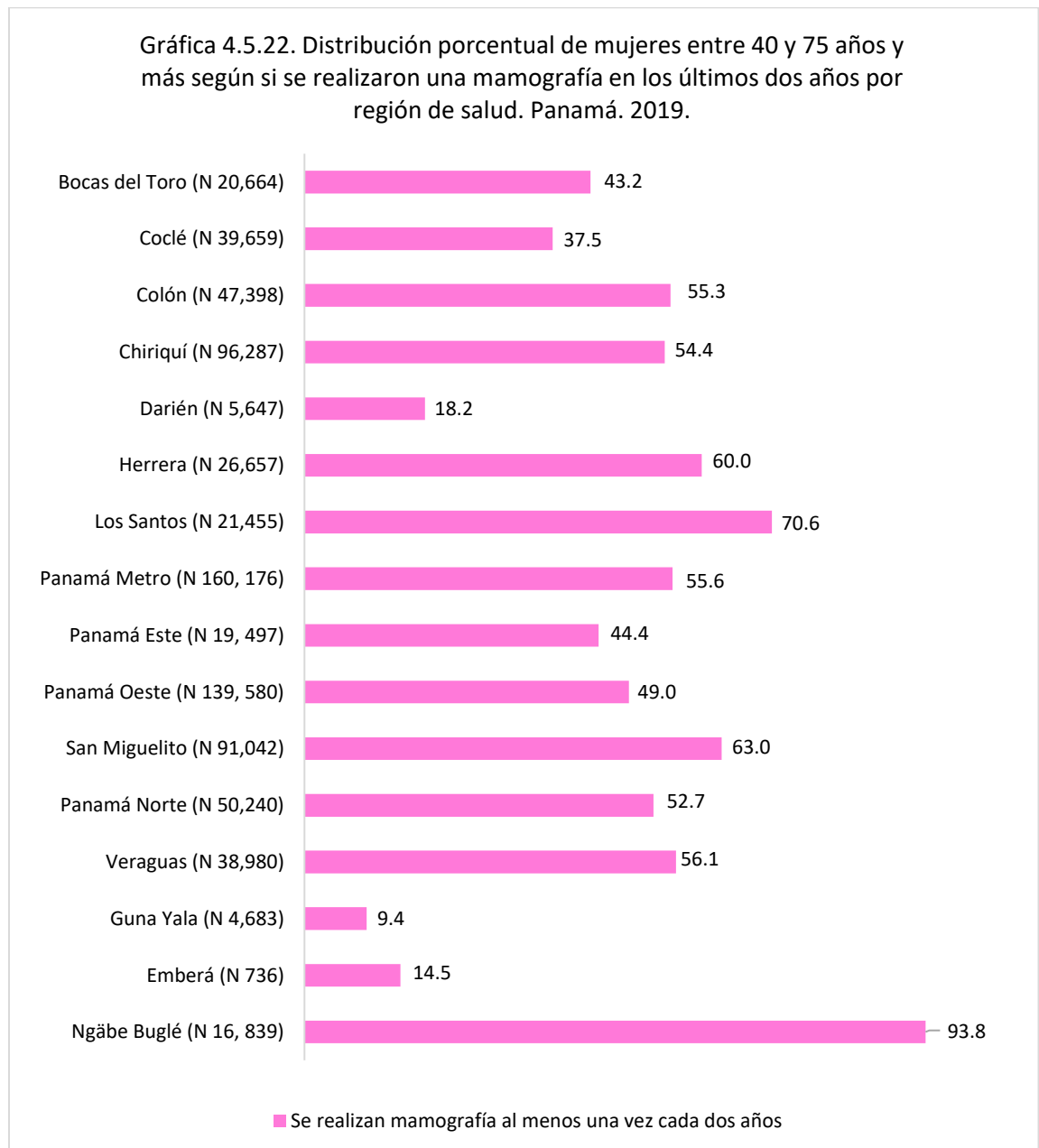
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019

A nivel nacional, a un 55.7% de las mujeres de entre 40 y 79 años, que se realizaron al menos un control de salud y se realizaron al menos una mamografía en el último año, también se les tomó la presión arterial (Gráfica 4.5.21). Los valores del área rural fueron dos puntos porcentuales más altos que los del área urbana. Poco menos de una de cada cinco de estas mujeres se les tomó la presión arterial. La diferencia entre las áreas fue estadísticamente significativa (valor de $p < 0.01$).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019

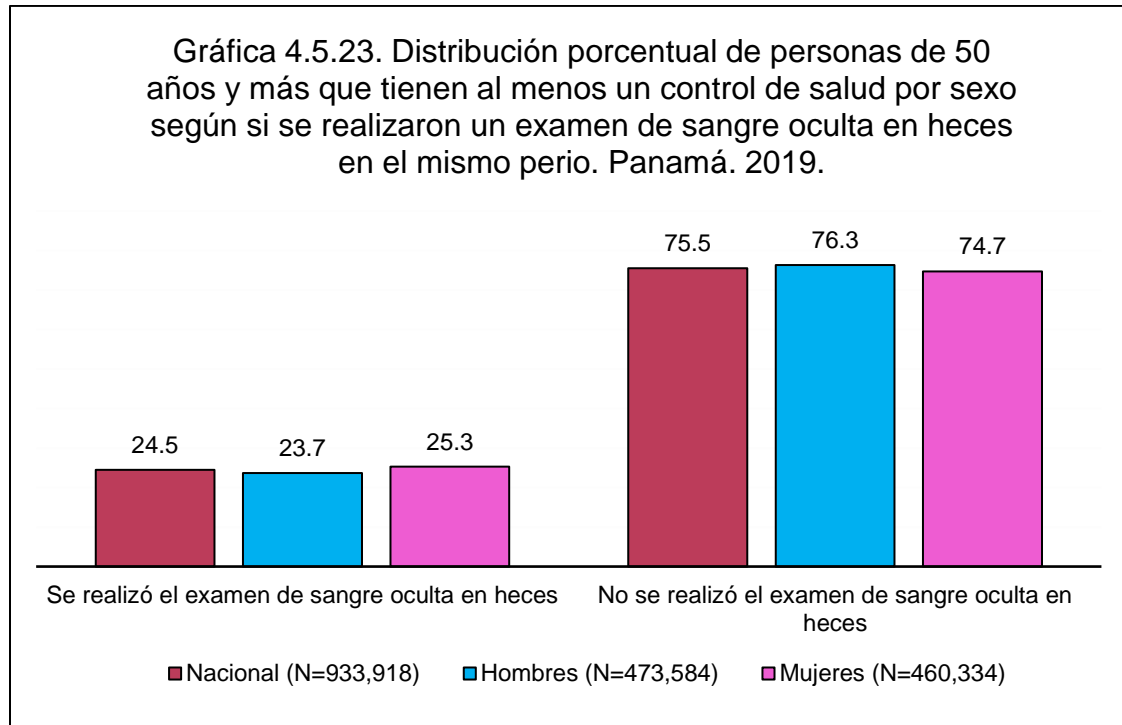
A nivel regional, se aprecia que la Comarca Ngäbe-Buglé es la región de salud con la proporción más alta de mujeres entre 40 y 75 años que refieren que se hacen una mamografía cada dos años (93.8%), mientras que la Comarca Guna Yala tiene la proporción más baja (9.4%) (Gráfica 4.5.22).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019

4.5.5.4 Prevención de cáncer de colon

A nivel nacional, un 24.5% de las personas de 50 años y más que tienen al menos un control de salud, se les realizó un examen de sangre oculta en heces (Gráfica 4.5.23). No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo (p 0.46).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019

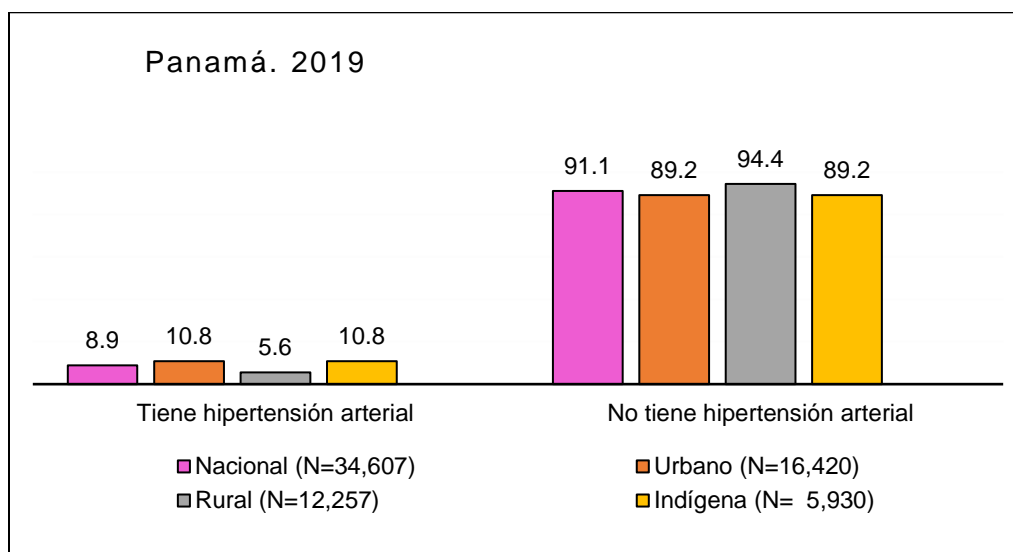
4.5.6. Presión arterial en relación a otras medidas de prevención

Es llamativo ver que, independientemente del sexo, la mitad de las personas de 18 años (45.9%) que tienen al menos un control de salud en el último año, también se tomó la presión en ese mismo periodo de tiempo. Dada la importancia de detectar a un problema como la hipertensión, el cual es carece de síntomas y está asociado a enfermedad cerebrovascular, se valoran posibles causas para tan importante hallazgo: Llama la atención que al revisar los datos del tiempo de atención en minutos con datos extraídos de la encuesta a las viviendas en la ENSPA. La norma establece para atender a un paciente se requiere un “cupo” el cual es una unidad de tiempo equivalente a 15 minutos (Ministerio de Salud de Panamá, 2018).

4.6. Prevalencia de enfermedades no transmisibles

4.6.1. Condiciones propias del embarazo

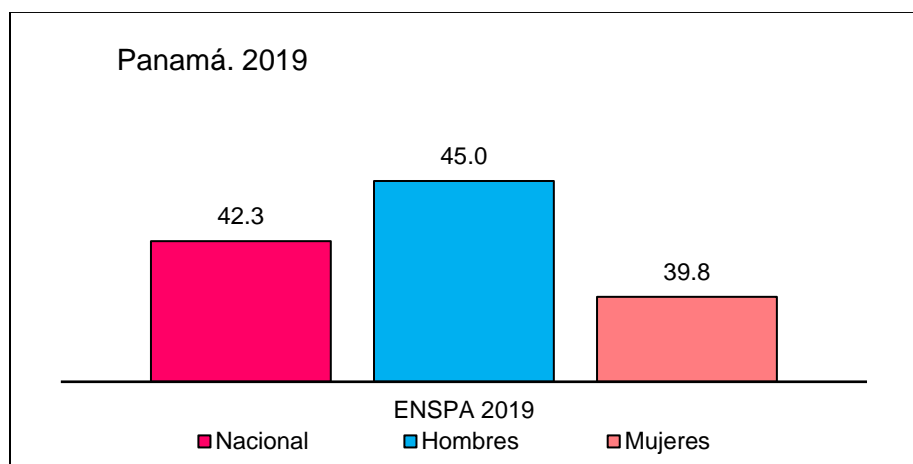
A nivel nacional, un 8.9% de las mujeres embarazadas tienen hipertensión arterial crónica. No hay diferencias estadísticamente significativas entre las áreas (valor de $p=0.49$) (Gráfica 4.6.1). Un 4.1% de las mujeres cumplen con los criterios de hipertensión gestacional.



Fuente: Encuesta nacional de salud de Panamá (ENSPA) 2019.

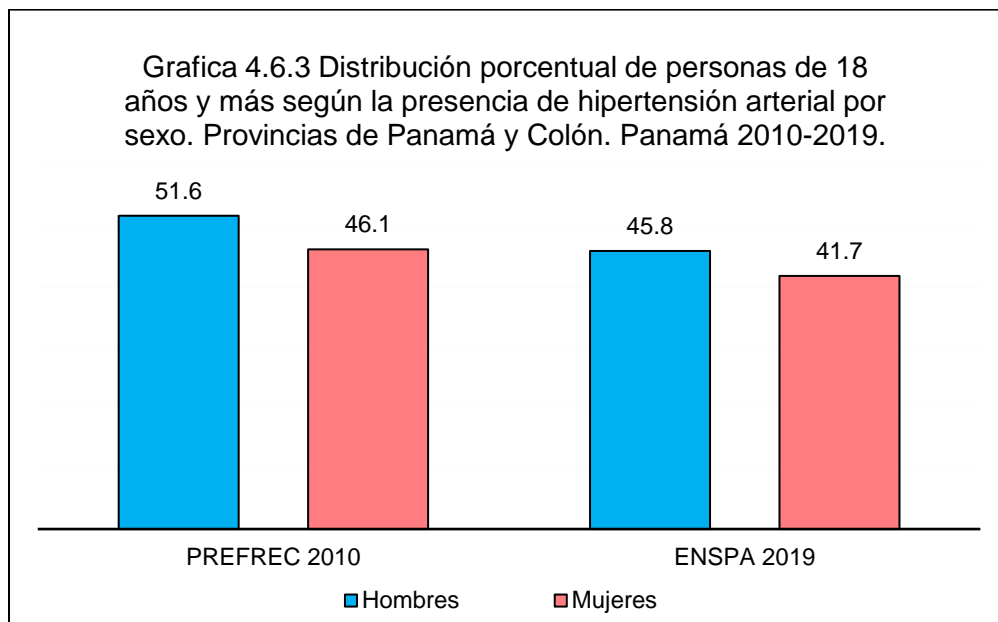
4.6.2. Hipertensión

Un 42.3% de la población de 18 años y más tienen antecedentes y/o medida de hipertensión. Las mujeres tienen una prevalencia de 39.8%, mientras que la prevalencia en hombres es de 45.0% (Gráfica 4.6.2). Hay diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de hipertensión por sexo (valor de $p < 0.01$).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

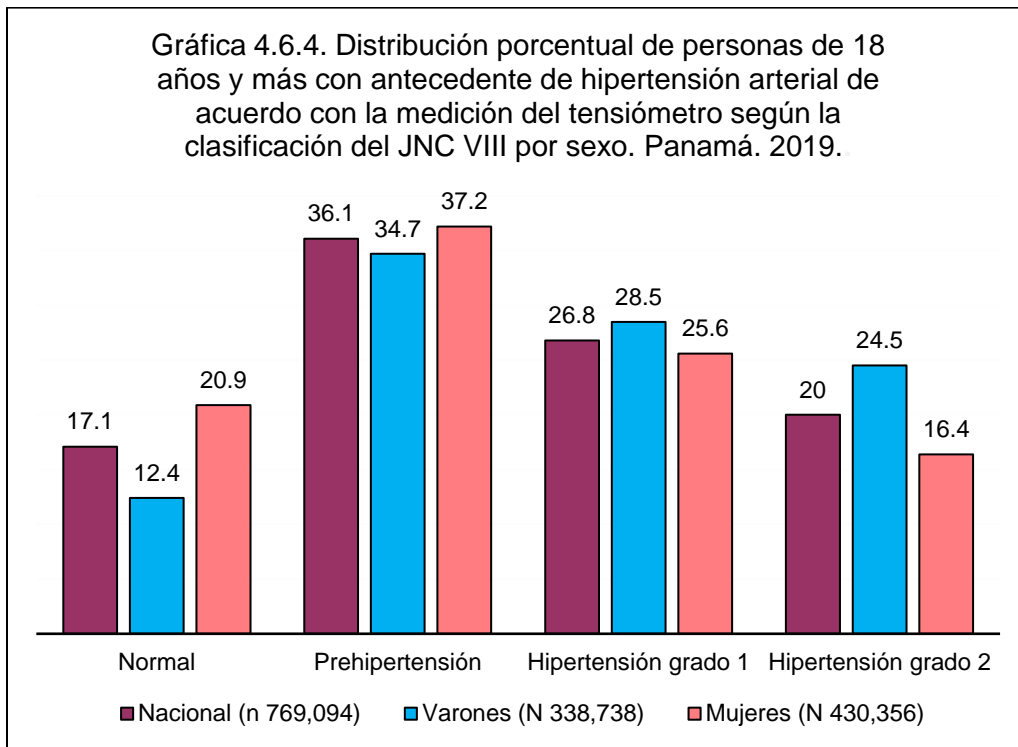
Un 48.9% de la población de 18 años y más tienen antecedentes y/o medida de hipertensión en las provincias de Panamá y Colón al realizar estandarización directa contra la población de dichas provincias (incluida Panamá Oeste) en el año 2019. Las mujeres durante ese año tenían una prevalencia de 46.1%, mientras que la prevalencia en hombres fue de 46.1% (Gráfica 4.6.2). Hay diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de hipertensión por sexo (valor de $p < 0.01$). Al comparar con los datos de la ENSPA, se aprecia una disminución de aproximadamente 5 puntos porcentuales en dichas provincias, y al estratificar por sexo (Gráfica 4.6.3.).



Hipertensión arterial se define como antecedente médico de hipertensión arterial, presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg; Los valores de hipertensión del PREFREC ajustaron mediante estandarización directa contra la población de la ENSPA 2019; Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Cardiovascular (PREFREC) 2010 y Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

A nivel nacional, poco menos de la mitad de las personas (46.8%) con el antecedente de hipertensión arterial demostraron tener presiones arteriales sistólicas ≥ 140 mmHg y/o diastólicas ≥ 90 mmHg. Un 20.0% demostraron cifras de presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y/o diastólica ≥ 100 mmHg (Gráfica 4.6.4).

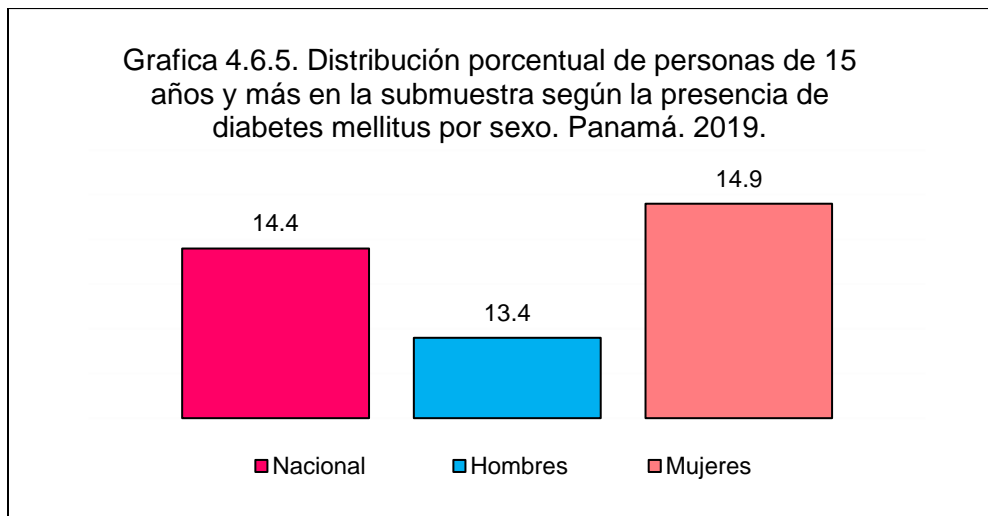
Con relación al sexo, el 53.0% de los varones con antecedente de hipertensión arterial presentaron cifras de presión ≥ 140 mmHg y/o diastólica ≥ 90 mmHg mientras que el 40.8% de las mujeres con dicho antecedente mostraron cifras similares. Las diferencias de acuerdo con el sexo son estadísticamente significativas. Aún más, uno de cada cuatro varones (24.5%) con el antecedente de hipertensión arterial registraron presiones arteriales sistólicas ≥ 160 mmHg y/o diastólicas ≥ 100 mmHg, mientras que, entre las mujeres con antecedente de hipertensión arterial, mientras que un 16.4% presentó cifras similares de elevaciones de presión arterial. Las diferencias entre varones y mujeres con relación a cifras de presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y/o diastólica ≥ 100 mmHg, fueron estadísticamente significativas (Gráfica 4.6.4).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

4.6.3. Diabetes Mellitus

Un 14.4% de la población de 15 años y más tienen antecedentes, refieren uso de medicamento de control y/o tienen medidas glicemia elevada (Gráfica 4.6.2). No hay diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de diabetes mellitus por sexo (valor de $p = 0.24$).



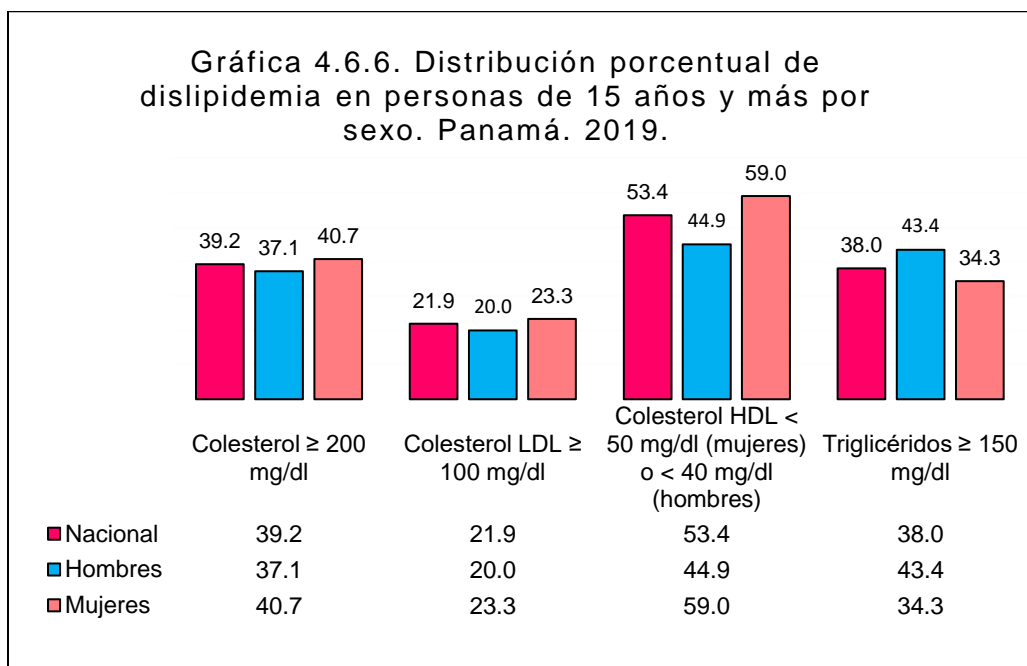
Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSPA) 2019.

4.6.4. Dislipidemia

Un 39.2% de la población de 15 años y más tienen niveles de colesterol ≥ 200 mg/dl, mientras que un 21.9% tienen niveles de colesterol LDL ≥ 100 mg/dl (Gráfica 4.6.2). No hay diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de ninguna de estas dos dislipidemias por sexo (valores de p de 0.16 y de 0.12 para el colesterol total y para el LDL, respectivamente).

Un 53.4% de la población de 15 años y más tienen niveles de colesterol HDL disminuido. (Gráfica 4.6.2). Empero, es difícil de comparar hombres y mujeres debido a que éstos tienen puntos de corte distinto, teniendo las mujeres un punto de corte más estricto, lo que podría explicar porque éstas tienen valores anormales de esta lipoproteína (mujeres 59.0% contra un 44.9% en hombres).

Un 38.0% de la población de 15 años y más tienen niveles de triglicéridos de 150 mg/dl o más. La prevalencia de esta dislipidemia en hombres es de 43.4%, mientras que las mujeres tienen 9.1 puntos porcentuales menos que los varones (valor de p para la diferencia por sexo <0.01).



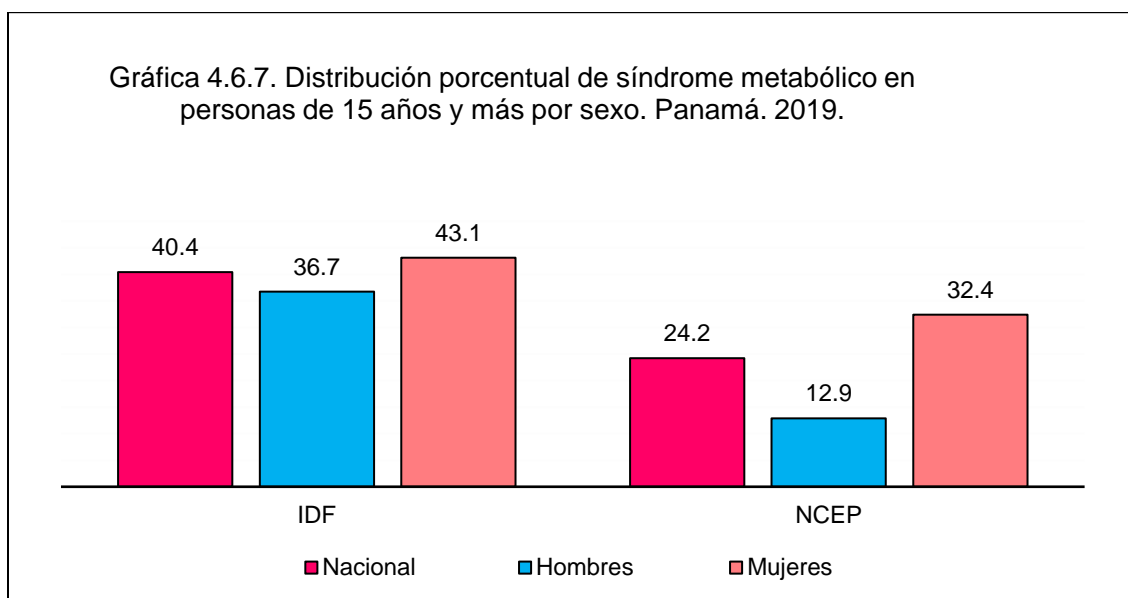
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

4.6.5. Síndrome metabólico

Existen varias definiciones para el síndrome metabólico, las definiciones de la OMS (World Health Organization, 1999), la Asociación Americana del Corazón (Grundy et al., 2005) y la Grupo Europeo para el estudio de la Resistencia a la Insulina (Hills et al., 2004).

Desafortunadamente, ninguna de estas definiciones puede ser evaluada en esta etapa del estudio debido a que no se dispone información acerca de los niveles de insulina.

Las definiciones de síndrome metabólico de la Federación Internacional de la Diabetes (siglas en inglés IDF) y la del programa de educación nacional para el tratamiento del colesterol en los adultos (siglas en inglés NCEP) se presentan en la Gráfica 4.6.7. Ninguna de estas dos definiciones del síndrome metabólico requiere tener información acerca de los niveles de insulina; sin embargo, las mujeres han de presentar proporciones más altas en sendas definiciones debido a que poseen puntos de corte más estrictos para la circunferencia abdominal y los niveles de lipoproteína de alta densidad (HDL). Cuando se usa la definición del IDF, la cual tiene un corte muy estrecho de, entre otros parámetros, la circunferencia abdominal, la prevalencia es de 40.3% con ocho puntos porcentuales más altos en las mujeres. En cambio, cuando se usa la definición dada por el NCEP, la prevalencia (24.2%) es poco más de la mitad de la definición del IDF. Usando esta definición, se aprecia que la prevalencia de las mujeres es dos veces y media más alta que la de los hombres.



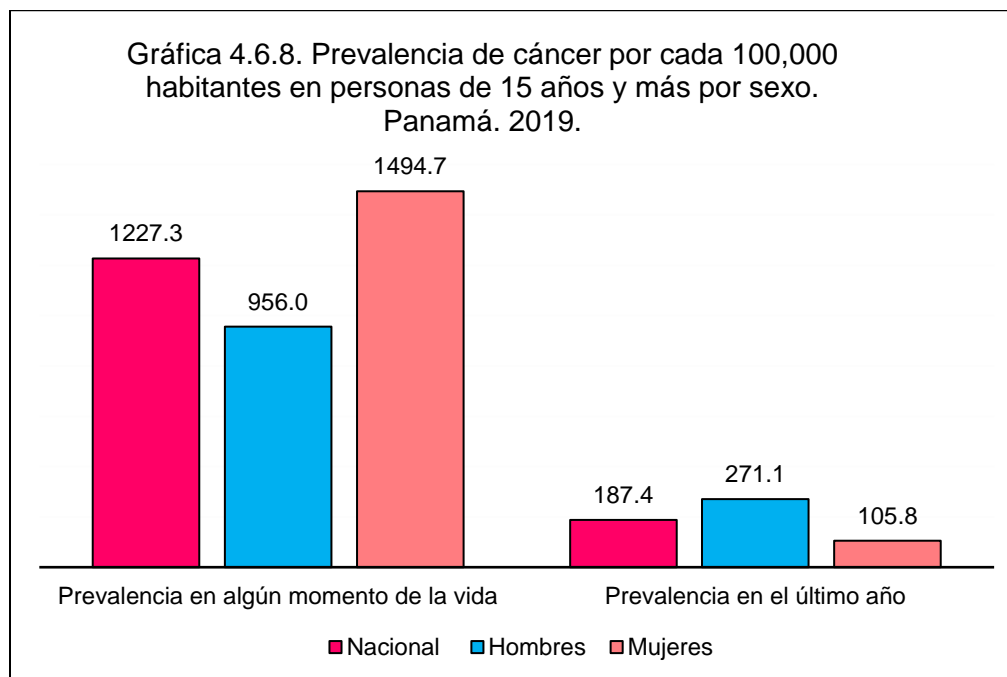
Definición de la Federación Internacional de diabetes (IDF por sus siglas en inglés *International Diabetes Federation*): Se requiere un criterio mayor (circunferencia abdominal > 80 cm en mujeres o >90 cm en varones) y dos criterios menores, a saber: a) Niveles de triglicéridos > 150 mg/dl, b) Niveles de HDL > 50 mg/dl en mujeres o > 40 mg/dl en varones, c) Presión arterial sistólica > 130 mmHg, presión arterial diastólica > 85 mmHg y/o antecedente médico de hipertensión arterial, d) Glicemia en ayunas > 100 mg/dl y/o antecedente médico de diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2;

Definición del programa de educación nacional para el tratamiento del colesterol en los adultos (NCEP por sus siglas en inglés *National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III*): Se requieren al menos tres de los siguientes criterios: a) *Obesidad:* La obesidad (Circunferencia abdominal \geq 102 cm en los varones y \geq 88 cm en mujeres, y/o Índice de masa corporal \geq 30 kg/m²), *Triglicéridos* \geq 150 mg/dl, *Colesterol HDL* < 50 mg/dl en mujeres o < 40 mg/dl en varones, *Diabetes* (Glicemia en ayunas > 100 mg/dl y/o antecedente médico de diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2);

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSPA) 2019

4.6.6. Cáncer

En este estudio, no podemos distinguir los tipos de cáncer. La prevalencia de vida de cáncer en personas de 15 años y más fue de 1,227 casos/100,000. No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo. La prevalencia de cáncer diagnosticado en el último año fue de 187.4 casos/100,000. La diferencia no fue significativa por sexo para la prevalencia de vida de cáncer ni la prevalencia en el último año (Gráfica 4.6.8).



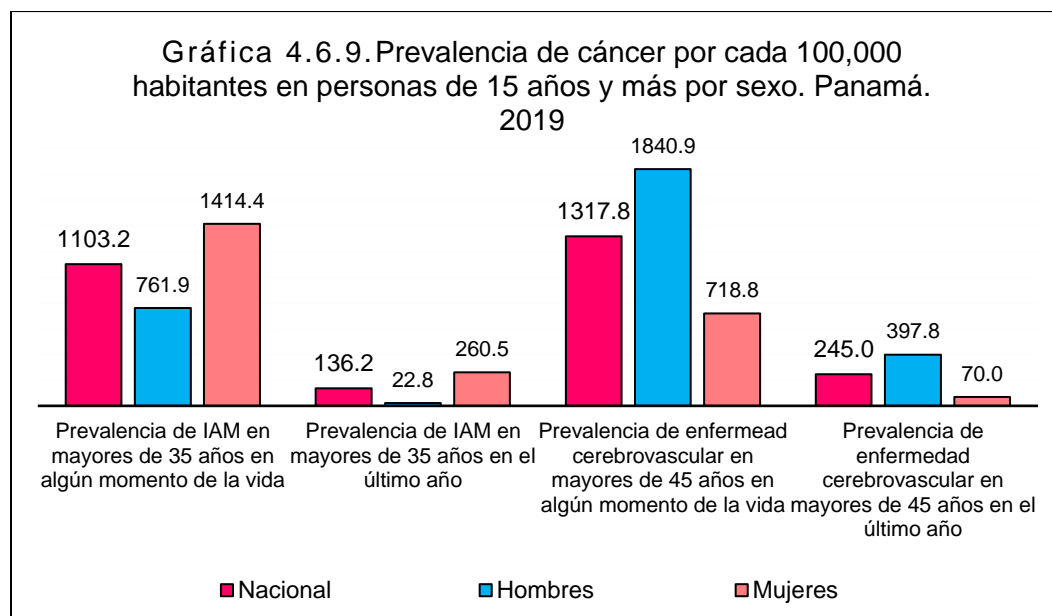
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

4.6.7. Enfermedad cardiovascular

La prevalencia de vida de infarto agudo al miocardio en personas de 35 años y más fue de 1,227 casos/100,000. No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo (valor de $p=0.08$). La prevalencia de infarto agudo al miocardio diagnosticado en el último año fue de 136.2 casos/100,000. En los varones, la prevalencia del infarto agudo al miocardio en el último año fue de 22.8 casos/100,000 habitantes en hombres, mientras que en mujeres fue de 260.5 casos/100,000 habitantes. La diferencia en las prevalencias para el infarto agudo al miocardio en el último año fue estadísticamente significativa (valor de $p<0.01$) (Gráfica 4.6.9).

La prevalencia de vida de enfermedad cerebrovascular en personas de 45 años y más fue de 1,317.8 casos/100,000. La prevalencia de enfermedad cerebrovascular en los hombres fue de 1840.9 casos/100,000 habitantes, mientras que en las mujeres fue de 718.8 casos por cada 100,000 habitantes (valor de p para la diferencia en la prevalencia

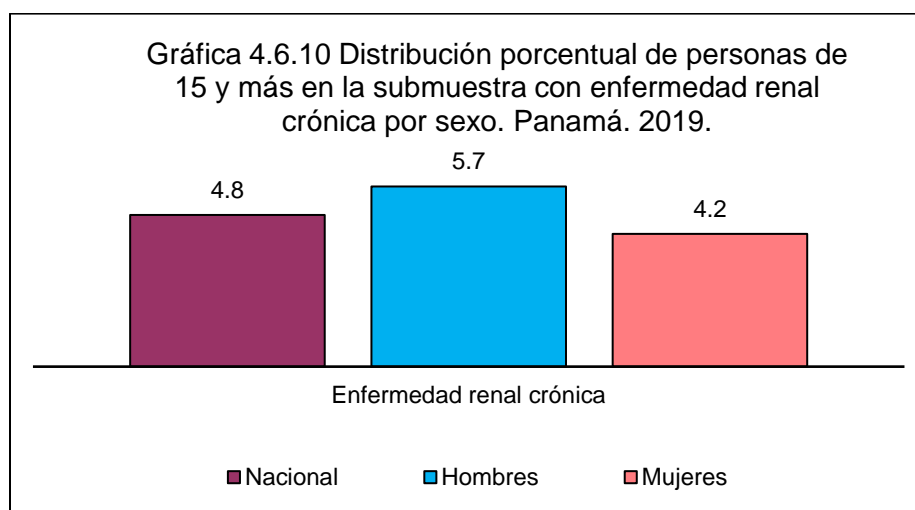
por sexo=0.01). La prevalencia de enfermedad cerebrovascular diagnosticada en el mismo grupo etarios en el último año fue de 245.0 casos/100,000 habitantes. En los varones, la prevalencia de la enfermedad cerebrovascular en el último año fue de 397.8 casos/100,000 habitantes en hombres, mientras que en mujeres fue de 70.0 casos/100,000 habitantes. La diferencia en las prevalencias para el infarto agudo al miocardio en el último año fue estadísticamente significativa (valor de $p < 0.01$) (Gráfica 4.6.9).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

4.6.8. Enfermedad renal

La prevalencia de enfermedad renal crónica en personas de 15 años y más en la submuestra fue de 4.8%. La prevalencia en mujeres fue inferior (5.7%) a la de los hombres (4.2%). La diferencia fue estadísticamente significativa (valor de $p < 0.01$) (Gráfica 4.6.10).



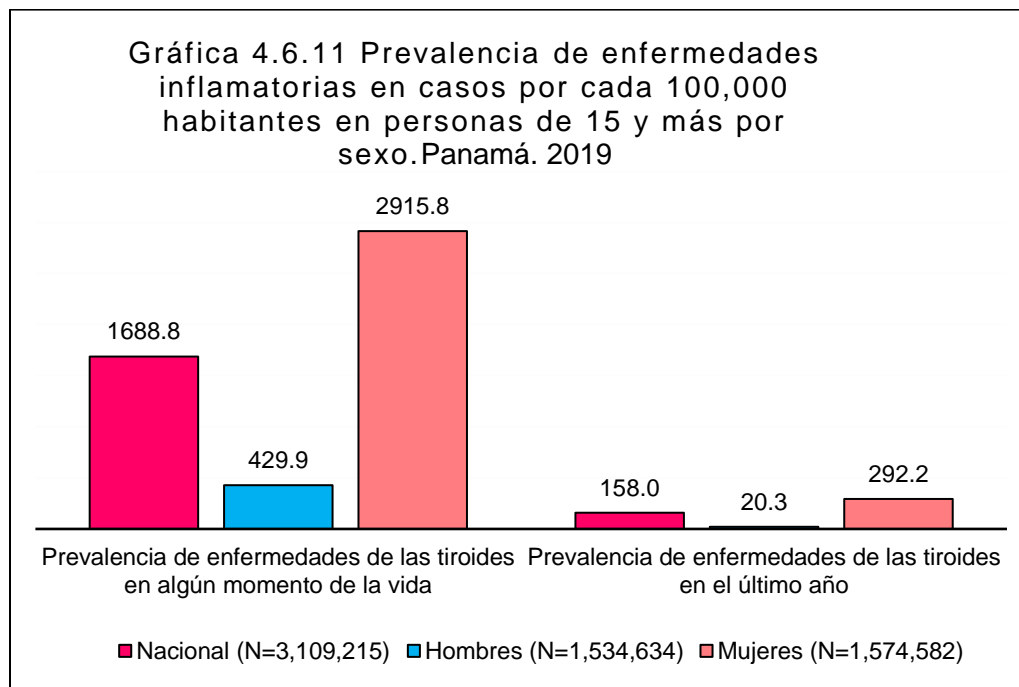
Enfermedad renal definida mediante antecedente de enfermedad renal crónica, relación albúmina en orina al azar/creatinina en orina al azar ≥ 30 mg/g y/o tasa de filtración glomerular (TFG) definida según el grupo colaborativo para el estudio de la enfermedad renal crónica (CKD-EPI) < 60 ml/min/1.73 m²(Ley et al., 2009);

Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

4.6.9. Enfermedades de las tiroides

La prevalencia de enfermedades de las tiroides en algún momento de la vida en personas de 15 años y más fue de 1,688.8 casos/100,000. Las mujeres tuvieron una prevalencia de las enfermedades de las tiroides mayor que la de los hombres (prevalencia en mujeres: 2915.8 casos/100,000 habitantes vs prevalencia en hombres: 429.9 casos/100,000 habitantes), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (valor de $p < 0.01$) (Gráfico 6.4.12).

La prevalencia de enfermedades de las tiroides en el último año en personas de 15 años y más fue de 158.2 casos/100,000. Las mujeres tienen una prevalencia mayor que la de los hombres (prevalencia en mujeres: 292.2. casos/100,000 habitantes vs prevalencia en hombres: 20.3 casos/100,000 habitantes), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (valor de $p < 0.01$) (Gráfico 6.4.12).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

4.6.10. Enfermedades inflamatorias

La prevalencia de alergias (exceptuando el asma) en algún momento de la vida en personas de 15 años y más fue de 1,604 casos/100,000. Las mujeres tuvieron una prevalencia de alergias (exceptuando el asma) mayor que la de los hombres (prevalencia en mujeres: 2256.2 casos/100,000 habitantes vs prevalencia en hombres: 937.7 casos/100,000 habitantes), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (valor de $p < 0.01$) (Gráfico 6.4.11).

La prevalencia de alergias (exceptuando el asma) el último año en personas de 15 años y más fue de 136.2 casos/100,000. Las mujeres tienen una prevalencia mayor que la de los hombres (prevalencia en mujeres: 263.4. casos/100,000 habitantes vs prevalencia en hombres: 9.1 casos/100,000 habitantes), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (valor de $p < 0.01$) (Gráfico 6.4.11).

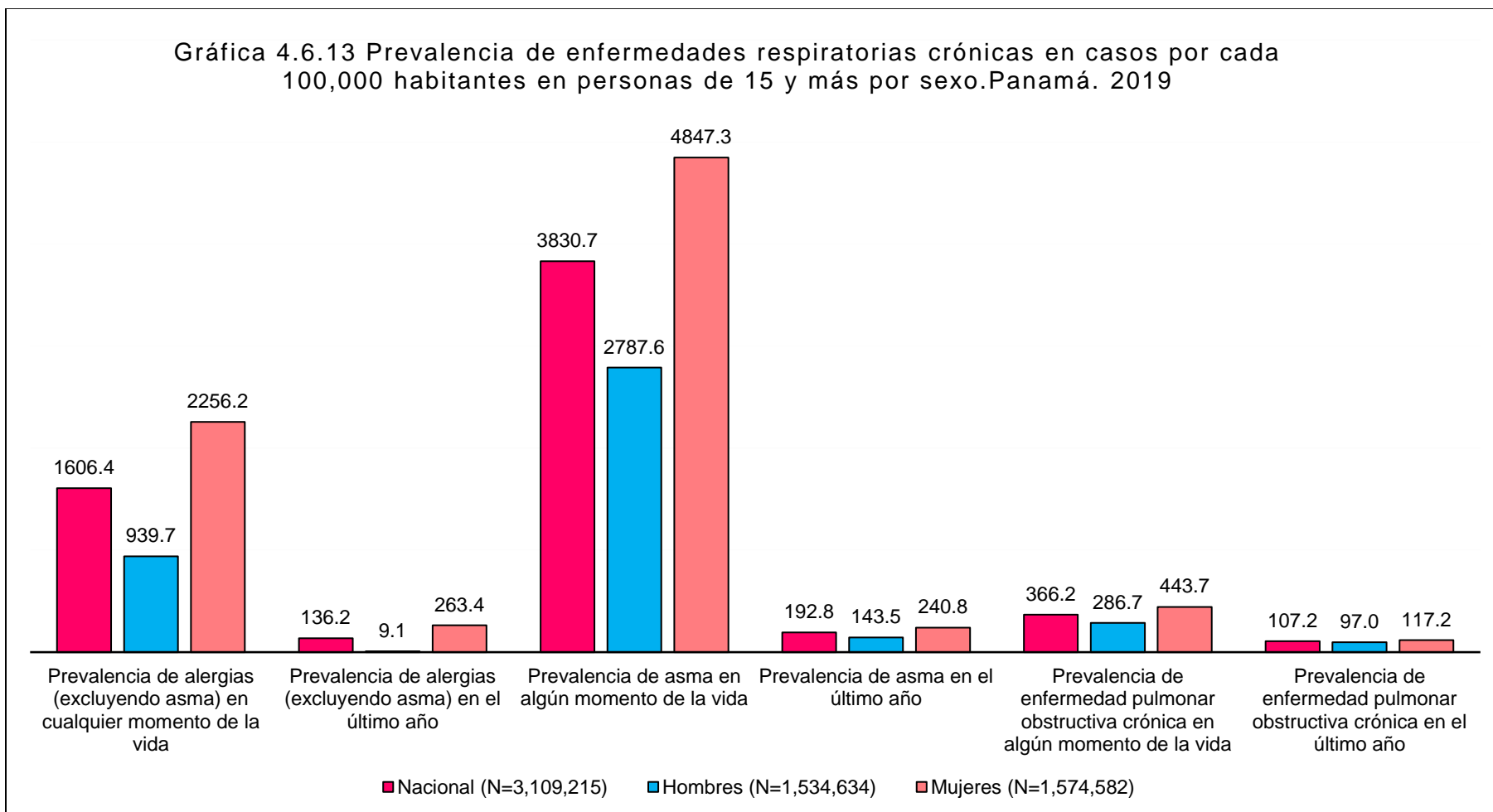
La prevalencia de asma en algún momento de la vida en personas de 15 años y más fue de 3830.7 casos/100,000, siendo la misma 2.4 veces mayor que la de las alergias (naturalmente excluyendo el asma). Las mujeres tuvieron una prevalencia de asma mayor que la de los hombres (prevalencia en mujeres: 4847.3 casos/100,000 habitantes vs prevalencia en hombres: 2787.3 casos/100,000 habitantes), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (valor de $p < 0.01$) (Gráfico 6.4.11).

La prevalencia de asma el último año en personas de 15 años y más fue de 192.8 casos/100,000. Las mujeres tienen una prevalencia mayor que la de los hombres (prevalencia en mujeres: 263.4. casos/100,000 habitantes vs prevalencia en hombres: 9.1 casos/100,000 habitantes), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (valor de $p < 0.01$) (Gráfico 6.4.11).

La prevalencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en algún momento de la vida en personas de 15 años y más fue de 366.2 casos/100,000. Las mujeres tuvieron una prevalencia de EPOC mayor que la de los hombres (prevalencia en mujeres: 443.7 casos/100,000 habitantes vs prevalencia en hombres: 286.7 casos/100,000 habitantes), sin embargo, debido a la baja prevalencia de esta enfermedad, esta diferencia no es estadísticamente significativa (valor de $p=0.32$) (Gráfico 6.4.11).

La prevalencia EPOC el último año en personas de 15 años y más fue de 107.2 casos/100,000. La diferencia en la prevalencia por sexo no fue estadísticamente significativa (valor de $p = 0.82$) (Gráfico 6.4.11).

Gráfica 4.6.13 Prevalencia de enfermedades respiratorias crónicas en casos por cada 100,000 habitantes en personas de 15 y más por sexo. Panamá. 2019



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

5. Discusión

La ENSPA es una importante fuente de datos para valorar el estado de salud/enfermedad de la población panameña y sus respectivos condicionantes al año previo de la pandemia. En el presente estudio valoramos diversos aspectos de factores determinantes de ENTs y la prevalencia de enfermedades crónicas

Este informe caracteriza el perfil socioeconómico el cual incluye el aspecto laboral de las mujeres en Panamá el cual tiene dos elementos de interés. Primero, las mujeres mayores de 15 años en Panamá tienden a estar presentes en mayor proporción en aquellos grupos económicamente inactivos (65.7%), en comparación con los hombres mayores de 15 años (26.3%). Por otro lado, los hombres, a pesar de estar representados en mayor escala en los grupos de desocupación laboral (11.8% y 15.3% en hombres contra 0.6% y 2.1%), tienden a doblar la participación femenina en los grupos que se mantienen con actividades económicas remuneradas (41.5% en hombres contra 19.4% en mujeres). Segundo, las mujeres en Panamá, a medida que aumentan su edad, incrementan la probabilidad de caer en desocupación y ser consideradas Ninis, en comparación con los hombres. El proyecto Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales (CEDLAS) en sus resultados sobre el estado de la juventud con enfoque a los Ninis en Latinoamérica, muestran que en Panamá para el 2019 el 10% de mujeres entre las edades de 15 y 18 años y el 32% de mujeres entre 19 y 24 años eran Ninis (Banco Mundial, 2021), mientras que este porcentaje en la ENSPA para mujeres en el grupo entre 15 y 18 años era de 27.7% y aquellas en el grupo entre 18 y 24 años se situó en 48.2%.

La evaluación del estado nutricional de la población de 18 años y más, muestra al estratificar por sexo se destacó una mayor proporción de hombres con sobrepeso y mujeres con obesidad. Aunado a esto la obesidad central se encontró con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres en todas las áreas de residencia.

La evaluación de las prácticas alimentarias mostró que el consumo adecuado de frutas y vegetales fue bajo en ambos sexos (<3 %) mientras que el consumo de bebidas azucaradas en las últimas 24 horas fue registrado por más del 50% de las personas en ambos sexos, pero ligeramente mayor en los hombres que en las mujeres en las tres áreas de residencia. En todas las áreas de residencia la actividad física adecuada fue realizada con mayor frecuencia por el grupo de los hombres mientras que las mujeres reportaron con mayor frecuencia no realizar actividad física

Con respecto a las adicciones (uso de tabaco y de alcohol), nuestros resultados reflejan que las mujeres tienden a tener prevalencias menores que los varones.

Con respecto a la frecuencia de realización de controles de salud anuales (tal como lo establece la norma), hay una tendencia de las mujeres acudir a su respectivo control de salud con una mayor frecuencia que los varones. Sin embargo, al analizar el contenido de dichos controles de salud para la prevención secundaria de enfermedad cardiovascular (toma de presión arterial y de glicemia), hay incumplimiento de la norma sin diferencias por sexo.

Con respecto a la prevención del cáncer del cuello uterino (toma de Papanicolau cervical), los resultados muestran un cumplimiento de la norma arriba del 65%, excepto en el área indígena (donde en la mitad de la población se cumple). Es llamativo observar que se toma la presión arterial en la mitad de las mujeres que se realizaron dicha práctica preventiva y se hicieron un control de salud. Con respecto a la realización de mamografías en los dos últimos años, en el área indígena hay un elevado cumplimiento de la norma (tres de cada cinco), mientras que las áreas urbana y rural esta está en la mitad de las mujeres de la población blanco dada por la norma (de 40 a 79 años). Al analizar el cumplimiento de la norma en relación la toma de presión arterial entre las mujeres que se realizaron al menos una mamografía en los dos últimos años entre las mujeres de la población blanco dada por la norma y que se realizaron un control de salud, se aprecia que la norma se cumple en la mitad de dichas mujeres.

En cuanto a la prevalencia de hipertensión arterial entre las mujeres embarazadas, se observó que un 8.9% tienen antecedente de hipertensión arterial sin diferencias estadísticamente significativas entre las tres áreas: urbana, rural e indígena. Un 4.1% de las mujeres embarazadas tienen criterios de hipertensión gestacional.

En cuanto a la prevalencia de hipertensión, se aprecia que las mujeres tienen una prevalencia de seis puntos porcentuales menos que los hombres con diferencias estadísticamente significativas. Al realizar una estandarización directa usando como referencia la población del PREFREC, se aprecia una disminución similar en hombres y en mujeres. Se aprecia que la hipertensión arterial está peor controlada en varones hipertensos al compararlos con hipertensas mujeres.

Los resultados en relación al incumplimiento de la norma en relación a la toma de la presión arterial, implica que hay que impulsar mecanismos para evitar esto,

particularmente por la alta prevalencia de hipertensión observada: aunque es más baja en las mujeres (39.8%).

La prevalencia nacional de diabetes es de 14.4% sin diferencias estadísticamente significativas por sexo.

El hipercolesterolemia total y la de la fracción de lipoproteínas de baja densidad (LDL) tuvieron prevalencias similares entre hombres y mujeres. Empero, la hipertrigliceridemia fue más alta en varones que en las mujeres.

Con respecto al antecedente médico de cáncer, se aprecia que hay una prevalencia de cáncer en cualquier momento de la vida más alta en mujeres que en varones, pero la prevalencia de cáncer en el último año es más alta en esto últimos.

Se aprecia que la prevalencia del IAM, tanto en cualquier momento la vida como en el último año es más alta en mujeres, mientras que la de la enfermedad cerebrovascular se observa lo opuesto.

Al valorar, la prevalencia del antecedente médico de las enfermedades inflamatorias y de la enfermedad tiroidea, se aprecia que hay incidencia más alta en mujeres que en varones, excepto por la EPOC la cual es muy rara y no presenta diferencias estadísticamente significativas por sexo.

Una de las limitaciones de este estudio es que el mismo es de prevalencia, por lo que se debe tener cuidado al valorar la temporalidad en las asociaciones entre las variables en estudio.

6. Bibliografía

Abou-Raya, A., & Abou-Raya, S. (2006). Inflammation: a pivotal link between autoimmune diseases and atherosclerosis. *Autoimmun Rev*, 5(5), 331–337.

Appelman, Y., Rijn, B. B., ten Haaf, M. E., Boersma, E., & Peters, S. A. (2015). Sex differences in cardiovascular risk factors and disease prevention. *Atherosclerosis*, 241(1), 211–218.

Artazcoz, L., Borrell, C., & Benach, J. (2001). Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(9), 639–647.

Barreto, S. M., Miranda, J. J., Figueroa, J. P., Schmidt, M. I., Munoz, S., & Kuri-Morales, P. P. (2012). Epidemiology in Latin America and the Caribbean: current situation and challenges. *International Journal of Epidemiology*, 41(2), 557–571.

Benavidez, O. J., Gauvreau, K., & Jenkins, K. J. (2011). Racial and ethnic disparities in mortality following congenital heart surgery. *Pediatric Cardiology*, 27(3), 321–328.

Carrion Donderis, M., Moreno Velasquez, I., Castro, F., Zuniga, J., Gomez, B., & Motta, J. (2016). Analysis of mortality trends due to cardiovascular diseases in Panama, 2001-2014. *Open Heart*, 3(2).

Gerszten, R. E., & Wang, T. J. (2008). The search for new cardiovascular biomarkers. *Nature*, 451(7181), 949–952.

Global burden of Disease Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 (2020). *Volumen 396*, 10258, 1204-1222

Grundy, S. M., Cleeman, J. I., Daniels, S. R., Donato, K. A., Eckel, R. H., Franklin, B. A., Gordon, D. J., Krauss, R. M., Savage, P. J., Smith, S. C., Spertus, J. A., & Costa, F. (2005). Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome. *Circulation*, 112(17).

<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.169404>

Hills, S. A., Balkau, B., Coppack, S. W., Dekker, J. M., Mari, A., Natali, A., Walker, M., & Ferrannini, E. (2004). The EGIR-RISC STUDY (The European group for the study of insulin resistance: relationship between insulin sensitivity and cardiovascular disease risk): I. Methodology and Objectives. *Diabetologia*, 47(3). <https://doi.org/10.1007/s00125-004-1335-5>

Hirose, H., Yamamoto, Y., Seino-Yoshihara, Y., Kawabe, H., & Saito, I. (2010). Serum high-molecular-weight adiponectin as a marker for the evaluation and care of subjects with metabolic syndrome and related disorders. *Journal of Atherosclerosis and Thrombosis*, 17(12), 1201–1211.

Ji, H., Kim, A., Ebinger, J. E., Niiranen, T. J., Claggett, B. L., & Bairey Merz, C. N. (2020). Sex Differences in Blood Pressure Trajectories Over the Life Course. *JAMA Cardiol.*

- Keteepe-Arachi T, Sharma S. Cardiovascular Disease in Women: Understanding Symptoms and Risk Factors (2017). *European Cardiology Review*;12(1):10–3
- Khot, U. N., Khot, M. B., Bajzer, C. T., Sapp, S. K., Ohman, E. M., & Brener, S. J. (2003). Prevalence of conventional risk factors in patients with coronary heart disease. *JAMA*, 290(7), 898–904.
- Lam, C. S. P., Arnott, C., Beale, A. L., Chandramouli, C., Hilfiker-Kleiner, D., & Kaye, D. M. (2019). Sex differences in heart failure. *Eur Heart J*, 40(47), 3859–3868.
- Levey, A. S., Stevens, L. A., Schmid, C. H., Zhang, Y. (Lucy), Castro, A. F., Feldman, H. I., Kusek, J. W., Eggers, P., van Lente, F., Greene, T., & Coresh, J. (2009). A New Equation to Estimate Glomerular Filtration Rate. *Annals of Internal Medicine*, 150(9). <https://doi.org/10.7326/0003-4819-150-9-200905050-00006>
- Malmborg, M., Schmiegelow, M. D. S., Norgaard, C. H., Munch, A., Gerds, T., & Schou, M. (2020). Does type 2 diabetes confer higher relative rates of cardiovascular events in women compared with men? *Eur Heart J*.
- Malmusi, D., Vives, A., Benach, J., & Borrell, C. (2014). Gender inequalities in health: exploring the contribution of living conditions in the intersection of social class. *Global Health Action*, 7(23189).
- Mankad, R. (2015). Atherosclerotic vascular disease in the autoimmune rheumatologic patient. *Curr Atheroscler Rep*, 17(4).
- Mc Donald, Motta J, Roa R, Batista I, (2012). Prevalencia de Factores de Riesgo de Enfermedad Cardiovascular (PREFREC) en la población adulta de 18 años y más. Provincias de Panamá y Colón.
- Melander, O., Newton-Cheh, C., Almgren, P., Hedblad, B., Berglund, G., & Engstrom, G. (2009). Novel and conventional biomarkers for prediction of incident cardiovascular events in the community. *JAMA*, 302(1), 49–57.
- Ministerio de Salud (2009). Perfil de Género y Salud de la República de Panamá. https://www3.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&view=download&alias=266-perfil-de-genero-y-salud-de-la-republica-de-panama&category_slug=publications&Itemid=224
- Ministerio de Salud de Panamá. (2018). NORMAS TÉCNICO-ADMINISTRATIVAS DEL PROGRAMA DE SALUD DE ADULTO Y ADULTO MAYOR. https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2018/2018_pan_norma_adulto_adulto_mayor.pdf
- Ministerio de Salud de Panamá. (2020). Registro Nacional de Cáncer de Panamá. Boletín Estadístico. Año 2016 (oficial) 2017-2018 preliminar. http://minsab-cdn.net/sites/default/files/general/boletin_2016_rncp.pdf
- Nembhard, W. N., Xu, P., Ethen, M. K., Fixler, D. E., Salemi, J. L., & Canfield, M. A. (2013). Racial/ethnic disparities in timing of death during childhood among children with congenital heart defects. *Birth Defects Research Part A, Clinical and Molecular Teratology*, 97(10), 628–640.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Género y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>.

Politis M, Higuera G, Chang LR, Gómez B, Bares, J, Motta J (2015) Trend Analysis of Cancer Mortality and Incidence in Panama, Using Joinpoint Regression Analysis. *Medicine*. 94(24), e970

Prince, M. J., Wu, F., Guo, Y., Gutierrez Robledo, L. M., O'Donnell, M., & Sullivan, R. (2015). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet*.

Ramirez, E. (2020). Enfermedades crónicas no transmisibles en mujeres mexicanas. *Gaceta de la Universidad Autónoma de México*.

<http://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2020/01/27/enfermedades-cronicas-no-transmisibles-en-mujeres-mexicanas/>

Scott, D. L., Wolfe, F., & Huizinga, T. W. (2010). Rheumatoid arthritis. *Lancet*, 376(9746), 1094–1108.

Wang, T. J. (2010). Assessing the role of circulating, genetic, and imaging biomarkers in cardiovascular risk prediction. *Circulation*, 123(5), 551–565.

Winham, S. J., Andrade, M., & Miller, V. M. (2018). Genetics of cardiovascular disease: Importance of sex and ethnicity. *Atherosclerosis*, 241(1), 219–228.

World Health Organizations. (1999). Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66040/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf;jsessionid=B7B138261811E44136519C8BD91D4BB4?sequence=1