Comisión Nacional de Control de Tabaco

Plan Nacional para el Control del Tabaco en Panamá. Quinquenio: 2020-2024

REPÚBLICA DE PANAMÁ
GOBIERNO NACIONAL

MINISTERIO DE SALUD

COMISIÓN NACIONAL DE CONTROL DE TABACO

PLAN NACIONAL PARA EL CONTROL DEL TABACO. QUINQUENIO: 2020 -2024

PANAMÁ 2020

Ciudad de Panamá
Panamá

Elaboración: Comisión Nacional para el Control de Tabaco.

Nadja Porcell. MD. MSP
Directora General de Salud
Presidente de la Comisión.

Cirilo Lawson. MD. MSP.
Director Nacional de Planificación de Salud
Coordinadora de la Comisión

Gabriela Salazar, Odontóloga.
Directora de Promoción de la Salud
Miembro de la Comisión

Patricio Montezuma, MD. MSP.
Directora de Asuntos Indígenas
Miembro de la Comisión

Agustín Sánchez, MD
Directora de Provisión de Servicios de Salud
Miembro de la Comisión

Reina Roa. MD. MSP
Coordinadora de la Comisión
Dirección de Planificación

Norma Astudillo. Odontóloga. MSP
Miembro de la Comisión
Dirección de Planificación

Ricardo Goti. MD.
Miembro de la Comisión
Programa de Salud Mental

Aldacira de Bradshaw. Enfermera. MSP
Miembro de la Comisión
Programa de Salud Mental

Fanny Castillo. Lic. en Saneamiento y Medio Ambiente.
Miembro de la Comisión
Dub-Dirección de Salud Ambiental

Genevieve Epailly. Abogada.
Miembro de la Comisión
Dirección General de Salud

Ana Hurtado. Licenciada
Miembro de la Comisión
Dirección de Promoción de la Salud

Raiza Cuero de Pinto
Miembro de la Comisión
Dirección de Promoción de la Salud

Oderay González
Miembro de la Comisión
Dirección de Asuntos Indígenas

Juan Gómez.
Miembro de la Comisión
Dirección de Provisión de Servicios de Salud

Cecilio Tejeira. Relaciones Internacionales
Miembro de la Comisión
Dirección de Salud Internacional y Cooperación Técnica

Rodolfo Ernesto Gaitán Zúñiga
Miembro de la Comisión
Dirección de Recursos Humanos

Yiris Prends. Licenciada en Relaciones Públicas
Secretaria de la Comisión
Dirección General de Salud

Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud
Beatriz Gómez. Farmacéutica. Maestría en Gerencia de Servicios de Salud.
Miembro de la Comisión

Víctor Herrera. Economista. Maestría en Econometría.
Investigador

Cecilio Niño. Ingeniero en Informática
Investigador

Colaboradores
Melva Cruz. MD. MSP
Dirección de Planificación de Salud

Daira Ibañez. Odontóloga
Dirección de Planificación de Salud

Ana Mata. Odontóloga
Dirección de Planificación de Salud

Sara Aparicio. Licenciada
Dirección de Planificación

Edición y sistematización
Dra. Reina Roa, MD, MSP
Lic. Casimiro Reichlin.

Ésta publicación se puede reproducir total o parcialmente, mencionando la fuente de autoría

Presentación

El control de tabaco en Panamá evoluciona a través del tiempo como Política de Estado, que ha sido asumida por las diferentes administraciones de Gobierno, cuya fuerza se ha ido consolidando desde el año 2004, cuando Panamás se convierte en uno de los primeros cuarenta países en ratificar el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

Este tratado internacional vinculante para Panamá como país ratificante nos lleva a enfrentar el reto de su aplicación en la búsqueda de disminuir de manera sostenida la prevalencia de uso de productos de tabaco, para así proteger la salud de nuestra población de las nefastas consecuencias que genera el consumo de tabaco a la salud.

El Ministerio de Salud ha asumido el compromiso de luchar contra el uso de productos de tabaco y/o la exposición a su humo tóxico. Estos son productos adictivos, que sin lugar a dudas se constituyen en un factor de riesgo a la salud, que se asocia a las principales causas de muerte en nuestro país. Son causa innegable de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, la hipertensión, la enfermedad isquémica del corazón, los accidentes cerebro vasculares y una amplia variedad de tumores malignos.

También afectan la salud de los niños y adolescentes, impactan negativamente en la salud sexual y reproductiva produciendo disfunción eréctil, infertilidad, abortos y bajo peso al nacer, entre otros. Estos productos impactan en todos los órganos y sistemas del cuerpo humano, generan enfermedad, discapacidad y muerte.

El ejercicio de proteger la salud y de vigilar y control el cumplimiento de las medidas de control de tabaco en el país es tarea cotidiana y difícil, pues es necesario enfrentar día a día a una industria que mediante el desarrollo de estrategias de mercadeo novedosas y de diversa naturaleza, la generación de nuevos productos “menos dañinos a la salud” quiere imponer y perpetuar el uso de sus productos, principalmente mediante la búsqueda de nuevos consumidores a través de los que pretende reemplazar aquellos que han roto las cadenas de la adicción a la nicotina o han perdido su salud y hasta su vida debido al uso de productos de tabaco; los jóvenes, las mujeres y otras poblaciones vulnerables son la población blanco de la industria tabacalera.

En nuestro país existen un conjunto de disposiciones regulatorias para el control del consumo de tabaco, que incluye disposiciones para el control de la oferta y de la demanda de estos productos, entre ellas se cuentan la prohibición de la venta de productos de tabaco a los menores de edad, la prohibición del consumo de tabaco en entidades públicas, transportes, cines, teatros y entidades educativas y de salud, las advertencias sanitarias en los paquetes de productos de tabaco, la prohibición total de la publicidad promoción y patrocinio de productos de tabaco, la existencia de 48 clínicas de cesación de uso de tabaco; como también la prohibición de la comercialización de los sistemas electrónicos administradores o no de nicotina, mismos que no pueden ser usados en los mismos sitios donde esta prohibido fumar. A esto se suma la reciente prohibición

de la comercialización de los productos de tabaco calentado, promovidos por la industria tabacalera como la opción de uso de nicotina menos dañina, pero y donde esta la evidencia de que esto es así, en las propias manos de la industria cuyo objetivo es perpetuar el uso de producto adictivo para garantizar sus riquezas.

Desde hace cinco años con fuertes interferencias de la industria tabacalera y sus grupos de fachada, el Ministerio de Salud y la Sociedad Civil representada por la Coalición panameña contra el Tabaquismo (COPACET y sus miembros), con apoyo de organizaciones no gubernamentales internacionales venimos gestionando la aprobación del proyecto de Ley 136, a la fecha el mismo fue aprobado en primer debate y esta pendiente de su continuidad en los debates subsecuentes para que se convierta en Ley de la República.

Con el proyecto de Ley 136, Panamá cumpliría con la aplicación de aspectos pendientes que forman parte de las disposiciones del Convenio Marco. El proyecto de Ley 136 incluye, entre otros, el empaquetado sencillo donde se unifica el color, tipo, tamaño y color de la letra, forma y tamaños de la cajetilla, pero se preserva la marca; se incrementa el taño de la advertencia sanitaria de 50 a 80% de las superficies de los empaquetados; se regula el producto eliminando los aditivos incluidos los saborizantes y otros, que utiliza la industria para mejorar la palatividad de su producto, acelerar el proceso adictivo y captar la atención de los jóvenes y nuevos consumidores vendido la falsa impresión de que sus productos son sofisticados y menos tóxicos; se establecen las licencias especiales como requisito para la comercialización del producto en Panamá y se regulan otros aspectos de procedimiento para perfeccionar la vigilancia y control del marco legal nacional en materia de control de tabaco.

Un análisis estratégico realizado por actores institucionales y organizaciones no gubernamentales dio evidencias de las fortalezas y debilidades nacionales para enfrentar la epidemia en nuestro país, que además se sustenta en el comportamiento mundial del problema del tabaquismo. Dicho análisis sugirió la necesidad de diseñar, ejecutar y evaluar el impacto que tendría sobre la salud, la intervención integral para el control efectivo de las múltiples variables que inciden en el consumo de productos de tabaco y es parte de los sustentos del Plan Quinquenal de Control de Tabaco 2019-2024.

Los productos del tabaco se han clasificado, como lícitos, pese a ser elaborados a base de nicotina, una droga con alta capacidad adictiva, ellos nos lleva a plantear la existencia de conflictos de interés, que son sin duda una barrera para avanzar en el control de este problema de salud pública. Es evidente e innegable la contraposición entre la salud pública que defiende el derecho a una vida con calidad y los intereses comerciales de la industria tabacalera. Debemos reconocer que la industria tabacalera en su afán de mermar la legislación nacional y limitar al Ministerio de Salud en su aplicación efectiva, utiliza como estrategia los litigios. Aplicando está táctica, ha demandado al Ministerio de Salud en nueve ocasiones, tras lo cual la Corte Suprema de Justicia ha fallado a favor de la salud pública y de la protección de nuestra población 8 veces, actualmente la novena demanda se encuentra en curso.

Panamá se ubica como uno de los países que cuenta con una norma que contempla medidas de efectividad comprobada para lograr una protección real de la salud de la población. Estas medidas buscan frenar el inicio del consumo de productos de tabaco, desocializar el consumo, disminuir la prevalencia de consumo y la prevalencia de enfermedades, discapacidad y muerte asociada a los productos de tabaco. En el año 2009 mediante Ley 69 se incrementó el impuesto selectivo al consumo de tabaco pasando del 32.5% a 100% del precio declarado por el productos, y se aplica a todos los productos de tabaco, esta medida requiere de un ajuste incremental para que continúe siendo efectiva y sostenible en términos de disminuir la asequibilidad a estos productos.

En atención al artículo 15 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), el Ministerio de Salud y la Autoridad Nacional de Aduanas realizamos trabajos conjuntos orientados combatir el comercio ilícito de productos de tabaco. Ambas instituciones nos avocamos a la implementación del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco, misma que llevaremos a cabo con la colaboración de otras entidades nacionales que son actores claves para su aplicación, con el apoyo de la Secretaria del CMCT y otros actores nacionales e internacionales.

Este Plan Quiquenal de Control de Tabaco 2020-2024 se ha estructurado con la finalidad de contar con una herramienta que facilite la gestión integral del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y sus directrices; del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco ya ratificado por Panamá y que entró en vigor el 25 de septiembre de 2018, de la legislación nacional en materia de control de tabaco y sistemas electrónicos administradores o no de nicotina, mejor conocidos como cigarrillos electrónicos.

Este Plan cuenta con un primer acápite que recoge el marco contextual y se ha estructurado con base en 7 áreas de trabajo que requieren del desarrollo de intervenciones concretas, a saber:

1. Planificación y Evaluación
2. Sistema de Información
3. Investigación para el control de tabaco
4. Normas y Leyes
5. Promoción de la Salud y Desarrollo de Capacidades
6. Participación Social para el Control del Tabaco y,
7. Cesación del Consumo de Productos de Tabaco

Al mismo, se anexa el informe de país presentado en el mes de abril de 2018, según requerimiento de la Octava Conferencia de las Partes del Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco.

1. Marco Contextual para el Control del Tabaco

1.1 Contexto Nacional.

Panamá ha sido históricamente un país abierto, desarrollo industrial limitado y volcado a la actividad comercial y logística. Los índices internacionales del Banco Mundial y del Foro Económico Mundial que comparan la competitividad de distintos países nos ubican como la segunda economía más competitiva de América Latina, superada solo por Chile. Los factores que nos penalizan se relacionan con la educación y la innovación tecnológica.

El monto de la deuda pública siguió creciendo en el año 2016, registrando un aumento de B/. 1,379.9 millones con respecto al año anterior. El crecimiento en el bienio comprendido entre los años 2015 y 2016 fue menos fuerte, comparado con los tres años anteriores (2012, 2013 y 2014). La estabilidad macroeconómica, el grado de inversión del cual goza Panamá, junto a las oportunidades que ofrece la economía, ha podido atraer un flujo creciente de inversión extranjera, dando pasó a un flujo importante de migración laboral. El crecimiento económico y las nuevas demandas de personal calificado requieren que el país eleve el nivel de preparación de la población para que se pueda incorporar con éxito a las actividades requeridas por el mercado.

En cuanto a la situación de los grupos vulnerables, las cifras oficiales de pobreza muestran una reducción importante en los últimos años. El 23% de la población se encontraba en condiciones de pobreza general en marzo de 2015 y los niveles de acceso a los servicios básicos han mejorado en forma significativa en los últimos años, pero todavía subsisten brechas significativas.

Panamá no se puede sentir orgullosa de estar colocada en el lugar número catorce de todos los países del mundo con peor distribución de la riqueza según el Coeficiente Gini, que se usa para medir el grado de desigualdad en la distribución del ingreso, es, en el caso de Panamá, uno de los más altos de la región.

Durante el período que comprende los años 2011 a 2016, el crecimiento económico con creación de empleo y las políticas sociales del gobierno (transferencias monetarias condicionadas a hogares y personas), destinadas principalmente a los más vulnerables, continuaron reduciendo los índices de pobreza en el país.

Sin embargo, los retos resultantes de alto grado de postergación económica y social de la población rural dispersa, sobre todo de la población indígena residente en las comarcas, constituyen el mayor obstáculo para que Panamá pueda alcanzar los indicadores de desarrollo humano a los que se ha comprometido en el marco de los ODS.

En materia de cobertura de educación, Panamá ocupa entre los países de América Latina un lugar intermedio en el nivel preescolar y entre los más altos en cuanto a matrícula en edad escolar. Sin embargo, persisten marcadas desigualdades regionales en la escolaridad y el nivel promedio nacional se ha mantenido estancado en 11 años durante el último quinquenio. La inversión en educación pública, medida como proporción del PIB, no es alta, en términos de comparaciones internacionales. Según las previsiones del Centro Nacional de Competitividad, existe una brecha entre oferta y la demanda que indica que el país necesitará hacerle frente a la capacitación de 47 mil 788 trabajadores para el periodo 2017 - 2020, cuya formación rebasa la capacidad del sistema educativo actual.

En cuanto a medio ambiente, el Índice de Rendimiento Ambiental (EPI, Environmental Performance Index, en inglés) del año 2016 registra mejor evaluación en calidad del aire, biodiversidad y hábitat, además de salud. Con una evaluación media están agua y sanidad, los recursos acuáticos, así como clima y energía. Con una baja calificación están agricultura y pesca. Si bien sigue habiendo deforestación, ha bajado el ritmo a niveles cercanos a 11 mil hectáreas anuales (antes era 13 mil hectáreas por año). Se registra un aumento significativo en energía renovable dentro de la matriz energética.

En cuanto a los indicadores de cobertura de servicios básicos como electricidad, agua potable y alcantarillado, expertos en el sector cuestionan estos índices ante la realidad evidente de carencias en áreas urbanas y rurales. Panamá se ha propuesto llegar a la cobertura universal de servicios de agua potable y saneamiento en el año 2030, según los Objetivos de Desarrollo sostenible (ODS). Observadores independientes consideran que esta meta es muy difícil de cumplir.

En materia de salud, Panamá ha logrado grandes avances en salud en las últimas décadas y se encuentra entre los países con mejores indicadores de salud en América Latina. El estado de salud de la población refleja, en gran parte, los estilos de vida, las condiciones ambientales y otras condiciones biológicas. Sin embargo, existen grandes disparidades en las condiciones de salud entre grupos étnicos y entre áreas urbanas y rurales, siendo particularmente grave la situación de postergación en las comarcas y las áreas rurales más pobres y dispersas.

El sistema de salud pública bicéfalo, dividido entre la Caja del Seguro Social (CSS) y el Ministerio de Salud (MINSA), requiere de una reestructuración. El 74.2% de la población es afiliada a la CSS, aunque el 37% de las consultas en las instalaciones del MINSA es por pacientes asegurados. En los hospitales nacionales como el Instituto Oncológico, hasta dos tercios de los pacientes atendidos son asegurados. Fuera de la provincia de Panamá y las cabeceras de provincia, la mayor parte de las áreas rurales cuenta con una menor cobertura

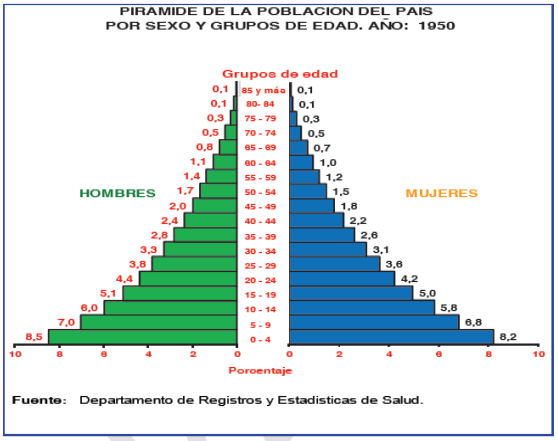
por parte de la CSS; el MINSA es la Institución que debe brindar cobertura y acceso en las zonas menos servidas. Estos servicios del MINSA no han registrado un aumento significativo de la cobertura, sobre todo en las áreas de mayor postergación como las comarcas indígenas, a pesar de la estrategia de extensión de cobertura a través de equipos de salud itinerantes.

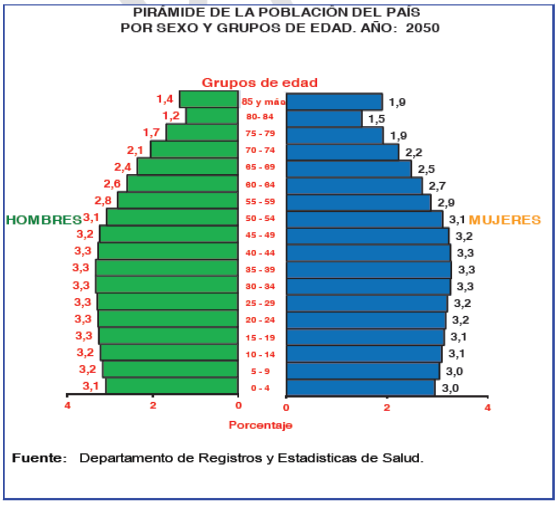
Una alta proporción del gasto en salud se orienta propiamente a los servicios y los recursos que invierte el sistema podrían conducir a resultados mejores. El gasto total en salud es comparable al de países similares en la región, a pesar de su alto valor con respecto al PIB, en el Panamá gasta como Chile y menos que Costa Rica, así como que en términos del gasto per cápita, gastamos más que Costa Rica. La conclusión que se deriva de este análisis es que Panamá debería obtener mejores resultados en salud en función del nivel del gasto público que invierte en el sector.

El desafío consiste en reestructurar el sector público de salud para que sus servicios generen mayor impacto, mayor cobertura y mejor calidad a un costo sostenible. Lo más importante sería orientar el gasto público en salud con preferencia hacia las acciones de prevención y promoción de la salud y hacia la atención de los grupos de mayor postergación, a fin de reducir las enormes desigualdades en el acceso a estos servicios. El establecimiento de alianzas entre sector público y privado debería ser también un elemento facilitador para enfrentar el desafío (Segundo Informe del Observatorio de la Visión País 2025).

1.2 Características sociodemográficas

Figura 1.1 Pirámide de la Población – Panamá 1950 -2050





La República de Panamá comprende 9 provincias, 75 distritos o municipios, 3 comarcas indígenas con categoría de provincia (Guna Yala, Emberá Wuana y Ngäbe Buglé) y 2 comarcas con nivel de corregimiento (Guna de Madungandí y Guna de Wargandí), con los cuales se completan un total de 623 corregimientos en todo el país, cuya superficie total es de 75,517.0 km2 (incluye áreas de masas de aguas continentales). Según las estimaciones y proyecciones de la población, para el año 2010 el país refleja una tasa de crecimiento anual de la población de 1.6% y que para, el 1 de julio del 2010, Panamá cuenta con 3,661,835 habitantes.

Como consecuencia de la posición geográfica del Istmo y de una serie de circunstancias históricas, la población está constituida por diversos grupos humanos entre los que se cuentan los no indígenas (Hispano-Indígena, Afro Colonial, Afroantillano y otros grupos étnicos "Colonia") y los grupos indígenas (Guna, Emberá, Ngäbe, Buglé, Bokota, Naso/Teribe y Bri Bri).

Al analizar la estructura de la población, se observa que el 29.2% de los habitantes son menores de 15 años y el 6.9% son mayores de 65 años. El 63.4%, corresponde al grupo de edad productiva de 15 - 64 años. Los menores de cinco años representan el 9.9 %, el grupo de 5 – 9 el 9.8%, el grupo de 10 – 14 años el 9.4% y de 15-19 años el 8.8%. El sexo masculino, constituye el 50.2% y el sexo femenino el 49.8%. La población indígena panameña representa según el Censo 2010 el 12.3% de la población total.

Según las estimaciones del censo 2010 el 65.1% de la población del país habita en áreas urbanas y el 34.9% en áreas rurales. El 57.4% se concentra en las provincias de Panamá y Colón. La densidad de población del país es de 45.9 habitantes por kilómetro cuadrado. Mientras la provincia de Panamá concentra 151.7 habitantes por km.², en las comarcas Guna Yala, Emberá y Ngöbe Buglé sólo se ubican 14.0, 2.3 y 23.0 habitantes por km.², respectivamente.

La evolución de la población indica que la población total de la República pasó de 859,658 en 1950 a 3,661,835 habitantes en 2010 deberá alcanzar 5,625,442 hasta al final del 2050. Esto significa que durante el período de la proyección (2010-2050), la población se incrementará en un 53.6 por ciento, es decir, que en el 2050, la población panameña se habrá incrementado en 1, 963607 personas más.

Sin embargo, producto de este proceso de maduración de la población, se observa, durante el período 1950-2010-2050, un aumento progresivo en la población económicamente activa de 15 a 64 años la cual de 54.1% en el año 1950 paso a 64.2% en el l 2010, hasta alcanzar 65.7% de la población a finales de la década del veinte (año 2028), para luego descender paulatinamente y mantenerse en 62.7% de la población económicamente activa para el año 2050. En tanto que, la población de 65 años y más de edad de 3.6% en el año 1950 paso a 6.9% en el año 2010, y aumentará hasta alcanzar 18.9% de la población total del país durante el 2050. Es importante señalar, que estos cambios se mantendrán tanto para hombres como para mujeres.

En la transición demográfica se producen descensos de la mortalidad y, sobre todo, de la fecundidad, que inciden en la estructura etaria de las poblaciones y se traducen en un incremento paulatino de las personas de edad.

Actualmente, Panamá se encuentra en la III etapa, la cual se denomina de plena transición, la natalidad es intermedia y mortalidad intermedia y baja, lo que determina un crecimiento natural moderado. En esta etapa también se ubican Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Perú, República Dominicana y Venezuela. Al igual que otros países de América Latina, Panamá se encuentra en un continuo proceso de descenso de la fecundidad y mortalidad, lo cual se refleja en cambios en la estructura de población.

Según los datos generados por el INEC en las estimaciones y proyecciones 1950-2050 de la tasa bruta de mortalidad en Panamá paso de 13.8 en el año 1950 a 5.0 en el 2010, para luego ir creciendo paulatinamente hasta representar el 7.6 por cada mil habitantes en el 2050, aumentando en 54.0 por ciento en relación al año 2010. En términos absolutos, las cifras del año 2010, registradas en el país son de 17,779 defunciones, las cuales se incrementarán a 40,766 en el año 2050.

Para el 2018, Panamá tiene una densidad de población de 53 habitantes por km2, el 75% de la población se encuentra, distribuida en tres centros importantes de concentración: La región metropolitana, la cual incluye las grandes ciudades de Panamá, Colón, La Chorrera y Arraiján (con más del 50% de la población nacional); el área de las provincias centrales en la que se destacan las ciudades de Chitré, Las Tablas, Los Santos, Santiago, Aguadulce y Penonomé; el área occidental de Chiriquí con centros como David, La Concepción y Puerto Armuelles. En las últimas décadas se ha acentuado la migración de las áreas rurales hacia los centros urbanos, especialmente hacia la zona metropolitana.

La población estimada de Panamá para el año 2018 fue de 4, 158,783 habitantes. La estructura de la población, muestra que el 26.4 % de la población es menor de 15 años y el 8,2 % son de 65 años y más. Un escenario donde se reduce en 4% los menores estrechando la base de la pirámide poblacional para aumentar cada día el ancho del ápice. Sin embargo, esta estructura de población por edad presenta diferencias entre las provincias y comarcas del país,

predominando una estructura de base ancha que indica que en las regiones de salud de Bocas del Toro, Guna Yala, Ngabe Bugle y Darién la población de más joven. La población indígena para el 2018 represento, el 12,3% del total y el 9,2% de la población es afrodescendiente.

1.3 Perfil de Salud de la Población Panameña

Panamá se encuentra en plena transición demográfica con polarización epidemiológica, es decir, con doble carga de enfermedad, por un lado, las transmisibles son prevalentes en la población rural y pobre y las enfermedades de tipo crónico-degenerativo van en ascenso, como es de esperar en poblaciones en envejecimiento. Además, desde el punto de vista tecnológico el país avanza en los diversos escenarios y va en ascenso, llevando al sector salud a una era digital, reconociendo la necesidad de la misma como herramienta en los procesos de modernización. Ejemplo de esto, es el Sistema Electrónico de Información de Salud SEIS para las instalaciones del MINSA y el Sistema de Información de Salud SIS para la CSS.

Esperanza de Vida en Panamá, La esperanza de vida al nacer de la república de Panamá es de 77, 7 años con diferencias importantes según el sexo. Para los hombres es de 74,8 años y 80,9 para las mujeres. Hasta el año 2010, en las comarcas indígenas la esperanza de vida fue aproximadamente 10 años menor que en las provincias con mayor esperanza de vida. Factor que mejoró para el años 2015 en el que la diferencia estuvo en aproximadamente 7 años menos que el resto de las provincias. (https://www.contraloria.gob.pa/inec/archivos/P6001Cuadros%201_7.pdf, 2018).

La tasa de natalidad en Panamá, fue en 2016 del 19,53%, y el índice de Fecundidad (número medio de hijos por mujer) de 2,51. Esta cifra asegura que la pirámide población de Panamá se mantenga estable, ya que para ello es necesario que cada mujer tenga al menos 2,1 hijos de media (fecundidad de remplazo). Si miramos la evolución de la Tasa de Natalidad en Panamá vemos que ha bajado respecto a 2015, en el que fue del 19,85%.

Fecundidad, Para el 2010 y para 2016, la tasa de fecundidad global ha sido de 2,4 niños por cada mujer lo que se considera bajo, según clasificación del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE).

Migración, El informe de la Contraloría General de la República indica que las provincias con mayor porcentaje de emigración son: Darién: 50.8%, Guna Yala 43.5%, Los Santos 41.6%, Veraguas 37.2% y Herrera 34.5%. Mientras que los lugares donde menos emigra su población son: Panamá Oeste 13.0%, Panamá 13.6%, Colón 15.2%, Comarca Emberá 16.4%, Bocas del Toro 17.9%, Comarca Ngäbe Buglé 18.6% y Chiriquí 22.6%.

Migración externa y salud, entre los años 2012 y 2015 se atendieron 1, 265,475 extranjeros en las instalaciones de salud del Ministerio de Salud, en su mayoría eran adultos. Estos extranjeros gozan de todos los beneficios de gratuidad o de bajo costo.

Morbilidad General, La Rinofaringitis aguda (resfriado común) es la causa de morbilidad más diagnosticada en los servicios de atención del Ministerio de Salud, concentrando el 14% de las atenciones en el 2016 para la población general, más cuando analizamos la morbilidad por grupo de edad, en el menor de un año este diagnóstico abarca el 33% y en menores de 1 a 4 años es del 28%. Entre las 5 principales causas de morbilidad atendida, también se encuentran la hipertensión primaria y la obesidad lo cual orienta a nuestros equipos de salud a trabajar en función de la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Mortalidad, La tasa de mortalidad general entre los años 2010 y 2016 ha disminuido levemente, las 10 principales causas de muerte se mantienen, aunque en diferente orden, Los tumores malignos siguen ocupando el primer lugar como causa de muerte en el país.

De las 5 primeras causas corresponden a padecimientos o enfermedades agrupadas, 4 de ellas son enfermedades crónicas no transmisibles y una corresponde a los accidentes y las violencias. El lugar número 6 lo ocupa la Diabetes Mellitus, lo que constituye un verdadero reto para la salud pública.

La situación de la mortalidad analizada desde la perspectiva de género en el 2016, nos dice que, en Panamá casi todas las causas, los hombres tienen mayor tasa de mortalidad que las mujeres, cabe destacar que la brecha absoluta entre hombres y mujeres a causa de los accidentes, homicidios, suicidios y otras violencias es de 51.79 más muertes por cada 100,000 habitantes que en las mujeres, lo que en términos relativos se traduce a casi 6 muertes en hombres por cada mujer.

Mortalidad Infantil, La Mortalidad Infantil, en la República de Panamá en el año 2016 aumento en relación a la del año anterior, de 12.3 a 14.1 muertes por cada 1,000 nv. Las afecciones originadas en el periodo perinatal ocupan el primer lugar de las causas, seguidas por las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas abarcando el 70% de las muertes.

Mortalidad Neonatal, En el 2016 se incrementó a 7.7 muertes por cada 1,000 nacidos vivos, en este periodo las tasas han sido mayores en productos masculinos en relación a los femeninos. Entre las causas principales tenemos la inmaturidad extrema, la sepsis bacteriana, las malformaciones congénitas entre otras. Las regiones que registran mayor número de defunciones son Panamá Metro, Chiriquí, Panamá Oeste y Bocas del Toro.

Mortalidad en niños de 1 a 4 años, La tasa de mortalidad en menores desde 1 año hasta los 4 años de vida en Panamá, han disminuido de 100.2 a 98.2 por cada 1,000 nv en el 2016 respecto al 2010. La principal causa de esta mortalidad es la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, seguida por las Causas externas, la desnutrición y las neumonías.

Mortalidad Materna, En el año 2010 se registraron 41 muertes maternas, de las cuales 27 fueron por causas directas. Para el 2016, se reportaron 37 muertes maternas de las cuales 73% responden a causas directas, es decir producto de complicaciones del embarazo, donde la de mayor frecuencia fue el sangrado del tercer trimestre seguido de la ruptura uterina y la sepsis puerperal.

Análisis de la Mortalidad por El Virus de la Inmunodeficiencia Humana en la República de Panamá la prevalencia estimada de personas de 15 a 49 años es de 0.65% (2013). Según los datos epidemiológicos, en el país, de septiembre de 1984 a diciembre de 2014, se han registrado un total de 14,521 casos de SIDA, de los cuales, 447 casos son pediátricos (menores de 15 años de edad) y 9,597 defunciones. El 69.2% del total de los casos de SIDA se presenta en personas con edades de 25 a 49 años. El porcentaje de letalidad acumulado es de 66%. Las tasas acumuladas de SIDA por 100,000 habitantes para el año 2013 correspondientes a las regiones de salud son: Colón (1111.9), Metropolitana (999.4); Panamá Oeste (614.7), San Miguelito (598.6), Panamá Este (302.7), Guna Yala (293.5), Chiriquí (145.1), Coclé (134.8), Los Santos (131.8), Bocas del Toro (113.4), Herrera (112.7), Veraguas (76.9), Darién (58.6) y Ngäbe Bugli (34.5). La tasa acumulada nacional es de 496.05.

Estimación de Resultado del Primer Censo Nacional de Salud Preventiva 2015 – 2017, Resultados preliminares al 31 de enero de 2018, Hasta el 31 de enero de 2018 se han realizado 240 jornadas censales en las 10 provincias. Esto hace un total de 501,271 habitantes censados.

Complejidad de la red, En el año 2016 se inició el proceso de implementación de la estrategia de redes integradas e integrales de Servicios de Salud (RISS), capacitando inicialmente al personal del MINSA y de la CSS, estos eran los encargados de implementar la estrategia de las RISS en la provincia de Coclé, en el marco del cumplimiento de la Política de Salud 2016-2025 que establece en la POLITICA 3: Lograr el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud con Equidad, Eficiencia y Calidad, en el O.E. 3.1. Implementar la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS) y específicamente la Línea de Acción 3.1.5 Implementación del modelo de atención individual, familiar, comunitario y ambiental. En este punto es importante destacar que la red pública de servicios de salud cuenta con 48 clínicas de cesación ubicadas, en su mayoría, en la red de primer nivel de atención, en las mismas se ofrece atención integral y se entrega medicación para dejar de fumar gratuitamente.

Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS), este avance en el uso del expediente clínico de salud electrónico, inició en el año 2013 en el marco de las TIC´s a nivel nacional, todo un avance en miras a la modernización, el cual fue programado de manera incremental en instalaciones de salud con viabilidad de contar con acceso a internet, se inició con diez (10) instalaciones de salud en tres (3) Regiones de Salud Coclé, Herrera y Los Santos.

Hoy día se usa el SEIS en ciento treinta y seis (136) instalaciones de salud, ubicadas en catorce (14) Regiones de Salud, la Región de Guna Yala a pesar de que fue tomada en cuenta desde un inicio, existen debilidades en la adquisición de la tecnología, por el elevado costo de acceso al ancho de banda que se requiere para el uso SEIS. En el SEIS se hace obligatorio completar el campo de consumo de tabaco, se ha estructurado un módulo para el registro de datos de los pacientes que se atienden en las 50 clínica de cesación con las que cuenta el Ministerio de Salud.

Primer Sistema de Vigilancia para el Control del Tabaco en Panamá – SISVISCTA, Nuestro Sistema Sanitario trasciende hacia la vigilancia de factores de riesgo asociado a nuestras principales causas de morbi mortalidad, actualmente avanzamos en la elaboración, diseño y construcción del Sistema de Vigilancia Sanitaria para el Control de Tabaco, que permite la gestión, el monitoreo y evaluación de la implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco CMCT de todas las normativas, disposiciones de ley en Panamá (CMCT ratificado en 2014). También permite la sistematización de las actividades de promoción, prevención, docencias, capacitaciones, atención, rehabilitación, investigación, inspecciones del cumplimiento de la normativa legal y propiciar ambientes libres de humo, la coordinación con otras instituciones gubernamentales como CSS, MEDUCA, DGI MEF, ANA, Sociedad Civil, entre otras.

Este sistema tiene como objetivo proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco mediante la implementación de una plataforma con información actualizada, medidas de control del tabaco a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco de manera sostenible.

Estrategia y Plan de acción sobre eSalud (2012-2017), La eSalud es una modalidad equitativa, efectiva y eficiente de incrementar el acceso, cobertura y calidad de la atención en salud. El Mapeo de Mapeo de proyectos de eSalud en Panamá es una iniciativa del Ministerio de Salud, desarrollada conjuntamente con la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). La Estrategia Nacional eSalud abarcará las acciones de apoyo a la rectoría, gestión de recursos, salud colectiva, prestación de servicios,

aseguramiento y financiamiento, educación, formación e investigación en materia de salud en el territorio nacional con un enfoque transfronterizo.

Encuestas de satisfacción del usuario externo, En el año 2017 se aplicaron 5,366 encuestas en una muestra de 75 instalaciones (tanto de primer nivel de atención como hospitalarias). Como resultado de esta encuesta, encontramos que 53% de los participantes respondieron que fueron atendidos en menos de 10 minutos, y 46.6% respondieron que la duración de la atención fue de más de 10 minutos. De los encuestados, 83% respondieron que la atención recibida por el médico fue buena, muy buena y excelente; 14.8% consideraron que la atención fue regular, y 2.4% consideraron que la atención fue mala. Se encontró que 82% de los encuestados afirma que se les preguntó qué medicinas tomaba o si sufría de alguna enfermedad al momento de la consulta; y 75.2% de los encuestados respondieron que recibieron todos los medicamentos que se les prescribieron.

Programa de acompañamiento humano y espiritual del enfermo, Capacitación de los equipos de humanización en las regiones de Bocas del Toro, Los Santos, Coclé, Herrera, Metropolitana, y Panamá Oeste. Impresión de 800 Guías de Trabajo del Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo. Supervisión a las instalaciones de salud donde se implementa el programa en sus diversas fases y dar seguimiento a los avances y nudos que se presenten durante el desarrollo del programa.

Agua y saneamiento en Panamá (PASAP), Este programa implemento servicios de agua potable y saneamiento sostenible, incluyendo la protección de las fuentes, en base de una participación comunitaria efectiva en todo el ciclo del proyecto. Además realizo mejoras a las practicas sanitarias; fortalecimiento de políticas del sector buscando un consenso entre los principales actores sobre estas políticas y de la capacidad institucional del sector y particularmente la del Ministerio de Salud como rector del sector de agua potable y saneamiento.

Instalaciones del Ministerio de Salud (MINSA), Durante el 2016 funcionaron en el país 870 instalaciones. De este total, el 61.4% eran subcentros y puestos de salud, el 31.7% centros de salud y policlínicas, mientras que el 6.9% pertenecen a hospitales. Al comparar la cifra del año en mención con el 2015, que fue de 871 instalaciones, se observó una disminución de 0.1%, debido a que algunas instalaciones cerraron. Personal de salud, para el 2016 ejercían en Panamá 6,388 médicos(as), 5,690 enfermeras(os) y 1,118 odontólogos(as). Al comparar estas cifras con las del 2015, se observó un aumento en los médicos(as) de 1.3% y en las enfermeras de 2.3%; en cambio, una disminución en los odontólogos(as) de 5.7%. La Capacidad, para el 2016, de las instalaciones de salud hospitalarias disponían de 9,093 camas para atender a la población que requerían de este servicio, lo que denotó un aumento de 22 camas, es decir, 0.2%, con relación a las 9,071 del 2015.

Oferta de la Caja de Seguro Social (CSS), La población protegida por la Caja de Seguro Social, para el 2016 ascendió a 3, 026,769 habitantes, datos que representó el 75.0% de la población total, al ser comparada con las cifras del 2015 (2, 951,344) la que mostró un incremento de 2.6%. En cuanto a las nuevas inscripciones de asegurados, la provincia de Panamá reflejo mayor porcentaje con 59.9% y el menor incremento lo presentó la provincia de Los Santos con el 1.4%. La inscripción de dependientes de asegurados cotizantes fue de 82,877, donde los hijos (a) reflejaron en 65.6%, padre y/o madre el 20.4 %, esposo o compañero el 11.8 % y el menor fue de esposo (a) invalido (a) incluyendo lo compañeros (as) y esposos (as) con el 2.3 %. Cotizantes activos 3, 026,769 al 2016.

Caracterización del sistema regional y proyecciones - Organización y Funcionamiento, El Sistema de Salud está conformado por 910 instalaciones de salud que pertenecen al Sector Público de Salud, lo conforman el MINSA con 831 instalaciones de salud, la CSS con 79 instalaciones de salud y el Sector Privado, la población de responsabilidad estimada es del 40% 60% y 15%. Desde la Presidencia de la República se conformó una Comisión de Alto Nivel (CAN), para lograr la Unificación del Sistema Público de Salud, esta comisión está conformada por profesionales del MINSA, CSS y representantes de los trabajadores organizado de la salud.

LOCALIZACIÓN DE LAS CLÍNICAS DE CESACIÓN DE TABAQUISMO
MINISTERIO DE SALUD Y CAJA DE SEGURO SOCIAL
Enero 2019

REGIÓN	MINISTERIO DE SALUD	No. de Clínicas
Bocas del Toro	MINSA-CAPSI /Finca Las Treinta	1
Coclé	Centro de Salud Materno Infantil de Antón Centro de Salud de Penonomé Policlínica de Aguadulce (CSS) Centro de Salud de Pocrí de Aguadulce (2017)	4
Colón	Policentro Juan Antonio Núñez Centro de salud de Buena Vista (2017)	2
Chiriquí	Policentro de Puerto Armuelles/Barú Centro de Salud de Boquete Centro de Salud de Cerro Punta Centro de Salud de Renacimiento Coordinación de la Sede Regional Centro de Salud en la Barriada San José/David Centro de Salud de Aserrío Centro de Salud de Santa Marta Minsa Capsi de Volcán Centro Penitenciario de David	10
Herrera	Centro de Salud de La Arena	5

	Centro de Salud de Llano Bonito Centro de Salud de Parita Centro de Salud de Santa María Minsa- Capsi de Ocú (agosto septiembre 2016)	
Los Santos	Centro de Salud de Guararé MINSA-CAPSI de La Villa de Los Santos Centro de Salud de Pedasí Hospital Rural de Tonosí Minsa Capsi Macaracas	5
Metropolitana	Hospital Santo Tomás Centro de Salud de Boca la Caja Centro de Salud de Rio Abajo Minsa Capsi Las Garzas de Pacora Centro Femenino de Rehabilitación Policlínica de San Francisco (CSS) Instituto Nacional de Salud Mental (septiembre 2016) Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid (CSS)	8
San Miguelito	Hospital San Miguel Arcángel Centro de Salud de Torrijos Carter Sub-Centro de Tinajitas	3
Panamá Norte	Centro de Salud Alcalde Díaz (25 de octubre 2016)	1
Panamá Oeste	Centro de Salud de Nuevo Chorrillo Centro de Salud de Nuevo Arraiján Centro de Salud de Altos de San Francisco Minsa Capsi Magaly Ruíz en El Coco Policlínica Dr. Santiago Barraza en La Chorrera (CSS)	5
Panamá Este	Centro de Salud de Pacora Centro de Salud de Tortí Centro de Salud de San Martín	3
Veraguas	Centro de Salud de Santiago Centro de Salud de Canto del Llano Centro de Salud de Mariato Cárcel Pública Centro de Salud de Guarumal Minsa Capsi de La Mata (7 de octubre 2016) Hospital San Francisco Javier de Cañazas Policlínica Dr. Horacio Díaz Gómez	8
Gnobe-Bugle	Hospital Regional de Oriente Chiricano	1

Total: 56

Regiones sin Clínicas: Darién, Guna Yala

Evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FES), el análisis general de las FESP señala que la FESP 1, monitoreo, evaluación y análisis de

la situación de salud de la población, fue la única de las once que alcanzó un desempeño óptimo con un resultado de 1.89.

Un total de 5 FESP alcanzaron un desempeño medio superior, es decir, obtuvieron ponderaciones entre 1 a 1.50 y otras 5 FESP obtuvieron ponderaciones totales entre 0.50 a 1, que resultaron por debajo del desempeño medio inferior son las siguientes: FESP 9: Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectiva con una ponderación total de 0.84. FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública con una ponderación total de 0.76. FESP 4: Participación de los ciudadanos en salud con una ponderación total de 0.71. FESP 3: Promoción de Salud con una ponderación total de 0.69. FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública con una ponderación total de 0.52. Ninguna FESP resultó con un desempeño mínimo de 0 a 0,50.

Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional de Salud, Es una plataforma tecnológica, que funciona como un instrumento dinámico para la difusión e intercambio de los avances en la implementación del Plan Nacional de Salud de Panamá, permitiendo el seguimiento del mismo con la información que genera, para tomar decisiones en base a evidencias. Fue desarrollada con el apoyo la SE-COMISCA, a partir de los elementos diseñados previamente para el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana, los cuales son adaptados a Panamá, por la estructura que ya tenía elaborada de su Plan. http://appwebs.minsa.gob.pa/apps/

Esta plataforma tecnológica, mejor conocida como SIMEPLANS, también da seguimiento a la formulación y desarrollo de los Planes Operativos Anuales (POA´s) de las Direcciones Nacionales, Regionales y de Hospitales, se han capacitado instituciones del Sector Salud, para que se integren al uso de la herramienta desarrollada para este seguimiento del cumplimiento de las Políticas Nacionales de Salud.

Así mismo, SIMEPLANS alberga la estructura de este Plan Quinquenal y permitirá su seguimiento en línea, facilitando con ello su seguimiento y evaluación.

Asignación presupuestaria, El presupuesto del Ministerio de Salud (MINSA) para la vigencia fiscal 2018, asciende a B/.2, 200 millones; B/.120 millones más que 2017, mil 600 millones corresponden a funcionamiento y alrededor de 600 millones serán destinados a inversión. El aumento al presupuesto para funcionamiento trascendió por los ajustes a la escala salarial de los profesionales de la salud, conforme a los acuerdos del año 2015. En cuanto al presupuesto de inversión contemplo los dineros para pagar los hospitales de Bugaba, Metetí, Los Santos y Colón y proyectos de inversión para el Saneamiento de Panamá, así como para remodelar algunos centros de salud a nivel nacional. A mediados de

mayo del 2018, aprueban $55.5 millones en traslados de partidas para Salud, por un monto de B/. 55.5 millones, para el pago de obras de construcción de hospitales, y cancelar saldos por el término de otras¸ para los hospitales Anita Moreno y Amador Guerrero, el nuevo hospital de Bugaba, en la provincia de Chiriquí, el Minsa Capsi de Cuipo, en Santa Fé y el de Burunga, en Panamá Oeste.

El presupuesto de la Caja de Seguro Social se incrementa anualmente entre un 5 % a 10 % respectivamente.

Como parte de la financiación de este Plan Quinquenal de Control de Tabaco, debemos mencionar que el MINSA recibe el 20% de la recaudación fiscal en concepto de impuesto selectivo al consumo (ISC) de productos de tabaco, porcentaje que en promedio se estima en 5.6 millones por año. Con estos recursos se gestionan múltiples acciones de promoción, educación y capacitación del personal, la adquisición de medicamentos, equipos y otras tecnologías sanitarias requeridas para ofrecer atención a los pacientes fumadores y a aquellos que padecen enfermedades asociadas al uso o exposición al humo de tabaco de segunda o tercera mano. De igual forma, se financian una línea de investigación sobre tabaquismo que se lleva a cabo de manera conjunta entre el MINSA, el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de Salud y el Instituto Nacional de Estadística y Censo. Esta línea de investigación aborda ejes temáticos relacionados con el control de tabaco y aquellas vinculadas directamente al sistema mundial de vigilancia de tabaco como lo son las encuestas mundiales de tabaco en jóvenes y adultos (GYTS y GATS, por sus sigas en inglés). Una de las prioridades nacionales es la estrategia de cooperación técnica en materia de implementación del Convenio Marco para el Control de Tabaco, de sus directrices y protocolos, en este sentido se trabaja y financian actividades con el Centro Regional ubicado en Uruguay y con el Secretariado del CMCT. Esta estrategia también se desarrolla conjuntamente con la OPS/OMS y con UNFPA entidades de Naciones Unidas con las cuales tenemos acuerdos de cooperación específicos cuyos objetivos se centran en disminuir la prevalencia de uso de estos productos en poblaciones vulnerables de todo el país. Las organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales que tienen relaciones con la OMS y con el Secretariado del CMCT con el control de tabaco participan con Panamá en la planificación y ejecución de tareas de cooperación, como en acciones educativas que se llevan a cabo con los recursos disponibles a partir del ISC de productos de tabaco.

Carga de enfermedades y defunciones relacionadas con el consumo de tabaco en Panamá

Se estima que de todas las personas vivas hoy día, aproximadamente 500,000,000 personas morirán eventualmente debido al tabaco.

El tabaquismo es, actualmente, la principal causa mundial de enfermedad y mortalidad evitable. El consumo de tabaco está también vinculado con un riesgo 10 veces más alto de morir de enfermedad obstructiva de los pulmones, siendo ésta la causa de un 90% de las muertes por esta afección.

Los cigarrillos reducen la expectativa de vida de los fumadores aproximadamente a la mitad. La mitad de los mismos mueren entre los 35 y los 69 años de edad. No hay ningún otro producto de uso público que sea tan peligroso, y que usado como indican sus fabricantes mate a tanta gente. El tabaco, mata más hombres en países subdesarrollados que en países desarrollados, y muy probablemente las muertes en las mujeres serán iguales en un futuro no muy lejano.

El fumar pasivamente en casa, lugar de trabajo o en lugares públicos también es causa de muerte, aunque en menor número. Sin embargo, aquellos fumadores pasivos que mueren, no lo hacen por su propio hábito, sino por el de otras personas.

Desde hace más de 20 años, Panamá ha venido estudiando el problema del consumo de productos de tabaco. Entre los estudios realizados y a pesar de no ser comparables metodológicamente y de la información completa no estar disponible, se cuentan, entre otros:

Encuesta	Año	Consumo de Tabaco
MINSA	1990	6 de cada 100 adolescentes fuman (6.0%) 1 de cada 4 adultos fuma (25%) 1 de cada 3 personas de 60 y más años fuma (33.3%) Mayor prevalencia en individuos con alta escolaridad y elevado nivel socio-económico, así como residir en áreas rurales.
Riviera (15 y 75 años residentes en áreas urbanas de toda la República - n=721)	1995	Prevalencia de vida: 42% (entrevistados que habían fumado alguna vez en su vida), para un 60% en hombres y un 23.9% en mujeres. Prevalencia de fumadores habituales: 35.8%. (en hombres: 52.1%; en mujeres: 19.5%). Prevalencia de fumadores activos: 16.7% con un diferencial entre hombres y mujeres de 21.1% y 9.2%, respectivamente. Prevalencia de fumadores activos en adolescentes (15-19 años): 16.7%

		La edad de consumo inicial fue de 15 – 19 años en el 53.6% de la población estudiada y de menos de 20 años en el 70.5%
Encuesta Nacional de Hogares sobre Consumo de Drogas (CICAD/CONAPRED/MINSA) (12 a 65 años)	2003	Prevalencia actual de consumo de cigarrillos en población entre 12 y 15 años de 3.4%, sin diferencias estadísticamente significativas por sexo
Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida (25748 personas con 18 años)	2007	Prevalencia actual de 9.4%, siendo la prevalencia en hombres de 17.7% y en mujeres de 3.9% con un consumo cerca de 2 veces mayor en las áreas indígenas que en las rurales y/o urbanas, con diferencias estadísticamente significativas
Encuesta de Prevalencia de Factores de Riesgo de Enfermedades Cardiovascular, PREFREC, 2010 (población de 18 años y más se entrevistaron 3590 personas residentes en las provincias de Panamá y Colón, siendo 1074 hombres y 2516 mujeres)	2010	Prevalencia actual (Consumo de productos de tabaco en los últimos 30 días) = 6.4% Prevalencia de consumo de cigarrillos fue de 5,2%, de 0,7% para los cigarros, pipas y tiparillos y 0,4% para tabaco no fumado El consumo de productos no fumados de tabaco en el último mes se reportó en el 1.3% (hombres: 1,6%; mujeres: 0,9%)

Los dos estudios de prevalencia de consumo de tabaco más recientes se realizaron en el 2013 y 2017, cuyos resultados más relevantes se detallan a continuación:

Encuesta Mundial de Tabaco en Jóvenes - 2017

Panamá en atención a su política nacional de control de tabaco y a las disposiciones dl Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, mantiene un proceso de vigilancia de la epidemia de tabaquismo en Panamá, con particular énfasis en los jóvenes. Este proceso lo desarrolla como parte del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco y cuenta para este fin con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) y del Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC). Este sistema provee un conjunto de datos sobre diversos indicadores importantes para el control del consumo de tabaco que además, permiten la comparabilidad de la epidemia entre los diferentes países del mundo.

En el caso de los jóvenes de 13 a 15 años, se aplica la Encuesta Mundial de Tabaco en Jóvenes (EMTJ-GYTS) de la cual Panamá ya cuenta con la cuarta versión y cuyos objetivos se detallan a continuación:

Generales:

1. Generar y actualizar los conocimientos sobre la situación del tabaquismo en la población adolescente entre 13 y 15 años de edad residente en la República de Panamá.
2. Comparar el comportamiento de la epidemia de tabaquismo en jóvenes en los diferentes países del mundo.

Específicos:

1. Determinar la prevalencia de consumo de tabaco y cigarrillos electrónicos en la población de 13 a 15 años de edad.
2. Identificar conocimientos, actitudes y prácticas de la población juvenil frente al tabaco.
3. Determinar la exposición de la población juvenil al humo de tabaco producido por otras personas.
4. Identificar los conocimientos sobre mensajes publicitarios y propagandas a favor o en contra del tabaco.
5. Identificar los conocimientos que la población juvenil ha recibido mediante programas educativos en las escuelas.

Metodología

La EMTJ es un estudio descriptivo multicéntrico de ámbito nacional realizado en jóvenes escolares entre los 13 y 15 años, que fueron seleccionados como población objetivo dada la tendencia mundial en la disminución en la edad de inicio del consumo de tabaco. Su diseño muestral es aleatorio y se estructuró considerando dos etapas. En la primera etapa la probabilidad de que las escuelas fueran seleccionadas dependió del tamaño de la matrícula, seleccionándose así, 51 colegios secundarios. En la segunda etapa, los salones de clases de cada escuela fueron escogidos en forma aleatoria y participaron todos los estudiantes de las clases seleccionadas, sin importar la edad. Para garantizar que los participantes se ubicaban entre los 13 y 15 años, se realizó una selección previa de aquellos grados que concentran la mayor parte de los estudiantes en este grupo de edad. Los mismos cursaban el ciclo básico VII, VIII y IX grado.

El instrumento fue autoaplicado por barrido en cada salón. Estos procedimientos de selección de la muestra permiten garantizar la representatividad de los resultados para los estudiantes de todo el país que cursan los grados mencionados, así como los principios bioéticos y la confidencialidad. La participación de los estudiantes es de carácter voluntaria. La muestra fue de

2096 estudiantes, en la que se incluye un factor de corrección debido a una estimación de no respuesta del 20%. Los resultados fueron procesados en EPI-INFO y SPSS, están en fase de publicación manteniendo el anonimato de los participantes.

El instrumento de recolección de datos fue elaborado por expertos del CDC y de la OMS, entidades internacionales coordinadoras de la encuesta (EMTJ). Dicho instrumento fue adaptado a las necesidades de información de Panamá, por un grupo técnico nacional del MINSA convocado para la aplicación de la encuesta. Su administración requirió entre 30 y 40 minutos y las respuestas fueron capturadas en una hoja electrónica y procesadas mediante lector electrónico.

El cuestionario de la EMTJ estuvo compuesto por 43~~5~~ preguntas "básicas" que se incluyen en todos los países que aplican la encuesta y diseñadas para obtener datos sobre siete temas. Adicionalmente, la encuesta nacional integró 43 –preguntas, de las cuales 37 formaban parte del grupo de preguntas opcionales de OMS y CDC y ~~5~~ 9 preguntas específicas para Panamá. Está organizado en 8 áreas.

El estudio lo realizó el Ministerio de Salud de Panamá en estrecha coordinación con el Ministerio de Educación. Contó con una coordinación nacional y con la colaboración de un equipo de coordinadores regionales y de encuestadores. En el proceso de análisis de datos se ha sumado el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de Salud

Resultados.

Características de la muestra.

De la muestra de 2,096 jóvenes entre 13 y 15 años de edad que cursaban estudios secundarios en escuelas públicas y privadas de todo el país, según selección aleatoria de las mismas, en total 1,027 eran chicos y 1,057 eran chicas, encontrándose 1.22 más chicas que chicos, es decir que el 54.7% eran chicas y el 46.3% chicos, con diferencias estadísticamente significativas por sexo. La composición por edad refleja que el 36.5% de la muestra estudiada tenía 13 años, 41.7% reportaron tener 14 años y 21.8 % 15 años, a lo interno de los grupos de edad no se estimaron sin diferencias estadísticamente significativas por sexo, pero si por edad cuando se trata de los jóvenes de 13 y de los de 15 años.

Consumo de Tabaco

- 7.8% de los estudiantes, 7.9% de los chicos y 7.4% de las chicas usan productos de tabaco actualmente.
- 5.9% de los estudiantes, 6.2% de los chicos y 5.4% de las chicas son fumadores actuales de tabaco.

- 3.9% de los estudiantes, 4.2% de los chicos y 3.5% de las chicas fuman cigarrillos en la actualidad.
- 2.3% de los estudiantes, 2.2% de los chicos y 2.4% de las chicas consumen actualmente productos de tabaco sin humo.
- 13.8% de los jóvenes que probaron fumar cigarrillos lo hicieron antes de los 10 años de edad.
- 2 de cada 5 (36.8%) de los jóvenes que probaron fumar narguile lo hicieron antes de los 10 años de edad.

Cigarrillos electrónicos

- 6.4% de los estudiantes, 7.1% de los chicos y 5.2% de las chicas usan cigarrillos electrónicos.
- La mitad de los usuarios actuales de narguile fuma cigarrillos electrónicos.

Cesación

- 7 de cada 10 (65.6%) de los fumadores hicieron el intento de dejar de fumar en los último 12 meses.

Exposición al humo de tabaco de segunda mano

- 16.7% de los estudiantes estuvieron expuestos a humo de tabaco de segunda mano en el hogar.
- 31.7% de los estudiantes estuvieron expuestos a humo de tabaco de segunda mano en espacios públicos.

Accesso y disponibilidad

- 33.6% de los fumadores actuales de cigarrillos los compraron en un kiosko, supermercad, tiendas, negocio o vendedor callejero.
- Entre los fumadores actuales de cigarrillos que compraron cigarrillos, al 58.4% no se les negó la venta debido a su edad.

Medios de comunicación

- Cerca de la mitad de estudiantes (49.5%) observaron mensajes anti-tabaco en los medios de comunicación.
- Poco más de 1 de cada 4 estudiantes (26.5%) observaron publicidad o promoción de tabaco en puntos de venta.
- Uno de cada diez estudiantes (11.3%) posee algún elemento con la marca o el logo de una empresa tabacalera.

Recomendaciones

- Desde el año 2002 a la fecha hay progresos en el control de tabaco en jóvenes de 13 a 15 años con un descenso drástico entre los años 2002 y 2008 tanto en chicos como en chicas. Por lo tanto, la implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco debe continuarse.
- Por primera vez, se midió de manera específica el consumo de tabaco en pipas de agua y el uso de sistemas administradores o no de nicotina (cigarrillo electrónico y similares). La sociedad panameña debe cooperar con la vigilancia y control del cumplimiento de la prohibición de la venta de dichos dispositivos en el país, particularmente en los menores de edad
- El desconocimiento de los jóvenes sobre los riesgos para la salud que ocasiona el consumo de otros productos fumados de Tabaco, distintos al cigarrillo pueden ser

factores importantes que están incidiendo en los cambios de las prácticas de consumo. Por lo tanto, es menester que el Ministerio de Educación (MEDUCA) refuerce los contenidos sobre los peligros del tabaquismo.

Conclusiones

1. Desde el año 2002 a la fecha hay progresos en el control de tabaco en jóvenes de 13 a 15 años, con descensos estadísticamente significativos, pero con nuevos retos dada las innovaciones en las prácticas de consumo.
2. Las medidas de de-socialización del consumo de tabaco que se aplican en el país, pueden ser factores importantes que están incidiendo en los cambios de las prácticas de consumo, así como el desconocimiento por parte de los jóvenes de los riesgos del consumo de productos de tabaco que utilizan las pipas de agua.
3. Cerca de 1 de cada 3 estudiantes entrevistados disponen de 4 balboas o más para gastar en la semana, lo que ubica a esta población como con recursos para pagar un paquete de cigarrillo de 20 unidades a precio del mercado nacional.
4. La prevalencia actual de consumo de productos de tabaco es de 9.8%, la de cigarrillos es de 5% y la de otros productos de tabaco es de 9.3%, lo que implica un nuevo reto para el MINSA y la sociedad panameña en la implementación de medidas de control sobre este tipo de prácticas, que se mercadea como inocua para la salud porque es a base de “frutas”
5. El 14.3% de los fumadores entrevistados fumó su primer cigarrillo cuando tenía 10 o menos años de edad (Chicos=14.1%; chicas=14.2%) sin diferencias estadísticamente significativos por sexo. En tanto 6 de cada 7 jóvenes fumadores de 13 a 15 años fumó su primer cigarrillo entre los 11 y 15 años.
6. Cerca de 9 de cada 10 (91.8%) jóvenes que fuma cigarrillo consume 5 o menos por día y 8.2% consume 6 o más cigarrillos por día, sin diferencias estadísticamente significativas por sexo y edad. Es decir, que la mayoría de los jóvenes que fuma cigarrillo son consumidores livianos y un mínimo de 8.2% de los jóvenes son consumidores medios. Sin diferencias estadísticamente significativas por sexo y edad.
7. A pesar de las disposiciones de la ley 13 de 2008, que prohíben la venta de productos de tabaco a menores de edad, **c**erca de 3 de cada 8 jóvenes fumadores actuales obtuvo los cigarrillos que fumó en los últimos 30 días en la tienda, con un vendedor ambulante o en un kiosco (Chicos=42.8%; chicas=30.5%), teniendo un mayor porcentaje los chicos que las chicas, lo que reflejan diferencias estadísticamente significativas por sexo y entre los fumadores de 13 años con respecto a los de 14 años de edad.

8. Se estimó que 29.5% de los fumadores lo hace en eventos sociales y que 1 de cada 4 en sus casas con una estimación similar para la casa de los amigos.
9. Los espacios públicos, otros lugares y la escuela fueron reportados con cifras que oscilaron entre el 6.1% y el 8.0%, siendo el sitio de mayor reporte los espacios públicos.
10. El 50% de los jóvenes fumadores muestran signos del tabaquismo sin diferencias estadísticamente significativas por sexo, siendo el grupo de 13 años de edad el más afectado.
11. Uno de cada dos jóvenes creen que las empresas tabacaleras tratan de conseguir que los jóvenes menores de 18 años usen productos de tabaco.
12. Los jóvenes informaron que se les distribución muestras gratuitas de cigarrillo a pesar de la prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco.
13. Cerca de 9 de cada 10 jóvenes está a favor de la prohibición de fumar.
14. Tres de cada 4 considera que los precios de los productos de tabaco deben incrementarse.
15. Siete de cada diez favorece la prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco.
16. El 16% de los entrevistados están en contra de la prohibición de la venta de productos de tabaco a menores de edad.
17. Los jóvenes defienden su derecho a respirar un aire libre de humo de tabaco, 9 de cada 10 consideran que si alguien va a fumar debe pedirles permiso.

Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos. 2013

El Ministerio de Salud y el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, con el apoyo técnico del Instituto Nacional de Estadística y Censo, de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y del Centro del Control de Enfermedades de los Estados Unidos, han realizado la Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos en Panamá - EMTA (*Global Adult Tobacco Survey - GATS*). Este proyecto de investigación sobre la epidemia de tabaquismo en adultos es uno de los más importantes a partir de la adopción del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en el año 2004.

En un plano más específico, se ha obtenido información respecto de las áreas rurales e indígenas, en cuanto a la incidencia del tabaquismo y la implementación de las políticas de control de tabaco, lo cual de por sí representa un retorno muy importante de la inversión en este tipo de instrumentos de medición, sobre todo por el uso de recursos de financiamiento público mediante el uso del Fondo de Pre-inversión del Ministerio de Economía y Finanzas.

Los resultados de la EMTA permiten constituir una línea base para el estudio de la situación del tabaquismo en adultos, comparable en el ámbito mundial, donde se utilizó una muestra representativa para el ámbito nacional.

Esta investigación se constituye en parte de los compromisos adquiridos por Panamá, mediante la firma del Convenio Marco de mantener sistemas de vigilancia y la construcción de indicadores nacionales, que sean comparables en el ámbito mundial.

Objetivo General:
Generar conocimientos e indicadores nacionales sobre la situación del tabaquismo en la población adulta de la República de Panamá y que sean comparables con los resultados obtenidos en otros países del mundo respecto del comportamiento de la epidemia de tabaquismo en los adultos de 15 años y más.

Objetivos Específicos:
1. Medir la prevalencia de consumo de productos fumados y no fumados de tabaco en la población adulta residente en la República de Panamá.
2. Identificar conocimientos, actitudes y prácticas de los adultos relacionadas con los daños a la salud que ocasionan los productos de tabaco.
3. Determinar la percepción de la exposición de los adultos al humo de tabaco ajeno en diferentes espacios públicos de interés del CMCT y de la Ley 13 de Enero de 2008.
4. Identificar los conocimientos sobre mensajes publicitarios y propagandas a favor o en contra del tabaco.
5. Valorar la percepción de los adultos con respecto al cumplimiento de las políticas control de tabaco
6. Identificar algunas características de las prácticas de consumo de productos fumados y no fumados de tabaco.
7. Describir el interés de los fumadores por dejar de fumar y sus percepciones con respecto al abandono del consumo.

Metodología:
Es la primera vez, que se realiza en Panamá un estudio nacional multicéntrico completo para analizar las características del tabaquismo en la población de quince años y más, según las variables: demográficas como el sexo, edad y área (urbano, rural e indígena), de consumo, prácticas y otras relacionadas con las medidas de control del tabaco que se aplican en el país, de conformidad con la Ley 13 de 2008.

El Marco de Muestreo para la EMTA, tuvo como referencia la información del Censo Nacional de Población y Vivienda del 2010, con un total de 21,333 unidades primarias de muestreo (UPM), que contienen 38 y más viviendas particulares ocupadas, distribuidas por áreas así: 13,926 UPM urbanas, 6,354 UPM rurales y 1053 UPM indígenas, que totalizan 2,691,551 personas de 15 años y más. Se trabajó con una muestra representativa, seleccionada aleatoriamente que consideró 959 unidades primarias de muestreo, distribuidas en las catorce regiones de salud del país y un tamaño muestral de 19,602 personas, considerando la paridad de género. El porcentaje de respuesta fue de 88.4% para un total de 16, 962 personas de 15 años y más entrevistadas.

Se aplicó un cuestionario electrónico que permitió recabar y procesar, mediante el uso de dispositivos electrónicos portátiles (iPAQ), la información de distintas variables tales como el consumo, acceso a productos derivados del tabaco (con y sin humo), exposición al humo de tabaco de segunda mano, conocimiento sobre los programas de cesación de consumo de tabaco, percepciones sobre la publicidad e ingresos y otros aspecto económicos del tabaco, conocimientos, percepciones y aptitudes relacionadas con el consumo de tabaco, entre otras.

Consumo de Tabaco:
Como uno de los resultados más destacable se reportó la baja prevalencia del consumo de tabaco que se estimó en 6.4%, mientras que para los hombres es de 9.7% y en las mujeres de 3.1%. Por rango de edad, los grupos de 20 a 39 años y el de 40 a 59 años presentan las prevalencias más altas con 7.2% y 7.1%, respectivamente, mientras que la más baja, 2.8%, se estimó para el grupo de 15 a 19 años. Con relación al área geográfica, los estratos indígena y urbano tuvieron la mayor prevalencia con 7.2% y 7.1%, respectivamente. El consumo de fumado, que es el principal tipo de consumo en el ámbito nacional, reflejó una prevalencia actual de 6.1% en general, mientras que para los hombres es de 9.4% y en las mujeres de 2.8%. Con relación al tabaco sin humo, la prevalencia general fue de 0.8%, teniendo los hombres 1.0% y las mujeres 0.5%.

Exposición al humo de tabaco ajeno:
En materia de exposición al humo de tabaco de segunda mano (HTSM) se refleja que el 94.4% de los adultos que trabajan en interiores están protegidos de la exposición a este humo, así como el 96.6% de los adultos en sus hogares y el 87.6% de los adultos que visitan restaurantes no están expuestos al HTSM.

Cesación:
La cesación del consumo de tabaco se refleja como una preocupación de los consumidores siendo que 6 de cada 10 fumadores actuales planearon o estaban pensando dejar de fumar y que 5 de cada10 fumadores han hecho intentos por dejar de fumar en los últimos 12 meses.

Advertir sobre los peligros del tabaco:
Como parte de las políticas de control de tabaco que implementa Panamá desde el año 2005 está la impresión en la cajetilla de productos de tabaco de advertencias sanitarias con imágenes, el 76.9% de los adultos de 15 años y más notaron las advertencias sanitarias y que 4 de cada 10 consideraron dejar de fumar debido a la misma. Cerca de 1 de cada 2 fumadores actuales (53.5%) que notaron las advertencias, pensaron en dejar de fumar.

Medios de Comunicación:
Las prohibiciones de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco, de venta de cigarrillos sueltos y en paquetes de menos de 20 unidades, entre otras, son prueba clara de la implementación de los compromisos asumidos por el país, en la erradicación de la epidemia mundial del tabaquismo, cuyas externalidades negativas, generan grandes costos de oportunidad a la economía nacional, en especial relacionadas con el sector sanitario.

Economía del Tabaco y Comercio Ilícito

De igual manera, se identifican marcas y presentaciones que puedan estar violando las normas nacionales de control, en especial las normas aduaneras, dado que con relación a la venta ilegal, existen diversas modalidades mediante las cuales se sigue accediendo a la población, haciendo posible la asequibilidad, especialmente en los sectores de menores ingresos.

Otro aspecto importante a destacar es la existencia del comercio ilícito, con relación a la introducción de marcas ilegales, que representan un 36.3%, lo cual indica no solo la necesidad de reforzar la labor de vigilancia en el ámbito nacional, sino también el poder aunar esfuerzos en el ámbito regional, dada la naturaleza de nuestro país como zona de tránsito.

Conocimiento, actitudes y percepciones:
Al indagar sobre los conocimientos, actitudes y percepciones se registró que cerca de 9 de cada 10 adultos creen que fumar causa enfermedades serias y que 87.5% de adultos creen que el humo de cigarrillos que ellos fuman causa serias enfermedades sobre los que no fuman.

Resumen de evidencias de mayor relevancia para asesorar a los tomadores de decisiones

1. Cerca de 9 de cada 10 residentes en la República de Panamá no consumen productos de tabaco por lo que es necesario continuar aplicando medidas costo efectivas para proteger la salud de esta población, considerando que el apoyo de la población a dichas medidas ha de ser amplio.
2. Actualmente, todavía la población panameña de 15 años y más concentra su práctica de consumo en los productos fumados de tabaco por lo que la vigilancia de la industria tabacalera que los produce debe ser permanente e integral.
3. A pesar de haber diferencias estadísticamente significativas en algunas variables para los dominios urbano, rural e indígena, el consumo de productos de tabaco es una práctica generalizada que requiere de la aplicación de intervenciones en todo el territorio nacional, como de la vigilancia del cumplimiento de la Ley 13 de 2008 y demás disposiciones que regulan la materia (tabaco) en Panamá.
4. Aunque los indicadores de consumo de productos fumados y no fumados de tabaco son más elevados en los hombres que en las mujeres y los mismos indican que hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, las intervenciones deben ser dirigidas a ambos sexos considerando las particularidades de cada género.
5. Nueve de cada 10 entrevistados se manifestó a favor de las advertencias sanitarias en los paquetes de cigarrillos.
6. Seis de cada 10 adultos había visto información contra el tabaco en la televisión o la radio.
7. Dos de cada 10 adultos había visto mercadeo de cigarrillos en las tiendas donde se venden cigarrillos.
8. 3 de cada 10 adultos había visto comercialización de cigarrillos (que no sea en el comercio) o patrocinio de eventos deportivos

9. La radio y la televisión son medios por los cuales los mensajes contra el cigarrillo le llegan a una mayor proporción de la población, aunque un porcentaje muy bajo de la población indígena tiene acceso a información por televisión.
10. Las vallas publicitarias no son un medio de comunicación efectiva para transmitir mensajes en contra del cigarrillo en las áreas rurales e indígenas, principalmente en estas últimas.
11. Más del 98% de los entrevistados manifestó no haber recibido promoción de cigarrillos por parte de la Industria Tabacalera, con lo cual se puede mencionar que hay un buen cumplimiento del artículo 13 de la Ley 13 de 2008.
12. Tres de cada 4 entrevistados manifestó haber visto en la televisión o en el cine actores o actrices fumando cigarrillo, este hallazgos es importante para establecer mecanismos de control de este tipo de publicidad ya que la misma merma el impacto del proceso de desensibilización del consumo de cigarrillos y otros productos de tabaco y afecta el cumplimiento de la prohibición total de la publicidad promoción y patrocinio de productos de tabaco.

Conclusiones

1. La EMTA es el estándar mundial para monitorear en forma sistemática el consumo de tabaco en adultos (tabaco con humo y tabaco sin humo), así como los principales indicadores de control del tabaco que nos ha permitido construir una línea base para el monitoreo y vigilancia de la epidemia de tabaquismo en Panamá y compararnos en la esfera mundial. .
2. Los resultados de EMTA fortalecen la capacidad nacional, particularmente del Ministerio de Salud, como entidad responsable a nivel de Panamá de la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco para diseñar, implementar y evaluar programas para el control del tabaco y cumplir con las obligaciones que este tratado internacional nos impone para la protección de la salud pública.
3. La prevalencia de consumo de tabaco en población de 15 años y más se estimó en 6.4%, aun siendo más elevada en hombre que en mujeres, atribuible al consumo de cigarrillos, fundamentalmente pues representan el 95% de los productos de tabaco consumidos.
4. La prevalencia de consumo más elevada se ubica en las área indígena y urbana con 7.2% y 7.1%, al igual que en los grupos etarios de 15 a 24 y de 65 y más.
5. Cerca de 9 de cada 10 panameños están protegidos de la exposición al humo de tabaco de segunda mano, incluyendo los lugares de trabajo cerrados y el hogar, siendo necesario profundizar en la vigilancia y control de las medidas de espacios libres de humo respecto de áreas abiertas y semi abiertas, en general.
6. El nivel de protección de la exposición al HTSM reflejado en este estudio da evidencia del impacto favorable de las acciones de educación y promoción respecto de la exposición en el hogar.

7. Los datos indican que los mayores intentos de cesación por tiempo de duración y uso de terapias, es mucho más bajo que con relación a la voluntad propia del individuo, especialmente en los grupos etarios centrales de 25 a 44 y de 45 a 64, que es donde se concentra en principio la mayor parte de la población trabajadora.
8. Las advertencias sanitarias resultaron en estimular el interés por dejar de fumar en cerca de 1 de cada 2 fumadores y en un medio efectivo para informar a la población de los daños a la salud que causan los productos de tabaco, toda vez que 7 de cada 10 personas de 15 años y más observaron las mismas en el empaquetado de los cigarrillos.
9. La prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco reflejó un cumplimiento de 65%, el cual se ve impactado desfavorablemente por la publicidad transfronteriza que incluye a actores y actrices fumando en películas, así como la publicidad en internet, al igual que en las tiendas, según fue reportado por la población panameña.
10. En promedio el fumador panameño gasta mensualmente 72.6 balboas en comprar productos de tabaco que adquiere en el mercado legal, como en el ilegal, estimándose un comercio ilegal del 36.3%, cifra que desestima las estimadas por la industria tabacalera donde proyectan un 60% de contrabando en nuestro país.
11. Se han identificado debilidades y fortalezas en el proceso de implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y de la legislación nacional que establece las normas nacionales por lo cual continuar con la aplicación de estos instrumentos es esencial para conocer las características y cambios en torno a la epidemia de tabaquismo en Panamá.
12. Hoy día se cuenta con un valioso reservorio de información para la toma de decisiones para los próximos cinco años, que permitirá focalizar mucho mejor la labor de vigilancia y control partiendo de las características del consumo y de la construcción de perfiles de consumidores en función de características socioculturales y entorno regional.
13. Es necesario, integrar nuevas intervenciones orientadas a disminuir las prevalencias actuales de consumo de productos de tabaco que nos lleven al “endgame” - final del juego en materia de tabaquismo- es decir a prevalencias que no superen el 5%, entre ellas el combate del comercio ilícito de productos derivados del tabaco en Panamá.

Para la actualización de datos de prevalencia y exposición la humo de tabaco se han integrado un conjunto de preguntas en la Encuesta Nacional de Salud 2019, mismos que nos permitirán contar con información actualizadas sobre la epidemia de tabaquismo y sobre el uso de sistemas electrónicos administradores o no de nicotina.

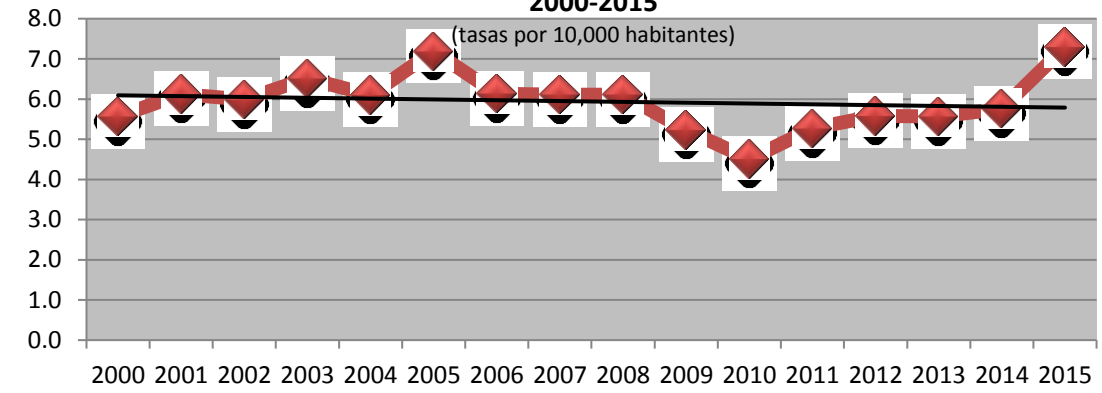
Durante los años 2000 a 2015, la mortalidad proporcional asociada según fracción atribuible al consumo de tabaco ha oscilado entre el 13.9% y el 15.7% del total de muertes para cada año (promedio 13,7%), que se corresponde con

2029 muertes en promedio/año. El mayor número de muertes se reporta en el grupo de otras enfermedades crónicas distintas al cáncer, excepto en los años 2001, 2002 y 2015 donde los tumores malignos asociados al tabaco superaron las cifras de las otras ECN. Entre las otras enfermedades crónicas distintas al cáncer se incluyen: la enfermedad hipertensiva, la enfermedad cerebro vascular, las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades crónicas del sistema respiratorio, la úlcera gástrica y duodenal, la diabetes mellitus y la aterosclerosis.

Es importante destacar que en Panamá, las tasas de mortalidad por causas asociadas al tabaquismo, muestran una tendencia al descenso **(Figura 1.2).**

El análisis del comportamiento de la mortalidad general y la asociada al consumo de productos de tabaco indicó que para el periodo 2000-2012 se registró un descenso porcentual del 21.6%, al comparar el promedio anual de muertes para el periodo 2000-2008, con un el promedio anual de muertes para el periodo 2000 al 2012. Sin embargo, este análisis para el 2015 se ve afectado por las mejoras en la captación de casos de cáncer registrados en el Registro Nacional del Cáncer de Panamá (RNCP), a raíz de la integración de casos a partir de las mejores base de datos válidas ya que anteriormente, el RNCP sólo incluía los casos con diagnóstico patológico positivo.

Figura 1.2 TASAS DE MORTALIDAD DEBIDO A ENFERMEDADES ASOCIADAS AL CONSUMO DE TABACO. REPUBLICA DE PANAMA. AÑOS: 2000-2015



Fuente: Contraloría General de la Reública. Panamá. Años: 2000-2012

1.3 Políticas de control de tabaco, legislación nacional e iniciativas en curso para el control de tabaco en el país.

La República de Panamá a través del tiempo ha venido desarrollando diversas acciones en materia de control del tabaco. Es así como mediante la aprobación y sanción de la Ley Nº 40 de 7 de julio de 2004, ratificamos el CMCT el 16 de agosto de 2004, lo que nos permitió ser el II Estado Parte de la Región de las Américas (AMRO) y una de las primeras cuarenta Partes del CMCT.

Con la entrada en vigencia del CMCT, se aprueba la Ley Nº 13 de 24 de enero de 2008, en la cual se concentra un esfuerzo normativo en materia de control de tabaco incluyéndose medidas de efectividad comprobada para lograr una protección real de la salud de la población, entre las que se destacan:

- La prohibición total de fumar en ambientes laborales cerrados, en áreas comunes de edificios públicos y privados de uso comercial y doméstico, lugares públicos donde haya concurrencia de personas, ambientes públicos y privados, abiertos y cerrados, destinados a actividades deportivas. Los gerentes o encargados de los establecimientos son responsables de hacer cumplir la medida y podrán ser auxiliados por la Policía Nacional.
- Las advertencias sanitarias son rotativas anuales, con pictograma en el 50% de las caras anterior y posterior del empaquetado de productos de tabaco. Panamá lleva a la fecha su IV ronda de advertencias e inicia la V en marzo de 2014. Estas son las advertencias sanitarias que circularon durante el periodo de estudio.
- La proscripción del uso de términos que den la falsa impresión de seguridad a los consumidores.
- La impresión, sin cuantificación de dos contenidos tóxicos: nicotina y alquitrán, así como de dos contenidos de sus emisiones: monóxido de carbono y benzopireno.
- La prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y sus productos, incluidos los medios indirectos y subliminales, incluida la transfronteriza que penetren en el territorio nacional. Se incluye la prohibición en los puntos de venta y con el Decreto Ejecutivo No. 611 de 2 de junio de 2010, prohibición de la exhibición de los productos en dichos puntos de venta.

La Ley 13 de 2008, además:

- Asigna la responsabilidad al Estado para diseñar y aplicar programas de promoción y abandono del consumo de tabaco incluido el acceso a tratamientos el cual desarrollamos y a la fecha contamos con 35 clínicas de cesación en las que se provee gratuitamente estos servicios.
- Prohíbe la venta de productos importados que no estén dirigidos expresamente al mercado panameño.
- Indica el mandato de reglamentar, adoptar y aplicar medidas para vigilar, documentar y controlar el almacenamiento y la distribución de productos de tabaco en áreas económicas especiales y zonas libres o francas, que se encuentren o se desplacen en régimen de suspensión de impuestos.
- Ratifica la prohibición de la venta de productos de tabaco a menores de edad, se incluye la prohibición de dedicación y empleo de los menores de edad en la venta de productos de tabaco;
- Con la finalidad de disminuir el acceso de estos productos a la población general, pero particularmente a los menores de edad se prohibió de la venta de cigarrillos sueltos y empaquetes de menos de

20 unidades, así como uso de máquinas expendedoras o dispensadoras de productos de tabaco.
- La legislación nacional contempla la prohibición de la venta de productos de tabaco en establecimientos deportivos, educativos y de salud, públicos y privados. La disposición incluye a los concesionarios ubicados en este tipo de instalaciones.

Por otro lado, la legislación nacional tipifica las causales de violación a la Ley sus infracciones, sanciones y mecanismos de denuncia, las cuales se hacen explicitas en los artículos 23 al 29 de la Ley 13 de 2008.

Otro conjunto de medidas regulatorias se consignan en las siguientes disposiciones:

- **Decreto ejecutivo 230 de 6 de mayo de 2008**, que reglamenta la ley 13 de 2008.
- **Resolución 251 de 7 de abril de 2009** del ministerio de salud, que faculta a la autoridad nacional de aduanas para que tome medidas para el control del tabaco y su comercialización.
- **Ley 49 de 17 de septiembre de 2009**, que reforma el código fiscal y adopta otras medidas fiscales y adopta el impuesto selectivo a los productos de tabaco al 50% del valor de los mismos.
- **Ley 69 de 6 de noviembre de 2009**, se incrementa el valor del impuesto selectivo a los productos de tabaco al 100% del valor de los mismos.
- **Decreto ejecutivo 611 de 3 de junio de 2010**, que modifica el artículo 18 del decreto ejecutivo 230 de 2008, que reglamenta la ley 13 de 2008 y se prohíbe la exhibición de productos de tabaco.
- **Decreto ejecutivo 1838 de 5 de diciembre de 2014**, que prohíbe el uso de los sistemas electrónicos de administración de nicotina, cigarrillos electrónicos, vaporizadores u otros dispositivos similares, con o sin nicotina.
- **Ley 34 de 8 de mayo de 2015**, que modifica y adiciona artículos al código penal y dicta otras disposiciones.
- **Resolución 0415 de 2 de marzo de 2016** del Ministerio de Salud, que señala la obligatoriedad de colocar el letrero de prohibición de uso de los sistemas electrónicos de administración o no de nicotina, en todos los lugares en donde esté prohibido el uso de tabaco, de conformidad con el decreto ejecutivo 1838 de 2014.
- **Resolución 2175 de 22 de septiembre de 2016**, que modifica el nombre de la Comisión Nacional para Estudiar el Tabaquismo en Panamá.
- **Ley 27 de 23 de septiembre de 2016,** que aprueba el Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco.
- **Resolución 2742 de 21 de agosto de 2017**, que establece que para la República de Panamá, los sistemas electrónicos de administración o no de nicotina, mejor conocidos como cigarrillos electrónicos, no son considerados productos de tabaco y declara improcedente su comercialización en el mercado panameño, por ser nocivos y perjudiciales a la salud de las personas y al ambiente.
- **Resolución 0554 de 8 de marzo de 2018**, que establece que las pipas de agua, narguiles, hookahs, shisha, cachimbas o de cualquier otra

denominación que en el futuro se tengan, son productos de tabaco y dicta otras disposiciones.

- **Resolución 0953 de 15 de mayo de 2018**, que declara improcedente la comercialización de los productos de tabaco calentados en la república de panamá, ya que no se cuenta con la evidencia científica que permita considerarlos inocuos o de beneficio para la salud de los consumidores.
- **Decreto ejecutivo 178 de 8 de junio de 2018**, que modifica artículos del decreto ejecutivo n°63 de 27 de febrero de 2003, que crea el Consejo Nacional para la Salud Sin Tabaco y dicta otras disposiciones en materia de control de productos de tabaco.

Las disposiciones legales para el control de tabaco están detalladas en la página web del MINSA.

Con respecto al tema impositivo, podemos indicar que los impuestos al tabaco son una medida efectiva para disminuir el consumo. Con las Reformas al Código Fiscal mediante la Ley 69 de 6 de Noviembre de 2009 se logra incrementar el impuesto selectivo al consumo de cigarrillos que pasó de 32.5% a 100% del precio de venta al consumidor declarado por el productor nacional o el importador al Ministerio de Economía y Finanzas, con un mínimo de B/. 1.50 por cajetilla de cigarrillo. También se aplica el impuesto selectivo al consumo de tabaco, a los habanos y otros productos derivados de tabaco tomando como base del precio de venta al consumidor declarado por el productor nacional o el importador al Ministerio de Economía y Finanzas, con un mínimo de B/. 0.50 centésimos.

En esta materia y como acción impositiva a favor de la salud pública se destaca la decisión legislativa relevante de distribuir del 50% los importes recaudados hacia funciones de promoción, prevención, vigilancia y control de tabaco, incluido el control de daños ocasionados por el tabaco a razón de una asignación de 40% al Instituto Oncológico Nacional, 40% al Ministerio de Salud y 20% a la Autoridad Nacional de Aduanas para la prevención y persecución del contrabando de productos derivados del tabaco. Esta aplicación impositiva conllevo un incremento del precio de cerca de 1 dólar a 3.75, más 15% del ITBM.

Desde 1989, el Ministerio de Salud cuenta con la Comisión Nacional para el Estudio del Tabaquismo ente que efectúa la gestión del Convenio Marco en Panamá y realiza los análisis de las estadísticas, de legislación y avances internacionales. Esta comisión funge como ente técnico asesor en el que participan todas las direcciones de la institución, mediante Resolución 2175 de 22 de septiembre de 2016, se modifica el nombre de la Comisión y pasar a ser Comision Nacional de Contro de Tabaco,aprueba su logo y establece el formulario de declaracion de no conflict de interés y acuerdo de responsabilidad. La Comisión mantiene vínculos con varias entidades del Estado destacándose el Instituto Conmemorativo Gorgas y la Contraloría General de la República en el campo de la investigación, para fortalecer la aplicación del CMCT y del Protocolo se suma la colaboraciín y cooperación con el Ministerio de Relaciones Exteriores, Autoridad Nacional de Aduanas Ministerio de Educación, Ministerio de Comercio e Industrias, Autoridad Reguladora de Servicios Públicos, Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio Público, entre otros.

Por otro lado, el Decreto Ejecutivo 230 de 2008 mandata la creación del Programa Nacional para la Prevención y Control del Tabaquismo, cuyo propósito es establecer un mecanismo que de manera permanente viabilice las acciones integrales de control de tabaco, en el contexto de la implementación del Convenio Marco y del cumplimiento de sus objetivos, estrategias y actividades con indicadores claramente definidos.

A la fecha el Ministerio de Salud de Panamá ha sido demandado ante la Corte Suprema de Justicia en nueve ocasiones por la industria tabacalera. De las cuales ocho ya cuentan con los fallos de este ente de justicia mismos han sido favorable a las medidas aplicadas por el **MINSA**:

- Demanda interpuesta por la **British American Tobacco Panamá (BAT)** al **Decreto Ejecutivo 230 de mayo de 2008**, mediante el que se reglamenta la Ley 13 de Enero de 2008.
- Demanda de la BAT a la **Nota No. 1277-DGS**, mediante la cual se proscribe el diseño de la cajetilla de *Kool Click On* por considerarlo publicidad subliminal.
- Demanda de inconstitucionalidad realizada por la **BAT** al **Decreto Ejecutivo 611 de 3 de junio de 2010**
- Tres demandas de ilegalidad interpuestas por la **BAT**, **Philip Morris** y **Obrigada Panamá**, **Habanos Panamá SA** y **GR Internacional**, al **Decreto Ejecutivo 611 de 3 de junio de 2010** mediante la cual se prohíbe la exhibición de los productos de tabaco en los puntos de venta.
- Una demanda de inconstitucionalidad por la emisión de las **Resoluciones 0120** y **0125 de enero de 2017** en las cuales se indica la prohibición del uso de los términos *red*, *blue* y *menthol* en cajetillas de *Viceroy* y *Kool*.
- Una demanda de inconstitucionalidad por la emisión de la **Resolución 0733 de marzo de 2017** que establece la prohibición del uso del término *freezin point* en las cajetillas de productos de tabaco.
- Un amparo de garantías constitucionales interpuesto por la BAT. Aún pendiente de dictamen por la Corte Suprema de Justicia.

Desde hace 5 años se prohijó el proyecto de Ley 136 con la finalidad de acoplar la legislación nacional a todos los mandatos del CMCT, en términos de regulación de la demanda y la oferta de productos de tabaco, el proyecto esta orientado a reglamentar el contenido y la divulgación de información sobre los productos del tabaco, aplicar el empaquetado sencillo a los productos de tabaco, establecer licencias especiales para la comercialización de productos de tabaco y equipos de fabricación y ampliación de las medidas sobre ambientes libres de humo de tabaco, entre otros aspectos relacionados con el control del tabaco. A finales del periodo legislativo (octubre de 2018) el proyecto de Ley 136 fue aprobado como texto único en primer debate. En el primer semestre de 2019 el Proyecto de Ley fue aprobado por la Asamblea de Diputados, pero fue vetado parcialmente por el Presidente de la República debido a que en el segundo

debate sufrió más de 20 modificaciones que alejaban el texto de proyecto de Ley de CMCT, sus directrices y protocolos.

1.4 Participación de la sociedad civil

Durante la negociación del CMCT de la OMS en Panamá, la sociedad civil organizada participó de manera activa para construir una posición nacional orientada a la protección de la salud pública. En febrero del 2003, se creó el Consejo Nacional para la Salud sin Tabaco que promueve, en Panamá, la ratificación del CMCT de la OMS en agosto de 2004, lo que permitió que Panamá fuera uno de los primeros 40 Estados Parte del primer tratado mundial de salud pública.

En septiembre de 2004, dos diputados de la Asamblea Legislativa tuvieron la iniciativa de presentar una propuesta de ley para reglamentar el CMCT de la OMS, con ello, se inicia un largo proceso de negociación, promoción y abogacía a favor de la implementación de medidas efectivas de control del tabaco, cónsonas con las disposiciones del precitado tratado.

Las ONG´s negociaron propuestas legislativas integrales ante el Ejecutivo y Legislativo y en forma permanente divulgaron los riesgos y daños a la salud. Al debate nacional se integraron figuras claves de los medios de comunicación, caminando hacia “Un Panamá Libre de Humo de Tabaco”.

La Coalición Panameña contra el Tabaquismo (COPACET) es el ente que aglutina varias ONG´s nacionales que impulsó la aprobación del proyecto de Ley 38 de 2004, que fue sancionado como Ley 13 de 24 de enero de 2008, “que adopta medidas para el control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud” y apoya con firmeza el Proyecto de Ley 136.

Adicionalmente, la gestión del CMCT de la OMS en Panamá ha sido apoyada por la Sociedad Civil Organizada a nivel internacional donde entidades como la FCA, *Corporate Accountability Internacional*, *Campaign forTobacco Free Kids*, Fundación Interamericana del Corazón y la Unión Internacional contra la Tuberculosis y otras. Así como, por centros de investigación universitaria tal es el caso del Instituto Mundial del Tabaco de JHU y *Roswell Park Cancer Institute*.

Las agencias de cooperación bilateral y otros socios internacionales han aportado el proceso nacional con asesoría técnica y financiera (CDC, OPS/OMS, UNFPA, PNUD).

En la actualidad la Sociedad Civil panameña apoya el proceso de implementación, vigilancia y control de las políticas de control de tabaco.

Se ha reactivado el Consejo Nacional para la Salud Sin Tabaco, mediante Decreto Ejecutivo 178 de 8 de junio de 2018 que modifica al Decreto Ejecutivo 63 de 27 de febrero de 2003. Este Consejo es un ente asesor integrado por 19 entidades con una composición intersectorial en la que participan entidades públicas y ONG´s relacionadas con el control de tabaco o sus enfermedades

asociadas. El preserva las disposiciones del artículo 5.3 del CMCT, con respecto a los conflictos de interés.

En atención a lo antes descrito, nuestro país se plantea un conjunto de retos que deberemos enfrentar para avanzar en la implementación de algunas de las medidas de control de la oferta y la demanda incluidas en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y en la implementación del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco. Estas disposiciones aún pendientes son claves en la protección de la salud de la población, por lo cual la Comisión para el Estudio del Tabaquismo en Panamá, se abocó a la revisión y adecuación del Plan Quinquenal para el Control del Tabaco con una vigencia de 5 años y que a continuación se detal

PLANIFICACION Y EVALUACION										
ESTRATEGIAS	**OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**	**RESULTADOS ESPERADOS**	**METAS RE**	**INDICADORES RE**	**ACTIVIDADES**	**METAS**	**INDICADORES**	**MEDIOS DE VERIFICACION**	**PERIODO DE EJECUCION**	**RESPONSABLE**
Fortalecimiento del proceso de la auditoria de expedientes clínicos en relación al registro del consumo de tabaco	Monitorear y evaluar el registro de consumo de tabaco en los expedientes clínicos.	Evidencia efectiva y oportuna disponible para la toma de decisiones en materia de control de consumo de tabaco en poblaciones de riesgo.	50% de los gerentes de las instalaciones de salud auditadas formulan planes de intervención basados en los resultados de las auditorías de expediente al año 2020, 75% al 2022 y 100% al 2024	% de gerentes de las instalaciones de salud auditadas formulan planes de intervención basados en los resultados de las auditorías de expediente	Auditorias focales de expedientes clínicos, evaluación y ajustes de planes de intervención relacionados con el registro del consumo de tabaco e intervenciones clínicas realizadas.	Lograr que el 60% de los expedientes clínicos auditados cuenten con el registro de consumo de tabaco al año 2020 y el 100% al 2024.	% de expedientes clínicos con registro efectivo de consumo de tabaco	Informe de auditoria del expediente clínico	Primer Semestre de cada año del periodo 2020-2024	DPSS/Monitoreo y Evaluación
		Planes de intervención resultantes de las auditorias de expediente sobre el registro del consumo de tabaco e intervenciones clínicas realizados, evaluados y ajustados.	50% de las intervenciones planificadas se ejecutan al año 2020, 75% al 2022 y 100% al 2024	% de intervenciones planificadas que se ejecutan anualmente	Auditorias generales de expedientes clínicos, evaluación y ajustes de planes de intervención relacionados con el registro de consumo de tabaco e intervenciones clínicas realizadas.				Segundo Semestre de cada año del periodo 2020-2024	
Monitoreo, seguimiento y evaluación del cumplimiento de políticas, planes y programas de control de tabaco.	Fortalecer la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco	Políticas, planes, y programas de control de tabaco impactan en las medidas de control de tabaco.	Incremento anual de 10% en cumplimiento de las políticas, planes y programas de control de tabaco consignados en el CMCT y en la legislación nacional.	% de cumplimiento de las medidas de control de la oferta y la demanda de tabaco, consignadas en el CMCT y en la legislación nacional.	Elaboración y aprobación de los POA's nacionales y regionales de promoción de estilos vida saludables sin tabaco y de capacitación sobre control de tabaco y enfermedades asociadas.	2 POA's nacionales (de promoción de salud y unidad docente) y 2 POA's de cada región de salud (de promoción de estilos vida saludables sin tabaco y de capacitación sobre control de tabaco y enfermedades asociadas) elaborados y aprobados en enero de cada año.	% de POA elaborado y aprobados por nivel administrativo nacional y regional.	Poa en Simeplans	**2020-2024**	Formación y Capacitación, Unidades Docentes Regionales, Promoción de Salud Nacional y Regionales, Salud Mental Regional
					Reuniones de sensibilización y coordinación para el control de tabaco a nivel Nacional con los Programas de Salud y con las Direcciones Nacionales y Regionales .	Al menos 2 reuniones anuales de sensibilización y coordinación a nivel Nacional con los Programas de Salud y con las Direcciones Nacionales y Regionales con una asistencia de al menos 75% de los convocados	Número de participantes y de reuniones de sensibilización y coordinación a nivel Nacional con los Programas de Salud y con las Direcciones Nacionales y Regionales realizadas.	Actas de reuniones e informe de la actividad consignado en SISVISCTA y SIMEPLANS	**2020-2024**	DIGESA y Comisión Nacional de Control de Tabaco.
					Talleres para monitoreo, seguimiento y evaluación de las políticas, planes estrategicos y operativo de control de tabaco	Al menos 2 talleres de monitoreo, seguimiento y evaluación de las políticas, planes estrategicos y operativo de control de tabaco con una asistencia de al menos 75% de los convocados	Número de participantes y de talleres de monitoreo, seguimiento y evaluación de las políticas, planes estrategicos y operativo de control de tabaco	Lista de asistencia - Informe de la actividad consignado en SISVISCTA y SIMEPLANS	**2019-2024**	DIPLAN y Comisión Nacional de Control de Tabaco
					Monitoreo, seguimiento y evaluación de los programas salud y del cumplimiento de las norma de control de tabaco vigentes.	Al menos una supervisión regional en cada una de las 15 regiones de salud, cada año cuenta con la participación interprogramática.	Número de supervisiones en las que participa parte el equipo de los Programas de Salud.	Informe de supervisión	**2019-2024**	Comisión Nacional para el Control de Tabaco - DIGESA
Participación efectiva y amplia del MINSA en conjunto con otras entidades nacionales involucradas en la implementación del CMCT, su protocolo y directrices.	Integración de otras entidades nacionales involucradas a la gestión del MINSA para el trabajo efectivo en las comisiones que se establezcan en la COP, sus órganos subsidiarios y grupos de trabajo.	Liderazgo de Panamá sostenible en las gestiones nacionales, regionales e internacionales del CMCT	Panamá logra apoyo regional y global en las posiciones de país ante la COP, sus organos subsidiarios y grupos de trabajo	Número de propuestas presentadas por Panamá y/o con otros Estados Partes consensuadas y/o aprobadas	Reuniones de sensibilización con las autoridades del MINSA y de otras instituciones.	Número de reuniones de sensibilización realizadas	Asistencia del 90% o mas de los funcionarios invitados a las sesiones de sensibilización de carácter nacional, regional e internacional relacionados con el CMCT.	Informes de sesiones de sensibilización realizadas	**2019-2024**	Comisión Nacional para el Control del tabaco/Instituciones involucradas
					Incorporar nuevos actores institucionales aliados	Numero de nuevos actores institucionales incorporados	% de nuevos aliados sensibilizados y colaborando activamente.	Informe de nuevos aliados sensibilizados y trabajando activamente.	**2020-2024**	Comisión Nacional para el Control del tabaco/Instituciones involucradas
					Preparación de documentos de trabajo, propuestas y posiciones de país	Número de documentos de trabajo, propuestas y posiciones de país preparadas	% de documentos con posición de país claramente definida para su presentación ante la COP y sus órganos subsidiarios.	Informe de participación de la COP	**2020-2024**	Comisión Nacional para el Control del tabaco/Instituciones involucradas
					Asistencia, abogacía y gestión de propuestas en la Conferencia de las Partes y sus organos subsidiarios	Número de propuestas gestionadas	Envío de al menos dos representantes a cada reunión de la COP a partir de la COP9.	Informe de participación de la COP		Comisión Nacional para el Control del tabaco/Instituciones involucradas
							Al menos 85% de consenso en las posiciones de país presentadas ante la COP.	Documentos de trabajo y posiciones de país elaborados y aprobados.	**2019-2024**	Comisión Nacional para el Control del tabaco/Instituciones involucradas
Apoyo a la implementación de los artículos 21 y 22 del CMCT y los referentes a intercambio y cooperación entre las Partes del Protocolo	Fortalecimiento de la implementación del CMCT en la Región de las Américas	Panama ofreoe y recibe cooperacion para la implementación del CMCT, sus directrices y el protocolo para la eliminacion de comercio ilicito.	Panamá apoya la implementación del CMCT en otros paises de la región y a nivel global	Número de países que reciben cooperación Sur-Sur y Triangular por año	Intercambio de experiencias de cooperación internacional (reuniones, pasantías, conferencias virtuales, visitas)	Incremento de la implementación del CMCT en la Región de las Américas y a nivel global.	Número de Intercambio de experiencias de cooperación internacional (reuniones, pasantías, conferencias virtuales, visitas por año con instituciones vinculadas directa o indirectamente en la implementacion del CMCT por año.	Informe de sesiones de trabajo, listas de asistencia, fotos o publicaciones.	**2020-2024**	Comisión Nacional para el Control del tabaco/Instituciones involucradas
			Panamá recibe cooperacion para la implementacion de las mejores prácticas relacionadas con el CMCT y el Protocolo para la eliminación del Comercio Ilicito	Avance anual en la implementación del CMCT, sus directrices y Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilicito de Productos de Tabaco	Reuniones de coordinación e intercambio y cooperación entre Partes.		Numero de reuniones de coordinación e intercambio y cooperación entre Partes por año.	Informe de reuniones, lista de asistencia, fotos o publicaciones.	**2020-2024**	Comisión Nacional para el Control del tabaco/Instituciones involucradas
					Gestión de asistencia técnica internacional		Número de asistencia internacional ofrecidas o recibidas por Panamá por año.	Informe de asistencia internacional ofrecidas o recibidas por Panamá	**2020-2024**	Comisión Nacional para el Control del tabaco/Instituciones involucradas

Gestion de los fondos provenientes del impuesto selectivo al consumo de tabaco (ISC), asignados al MINSA mediante la ley 69 del 2009.	Disponibilidad oportuna de recursos financieros para la implementacion del plan quinquenal para el control de tabaco	Fondos del ISC de productos de tabaco utilizados en acciones de promoción, prevención, atención, rehabilitación y todas aquellas relacionadas con el control de los productos de tabaco	100 % de ejecucion de los fondos disponibles al MINSA a partir del ISC de productos de tabaco.	% de ejecucion de los fondos disponibles en el MINSA a partir del ISC de productos de tabaco.	Seguimiento a los entes involucrados en la gestión de la asignación de los fondos provenientes del ISC	Disponibilidad de los recursos financieros en la cuenta CUT tabaco MINSA sede.	Saldo en la cuenta CUT tabaco MINSA sede y su distribucion según recursos financieros bloqueados, comprometidos y pagados.	Informe financiero del sistema SISFINA	2020-2024	Administrador del Fondo/Director de Finanzas
					Reuniones de trabajo entre la dirección de Finanzas, el administrador del fondo y la Comisión de Tabaco.	Reuniones mensuales de trabajo realizadas por año	Numero de reuniones de trabajo realizadas por año	Fotos o informes.		Administrador del Fondo/Director de Finanzas /Comision Nacional para el control de tabaco
					Seguimiento y monitoreo de la distribucion y ejecucion de los fondos del ISC.	Presentacion mensual en reuniones de la comision de control de tabaco de la distribucion y ejecucion de los fondos del ISC.	Al menos 12 presentaciones del estatus de la distribucion y ejecucion de los fondos del ISC en las reuniones de la comision	Actas de reunion de la Comision.		Administrador del Fondo / Comision Nacional para el Control de Tabaco
					Vigilancia y Control en la asignación, distribucion y ejecucion de los fondos para la rendición de cuentas	Auditoria anual en al menos 3 regiones de salud por año y una al MINSA sede durante el quinquenio.	Numero de auditorias realizadas por año por region de salud y numero de auditorias al MINSA sede.	Informes de auditoria.		Auditoria interna del MINSA
Gestión de la cooperación técnica internacional en materia de control de tabaco y de SEAN.	Liderazgo globamente la Cooperación Técnica Internacional para el Control de Tabaco y de los SEAN	Sostenibilidad del posicionamiento del tema de control de tabaco en la cooperación internacional de salud. (Catálogo Ncional Panamá Coopera MINREX)	Brindar asistencia técnica internacional (Cooperación Sur-Sur y Triangular) al menos una vez al año para el intercambio de experiencia en control de tabaco y SEAN	Número de asistencia técnica internacional (Cooperación Sur-Sur y Triangular) para el intercambio de experiencia en control de tabaco y SEAN por año	Elaboración y atención de proyectos de asistencia técnica internacional (Cooperación Sur-Sur y Triangular) para el intercambio de experiencia en control de tabaco y SEAN	Comisión Nacional de Control de Tabaco elabora y atiende al menos un proyecto anual de asistencia técnica internacional (Cooperación Sur-Sur y Triangular) para el intercambio de experiencia en control de tabaco y SEAN	No. de proyectos de asistencia técnica internacional (Cooperación Sur-Sur y Triangular) para el intercambio de experiencia en control de tabaco y SEAN elaborados y atendidos	Informes Técnicos	2020-2024	Comision Nacional para el Control de Tabaco / Oficina de Asuntos Internacionales y Cooperación Técnica
					Elaboración y atención de peticiones de asistencia técnica internacional para el intercambio de experiencia en control de tabaco y SEAN	Comisión Nacional de Control de Tabaco elabora y atiende al menos una petición de cooperación anual de asistencia técnica internacional para el intercambio de experiencia en control de tabaco y SEAN	No. de peticiones de asistencia técnica internacional (Cooperación Sur-Sur y Triangular) para el intercambio de experiencia en control de tabaco y SEAN elaborados y atendidos	Informes Técnicos		
					Gestión de recursos técnicos y financieros para actuar como cooperantes en el marco de la Cooperación Sur-Sur y Triangular, para el intercambio de experiencia en control de tabaco y SEAN	Comisión Nacional de Control de Tabaco realiza gestiones para la disponibilidad de recursos técnicos y financieros para atender los proyectos y peticiones de cooperación internacional para el control de tabaco y los SEAN	No. de gestiones realizadas para la disponibilidad de recursos técnicos y financieros para atender los proyectos y peticiones de cooperación internacional para el control de tabaco y los SEAN	Informes Técnicos y Financieros		
					Elaboración de informes de Cooperación Sur-Sur y Triangular para el intercambio de experiencia en control de tabaco y SEAN	Todos los funcionarios que atienden proyectos o peticiones de cooperación internacional presentan sus informes técnicos	No. de funcionarios que presentan informes sobre los proyectos o peticiones de cooperación internacional atendidos	Informes Técnicos		
					Envió de nuevas ofertas de cooperación sobre control de tabaco y SEAN al MINREX para la actualización del Catálogo Nacional Panamá Coopera control de tabaco y SEAN	Comisión Nacional de Control de Tabaco selecciona y remite al MINREX nuevas ofertas de asistencia técnica internacional (Cooperación Sur-Sur y Triangular) para el intercambio de experiencia en control de tabaco y SEAN	No. de nuevas ofertas de cooperación sobre control de tabaco y SEAN al MINREX incluidas en el Catálogo Nacional Panamá Coopera control de tabaco y SEAN	Catálogo Nacional Panamá Coopera del MINREX		

CESACIÓN DEL CONSUMO DE PRODUCTOS DE TABACO Y ATENCIÓN A OTROS PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE TABACO

ESTRATEGIAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	RESULTADOS ESPERADOS	METAS DE RESULTADO ESPERADO	INDICADORES DE LOS RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	METAS DE ACTIVIDADES	INDICADORES DE LAS ACTIVIDADES	MEDIO DE VERIFICACIÓN	PERIODO DE EJECUCIÓN	RESPONSABLES
CSS compra y suministra los medicamentos para cesación en conformidad con la lista oficial de medicamentos del país.	Gestionar la compra de Vareniclina, Bupropion, las terapias de reemplazo nicotínico y cualquier otro medicamento que se apruebe para el tratamiento de la cesación de tabaquismo en la CSS	Clínicas de cesación de la CSS cuentan con medicamentos requeridos para el programa de cesación avalados por la lista oficial de medicamentos del país	A 2024 las Clínicas de cesación de la CSS están dotadas de los medicamentos requeridos para el programa de cesación suministrado por la CSS	100% de las Clínicas de cesación de la CSS están dotadas de los medicamentos requeridos para el programa de cesación suministrado por la CSS	Reuniones coordinación del Programa de Salud Mental de la CSS	A partir del 2020 la CSS compra y suministra los medicamentos requeridos para la atención de la cesación de tabaquismo de la población	Reuniones coordinación con el Programa de Salud Mental de la CSS	Actas de reuniones de coordinación con el Programa de Salud Mental de la CSS	2020 -2024	Coordinación del Programa de Salud Mental de la CSS
Educación continua e intercambio de experiencias para los Equipos de las clínicas de cesación	Actualizar a los Equipo de las clínicas e implementar las buenas prácticas para la gestión de las clínicas de cesación	Equipos de las Clínicas de cesación fortalecidos, mejoran la gestión y funcionamiento de las clínicas de cesación	A 2024 los equipos de las Clínicas de cesación estarán fortalecidos, mejorando la gestión y el funcionamiento de las clínicas de cesación	100% de los Equipos de las Clínicas de cesación mejoran la gestión y funcionamiento de las clínicas de cesación	Talleres de actualización	Mejoría en la gestión y funcionamiento de las clínicas de cesación que reciben actualización	El MINSA realiza al menos un evento anual de educación continua dirigido a capacitar al los equipos de atención de las clínicas de cesación	Listas de asistencia a los talleres	2020 -2024	Coordinación de Programas de Salud Mental de MINSA y CSS/ UDN/ UDR
					Programación, ejecución y evaluación de los resultados del taller			Informe de resultado de los talleres		
					Supervisión capacitante para la vigilancia de la implementación de las buenas prácticas de funcionamiento de las clínicas de cesación		Porcentaje de cumplimiento de las supervisiones capacitante programadas para la vigilancia de la implementación de las buenas prácticas de funcionamiento de las clínicas de cesación	Informes de supervisión		

Publicación, divulgación y capacitación de las normas actualizadas de las clínicas de cesación de tabaquismo	Implementar las normas actualizadas de las clínicas de cesación de tabaquismo	Normas actualizadas de las clínicas de cesación de tabaquismo implementadas	A 2024 las clínicas de cesación de tabaquismo implementan las normas actualizadas	100% de las clínicas de cesación han implementado las normas actualizadas	Formalización legal de las normas actualizadas de las clínicas de cesación	A 2019 se formaliza la Norma actualizada de las clínicas de cesación	Norma actualizada de las clínicas de cesación formalizada	Gaceta oficial con resolución de la norma	2020-2024	Coordinación del Programa de Salud Mental/Asesoría Legal
					Capacitación de las normas actualizadas de las clínicas de cesación	A 2024 los profesionales vinculados con la cesación tabáquica conocen y aplican las normas actualizadas de las clínicas de cesación	Número de profesionales de los equipos de cesación de tabaquismo	Listas de asistencia de jornadas		
					Monitoreo y Seguimiento al proceso de implementación		Número de seguimiento a los equipos de cesación de tabaquismo por año.	Informes de seguimientos		Coordinación del Programa de Salud Mental
Oficialización de las clínicas de cesación de tabaquismo a través de un documento legal	Institucionalizar las clínicas de cesación de tabaquismo	Clínicas de Cesación de tabaquismo incluidas en la cartera de servicios de las instalaciones de salud, tienen un horario definido y disponen del espacio físico y del recurso humano necesario para funcionar adecuadamente	A 2021 las instalaciones de salud con Clínicas de Cesación oficializadas contarán con su cartera de servicios visibles que incluyen esta oferta, horario definido, espacio físico y recurso humano formalmente asignado.	100% de las instalaciones de salud con Clínicas de Cesación oficializadas contarán con su cartera de servicios visibles que incluyen esta oferta, horario definido, espacio físico y recurso humano formalmente asignado.	Reunión con Dirección General de Salud, Dirección de Provisión de Servicios de Salud y Asesoría Legal	Autoridades del sistema garantizan la oficialización de las Clínicas de cesación del tabaquismo	Número de reuniones de coordinación con Dirección General de Salud, Dirección de Provisión de Servicios de Salud y Asesoría Legal para la oficialización de las Clínicas de cesación	Documento legal en Gaceta oficial, Informes de reuniones con fotos y/o lista de asistencia, Notas de asignación del recurso humano, Notas de asignación del espacio físico, Cartera de servicios que incluye las Clínicas de cesación,Notas de establecimiento de horario de funcionamiento de las clínicas	2020-2024	Comisión Nacional Para el Control de Tabaco,Dirección General de Salud Pública, Dirección de Provisión/ Coordinación del Programa de Salud Mental
					Comunicación oficial a los gerentes regionales y de las instalaciones de salud		% de autoridades de las instalaciones y regiones de salud que cuentan con Clínicas de cesación que participan en reuniones para la oficialización de las Clínicas de cesación			

Sensibilización de gerentes y capacitación a profesionales de salud que laboran en instituciones que conforman la RED INTERSECTORIAL DE SALUD MENTAL	Implementar clínicas de cesación de tabaquismo en otras instituciones a través de la RED INTERSECTORIAL DE SALUD MENTAL	Apertura de nuevas clínicas de cesación de tabaquismo en instituciones que conforman la RED INTERSECTORIAL DE SALUD MENTAL	Al menos una nueva Clínica de cesación de tabaquismo cada dos años en las instituciones que conforman la RED INTERSECTORIAL DE SALUD MENTAL	% Clínica de cesación de tabaquismo nuevas en las instituciones que conforman la RED INTERSECTORIAL DE SALUD MENTAL	Reuniones de Coordinación con los gerentes de otras instituciones	Gerentes institucionales sensibilizados	No de Reuniones de Coordinación con los gerentes de otras instituciones	Lista de reuniones con gerentes	2020-2024	Coordinación del Programa de Salud Mental/UDN/UDR/ RED INTERSECTORIAL DE SALUD MENTAL
					Ejecución de plan de capacitación de los profesionales de la salud de otras instituciones	Profesionales de salud de instituciones que conforman la Red Intersectorial de Salud Mental capacitados en cesación tabáquica.	% de avance en la ejecución del plan de capacitación de los profesionales de la salud de otras instituciones	Lista de profesionales capacitados		
Detección precoz, atención oportuna e integral, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos de pacientes con enfermedades asociadas al consumo del tabaco.	Fortalecer la atención primaria en salud con enfoque de redes integradas de servicios de salud y de comunicación efectiva según riesgo y perfil de morbimortalidad crónica local asociada al consumo de tabaco.	Visibilizar el factor de riesgo tabaquismo y su abordaje en las Normas actualizadas para la atención integral de la Tuberculosis, ENT´s, y otros problemas de salud asociados al consumo de tabaco.	Para 2024 el MINSA ha implementado normas de atención integrales y actualizadas, para TB y las ENT en donde está claramente contemplado el factor de riesgo tabaquismo y su abordaje.	% de Normas actualizadas de atención integral de Tuberculosis, ENT´s, y otros problemas de salud asociados al consumo de tabaco del MINSA que contemplan el factor de riesgo tabaquismo y su abordaje.	Revisión del componente de tabaco en las Norma actualizadas de atención integral de Tuberculosis, ENT´s, y otros problemas de salud asociados al consumo de tabaco del MINSA	A partir del 2020 el componente de tabaco se encontrará incluido en las Norma actualizadas de atención integral de Tuberculosis, ENT´s, y otros problemas de salud asociados al consumo de tabaco del MINSA	No. de Normas de atención integral de Tuberculosis, ENT´s, y otros problemas de salud asociados al consumo de tabaco del MINSA revisadas.	Normas con componente de tabaco	2020-2024	RESPONSABLES DE PROGRAMAS CORRESPONDIENTES

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y DESARROLLO DE CAPACIDADES

ESTRATEGIAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	RESULTADOS ESPERADOS	METAS DE RESULTADO ESPERADO	INDICADORES DE LOS RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	METAS DE ACTIVIDADES	INDICADORES DE LAS ACTIVIDADES	MEDIO DE VERIFICACIÓN	PERIODO DE EJECUCIÓN	RESPONSABLES
Desarrollar programa educativo para el control de tabaco con enfoque intercultural, de derechos y género.	Fortalecer las acciones de promoción de la salud encaminadas al cumplimientos de los objetivos CMCT	Población sensibilizada, con conocimientos integrales y empoderada en el control de tabaco.	Cambio en los conocimientos, actitudes y Prácticas de la Población en el control de tabaco.	Prevalencia de Uso de Productos de Tabaco y sistemas electrónicos administradores o no de nicotina (SEAN)	Formulación e implementación del Plan educativo dirigido a la población general con enfasis en trabajadores, empleadores, funcionarios de instituciones públicas y privadas y población vulnerable (indigenas, orientales, afrodescendientes, adolescentes, estudiantes, personas con discapacidad, privados de libertad y otros)	Todas las regiones de salud implementan un Plan Anual de Promoción de Salud que incluye el componente educativo sobre prevención y control de tabaco y del uso de los SEAN	# de Regiones con Plan implementados / Total de regiones x 100	Plan, Informe de seguimiento, fotos, Informe de Estudios de Prevalencia	2020 -2024	Promoción de la Salud Sede, Regional y Local, ICGES y DASTS
				Uso de productos de tabaco y nicotina y exposición al Humo de Productos de Tabaco y vapores de SEAN	Implementación de un programa educativo anual para la prevención y control de tabaquismo, uso de nicotina y de laexposición al humo de tabaco y vapores de SEAN, incluido la conmemoración del Día Nacional y el Día Mundial de No Fumar.	Al menos el 80% de las instalaciones de salud en cada región implementa un programa educativo anual para la prevención y control de tabaquismo y uso de nicotina y de la exposición al humo de tabaco y vapores de SEAN.	# de Instalaciones de salud con Programas Educativo implementados / Total de instalacionesx 100			
				Conocimientos sobre los riesgos y daños a la salud ocasionados por los productos de tabaco, la exposición al humo de tabaco y a los SEAN	Seguimiento del cumplimiento del componente educativo del Plan de Promoción de la Salud	Todas las regiones de salud dan seguimiento al componente educativo del Plan de Promoción de la Salud.	# de Regiones que dan seguimiento al Plan de Promoción / Total de regiones x 100			
							Estudios quiquenales de Prevalencia			

	Incorporar a la Comunidad Educativa en la promoción, prevención y control de tabaquismo y del uso del SEAN (parvularios, básica, premedia y media)	Grupos de promoción y prevención de tabaquismo y uso del SEAN conformados en la comunidad educativa (parvularios,básica, premedia y media)	Instituciones Educativas libres de humo de tabaco y de contaminantes tóxicos de Productos de Tabaco (PT) calentados, de los SEAN y otros	Percepción estudiantil de no haber sido expuestos al HT , ni a contaminantes tóxicos de los PT calentados y de los SEAN en las instituciones educativas	Conformación, orientación y acompañamiento de grupos estudiantiles para la promoción, prevención y control de tabaquismo, PT calentados y de los SEAN.	Todas las escuelas incluidas en el Programa Escolar, en todas las regiones, cuentan con un grupo de Cazadores de Humo activos cada año.	# de grupos Cazadores de Humo/	Lista de Asistencia, informes, base de datos, fotos, programa de actividad, actas de juramentación y otros	2020 -2024	Promoción de la Salud a nivel de Sede, Región y Local , programa de Niñez, escolar y Adolescencia, UNFPA
						Contar con al menos 5 grupos de ligas contra el tabaco activos, en escuelas de premedia y media, en cada una de las 15 regiones, cada año.	# de Ligas para el control de tabaco			
			Cumplimiento de las disposiciones vigentes en materia de control de tabaco, PT calentados y de los SEAN en las instituciones educativas	Publicidad, Promoción y Patrocinio (PPP), Venta de Productos, Consumo de PT, PT calentados y de los SEAN en entornos escolares	Organización de grupos focales de la Comunidad Educativa para la identificación de practicas de control de tabaco, PT calentados y de los SEAN y vigilancia del cumplimiento de la Ley 13 de 2008 y otras disposiciones vigentes.	Contar al menos con un grupo de pares activos en cada una de las 15 regiones	# de grupos pares activos de nuevo ingreso conformados por región de salud	Informes de avances de acuerdo MINSA/UNFPA		
						Alcanzar un mínimo de 15 grupos focales activos, conformados por educadores en cada una de las 15 regiones	# de grupos focales activos conformados por educadores realizados por Región durante el quinquenio			
					Implementación del Acuerdo MINSA - UNFPA para la integración de la prevención y control de tabaco, productos de tabaco calentados y SEAN en los servicios de salud amigables para adolescentes y en familias fuertes	Cumplir el 100% de lo establecido en el acuerdo MINSA-UNFPA	% de cumplimiento del acuerdo MINSA-UNFPA			

					Reunión de coordinación Interinstitucional MEDUCA - MINSA para el desarrollo de los temas de prevención de tabaco, de PT calentados y de los SEAN en los Programas de Adolescentes y Programa de Salud Escolar	Implementar al menos un proyecto en cada región entre el MINSA y MEDUCA en temas de prevención de tabaco, de PT calentados y de los SEAN en los Programas de Adolescentes y Programa de Salud Escolar	Nº de proyectos desarrollados entre el MINSA y MEDUCA en temas de prevención de tabaco, de PT calentados y de los SEAN en los Programas de Adolescentes y Programa de Salud Escolar	Informes de proyectos desarrollados entre el MINSA y MEDUCA en temas de prevención de tabaco, de PT calentados y de los SEAN en los Programas de Adolescentes y Programa de Salud Escolar		
					Fortalecimiento de Escuelas para Padres con el tema de control de tabaco, PT calentados y de los SEAN y Clinica de Cesación	Al menos dos capacitaciones al año en cada una de las 15 regiones.	# de capacitaciones para Padres en control de tabaco, PT calentados y de los SEAN y clinica de cesación por región de salud			
		Pre escolares orientados en la promoción, prevención y control del tabaquismo	Incorporación del grupo de Pre escolares en la promoción y prevención de tabaquismo	Centros parvularios que evidencian actividades de promoción y prevención de tabaquismo	Utilización de medios artísticos en la comunicación de mensajes de promoción, prevención y control de tabaquismo a prescolares.	Realizar al menos dos actividades al año en cada uno de las 15 regiones de salud	No. de actividades artísticas realizadas en cada región de salud	Lista de Asistencia, informes, fotos, programa de actividad y otros		
					Orientación y educación a los docentes y cuidadores de pre escolares	Al menos dos capacitaciones a docentes y cuidadores de pre escolares al año en cada una de las 15 regiones.	No de capacitaciones diriidas a docentes y cuidadores preescolares efectuadas	Lista de Asistencia, informes, fotos, programa de actividad y otros		

Plan de Promoción contra el Tabaco monitoreado, evaluado y divulgado	Evaluar los Planes Operativos Anuales de Promoción y Prevención contra el Tabaquismo con las regiones de salud.	Planes Operativos Anuales de Promoción y Prevención contra el Tabaquismo con las regiones de salud evaluados	Planes Operativos Anuales de Promoción y Prevención contra el tabaquismo ejecutados.	% de ejecución de los Planes Operativos Anuales de Promoción y Prevención contra el Tabaquismo.	Reunión de evaluación para la discusión de los hallagos del monitoreo y compromisos del Plan de Promoción contra el Tabaco.	Dos reuniones anuales de evaluación	# de reuniones realizadas para la evaluación del Plan de Promoción contra el Tabaco	Lista de Asistencia, informes, fotos, programa de actividad	2020 -2024	Promoción de la Salud Sede, Regional y Local
	Divulgar a las autoridades nacionales y regionales los resultados de la evaluación	Autoridades Nacionales Y Regionales conocen los resultados de la evaluación del POA Promoción y Prevención de Tabaquismo en las 15 regiones de salud	Resultados del Plan de Promoción y Prevención de Tabaquismo divulgado	% de autoridades nacionales y regionales que han sido informados sobre los resultados del Plan de Promoción y Prevención de Tabaquismo	Reuniones de divulgación de los resultados del Plan de Promoción y Prevención de Tabaquismo con las autoridades nacionales y regionales	Una reunión anual de divulgación por región de salud	# de reuniones para la divulgación del Plan de Promoción contra el Plan	Lista de Asistencia, informes, fotos, programa de actividad	2020-2024	Promoción de la Salud Sede, Regional y Local
						Inclusión de los resultados del Plan de Promoción y Prevención de Tabaquismo en el Boletín de Promoción de la Salud	% de autoridades nacionales y regionales que recibieron el boletín informativo	Alerta correo electrónico recibidos		Promoción de la Salud Sede

MINSA utiliza mecanismos innovadores de comuniciación para la promoción, prevención y control del tabaquismo, PT calentados y de los SEAN	Facilitar el empoderamiento del individuo, la familia y comunidad mediante tecnologías de e-Salud para la promoción, prevención y control del tabaquismo, PT calentados y de los SEAN	Uso sostenible del Sistema de Vigilancia de Control de Tabaco (SISVISCTA) para la promoción y prevención del tabaquismo, PT calentados y de los SEAN.	MINSA cuenta con al menos 25,000 seguidores en el SISVISCTA	No. Seguidores del SISVISCTA	Promoción del SISVISCTA a nivel nacional e internacional	SISVISCTA es usado como un medio de referencia para la promoción y prevención de tabaquismo, PT calentados y de los SEAN	No. seguidores nacionales e internacionales	SISVISCTA	2020- 2024	Promoción de la Salud Nacional y Regional - Comisión Nacional contra el Tabaco
					Establecer el plan para el desarrollo de los contenidos para la promoción y prevención de tabaquismo, PT calentados y de los SEAN en el SISVISCTA	365 publicaciones con mensajes actualizados y amigables por año	Número de publicaciones de promoción y prevención de tabaquismo, PT calentados y de los SEAN en SISVISCTA			
_Profesionales del Sistema Público de Salud comprometidos con acciones para la implementación del CMCT y el control de PT calentados, de los SEAN y de las enfermedades asociadas.	Fortalecer las capacidades del equipo de salud para el control de tabaco, promoción y prevención de tabaquismo, PT calentados y de los SEAN y de las enfermedades asociadas.	Aumentar la cobertura de profesionales capacitados y sensibilizaciones en todo lo concerniente a las diferentes acciones de implementación del CMCT, PT calentados y de los SEAN	Al año 2024 al menos el 10% de los Profesionales del Sistema Público de Salud se han capacitado en control de tabaco, promoción y prevención de tabaquismo, PT calentados y de los SEAN y de las enfermedades asociadas.	No. de funcionarios capacitados en control de tabaco, promoción y prevención de tabaquismo, PT calentados y de los SEAN y de las enfermedades asociadas.	Acciones educativas en control de tabaco, promoción y prevención de tabaquismo, PT calentados y de los SEAN y de las enfermedades asociada, uso de SISVISCTA. (Congresos, jornadas educativas, talleres, reuniones educativas, entre otros)	Congreso Muldisciplinario Internacional de Tabaquismo y Enfermedades No Transmisibles realizado cada dos años	100% de los congresos realizados	Lista de Asistencia, informes, fotos, programa de actividad. Resultados del pre y post test	2020 y 2022	UDN y Comité organizador de congreso
						Cumplimiento de las acciones educativas programadas en los POA´s de Unidades Docentes Nacionales y Regionales	% de las acciones educativas efectuadas por región por año		2019 - 2024	UDN y UDR
						Profesionales de Sistema Público de Salud adquieren conocimientos nuevos a través de estrategias didacticas modernas	% de profesionales de la salud que adquirieron los conocimientos a traves de las acciones de capacitación.		2020 - 2024	UDN y UDR

						Dos reuniones educativas anuales con las unidades docentes regionales dando seguimiento a las acciones realizadas de capacitación de CMCT	% de reuniones educativas con los UDR		2020 - 2024	UDN
Monitoreo y evaluación de los POA´s de las Unidad Docente Nacional y Regionales sobre el CMCT y el control de PT calentados, de los SEAN y de las enfermedades asociadas.	Conocer el grado de cumplimiento del POA´s de las Unidad Docente Nacional y Regionales sobre el CMCT y el control de PT calentados, de los SEAN y de las enfermedades asociadas.	Monitoreo y evaluación del POA´s de las Unidad Docente Nacional y Regionales sobre el CMCT y el control de PT calentados, de los SEAN y de las enfermedades asociadas, evidencia un cumplimiento óptimo de las acciones del Plan.	POA´s de las Unidad Docente Nacional y Regionales sobre el CMCT y el control de PT calentados, de los SEAN y de las enfermedades asociadas, se han cumplido al menos en 90%	% de cumplimiento de POA´s de las Unidad Docente Nacional y Regionales sobre el CMCT y el control de PT calentados, de los SEAN y de las enfermedades asociadas.	Realización de informes y reuniones para presentación de hallazgos del monitoreo y los compromisos en la ejecución de las acciones de capacitación.	Reuniones de trabajo con la unidades docentes regionales sobre sus planes de acción y los y presentación de resultados del monitoreo y evalución.	% de reuniones de trabajo con los UDR para presentar los resultados de seguimiento y monitoreo, y evaluación.	Informes de monitoreo y evaluación con evidencias.	2020-2024	UDN Y UDR

INVESTIGACIÓN PARA EL CONTROL DE TABACO										
ESTRATEGIAS	**OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**	**RESULTADOS ESPERADOS**	**METAS RE**	**INDICADORES RE**	**ACTIVIDADES**	**METAS**	**INDICADORES**	**MEDIOS DE VERIFICACION**	**PERIODO DE EJECUCION**	**RESPONSABLE**
Promover la realización de investigaciones en las áreas del control de tabaco y de los SEAN, enfatizando en aquellas que aún no han sido abordadas	Caracterizar a través de las investigaciones los factores biológicos, psicosociales, económicos y ambientales que condicionan y determinan los problemas sanitarios relacionados al consumo del tabaco, uso de SEAN y enfermedades asociadas a estos.	Perfiles de la situación de la epidemia de tabaquismo y uso de SEAN a nivel nacional y por regiones de salud actualizados	Factores caracterizados a través de las investigaciones realizadas	Número de perfiles de situación de la epidemia de tabaquismo y uso de SEAN realizados	Revisar, adaptar y aplicar las metodologías para la realización de los estudios de tabaco relacionados con los campos priorizados de investigación (carga de enfermedad, medición de partículas contaminantes, costos relacionados a las enfermedades relacionadas a tabaco, poblaciones vulnerables, nuevos dispositivos administradores o no de nicotina (SEAN), productos de tabaco calentados, actualizar la data en materia impositiva para que sustente el ajuste del impuesto por inflación. evaluar el impacto de los TLC relacionados al comercio de tabaco y otros)	100% de estudios propuestos realizados con las metodologías revisadas y adaptadas.	Número de investigaciones realizadas relacionadas a los campos pendientes de investigación	Publicación de las investigaciones	**2020 - 2024**	ICGES (DIETS) / DIPLAN (DECOSALUD) / DIGESA (SGSA)
				Número de investigaciones realizadas que aportan conocimiento sobre las consecuencias del uso del tabaco y/o SEAN/Número de investigaciones planificadas x 100	Fortalecer la coordinación interinstitucional y con la academia.	Coordinaciones interinstitucionales, alianzas estratégicas y gestión de recursos financieros realizadas	Números de estudio realizados con colaboración interinstitucional y de la academia.	Publicación de las investigaciones.	**2020 - 2024**	ICGES (DIETS)/Comisión Nacional de Control de Tabaco
					Fortalecer las alianzas estratégicas a nivel internacional para la realización de estas investigaciones.		Número de Convenios firmados. Número de investigaciones realizadas con apoyo de agencias internacionales como OPS/OMS - CDC y otras	Convenios firmados. Informe de Investigaciones con colaboración internacional (OPS//OMS - CDC - Otras)	**2020 - 2024**	ICGES (DIETS) /Comisión Nacional de Control de Tabaco

		Mayor conocimiento de las consecuencias que ocasiona el uso de tabaco y de los SEAN a la salud de las personas			Gestión de recursos financieros para investigaciones de tabaco relacionados con los campos de investigación priorizados.		Número de estudios financiados	Presupuesto de inversión, Fondos de tabaco, fuentes internacionales de financiamiento.	**2020 - 2024**	Comisión Nacional para el Control de Tabaco.
			Panamá paticipa del Sistema Mundial de Vigilancia de Tabaco con la Encuesta Mundial de Tabaco en Jóvenes y en Adultos.		Aplicación sistemática de la Encuesta Mundial de Tabaco en Jóvenes y en Adultos	**MINSA, MEDUCA, INEC e ICGES coordinan para la aplicación quinquenal de las Encuestas Mundiales de Tabaco en Jóvenes y Adultos**	Encuesta GYTS y GATS realizadas cada 5 años.	Publicaciones	**2020 - 2024**	**Comisión Nacional de Control de Tabaco/INEC/ICGES/Ministerio de Educación/CDC/OPS-OMS.**
Promover el uso de la información científica obtenida de las investigaciones para toma de decisiones sobre el control del tabaco y uso de SEAN	Fortalecer el uso de las evidencias científicas generadas por las investigaciones para el control de tabaco y uso de SEAN en el proceso de toma de decisiones .	Tomadores de decisión con capacidades para la incorporación de los resultados de las investigaciones nacionales para el control de tabaco y uso de SEAN en la formulación de las políticas de salud e intervenciones relacionadas con el tema	Al menos el 30% de los tomadores de decisión utilizan los resultados de las investigaciones relacionadas al control del tabaco y uso de SEAN en la elaboración de políticas, leyes, normas, planes y programas.	Numero de tomadores de decisiones que utilizan los resultados de las investigaciones/total de tomadores de decisión capacitados para el análisis de los resultados de las investigaciones publicadas x 100	Capacitación en metodología para el análisis de la información	100% de las capacitaciones programadas realizadas.	Número tomadores de decisión capacitados en el nivel nacional y en las regiones de salud del MINSA (por lo menos 2 por región) Porcentaje de Miembros del Consejo Nacional para la Salud sin Tabaco capacitados Porcentaje de Miembros de la Comisión Nacional para el Control de Tabaco capacitados	Informes y certificados de capacitación	**2020 - 2024**	MINSA SEDE/REGIONES DE SALUD
					Talleres sobre gestión del conocimiento para la toma de decisiones.		Número de áreas estrategicas que gestionan conocimientos con base en las evidencias científicas	Lista de areas estratégicas que gestionan conocimientos con base en las evidencias cientificas - Leyes, Normas, Decretos, Resoluciones, Políticas, planes y programas publicados.	**2020 - 2024**	Comisión Nacional de Control de Tabaco / Consejo Nacional para la Salud Sin Tabaco

Divulgar los resultados, evidencias y productos científicos de las investigaciones en materia del control del tabaco y de SEAN	Promover la divulgación de los resultados, evidencias y productos de la investigación para el control del tabaco para contribuir al bienestar y salud de la población	Acceso a nivel interinstitucional, academia y público en general de los resultados, evidencias y productos de la investigación	100% de acceso a los resultados de las investigaciones publicadas a nivel institucional, académico y público en general.	Número de resultados de investigaciones publicadas en medios accesibles según categoría medio/número de investigaciones realizadas x 100	Publicar a través de los sitios web de tabaco de Panamá - SISVISCTA, de OPS y de los Centros de Conocimiento del Secretariado del Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco, entre otros.	100% de los resultados de las investigaciones publicitadas por diferentes mecanismos de divulgación, accesibles a tomadores de decisiones, a la comunidad científica y al público en general.	Número de publicaciones en sitios web de tabaco	Sitios web con las publicaciones de los resultados de las investigaciones en tabaco	**2020-2024**	ICGES/Comisión Nacional de Control de Tabaco/Todos los autores
					Presentación de los resultados de los estudios en congresos, seminarios, otros eventos académicos, así como en eventos institucionales a nivel nacional, regional e internacional		Número de presentaciones de los resultados en actividades relacionadas al control de tabaco y de los SEAN, en eventos científicos o academicos.	Programas de las actividades y autorizaciones institucionales de participación.	**2020-2024**	ICGES/Comisión/Todos los autores
					Publicación a través de artículos en revistas científicas, informes técnicos, posters, redes sociales, internet y otros medios.		Número de publicaciones anuales	Documentos publicados	**2020-2024**	ICGES/Comisión/Todos los autores

NORMAS Y LEYES										
ESTRATEGIAS	**OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**	**RESULTADOS ESPERADOS**	**METAS RE**	**INDICADORES RE**	**ACTIVIDADES**	**METAS**	**INDICADORES**	**MEDIOS DE VERIFICACION**	**PERIODO DE EJECUCION**	**RESPONSABLE**
Coordinación interinstitucional para la implementación del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco	Implementar los componentes técnicos y legales del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco	Panamá implementa las disposiciones técnicas y legales del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco	Disminuir el comercio ilícito de productos de tabaco al menos en un 10% durante el quinquenio	Porcentaje de artículos técnicos y legales del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco implementados de conformidad con los terminos establecidos en dicho instrumento.	Creación y funcionamiento de una comisión de implementación del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco integrada por MINSA, Instituto Gorgas, ANA, Ministerio Público, Cancillería, MEF y Ministerio de Comercio, entre otras	Comisión creada y realizando reuniones mensuales de trabajo	Un mínimo de 4 reuniones realizadas cada año	Actas de Reuniones y listas de asistencia	2020-2024	ANA, DIGESA, Comisión Nacional de Control de Tabaco
					Gestión de normativas legales nacionales para la implementación del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco ante la Asamblea Nacional de Diputados y ante el Organo Ejecutivo.	Aprobacion de leyes, decretos ejecutivos y resoluciones que facilitan la implementación del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco	No. de normativas legales nacionales aprobadas	Normativas legales publicadas en Gaceta Oficial		
					Jornadas de sensibilización y capacitación a la población en general, medios de comunicación, entidades de seguridad, actores relacionados con la comercialización de los productos de tabaco y tomadores de decisión, entre otros.	Al menos 4 jornadas de sensibilizacion y capacitacion realizadas cada año.	No. de jornadas de sensibilizacion y capacitacion realizadas cada año.	Lista de Asistencia y Programa de Capacitación	2020-2024	

					Jornadas de capacitación para la apropiación de los mandatos del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco y del proceso para su implementación, dirigidas al personal de las instituciones que integran la comision de trabajo.	Al menos 4 jornadas de capacitación para la apropiación de los mandatos del protocolo y el proceso para su implementación realizadas cada año.	No. de jornadas para la apropiación de los mandatos del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco y el proceso para su implementación realizadas cada año	Lista de Asistencia y Programa de Capacitación	2020-2024	
					Establecer acuerdos bilaterales y multilaterales con los Estados Partes y No Partes para la implementación del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco desde una perspectiva subregional y regional.	Firma de acuerdo bilateral con Costa Rica y Colombia y al menos 1 acuerdo multilateral con los mecanismos de COMISCA y Mesoamerica	No. de acuerdos firmados	Acuerdos bilaterales y multilaterales publicados en Gaceta Oficial	2020-2024	
					Análisis técnico legal de los artículos de los TLC donde se incluyen las exoneraciones de impuestos y cuyos países exportan PT a Panamá	Comisión Nacional para el Control de Tabaco cuenta con elementos sustentadores para la eliminación de las exoneraciones de impuestos a los productos de tabaco de los artículos de los acuerdos comerciales suscritos por Panamá.	Al final del 2020 se presentó y sustento el análisis técnico legal	Informe Técnico Legal sobre TLC y TPC		

Propiciar la revisión y ajustes de los contenidos de tabaco en los TLC y TPC suscritos por Panamá y vigilar que no se incluyan excepciones en negociaciones futuras	Lograr la no inclusión y los ajustes relativos a las excepciones fiscales de productos de tabaco y SEAN en los TLC y TPC suscritos por Panamá	Se cumple con lo establecido en el artículo 6 del CMCT y sus directrices	Productos de tabaco y SEAN pagan impuestos de importación y no son sujetos de exoneración en los acuerdos comerciales.	No. de acuerdos comerciales que incluyen cláusulas de exclusión de las exoneraciones a pagos de impuestos a productos de tabaco y SEAN.	Gestión ante el MICI, el MEF y la Cancillería para la exclusión de los artículos de exoneración impuestos a los productos de tabaco y los SEAN en acuerdos comerciales vigentes, en negociacion y a futuro	Al menos el 50% de los acuerdos comerciales excluyen la exoneración de impuestos de importación a los productos de tabaco y SEAN	No. de acuerdos comerciales que excluyen las exoneraciones a pagos de impuestos a productos de tabaco y SEAN.	Acuerdos Comerciales publicados en Gaceta Oficial	2020-2024	MINSA, MICI, CANCILLERIA
					Promoción a nivel del Consejo de Gabinete y del Órgano Legislativo de las modificaciones de los acuerdos comerciales vigentes para excluir las exoneraciones de impuestos de importación a los productos de tabaco y SEAN	Al menos el 50% de los acuerdos comerciales vigentes han excluido las exoneración de los impuestos de importación a los productos de tabaco y SEAN	Porcentaje de los acuerdos comerciales vigentes que han excluido las exoneración de los impuestos de importación a los productos de tabaco y SEAN	Acuerdos comerciales publicados en Gaceta Oficial		
						Posición nacional de revisar los tratados que puedan tener cláusulas de exoneración				

Promover la aprobación y gestionar la implementación del Proyecto de Ley 136	Aprobar la normativa legal nacional que permita la implementación de los mandatos y directrices del CMCT, aún sin aplicar	Aprobación del empaquetado genérico; regulación de contenido y emisiones; incluir las terrazas, balcones y otros en las disposiciones sobre ambientes libres de humo de tabaco, aumentar el tamaño de los pictogramas; establecimiento de la exigencia de licencias; y de procedimiento administrativo	Avanzar en la implementación plena del CMCT	No. de medidas aprobadas en el proyecto de Ley 136 e implementadas de conformidad con lo dispuestas en la norma precitada	Participación en debates en la Comisión de Salud, en las Comisiones Técnicas y en el pleno de la Asamblea Nacional de Diputados para apoyar la aprobación del Proyecto de Ley.	Asamblea Nacional de Diputados aprueba y Presidencia de la República sanciona el Proyecto de Ley 136	Proyecto de Ley 136 sancionado	Gaceta Oficial	2020-2024	Comisión Nacional de Control de Tabaco , ANA, ICGES
					Divulgación de la ley aprobada.	MINSA efectúa conferencia de prensa, postea en las redes sociales y emite circular a todas las regiones de salud comunicando la aprobación y contenido del proyecto de Ley 136	No. de acciones de divulgación realizadas en diferentes medios de comunicación y circular emitida	Informes de Medios de Comunicación y Circular	2020-2024	Comisión Nacional de Control de Tabaco - Relaciones Públicas - DIGESA
					Coordinación permanente y reuniones interinstitucionales con los actores involucrados	MINSA realiza al menos una reunión de coordinación cada 3 meses con los actores involucrados	No de reuniones de coordinación realizadas al año	Lista de Asistencia y Actas de Reunión		Comisión Nacional de Control de Tabaco- DIGESA
					Elaboración y ejecución de planes de implementación.	100% de la implementación de los artículos de la ley, de conformidad con las disposiciones de la misma	Porcentaje de implementación efectiva de la ley en sus distintos temas	Inspecciones realizadas; sanciones aplicadas; estadísticas		Comisión Nacional de Control de Tabaco- DIGESA - Regiones de Salud

Actualización permanente del marco jurídico de los productos de tabaco, SEAN y otros que afecten la salud de la población	Mantener el análisis y la actualización permanente del marco jurídico de control de tabaco, SEAN y otros que afecten la salud de la población	Marco jurídico de control de tabaco, SEAN y otros actualizado	Marco jurídico integral, moderno y actualizado que contempla todos los aspectos del control de tabaco, SEAN y otros	No. de normas nuevas y actualizadas sobre control de tabaco, SEAN y otros emitidas	Revisión y análisis de las normas existentes	100% de las normas actualizadas de conformidad con los requerimientos y normas nuevas aprobadas	No. de normas revisadas, actualizadas o nuevas	Gaceta Oficial	2020-2024	COMISION NACIONAL DE CONTROL DE TABACO, DIGESA, ASESORIA LEGAL, ICGES
					Redacción de propuestas de normativas innovadoras de control de tabaco, SEAN y otros					
					Sustentación técnico-científica de las normativas propuestas (Derecho comparado de otros países; revisión de fallos nacionales e internacionales, evidencia científica y mejores prácticas)					
					Gestión del proceso de aprobación de la normativa propuesta					

AREA: SISTEMA DE INFORMACION										
Sistema de Información										
ESTRATEGIAS	**OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**	**RESULTADOS ESPERADOS**	**METAS RE**	**INDICADOR RE**	**ACTIVIDADES**	**METAS**	**INDICADORES**	**MEDIOS DE VERIFICACION**	**PERIODO DE EJECUCION**	**RESPONSABLE**
Seguimiento a la integración del registro de información sobre el uso de tabaco en el expediente clínico.	Identificar los consumidores de tabaco que acuden a los servicios de salud	Aumento de la captación, y clasificación de los consumidores de tabaco entre los usuarios de los servicios de salud	Incremento anual de al menos un 15% en la captación, y clasificación de los consumidores de tabaco entre los usuarios de los servicios de salud pública.	% de cumplimiento de captación, y clasificación de los consumidores de tabaco entre los usuarios de los servicios de salud pública, en el expediente clínico	Monitoreo y supervisión del registro de datos relacionados al consumo de tabaco en el expediente clínico.	Expedientes clínicos contienen la información requerida sobre uso de tabaco.	30% de los expedientes clínicos cuentan con datos completos de uso de tabaco para el año 2020 y el 70% para el año 2024	Informe de resultados de la auditorías de expediente y Plan de Acción	2020-2024	DIGESA / Salud de Adulto
					Verificar la inclusión del diagnóstico de tabaquismo como parte de los informes regulares en cada unidad ejecutora, región de salud y ámbito nacional		Número de casos de tabaquismo reportados como diagnóstico en la hoja de registro diario de actividades	Listado de Causas de Morbilidad	2020-2024	
					Capacitación del recurso humano involucrado en el registro de los datos de tabaco en el expediente clínico.		30% de los médicos del sistema público de todo el país capacitados para el año 2020 y el 70% para el año 2024	Informe de asistencia de la capacitación.	2020-2024	IPLAN-DIGESA-Provisió
					Medición de comportamiento de las referencias - contrarefetencias hacia y desde las clínicas de cesación de tabaquismo.		Porcentaje pacientes con tabaquismo referidos a las clínicas de cesación.	Registros de Clínicas de Cesación		
							Porcentaje de pacientes con tabaquismo tratados y dados de alta en clínicas de cesación			
Fortalecimiento del desarrollo e implementación sistemática y sostenible de SISVISCTA	Disponer de una plataforma informática para la promoción de la salud, comunicación e intercambio información sobre control tabaco y los SEAN, a nivel nacional e internacional	SISVICSTA es aceptado como herramienta para el intercambio de información sobre control de tabaco y de los SEAN a nivel nacional e internacional.	100% de los usuarios nacionales relacionados con el sistema cargan datos e información sobre control de tabaco y de los SEAN en el SISVISCTA.	Número de usuarios nacionales que cargan datos e información sobre control de tabaco y de los SEAN en el SISVISCTA.	Elaboración de Manuales de Usuarios del SISVISCTA	Pagina web SISVISCTA conocida, visitada por al menos 25000 seguidores y con accesos frecuentes a nivel nacional e internacional.	100% de las Instituciones seleccionadas para la puesta en marcha del proyecto, capacitadas a julio 2019.	Documento final	2020-2024	DIPLAN - DASTS
					Incorporación del uso de SISVISCTA en el Manual de Cargos y de Funcionamiento.		Manual de cargos y de funcionamiento del MINSA incluye al SISVISCTA	Manual de cargo y de funcionamiento de MINSA	2020-2024	DIPLAN - DASTS-OODI
					Capacitacion y sensibilización de los usuarios institucionales e intersectoriales y otros actores para el uso del SISVICTA.		% de usuarios del MINSA, de otras instuciones públicas y ONG´s convocados capacitados y sensibilizados para el uso del SISVICTA.	Informe de la actividad de capacitación.	2020-2024	DIPLAN - DASTS
								Informe de asistencia de la capacitación.		
					Divulgación de la información para incentivar el uso de la herramienta.		Numero de seguidores de la herramienta	Plan de medios	2020-2024	
					Monitoreo y seguimiento al uso del SISVICTA.					

					Intercambio efectivo de información sobre todos los contenidos en materia de tabaco de la pagina web de SISVISCTA		No. de intercambios en el MINSA e interinstitucionales efectivos de información sobre los contenidos en materia de tabaco de la pagina web de SISVISCTA realizados acorde a los flujos de información previamente establecidos.	Informe de monitoreo y seguimiento - Reporte de acceso a la pag. Web	2020-2024	
					Promocionar la página web a traves de las redes sociales de las instiituciones o actores aliados con estrategias de mercadeo y publicidad.		Número de personas que accesan a la página web SISVISCTA			
					Análisis de información para la toma de desiciones y la presentación de informes del país.		Realizadas dos reuniones semestrales al 2019, de capacitación sobre el Sistema de Vigilancia de Consumo de Tabaco, dirigida a actores aliados			
	Conocer la situación de control de tabaco en Panamá desde una perspectiva integral y multisectorial.	Contar con un sistema de vigilancia para el control de tabaco que incluya información de todas las instituciones priorizadas.	Mecanismos administrativos de intercambio de información sobre la vigilancia y control de tabaco establecidos y funcionando entre las instituciones priorizadas (SISVISCTA)	100% de las instituciones priorizadas usan el SISVICSTA a finales del año 2024.	Reuniones de coordinación interinstitucionales para la funcionabilidad del sistema.	100% de las instituciones priorizadas cuentan con un flujo de información oportuna, continua para la toma de decisiones.	% de instituciones priorizadas que cuentan con un flujo de información.	informe de monitoreo del SISVISCTA	2020-2024	Departamento de Análisis de situación y tendencia de Salud de DIPLAN /Informática del MINSA/Comisión Nacional de Control de Tabaco
					Capacitación del personal técnico y administrativo interinstitucional responsable del manejo y administración del repositorio de datos.	100% del personal técnico que administra y maneja directamente el repositorio de datos en instituciones priorizadas capacitados	Porcentaje de personal técnico que administra y maneja directamente el repositorio de datos en instituciones priorizadas capacitados	Listas de Asistencia a Capacitaciones	2020-2024	DASTS - DIPLAN - INSTITUCIONES PRIORIZADAS
					Disponibilidad en el SISVISCTA de tutoriales digitales para uso de los visitantes del repositorio de datos.	Visitantes del repositorio de datos accesan a los tutoriales digitales del SISVISCTA	No. de visitantes que accesan a los tutoriales digitales del SISVISCTA	Registros de Visitantes de los Tutoriales del SISVISCTA		
					Capacitación a tomadores de decisión de las instituciones priorizadas para el uso de la información generada.	100% de los tomadores de decisión de las instituciones priorizadas capacitados en el uso de la información generada.	% de los tomadores de decisión de las instituciones priorizadas capacitados en el uso de la información generada.	Listas de Asistencia a Capacitaciones		

Creación del marco regulatorio para el reporte obligatorio del tabaquismo y sus patologías asociadas por instituciones públicas y privadas de salud.	Garantizar la disponibilidad de información sobre tabaquismo y sus patologías asociadas	Contar con información confiable y oportuna sobre tabaquismo y sus patologías asociadas	MINSA dispone de información sobre tabaquismo y sus patologías asociadas reportada por las instituciones públicas y privadas de salud	Número de instituciones públicas y privadas que reportan datos sobre tabaquismo y sus patologías asociadas de conformidad con lo establecido en la normativa nacional.	Revisión del Marco Regulatorio de Control de Tabaco existente.	Decreto Ejecutivo aprobado y en proceso de implementación a partir del 2020.	Un decreto ejecutivo publicado en Gaceta oficial que permite el reporte obligatorio del diagnóstico y datos sobre el tabaquismo al primer trimestre del 2020.	No. de Gaceta Oficial	2020-2024	Comisión Nacional de Control de Tabaco/REGES - DIPLAN
					Elaboración, sustentación y firma del Decreto Ejecutivo que establece el reporte obligatorio del tabaquismo y sus patologías asociadas por instituciones públicas y privadas de salud.			Informe de uso y análisis de los datos	2020-2024	
Fortalecimiento del desarrollo e implementación sistemática y sostenible de Control y Vigilancia Ambiental de Tabaco	Disponer de un subsistema de control y vigilancia ambiental de control de tabaco.	Sistematización y disponibilidad de información sobre control y vigilancia de control de tabaco se utiliza en la toma de decisiones.	El 100% de las Regiones de Salud implementan el subsistema de control y vigilancia ambiental de control de tabaco y aportan datos para la toma de decisiones.	Todas las regiones de salud cuentan con información de calidad reportada semanalmente en la herramienta del subsistema de control y vigilancia ambiental de tabaco.	Jornadas de trabajo para el perfeccionamiento del registro, con los representantes regionales de control de tabaco de saneamiento ambiental y DEPA.	100% de las acciones de control y vigilancia ambiental de tabaco son registradas en la base de datos del subsistema.	Numero de Regiones de Salud que alimetan semanalmente la base de datos del control y vigilancia ambiental de tabaco.	Registros en el Subsistema de Control y Vigilancia Ambiental de Tabaco	2020-2024	Subdirección General de Salud Ambiental. Departamento de Saneamiento Ambiental. Representantes regionales de control de tabaco de saneamiento ambiental y DEPA.
					Preparación de informes analíticos realizados a partir de la data del subsistema de control y vigilancia de tabaco.	Informes analíticos basados en información veraz, sistematizada y disponible con oportunidad	No. de informes analíticos presentados por región de salud.			
					Capacitación a tomadores de decisión para el uso de la información.	100% de los Directores Regionales y de Centros de Salud, Policentros y MINSA Capsi capacitados sobre el uso de la información que aporta el subsistema de control y vigilancia ambiental de tabaco	% Directores Regionales y de Centros de Salud, Policentros y MINSA Capsi capacitados			

AREA: SISTEMA DE INFORMACION										
Sistema de Información										
ESTRATEGIAS	**OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**	**RESULTADOS ESPERADOS**	**METAS RE**	**INDICADOR RE**	**ACTIVIDADES**	**METAS**	**INDICADORES**	**MEDIOS DE VERIFICACION**	**PERIODO DE EJECUCION**	**RESPONSABLE**
Seguimiento a la integración del registro de información sobre el uso de tabaco en el expediente clínico.	Identificar los consumidores de tabaco que acuden a los servicios de salud	Aumento de la captación, y clasificación de los consumidores de tabaco entre los usuarios de los servicios de salud	Incremento anual de al menos un 15% en la captación, y clasificación de los consumidores de tabaco entre los usuarios de los servicios de salud pública.	% de cumplimiento de captación, y clasificación de los consumidores de tabaco entre los usuarios de los servicios de salud pública, en el expediente clínico	Monitoreo y supervisión del registro de datos relacionados al consumo de tabaco en el expediente clínico.	Expedientes clínicos contienen la información requerida sobre uso de tabaco.	30% de los expedientes clínicos cuentan con datos completos de uso de tabaco para el año 2020 y el 70% para el año 2024	Informe de resultados de la auditorías de expediente y Plan de Acción	2020-2024	DIGESA / Salud de Adulto
					Verificar la inclusión del diagnóstico de tabaquismo como parte de los informes regulares en cada unidad ejecutora, región de salud y ámbito nacional		Número de casos de tabaquismo reportados como diagnóstico en la hoja de registro diario de actividades	Listado de Causas de Morbilidad	2020-2024	
					Capacitación del recurso humano involucrado en el registro de los datos de tabaco en el expediente clínico.		30% de los médicos del sistema público de todo el país capacitados para el año 2020 y el 70% para el año 2024	Informe de asistencia de la capacitación.	2020-2024	IPLAN-DIGESA-Provisió
					Medición de comportamiento de las referencias - contrarefetencias hacia y desde las clínicas de cesación de tabaquismo.		Porcentaje pacientes con tabaquismo referidos a las clínicas de cesación.	Registros de Clínicas de Cesación		
							Porcentaje de pacientes con tabaquismo tratados y dados de alta en clínicas de cesación			
Fortalecimiento del desarrollo e implementación sistemática y sostenible de SISVISCTA	Disponer de una plataforma informática para la promoción de la salud, comunicación e intercambio información sobre control tabaco y los SEAN, a nivel nacional e internacional	SISVICSTA es aceptado como herramienta para el intercambio de información sobre control de tabaco y de los SEAN a nivel nacional e internacional.	100% de los usuarios nacionales relacionados con el sistema cargan datos e información sobre control de tabaco y de los SEAN en el SISVISCTA.	Número de usuarios nacionales que cargan datos e información sobre control de tabaco y de los SEAN en el SISVISCTA.	Elaboración de Manuales de Usuarios del SISVISCTA	Pagina web SISVISCTA conocida, visitada por al menos 25000 seguidores y con accesos frecuentes a nivel nacional e internacional.	100% de las Instituciones seleccionadas para la puesta en marcha del proyecto, capacitadas a julio 2019.	Documento final	2020-2024	DIPLAN - DASTS
					Incorporación del uso de SISVISCTA en el Manual de Cargos y de Funcionamiento.		Manual de cargos y de funcionamiento del MINSA incluye al SISVISCTA	Manual de cargo y de funcionamiento de MINSA	2020-2024	DIPLAN - DASTS-OODI
					Capacitacion y sensibilización de los usuarios institucionales e intersectoriales y otros actores para el uso del SISVICTA.		% de usuarios del MINSA, de otras instuciones públicas y ONG´s convocados capacitados y sensibilizados para el uso del SISVICTA.	Informe de la actividad de capacitación.	2020-2024	DIPLAN - DASTS
								Informe de asistencia de la capacitación.		
					Divulgación de la información para incentivar el uso de la herramienta.		Numero de seguidores de la herramienta	Plan de medios	2020-2024	
					Monitoreo y seguimiento al uso del SISVICTA.					

					Intercambio efectivo de información sobre todos los contenidos en materia de tabaco de la pagina web de SISVISCTA		No. de intercambios en el MINSA e interinstitucionales efectivos de información sobre los contenidos en materia de tabaco de la pagina web de SISVISCTA realizados acorde a los flujos de información previamente establecidos.	Informe de monitoreo y seguimiento - Reporte de acceso a la pag. Web	2020-2024	
					Promocionar la página web a traves de las redes sociales de las instiituciones o actores aliados con estrategias de mercadeo y publicidad.		Número de personas que accesan a la página web SISVISCTA			
					Análisis de información para la toma de desiciones y la presentación de informes del país.		Realizadas dos reuniones semestrales al 2019, de capacitación sobre el Sistema de Vigilancia de Consumo de Tabaco, dirigida a actores aliados			
	Conocer la situación de control de tabaco en Panamá desde una perspectiva integral y multisectorial.	Contar con un sistema de vigilancia para el control de tabaco que incluya información de todas las instituciones priorizadas.	Mecanismos administrativos de intercambio de información sobre la vigilancia y control de tabaco establecidos y funcionando entre las instituciones priorizadas (SISVISCTA)	100% de las instituciones priorizadas usan el SISVICSTA a finales del año 2024.	Reuniones de coordinación interinstitucionales para la funcionabilidad del sistema.	100% de las instituciones priorizadas cuentan con un flujo de información oportuna, continua para la toma de decisiones.	% de instituciones priorizadas que cuentan con un flujo de información.	informe de monitoreo del SISVISCTA	2020-2024	Departamento de Análisis de situación y tendencia de Salud de DIPLAN /Informática del MINSA/Comisión Nacional de Control de Tabaco
					Capacitación del personal técnico y administrativo interinstitucional responsable del manejo y administración del repositorio de datos.	100% del personal técnico que administra y maneja directamente el repositorio de datos en instituciones priorizadas capacitados	Porcentaje de personal técnico que administra y maneja directamente el repositorio de datos en instituciones priorizadas capacitados	Listas de Asistencia a Capacitaciones	2020-2024	DASTS - DIPLAN - INSTITUCIONES PRIORIZADAS
					Disponibilidad en el SISVISCTA de tutoriales digitales para uso de los visitantes del repositorio de datos.	Visitantes del repositorio de datos accesan a los tutoriales digitales del SISVISCTA	No. de visitantes que accesan a los tutoriales digitales del SISVISCTA	Registros de Visitantes de los Tutoriales del SISVISCTA		
					Capacitación a tomadores de decisión de las instituciones priorizadas para el uso de la información generada.	100% de los tomadores de decisión de las instituciones priorizadas capacitados en el uso de la información generada.	% de los tomadores de decisión de las instituciones priorizadas capacitados en el uso de la información generada.	Listas de Asistencia a Capacitaciones		

Creación del marco regulatorio para el reporte obligatorio del tabaquismo y sus patologías asociadas por instituciones públicas y privadas de salud.	Garantizar la disponibilidad de información sobre tabaquismo y sus patologías asociadas	Contar con información confiable y oportuna sobre tabaquismo y sus patologías asociadas	MINSA dispone de información sobre tabaquismo y sus patologías asociadas reportada por las instituciones públicas y privadas de salud	Número de instituciones públicas y privadas que reportan datos sobre tabaquismo y sus patologías asociadas de conformidad con lo establecido en la normativa nacional.	Revisión del Marco Regulatorio de Control de Tabaco existente.	Decreto Ejecutivo aprobado y en proceso de implementación a partir del 2020.	Un decreto ejecutivo publicado en Gaceta oficial que permite el reporte obligatorio del diagnóstico y datos sobre el tabaquismo al primer trimestre del 2020.	No. de Gaceta Oficial	2020-2024	Comisión Nacional de Control de Tabaco/REGES - DIPLAN
					Elaboración, sustentación y firma del Decreto Ejecutivo que establece el reporte obligatorio del tabaquismo y sus patologías asociadas por instituciones públicas y privadas de salud.			Informe de uso y análisis de los datos	2020-2024	
Fortalecimiento del desarrollo e implementación sistemática y sostenible de Control y Vigilancia Ambiental de Tabaco	Disponer de un subsistema de control y vigilancia ambiental de control de tabaco.	Sistematización y disponibilidad de información sobre control y vigilancia de control de tabaco se utiliza en la toma de decisiones.	El 100% de las Regiones de Salud implementan el subsistema de control y vigilancia ambiental de control de tabaco y aportan datos para la toma de decisiones.	Todas las regiones de salud cuentan con información de calidad reportada semanalmente en la herramienta del subsistema de control y vigilancia ambiental de tabaco.	Jornadas de trabajo para el perfeccionamiento del registro, con los representantes regionales de control de tabaco de saneamiento ambiental y DEPA.	100% de las acciones de control y vigilancia ambiental de tabaco son registradas en la base de datos del subsistema.	Numero de Regiones de Salud que alimetan semanalmente la base de datos del control y vigilancia ambiental de tabaco.	Registros en el Subsistema de Control y Vigilancia Ambiental de Tabaco	2020-2024	Subdirección General de Salud Ambiental. Departamento de Saneamiento Ambiental. Representantes regionales de control de tabaco de saneamiento ambiental y DEPA.
					Preparación de informes analíticos realizados a partir de la data del subsistema de control y vigilancia de tabaco.	Informes analíticos basados en información veraz, sistematizada y disponible con oportunidad	No. de informes analíticos presentados por región de salud.			
					Capacitación a tomadores de decisión para el uso de la información.	100% de los Directores Regionales y de Centros de Salud, Policentros y MINSA Capsi capacitados sobre el uso de la información que aporta el subsistema de control y vigilancia ambiental de tabaco	% Directores Regionales y de Centros de Salud, Policentros y MINSA Capsi capacitados			

Anexos

ANEXO 1: PANORAMA GENERAL

Actualmente, en el mundo, uno de cada tres adultos fuma, se estima que la población mundial de fumadores alcanza cifras aproximadas de 1,100 millones de personas. El consumo de tabaco puede matar de tantas maneras que constituye un factor de riesgo de seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo. Actualmente el tabaco es responsable por la muerte de 6 millones de muertes en todo el mundo, siendo que 600,000 de estas muertes son atribuibles a la exposición al humo de tabaco ajeno (HTA), OMS, 2008.

Las evidencias científicas identifican al consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco ajeno (HTA), como un problema de salud pública siendo esta la mayor pandemia que afecta a la humanidad. Dichos estudios, también dan evidencias de:

- que la nicotina causa adicción e es "productora de dependencia".
- que los procesos farmacológicos y de comportamiento que determinan la adicción al tabaco son similares a los que determinan la adicción a drogas como la heroína o la cocaína.
- que los adultos no fumadores presentan mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas, discapacitantes o mortales, debido a su exposición al humo de los fumadores;
- que la alta carga de enfermedad y muerte, atribuible a estos productos guarda relación con la diversidad de los componentes que son usados para su fabricación de o que surgen como producto de su combustión;
- que los productos que contienen tabaco están diseñados de manera muy sofisticada con el fin de crear y mantener la dependencia.
- que muchos de los contenidos de los productos del tabaco (acetona, formaldehído, naftalina, amoníaco, fósforo P4/P6 y terebinitina, entre otros) y del humo que producen durante su combustión, son farmacológicamente activos, tóxicos, múgatenos, cancerígenos y potenciadores de la adicción a la nicotina.
- que el consumo de tabaco por las embarazadas afecta al producto de la gestación de diversas formas y que los hijos de madres fumadoras: nacen con más bajo peso, presentan mayores riesgos de enfermedades respiratorias, padecen con mayor frecuencia el síndrome de muerte súbita, tienen un desarrollo limitado además de que con el consumo de productos de tabaco, se incrementa el riesgo de abortos.

A menos que se adopten medidas urgentes la OMS estima que para el 2,030:

- habrá más de ocho millones de defunciones por año en el mundo.
- aproximadamente 500 millones de personas morirán por este importante problema de salud pública.
- 80% de las muertes ocurrirán en países de medio y bajo ingresos

Tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo, la mitad de los fumadores mueren de causas relacionadas con el consumo del tabaco y tienen 3 veces más probabilidades de morir entre los 35 y 69 años que los no fumadores. (OMS, 1996 y 1998)

Es importante destacar que en Panamá, las tasas de mortalidad por causas asociadas al tabaquismo, muestran una tendencia al descenso.

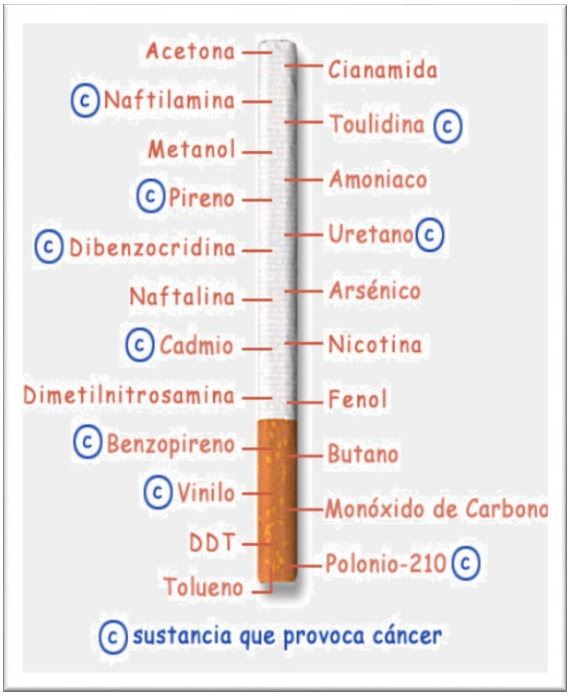
Componentes y aditivos de los cigarrillos.

Los productos de tabaco contienen nicotina, compuesto adictivo, que crea una dependencia más alta que la ocasionada por drogas ilegales como la heroína o la cocaína.

Figura 1 – Componentes del cigarillo

Los cigarrillos de hoy son hechos con alta tecnología, c
sistema del fumador. Adicionalmente, se le han identificado más de 4,000 sustancias nocivas a su humo, de los cuales cerca de 40 son carcinógenos humanos conocidos, como acetona (igual a la usada para remover las pinturas de uñas), amoniaco (limpiador de pisos), arsénico (veneno para hormigas), butano (combustible de encendedores), cadmio (encontrado en las baterías de carros), monóxido de carbono (encontrado también en el humo de escape de los carros), DDT (insecticida), cianuro de hidrógeno (usado en las cámaras de gas), metanol (combustible de cohetes), naftaleno (usado en las "bolas de alcanfor"), tolueno (solvente industrial muy tóxico al

humano) y cloruro de vinilo (usado en los plásticos). Otras sustancias tóxicas son dióxido de carbono, nitrosamidas, y alquitranes, entre otras muchas. (Figura 1)



Cientos de químicos son agregados al tabaco en la producción de cigarrillos. Los aditivos hacen más fácil el inhalar el humo a los pulmones, y permiten que se use menos tabaco en cada cigarrillo. Los efectos de algunos de estos aditivos son variados, pero todos dirigidos a hacer la práctica de fumar más agradable, atractiva y más adictiva al consumidor. Por ejemplo, el amoniaco modifica el pH de las mucosas de las vías aéreas, tal que puedan aumentar la absorción de tabaco; los saborizantes realzan el sabor; los edulcorantes hacen más dulce cada bocanada de humo; el eugenol y el mentol adormecen la garganta, facilitando la inhalación; la cocoa dilata las vías aéreas; y muchos otros que enmascaran y dan invisibilidad al humo.[1]

Riesgos para la salud

Los estudios científicos han mostrado evidencia contundente de que todas las formas y presentaciones de los productos del tabaco causan problemas a la salud, resultando en muerte o incapacidades frecuentemente. Los fumadores han aumentado marcadamente su riesgo de padecer múltiples cánceres, particularmente el cáncer pulmonar, así como de padecer enfermedades del corazón, ataques, enfisema pulmonar y muchos otros problemas fatales y no fatales. El masticar tabaco incrementa el riesgo de cáncer labial, lingual y bucal.

Figura 2 .El Cuerpo del Fumador

Las mujeres sufren riesgos adicionales de salud, pues fumar durante el embarazo es peligroso, tanto al feto como a la madre, especialmente en los países pobres, donde las instalaciones de salud suelen ser inadecuadas. El daño del tabaquismo durante el embarazo no se limita al embarazo propiamente dicho, sino que tiene efectos negativos a largo plazo en el bebé luego de que éste nazca. La enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), los diversos cánceres (de pulmón, labio, cavidad bucal, faringe, laringe, esófago, páncreas, vejiga, riñón, entre otros.) forman parte de las enfermedades relacionadas con el tabaco.

Entre los efectos que se tienen sobre el sistema cardiovascular tenemos que los individuos que consumen tabaco tienen de 2 a 4 veces más probabilidad de manifestar enfermedades cardíacas coronarias que los individuos que no consumen tabaco, además de que en estas personas consumidoras se duplican las probabilidades de sufrir un accidente cerebrovascular o derrame cerebral. Además, ocurre una disminución del flujo sanguíneo al provocar el estrechamiento de los vasos sanguíneos (arterias), teniendo los fumadores 10 veces más probabilidad que los no fumadores de presentar enfermedad vascular periférica.

[1] Mackay y Eriksen, "The Tobacco Atlas", página 49

Igualmente tiene muchos efectos negativos en el aparato reproductor, en los fetos y recién nacidos, además de tener un mayor riesgo de infertilidad, nacimiento prematuro, nacimientos de bebés muertos, bajo peso del recién nacido y síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL). En las mujeres posmenopáusicas consumidoras de tabaco, hay una menor densidad ósea que las mujeres que nunca han fumado, por ende, tienen un mayor riesgo de fractura de cadera que aquellas que no consumen tabaco.

2.2 Convenio Marco para el Control de Tabaco de la OMS y el paquete MPOWER

Como parte de una estrategia mundial de control de tabaco y dado el incremento de la pandemia de tabaquismo y de la morbi-mortalidad asociada al consumo de los productos de tabaco la Asamblea Mundial de la Salud inició un proceso permanente de análisis de la situación del tabaquismo en el mundo y definió la necesidad de establecer un mecanismo regulatorio mundial que se concretizó, en el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), durante la 56ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2003, ratificado por Panamá el 16 de agosto de 2004.

El CMCT de la OMS incluye mecanismos para disminuir la oferta como la demanda de productos de tabaco y su aplicación integral evite que los jóvenes inicien en el consumo, protege a los no fumadores de la exposición al humo de tabaco ajeno, ayuda a los consumidores a abandonar el consumo y a los ex consumidores a mantener la abstinencia.

Figura 3 – Productos de Tabaco

Con el objetivo de apoyar los países en la implementación de las medidas del CMCT en 2008 la OMS desarrolló un paquete de medidas relacionadas con reducción de la demanda como punto de partida hacia una aplicación completa del Tratado. El paquete MPOWER consta de seis intervenciones descritas a seguir:

M (Monitor) Monitorear el consumo de tabaco y la aplicación de políticas de control de tabaco

El CMCT en su artículo 20 hace un llamado especial a los países a establecer programas de vigilancia del consumo de tabaco y de los indicadores sociales, económicos y de salud produciendo información que además monitorea la implementación del Tratado y de las políticas nacionales de control de tabaco.

Panamá es uno de los pocos países de las Américas que produce información periódica y sistemática y comparable a nivel nacional, regional y global para población joven y adulta. Además de eso el país recolectado datos de la población indígena y ha buscado monitorear otras formas de uso del tabaco descritas a seguir:

Formas de uso del tabaco

Los cigarrillos son la forma más común de uso del tabaco en el mundo, consisten en tabaco desmenuzado envuelto en papel, y por lo general tienen un filtro. Para asegurar la adicción de los consumidores, los fabricantes agregan cientos de químicos al tabaco al elaborar los

cigarrillos. Estos aditivos tienen diversos efectos, tales como dilatación de las vías aéreas para que el humo inhalado llegue más fácilmente a los pulmones. Esto permite que se utilice cada vez menos tabaco en cada cigarrillo. Además de esto, los fabricantes usan más tabaco reconstituido, lo que les permite aprovechar el polvo y las ramitas de las hojas de tabaco, que antes eran desechadas.

Otros productos de tabaco

Los bidis están hechos de hojuelas y polvo de hojas de tabaco. Se agrega algún saborizante fuerte, como vainilla, fresa, canela, chocolate entre otros, para enmascarar la pobre calidad del tabaco. Por su sabor dulce, es agradable a los niños y adolescentes, aunque tienen una concentración mayor de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono que los cigarrillos que normalmente se venden. Se les llama "el cigarrillo de los pobres"

Los Kreteks, conocidos como cigarrillos de clavo de olor. Contienen una combinación de tabaco, clavo de olor y otros aditivos. Los análisis de su humo indican que, al igual que los bidis, suministran más nicotina, monóxido de carbono y alquitrán que los cigarrillos.[2]

Los puros están hechos de hojas de tabaco fermentadas y curadas al aire, con una envoltura de tabaco, y vienen en distintas formas y tamaños.

Las pipas se hacen de barro, madera, arcilla y otros materiales. Consisten en una cazoleta donde se coloca el tabaco, y una cánula para conducir el humo a la boca del fumador.

La pipa de agua, también conocida como narghile, hookah o shisha es un aparato que funciona con calor y agua filtrada. Tabaco con sabor se quema en un envase de fumar cubierto con papel de aluminio y carbón. El humo se enfría mediante filtración a través de un recipiente con agua y se consume a través de una manguera y la boquilla

Los productos de tabaco sin humo son aquellos que no se queman e inhalan. Sino que pueden ser masticados, absorbidos por vía oral o aspirado por vía nasal.

Figura 4 – Humo de Tabaco Ajeno

P (Protect) Proteger a la población de la exposición al humo de tabaco

La primera evidencia concluyente del peligro de inhalar pasivamente el humo de cigarrillo de otras personas apareció en estudio de Takeshi Hirayama en 1981 sobre el cáncer pulmonar en mujeres japonesas no fumadoras casadas con hombres fumadores. A pesar de que la industria tabacalera comenzó inmediatamente campañas multimillonarias para desacreditar la evidencia, docenas de estudios subsecuentes confirmaron este hecho.

Durante la combustión del tabaco, una mezcla compleja de químicos es generada y liberada al ambiente. Como fumador pasivo, el no fumador inhala humo del humo secundario que viene de la punta encendida del cigarrillo, y el humo primario que viene de la boca del fumador.

El riesgo de cáncer pulmonar en los no fumadores expuestos al humo ambiental de segunda mano aumenta en un 20 y 30% (Informe Científico del Cirujano General de los Estados Unidos, 2006), y el riesgo de enfermedades coronarias aumenta en un 23% (California Environmental Protection Agency, 1997; Glantz y Parmley, 1955; Scientific Committee on Tobacco and Health, 1998; Taylor, Johnson y Kazemi, 1992). Los niños están en particular riesgo del humo de los adultos. (Willis et al, 1998). Cual es la fuente de esta información?

[2] Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Bidis

Entre algunos efectos adversos está la neumonía y la bronquitis, tos y respiración sibilante, exacerbación del asma, enfermedades del oído medio, e inclusive problemas neurológicos del comportamiento, así como la enfermedad cardiovascular en los adultos.

La exposición de una mujer embarazada puede causar daños al feto. Los efectos empeoran cuando el niño es expuesto al humo de tabaco ajeno luego del nacimiento.

No existe ningún nivel seguro de exposición al humo de tabaco ajeno (HTA). Todas las personas deben ser protegidas.

En el Proyecto de Ley 136 se incluye la prohibición de los ambientes abiertos de acceso público y destinado a la concurrencia de personas, como terrazas, vestíbulos, patios internos, balcones, miradores, plataformas y otros similares. También se incluyen transportes oficiales de todas las dependencias del Estado y en aquellos vehículos privados en los que se transporten infantes, niños y adolescentes.

O (Offer) Ofrecer ayuda para abandonar el uso de tabaco

Los usuarios de tabaco son víctimas de la adicción a la nicotina. De cada cuatro fumadores tres afirman que quieren dejar de fumar. Para algunos de los usuarios de tabaco es difícil abandonar el uso por su cuenta, por eso el acceso a consejería y servicios de cesación es una parte importante de los programas integrales de control de tabaco.

W (Warn) Advertir sobre los peligros del tabaco

Advertencias Sanitarias y Pictogramas
Las advertencias sobre el tabaco existen desde hace más de 400 años, comenzando con el rey James I en Inglaterra y Fang Yizhi en China, ambos en el siglo 17.

Los paquetes de cigarrillo comenzaron a llevar advertencias de salud a mediados de los años 60, seguido de reportes científicos sobre los daños que fumar produce en Estados Unidos y el Reino Unido. Estas advertencias tempranas eran débiles e inconspicuas. Las advertencias canadienses y brasileñas, así como de muchos países luego de iniciado el proceso de implementación del CMCT, como es el caso panameño están orientadas a informar a los consumidores sobre los riesgos y daños a la salud que ocasionan los productos de tabaco. Están sirviendo de modelo a otros países.

El empaquetado y etiquetado de los cigarrillos y otros productos de tabaco juegan un rol cada vez mayor y en la medida en que se van implementando las restricciones y/o prohibiciones de la PPP, será mayor. El diseño del paquete juega un rol importante en establecer la imagen de la marca, y en la competencia por los clientes potenciales. Algunos países están promoviendo el uso de empaquetado sencillo, tal como se sugiere en las directrices de los artículos 11 y 13 del CMCT. Esto significa, no usar color, logo o diseño gráfico, sino usar simplemente un paquete genérico de cigarrillos con el nombre de la marca. El CMCT y por tanto las Partes del mismo están implementando la prohibición del uso de palabras, imágenes y similares que resulten engañosas, tales como “Light” (o “suave” en español) o “Mild” (otra palabra para “suave”), pues estas palabras dan la impresión de que esos cigarrillos son menos dañinos, o que contienen menos constituyentes dañinos.

Las directrices del artículo 11 del CMCT y las autoridades de salud están prohibiendo que los paquetes de productos de tabaco indiquen niveles de alquitrán y nicotina de acuerdo a como lo miden las máquinas fumadoras (que son usadas para estudiar cada bocanada de humo de cigarrillo que el fumador inhala), pues estas no reflejan la inhalación verdadera de alquitrán y nicotina debido al diseño de los cigarrillos (primordialmente, los hoyos de ventilación, que logran que más alquitrán y nicotina entren al fumador), y por el comportamiento individual de cada fumador (una tendencia para que los fumadores inhalen más nicotina de cada cigarrillo), por lo que dan información inválida.

La ley panameña exige a las compañías tabacaleras el uso de advertencias de salud en sus paquetes de cigarrillos, tal como indica la ley:
"En todos los paquetes y envases de productos del tabaco, deberá figura una advertencia sanitaria y un mensaje de información sanitaria aprobado previamente por el Ministerio de Salud. Dicha información tendrá las siguientes características:

1. Rotativas, con un período de 12 meses.
2. Claras, visibles y legibles
3. Escritas en español con una imagen o pictograma.

La Advertencia Sanitaria ocupará como mínimo un 50% del área externa de la superficie total del empaquetado y de los productos del tabaco y el mensaje de información sanitaria se ubicará en uno de los lados del empaquetado y de los productos del tabaco. Ambos serán determinados por el Ministerio de Salud en la respectiva reglamentación."[3]

La aprobación del Proyecto de Ley 136 permitiría que Panamá incremente el tamano de las advertencias sanitarias de 50 a 80% y que se aplique el empaquetado sencillo en todos los productos de tabaco.

E (Enforce) Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio

Publicidad, Promoción y Patrocinio de Productos de Tabaco

La industria tabacalera niega que la publicidad juegue un rol en animar a la gente a fumar o aumentar la cantidad de cigarrillos que se fume, pero la investigación sugiere lo contrario.

Estas compañías, mediante la mercadotecnia y publicidad, con mensajes engañosos, crean una impresión falsa de los productos que vende, incluyendo, por lo general, imágenes de libertad, belleza, popularidad, sofisticación e inclusive salud en sus diversas formas de propaganda. Éstos incluyen vallas publicitarias, anuncios comerciales televisivos, anuncios en los periódicos y en la radio, así como novedosos mecanismos de marketing. La publicidad y la promoción del tabaco, que ya son profusas en Latinoamérica, probablemente van a aumentar ya que las empresas transnacionales procuran captar mercados nuevos para compensar sus pérdidas en los países industrializados por la creciente tendencia del abandono del hábito de fumar en esos países.

Figura 5 – Campaña OMS/OPS para el Día Mundial Sin Tabaco, 2013

Por otra parte, la publicidad juega un papel importante tanto en el inicio del consumo de tabaco, como en la prevalencia de dicho consumo. "El empleo de la publicidad como instrumento estratégico para aumentar el uso del tabaco está generalizado en los países en desarrollo de la Región de las Américas, donde las extensas actividades de la publicidad y promoción de tabaco se han vuelto comunes. Los productos distribuidos con fines de promoción han llegado a los pueblos y puestos de venta más aislados.
Asimismo, el hecho de que la mayoría de los deportes televisados (como las carreras automovilísticas y los partidos de fútbol) y varias actividades culturales hayan sido patrocinados por la industria tabacalera por decenios, hace que las ligas deportivas dependen mucho del dinero que proviene del tabaco."[4]

[3] Anteproyecto de ley No. 23, "Por la cual se adoptan medidas para el control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud", Artículo 6, Capítulo II
[4] Organización panamericana de la salud, "Por una juventud sin tabaco: adquisición de habilidades por una vida saludable; 2001, página 12

Dado que la nicotina es una poderosa droga adictiva y que el consumo temprano conduce a una adicción más tenaz, es de prever que las empresas tabacaleras continúan intentando atraer a los jóvenes patrocinando espectáculos, concentrando selectivamente su publicidad y haciendo hincapié en el deporte, la moda y la música en sus actividades de mercadeo.

Los gobiernos conocen el daño causado por el tabaco y la necesidad de persuadir al público contra su uso, por lo que cada vez son más comunes las restricciones y censuras que se imponen a la publicidad tabacalera. Las restricciones parciales hacen que las compañías tabacaleras cambien simplemente el medio publicitario para evitar estas restricciones. Por esto, la evidencia sugiere que la prohibición total de todas las formas de publicidad, promoción y patrocinio de tabaco pueden ser efectivas al reducir el uso del tabaco, mientras que las restricciones parciales tienen tan sólo un efecto limitado o carecen de efecto alguno sobre la población.

R (Raise) Aumentar los impuestos al tabaco

En el Art. 6 del CMCT de la OMS se establece que las medidas relacionadas con los precios e impuestos son un medio eficaz e importante para que diversos sectores de la población, en particular los jóvenes y las poblaciones de menores ingresos, reduzcan su consumo de tabaco. De todos los impuestos a los productos de tabaco, los impuestos al consumo son los más importantes para lograr el objetivo sanitario de reducir el consumo de tabaco, ya que se aplican exclusivamente a los productos de tabaco y aumentan los precios de estos productos en relación con los precios de otros bienes y servicios.

Los impuestos al tabaco son usualmente aceptados por la población, incluyendo quienes consumen tabaco; debido a que la mayoría de las personas tienen la percepción general de que es dañino; aunque que no conozcan los daños específicos que el tabaco causa a la salud (OPS, 2013).

Impuestos más altos incrementan la recaudación fiscal y estos fondos adicionales pueden ser usados para controlar el consumo de tabaco en el país. Así como es el caso de Panamá.

Entre los años 1991 al 2000 hubo un descenso en los ingresos recaudados a partir del impuesto al cigarrillo. Una estimación de los gastos del Ministerio de Salud en la atención de pacientes con enfermedades asociadas al consumo de tabaco indicó que superan los 100 millones de dólares, lo que al compararlo con la recaudación para el 2008, reflejó un gasto para el Estado de 93.6 millones de dólares por encima de la recaudación en impuestos.

Desde 1995 hasta el 2009, el impuesto selectivo al consumo de producto de tabaco fue de 32.5%. El único incremento de impuesto que se da en ese periodo ocurrió en el año 2001 cuando se incrementa el IVA de 10 a 15%. Panamá ratifica el FCTC y aprueba una Ley integral de Control de Tabaco, en la que no fue posible lograr el incremento de impuestos. Es en el año 2009, luego de muchos intentos previos, que se logra incrementar hasta 100% el impuesto selectivo al consumo de productos de tabaco.

Este incremento genera un cambió en la estructura de precio de los paquetes de cigarrillo de 20 unidades de las 6 marcas más consumidos en el país, donde el impuesto selectivo al consumo pasar a ser 1.9 veces mayor en la actualidad que con respecto al 2009, con un descenso de 1.5 veces del valor CIF y del IVA. En el caso del margen minorista, este se mantuvo sin cambios.

Por otro lado, el análisis de los precios e importaciones ha sido fluctuante pero con un comportamiento indirectamente proporcional.

- Cuando se incrementó el IVA, los precios se mantuvieron y las importaciones aumentaron, la industria del tabaco asumió ese incremento.
- Con la ratificación del FCTC y durante la primera etapa de implementación del decreto de 2005, las importaciones bajaron y la industria bajo los precios.
- En la segunda fase de aplicación de este decreto, las importaciones bajan y los precios suben.

- Con la aprobación de la Ley 13 de 2008, se hace más acentuado el descenso de las importaciones y el aumento de los precios, situación que se destaca aún más con el incremento de los impuestos en el 2009.
- Para el 2011 las importaciones este comportamiento continúan en descenso, pero los precios no se incrementan. Consideramos que se hace necesario un nuevo aumento del impuesto selectivo al consumo.

Otro elemento a destacar es el descenso en el monto de las ventas de cigarrillo que se refleja desde antes del incremento del impuesto selectivo al consumo, pero que se hace más marcado al momento de este. La Figura también deja notar una ligera tendencia al incremento del monto de ventas hacia finales de 2010.

En el periodo antes del incremento del impuesto selectivo al consumo de tabaco se recaudaron en promedio por año 8.3 millones de dólares, en tanto que en el periodo posterior la recaudación fue de 20.8 millones de dólares, es decir 2.5 veces mayor. De este análisis se excluyó el año 2009 por ser de transición.

La legislación nacional mandata una distribución del 50% de la recaudación del impuesto selectivo al consumo, otorgando 20% al Ministerio de Salud y al Instituto Oncológico Nacional y el 10% restante a la Autoridad Nacional de Aduanas. Esto ha implicado que desde el año 2010 a la fecha estas instituciones hayan recibido 41.7 millones de dólares cuyo uso está destinado al control del tabaco, incluido el combate al comercio ilícito y a la atención del cáncer. El 50% restante ingresa a las finanzas públicas generales.

El Ministerio de Salud ha recibido del 2010 al 2017 cerca de 40 millones de dólares que han sido utilizados para el desarrollo de acciones de promoción de la salud, fortalecimiento del FCTC incluidas el desarrollo de capacidades, la vigilancia y control, la contratación de personal, el pago de obligaciones con el FCTC, la investigación y cooperación internacional. También se ha invertido dinero para el soporte del diagnóstico y tratamiento con la adquisición de insumos de laboratorio, equipos biomédicos y el desarrollo de 46 clínicas de cesación en todo el país. Por su parte el Instituto Oncológico Nacional ha recibido una suma similar y la Autoridad Nacional de Aduanas cerca de 20 millones, cifras que no compensan el gasto en salud para atender las consecuencias a la salud que ocasionan los productos de tabaco.

A pesar de nuestros avances en el tema impositivo, aún nos queda mucho trabajo por hacer, ya que el impuesto alcanza el 56% del precio de los productos de tabaco y aspiramos alcanzar la cifra sugerida por OPS/OMS que es del 75%, por lo que continuaremos trabajando en ello, a pesar de los embates que la industria nos hace a nivel nacional como internacional vinculando el contrabando con el incremento del impuesto. Con el incremento de los impuestos se incrementaron los precios de los cigarrillos, casi al doble de costo donde el mismo fue de cerca de un dólar cincuenta por paquete más el 15% de IVA.

Sobre el comercio ilícito de productos de tabaco mucho se ha dicho y se ha vinculado al país en el mismo, lo cierto es que documentos de la industria tabacalera dejan claro el uso de Panamá como ruta de contrabando. También podemos decir que el contrabando se ha incrementado antes del aumento del impuesto.

En Panamá no se produce productos de tabaco desde 1999 y la importación de cigarrillos desde el año 2000, presenta una tendencia descendente, en tanto que la de cigarros y otros productos de tabaco se mantiene estable. En el periodo de 2009 a 2011 las importaciones de cigarrillos tuvieron un descenso porcentual del 60%. Este descenso de las importaciones puede estar relacionado con la aplicación de medidas integrales de control del tabaco en Panamá, pues se acompaña del descenso progresivo de las prevalencias de consumo de productos de tabaco que se estiman a la fecha en 6.4% en la población de 15 años y más y en un 12% para los adolescentes de 13 a 15 años.

Durante el periodo 2005 a 2011:

- El comportamiento de la estimación de las importaciones de paquetes de cigarrillos de 20 unidades refleja un descenso del 33.8%.

- Las cajetillas declaradas en la Autoridad de Ingresos Públicos tuvieron un descenso de 41.9%
- La diferencia entre las cajetillas de importación estimadas y las declaradas en la Autoridad de Ingresos Públicos fue de 18.8% en el 2005 y de 48.1% en el 2011, lo que sugiere que la evasión fue 2.66 veces mayor y mostró durante todo el periodo un comportamiento ascendente.

Del 2009 al 2011, el valor CIF de las importaciones ha disminuido, en tanto que el valor CIF del contrabando alcanzo su valor máximo en el 2010. El impuesto selectivo al consumo de productos de tabaco fue 1.7 veces mayor después del incremento del impuesto. La incautación de cartones de cigarrillos de contrabando se incrementó luego de la aprobación de la Ley 13 de 2008, que establece la aplicación de medidas de control de contrabando en las zonas francas y dutty free, alcanzando un valor máximo en el 2011. Durante este periodo se realizan operativos permanentes en Zona Libre de Colón para pesquisar cargamentos de contrabando.

Un estudio realizado en Panamá, proyecto para el 2011 que el consumo de cigarrillos fue 31 millones de paquetes, de los que el 56% de dejó de pagar impuestos y no precisamente porque fueran cajetillas de contrabando. 25 millones de cajetillas se reportaron en aduanas y solo 13 millones en la Autoridad Nacional de Ingresos Públicos. Estas cifras sugiere que 11.5 millones de cajetillas no pagaron impuestos, es decir se dejaron de recaudar cerca de 28.6 millones de dólares, 10 millones de ellos se estiman fueron debido al contrabando y los 18.6 restantes a evasión de impuestos. Entre las conclusiones más importantes del estudio figuran las siguientes:

- El mayor problema de Panamá no es el contrabando, es la evasión que realizan empresas establecidas y con vías de distribución legales y con marcas consideradas “legales”. Esta evasión se estima en unos 18 millones de dólares. Estas empresas están evadiendo el ISC y probablemente no pagan el arancel porque hagan uso de acuerdos comerciales que Panamá tiene con países de la región y tal vez paguen el ITBMS.
- Se está ante una interferencia de la industria tabacalera con la Política de Control de Tabaco.
- El contrabando existe y se sitúa entre el 19% y el 28% según como se realice la estimación. La encuesta GATS incluyó un conjunto de preguntas que dará información más precisa por tener cobertura nacional y un tamaño mayor. El contrabando es también un problema, pero uno menor respecto a la evasión de impuestos e interferencia de la industria tabacalera legalmente establecida en la Política de Control de Tabaco.

En el año 2016, las importaciones de productos de tabaco, respecto de los cigarrillos totalizaron 314,139 kilos netos, mientras que las de cigarros y cigarritos totalizaron 8,864 kilos netos. De manera agregada estas importaciones representan una disminución respecto al año 2015, cuando las importaciones de cigarrillos totalizaron 352,048 kilos netos y las de cigarros y cigarritos, unos 9,959 kilos netos. Al totalizar las importaciones para estos productos en el año 2016, fueron de 323,003 kilos netos, mientras que para el año 2015 fueron 362,007 kilos netos, lo cual representa una disminución del 12.1%.
Para el año 2016 se incautaron 7550 pacas de cigarrillos y en el año 2017 28,435 pacas de cigarrillos, para totalizar 35,985 en ambos años. La estimación del contrabando de acuerdo al estudio de mercado de 2017 respecto a las 6 ciudades más importantes del país, se estimó en 32.7%, mientras que con la GATS del 2013, se estimó en 36.3%. El 15.1% de las marcas de primera opción para los fumadores, se venden en la calle, lo cual se vincula con el sector informal. En Panamá, el empleo informal se mantiene con pocas variaciones entre el año 2009 en 42.1%, cuando se incrementó el ISC, respecto del dato más reciente para el 2016, con 40.2%. No obstante, la autoridad aduanera del país, de acuerdo a sus disposiciones internas está exigiendo que la carga de productos de tabaco que viene en contenedores no esté mezclada con otros productos. De hecho, la Autoridad Nacional de Aduanas está trabajando en una norma para desarrollar un nuevo reglamento respecto de esta materia. De igual forma se han avanzado reuniones conjuntamente con el Ministerio de Salud, para la futura implementación de un sistema de trazabilidad.

Entre los retos que el manejo integral de este tema plantea esta el fortalecimiento del trabajo coordinado de la Autoridad Nacional de Ingresos Tributarios con la Autoridad Nacional de Aduanas para la eliminación del comercio ilícito y la defraudación fiscal, el desarrollo de procesos de vigilancia intersectorial de la aplicación del CMCT en torno al control del comercio ilícito de

productos de tabaco, la vigilancia permanente para la detección del comercio ilícito e intercambiar información entre las autoridades competentes, es decir, Aduanas y la DGI y el fortalecimiento de la capacidad de vigilancia tributaria.

La atención de estos retos pasa por avanzar en procesos tales como la ratificación del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco, analizar en conjunto con el MICI y Cancillería los tratados y acuerdos comerciales para identificar y controlar sus contenidos preferenciales relacionados con la importación y exportación de productos de tabaco (aranceles y otros), crear alianzas regionales para la implementación de los artículos 6 y 15 del CMCT y mantener un política de incremento sostenido de los impuestos relacionados con los productos de tabaco para lograr neutralizar el efecto asequibilidad (IVA, ISC, aranceles).

El CMCT de la OMS es un marco para la acción y para que tenga efecto a nivel nacional, es necesario que los países incorporen las medidas en sus legislaciones nacionales.

La EMTJ es una herramienta para apoyar en la implementación del CMCT de la OMS y ayuda especialmente en el monitoreo del paquete MPOWER.

2.3 Estado actual de las políticas de control de tabaco

La República de Panamá a través del tiempo ha venido desarrollando diversas acciones en materia de control del tabaco, es así como mediante la aprobación y sanción de la Ley Nº 40 de 7 de julio de 2004, ratificamos el CMCT el 16 de agosto de 2004, lo que nos permitió ser el II Estado Parte de la Región de las Américas (AMRO) y una de las primeras cuarenta Partes del CMCT.

Con la entrada en vigencia del CMCT, se aprueba la Ley Nº 13 de 24 de enero de 2008, en la cual se concentra un esfuerzo normativo en materia de control de tabaco incluyéndose medidas de efectividad comprobada para lograr una protección real de la salud de la población, entre las que se destacan:

- La prohibición total de fumar en ambientes laborales cerrados, en áreas comunes de edificios públicos y privados de uso comercial y doméstico, lugares públicos donde haya concurrencia de personas, ambientes públicos y privados, abiertos y cerrados, destinados a actividades deportivas. Los gerentes o encargados de los establecimientos son responsables de hacer cumplir la medida y podrán ser auxiliados por la Policía Nacional.
- La implementación de advertencias sanitarias rotativas anuales, con pictograma en el 50% de las caras anterior y posterior del empaquetado de productos de tabaco. Panamá lleva a la fecha su IX ronda de advertencias sanitarias.
- La proscripción del uso de términos que den la falsa impresión de seguridad a los consumidores.
- La impresión, sin cuantificación de dos contenidos tóxicos: nicotina y alquitrán, así como de dos contenidos de sus emisiones: monóxido de carbono y benzopireno.
- La prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y sus productos, incluidos los medios indirectos y subliminales, incluida la transfronteriza que penetren en el territorio nacional. Se incluye la prohibición en los puntos de venta y con el Decreto Ejecutivo No. 611 de 2 de junio de 2010, prohibición de la exhibición de los productos en dichos puntos de venta.

Esta disposición legal adicionalmente:

- Asigna la responsabilidad al Estado para diseñar y aplicar programas de promoción y abandono del consumo de tabaco incluido el acceso a tratamientos el cual desarrollamos y a la fecha contamos con 56 clínicas de cesación en las que se provee gratuitamente estos servicios.
- Se prohíbe la venta de productos importados que no estén dirigidos expresamente al mercado panameño.
- Se indica el mandato de reglamentar, adoptar y aplicar medidas para vigilar, documentar y controlar el almacenamiento y la distribución de productos de tabaco en áreas económicas especiales y zonas libres o francas, que se encuentren o se desplacen en régimen de suspensión de impuestos.

- Se ratifica la prohibición de la venta de productos de tabaco a menores de edad, se incluye la prohibición de dedicación y empleo de los menores de edad en la venta de productos de tabaco;
- Con la finalidad de disminuir el acceso de estos productos a la población general, pero particularmente a los menores de edad se prohibió de la venta de cigarrillos sueltos y empaquetes de menos de 20 unidades, así como uso de máquinas expendedoras o dispensadoras de productos de tabaco.
- La legislación nacional contempla la prohibición de la venta de productos de tabaco en establecimientos deportivos, educativos y de salud, públicos y privados. La disposición incluye a los concesionarios ubicados en este tipo de instalaciones.

Por otro lado, la legislación nacional tipifica las causales de violación a la Ley sus infracciones, sanciones y mecanismos de denuncia, las cuales se hacen explicitas en los artículos 23 al 29 de la Ley 13 de 2008.

Mediante resolución 660 de 11 de agosto de 2009, del Ministerio de Salud se prohíbe la comercialización de cigarrillos electrónicos y similares en el país, por contener dietilenglicol e ir en contravención del artículo 16 de la Ley 40 de 2004 (Convenio Marco).

Los impuestos al tabaco son una medida efectiva para disminuir el consumo. Con las Reformas al Código Fiscal mediante la Ley 69 de 6 de Noviembre de 2009 se logra incrementar el impuesto selectivo al consumo de cigarrillos que pasó de 32.5% a 100% del precio de venta al consumidor declarado por el productor nacional o el importador al Ministerio de Economía y Finanzas, con un mínimo de B/. 1.50 por cajetilla de cigarrillo. También se aplica el impuesto selectivo al consumo de tabaco, a los habanos y otros productos derivados de tabaco tomando como base del precio de venta al consumidor declarado por el productor nacional o el importador al Ministerio de Economía y Finanzas, con un mínimo de B/. 0.50 centésimos.

En esta materia y como acción impositiva a favor de la salud pública se destaca la decisión legislativa relevante de distribuir del 50% los importes recaudados hacia funciones de promoción, prevención, vigilancia y control de tabaco, incluido el control de daños ocasionados por el tabaco a razón de una asignación de 40% al Instituto Oncológico Nacional, 40% al Ministerio de Salud y 20% a la Autoridad Nacional de Aduanas para la prevención y persecución del contrabando de productos derivados del tabaco. Esta aplicación impositiva conllevo un incremento del precio de cerca de 1 dólar a 3.75, más 15% del ITBM

Desde el punto de vista financiero, el análisis realizado indican que la inversión del Ministerio de Salud para atender los daños a la salud ocasionadas por el consumo de tabaco supera los 200 millones por año considerando aspectos básicos de la atención, mientras que la recaudación fiscal ha sido históricamente cercana a los 11 millones de dólares/año. Esta recaudación fiscal se incrementó desde el año 2010 al 2017 alcanzo un promedio de 28 millones de dólares por año, debido al incremento del impuesto selectivo al consumo de productos de tabaco que se aplica por ley desde finales del 2009.

El precio de los productos de tabaco se incremento luego del incremento del ISC, a la fecha con los siguientes:

Precio en Punto de Venta de Productos de Tabaco en Panamá

PRODUCTOS DE TABACO	MARCA	PRECIO
CIGARROS	Cohiba Corto	B/.37.94 (unidad)
	Cohiba Largo	B/.45.14 (unidad)
	Montecristo	B/.21.95 (unidad)
PURITOS	Cohiba	B/.11.63(unidad)
	Montecristo	B/. 13.79 (unidad)
PRODUCTOS DE TABACO SIN HUMO	Klondike	B/. 7.48 (Mascado)
	Red Man Plug Grande	B/. 8.63
	Red Man Plug Chico	B/. 6.04
CIGARRILLOS	Viceroy	B/.4.50
	Kool	B/.5.00
	Marlboro	B/.5.00
	Marlboro rojo	B/.5.50
	Marlboro crid	B/.5.00
	Kool	B/.5.50
	Belmont Venezolano	B/.4.25
	Shuangxi (Original Chino)	B/.4.25
	Lucky Strick	B/.4.00

Panamá ratifico el Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilicito de Productos de Tabaco, mediante Ley 27 de 23 de septiembre de 2016, por lo que el MINSA y la ANA trabajamos en conjunto para su implementación. El Proyecto de Ley 136 incluye el requerimiento de una licencia especial para ejercer toda actividad de elaboración de productos de tabaco y equipo de fabricación; la importación, exportación y reexportación de productos de tabaco y equipo de fabricación; el transporte de cantidades comerciales de productos de tabaco o equipos de fabricación; la venta al por mayor, la intermediación, almacenamiento o distribución de productos de tabaco o equipos de fabricación, la venta al por menor de productos de tabaco.

A fin de cumplir con las disposiciones de los artículos 9 y 10 del CMCT, y como parte del articulado del precitado proyecto de Ley, se exige;

- Que los fabricantes**,** importadores, distribuidores y comercializadores de productos del tabaco entreguen anualmente en la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud, información regulada sobre el contenido y las emisiones de los productos de tabaco, de conformidad con lo dispuesto en el reglamento de esta Ley, detallando cantidad y tipo de cigarrillos vendidos, las ventas por establecimiento y las ventas por tipo de estableciendo comercial o industrial.
- Se prohíbe a los productos de tabaco que se comercialicen en el territorio nacional:
    1. Aplicar en los papeles de cigarrillos para dar coloración al mismo colorante natural o artificial, y saborizantes, como tintas, pigmentos y otros, exceptuando el color blanco.
    2. Aromatizar los productos de tabaco con perfumes.
    3. Agregar azúcares y edulcorantes, como glucosa, melaza, miel y sorbitol.
    4. Agregar sustancias aromatizantes, como el benzaldehído, el mentol y la vainilla o cualquier otro que se tipifique en el reglamento de esta Ley, entre otros.
    5. Agregar especies, como la canela, el jengibre, la menta o cualquier otro que se tipifique en el reglamento de esta Ley.
    6. Adicionar vitaminas, nutrientes minerales, frutas, verduras y los productos resultantes de su elaboración, aminoácidos y ácidos grasos esenciales.
    7. Adicionar ingredientes asociados a la energía y la vitalidad, entre los que se incluyen las bebidas energéticas, los estimulantes contenidos en esas bebidas, como la cafeína, la guaraná, la taurina y la glucurolactona, entre otros.
    8. Adicionar cualquier otro ingrediente, de acuerdo con los términos establecidos

en el reglamento.

Las disposiciones contenidas en este artículo también se aplicarán a las sustancias que pasan del material del empaquetado al producto.

Panamá participa en los Grupos del Órgano de Negociación Intergubernamental y en los grupos de trabajo oficioso sobre el proyecto de protocolo para la eliminación del comercio ilícito de tabaco, lo que es una prioridad para el control del tabaco en Panamá.

2.4 Evidencia científica producida en el país y algunas acciones desarrolladas

Desde hace más de 20 años, Panamá ha venido estudiando el problema del consumo de productos de tabaco. Entre los estudios realizados y a pesar de no ser comparables metodológicamente, se destacan:

Las encuestas de base poblacionales en adultos:

La **Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida del 2007** fue aplicada a 25,748 personas con 18 años y más permitió estimar una prevalencia actual de 9.4%, siendo la prevalencia en hombres de 17,7% y en mujeres de 3,9% con un consumo cerca de 2 veces mayor en las áreas indígenas que en las rurales y/o urbanas, con diferencias estadísticamente significativas. El **estudio de prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares efectuada en el 2010** reflejo para las provincias de Panamá y Colón una prevalencia actual de 6.4%, la cual refleja un descenso en el consumo de tabaco en este grupo de población. La última encuesta aplicada en el país fue en el 2013 la **Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos** (EMTA – *Global Adult Tobacco Survey* – GATS) aplicada en población de 15 años y más con una prevalencia actual de consumo de tabaco 6,4% (9,7% hombres y 3,1% mujeres).

Las encuestas de base escolar en jóvenes de 13 a 15 años:

A la fecha, en Panamá se han realizado cuatro encuestas de tabaco en jóvenes (GYTS, por sus siglas en inglés). La primera se realizó en el año 2002 y las otras en el 2008, 2012 y 2017, con la finalidad de estudiar el comportamiento de la epidemia de tabaquismo en jóvenes. Estas encuestas han seguido la misma metodología y forman parte del Sistema Mundial de Vigilancia de la Epidemia de Tabaquismo, por lo que nos permiten la medición de la situación nacional y compararnos en la esfera global. A continuación la hoja resumen de los hallazgos de la GYTS, 2017

GYTS | ENCUESTA MUNDIAL DE TABAQUISMO EN JOVENES

RESUMEN EJECUTIVO
PANAMA, 2017

Objetivos de GYTS

La Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (GYTS), componente del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco (Global Tobacco Surveillance System -GTSS), es el estándar mundial para monitorear en forma sistemática el consumo de tabaco en jóvenes (tabaco para fumar y tabaco sin humo) así como los principales indicadores de control de tabaco.

GYTS es una encuesta representativa de las escuelas a nivel nacional, realizada a alumnos de entre 13 y 15 años diseñada para realizar estimaciones de corte transversal en cada país. El cuestionario, el diseño muestral y los procedimientos de recolección de datos de GYTS se enmarcan en un protocolo estándar para los distintos países, incluyendo a Panamá. Ayuda a los países a cumplir con sus obligaciones en relación al Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (CMCT-OMS) con el fin de producir datos comparables dentro y entre los países. La OMS ha desarrollado el MPOWER, un paquete de asistencia técnica compuesto por 6 políticas basadas en la evidencia que incluye:

Monitorear el consumo de tabaco y las políticas de prevención.
Proteger a las personas del humo de tabaco.
Ofrecer ayuda para abandonar el consumo.
Warn (Advertir) acerca de los peligros del tabaco
Enforce (Hacer cumplir) la prohibición de publicidad, promoción y patrocinio.
Raise (Aumentar) los impuestos al tabaco.

Metodología GYTS

GYTS utiliza una metodología estandarizada a nivel mundial. Utiliza un diseño muestral bietápico y el número de escuelas seleccionadas es proporcional al tamaño de la matrícula. Las aulas de las escuelas seleccionadas en la muestra, son elegidas al azar y todos los estudiantes de las aulas seleccionadas son invitados a participar de la encuesta. La encuesta utiliza un cuestionario estándar básico con una serie de preguntas opcionales que le fueron incluidas a fin de adaptarlo a las necesidades de información requeridas en Panamá, relacionadas con el consumo de tabaco y los principales indicadores de control del tabaco. El cuestionario consta de los siguientes temas: consumo de tabaco (fumado y no fumado), cesación, exposición a humo de tabaco de segunda mano (HTSM), publicidad anti y pro tabaco, acceso y disponibilidad para obtener productos de tabaco y conocimientos y actitudes en relación al tabaco. Es un cuestionario autoadministrado, anónimo y confidencial que se completa en papel escaneable.

En Panamá, el trabajo de campo de GYTS fue realizado en octubre de 2017 por el Ministerio de Salud con la colaboración del Ministerio de Educación. La tasa de respuestas total fue de 83.6%. Un total de 2,621 estudiantes del 7mo a 9no grado de escuela secundaria completaron la encuesta, de los cuales 2,096 tenían entre 13 y 15 años.

Principales resultados de GYTS

CONSUMO DE TABACO

- 7.8% de los estudiantes, 7.9% de los chicos y un 7.4% de las chicas usan productos de tabaco actualmente.
- 5.9% de los estudiantes, 6.2% of chicos, y 5.4% de chicas son fumadores actuales de tabaco.
- 3.9% de los estudiantes, 4.2% de los chicos y 3.5% de las chicas fuman cigarrillos en la actualidad.
- 2.3% de los varones, 2.2% de las mujeres, y el 2.4% del total de encuestados consumen actualmente tabaco sin humo.

CIGARRILLOS ELECTRONICOS

- 6.4% de los estudiantes, 7.1% de los chicos, y 5.2% de las chicas usan actualmente cigarrillos electrónicos.

CESACION

- 7 de cada 10 (65.6%) de los fumadores actuales hicieron el intento de dejar de fumar en los últimos 12 meses.

EXPOSICIÓN A HUMO DE TABACO AJENO

- 16.7% de los estudiantes estuvieron expuestos a humo de tabaco de segunda mano en el hogar.
- 31.7% de los estudiantes estuvieron expuestos a humo de tabaco de segunda mano en espacios públicos cerrados.

ACCESO Y DISPONIBILIDAD

- 33.6% de los fumadores actuales de cigarrillos los compraron en un kiosco, supermercado, tiendas, negocio o vendedor callejero.
- Entre los fumadores actuales de cigarrillos que compraron cigarrillos, al 58.4% no se le negó la venta debido a su edad.

MEDIOS DE COMUNICACIÓN

- Cerca de 5 de cada 10 estudiantes (49.5%) observaron mensajes anti-tabaco en los medios de comunicación.
- Cerca de 3 de cada 10 estudiantes (26.5%) observaron publicidad o promoción de tabaco en puntos de venta.
- 1 de cada 10 estudiantes (11.3%) posee algún elemento con la marca o el logo de una empresa tabacalera.

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES

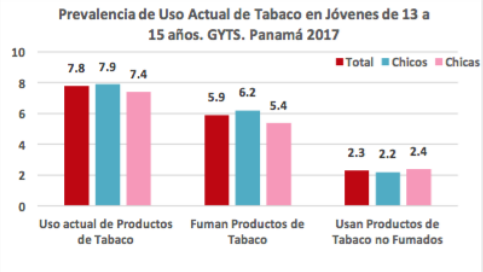
- 71.2% de los estudiantes piensa que el humo de tabaco de otras personas es perjudicial para ellos.
- 85.8% de los estudiantes está a favor de la prohibición de fumar dentro de espacios públicos cerrados.

GYTS | ENCUESTA MUNDIAL DE TABAQUISMO EN JOVENES

RESUMEN EJECUTIVO
PANAMA, 2017

CONSUMO DE TABACO2.3

TABACO FUMADO	TOTAL (%)	CHICOS (%)	CHICAS (%)
Fumadores actuales de tabaco[1]	5.9	6.2	5.4
Fumadores actuales de cigarrillos[2]	3.9	4.2	3.5
Fumadores frecuentes de cigarrillos[3]	0.3	0.3	0.3
Fumadores actuales de otros tipos de tabaco[4]	2.5	2.5	2.3
Fumaron tabaco alguna vez[5]	17.3	18.2	16.0
Fumaron cigarrillos alguna vez [6]	11.8	12.3	11.3
Fumaron otro tipo de tabaco alguna vez[7]	8.1	8.4	7.4
TABACO SIN HUMO			
Consumidores actuales de tabaco sin humo[8]	2.3	2.2	2.4
Consumieron tabaco sin humo alguna vez[9]	4.7	4.8	4.7
CONSUMO DE TABACO *(tabaco fumado y/o tabaco sin humo)*			
Consumidores actuales de tabaco[10]	7.8	7.9	7.4
Consumieron tabaco alguna vez[11]	20.2	20.7	19.3
SUSCEPTIBILIDAD			
Nunca consumieron tabaco pero podrían consumirlo en el futuro[12]	16.6	18.0	14.8
Nunca fumaron y piensan que podrían disfrutar fumar un cigarrillo [13]	8.1	8.6	7.7



CIGARRILLO ELECTRONICO

	TOTAL (%)	CHICOS (%)	CHICAS (%)
Usuarios actuales de cigarrillos electrónicos [14]	6.4	7.1	5.2
Usuarios de cigarrillos electrónicos alguna Vez en la vida[15]	10.1	10.9	8.9

CESACION

	TOTAL (%)	CHICOS (%)	CHICAS (%)
Fumadores actuales que intentaron dejar de fumar en los últimos 12 meses	65.6	68.0	62.5
Fumadores actuales que piensan que podrían dejar de fumar si quisieran	86.9	86.7	87.2
Fumadores actuales que alguna vez recibieron ayuda/consejos de un programa o un profesional para dejar de fumar	21.1	23.6	17.6

HUMO DE TABACO DE SEGUNDA MANO

	TOTAL (%)	CHICOS (%)	CHICAS (%)
Exposición a humo de tabaco ajeno en el hogar [6]	16.7	16.5	17.2
Exposición a humo de tabaco ajeno en espacios públicos cerrados [16]	31.7	29.4	34.0*
Exposición a humo de tabaco ajeno en espacios públicos abiertos [16]	35.1	32.9	37.2
Estudiantes que vieron a alguien fumar dentro del edificio escolar o afuera pero dentro de las instalaciones de la institución [17]	28.9	28.8	28.8

ACCESO Y DISPONIBILIDAD

	TOTAL (%)	CHICOS (%)	CHICAS (%)
Fumadores actuales de cigarrillos que los compraron en un kiosco, negocio o vendedor callejero [18]	33.6	37.3	30.8
Fumadores actuales de cigarrillos a quienes no se les negó la venta de cigarrillos por su edad[19]	58.4	62.1	54.3
Fumadores actuales de cigarrillos que compraron cigarrillos sueltos[20]	58.7	58.7	61.8

MEDIOS DE COMUNICACIÓN

PUBLICIDAD DE INDUSTRIA TABACALERA	TOTAL (%)	CHICOS (%)	CHICAS (%)
Vieron publicidad o promoción de tabaco en puntos de venta[21]	26.5	27.2	25.9
Estudiantes que vieron consumir tabaco en televisión, videos o películas[22]	55.6	57.0	54.2
Estudiantes que poseen un objeto con la marca o logo de una compañía tabacalera	11.3	12.4	10.0
Estudiantes a quienes alguna vez se les ofreció un producto de tabaco gratis de un representante de una compañía de tabaco	73	9.1	5.3*
MENSAJES ANTI-TABACO			
Vieron mensajes anti-tabaco en algún medio de comunicación [17]	49.5	49.3	49.7
Vieron mensajes anti-tabaco en eventos deportivos o sociales[23]	41.6	44.1	38.5*
Fumadores actuales que pensaron dejar de fumar como consecuencia de las advertencias sanitarias[24]	53.4	61.3	47.4
Estudiantes que participaron de alguna clase en la escuela que tratara sobre los peligros de fumar en los últimos 12 meses	58.1	58.8	59.8

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES

	TOTAL (%)	CHICOS (%)	CHICAS (%)
Estudiantes que piensan que es difícil dejar de fumar tabaco una vez que se empieza	22.2	19.5	24.7*
Estudiantes que piensan que fumar tabaco ayuda a la gente a sentirse más cómoda en celebraciones, fiestas u otras reuniones sociales	21.6	23.4	19.9
Estudiantes que definitivamente creen que el humo del tabaco de otras personas es dañino para su salud	71.2	69.4	73.1
Estudiantes que están a favor de la prohibición de fumar en lugares públicos cerrados	85.8	83.9	87.8*
Estudiantes que están a favor de la prohibición de fumar en lugares públicos abiertos	83.7	82.3	85.4

[1] Fumaron tabaco en cualquier momento en los últimos 30 días. [2] Fumaron cigarrillos en cualquier moment en los últimos 30 días. [3] Fumaron cigarrillos 20 días o más en los últimos 30 días. [4] Fumaron tabaco distint de cigarrillos en cualquier momento en los últimos 30 días. [5] Fumaron algún tipo de tabaco alguna vez, aunqu sea una o dos pitadas. [6] Alguna vez fumaron cigarrillos, aunque sea una o dos pitadas. [7] Alguna vez fumaro tabaco distinto de cigarrillos, aunque sea una o dos pitadas. [8] Han usado tabaco sin humo, en cualquie momento, en los últimos 30 días. [9] Han usado tabaco sin humo alguna vez. [10] Fumaron tabaco y/o usaro tabaco sin humo en cualquier momento en los últimos 30 días. [11] Alguna vez fumaron tabaco y/o usaro tabaco sin humo. [12] Susceptibles de consumir tabaco en un futuro incluyendo aquellos que respondieron qu "definitivamente sí", "probablemente sí" o "probablemente no" consumiría tabaco si uno de sus mejore amigos o amigas le ofrece, o respondieron "definitivamente sí", "probablemente sí" o "probablemente nc consumiría tabaco en los próximos 12 meses. [13] Aquellos que respondieron "de acuerdo" o "totalmente d acuerdo" a la frase "Pienso que quizás me guste fumar un cigarrillo". [14] Usó cigarrillos electrónicos e cualquier momento durante los últimos 30 días. El uso actual de los cigarrillos electrónicos se evaluó po separado de los cigarrillos, otros productos de tabaco fumado y los productos de tabaco sin humo, y no est incluido en la definición actual de consumo actual de tabaco. [15] Cigarrillos electrónicos usados alguna vez e toda su vida. [16] Durante los últimos 7 días. [17] Durante los últimos 30 días. [18] Punto de venta donde lo fumadores actuales de cigarrillos compraron cigarrillos la última vez que fumaron cigarrillos en los últimos 3 días.[19] Entre quienes trataron de comprar cigarrillos en los últimos 30 días. [20] Basado en la última compr entre quienes compraron cigarrillos en los últimos 30 días. [21] Entre los que visitaron un punto de venta en lo últimos 30 días.[22] Entre quienes vieron televisión, videos o películas en los últimos 30 días. [23]Entre quiene fueron a eventos deportivos o sociales en los últimos 30 días. [24] Entre quienes notaron advertencias sanitaria sobre los daños que produce el tabaco en los paquetes de cigarrillos, en los últimos 30 días.

NOTA: Los datos son ponderados para ser representativos a nivel nacional de todos los estudiantes de entr 13 y 15 años que están matriculados en la escuela. Los porcentajes reflejan la prevalencia de cada indicador e cada grupo, no la distribución entre los grupos. - No se presentan estimaciones basadas en casos n ponderados menores a 35. * Las comparaciones de género son significativas a p <0.05

Marzo 16 de 2018

Los resultados de las encuestas 2002, 2008 y 2018 pueden ubicarse en la página del Sistema de Vigilancia de Productos de Tabaco y el Observatorio de Tabaco del ICGES.

MEDICIÓN DE PM 2.5 EN LA VIGILANCIA Y CONTROL DE AMBIENTES LIBRES DE HUMO DE TABACO (ALHT). AÑO:2017

La vigilancia y control del cumplimiento de la Ley 13 del 24 de enero de 2008, sobre control de tabaco en Panamá la realiza el MINSA, mediante inspecciones programadas, atención de denuncias y operativos especiales. Desde el 2013, como parte de la vigilancia de **"Ambientes Libres de Humo de Tabaco"** se incluye la medición PM 2.5 en ambientes cerrados de interés sanitario, para detectar contaminación debido al uso de tabaco donde está prohibido fumar.

La medición del nivel de partículas finas PM 2.5 se utiliza como marcador de humo de tabaco ambiental (Archivos de Bronconeumología Volumen 47,I Abril 2011), en los locales que han sido denunciados y es un método, utilizado por el Ministerio de Salud de Panamá, para comprobar el incumplimiento de la ley 13 del 24 de enero del 2008

Las PM 2.5 consiste en miles de partículas microscópicas inferior o igual a los 2.5 micrómetros, 100 veces más pequeño que el grueso de un cabello humano, producidos por la combustión de productos de tabaco entre otros contaminantes (Revista Ecologistas en Acción N°58 año 2010). Estás partículas pueden penetrar profundamente en los pulmones, albergándose en los alveolos donde se dividen y pasan al torrente sanguíneo. Pudiendo causar graves trastornos cardiovasculares y respiratorios, en particular coronariopatías y cáncer de pulmón (USEPA, 2013).

Se realizaron 218 mediciones por quejas, de las cuales el 46.3%, no cumplen con las disposiciones del artículo 5 de la Ley 13 de 2008, las normas de calidad de aire de USEPA y de las directrices de la OMS. La clasificación como detección moderada de partículas PM2.5 alcanzó un 27.5% del total estudiado, en tanto que en 18.8% las cifras detectadas eran de 35.5 ug/m^3 o más.

El 53.7% de las mediciones reportaron valores permisibles, de los que el 21.1% alcanzó valores entre 0 y 12 ug/m^3.

En el 2.3% de los sitios investigados se percibió olor a tabaco, no hubo reporte de colillas, ni de fumadores. En ambientes exteriores a los puntos de medición, el 6.9% (15 sitios) reportó la presencia de colillas (115 colillas) y en 2.3% se notó la presencia de fumadores.

CONCLUSIONES:
Cerca de 1 de cada 2 (53.7%) quejas presentadas se identificaron valores de partículas PM 2.5 dentro de parámetros permisibles.

La atención de las quejas sobre ALHT contó con evidencias técnicas determinadas por la medición de las partículas PM 2.5, permitiendo valorar el cumplimiento o no del artículo 5 de la Ley 13 de 2008.

El uso de las mediciones de partículas PM 2.5 permite al Ministerio de Salud, tipificar más objetivamente las infracciones sobre ALHT y por tanto, sustentar mejor las sanciones que se apliquen.

En general, el uso del Sidepak ha fortalecido la vigilancia y control de los ambientes libres de humo de tabaco en Panamá.

El registro estructurado de las mediciones de partículas PM 2.5 relacionado con los ALHT, en base de datos contribuye con las estadísticas requeridas para el mapeo de calidad de aire interior en el territorio nacional.

Carrera Caminata en Conmemoración de Día Nacional de No Fumar. 25 de Octubre de 2017

En conmemoración del día Nacional de no fumar, que en Panamá es el 25 de octubre, se realizó el Festival de Salud y Carrera Caminata de 5 km “A todo pulmón”. Esta actividad, dirigida a toda la población, se llevó a cabo en la cinta costera de la Ciudad de Panamá el 22 de octubre de 2017 con el objetivo de promover estilos de vida saludables, prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades no transmisibles asociadas, demostrando cómo disfrutar de un Panamá libre de Humo de Tabaco.

Contó con una amplia publicidad a través de un plan de medios que incluyó redes sociales, radio y televisión, además de vallas móviles y MUPIs (Muebles Urbanos para Presentación de Información) y una conferencia de prensa con las autoridades del

Ministerio de Salud, previa al evento. Los asistentes pudieron disfrutar de un día saludable con actividad física, yoga, zumba, vacunas, consejos nutricionales, alimentos saludables, juegos infantiles, karaoke, información de salud y un concierto son artistas de la localidad, resaltando la importancia de los estilos de vida saludables y el no consumo de tabaco. Se calcula la participación de alrededor de 1500 personas en total, incluyendo corredores, caminadores y público en general de todas las edades (niños, niñas, jóvenes, adultos y adultas incluso de tercera edad) además de héroes en silla de ruedas. Asistieron los mejores corredores de Panamá y competidores de España, África, Kenia y Venezuela logrando generar un ambiente de mayor competitividad.

Se dieron premiaciones individuales en efectivo por categorías de edad y al mejor equipo de los colegios oficiales participantes. Estos últimos tenían el compromiso de utilizar el premio en mejorar instalaciones deportivas de su respectivo plantel.

La vacunación estuvo a cargo de la Región Metropolitana de Salud, quienes aplicaron vacunas del papiloma humano para niños y niñas de 10 años, influenza, neumococo, sarampión, rubéola, tétanos, hepatitis A y B, entre otras.

El producto de las inscripciones en la carrera caminata fue donado a la Asociación Nacional de Familiares y Amigos de Personas con Esquizofrenia y otras Enfermedades Mentales (ANFAPEEM)

RUTA
Parque Urraca
Av. Balboa
Intercontinental Miramar Panamá
Aquilino de la Guardia
1K
5K
3K
Cinta Costera
A TODO PULMÓN
CARRERA CAMINATA
5K
2017
Av. Balboa
Club de Yates y Pesca
2K
Cinta Costera
22
DE OCTUBRE
CINTA COSTERA
7 AM
INSCRIPCIONES
EN RUNNING BALBOA B/. 5.00
Av. Balboa
Cinta Costera

KIT
PARA LA CARRERA
PRODUCE:
A TODO PULMÓN
CARRERA CAMINATA
5K
2017
A TODO PULMÓN
001
PATROCINA:

A TODO
PULMON
5K
TOPLIFE

SALIDA

REVISATE

AVANCE EN LA ELABORACIÓN, DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE SISVISCTA PANAMÁ

Como estrategia de mediano plazo y con el interés de aportar experiencias en desarrollo en nuestro país, al proceso de presentación de informe, podemos compartir que el MINSA Panamá ha diseñado y construido un Sistema de Vigilancia sanitario para el Control de Tabaco SISVISCTA como una plataforma tecnológica en ambiente web que facilite la gestión e implementación del CMCT, compartir datos de calidad con oportunidad, que contribuirá no solo a la elaboración del informe de país, sino a la medición de los avances, seguimiento, monitoreo y evaluación de la implementación del CMCT, como tratado y compromiso internacional y Nacional. Este portal web facilita la articulación de los datos de las entidades sanitarias, no sanitarias y viabiliza la coordinación multisectorial en el proceso de intercambio de información.

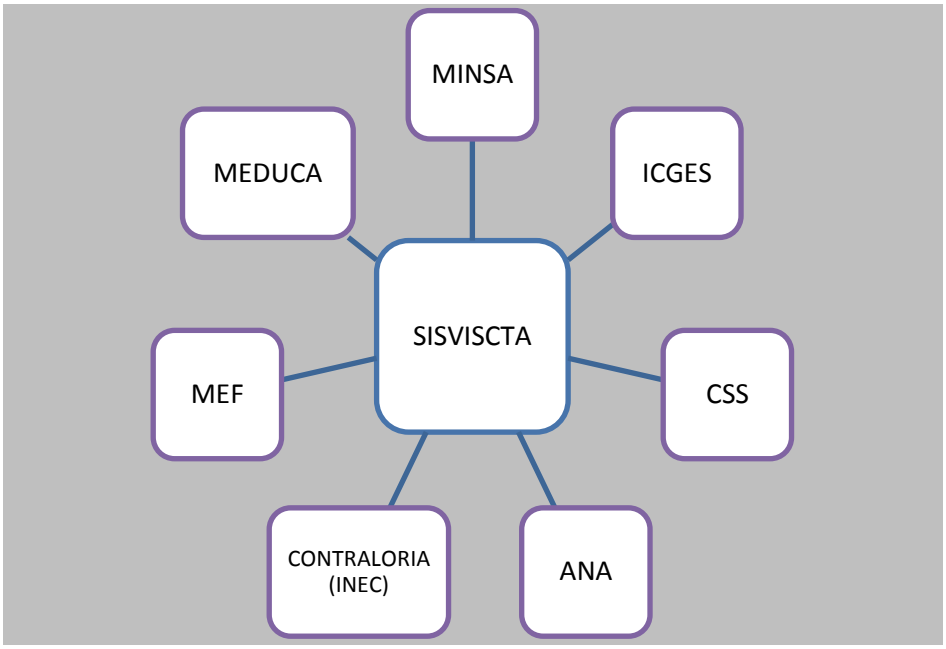
El Sistema está en fase de implementación y se ha programado su lanzamiento oficial a partir de Junio 2018. Con este Sistema se procura disponer de los datos requeridos para elaborar los informes de país ante la COP, toma de decisiones por las autoridades nacionales y facilitar con ello la ejecución de acciones oportunas y rutinarias de control de tabaco, entre otros. El proceso de desarrollo ha sido liderado por la coordinación de la Comisión Nacional para el Control de Tabaco CNCT del MINSA, el Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud DASTS, de la Dirección Nacional de Planificación de Salud DIPLAN, Oficina de Informática y cuenta con la participación de otras entidades del Estado definidas como actores claves como lo es el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud ICGES y otros. Ha sido fundamental que el MINSA disponga de recursos asignados por Ley procedentes de la recaudación fiscal en concepto del ISC (20% de la recaudación pasa al MINSA para acciones de control de tabaco). El liderazgo ha sido asumido por la CNCT del MINSA, por DASTS y se apoya con consultores externos para el abordaje tecnológico, e integra la participación de las entidades gubernamentales e intergubernamentales competentes en la materia.

El Sistema de Vigilancia sanitario para el Control de Tabaco SISVISCTA se construyó bajo estándares tecnológicos modernos, sus macro-componentes principales serán: portal web y aplicativo móvil APP con información promocional gráfica y audio-visual para la población, componente para el abordaje intersectorial que integrará las diferentes fuentes de datos de otras instituciones del Estado, implementa un observatorio nacional de vigilancia del tabaco y dispone de mecanismos modernos integrados a las principales redes sociales para llegar a la mayor cantidad de población posible entregando información y facilitando la comunicación. Se desarrollan mecanismos de inteligencia de negocios para análisis avanzado e interactivo de datos a partir de la integración de información interinstitucional. Cada entidad definida como actor clave en el tema tabaco enviará los datos específicos consensuados y se vincularán al sistema para dar respuesta a las necesidades del informe de país y al seguimiento de la implementación del CMCT.

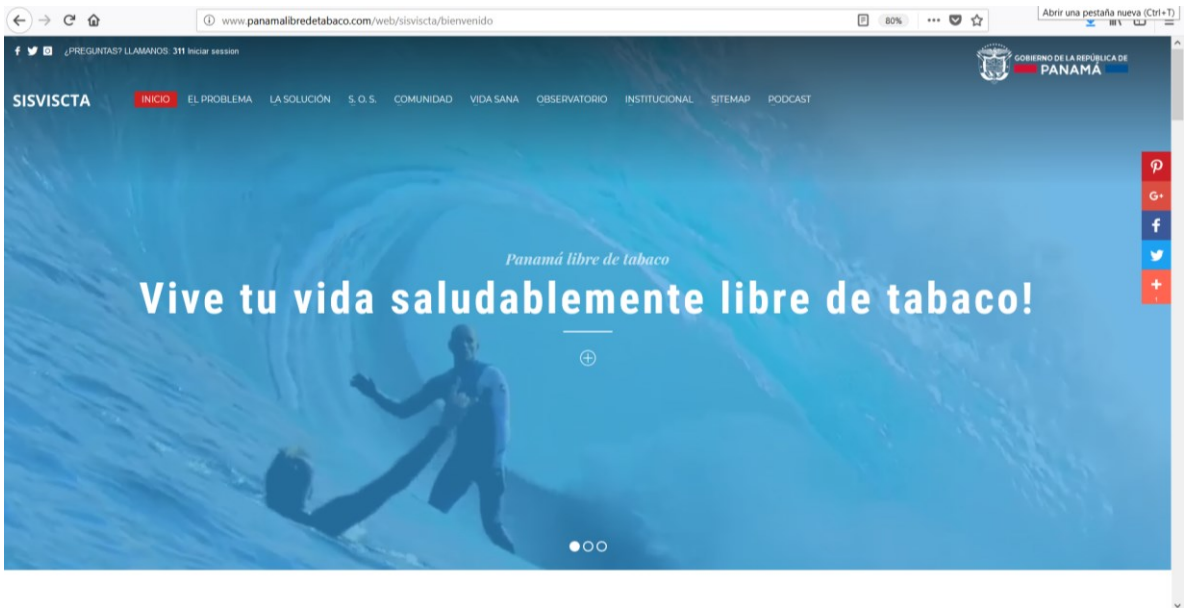
Algunos esquemas:

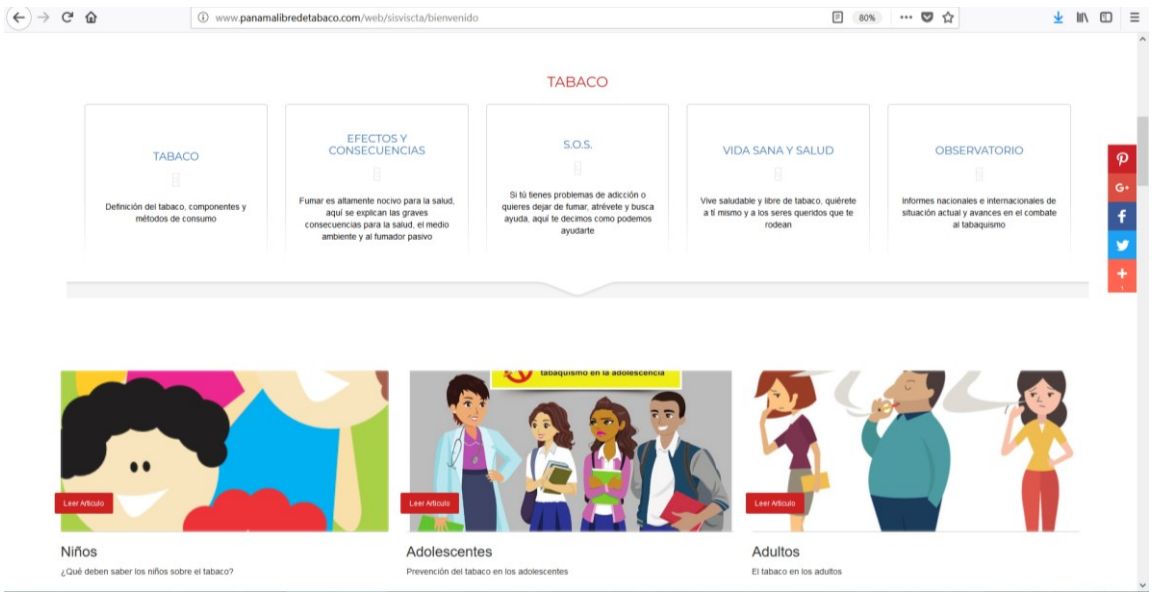
1. Actores vinculados en SISVISCTA

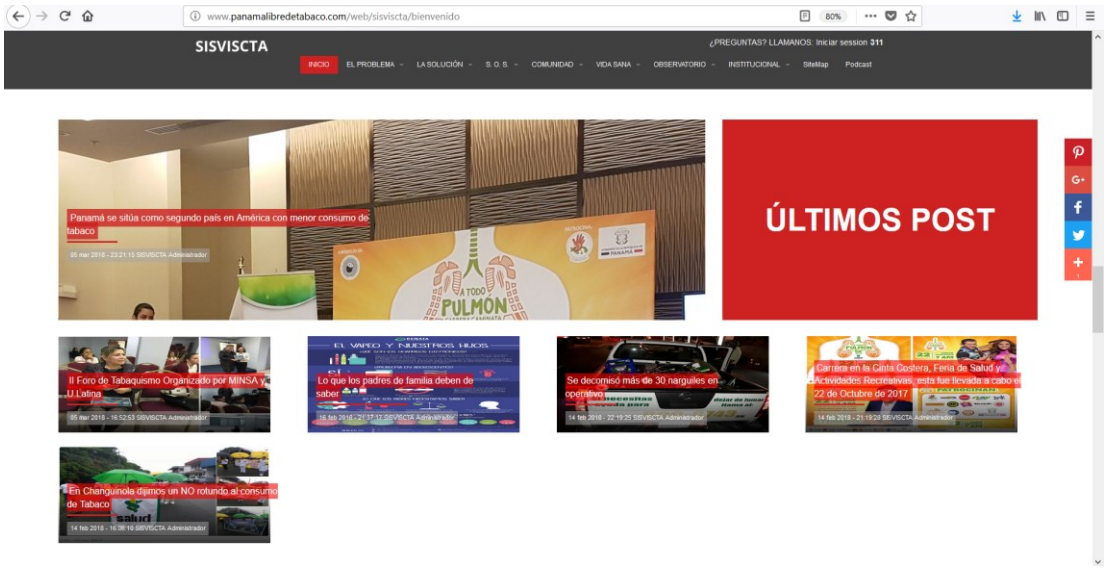
2. Esquema de la integración inter-institucional en SISVISCTA

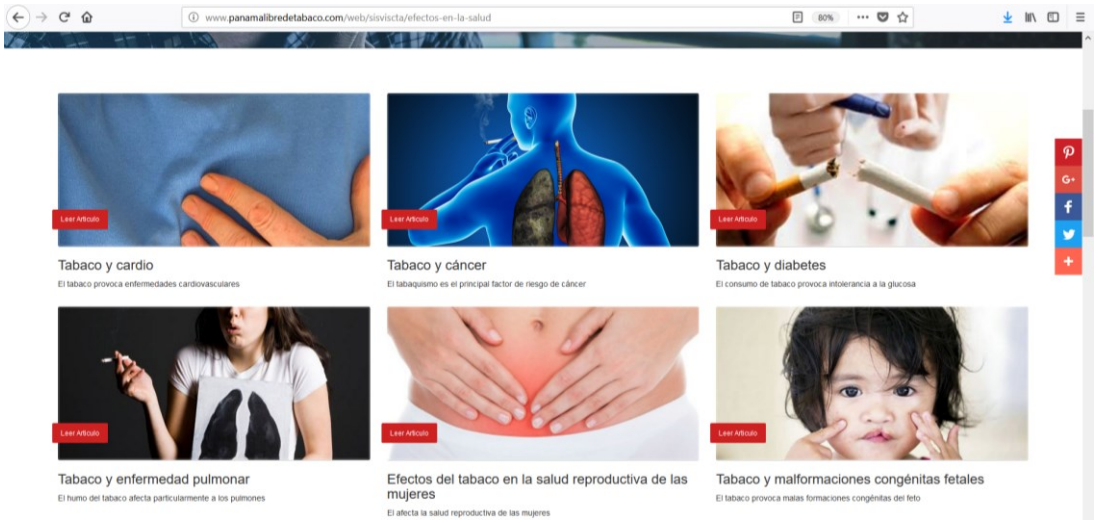

MINSA
MEDUCA
ICGES
SISVISCTA
MEF
CSS
CONTRALORIA (INEC)
ANA

3. Portal Web: www.panamalibredetabaco.com









El lanzamiento y puesta en marcha del Sistema de Vigilancia Sanitaria para el Control de Tabaco, se realizó e el 2018, el personal para su ejecución está disponible en las entidades involucradas al que se adicionan tres 3 funcionarios que tendrán la responsabilidad de la operación y funcionalidad del Sistema. La visión es que el informe de país sea más completo, integral, abarcador, oportuno y fácil de completar que hasta la fecha y que diversas comunidades de usuarios, pacientes de las Clínicas de Cesación, padres y madres de familia, escolares, adolescentes, jóvenes, estudiantes universitarios, docentes, médicos en formación internos, residentes, comunicadores sociales, relacionistas públicos, público en general, comunidad internacional y otros, puedan contar con esta valiosa herramienta, para conocer los avances de nuestro país en relación al Control de Tabaco y todas las estrategias que se han desarrollado a fin de colaborar con los países partes y no partes, interesados en avanzar o desarrollar un Sistema de Vigilancia sanitario para el Control de Tabaco SISVISCTA, tal y como presentamos y compartimos con ustedes nuestra experiencia de país.

Proyecto de capacitación a Educadores como facilitadores en salud, con énfasis en Prevención de tabaco

Marco de referencia y justificación:

El carácter universal de la Educación y la Salud y por ende la importancia de garantizar que los objetivos y contenidos esenciales y básicos lleguen a todos los escolares, donde salud a través del Programa de Salud Escolar, Programa de Adolescentes y Programa de Salud Mental, hace el esfuerzo de llegar con estos conocimientos a toda la población educative pero que hasta el momento no se ha conseguido plenamente.

La importancia de establecer para todas las etapas educativas un currículum esencial y prioritario en materia de Educación y Salud, cuyo camino sean las diferentes áreas del conocimiento y el reconocimiento de la importancia que tiene la integración de la Educacion y la Salud en el curriculum escolar a través de las áreas de conocimiento, como base para el aprendizaje y la adquisición de capacidades durante la escolarización, proceso que tiene que ser continuo y continuado en el tiempo, motivo la necesidad de elaborar un proyecto pedagógico, como instrumento capaz de aglutinar el carácter interinstitucional e interdisciplinaro de la Educación y la Salud, mediante las aportaciones de los profesionales de diferentes pérfiles en el campo de la salud, con el apoyo de otras instituciones vinculadas al proceso educativo

Además, la importancia de establecer un plan de coordinación entre sectores profesionales, que incida directamente en el asesoramiento a los profesionales educativos y valorando el papel que el profesorado puede ejercer en el aula como agente de salud y es este educador el que tiene la competencia y la habilitacion pertinentes, para finalmente, fomentar lazos solidos de cooperacion entre el profesorado y otros profesionales de la salud, en un objetivo comun de aprovechar el potencial educativo resultante de la sinergia que se pueda establecer entre Educación y Salud

Otro aspecto que considera este Proyecto es la salud a través de la educación mejorar de la calidad de vida y el bienestar de los estudiantes y educadores disminuyendo las tasas de morbi-mortalidad general y mortalidad específica. Considerando que la educación favorece el desarrollo psicosocial y la promoción personal y profesional de los jóvenes contribuyendo a mejorar las condiciones y el estilo de vida.

Objetivo:

- Reforzar las competencias de los educadores, en relación a la atención integral de niños y niñas en edad escolar, para que fortalezcan la Salud Escolar, identificando oportunamente debilidades en el desarrollo biofísico-social de sus estudiantes y puedan identificar tempranamente procesos patológicos que interfieren en la salud y en el aprovechamiento del aprendizaje.
- Reforzar las capacidades de los educadores, que fortalezcan las herramientas de prevención de drogas, con énfasis entabaco y de salud mental en la población escolar

Este proyecto se llevó al pleno de la Comisión, donde fue aceptado por los comisionados, cayendo la responsabilidad de ejecutarlo al Programa de Salud Mental, ya que de allí se concibió esta alternativa, otorgándosele un fondo para realizarlo
Se enviaron notas a la máxima autoridad de educación, quien designo como nuestra contraparte a la Dirección de Psicoeducativa y como autoridad de los educadores, a la Dirección General de Educación

El proyecto ya comenzó y con el apoyo de los programas de Salud Escolar, Salud Sexual y Reproductiva, epidemiología se dio inicio en las Regiones de Salud de Herrera y los Santos, donde se logró una participación activa de los Supervisores de Educación, quienes fueron designados por el Director General de Educación, para llevarlo a cabo

II Congreso Mundial de Tabaquismo y ENT y III Congreso Multidisciplinario Científico Nacional "*Panan Libre de Tabaco, Combate las Enfermedades No Transmisibles"*. Panamá

PANAMÁ LIBRE DE TABACO
COMBATE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

OBJETIVO GENERAL: Promover la prevención del consumo del tabaco en nuestra población, mediante la educación continua dirigida a nuestros profesionales y el desarrollo de nuevas investigaciones con una base científica basadas en las estadísticas que apoyen la aplicación de medidas de control del consumo del tabaco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Colaborar con la salud integral de la población estimulando el interés en dejar de fumar, a los consumidores de tabaco.
- Crear conciencia en la población sobre el daño que provoca en el ser humano el uso del cigarrillo.
- Realizar educación médica continua a los médicos en general y a los de atención primaria en particular sobre las consecuencias y /o enfermedades provocadas por el tabaco.
- Ayudar con la aplicación de encuestas nacionales sobre este tema. Estimular a los profesionales de la salud a aprovechar su labor preventiva en el consultorio dando a conocer a los pacientes como afecta el consumo del tabaco a su salud y como afecta su calidad de vida, los riesgos cardiovasculares, las enfermedades pulmonares (bronquitis crónica, enfisema EPOC , cáncer de pulmón y sobre todo que el cigarrillo les puede ocasionar la muerte.

EJES TEMÁTICOS

- Charlas magistrales
- Trabajos libres (poster)
- Paneles de expertos
- Simposios pre-congreso (educadores)
- Debate estudiantiles
- Concurso de stand
- Expresiones artísticas (artes visuales, graffiti, danza,pintura).

Dirigido a: Profesionales de las diferentes disciplinas de la Salud.

Modalidad: Presencial

Metodología: Mixta de diferentes aprendizajes

- Charlas magistrales.
- Paneles
- Debates
- Simposios

Duración: 3 días **Horas crédito**: 24h

Logros: asistencia de 1000 profesionales de la salud.