



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Postgrado de Auditoria y Calidad de la Atención Médica

Especialidad en Auditoría Médica

**DETECCIÓN DE CAMBIOS EN LOS FACTORES DE
RIESGO PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO
TRANSMISIBLES EN EL ÁMBITO LABORAL.**

Trabajo Final Integrador de Investigación

Autor: Dr. José María Abdelahad

Director: Dr. Carlos Hugo Escudero

Santa Fe - Argentina

Diciembre 2019

Si alguien desea una buena salud, primero debe preguntarse si está listo para eliminar las razones de su enfermedad. Solo entonces es posible ayudarlo.

Hipócrates

Agradecimientos:

A Dios, porque todo es fruto de su Voluntad y Providencia Divina.

A mis abuelos, porque comenzaron hace un siglo este camino, lejos de su tierra, sin saber el idioma, pero con una sola meta: el sacrificio por un porvenir y futuro para su familia.

A mis padres, por que lucharon con su trabajo, para permitirme ver el sueño cumplido de lograr el tan ansiado objetivo de ser médico.

A mi esposa Mariana y mis hijos Maximiliano y Augusto, mis amores y motores fundamentales de cada día; que me acompañan y alientan siempre incondicionalmente.

A todos los que con su dedicación y vocación de docencia, contribuyeron a mi formación en cada una de las etapas de la Universidad y en especial a la Sala 6 de Cirugía del Hospital Iturraspe, al Dr. Ángel Pierini y todos los Médicos de Planta.

A la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Litoral, por promover la educación médica continua, favoreciendo la docencia en todas sus formas y eslabones.

Al Contador Carlos Vasallo, Director del Postgrado y al Dr. Carlos Escudero, Director del presente trabajo respectivamente. Al Dr. José Sturniolo y al Bioingeniero Lucas Costa, por su gran predisposición y colaboración en los aportes que hicieron posible el mismo.

A la Asociación Mutual del Personal Jerárquico de Bancos Oficiales Nacionales "Jerárquicos", por medio de los Departamentos de Recursos Humanos, Prevención y Salud Laboral; por brindarme todos los elementos necesarios para desarrollar el presente trabajo.

A los pacientes que son el verdadero sentido de nuestra labor y dedicación de cada día, para hacer posible el Legado Ignaciano, de "En todo Amar y Servir".

Índice

	Página
A) Estructura	3
B) Resumen	6
C) Introducción	8
D) Marco teórico	11
E) Material y método	26
F) Resultados	28
G) Discusión	44
H) Conclusiones	69
I) Anexo. Premios y reconocimientos	75
J) Encuesta individual	77
K) Entrevistas personales	79
L) Tabla de predicción del riesgo de la OMS en Argentina	82
M) Referencias bibliográficas	83

TEMA:

La salud en el ámbito laboral.

TÍTULO:

Detección de cambios en los factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en el ámbito laboral.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Es posible el fomento de hábitos de vida saludables en el entorno laboral?

¿Qué medidas se pueden tomar y de qué manera se pueden implementar?

¿Qué objetivos se pretenden alcanzar?

HIPÓTESIS:

El desarrollo de hábitos de vida saludables en el ámbito laboral mejoran la salud global de las personas; convirtiendo a la institución en una organización saludable, minimizando los riesgos físicos y psicosociales del personal y por extensión al de su entorno más cercano.

OBJETIVO GENERAL:

Investigar, si la existencia en la organización de un plan de acción que promueva la incorporación de hábitos de vida saludables en el entorno laboral; es capaz de favorecer el estado de salud del personal, lo que colabore en una mayor productividad laboral y una mejor performance empresarial. (clima organizacional, grado de concientización de sus integrantes, responsabilidad social empresarial).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Relevar qué medidas, servicios y recomendaciones se han implementado y su campo de acción y/o extensión del plan.
- Conocer el grado de aceptación o cumplimiento que han tenido las intervenciones y cuáles han sido las herramientas de evaluación utilizadas.

- Analizar el impacto observado en los indicadores utilizados como parámetros de medición de los factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles.
- Plantear mejoras metodológicas, de acuerdo al análisis realizado.

POBLACIÓN:

Trabajadores de la Mutual Jerárquicos Salud de la ciudad de Santa Fe (Argentina).

TIPO DE ESTUDIO:

Cuantitativo y cualitativo.

METODOLOGÍA/DISEÑO:

- Diagnóstico inicial de situación mediante realización de encuestas aplicadas sobre factores de riesgo, estilos de vida y trabajo saludable. (actividad física, tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, peso corporal y alimentación).
- Evaluación médica con medición de tensión arterial, peso y talla.
- Exámenes de laboratorio: glucemia y colesterol.
- Verificación del Programa Vivir Sano implementado en el personal de la Mutual.
- Análisis del efecto resultante del mismo por medio de encuestas, entrevistas, evaluación médica y datos de laboratorio.
- Discusión de la problemática y definición de las conclusiones
- Elaboración de propuestas de mejora al programa actual.

METODOLOGÍA APLICADA / INDICADORES A EVALUAR:

- Encuestas aplicadas sobre estilos de vida y trabajo saludable.
- Valoración del riesgo cardiovascular.
 - Edad. Sexo.
 - Peso. Talla. IMC.
 - TA.
 - Laboratorio (Glucemia. Colesterol).
 - Tabaquismo.
 - Diabetes.
- Participación en jornadas recreativas y deportivas.
- Participación en actividades de promoción y prevención.

Detección de cambios en los factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en el ámbito laboral.

Autor: José María Abdelahad¹

jabdelahad@jerarquicos.com

Lugar de Trabajo: Asociación Mutual del Personal Jerárquico de Bancos Oficiales
Nacionales
(JERÁRQUICOS)

RESUMEN

Introducción: El desarrollo de hábitos de vida saludables en el ámbito laboral, mejoran la salud global de las personas en el puesto de trabajo; convirtiendo a la institución en una organización saludable, minimizando los riesgos físicos y psicosociales del personal y por extensión al de su entorno más cercano.

Objetivos: Investigar la existencia en la organización de un plan de acción que promueva la incorporación de hábitos de vida saludables en el entorno laboral, relevar las medidas implementadas, evaluar el grado de aceptación que han tenido las mismas y analizar el impacto en los indicadores utilizados como parámetros de medición de los factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, longitudinal, retrospectivo, de tipo cuantitativo y cualitativo.

¹ Médico especialista en Cirugía General. Jefe de Trabajos Prácticos por Concurso (Cátedra de Clínica Quirúrgica. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Litoral). Docente de la Carrera Universitaria de la Especialidad de Cirugía General (Universidad Nacional del Litoral). Médico Auditor (Obra Social del Personal Jerárquico de Bancos Oficiales Nacionales).

Población: Como muestra representativa de la población total se evaluaron 115 trabajadores de la Organización, 69 del sexo masculino (60 %) y 46 del femenino (40 %). Edad media: 40,79 años. Rango: 25 a 63.

Método: Relevamiento inicial de datos basado en el modelo de la 2° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 y evaluación médica con medición de datos antropométricos, perfil lipídico, glucemia y tensión arterial en 2013. Comparación de la información anterior con la actual en 2018 consistente en una nueva encuesta preestablecida, medición de datos antropométricos y tensión arterial, y control de colesterolemia y glucemia, analizando a la muestra según las Tablas de predicción del riesgo cardiovascular de la OMS. Valoración del impacto en los resultados y en el grado de aceptación del Programa.

Resultados: Hábito tabáquico: en 2013 el número de fumadores era de 51 (44,34%) y en 2018 es de 32 (27,82 %). Presión Arterial: en 2013 los registros de TA sistólica igual o mayor a 140 mm. Hg. era de 27 (23,47%) y en 2018 es de 23 (20%). Glucemia: en 2013 se hallaron 10 casos de hiperglucemia (8,69%) y en 2018 un total de 20 (17,39%). Colesterolemia: en 2013 se hallaron 70 casos de hipercolesterolemia (60,87%) y en 2018, 47 (40,87%). Riesgo de episodio cardiovascular: Según Tablas de la OMS: En 2013: 104 casos (90,44%) menor al 10 %, 5 (4,35%) del 10 a 20%, 3 (2,60%) entre 20 y 30%, 1 (0,87%) de 30 a 40% y 2 (1,74%) con riesgo mayor al 40 %. En 2018, 105 casos (91,30%) en rango menor al 10 %, 8 (6,96%) del 10 a 20%, y 2 (1,74%) entre 20 y 30% de riesgo.

Conclusiones: La ejecución de medidas preventivas adoptadas en el marco del Programa de Salud Laboral “Vivir Sano” en la Mutual Jerárquicos de Santa Fe, ha sido muy beneficiosa como adyuvante en la adopción de hábitos de vida saludables de su personal, reflejándose en la mejora de los parámetros de medición del riesgo para las Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

Detección de cambios en los factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en el ámbito laboral.

Introducción

La masificación del consumo y el desarrollo tecnológico de las últimas décadas, entre otros factores, han promovido estilos de vida no saludables en la población incluyendo el sedentarismo, la mala e inadecuada alimentación, el consumo de tabaco y el estrés.

Frente a esta realidad mundial, la mejora o mantenimiento de la salud depende no solo de las prácticas de consumo y hábitos de vida individual sino también de las características del entorno y la comunidad donde esa persona nace, vive y se desarrolla.

Por la cantidad de horas que permanecen en ellas, las instituciones y empresas, sean lugar de trabajo, universidades, escuelas, etc., constituyen el entorno más propicio para promover la adopción de un estilo de vida saludable que abarque y acompañe todo el ciclo de vida de la persona.

Las instituciones y empresas que se convierten en espacios saludables, promoviendo la salud de las personas que trabajan o acuden a ellas; mejoran la calidad de vida y aumentan la esperanza de vida de la población involucrada.

La Organización Mundial de la Salud define un ambiente de trabajo saludable como aquel donde se tienen en cuenta: temas de salud, seguridad y bienestar en el entorno físico y psicosocial del trabajo; recursos de salud personal en el lugar de trabajo; maneras de participar en la comunidad para mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y otros miembros de la comunidad².

Cada vez más, el lugar de trabajo es usado como un entorno para promover la salud y las actividades de salud preventivas, no solo para evitar accidentes laborales, sino para evaluar y mejorar la salud general de los empleados.

A lo largo de los años se ha visto que la salud individual está claramente ligada a la salud comunitaria, es decir la salud de la población y el entorno donde una persona vive, trabaja y pasa su tiempo libre. La salud, la seguridad y el bienestar son fundamentales para los trabajadores y sus familias y también para la productividad, la competitividad y las sostenibilidad de las empresas y por ende para la economía de los países. Los cambios medioambientales y socioeconómicos de las últimas décadas como ser la masificación del consumo y el desarrollo tecnológico, han promovido estilos de vida no saludables incluyendo el sedentarismo, la obesidad y el consumo de tabaco. También ha aumentado claramente el estrés relacionado con el trabajo, factor clave en el ausentismo laboral. Un gran número de adultos trabaja y pasa 8 horas o más de su día en un ambiente laboral. Por esto, es importante que el mismo sea un espacio que ayude a contrarrestar esta tendencia y promueva actividades saludables como ser la actividad física, la alimentación saludable y el no consumo de tabaco.

La responsabilidad social empresarial (RSE), puede definirse como la contribución activa y voluntaria al mejoramiento social, económico y ambiental por parte de las empresas que va más allá del cumplimiento de las leyes y las normas vigentes en un determinado país. Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT) la RSE es el conjunto de acciones que las empresas realizan para que sus actividades tengan repercusiones positivas sobre la sociedad y contribuyan a su vez con la competitividad y sostenibilidad de la empresa. Estas suelen incluir acciones que ayudan a mejorar la salud de la población. Las empresas tienen la responsabilidad de conocer el entorno en el que operan, no solo en términos geográficos, sino del conjunto de reglas, leyes que rigen su operación, y todas las actividades relacionadas directa e indirectamente con la misma.

Partiendo de la base del interrogante inicial, sobre si: ¿Es posible el fomento de hábitos de vida saludable en el entorno laboral? ¿Qué medidas se pueden tomar y de qué manera se pueden implementar? y ¿Qué metas se pretenden alcanzar?; y con la hipótesis conceptual de que el desarrollo de hábitos de vida saludable en el

ámbito laboral mejoran la salud global de las personas en el puesto de trabajo; convirtiendo a la institución en una organización saludable, minimizando los riesgos físicos y psicosociales del personal y por extensión al de su entorno más cercano, se realizó el presente trabajo de investigación.

El objetivo general del mismo es:

- Investigar, si la existencia en la organización de un plan de acción que promueva la incorporación de hábitos de vida saludables en el entorno laboral, es capaz de favorecer el estado de salud del personal y obtener un mejor rendimiento en sus actividades. (productividad laboral, ausentismo, clima organizacional, grado de concientización de sus integrantes, responsabilidad social empresarial).

Los objetivos específicos son:

- Releva qué medidas, servicios y recomendaciones se han implementado en la actualidad y su campo de acción y/o extensión del plan.
- Conocer el grado de aceptación o cumplimiento que han tenido las mismas y las herramientas de evaluación utilizadas.
- Analizar el impacto observado en los indicadores utilizados como parámetros de medición de los factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles.
- Plantear mejoras de acuerdo al análisis realizado.

Marco teórico

Existen cuatro tipos de determinantes que repercuten en forma directa en el estado de salud de una población. Ellos son los siguientes:

- La biología humana (factores genéticos, ciclo vital, ritmos biológicos).
- El entorno o medio ambiente (factores biológicos: bacterias, virus, hongos, parásitos; factores físicos: radiaciones, ruidos, residuos, agua, humo; factores químicos: hidrocarburos, metales, plaguicidas; factores socio culturales: ideologías, relaciones, tradiciones, economía, estructuras sociales).
- El estilo de vida (dieta, actividad física, educación, servicios básicos, consumo de drogas, conducción temeraria, promiscuidad sexual, mal uso del servicio sanitario, incumplimiento terapéutico).
- Los servicios de salud (calidad, accesibilidad, financiamiento).

El estilo de vida se puede considerar como los tipos de hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona o grupo de ellas, frente a las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados. Está determinado por las condiciones en las que vive una persona. Estas pueden verse afectadas por factores como la edad, particularmente por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre (niñez, juventud, vejez), los aspectos culturales, el nivel socioeconómico, el género, los aspectos emocionales y cognitivos.

El factor más importante de los cuatro señalados anteriormente y con mayor impacto en la salud es el estilo del vida con el 43%, la biología humana influye en un 27 %, el entorno o medio ambiente en un 19 % y el sistema sanitario en un 11%. A pesar de ello éste último se lleva el 90 % de los gastos en salud, la biología humana el 8 %, y los otros dos solo el 1 % cada uno.

Por lo dicho se infiere que el estilo de vida siendo el factor con mayor preponderancia, es al que menos recursos se le destina en las políticas de salud.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) agrupan a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y a las lesiones por causas externas. Las ECNT están representadas principalmente por las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas. Estas patologías se asocian a una serie de factores de riesgo comunes prevenibles, dentro de los cuales los más importantes son: la alimentación no saludable, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol, además de otros factores que han aumentado con el paso de los años, como el sobrepeso y obesidad, la hipertensión arterial (HTA), la diabetes y la hipercolesterolemia, siendo los principales responsables de la morbilidad y la mortalidad por éstas enfermedades y constituyendo el objetivo prioritario del plan de acción. Se estima, por ejemplo, que el 75% de las enfermedades cardiovasculares se deben a dieta inadecuada, inactividad física y consumo de tabaco.

Esos cuatro tipos de patologías pueden prevenirse o controlarse en gran parte mediante intervenciones eficaces de efecto sinérgico que abordan dichos factores de riesgo, así como también mediante la detección y el tratamiento temprano. Existe evidencia científica que demuestra que las intervenciones en promoción, prevención y tratamiento son efectivas y justifican llevar a cabo acciones de política pública.

La carga de enfermedad y mortalidad atribuida a las ENT está en aumento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2010 señalaba que 17,5 millones de personas habían muerto de enfermedades cardiovasculares para el año 2005, dando como resultado un 30% de las muertes a nivel mundial; y que el 60% de todas las muertes (35 millones) y el 49% de la carga mundial de morbilidad eran atribuibles a enfermedades crónicas⁴⁸.

La misma entidad, en 2012 afirmaba que la principal causa de muerte y de carga de enfermedad en el mundo era producida en gran medida por el tabaquismo, alcoholismo, hábitos de alimentación no saludables, sobrepeso, obesidad y estrés, entre los más importantes; lo cual provocaba una alerta ante la necesidad de instalar medidas de prevención.

Según las previsiones del mismo organismo, en los próximos 20-25 años, la mortalidad por otras causas permanecería constante pero la provocada por enfermedades crónicas aumentaría en un 23%. Se ha proyectado que para el 2020, las ENT explicarán el 75% de todas las muertes en el mundo y que la cifra anual de muertes por enfermedades no transmisibles aumentará a 55 millones en 2030.

La evidencia científica demuestra que la carga de enfermedades no transmisibles se puede reducir si se aplican de forma eficaz y equilibrada intervenciones preventivas y curativas costo-efectivas ya existentes⁵².

A nivel mundial se estima que 6 de cada 10 muertes y el 70% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) se deben a las ECNT. Asimismo, se proyecta que para el 2030 más de tres cuartas partes de las muertes serán por esta causa, lo que representará el 66% de la carga de enfermedad mundial. En nuestro continente aproximadamente el 77% de las muertes y el 69% de la carga de enfermedad se atribuye a las ECNT⁸³.

En un principio, los países desarrollados tenían la mayor carga y ésta problemática de salud era considerada una prioridad sólo para ellos. Sin embargo, con la globalización, cada vez más naciones en desarrollo están sufriendo este problema. Actualmente, el 80% de las muertes por ENT y casi la mitad de la carga de enfermedad es consecuencia de este grupo de enfermedades, en países de medianos o bajos ingresos por lo que también necesitan priorizar políticas de prevención y control efectivas¹.

Las muertes en estos países ocurren en personas más jóvenes: el 29% de las muertes por ENT en países en desarrollo corresponde a menores de 60 años mientras que en países de altos ingresos este porcentaje es del 13%.

Por otro lado, las ECNT tienen un gran impacto económico, no sólo por los costos derivados de la atención médica sino también debido a la pérdida de productividad de las personas afectadas, ya que un cuarto de las muertes por estas causas ocurren en personas menores de 60 años. Asimismo, se prevé que la carga económica actual de las ECNT se incrementará considerablemente. Por ejemplo, se estima a nivel mundial que la pérdida de producción acumulada en las próximas dos décadas debida a la enfermedad cardiovascular, enfermedad respiratoria crónica, cáncer, diabetes y trastornos de la salud mental será de 47 billones de dólares (el 75% del PIB mundial en 2010)⁵. Países como China, Rusia o Brasil pierden anualmente más de 20 millones de años de vida productivos debido a enfermedades crónicas.

El costo de la no actuación es muy superior al de la adopción de las medidas, con el objetivo de prevenir y reducir la carga de morbilidad y mortalidad por enfermedades no transmisibles. Las pérdidas relacionadas con la menor productividad debida a enfermedades crónicas es 400% mayor que los gastos en salud relacionados con las mismas.

La Argentina no está exenta de esta problemática. De acuerdo a publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las ECNT representan el 80% del total de muertes y el 76% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)⁷⁷. Por otro lado, de acuerdo a la información de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación, en 2013 la principal causa de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares, seguidas por los tumores¹⁴.

A pesar de este escenario desalentador, estas enfermedades son prevenibles en gran medida. Se estima que, en caso de eliminar los principales factores de riesgo de las ECNT, un 80% de las enfermedades cardíacas, accidentes

cerebrovasculares y diabetes tipo 2 podrían evitarse, como así también un 40% de los cánceres^{78 81}. Con dicho objetivo, existen intervenciones costo-efectivas dirigidas tanto a la población en su conjunto como a las personas en particular⁸²
65.

Desde hace más de dos décadas todos los países individual y colectivamente se han venido ocupando de definir y describir a las enfermedades crónicas no transmisibles, incluyendo a la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer. Siendo que estas condiciones son la principal causa de enfermedad y muerte, y el principal gasto en salud; resulta contradictorio y frustrante que conociendo las causas, los mecanismos fisiológicos involucrados, los tratamientos adecuados y contando con los recursos necesarios, la prevalencia de estas condiciones y sus consecuencias no han dejado de aumentar⁶⁶.

Este panorama requiere una mirada crítica sobre los conceptos básicos desafiando los sucesivos paradigmas que se han ido creando.

Uno de ellos es la “no transmisibilidad”. Es claro que la hipertensión, la obesidad o la diabetes no se transmiten por un microorganismo, pero también es cierto que el crecimiento de estos problemas es un fenómeno que involucra modos más sutiles de instalación en el individuo y que es dependiente de lo que sucede con sus pares y con la sociedad como ente colectivo. Un ambiente obesogénico debería comenzar a considerarse como parte del problema y aceptar que las conductas se transmiten y por lo tanto admiten intervenciones destinadas a disminuir su propagación.

Otro eje pasa por la prevención. Este es el argumento más mencionado como justificación de todas las intervenciones, pero a nivel individual se opone con la tendencia social a privilegiar la inmediatez. Una acción cuyos efectos no se miden en el corto plazo es cada vez menos aceptada por la población. Reforzar la esencia prevenible de estas enfermedades podría ser parte de las estrategias. Quizá debería ser considerada la posibilidad de cambiar la denominación de

“Enfermedades Crónicas No Transmisibles” por el de “Enfermedades Crónicas Prevenibles”.

El tercer eje que aparece ausente en la mayoría de las intervenciones es la interacción. Todos los hábitos que influyen en la salud, incluyendo la comida y el movimiento, trabajan al unísono. Los programas específicos han mostrado tener escaso éxito si no son parte de un plan maestro. La transversalidad de las acciones, su continuidad en el tiempo y su inserción en la educación tanto de niños como de adultos son los factores que deberían tenerse presentes en el diseño de todo acto de promoción de hábitos saludables. Estamos transitando de una era de enfermedades individuales hacia otra de enfermedades sociales.

La combinación de cuatro factores de un estilo de vida saludable -- mantener un peso saludable, hacer ejercicio regularmente, seguir una dieta saludable y no fumar -- parece estar asociada a una reducción de hasta un 80% en el riesgo de desarrollar las enfermedades crónicas más comunes. Esta circunstancia refuerza las recomendaciones actuales en materia de salud pública de que se sigan hábitos de estilo de vida saludables.

Sin embargo, a pesar de los beneficios conocidos de un estilo de vida saludable, solo una pequeña parte de los adultos siguen esa rutina; de hecho, el porcentaje de los que llevan una vida sana está disminuyendo. Desafortunadamente, hay muy poca conciencia pública sobre la relación entre la salud y el estilo de vida. Numerosas personas no son conscientes de que un cambio en el estilo de vida constituye un factor importante en la aparición de las enfermedades crónicas como causas de una mayor morbilidad y mortalidad.

Así como el sedentarismo en los últimos años se ha incrementado de un 50 a 90%, aproximadamente 3,2 millones de las defunciones anuales a nivel mundial pueden atribuirse a una actividad física insuficiente. “La evidencia de la poca o nula práctica del ejercicio aumenta drásticamente el riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2 y diversas afecciones cardiovasculares”, señalan investigadores de la Universidad de Queens en la publicación académica, Obesity. El sedentarismo

se ha incrementado de manera asombrosa en la mayoría de la población, debido a los estilos de vida; ocupando así el mayor tiempo en el trabajo, la rutina y el estrés laboral, desarrollando así la instalación de inadecuados estilos de vida.

El estilo de vida es generalmente considerado un asunto personal. Sin embargo, son prácticas sociales y formas de vida adoptadas por las personas que reflejan identidades personales, de grupo y socioeconómicas.

Está demostrado que pequeñas modificaciones de estos factores de riesgo a nivel poblacional producen grandes beneficios en la salud pública en relación a la disminución de la enfermedad cardiovascular, diabetes y algunos tipos de cáncer. También se sabe que las intervenciones integrales o abarcativas son las que mayor impacto tienen en el control de los factores de riesgo.

En los años recientes la sociedad ha comenzado a prestar atención a la importante influencia que tiene el estrés en la salud pública y el impacto económico que ejerce en la producción y en el desenvolvimiento de los diversos sectores; y a partir de esa toma de conciencia, se han realizado estudios y propuesto estrategias para mitigar el impacto que representa (y las pérdidas económicas que conlleva). Conceptos como el de control de calidad y ambiente laboral sano, son hoy habituales en el idioma de empresarios, ejecutivos, personal obrero y administrativo dentro de las empresas no sólo por una mayor conciencia de responsabilidad social, sino también por un avanzado concepto de rentabilidad económica.

El mundo del trabajo se ha convertido en un punto de referencia para entender las conductas de los individuos, donde los estilos de vida han cambiado drásticamente, alterando global y significativamente la calidad de vida de las personas. Lograr una mayor satisfacción en dicho ámbito es un paso positivo a favor de la calidad de vida, mediante la aplicación de actividades que ayudan en la recuperación de energías y la propia motivación.

Al trabajador como ser biopsicosocial, y espiritual, se le deben buscar las mejores condiciones para el desempeño de su actividad laboral con el fin de incrementar su calidad de vida laboral y el nivel de salud. Los estilos de vida en las poblaciones adultas en el ámbito laboral ejercen una influencia directa en el proceso salud enfermedad de las mismas; el ambiente laboral puede ejercer una influencia tanto positiva como negativa para la salud.

Los estilos de vida en poblaciones adultas son sumamente importantes de destacar, especialmente cuando se trata de personas socialmente activas y que juegan un papel importante dentro de la productividad de una compañía y por ende de un país. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1998) todas las empresas deben contar con una estrategia de acción ambiental que ayude a disminuir los impactos de los procesos de producción sobre la salud de las personas, conocido como Plan de Atención Primaria Ambiental.

Las condiciones particulares del trabajo de las personas afectan su bienestar y estado de salud (Leitner & Resch, 2005). En este sentido, Parra (2003) señala que el trabajo puede ser fuente de salud, causar daño a la salud o agravar problemas de salud. Como fuente de salud, a través del trabajo se puede acceder a una serie de condiciones laborales que satisfacen no sólo las necesidades económicas básicas, sino también las relacionadas con el bienestar individual y grupal. Puede causar daño a la salud, cuando afecta el estado de bienestar de las personas en forma negativa (accidentes de trabajo, enfermedades profesionales) y puede agravar problemas de salud, previamente existentes, cuando interactúa con otro tipo de factores de riesgo como el consumo de tabaco, exceso de colesterol, sedentarismo, entre otros¹⁹.

De acuerdo con la definición global adoptada por el Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su primera reunión en 1950 y revisada en su duodécima reunión en 1995, "la finalidad de la salud en el trabajo consiste en lograr la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los

trabajadores en todos los trabajos; prevenir todo daño causado a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de agentes perjudiciales a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas; y en suma, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su actividad” (Organización Internacional de Trabajo, 2003)¹⁹.

Sparks y colaboradores (2001), por su parte, plantean que la promoción de la salud en el trabajo permitirá la reducción de los costos médicos, las discapacidades y el ausentismo; y aumentará el compromiso de los trabajadores. Así mismo, enfatizan la participación de los empleados en intervenciones planeadas que permiten alcanzar el bienestar y la efectividad organizacional¹⁹.

Existe una tendencia mundial a implementar ambientes laborales saludables. Los primeros estudios relacionados con el tema surgieron a principios de los años 90 en los Estados Unidos como una respuesta al aumento creciente de estilos de vida no saludables. En estos últimos 20 años, numerosos países han implementado experiencias exitosas que dan cuenta de la costo-efectividad de este tipo de iniciativas en todas las regiones del mundo.

A comienzos del año 2009, el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Promoción y Protección de la Salud, puso en marcha una estrategia destinada a la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles en la población general (Resolución Ministerial N° 1083/09). Esta estrategia comprende un conjunto de acciones de promoción de la salud sobre la población a través del “Plan Nacional Argentina Saludable”. Dicho Plan promueve el control de los principales factores de riesgo y determinantes sociales de las enfermedades crónicas, en particular el consumo de tabaco, la alimentación inadecuada y la inactividad física. Una de las estrategias del Plan Argentina Saludable son las intervenciones integrales en sitios de trabajo y estudio.

Implementar ambientes libres de humo, donde se fomenta la actividad física y la alimentación saludable tiene innumerables beneficios.

a) En el área de actividad física está comprobado que acciones planificadas y sistemáticas en las empresas logran los siguientes beneficios:

- En los trabajadores: Mejora la movilidad articular, mejora la resistencia, aumenta la densidad de los huesos (previene la osteoporosis), mejora la fuerza muscular, disminuye las lesiones, disminuye el riesgo de cardiopatía coronaria y de accidente cerebrovascular, disminuye el riesgo de diabetes, hipertensión y cáncer de colon, mejora el perfil de lípidos, mejora el proceso de envejecimiento fisiológico, disminuye la mortalidad general, mejora el funcionamiento corporal y la independencia de las personas de edad avanzada. También ayuda a controlar el peso, disminuyendo así el riesgo de obesidad. Contribuye al bienestar psicológico, reduce el estrés, la ansiedad y los sentimientos de depresión y soledad.
- En las instituciones: aumenta la productividad, disminuye el ausentismo, disminuye la rotación de la mano de obra, disminuye los costos médicos y logra mejoras en la relación Institucional.

b) La promoción de una alimentación saludable en el ambiente laboral:

- Mejora el rendimiento laboral gracias al adecuado aporte de energía y nutrientes.
- Mejora el bienestar físico y mental.
- Previene enfermedades no transmisibles relacionadas con la mala alimentación (diabetes mellitus, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, obesidad, cáncer)
- Reduce los costos en salud, los gastos médicos y los del ausentismo laboral.

c) A su vez, distintos organismos internacionales sugieren que los ambientes laborales 100% libres de humo de tabaco:

- Protegen la salud de los no fumadores.
- Se adecuan a las políticas nacionales e internacionales que van en el mismo sentido.

- Ofrecen una imagen coherente de establecimiento saludable y promotor de la salud de su personal.
- Disminuyen los costos de mantenimiento de materiales, pintura, muebles, alfombras, computadoras (entre otros insumos) y limpieza que llevan aparejados el acto de fumar dentro de un edificio.
- Reducen el consumo de tabaco entre los fumadores en aproximadamente un 29%⁶².
- Modifican la conducta social y disminuyen la aceptación social del consumo de tabaco.
- Aumentan la satisfacción de todos los que trabajan por sentirse cuidados por la institución.
- Generan mensajes educativos y promueven los hogares libres de humo de tabaco entre su personal.
- Mejoran la productividad al reducir el ausentismo por enfermedades relacionadas con el tabaco¹⁷.
- Protegen a la institución contra demandas ocasionadas por enfermedades o muertes debido a la exposición al humo de tabaco.
- Disminuyen el riesgo de incendios.

Si se cree en el capital humano como la fuerza dinamizadora de la empresa y eje central sobre el que se sustentan los factores de competitividad y eficacia, todas las acciones que se dirijan a facilitar un entorno saludable y transmitir hábitos saludables a los empleados redundarán en un beneficio común¹².

En relación a esto aparece un nuevo concepto, el de “empresa saludable”, el cual recoge aquellas entidades que no sólo cumplen con sus obligaciones de prevención de los riesgos laborales, sino que además realizan esfuerzos sistemáticos dirigidos a maximizar la salud y la productividad de sus empleados.

Que una empresa acepte y manifieste el compromiso de apoyar iniciativas dentro de su organización para el fomento de la salud de sus trabajadores, creando entornos saludables supone un paso de gran trascendencia en el marco social³.

La “Calidad de Vida Laboral” (CVL) es una forma diferente de ambiente dentro de las organizaciones, que se enfoca hacia el crecimiento y desarrollo sano del trabajador, en combinación con el incremento de la eficiencia organizacional.

Durante los últimos años muchos países Europeos se han embarcado en un creciente número de programas de Promoción de la Salud en el lugar de trabajo por una iniciativa llamada “Red Europea para la Promoción de Salud en el Trabajo” (ENWPH).

La Promoción de la Salud es definida según la Carta de Ottawa (1987) de la Organización Mundial de la Salud como el “proceso que permite que las personas ejerzan control sobre los determinantes de la salud, mejorando así su salud”. La Promoción de la salud se describe como un proceso cuyo objetivo consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de las personas para emprender una acción, y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud. Se trata de un entramado de acciones y reacciones, todas orientadas a ofrecer una calidad de vida mejor, y a sostener el bienestar de las personas como miembros productivos y contributivos de la sociedad. Las personas tienen la responsabilidad de elegir mejores opciones de salud, pero la sociedad tiene la responsabilidad de ayudarle a hacerlo proporcionando los recursos adecuados¹⁰.

Las estrategias básicas para la promoción de la salud señaladas en la Carta de Ottawa son:

- Abogar para crear condiciones sanitarias esenciales.
- Facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud.

- Mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad.

En general el mundo de la empresa suele ser el reflejo de lo que está sucediendo en el conjunto de la sociedad. Los problemas de Salud acaban alcanzando la población trabajadora motivados por distintos factores tales como la prolongación de las jornadas de trabajo; la reducción de los tiempos para comer que obliga a tener que hacerlo fuera de casa, a veces de manera poco saludable; el creciente estrés derivado de la introducción generalizada de las nuevas tecnologías; la creciente intensificación del trabajo, etc.

La salud se considera además, un Derecho de la persona, que ha de ser promovido y fomentado tanto por el sujeto, como por la sociedad y las organizaciones.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera el lugar de trabajo como un entorno prioritario para la promoción de la salud en el siglo XXI; plantea que la salud en el trabajo y los ambientes de trabajo saludables son los bienes más preciados de las personas, comunidades y países. Un entorno laboral saludable es esencial, no sólo para lograr la salud de los trabajadores, sino también para hacer un aporte positivo a la productividad, la motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida en general^{8 31}.

Se estima que una persona pasa un tercio de su vida en su lugar de empleo. Si a esto se suma la implicancia que tiene la fuente ocupacional a modo de determinante social en el estado de salud de los individuos, la necesidad de aplicar estrategias de promoción de salud es fundamental. Nuestra forma de vivir y los estilos de vida nos acompañan también al puesto de trabajo de manera que si no fumamos, comemos mejor, prevenimos el sedentarismo, el estrés o mantenemos una postura adecuada durante nuestra jornada laboral, y si el entorno lo facilita, estaremos incidiendo en nuestra salud y bienestar. De ahí que el centro de trabajo juegue un papel determinante en el mantenimiento y mejora de la salud de los trabajadores⁷.

Según el Manual de lugares de trabajo saludables del Ministerio de Salud de la Nación³⁰, los objetivos de implementar un lugar de trabajo saludable son:

Objetivos generales:

1. Fomentar el espacio laboral como fuente y espacio de salud.
2. Contribuir a disminuir los factores de riesgo de Enfermedades No Transmisibles en los trabajadores.

Objetivos específicos:

1. Sensibilizar sobre la importancia de controlar los factores de riesgo vinculados al ambiente laboral.
2. Lograr que la organización sea 100% libre de humo de tabaco.
3. Promover la cesación tabáquica en los empleados fumadores.
4. Promover una mejora en los hábitos alimentarios en el trabajo y por extensión en el hogar.
5. Promover pausas laborales activas y una vida con mayor actividad física en general.

El modelo de empresa saludable aporta beneficios importantes⁶³:

1. Trabajadores más sanos, motivados y satisfechos.
2. Orgullo de pertenencia a la empresa.
3. Favorece la retención de talento.
4. Mejora el clima y la organización de la empresa.
5. Se convierte en una empresa atractiva para otros profesionales y capta nuevos talentos.
6. Reduce el ausentismo y la rotación de personal.

7. Disminuye la accidentalidad, las enfermedades profesionales, los problemas y las enfermedades relacionadas con el trabajo.

8. Reduce el estrés y ayuda a conservar la energía al salir del trabajo.

9. Mejora la imagen corporativa mediante la proyección de la empresa; que realizan los mismos trabajadores, los clientes y los proveedores.

10. Crear entornos saludables y seguros.

11. Se convierte en un referente en el sector y dentro de la sociedad.

La empresa saludable, nace como una nueva oportunidad de mejora y de diferenciación, tanto para la gestión interna de las compañías como para su imagen y proyección en el mercado y ante la competencia.

En los últimos años se han vivido importantes avances en aspectos muy relevantes como la prevención y la salud laboral, y otros que han mejorado la relación de la empresa con los trabajadores y con la sociedad. Más allá del logro de estas metas, el concepto de empresa saludable es el paso previo y necesario para avanzar hacia un concepto de compañía socialmente responsable. Una de las misiones primordiales de la empresa saludable es velar por el bienestar y la salud de todos los miembros de la organización y de quienes directa e indirectamente se relacionan con la misma.

El concepto de empresa saludable incluye, entre otros, aspectos relativos al bienestar de los trabajadores, al desarrollo personal, los estilos y hábitos de vida saludables y el respeto por el medio ambiente. El resultado de este nuevo liderazgo es una mayor implicación en la empresa y en el proceso productivo de trabajadores sanos y motivados, con más competencias para afrontar nuevos retos y mercados.

El modelo de empresa saludable favorece la organización del trabajo y el bienestar de los trabajadores, para ofrecer así una optimización de los recursos y una mejora del proceso productivo.

Material y Método

El presente es un estudio observacional, descriptivo, longitudinal, retrospectivo y de tipo cuantitativo y cualitativo realizado en la Asociación Mutual Jerárquicos de la Ciudad de Santa Fe.

La población participante fue el personal de trabajadores de la organización.

El análisis consistió en la evaluación de efectividad del Programa de Salud Laboral denominado “Vivir Sano” que la Institución ha implementado por medio de los Departamentos de Recursos Humanos y Prevención junto al de Salud Laboral, con el fin de fomentar la adopción de hábitos de vida saludables en su Recurso Humano.

En una primera etapa se realizó un relevamiento de datos basado en el diagnóstico de situación sobre los distintos aspectos de la vida de la persona como lo son la actividad física, el hábito tabáquico, el consumo de alcohol, la alimentación, el peso corporal, la presión arterial, la diabetes, el colesterol, etc. que la Organización había efectuado en el año 2013 bajo el modelo de la 2° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 y evaluación médica con medición de datos antropométricos, perfil lipídico, glucemia y tensión arterial; luego del cual la Empresa implementó diversas campañas de promoción de hábitos saludables en el lugar de trabajo y fuera del mismo.

Sobre una población total de 653 personas evaluadas en 2013, 367 presentaron algún factor de riesgo positivo. Actualmente, se seleccionó mediante un sorteo aleatorio simple una muestra representativa de los que habían registrado algún factor de riesgo positivo. La población analizada entonces para la presente investigación, fue de 115 personas.

La investigación se basó tomando como referencia las Tablas de predicción del riesgo cardiovascular de la OMS que tiene como parámetros las siguientes

variables: edad, sexo, hábito tabáquico, diagnóstico de diabetes, presión arterial sistólica y colesterolemia. (Ver anexo)

Se efectuó en 2018 un nuevo relevamiento de datos consistente en una encuesta preestablecida (ver anexo), medición de datos antropométricos y tensión arterial, y dosaje de colesterolemia y glucemia, analizando a la muestra según las Tablas de predicción del riesgo cardiovascular de la OMS y finalmente se las comparó con los resultados obtenidos en 2013 a 5 años de haberse implementado el Programa, valorando así el impacto del mismo como así también el nivel de aceptación en la población al cual fue destinado, según el detalle que se expone a continuación.

Resultados

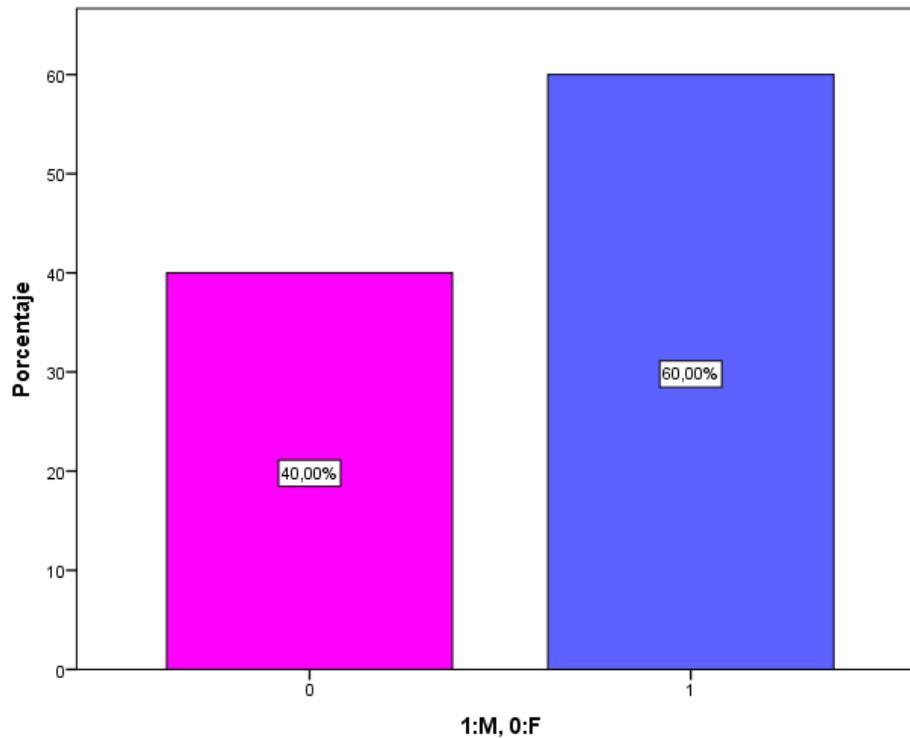
Sobre una población total de 653 personas evaluadas en 2013, 367 (56,20%) presentaron algún factor de riesgo positivo y 286 (43,80%) no tuvieron ningún factor de riesgo.

De los 367 que resultaron con algún factor positivo: 280 (76,30 %) tuvieron solo uno; en 80 (21,80 %) se hallaron dos y solo 7 (1,90 %) presentaron tres factores de riesgo.

La población analizada entonces como muestra representativa para la presente investigación; fue de 115 personas, 69 del sexo masculino (60 %) y 46 del femenino (40 %), con una edad media de 40,79 años y un rango de 25 a 63.

Edad	Estadístico			
	General	Femenino	Masculino	
Media	40,79	40,22	41,17	
95% IC para la media	Límite inferior	39,21	37,68	39,10
	Límite superior	42,37	42,75	43,25
Desvío Estándar	8,56	8,53	8,63	

Frecuencias según sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	46	40
Masculino	69	60



Para la evaluación comparativa entre los resultados obtenidos en 2013 y 2018, se realizó el Análisis Categórico de Variables utilizando Tablas cruzadas según la Prueba de Mc Nemar.

Los resultados obtenidos en cada uno de los factores evaluados fueron los siguientes:

a) Tabaquismo:

Con respecto al hábito tabáquico, en 2013 el número de fumadores de la muestra seleccionada era de 51 (44,34%) y en 2018 es de 32 (27,82 %), siendo que 35 (68,62%) de los fumadores iniciales abandonaron el hábito lo cual constituye un dato estadísticamente significativo y 48 (41,73%) nunca fumaron. De los 32 actuales, 16 (50%) son nuevos fumadores y de los 16 ya conocidos, 8

disminuyeron la cantidad de cigarrillos que fuman diariamente durante el referido período.

Fumador Antes	Fumador después		Total
	No	Si	
No	48	16	64
Porcentaje	75,0%	25,0%	100%
Si	35	16	51
Porcentaje	68,6%	31,4%	100%
Significancia de la prueba			0,011

De 51 pacientes, 35 abandonaron el hábito tabáquico con las medidas tomadas. Siendo significativamente estadístico el cambio, con un $p=0,011$.

b) Tensión Arterial:

En lo que hace al control de la tensión arterial (TA), en 2013 la cantidad de personas con registros de TA sistólica igual o mayor a 140 mm. Hg. era de 27 (23,47%) y en 2018 es de 23 (20%), habiendo normalizado su registro 16 de los 27 (59,30%) y manteniéndose siempre en valores normales 76 (66,08%) del total de la población. De los 23 con registro positivo; 8 (34,78%) mejoraron su medición con respecto a 2013 habiendo disminuido la dosis de medicación necesaria, 3 (13,04%) aumentaron su valor y en 12 casos (52,17%) se trataron de nuevos hipertensos.

Ante el interrogatorio de la encuesta sobre si se les había hecho en alguna oportunidad el diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) y cotejándolo luego con la medición realizada en la presente investigación; en 80 casos (69,56%) la respuesta fue negativa y el registro actual normal, 15 (13,04%) respondieron negativamente pero la medición fue igual o mayor a 140 mm. Hg., 12 (10,44 %) manifestaron ser hipertensos aunque su medición fue normal (de los cuales 10

reciben tratamiento farmacológico, 8 mantienen una dieta hiposódica y 8 realizan actividad física) y finalmente 8 (6,96%) expresaron ser hipertensos y su registro fue positivo (de los cuales 7 reciben tratamiento farmacológico, 4 mantienen una dieta hiposódica y 5 realizan actividad física).

TA Sistólica Antes	TAS después		Total
	Normal	Alterado	
Normal	76	12	88
Porcentaje	70,4%	17,6%	100%
Alterado	16	11	27
Porcentaje	59,3%	40,7%	100%
Significancia de la prueba			0,572

De 27 pacientes que se encontraban alterados al inicio, presentaron mejoría 16 pacientes (59,30%). Siendo no estadísticamente significativo este porcentaje para validar la mejoría de la TA sistólica.

c) Glucemia:

En lo que se refiere al control de la glucemia, en 2013 se hallaron 10 casos de hiperglucemia (8,69%) y en 2018 un total de 20 (17,39%) de los cuales 6 (30%) se trataron de diabéticos ya conocidos, 4 (20%) de diabéticos que se confirmaron en la actualidad y en 10 casos (50%) se lo catalogó como hiperglucemia aislada a considerarse en ulteriores controles para definir su diagnóstico. Además actualmente se normalizó el registro en 4 casos de los 10 originales (40%), siendo éste dato estadísticamente significativo; y se mantuvieron siempre en valores normales 91 (79,13%) del total de los participantes. De los 6 diabéticos ya conocidos 5 de ellos mejoraron su medición y disminuyeron la dosis de medicación recibida y el restante se mantiene estable, además de recibir en todos los casos tratamiento complementario con control estricto de la dieta y actividad física regular.

Glucosa Antes	Glucosa después		
	Normal	Alterado	Total
Normal	91	14	105
Porcentaje	86,7%	13,3%	100%
Alterado	4	6	10
Porcentaje	40,0%	60,0%	100%
Significancia de la prueba			0,031

De 10 pacientes que presentaban la glucosa alterada, 4 (40%) presentó mejoría al segundo control, con una significancia de 0,031.

d) Colesterolemia:

Con respecto al control de la colesterolemia, en 2013 se halló un total de 70 casos de hipercolesterolemia (60,87%) mientras que en 2018 el resultado fue de 47 (40,87%); de los cuales 25 (53,19%) mejoraron sus valores, 14 (29,78%) lo aumentaron y 8 (17,02%) fueron nuevos hipercolesterolémicos. Por otro lado 31 de los 70 hipercolesterolémicos iniciales (44,3%) normalizaron sus registros siendo esto estadísticamente significativo y 37 (32,17%) de la población total presentaron siempre valores normales.

Colesterol Antes	Colesterol después		
	Normal	Alterado	Total
Normal	37	8	45
Porcentaje	82,2%	17,8%	100%
Alterado	31	39	70
Porcentaje	44,3%	55,7%	100%
Significancia de la prueba			0,0001

De 70 pacientes que presentaban el colesterol alterado en la prueba inicial, 31(44,3%) se normalizaron luego. Estos cambios son significativos estadísticamente ya que $p=0,0001$.

e) Riesgo cardiovascular

Según las Tablas de predicción del riesgo de la OMS, de padecer un episodio cardiovascular, mortal o no, en un periodo de 10 años, según el sexo, la edad, la presión arterial sistólica, el colesterol total en sangre, el consumo de tabaco y la presencia o ausencia de diabetes mellitus, el resultado fue el siguiente:

En 2013, 104 casos (90,44%) estaban en el rango menor al 10 % de riesgo (verde), 5 (4,35%) del 10 a 20% de riesgo (amarillo), 3 (2,60%) entre 20 y 30% de riesgo (naranja), 1 (0,87%) de 30 a 40% de riesgo (rojo) y finalmente 2 (1,74%) con un riesgo mayor al 40 % (lila).

En 2018, se registraron 105 casos (91,30%) en el rango menor al 10 % de riesgo (verde), 8 (6,96%) del 10 a 20% de riesgo (amarillo), y 2 (1,74%) entre 20 y 30% de riesgo (naranja).

Se observó una mejora en la escala de predicción del riesgo en 10 casos (8,69%) y un aumento en la graduación en 7 (6,08%), habiendo mejorado la escala los 3 que estaban en los dos niveles más altos de riesgo.

RIESGO Antes	RIESGO después			Total
	Amarillo	Naranja	Verde	
Verde	5	2	97	104
Porcentaje	4,8%	1,9%	93,3%	100%
Amarillo	1	0	4	5
Porcentaje	20,0%	0,0%	80,0%	100%
Naranja	0	0	3	3
Porcentaje	0,0%	0,0%	100%	100%
Rojo	1	0	0	1
Porcentaje	100%	0,0%	0,0%	100%
Lila	1	0	1	2
Porcentaje	50,0%	0,0%	50,0	100%

De 104 casos en categoría Verde, 5 pasaron a Amarillo (4,8%), y 2 a Naranja (1,9%). De 5 categorizados en riesgo Amarillo, 4 mostraron mejoría hacia la categoría Verde. (80%). De los 3 categorizados en Naranja, todos mejoraron a la categoría Verde. De 1 categorizado en Rojo, pasó a la categoría Amarillo. De 2 categorizados en Lila, uno mejoró a Amarillo y el otro a Verde.

f) Peso corporal

En lo que hace al control del peso corporal, teniendo en cuenta el Índice de Masa Corporal (IMC) en base al peso y la talla según parámetros de la OMS; en 2013, 58 casos (50,43%) presentaron sobrepeso y 29 (25,22%) obesidad con un total de 87 (75,65%) superiores a 25 en el IMC., mientras que en 2018, 43 casos (37,39%) presentaron sobrepeso y 39 (33,91%) obesidad con un total de 82 registros (71,30%) superiores a 25 en el IMC.

Utilizando la prueba T para medir la muestra antes y después de la implementación del programa de salud en la Organización, los resultados en forma global fueron los siguientes:

Muestras emparejadas totales				
	Media	IC Inferior	IC Superior	Significancia
Colesterolemia	18,600	11,84	25,36	0,0001
TA sistólica	-0,087	-3,76	3,60	0,963
TA diastólica	-0,070	-2,66	2,52	0,958
Glucemia	-0,12574	-0,18	-0,07	0,0001
Peso	-2,0087	-3,52	-0,49	0,010
IMC	-0,67565	-1,22	-0,13	0,015

La colesterolemia presenta luego del programa un descenso promedio de 18,6 unidades, la cual es estadísticamente significativa. $p=0,0001$ y un Intervalo de Confianza al 95% de (11,84; 25,36).

La TA sistólica presenta un aumento promedio en 0,087 unidades, pero este cambio no es significativo. $p=0,963$. IC. (-3,76; 3,60).

La TA diastólica registra un aumento promedio en 0,070 unidades, siendo este cambio no significativo, $p=0,958$. IC. (-2,66; 2,52).

La Glucemia aumenta en promedio 0,125 unidades, siendo este cambio significativo. $p=0,0001$. IC. al 95%. (-0,18; -0,07).

El peso aumenta en promedio 2 kg, con una significancia de 0,010 la cual es estadísticamente significativa. IC. 95% (-3,52; -0,49).

El IMC aumenta en promedio en 0,67 unidades. Si bien la significancia $p=0,015$ es válida, el valor de IMC que cambia es muy pequeño, IC. 95% (-1,22; -0,13).

Clasificadas según la edad, los resultados obtenidos en los menores de 40 años fueron los siguientes:

Muestras emparejadas MENORES DE 40 AÑOS				
	Media	IC Inferior	IC Superior	Significancia
Colesterolemia	17,250	8,22	26,28	0,0001
TA sistólica	-2,422	-6,87	2,03	0,281
TA diastólica	-2,109	-5,26	1,04	0,186
Glucemia	-0,08828	-0,11	-0,06	0,0001
Peso	-1,6906	-3,58	0,20	0,079
IMC	-0,54609	-1,19	-0,10	0,096

La colesterolemia presenta luego del programa un descenso promedio de 17,25 unidades, siendo estadísticamente significativo. $p=0.0001$. IC al 95% de (8,22; 26,28).

La TA sistólica aumenta en promedio 2,42 unidades, pero este cambio no es estadísticamente significativo. $p=0,281$. IC 95% (-6,87; 2,03).

La TA diastólica aumenta en promedio 2,109 unidades, siendo este cambio no significativo. $p=0,186$. IC. 95% (-5,26; 1,04).

La Glucemia aumenta en promedio 0,088 unidades, siendo este cambio significativo. $p<0,0001$. IC. al 95% de (-0,11; -0,06).

El peso aumenta en promedio 1,69 kg, con una significancia de 0,079, estadísticamente no significativa. IC (-3,58; 0,20).

El IMC aumenta en promedio 0,54 unidades, siendo estadísticamente no significativo. $p=0,096$. IC (-1,19; -0,10).

En lo que respecta al hábito tabáquico en los menores de 40 años, el resultado obtenido fue el siguiente:

MENORES DE 40 Fumador Antes	Fumador después		Total
	No	Si	
No	22	13	35
Porcentaje	62,9%	37,1%	100%
Si	20	9	29
Porcentaje	69,0%	31,0%	100%
Significancia de la prueba			0,296

De 29 menores de 40 años inicialmente fumadores, 20 abandonaron el hábito luego del programa; sin embargo, este resultado no es significativo estadísticamente $p=0,296$.

En cuanto a los mayores de 40 años, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

	Muestras emparejadas MAYORES DE 40 AÑOS			
	Media	IC Inferior	IC Superior	Significancia
Colesterolemia	20,294	9,76	30,82	0,0001
TA sistólica	2,843	-3,40	9,09	0,365
TA diastólica	2,490	-1,82	6,80	0,251
Glucemia	-0,17275	-0,30	-0,05	0,007
Peso	-2,4078	-4,93	0,12	0,061
IMC	-0,83824	-1,78	-0,10	0,079

La colesterolemia presenta luego del programa un descenso promedio de 20,29 unidades, siendo estadísticamente significativo. $p=0.0001$. IC. al 95% (9,76; 30,82).

La TA sistólica disminuyó en promedio 2,84 unidades, siendo estadísticamente no significativo. $p=0,365$. IC 95% (-3,40; 9,09).

La TA diastólica disminuyó en promedio 2,49 unidades, siendo estadísticamente no significativo. $p=0,251$. IC 95% (-1,82; 6,80).

La Glucemia aumentó en promedio 0,17 unidades, siendo estadísticamente significativo. $p=0.007$. IC. al 95% (-0,30; -0,05).

El peso aumentó en promedio 2,40 kg, con una significancia de 0,061, estadísticamente no significativa. IC (-4,93; 0,12).

El IMC aumentó en promedio 0,83 unidades, siendo estadísticamente no significativo. $p=0,079$. IC (-1,78; 0,10).

En lo que respecta al hábito tabáquico en los mayores de 40 años, el resultado obtenido fue el siguiente:

MAYORES DE 40 Fumador Antes	Fumador después		
	No	Si	Total
No	26	3	29
Porcentaje	89,7%	10,3%	100%
Si	15	7	22
Porcentaje	80,4%	19,6%	100%
Significancia de la prueba			0,008

De los 22 mayores de 40 años fumadores inicialmente, 15 abandonaron el hábito luego del programa, siendo este resultado estadísticamente significativo. $p=0,008$.

Clasificadas según el sexo, los resultados obtenidos en los hombres fueron los siguientes:

Muestras emparejadas HOMBRES				
	Media	IC Inferior	IC Superior	Significancia
Colesterolemia	10,522	2,29	18,75	0,013
TA sistólica	2,464	-2,66	7,59	0,341
TA diastólica	2,130	-1,28	5,54	0,217
Glucemia	-0,11580	-0,18	-0,05	0,001
Peso	-2,6217	-4,78	-0,46	0,018
IMC	-0,87391	-1,64	-0,11	0,025

La colesterolemia en hombres presenta luego del programa un descenso promedio de 10,52 unidades, siendo estadísticamente significativo. $p=0,013$ IC. al 95% (2,29; 18,75).

La TA sistólica disminuyó en promedio 2,46 unidades, siendo estadísticamente no significativo. $p=0,341$. IC 95% (-2,66; 7,59).

La TA diastólica disminuyó en promedio 2,13 unidades, siendo estadísticamente no significativo. $p=0,217$ IC 95% (-1,28; 5,54).

La Glucemia aumentó en promedio 0,115 unidades, siendo estadísticamente significativo. $p=0,001$. IC al 95% (-0,18; -0,05).

El peso aumentó en promedio 2,62 kg, con una significancia de 0,018, estadísticamente significativa, IC 95% (-4,78; -0,46).

El IMC aumentó en promedio 0,87 unidades, siendo estadísticamente significativo. $p=0,025$. IC 95% (-1,64; -0,11).

En lo que respecta al hábito tabáquico en los hombres, el resultado obtenido fue el siguiente:

HOMBRES	Fumador después		
Fumador Antes	No	Si	Total
No	29	8	37
Porcentaje	78,4%	21,6%	100%
Si	19	13	32
Porcentaje	59,4%	40,6%	100%
Significancia de la prueba			0,052

De los 32 hombres fumadores inicialmente, 19 abandonaron el hábito luego del programa, siendo éste resultado estadísticamente no significativo. $p=0,052$; aunque marca una tendencia.

En cuanto a las mujeres, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Muestras emparejadas MUJERES				
	Media	IC Inferior	IC Superior	Significancia
Colesterolemia	30,717	19,72	41,71	0,0001
TA sistólica	-3,913	-9,04	1,21	0,131
TA diastólica	-3,370	-7,28	0,54	0,089
Glucemia	-0,14065	-0,24	0-,05	0,005
Peso	-1,0891	-3,11	0,94	0,284
IMC	-0,37826	-1,13	0,38	0,317

La colesterolemia en mujeres presenta luego del programa un gran descenso promedio de 30,72 unidades, siendo estadísticamente significativo. $p=0.0001$. IC. al 95% (19,72; 41,71).

La TA sistólica aumentó en promedio 3,91 unidades, siendo estadísticamente no significativo. $p=0,131$. IC al 95% (-9,04; 1,21).

La TA diastólica aumentó en promedio 3,37 unidades, siendo estadísticamente no significativo. $p=0,089$. IC al 95% (-7,28; 0,54).

La Glucemia aumentó en promedio 0,14 unidades, siendo estadísticamente significativo. $p=0,005$. IC al 95% (-0,24; -0,05).

El peso aumentó menos que los hombres, en promedio 1,08 kg, con una significancia de 0,284 estadísticamente no significativa. IC 95% (-3,11; 0,94).

El IMC aumentó en promedio 0,38 unidades, siendo estadísticamente no significativo. $p=0,317$ IC 95% (-1,13; 0,38).

En lo que respecta al hábito tabáquico en las mujeres, el resultado obtenido fue el siguiente:

MUJERES Fumador Antes	Fumador después		Total
	No	Si	
No	19	8	27
Porcentaje	70,4%	29,6%	100%
Si	16	3	19
Porcentaje	84,2%	15,8%	100%
Significancia de la prueba			0,152

De las 19 mujeres fumadoras inicialmente, 16 (84,2%) abandonaron el hábito luego del programa, pero esta mejora no resulta estadísticamente significativa, por la significancia de la prueba. $p=0,152$.

Valoración del Programa:

Según la encuesta realizada actualmente, luego de haberse implementado las medidas correspondientes al Programa de Salud Laboral “Vivir Sano” la valoración de los participantes fue la siguiente: En 73 casos (63,48%) se la consideró “muy importante”, en 39 (33,92%) “importante” y en 3 (2,60%) se la calificó como “poco importante”,

Cambios de hábitos de vida favorables:

La misma encuesta reflejó en lo que se refiere a la incorporación de hábitos de vida saludables en éstos 5 años de vigencia del Programa, el siguiente detalle:

Práctica de actividad física regular en 72 casos (62,60%), dieta saludable en 69 (60%), control del peso en 44 (38,26%), evitar el tabaquismo en 36 casos (31,30%), evitar el consumo excesivo de alcohol en 32 (27,82%) y control de la presión arterial, glucemia y colesterol en 32 (27,82%).

En un aspecto más amplio y detallado sobre el impacto y aceptación de las diferentes intervenciones realizadas por el Programa, el resultado de la encuesta realizada reflejó el siguiente resultado:

Entrega diaria de una fruta fresca en el lugar de trabajo:

Casi la totalidad de los encuestados calificaron el beneficio de recibir una fruta diaria en el escritorio como excelente o muy bueno (96,97%), de los cuales 75,71% lo consideró excelente y 21,26% muy bueno, siendo 9 de cada 10 personas las que refirieron que la campaña les sirvió para incorporar o aumentar el hábito del consumo de frutas.

El 58,79% manifestó consumir siempre (4 o 5 días/semana) la fruta recibida en el puesto de trabajo; 35,76% refirió consumirla a veces (2 o 3 veces/semana) y sólo el 5,45% no la consume casi nunca o nunca (ningún día o 1 día/semana).

El promedio diario de porciones de frutas que consume el recurso humano de la mutual es de 1,07 y sólo el 26,10% de los encuestados tiene incorporado el hábito de consumo diario de frutas.

Las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA) refieren la necesidad de consumir diariamente 2 a 3 frutas/día para alcanzar las 5 porciones diarias de frutas y verduras, en referencia a esto el 95% de los colaboradores consideran que el programa contribuye al cumplimiento de la recomendación de las GAPA (2,5% no sabe o no contesta y 2,5% no).

Un dato relevante es que algo más de 1 de cada 4 personas encuestadas consumen como única fruta del día la recibida en la Organización.

En cuanto al beneficio de recibir una bolsita de 30 gr. de frutos secos cada 15 días, 9 de cada 10 personas lo calificó como excelente o muy bueno, siendo para el 57,32% excelente y para el 32,52% muy bueno.

El 70,59% de las personas manifestaron consumirlos frecuentemente; 20,28% refirió consumirlos a veces (2 o 3 veces/semana) y 9,13% no los consume casi nunca o nunca (ningún día o 1 día/semana).

Al preguntar sobre el hábito de consumo previo de frutos secos, sólo 16,73% consumía siempre este grupo de alimentos; 64,11% a veces y el 19,15% no los consumía nunca.

Cuando se hizo referencia a la recomendación de las GAPA de utilizar al menos una vez por semana un puñado de frutas secas sin salar (maní, nueces, almendras, avellanas, castañas, etc.) o semillas sin salar (chía, girasol, sésamo,

lino, etc.); el 95,34% de los colaboradores consideraron que el beneficio contribuye a cumplir con la misma.

Un 12% de los colaboradores manifestaron que nunca consumían frutos secos y actualmente consumen siempre los recibidos en la campaña.

Menús y Break Saludable en reuniones:

En cuanto a la posibilidad de contar con un menú que ofrece diariamente opciones de ensaladas completas y nutritivas; el 88,91% la calificó como excelente o muy bueno, siendo para el 48,74% excelente y para el 40,17% muy bueno; 9,83% como buena y sólo 1,26% como regular.

Cuando se hizo referencia a la recomendación de las GAPA de Consumir al menos medio plato de verduras en el almuerzo, medio plato en la cena con el objetivo de alcanzar las 5 porciones diarias de frutas y verduras; 83,99% de los encuestados consideró que el beneficio contribuye a cumplir con la misma, 12,47% no sabe o no contesta y sólo 3,53% sostuvo que no contribuye.

9 de cada 10 personas calificó como excelente o muy buena la posibilidad de contar con break saludables en eventos o reuniones laborales y el 84% consideró que contribuye a cumplir con la recomendación de las GAPA que aconseja limitar el consumo de alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sodio: 12,35% no sabe o no contestó y sólo 3,70% consideró que no.

Hidratación:

En cuanto a la posibilidad de contar con tu botella de agua y/o expendedores de agua potable a disposición en el espacio de trabajo, casi la totalidad de los encuestados (97,36%) lo calificó como excelente (71,34%) o muy bueno (26,02%). Además, el 96% de los colaboradores sostuvo que esto contribuye a cumplir con la recomendación de las GAPA que aconsejan tomar a diario 8 vasos de agua segura.

Cuando se consultó por el hábito de consumo diario de líquidos (agua preferentemente o bebidas sin azúcar), se observó que aproximadamente 4 de cada 10 personas no llegan a beber 2 litros de líquidos/día.

Talleres de cocina:

El 4% de la población encuestada asistió a 1 de los 3 talleres de cocina brindados a la fecha, de la totalidad de participantes; el 78,95% calificó el beneficio de los talleres de cocina rica y saludable como excelente y el resto como muy bueno, y el 95% consideró que el taller fue útil para adquirir herramientas para alimentarse de forma saludable y trasladar eso a su hogar.

Pausa Activa:

El 77% de la población encuestada calificó como excelente o muy buena la posibilidad de contar con el beneficio de realizar voluntariamente la pausa activa en su lugar de trabajo, 18% considera que es bueno y 5% regular. Sin embargo, sólo 1 de cada 10 personas la realiza siempre, aproximadamente 1 de cada 3 la realiza a veces y más de la mitad no la realiza nunca. Esto hace pensar la necesidad de reforzar la campaña promoviendo sus beneficios y ejecución de la misma en la jornada laboral.

Discusión

Jerárquicos: Una Empresa Saludable

La Mutual Jerárquicos se encuentra enfocada en establecer un entorno saludable dentro y fuera del ámbito del trabajo, entendiendo que el compromiso social trasciende los límites de las oficinas. Para ello implementó el “Programa de Salud Laboral Vivir Sano” con el objetivo de mejorar la calidad de vida de su capital humano generando conciencia sobre la relevancia de llevar una vida sana.

El Programa de Salud Laboral Vivir Sano, fue desarrollado y es llevado adelante por el Área de Prevención y el Dpto. de Recursos Humanos de la Mutual. A través del mismo, se han dispuesto una serie de iniciativas que tienen como objetivo generar un ambiente seguro, garantizar el acceso, fomentar hábitos de vida saludable y promover la calidad de vida laboral, buscando contribuir al cumplimiento de las recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA) y a mejorar el estado de salud general de la población.

Implementación del Programa de Salud Laboral “Vivir Sano”

Pausa activa en el trabajo

La falta de actividad física constituye un importante problema de salud mundial y es uno de los problemas extendidos y en rápido aumento en los países tanto desarrollados como en desarrollo, generando una elevada carga de enfermedad, discapacidad y muerte. Actualmente, se ubica en el cuarto lugar entre los principales factores de riesgo de mortalidad a nivel mundial. Una gran parte de la población mundial realiza actualmente una actividad física insuficiente para mantener la salud física y mental.

Un estilo de vida físicamente activo se asocia con buen control de peso, menores cifras de tensión arterial, menor incidencia de diabetes y enfermedad cardiovascular, y mayor bienestar psicológico.

En Argentina se calcula que mueren cada año 39.000 personas de entre 40 y 79 años a causa de la inactividad física.

El desarrollo de hábitos poco saludables como la actividad física baja puede vincularse con los cambios socioculturales y del entorno que vienen desarrollándose durante los últimos años, como la creciente urbanización, el sostenido incremento del parque automotor y moto-vehicular, la prolongación de la jornada laboral, la utilización de computadoras en el lugar de trabajo y la aparición de tecnologías que produjeron nuevas formas de recreación y entretenimiento.

La disminución del desplazamiento caminando o en bicicleta que se realiza en medios de transporte público, y el uso masivo del automóvil y de otros medios mecánicos que ahorran esfuerzo físico ha contribuido enormemente a ello. En todo el mundo, las ciudades reservan espacios especiales para los vehículos automotores, en detrimento del dedicado a actividades recreativas. Los cambios experimentados por la estructura del empleo han alargado el tiempo de desplazamiento entre el domicilio y el trabajo, reduciendo paralelamente el tiempo disponible para comprar y preparar alimentos¹³.

También se observa en las tareas domésticas que en las dos últimas décadas los cambios en el estilo de vida incorporan tecnología, requiriendo menos gasto energético en el ámbito familiar.

También el aumento y uso generalizado de ascensores y escaleras mecánicas, por la transformación edilicia de las sociedades modernas: menos casas como vivienda única familiar y mayor porcentaje de población que vive en edificios en las urbes. Hay un gran cambio en las actividades recreativas desarrolladas en el tiempo libre, incorporando mayor cantidad de horas de televisión y video juegos, y disminuyendo actividades físicas y deportivas.

Todo lo mencionado conforman los cambios sociales, culturales y antropológicos que han experimentado las sociedades actuales y desarrollando un ambiente obesogénico.

La falta de tiempo es la principal barrera para la realización de actividad física.

La disminución del gasto calórico que conlleva la reducción de la actividad física es probablemente uno de los factores que más contribuyen a la epidemia mundial de sobrepeso y obesidad. La Red Nacional de Actividad Física y desarrollo humano del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales ha publicado 33 beneficios que se obtienen a través de una adecuada práctica de movimiento-ejercicio, entre ellas se encuentran evitar el sobrepeso y la obesidad⁶⁴.

En la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de la Organización Mundial de la Salud y su adaptación para América Latina y el Caribe, a través de la Organización Panamericana de la Salud, se recomienda a la población adulta realizar al menos 30 minutos de actividad física moderada, la mayoría de los días de la semana; mientras que para los niños y adolescentes el nivel recomendado es de 60 minutos diarios⁴⁵.

De acuerdo al Informe de FAO-OMS del año 2003, en un simposio sobre la relación dosis-respuesta entre la actividad física y la salud se aportaron datos demostrativos de que 30 minutos de actividad moderada son suficientes en lo que atañe a la salud cardiovascular/metabólica, pero no respecto de todos los beneficios para la salud. Dado que la prevención de la obesidad es una de las metas de salud fundamentales, la recomendación de 60 minutos diarios de actividad física moderada se considera apropiada. La actividad de intensidad moderada se considera suficiente para lograr un efecto preventivo en la mayoría de las enfermedades cardiovasculares y metabólicas.

Existe suficiente evidencia para recomendar estrategias de intervención para la promoción de actividad física que han demostrado ser costo efectivas⁶. La OMS recomienda que las estrategias orientadas a incrementar la actividad física deben focalizarse en: fomentar campañas masivas de comunicación para la promoción de estilos de vida saludables⁷⁶; desarrollar intervenciones en el ámbito escolar que garanticen espacios e instalaciones en las escuelas para que los niños y jóvenes realicen actividad física; y garantizar la accesibilidad a instalaciones deportivas y

de recreación⁸⁰. Los programas de promoción de actividad física en los lugares de trabajo han reportado beneficios como disminuciones en el ausentismo⁵³. En cuanto a los medios de transporte, pueden propiciarse comportamientos saludables y estilos de vida activos proporcionando los medios e instalaciones adecuadas para utilizar métodos alternativos como caminar y trasladarse en bicicleta⁵⁸.

Es importante mencionar que estas recomendaciones sobre actividad física son generales, por ello, es esencial evaluar responsablemente cuál es la capacidad individual de cada persona al momento de indicar y programar un ejercicio físico saludable.

Las actividades laborales también se fueron haciendo cada vez más sedentarias y con menor gasto de energía generando como consecuencia sobrepeso, obesidad y otras enfermedades metabólicas y crónicas de riesgo, aumentando la frecuencia y duración de las incapacidades laborales lo cual presupone implicancias desfavorables para el trabajador, la empresa y la sociedad.

En este sentido, el lugar de trabajo puede contribuir en la prevención del sobrepeso, obesidad y otras afecciones, si se logran incluir intervenciones de actividad física planificadas y sistemáticas, las llamadas “pausas activas”.

Está comprobado que estas acciones logran diferentes beneficios en los trabajadores y las instituciones.

En los trabajadores:

- Mejora su condición de salud.
- Mejora la adaptación al puesto laboral.
- Activa la respiración, la circulación sanguínea y la energía corporal.
- Mejora la movilidad articular y flexibilidad muscular.
- Mejora la postura.
- Disminuye la tensión muscular innecesaria.
- Previene las lesiones micro-traumáticas (aquellas que se generan por la

repetición reiterada del estímulo, por ejemplo, las tendinitis de los músculos que mueven los dedos y el puño en usuarios del mouse).

- Disminuye las lesiones y el esfuerzo en la ejecución de las tareas diarias.
- Contribuye al bienestar psicológico, refuerza la autoestima, mejora la capacidad de concentración, reduce el estrés, la ansiedad y los sentimientos de depresión y soledad.

En las instituciones:

- Mejora el rendimiento laboral cualitativa y cuantitativamente.
- Disminuye el ausentismo.
- Disminuye las incapacidades y los accidentes laborales.
- Disminuye la rotación de la mano de obra.
- Disminuye los costos médicos.
- Mejora la relación Institucional.
- Muestra la preocupación de la empresa por sus empleados.
- Despierta el surgimiento de nuevos líderes.
- Favorece el contacto personal y el sentido de pertenencia a un grupo.
- Mejora la atención al cliente externo.
- Mejora el clima organizacional.

En la Organización, se llevó adelante la implementación de la Pausa Activa en el Lugar de Trabajo. Para el lanzamiento, diferentes grupos recorrieron los diversos sectores de la organización coordinando los primeros ejercicios y entregando, junto con la revista interna, un instructivo que fue elaborado por Profesores de Educación Física con fotos ilustrativas para poder realizar diariamente los ejercicios y un mouse pad que recuerda la actividad.

La Pausa Activa tiene una duración de entre 5 y 8 minutos diarios dentro de la jornada laboral e incluye una rutina de ejercicios y técnicas de elongación y

movilidad articular principalmente de cuello, hombros, muñecas, manos, zona dorsal y lumbar.

Además, se instaló señalética en lugares claves para motivar, por ejemplo, el uso de la escalera en lugar del ascensor.

Alimentación saludable en el trabajo

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial de gran trascendencia socio-sanitaria y económica que constituye un problema de salud pública. La misma deja de ser un problema estético cuando adquiere un grado tal, que altera la morbi-mortalidad y la calidad de vida de quien la padece.

Supone un incremento importante en la morbilidad por su asociación con enfermedades que afectan a la mayoría de los sistemas del organismo (hipertensión, dislipidemia, diabetes mellitus, infarto agudo de miocardio, entre otras enfermedades).

La obesidad es una grave epidemia a nivel mundial y las estrategias aplicadas para su prevención han dado pobres resultados. Numerosos factores ambientales se han asociado al riesgo de obesidad y es importante que todos ellos sean considerados en las políticas de prevención.

La información, la educación y la publicidad también pueden considerarse como factores ambientales y de un modo u otro moldean la demanda del público. Es por ello que la OPS recomienda en su documento Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud (DPAS), “Establecer directrices y normas para la comercialización y publicidad de alimentos dirigidas a los niños. Hay pruebas irrefutables de que la comercialización dirigida a los niños influye en sus preferencias y que la mayoría de los productos anunciados tienen un alto contenido de energía y grasas”¹⁶.

Agrega que “Las iniciativas de la industria alimentaria para reducir el contenido de grasas, azúcar y sal de los alimentos procesados y el tamaño de las porciones, introducir más opciones innovadoras, saludables y nutritivas, y examinar las prácticas de mercadotecnia actuales podrían acelerar los beneficios para la salud en todo el mundo”.

Un punto esencial en la formación de hábitos de vida convenientes es regular de un modo efectivo la calidad de la comunicación. Esto comprende a todos los medios sin excepción, además de los contenidos y las formas de la publicidad de alimentos. Es una tarea que corresponde al mismo sector de la comunicación, que debería autorregularse de un modo eficiente para asegurar que los mensajes para la salud, difundidos como parte de sus programas, provengan de fuentes confiables y que no se divulgue la publicidad fraudulenta de sustancias, objetos y servicios tales como suplementos o aparatos que desalientan una alimentación adecuada y la actividad física.

Para comenzar a acercarnos a una alimentación adecuada, es preciso actuar a lo largo de toda la cadena alimentaria, desde la producción primaria hasta el alimento final que se ingiera dentro o fuera de la casa. Centrar los esfuerzos solamente en la industria alimentaria equivale a ignorar la mayor parte de los estímulos obesogénicos de la cultura actual.

La obesidad, como el tabaquismo, “al ser epidemias sociales, deben ser combatidas con medios sociales”. Y en el caso de la obesidad, esos medios tienen que ver con “la necesidad de modificar el ambiente obesogénico”. Se describe como tal al ambiente que favorece el desarrollo de la obesidad, o que estimula hábitos y comportamientos que conducen al exceso de peso. Es el conjunto de factores externos que nos rodean que puede conducir al sobrepeso u obesidad.

Es el contexto existente en estos momentos, “en los que se propicia y promueve la elección de las comidas y bebidas más ricas en calorías”. Esta clase de alimentos, están fácilmente al alcance del consumidor; son más prácticos, baratos y accesibles.

“La particularidad del asunto es ver si a la industria que genera esos alimentos se la ve como un enemigo o como parte de la solución. La industria tiene que ser parte de la solución porque uno puede cambiar los productos, si la industria colabora en el armado de productos más saludables.

“Si el Estado hace esfuerzos coordinadamente a favor de una política de alimentación en la que participen los áreas de Salud, Agroindustria y Economía; las universidades y las sociedades científicas; las organizaciones sin fines de lucro y los consumidores, entonces se armaría una política que avance en los distintos frentes en los que hay que mejorar, para facilitar que la gente coma más sano”. Uno de esos frentes, son las escuelas, en las que tendría que haber educación alimentaria y donde los chicos deberían recibir una mejor alimentación.

“Si la industria fue parte del problema, debe ser parte de la solución”, a su vez, el Estado se debe encargar de regular⁹.

La alimentación saludable es fundamental para mantener una buena salud y mejorar la calidad de vida. Sin embargo, en la actualidad una importante carga de enfermedad está asociada a una nutrición y alimentación inadecuadas. Desde hace varios años, la alimentación no saludable se ubica como el factor de riesgo más importante en todo el mundo²⁵.

A lo largo de las últimas décadas se fue desarrollando una transición nutricional, caracterizada por una dieta con gran densidad energética y un consumo relativamente elevado de alimentos con alto contenido de grasas saturadas (principalmente de origen animal), azúcares y sodio. Otro factor relevante es el alto consumo de productos ultraprocesados como las bebidas azucaradas, los snacks con alta densidad calórica y las comidas rápidas⁶¹. A esto también se suma el escaso consumo de frutas, verduras, granos y cereales integrales^{60 43}. En suma, todo esto predispone a la aparición de factores de riesgo y enfermedades como la hipertensión arterial, colesterol elevado, diabetes, algunos cánceres, osteoporosis, sobrepeso y obesidad.

La mortalidad mundial atribuible al bajo consumo de frutas y verduras se estima en 2,6 millones de muertes al año. Se calcula que el aumento del consumo de frutas y verduras podría reducir la carga mundial de morbilidad en un 1,8%, la carga de cardiopatía isquémica en un 31% y la de ictus isquémico en un 19%; mientras que para los cánceres de esófago, estómago, pulmón y colo-rectal, las reducciones serían del 20%, 19%, 12% y 2%, respectivamente²⁸.

La elevada ingesta de sodio está asociada a enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y mayor riesgo de hipertensión arterial. Por esta razón, la OMS recomienda consumir menos de 5 gramos diarios de sal. Se estima que en Argentina el consumo promedio diario de sal por persona asciende a 11 gramos aproximadamente. Se calcula que con una disminución de 3 gramos de la ingesta diaria de sal se evitarían en nuestro país unas 6.000 muertes y podrían prevenirse alrededor de 60.000 eventos cardiovasculares y cerebrovasculares cada año³³.

La alimentación saludable se ha identificado como un determinante clave en la prevención de enfermedades crónicas, constituyéndose en un componente fundamental de las actividades de promoción de la salud y prevención de factores de riesgo.

La cantidad recomendada por la OMS es de 5 porciones diarias de frutas y/o verduras. Los promedios más elevados del consumo diario de frutas o verduras se registran fundamentalmente, en el grupo de mayor edad (2,4), el de mayor nivel educativo (2,1) y mayor nivel de ingresos.

Los resultados de la 3° ENFR evidenciaron que el consumo promedio de frutas o verduras en Argentina continúa siendo muy inferior al promedio diario recomendado por la Organización Mundial de la Salud. Estos resultados sugieren la necesidad de orientar las intervenciones a incrementar el consumo de frutas y verduras en la población. Por otro lado, se evidenció una importante disminución en el porcentaje de personas que utilizaron sal siempre o casi siempre después de la cocción o al sentarse a la mesa en comparación a la 2° ENFR.

Con el compromiso de promover una alimentación saludable en el trabajo, la Mutual Jerárquicos implementó el proyecto “Afrutate”, entregándole diariamente frutas frescas, a los empleados en sus puestos de trabajo a modo de colación y cada 15 días se les brinda una porción de 30 gr. de frutos secos (nueces y almendras) para que puedan optar por una colación nutritiva y fomentar el consumo de este grupo de alimentos, basados en el aporte de ácidos grasos de buena calidad y su beneficio en la salud cardiovascular.

Además se cuenta con opciones nutritivas y saludables en el Menú S.O.S. que realiza el Centro de Eventos de la Organización, bajo la supervisión de una Lic. en Nutrición; y se ofrece también una opción de breaks saludables en las capacitaciones y eventos que organiza la Mutual.

En la Revista interna “Equipo”, se publican consejos para aprovechar las vacaciones de manera saludable haciendo hincapié en una dieta balanceada y una adecuada hidratación y, a través de envíos de correos internos, consejos para cuidar la alimentación en época de fiestas.

También se iniciaron los Talleres de cocina. La propuesta tuvo como objetivo brindar el espacio para que los participantes puedan contar con herramientas que le permitan llevar a cabo una alimentación saludable. Los mismos fueron dictados por un equipo conformado por un chef y dos nutricionistas, en el cual se transmitieron recetas saludables, fáciles y accesibles para la cocina cotidiana, técnicas culinarias, opciones de reemplazos, aportes de nutrientes, importancia de los mismos en una alimentación saludable. Se realizaron de forma práctica asegurando la participación de todos los asistentes, se brindó información nutricional de los grupos de alimentos utilizados y además se entregó a cada participante, el recetario buscando también que los hábitos que se promueven en el lugar de trabajo se trasladen a las familias, por eso el slogan de esta campaña fue: “Llévate el Vivir Sano a casa”.

En lo que hace a la Prevención y Promoción de la Salud en la comunidad escolar, funciona en el Centro Educativo Jerárquicos la Cantina saludable, ofreciendo

alimentos nutritivos y cuidando las raciones de los mismos. Allí los niños pueden encontrar: arroz con leche, alfajores simples, ensaladas de frutas, galletitas, barras de cereal, yogures, leches chocolatadas, agua y bebidas sin azúcar.

Por otra parte, la alimentación en el Comedor escolar se encuentra coordinada y supervisada por profesionales de la Nutrición.

Con el objetivo de promover hábitos saludables desde la primera infancia e informar a las familias acerca de las acciones que se desarrollan en relación a la alimentación, se realizan charlas sobre “Alimentación Saludable en escolares”, a cargo de profesionales Lic. En Nutrición y miembros del Dpto. de Prevención.

La misma es destinada a padres de los niños del nivel primario y e inicial del Centro Educativo a quienes se les hace entrega de la “Guía de Alimentación saludable para crecer sanos y fuertes”.

Peso corporal

Actualmente el sobrepeso y la obesidad se encuentran entre los principales factores de riesgo de muerte y de carga de enfermedad a nivel mundial. Cada año fallecen alrededor de 3,4 millones de personas adultas como consecuencia del exceso de peso. Además, gran parte de la carga de enfermedades no transmisibles pueden atribuirse al exceso de peso como el caso de la diabetes (44%) y las cardiopatías isquémicas (23%), y entre el 7% y el 41% de la carga de ciertos tipos de cánceres^{51 23}.

Si bien el sobrepeso y la obesidad solían ser considerados un problema propio de los países de ingresos altos, desde hace algunos años este fenómeno está aumentando de manera significativa en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en las regiones urbanas²¹.

La causa fundamental del exceso de peso es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. En el mundo se han producido dos fenómenos complementarios que acentúan este desequilibrio: un descenso en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas

de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización, y un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos ricos en grasas, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes⁵⁷.

El exceso de peso es un fenómeno mundial que no ha mostrado signos de retroceso a pesar de ser, en gran parte, prevenible. La Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, adoptada en septiembre de 2011, reconoce la importancia crucial de reducir el nivel de exposición de las poblaciones a dietas poco sanas y al sedentarismo. En dicha Declaración se manifiesta el compromiso de promover la aplicación de la Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, incluidas las políticas y medidas orientadas a promover la alimentación saludable e incrementar la actividad física en toda la población.

Asimismo, la OMS ha creado el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, que tiene por objeto cumplir los compromisos de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre las Enfermedades No Transmisibles, que recibió el respaldo de los Jefes de Estado y de Gobierno en septiembre de 2011. El Plan de acción mundial contribuirá a realizar avances en nueve metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles que deben alcanzarse no más tarde de 2025, incluidas una reducción relativa del 25% en la mortalidad prematura a causa de dichas enfermedades para ese año y una detención del aumento de la obesidad mundial para coincidir con las tasas de 2010⁵⁰.

Existe evidencia de la efectividad de políticas específicas y acciones regulatorias diseñadas para que las opciones saludables sean accesibles y estén respaldadas por programas educativos. Entre las estrategias recomendadas se incluyen la regulación de la publicidad de alimentos a los niños, políticas fiscales para regular

el mercado de bebidas y alimentos; como la aplicación de impuestos a bebidas azucaradas, la mejora del etiquetado, la inclusión de advertencias sanitarias, la descripción del contenido calórico de las porciones mediante señales en comercios y servicios de comida, la promoción de kioscos y comedores saludables en las escuelas y otras instituciones y la protección de la agricultura familiar³⁹.

Siguiendo estos lineamientos, el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, y en el marco del Plan Nacional Argentina Saludable, implementa acciones dirigidas a promover la alimentación saludable y la actividad física para controlar el avance de la obesidad y el sobrepeso en toda la población (niños, jóvenes y adultos). A través de dicho Plan se llevan a cabo estrategias de promoción de la salud, cuyos ejes se centran en la promoción de la alimentación saludable y la actividad física. Las acciones para llevar a cabo sus objetivos se enmarcan en continuas campañas masivas de comunicación³⁴.

También desde la misma Dirección se elaboró la Guía de Práctica Clínica sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad. La misma se fundamenta en la necesidad de reconocer a la obesidad como problema de salud y brinda herramientas para mejorar su diagnóstico y tratamiento, contribuyendo a su disminución y acortando las brechas entre el conocimiento y la práctica de los diferentes actores implicados en el abordaje de esta problemática³⁸. Por otra parte, se actualizaron las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA), una herramienta educativa para mejorar los hábitos alimentarios de la población argentina.

En suma, el incremento de la obesidad representa un verdadero desafío intersectorial para detener y revertir su avance. Se vuelve indispensable fomentar el debate de políticas regulatorias con relación a la oferta de alimentos y la actividad física, y el afianzamiento de acciones destinadas a diferentes públicos, todos expuestos al crecimiento continuo de esta epidemia a nivel mundial.

En lo que hace al control del peso corporal, teniendo en cuenta el Índice de Masa Corporal (IMC) en base al peso y la talla según parámetros de la OMS; lo investigado en la población estudiada muestra que en 2013, 58 casos (50,43%) presentaron sobrepeso y 29 (25,22%) obesidad con un total de 87 (75,65%) superiores a 25 en el IMC., mientras que en 2018, 43 casos (37,39%) presentaron sobrepeso y 39 (33,91%) obesidad con un total de 82 registros (71,30%) superiores a 25 en el IMC.

Colesterol elevado

El colesterol elevado es una de las principales causas de la carga de enfermedad en el mundo en tanto factor de riesgo clave para la enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y vascular renal. Se estima que el colesterol elevado causa 2,6 millones de muertes (4,5% del total) y una pérdida de 29,7 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), que significan el 2,0% del total a nivel mundial⁷².

La presencia de altos niveles de colesterol en la sangre puede tener diferentes causas pero principalmente están vinculadas al estilo de vida, como el sedentarismo, el exceso de peso, la alimentación rica en grasas o el consumo excesivo de alcohol; también puede asociarse al consumo de ciertos medicamentos³⁶ y/o a antecedentes familiares⁴².

Ciertos cambios de hábitos, como la adopción de una dieta saludable y la realización de actividad física en forma regular previenen altos niveles de colesterol en sangre⁴⁴. En este sentido, la reducción de la ingesta de grasas trans es una herramienta fundamental para la prevención de enfermedades dados los efectos adversos que presentan: aumentan el nivel de colesterol (LDL y VLDL), disminuyen el del colesterol (HDL) e inflaman el revestimiento de las arterias⁵⁶.

Debido a la relevancia del colesterol elevado en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares, a la importancia de estas afecciones en la carga de enfermedad a nivel mundial y a la existencia de herramientas efectivas para su control, resultan

prioritarias las intervenciones destinadas a la prevención y tratamiento de la dislipemia.

En la 3° ENFR, los grupos donde se observó mayor porcentaje de medición y control del colesterol alguna vez, al igual que para la HTA fueron: las mujeres, las personas de mayor edad, en los niveles educativos y de ingresos más altos y entre aquellos con obra social o prepaga, observándose mayor prevalencia del aumento en los valores en los registros entre adultos mayores y en personas con menor nivel educativo.

De acuerdo a la evidencia, la realización de actividad física y una alimentación saludable ayudan a reducir y prevenir el desarrollo del colesterol elevado.

Con respecto al control de la colesterolemia evaluado en la Mutual Jerárquicos, su resultado fue muy satisfactorio, ya que en 2013 se halló un total de 70 casos de hipercolesterolemia (60,87%) mientras que en 2018 el resultado fue de 47 (40,87%); de los cuales 25 (53,19%) mejoraron sus valores, 14 (29,78%) lo aumentaron y 8 (17,02%) fueron nuevos hipercolesterolémicos. Por otro lado 31 de los 70 hipercolesterolémicos iniciales (44,3%) normalizaron sus registros siendo esto estadísticamente significativo y 37 (32,17%) de la población total presentaron siempre valores normales.

Diabetes

La diabetes se ha convertido en una epidemia mundial relacionada con el rápido aumento del sobrepeso, la obesidad y la inactividad física, sumado al crecimiento y envejecimiento de la población a nivel global. En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes¹¹, y es una de las principales causas de enfermedad y muerte prematura en la mayoría de los países, sobre todo debido al aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares que conlleva⁵⁵.

Un 50% de los pacientes con diabetes mueren de enfermedad cardiovascular, principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular (ACV)⁴¹; además constituye una de las principales causas de insuficiencia renal⁶⁹.

Según la Organización Mundial de la Salud, en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas en el mundo como consecuencia de ella⁴⁶ y, según estas proyecciones, la diabetes será la séptima causa de muerte en 2030 y más del 80% de las muertes de este tipo se registran en países de ingresos bajos y medios. Mientras que en los países desarrollados la mayoría de las personas con diabetes han superado la edad de jubilación, en los países en desarrollo el grupo más afectado es el de 35 a 64 años³².

La evidencia disponible hasta el momento es insuficiente para recomendar a favor o en contra del rastreo de diabetes en la población general. La recomendación de realizar glucemia en ayunas en personas asintomáticas en busca de diabetes aplica a aquellos que tengan condiciones que aumenten el riesgo de esta patología (como la obesidad, entre otras). También se la recomienda en personas de 45 o más años, si bien no existe aún evidencia suficiente que lo avale o desaconseje, dado el bajo costo y riesgo del test con el objetivo de aumentar la tasa de detección de diabetes²⁰. Entre los tratamientos actualmente utilizados para la diabetes se incluyen la terapia farmacológica y el abordaje no farmacológico en el que los cambios en el estilo de vida y los ambientes promotores de salud tienen una influencia significativa⁶⁷. Por otro lado, es conocido el efecto de la educación diabetológica como factor decisivo en el éxito de los tratamientos en personas con diabetes²⁹, ocupando un rol importante en el empoderamiento a través de la adquisición de conocimiento y sobre todo, de habilidades específicas para manejar su condición con eficacia.

Según la 3° ENFR, la prevalencia de diabetes en la población total (18 años y más) fue de 9,8%. Aumentó a mayor edad, con un mínimo de 2,9% en el grupo de 18 a 24 años y un máximo de 20,3% entre el segmento de 65 años y más, y a menor nivel educativo.

También la misma Encuesta Nacional reflejó, que existe un elevado nivel de control de glucemia en la población: donde 8 de cada 10 personas se controlaron alguna vez, ascendiendo el mismo a mayor edad. Se observaron diferencias en el indicador respecto al tipo cobertura: aquellas personas con cobertura exclusivamente del sistema público reportaron menores índices de medición de glucemia que aquellos con otra cobertura de salud.

Con relación a las intervenciones poblacionales para la prevención de la diabetes, existe clara evidencia sobre la efectividad de las políticas sobre alimentación saludable y actividad física en general. Las intervenciones individuales orientadas a personas con riesgo sobre alimentación y actividad física también demostraron retrasar y/o prevenir la aparición de la diabetes, así como la reducción del peso corporal y algunas intervenciones farmacológicas⁷⁰.

La Organización como entidad social, considera que es posible establecer lazos entre la comunicación y la salud favoreciendo la difusión de información, conocimientos y prácticas que ayuden a mejorar los sistemas de salud y el bienestar de las personas. En este sentido, se ha apostado a disminuir la brecha existente entre la medicina y la población planificando eventos y estrategias de comunicación y prevención para que los temas de salud alcancen a la comunidad e impulsen acciones y hábitos concretos.

La revista Interés Mutuo representa una de las vías de contacto con los Socios y Prestadores de la Mutual. Se les hace llegar trimestralmente y tiene como eje fundamental la comunicación de la salud. Además se entregan Guías de Salud orientadas a determinado sector de la población de socios según la necesidad particular, entre las que podemos mencionar:

- La guía de Educación en Diabetes, enmarcada en las acciones del Programa de Diabetes Mellitus de la Mutual, el cual fue desarrollado para controlar la morbimortalidad de esta patología y sus complicaciones. El objetivo de esta guía es acompañar a la persona que transita por la enfermedad, brindándole

información, ayudándolo a resolver problemas y a mejorar sus niveles de glucemia, enseñándole a mejorar su calidad de vida.

- La guía Vivir Sano que aborda hábitos de vida saludable que constituyen factores protectores para disminuir el riesgo de desarrollar patologías crónicas.

La misma está destinada a adultos sanos (no considerando situaciones patológicas o fisiológicas particulares -diabetes, hipertensión, obesidad y el embarazo entre otras-) con el compromiso de proporcionar herramientas a la comunidad destinadas a mejorar el estilo de vida y en ella se desarrollan los siguientes aspectos educativos: control del peso, alimentación, recomendaciones saludables para trabajadores de oficina, actividad física, hidratación, el descanso y el ocio, dejar de fumar.

Formando parte del Programa Preventivo de Diabetes Mellitus, organizada de manera conjunta por el Dpto. de Prevención de Jerárquicos y la Asociación Santafesina de Diabetes (ASDI), se dictaron Jornadas de educación diabetológica, sobre “Herramientas para el autocuidado”, contando con la participación de familiares y personas con Diabetes, Podólogos, estudiantes y Lic. En Nutrición, donde distintos profesionales abordaron la enfermedad desde diferentes temáticas.

Dentro del Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Ministerio de Salud de la Provincia se organizó una jornada de prevención en la ciudad de Santa Fe, sobre detección de factores de riesgo destinada a toda la comunidad donde se le entregó a todos los asistentes una ficha personal en la cual se registraron los valores de glucemia, tensión arterial, peso y talla para que con el mismo realicen la consulta a sus médicos de cabecera, con el fin de colaborar en la detección precoz de la Diabetes y así prevenir el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas.

En lo que se refiere al control de la glucemia en la presente investigación, en 2013 se hallaron 10 casos de hiperglucemia (8,69%) y en 2018 un total de 20 (17,39%)

de los cuales 6 (30%) se trataron de diabéticos ya conocidos, 4 (20%) de diabéticos que se confirmaron en la actualidad y en 10 casos (50%) se lo catalogó como hiperglucemia aislada a considerarse en ulteriores controles para definir su diagnóstico. Además actualmente se normalizó el registro en 4 casos de los 10 originales (40%), siendo éste dato estadísticamente significativo; y se mantuvieron siempre en valores normales 91 (79,13%) del total de los participantes. De los 6 diabéticos ya conocidos 5 de ellos mejoraron su medición y disminuyeron la dosis de medicación recibida y el restante se mantiene estable, además de recibir en todos los casos tratamiento complementario con control estricto de la dieta y actividad física regular.

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) constituye un factor de riesgo de diversas patologías como la enfermedad coronaria aguda, el accidente cerebrovascular isquémico y hemorrágico, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad vascular periférica, la enfermedad vascular renal y la hemorragia retiniana⁷⁹.

Se estima que 9,4 millones de personas fallecen en el mundo debido a la HTA²⁷, representando el 12,8% del total de muertes anuales⁷³. En América del Sur en el 2010 se situó entre los tres factores de riesgo principales de muerte y de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) en personas mayores de 50 años²⁴.

La medición de la presión arterial constituye una práctica preventiva importante para la detección de personas que podrían beneficiarse con intervenciones efectivas (como cambios en el estilo de vida o medicación) y reducir el riesgo cardiovascular asociado a la HTA²⁶. Estudios científicos han evidenciado que el tratamiento farmacológico podría reducir el riesgo relativo de enfermedad coronaria en un 44% y el de accidente cerebrovascular en un 49%¹⁸.

Si bien las intervenciones destinadas a individuos de alto riesgo son necesarias e importantes, las políticas dirigidas a la población en su conjunto tienen alto

impacto ya que evitan eventos cardiovasculares en un gran número de personas consideradas no hipertensas.

Los programas que promueven el menor consumo de sal de la población en su conjunto tienen como meta reducir la importante carga sanitaria que representan las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. Constituyen una de las principales acciones de promoción de la salud y forman parte de un plan integral de prevención y control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

Sus objetivos principales son: concientizar a la población sobre la necesidad de disminuir la incorporación de sal en las comidas, reducir progresivamente el contenido de sodio de los alimentos procesados mediante acuerdos con la industria de alimentos y disminuir el contenido de sal en la elaboración del pan artesanal.

La prevalencia de HTA en Argentina es similar a la descrita para todo el continente americano (35%), región de menor prevalencia a nivel global. Sin embargo, la distribución de este factor de riesgo no es igual en toda la población de nuestro país. Ya ha sido ampliamente descrito que los determinantes sociales de la salud, como los ingresos, la educación y la vivienda repercuten negativamente en los factores de riesgo conductuales y, en este sentido, influyen en la aparición de hipertensión. Las condiciones de vida o de trabajo también pueden retrasar la detección y el tratamiento por la falta de acceso al sistema de salud y además, dificultar la prevención de las complicaciones. La urbanización acelerada además tiende a contribuir a la hipertensión, ya que los entornos insalubres alientan el consumo de comidas rápidas, el sedentarismo, el tabaquismo y el uso nocivo del alcohol^{47 22}.

Existe una importante influencia del tipo de cobertura de salud en la calidad de la atención recibida por las personas. Estos hallazgos son coincidentes con lo que ocurre en otros países de ingreso medio⁴.

En lo que hace al control de la tensión arterial (TA) del trabajo, en 2013 la cantidad

de personas con registros de TA sistólica igual o mayor a 140 mm. Hg. era de 27 (23,47%) y en 2018 es de 23 (20%), habiendo normalizado su registro 16 de los 27 (59,30%) y manteniéndose siempre en valores normales 76 (66,08%) del total de la población. De los 23 con registro positivo; 8 (34,78%) mejoraron su medición con respecto a 2013 habiendo disminuido la dosis de medicación necesaria, 3 (13,04%) aumentaron su valor y en 12 casos (52,17%) se trataron de nuevos hipertensos.

Hidratación adecuada

Se implementó también en la Organización, la incorporación sistemática del consumo de agua en el ambiente de trabajo teniendo en cuenta que el consumo diario de al menos 2 litros trae aparejado beneficios indispensables para el organismo. El agua es el componente mayoritario de las células del cuerpo, protege las articulaciones, transporta los nutrientes a las células del cuerpo y favorece la excreción de residuos o sustancias de desechos. También ayuda a regular la temperatura corporal mediante la redistribución del calor desde tejidos activos hasta la piel y mediante el enfriamiento del cuerpo a través del sudor.

Dentro de este objetivo se asegura a los empleados el libre acceso a los expendedores de agua potable y en el año 2015 se le hizo entrega a cada trabajador de una botella de agua de 500cc. con el mensaje “Consumí 2 litros de agua por día”, junto a la revista interna, a fin de motivar el hábito y promover los beneficios de una correcta hidratación. A su vez, cada nuevo colaborador que ingresa a la Mutual recibe una botella de regalo.

Campaña de Cesación Tabáquica:

El tabaquismo es una epidemia a nivel mundial cuyas consecuencias nocivas en la salud de las personas siguen en aumento y ha sido reconocido como una causa

de empeoramiento de la pobreza y una barrera para el desarrollo sostenible global.

En el mundo mueren alrededor de 6 millones de personas al año por cuestiones relacionadas con el tabaco: aproximadamente el 10% de estas defunciones están asociadas a la exposición al humo de tabaco ajeno y el resto al consumo directo de algún producto de tabaco. Se estima que, de mantenerse la tendencia de los indicadores de tabaquismo, para el 2030 la cantidad de muertes asociadas ascenderá a más de 8 millones anuales en el mundo⁵⁴.

Al analizar el tabaco como uno de los principales factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, se evidencia que más del 70% de las muertes por cáncer de pulmón, bronquios y tráquea son atribuibles al consumo de tabaco, así como el 11% de las muertes por cardiopatía isquémica⁴⁹. Lo paradójico de esta temática es que, de todos, el tabaquismo es el factor de riesgo más prevenible.

- En la Argentina cada año mueren 44.000 personas por enfermedades asociadas al tabaquismo que podrían ser evitadas.
- El 25% de la población adulta de nuestro país fuma, lo que representa una de las tasas más altas de la región.
- Se destinan más de 30.000 millones de pesos a atender las enfermedades que provoca el consumo de tabaco, es decir alrededor de un 12% del gasto sanitario total.
- Los niños y niñas comienzan a fumar a los 12 años en promedio en nuestro país y 1 de cada 5 jóvenes de 13 a 15 años fuma. Las mujeres ya fuman 1/3 más que los varones.
- En sintonía con la tendencia mundial, el consumo se desplaza de varones a mujeres y de niveles socioeconómicos altos a bajos, por lo que se observa un crecimiento sostenido de la mortalidad femenina por cáncer de pulmón y un 25% de mayor consumo relativo en adolescentes de población vulnerable respecto de los de altos ingresos.

Los últimos datos relevados sobre tabaquismo evidencian que la epidemia ha disminuido en los últimos 8 años, tanto en la población joven (13 a 15 años) ³⁵ como adulta (18 años y más) ³⁷. Sin embargo, sus efectos siguen siendo preocupantes, no sólo por su impacto en la salud de los individuos sino porque también representan un alto costo para la economía nacional.

En la Mutual Jerárquicos se ha tomado la decisión de trabajar y acompañar al personal, informándolos sobre las consecuencias del tabaco para la salud y los beneficios de abandonar este hábito. A través del “Programa Vivir Sano”, se realizó una encuesta con el objetivo de poder identificar a aquellos empleados que deseen abandonar el hábito tabáquico y planificar las intervenciones de cesación tabáquica.

Se han llevado a cabo charlas de cesación tabáquica, organizadas por el área de Prevención y Recursos Humanos de la Mutual, en conjunto con la Oficina de Programas de Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

En la misma se abordaron temas como: Enfermedades del tabaco en fumadores activos y pasivos, impacto en los niños, ambientes libres de humo, beneficios para la salud al dejar de fumar, entre otros. Además se decidió extender la invitación a toda la comunidad, teniendo en cuenta que dejar de fumar es una de las decisiones que más contribuyen a mejorar la calidad de vida de una persona y de su familia.

En cuanto a la medición del impacto que ésta tuvo sobre los asistentes, se formalizó una encuesta post -charla y se observó que el 38.89% clasificaría la información brindada como muy buena y el 50% de los participantes pensó en dejar de fumar a raíz de lo expuesto.

En la presente investigación efectuada es altamente favorable el resultado obtenido desde la implementación de las medidas del Programa ya que se observa que en 2013 el número de fumadores de la muestra seleccionada era de 51 (44,34%) y en 2018 es de 32 (27,82 %), siendo que 35 (68,62%) de los

fumadores iniciales abandonaron el hábito lo cual constituye un dato estadísticamente significativo y 48 (41,73%) nunca fumaron. De los 32 actuales, 16 (50%) son nuevos fumadores y de los 16 ya conocidos, 8 disminuyeron la cantidad de cigarrillos que fuman diariamente durante el referido período.

Actualmente se continúa trabajando para poder avanzar en esta campaña con el objeto de facilitar y acompañar al empleado en el comienzo de tratamientos que sean adecuados para dejar de fumar, como así también se comparten testimonios de aquellos que han abandonado el hábito, a manera de ejemplo proactivo con el fin de estimular positivamente a los demás en la concientización de que es posible lograrlo.

Alcohol

A nivel mundial el uso nocivo del alcohol causa aproximadamente 3,3 millones de muertes por año, lo que representa el 5,9% de todas las muertes, mientras que el 5,1% de la carga mundial de morbilidad es atribuible al consumo de esta sustancia. Si bien la relación entre el consumo de alcohol y la salud es compleja, la evidencia científica demuestra que el uso nocivo del alcohol es la principal causa de traumatismos involuntarios por lesiones, de trastornos neuropsiquiátricos, depresión, malnutrición y, en casos muy severos, puede generar daño cerebral. También es un importante factor de riesgo para la prevalencia de múltiples enfermedades, como las hepáticas, cardiovasculares, diversos tipos de cáncer, úlceras, anemia, coagulopatías y enfermedades de transmisión y funcionamiento sexual⁷⁵.

En nuestro continente el consumo promedio de alcohol per cápita es superior al promedio mundial. Asimismo el patrón de consumo de alcohol es más peligroso ya que se bebe de manera episódica e intensa, lo cual está directamente relacionado con los traumatismos, sobre todo entre los jóvenes de 15 a 34 años⁸⁴. En la Argentina según datos de la Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas realizada por el Ministerio de Salud de la Nación y el Instituto Nacional de Estadística y Censos en el año 2011¹⁵, la mitad de la

población de entre 16 y 65 años refirió haber consumido alcohol al menos una vez en los últimos 30 días y un 26,4 % presentó conductas de un consumo episódico excesivo. A su vez, se registró este tipo de consumo con mayor proporción en los varones y entre los jóvenes, al igual que lo evidenciado en estudios anteriores realizados por la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (SEDRONAR) para la población general⁶⁸.

Indudablemente las cifras citadas evidencian que nos encontramos frente a un grave problema de salud pública, por lo que resulta imperativo analizar y fortalecer los marcos institucionales para el abordaje de esta problemática con objetivos muy claros e intervenciones precisas. Según la Estrategia Mundial de la OMS para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol, entre las políticas más costo-efectivas se encuentran: el control de la disponibilidad de alcohol; el aumento del precio a través de impuestos; el control de la publicidad del alcohol y la implementación de políticas para evitar la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol⁵⁹. Otras medidas poblacionales que también cuentan con evidencia en su costo-efectividad son el aumento de la edad mínima permitida para adquirir alcohol y la regulación de la graduación de alcohol en las bebidas^{74 40 71}. Dentro de las intervenciones individuales, las estrategias de detección temprana e intervenciones breves por agentes sanitarios en el primer nivel de atención están respaldadas por numerosos estudios y son una de las medidas más prometedoras para reducir tanto el consumo regular como el episódico excesivo y así, disminuir la morbimortalidad por lesiones traumáticas.

Conclusiones

Existe una clara relación entre la nutrición, los hábitos de vida saludable, la actividad física y la comunicación alimentaria en la población actual con la prevalencia de enfermedades prevenibles como obesidad, diabetes mellitus, hipertensión y aterosclerosis.

Entendemos por hábitos de vida saludable, una serie de acciones que en su conjunto constituyen un estilo de vida y si bien practicarlos no garantiza el gozar de una vida más larga, pueden mejorar su calidad así como disminuir la incidencia de enfermedades prevenibles.

El envejecimiento de la población, el consumo de tabaco, la dieta no saludable y la falta de actividad física, principalmente, en el contexto de la globalización y el crecimiento urbano muchas veces no planificado, explican las altas prevalencias de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes y obesidad y con ello que las enfermedades cardiovasculares sean la primera causa de muerte. La Asamblea Mundial de la Salud (OMS), señala que las 4 enfermedades más importantes: cardiovasculares, cánceres, enfermedades pulmonares y diabetes, son evitables en gran medida mediante un estilo de vida activo y saludable, el cual determina la calidad de vida presente y futura de la humanidad.

Por otro lado los hábitos alimentarios actuales son determinantes de las enfermedades mencionadas, con su denominador común: la obesidad. Los cambios sociales que llevan a consumir alimentos de menor valor nutricional, y preparaciones menos saludables refuerzan lo antedicho.

Las modificaciones en el estilo de vida que se dieron a raíz de los cambios socio-culturales traen aparejadas una serie de situaciones que inciden en forma directa en la salud.

Lo que inicialmente se toma como “mejoras” y/o “adelantos tecnológicos”, ya sea en lo referente a incorporar mayor tecnología en el área doméstica, electrodomésticos, medios de locomoción, ascensores, escaleras mecánicas, etc.,

vemos que se acompaña de un marcado aumento de enfermedades cuya raíz principal es el sedentarismo.

La población actual mantiene un bajo perfil de actividad, tal cual ocurre en la mayoría del mundo desarrollado o en vías de desarrollo, explicando la aparición de una “epidemia del sedentarismo”, comparable con varias regiones mundiales.

A medida que el mundo se va desarrollando, las personas que en él se desenvuelven se convierten en sujetos altamente capaces de decidir de acuerdo a sus preferencias, y aquí entra la elección de comidas, hábitos de alimentación, actividad física, en ocasiones de manera inconscientes se convierten en potenciales adultos enfermos. Es ahí cuando se debe actuar y hacer que el individuo logre identificar hábitos alimentarios inadecuados y como sustituirlos por otros saludables para el beneficio de su propia salud, promoviendo la implementación de actividad física logrando así que todos sean físicamente activos disminuyendo la latencia de riesgos de enfermedades cardiovasculares y metabólicas.

Es preciso implementar políticas sanitarias que aborden la problemática de manera integral. Por eso, se debe llevar adelante una Estrategia Nacional para reducir las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y sus factores de riesgo. La misma se basa en tres grandes líneas de acción: vigilancia epidemiológica, reorientación y mejora de la calidad de los servicios de salud y promoción de políticas poblacionales a través de la educación, concientización y regulación (de productos y entornos sociales).

En la actualidad el ámbito laboral es un contexto en el cual pueden desarrollarse acciones conjuntas entre la empresa y el empleado incentivando y promoviendo hábitos de vida saludable que impacten positivamente tanto en lo individual como a nivel organizacional logrando que los mismos se trasladen al ámbito familiar, entendiendo que las acciones trascienden los límites de las oficinas.

La ejecución de medidas preventivas adoptadas en el marco del Programa de Salud Laboral “Vivir Sano” en la mutual Jerárquicos de Santa Fe, ha sido muy beneficiosa como adyuvante en la adopción de hábitos de vida saludables de su personal, reflejándose en la mejora de los parámetros de medición del riesgo para las Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

Una de las mejoras más significativas, se logró en lo referente al hábito tabáquico de la población estudiada, con un descenso del número de fumadores que era de 51 (44,34%) en 2013 y que en 2018 es de 32 (27,82 %), siendo que 35 (68,62%) de los fumadores iniciales abandonaron el hábito lo cual constituye un dato estadísticamente significativo y de los 16 que continúan fumando, 8 disminuyeron la cantidad de cigarrillos diarios durante el referido período, registrándose 16 nuevos fumadores.

También en lo referente al control de la colesterolemia, ya que en 2013 se halló un total de 70 casos de hipercolesterolemia (60,87%) mientras que en 2018 el resultado fue de 47 (40,87%); de los cuales 25 (53,19%) mejoraron sus valores, 14 (29,78%) lo aumentaron y 8 (17,02%) fueron nuevos hipercolesterolémicos. Por otro lado 31 de los 70 hipercolesterolémicos iniciales (44,3%) normalizaron sus registros siendo esto estadísticamente significativo. La colesterolemia presentó luego del programa un descenso promedio de 18,6 unidades, la cual es estadísticamente significativa. $p=0,0001$ y un Intervalo de Confianza al 95% de (11,84; 25,36).

En lo que hace al control de la tensión arterial (TA), la cantidad de hipertensos se redujo de 27 (23,47%) a 23 (20%), habiendo normalizado su registro 16 de los 27 (59,30%) aunque éste dato no resulta estadísticamente significativo. De los 23 con registro positivo; 8 (34,78%) mejoraron su medición con respecto a 2013 habiendo disminuido la dosis de medicación necesaria, 3 (13,04%) aumentaron su valor y en 12 casos (52,17%) se trataron de nuevos hipertensos.

La TA sistólica presentó un aumento promedio en 0,087 unidades, pero este cambio no es significativo. $p=0,963$. IC. (-3,76; 3,60).

La TA diastólica registró un aumento promedio en 0,070 unidades, siendo este cambio no significativo, IC. (-2,66; 2,52).

En lo que se refiere al control de la glucemia, en 2013 se hallaron 10 casos de hiperglucemia (8,69%) y en 2018 un total de 20 (17,39%) de los cuales 6 (30%) se trataron de diabéticos ya conocidos, 4 (20%) de diabéticos que se confirmaron en la actualidad y en 10 casos (50%) se lo catalogó como hiperglucemia aislada a considerarse en ulteriores controles para definir su diagnóstico, por lo que si bien hay un aumento de los mismos por encima del valor normal, podemos inferir que el presente estudio logró advertir éstos nuevos casos, motivando así el mejor control y adopción de medidas preventivas y terapéuticas apropiadas para su seguimiento. Además actualmente se normalizó el registro en 4 casos de los 10 originales (40%), siendo éste dato estadísticamente significativo. De los 6 diabéticos ya conocidos 5 de ellos mejoraron su medición y disminuyeron la dosis de medicación recibida y el restante se mantiene estable. La Glucemia aumentó en promedio 0,125 unidades, siendo este cambio significativo. $p=0,0001$. IC. al 95%. (-0,18; -0,07).

Según las Tablas de predicción del riesgo de la OMS, de padecer un episodio cardiovascular, mortal o no, en un periodo de 10 años, según el sexo, la edad, la presión arterial sistólica, el colesterol total en sangre, el consumo de tabaco y la presencia o ausencia de diabetes mellitus: en 2013, 104 casos (90,44%) estaban en el rango menor al 10 % de riesgo (verde), 5 (4,35%) del 10 a 20% de riesgo (amarillo), 3 (2,60%) entre 20 y 30% de riesgo (naranja), 1 (0,87%) de 30 a 40% de riesgo (rojo) y finalmente 2 (1,74%) con un riesgo mayor al 40 % (lila); mientras que en 2018, se registraron 105 casos (91,30%) en el rango menor al 10 % de riesgo (verde), 8 (6,96%) del 10 a 20% de riesgo (amarillo), y 2 (1,74%) entre 20 y 30% de riesgo (naranja).

Se observó una mejora en la escala de predicción del riesgo en 10 casos (8,69%) y un aumento en la graduación en 7 (6,08%), habiendo mejorado la escala los 3 que estaban en los dos niveles más altos de riesgo.

En lo que hace al control del peso corporal, teniendo en cuenta el Índice de Masa Corporal (IMC) en base al peso y la talla según parámetros de la OMS; en 2013, 58 casos (50,43%) presentaron sobrepeso y 29 (25,22%) obesidad con un total de 87 (75,65%) superiores a 25 en el IMC., mientras que en 2018, 43 casos (37,39%) presentaron sobrepeso y 39 (33,91%) obesidad con un total de 82 registros (71,30%) superiores a 25 en el IMC; con lo que se verifica un descenso leve en número global de casos con una reducción en la cantidad de personas con sobrepeso e incremento en los obesos.

El peso aumentó en promedio 2 kg, con una significancia de 0,010 la cual es estadísticamente significativa. IC. 95% (-3,52; -0,49).

El IMC aumentó en promedio en 0,67 unidades. Si bien la significancia $p=0,015$ es válida, el valor de IMC que cambia es muy pequeño, IC. 95% (-1,22; -0,13).

En cuanto a la valoración del Programa, según la encuesta realizada actualmente, luego de haberse implementado las medidas correspondientes al Programa de Salud Laboral “Vivir Sano”; el 73 casos de los participantes (63,48%) lo consideró al mismo como “muy importante”, 39 (33,92%) lo estimaron “importante” y solo 3 (2,60%) los calificaron como “poco importante”, por lo que el resultado es altamente favorable en ese aspecto.

La misma encuesta reflejó en lo que se refiere a la incorporación de hábitos de vida saludables en éstos 5 años de vigencia del Programa, el siguiente detalle:

Práctica de actividad física regular en 72 casos (62,60%), dieta saludable en 69 (60%), control del peso en 44 (38,26%), evitar el tabaquismo en 36 casos (31,30%), evitar el consumo excesivo de alcohol en 32 (27,82%) y control de la presión arterial, glucemia y colesterol en 32 (27,82%), siendo muy significativo lo referente a los dos primeros aspectos especialmente.

De lo antedicho podemos concluir que los beneficios más importantes se observan en los registros de tabaquismo sobre todo en hombres y mayores de 40 años y colesterolemia en general, pero más especialmente en mujeres. También aunque en menor medida en lo referente al control de TA en hombres y mayores de 40 años y de la glucemia; ésta última mostrando más casos que en 2013 pero con una mejora estadísticamente significativa en los casos ya conocidos. Como consecuencia de todo ello hay una mejoría en las Tablas de riesgo cardiovascular que establece la OMS. En lo que respecta al control del peso e IMC se registra un leve aumento de los valores aunque los mismos no revisten significancia estadística.

La mayoría de los encuestados tuvo una valoración muy buena del Programa “Vivir sano” y manifestó haber modificado favorablemente los hábitos de vida saludables en general. Se observa un bajo índice de personas que participan de la “Pausa Activa”.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se formula como propuesta de mejora, intensificar las medidas adoptadas con el fin de consolidar los beneficios alcanzados y especialmente en los aspectos observados con registros menos favorables como el control del peso y el IMC, reforzar la campaña que promueva los beneficios y ejecución de la Pausa Activa en la jornada laboral y la actividad física periódica y regular, como así también el sostenimiento de una dieta saludable de acuerdo a las recomendaciones ya enunciadas, que redunde en el objetivo señalado anteriormente.

Anexo

Premios y Reconocimientos

Por otra parte, es dable señalar que como resultado del compromiso con la calidad de vida de quienes forman parte de la Mutual Jerárquicos, y todas las medidas impulsadas con ese objetivo según lo expresado en el presente trabajo; la misma recibió los siguientes reconocimientos, que enorgullecen e impulsan a seguir apostando en la prevención y promoción de la salud dentro de la Organización:

En primer lugar la Mutual fue certificada como Empresa Libre de Humo de Tabaco por el Ministerio de Salud de la Nación en Noviembre de 2005 y posteriormente por el Ministerio de Salud de la Provincia en Mayo del año 2013.

Teniendo como ejes fundamentales la alimentación saludable, promoción de la actividad física y espacio 100% libre de humo de tabaco; el Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, en el año 2015 distinguió a Jerárquicos como “Lugar de Trabajo Saludable” (LTS) (Parte n°4692 29/05/2015), bajo el fundamento de que “la empresa tiene un fuerte compromiso en cuanto a promover calidad de vida en el ámbito laboral y viene desarrollando acciones y estrategias que la constituyen en una institución modelo o pionera, al punto de ser un referente en el sector y en la sociedad”.

En el 2016, la Mutual recibió el 1° Premio CREAR a la Innovación y Mejores Prácticas de Comunicación Interna en Latinoamérica en el II Foro Latinoamericano de Comunicación Interna que se celebró en Santiago de Chile, presentándose allí el trabajo "Jerárquicos, una empresa saludable".

El Jurado, conformado por representantes de cinco países (Argentina, Chile, Colombia, Uruguay y Venezuela), evaluó los diferentes trabajos entregando el 1° Premio a las prácticas de Comunicación Interna que se realizan en la Mutual en el marco del Programa Vivir Sano.

Desde 2015 la Mutual se encuentra bajo el Registro Nacional de Instituciones y Empresas Amigas de la Donación Voluntaria de Sangre. Certificación entregada por el Ministerio de Salud de la Nación en el marco del Ciclo de charlas en relación a la Donación Voluntaria de Sangre mientras que, a través de estas acciones, en 2015 se cumplió con el Nivel I de dicha Certificación, en 2016 se llegó al cumplimiento del Nivel II y Nivel III, mediante la realización de colectas y posterior elaboración de registros de donantes voluntarios.

En 2016, la Mutual Jerárquicos fue reconocida por la Fundación Huésped y ONUSIDA Argentina por sus Buenas Prácticas en VIH/Sida con el “Sello Oro de Empresa Comprometida con la No discriminación por VIH – Sida y con la respuesta a la epidemia”. Reconocimiento que es entregado a las empresas que se han destacado en la implementación de las acciones con sus colaboradores, familias, comunidad y cadena de valor, logrando llegar con información y políticas de no discriminación a los colaboradores y asimismo haber desarrollado alguna acción diferencial al resto de las empresas.

En el 2016 la Federación Argentina de Cardiología certificó formalmente al Edificio Administrativo I de la Mutual como Área Cardio-Asistida, convirtiendo a la Mutual Jerárquicos en la primera organización de la ciudad de Santa Fe en obtener esta certificación y en 2017 hizo lo propio con el Centro Educativo Jerárquicos.

Encuesta individual a cada uno de los integrantes de la muestra.

1) ¿Le han diagnosticado hipertensión arterial?

Si la respuesta es sí, responda:

¿Realiza actualmente algún tratamiento? (medicamentos, dieta, actividad física)

Si la respuesta es sí, señale cual o cuales:

- Medicamentos
- Dieta
- Actividad física

Si recibe medicamentos, responda:

¿Ha modificado la misma a partir de la implementación del programa “Vivir Sano”?

2) ¿Le han diagnosticado diabetes?

Si la respuesta es sí, responda:

¿Realiza actualmente algún tratamiento? (medicamentos, dieta, actividad física)

Si la respuesta es sí, señale cual o cuales:

- Medicamentos
- Dieta
- Actividad física

Si recibe medicamentos, responda:

¿Ha modificado la misma a partir de la implementación del programa “Vivir Sano”?

3) ¿Fuma actualmente?

¿Ha modificado el hábito a partir de la implementación del programa “Vivir Sano”?

4) ¿Cuál es su valoración acerca del programa “Vivir Sano”?

- Muy importante.
- Importante.
- Poco importante.
- Nada importante.

5) ¿En qué aspectos ha incorporado positivamente las recomendaciones del programa “Vivir Sano”:

- Dieta saludable
- Actividad física regular
- Control del Peso
- Evitar el tabaquismo
- Evitar el consumo excesivo de alcohol
- Control periódico de tensión arterial, glucemia y colesterol.

Entrevistas personales

Como parte del presente trabajo y con el fin de reafirmar los conceptos de evaluación en la investigación realizada, se efectuaron entrevistas personales a algunos integrantes de la población estudiada según un formulario preestablecido, que se presenta a continuación:

- 1- ¿Qué conocimiento tiene sobre la influencia de los hábitos de vida saludables en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y el riesgo cardiovascular?
- 2- ¿Qué opinión le merece la implementación del programa de prevención "Vivir Sano" efectuado por la Mutual para el personal?
- 3- ¿Qué impacto y/o repercusión tuvo el mismo en su persona y su entorno más cercano? ¿Cuál fue su grado de aceptación al mismo?
- 4- ¿Cuáles son los aspectos que considera más importantes o beneficiosos?
- 5- ¿Qué medidas de mejoras propondría a fin de optimizar los resultados obtenidos?

E.S. Femenina. 38 años.

1- Los hábitos de vida saludables son imprescindibles para la construcción de una persona sana, desde lo mental, físico y social, y por ende para la prevención de enfermedades. "Los hábitos saludables son estilos de vida".

2- Considero que la implementación del Programa de Prevención "Vivir Sano" resultó muy favorable, ya que colaboró en el conocimiento de medidas prácticas y tomar conciencia de lo importante de su adquisición en la vida diaria que redunden en un beneficio no solo de determinados parámetros objetivos de control, sino también en la sensación de bienestar individual y colectivo que las mismas producen.

3- Particularmente afianzó mucho más mis hábitos saludables. Soy una persona que me gusta cuidarme. Realizo actividad física 5 veces a la semana, ingiero 2 a 3 litros de agua diariamente; como fruta, verduras, carnes y pescado.

Considero que la implementación del Programa de Prevención "Vivir Sano" impactó de forma positiva en los empleados ya que muchos desconocían o no tenían incorporados en su rutina hábitos saludables como por ejemplo: tomar agua, comer una fruta diariamente, lo mismo que el menú saludable que les dio la posibilidad de elegir algo más sano y nutritivo que un sandwich o una bolsa de bizcochos; o simplemente tomarse 5 minutos para realizar una pausa activa.

4- Los beneficios son muchos y variados. Destaco además la información que brindan, como la importancia de donar sangre, o el por qué deben vacunarse los pacientes de riesgo, la importancia de ingerir agua diariamente, el que las mamás cuenten con un espacio para ellas limpio y seguro y las campañas para concientizar sobre Sida y Tabaquismo.

5- Como propuesta, primero que vuelva la cantina saludable ya que muchos de mis compañeros en ese transcurso ingerían: yogurt, barritas de cereales, etc. Al no tener el hábito de traérselo de la casa, lo compraban acá.

Me gustaría además que incorporen alguna actividad para disminuir el stress tan latente en la sociedad, mediante talleres de meditación, ejercicios de respiración, etc.

J.O. Femenina. 39 años.

1- En principio, es directamente proporcional: reducir el sedentarismo, tabaquismo y el peso reducen los riesgos de enfermedades crónicas no transmisibles y el riesgo cardiovascular. Estos conocimientos fueron adquiridos a largo de los años de Universidad en carrera relacionada a salud, como así también

en los ámbitos donde me desenvolvía, pero hasta el momento de decidir dejar de fumar, no lo había hecho consciente.

2- Me parece excelente la insistencia en la puesta en práctica de los programas "Vivir Sano", ya que tiene como beneficio, además del restablecimiento de la salud de la persona (tabaquista, sedentaria), directa relación con la reducción de los gastos que se generan por las enfermedades provocadas por ejemplo por el cigarrillo.

3- El programa reafirmó las actividades que yo venía realizando. Había dejado no sólo de fumar, sino también de comer fritos, había comenzado con la actividad física e implementado el consumo de agua entre otras cosas, entonces el programa confirmó todo lo que yo había empezado a implementar un tiempo antes.

4- Los talleres de alimentación saludable, las recomendaciones recibidas y la provisión de elementos como frutos secos, barras de cereal, frutas, botellas de agua, etc. que son absolutamente valorados porque nos van marcando las pautas a cumplir para hacer más eficiente el programa.

5- Estoy meditando el pedir permiso al Dto. de Recursos Humanos, para traerme una pedalera debajo del escritorio (tipo pedales de bicicleta) para poder mover un poco las piernas, ya que son muchas horas de estar sentada y me cansan bastante.

Nivel de riesgo ■ <10% ■ 10% a <20% ■ 20% a <30% ■ 30% a <40% ■ ≥40%

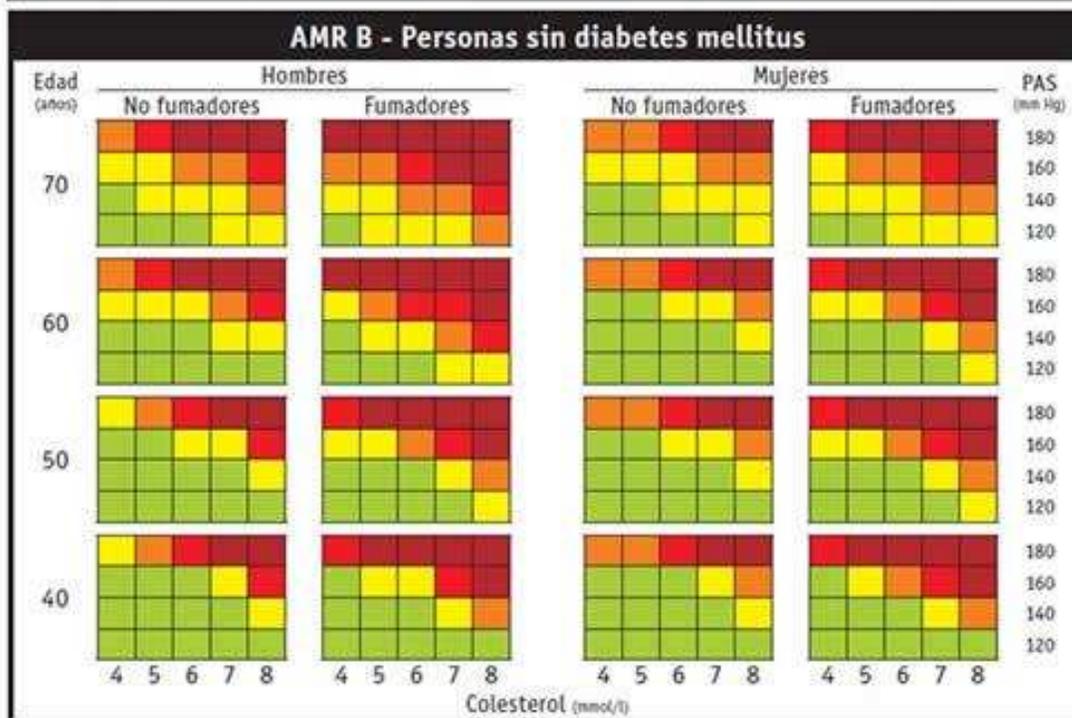
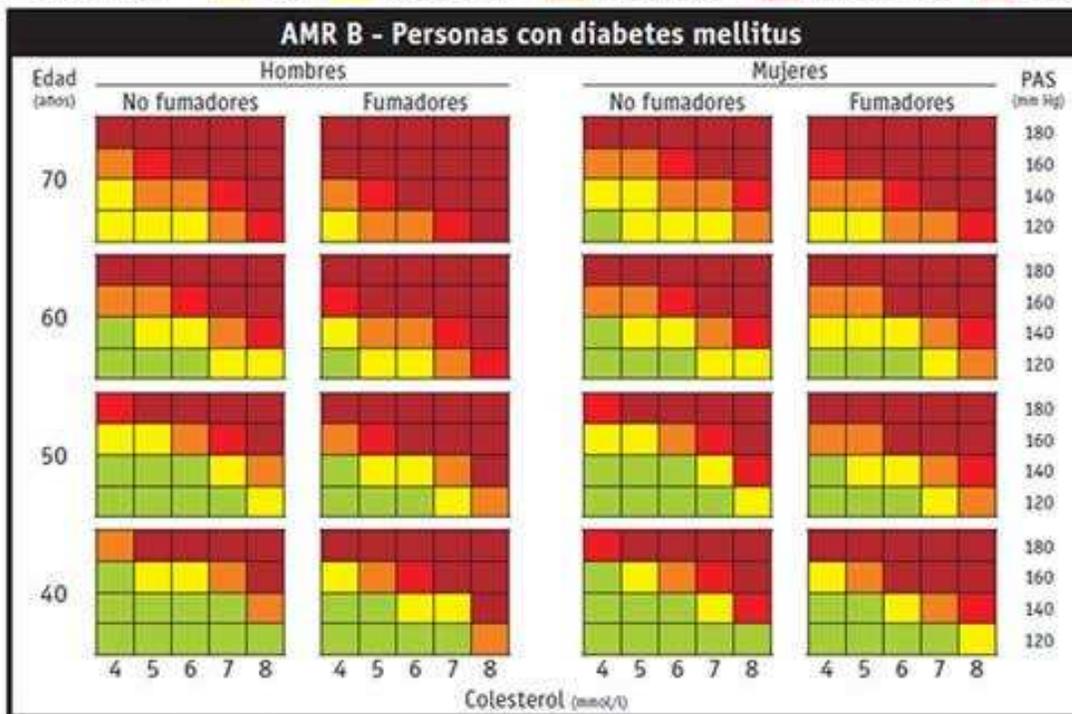


Tabla de predicción del riesgo de la OMS en Argentina.

Riesgo de padecer un episodio cardiovascular, mortal o no, en un periodo de 10 años, según el sexo, la edad, la presión arterial sistólica, el colesterol total en sangre, el consumo de tabaco y la presencia o ausencia de diabetes mellitus.

Referencias bibliográficas

- 1- Abegunde, et al. The burden and costs of chronic disease in low and middle income countries. Lancet 2007; 370: 1929–38. http://www.who.int/choice/publications/p_2007_Chronic_disease_burden_Lancet.pdf 3° ENFRENT. MSN.
- 2- Ambientes de trabajo saludables: un modelo para la acción. Organización Mundial de la Salud, 2010. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Controles de Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. <http://www.msal.gob.ar/ent/>
- 3- Barrios Casas S., Paravic Klijn T. Promoción de la Salud y un Entorno Laboral Saludable. Rev Latino-am Enfermagem enero-febrero 2006; 14(1):136-141. <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281421858019.pdf>
- 4- Basu, S y Millett, C. Social epidemiology of hypertension in middle-income countries: determinants of prevalence, diagnosis, treatment, and control in the WHO SAGE study. 1, 2013, Hypertension, Vol. 62, págs. 18-26. 3° ENFRENT.
- 5- Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A.Z., & Weinstein, C. (2011). The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum. 3° ENFRENT. MSN.
- 6- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Increasing physical activity. A report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. MMWR 2001;50 (RR-18):1-16. 3° ENFRENT. MSN.
- 7- Ciencia y Trabajo. Trabajando Saludablemente: La Promoción de la Salud al Interior de las Empresas. Julio-Septiembre de 2008. Año 10. N°29.
- 8- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Promoción de la Salud en el lugar de trabajo. http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/promocion_salud_lugar_trabajo/promocion_salud_lugar_trabajo.pdf
- 9- Cormillot Alberto. La obesidad, una epidemia social. Enfermedades crónicas no transmisibles, nutrición y salud; actualización sobre la obesidad en Argentina” 7° Congreso de Alimentos Siglo XXI. Capítulo Argentino de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición.

- 10-Corriols M. Educación y Promoción en Salud y Seguridad Ocupacional. OPS. II Taller Hemisférico sobre seguridad y salud ocupacional: Los desafíos de la salud y seguridad ocupacional frente a los mandatos de la IV Cumbre de las Américas y las experiencias subregionales. El Salvador 16 y 17 de mayo de 2006. <http://slideplayer.es/slide/1062988/>
- 11-Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Paciorek CJ et al. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. Lancet, 2011, 378(9785):31–40. 3° ENFRENT.
- 12-Departamento de Seguridad, Salud y Nuevos Servicios de Mutua Navarra. Promoción de la salud en el trabajo. Una oportunidad empresarial. MATEPPS N°21. <http://www.mutuanavarra.es/Portals/0/Documentos/MNGuiaAzulSaludLaboral.pdf?ver=2013-11-20-085352-903>
- 13-Dieta, nutrición y prevención de Enfermedades Crónicas. Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. 2003.
- 14-Dirección de estadísticas e información de salud (DEIS). Estadísticas vitales-2013. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. Serie 5 - Número 57.2014. <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro57.pdf> 3° ENFRENT. MSN.
- 15-Encuesta Nacional sobre Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas – ENPreCoSP- Año 2011 – MSALINDEC. 3° ENFRENT.
- 16-Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud. Plan de alimentación en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. 2006. OPS - DPC/NUT/001-06.
- 17-Fichtenberg CM, Glantz SA Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. BMJ. 2002 Jul 27;325(7357):188. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Controles de Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. <http://www.msal.gob.ar/ent/>
- 18-Gaziano, Thomas A, Opie, Lionel H y Wein, Milton C. Cardiovascular disease prevention with a multidrug regimen in the developing world: a cost-effectiveness analysis. 9536, 2006, Lancet, Vol. 368, págs. 679–686. 3° ENFRENT.

- 19-Gómez, I C. Salud Laboral: Una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia) 6(1): 105-113, enero-abril 2007. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v6n1/v6n1a11.pdf>
- 20-Guft Recommendation Statement: Ab sobre Prevenciand Diagn Recom y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 para el primer nivel de atención. Ministerio de Salud de la Nación. <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-equipos-de-salud/guias-de-practica-clinica> 3° ENFRENT.
- 21-Harvard School of Public Health, Obesity Trends. <http://www.hsph.harvard.edu/obesity-prevention-source/obesity-trends/> 3° ENFRENT. MSN.
- 22-Ibrahim, Moshen M y Damasceno, Albertino. Hypertension in developing countries. 2012, Lancet, Vol. 380, págs. 611–19. 3° ENFRENT.
- 23-Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD 2010 Arrow Diagram <http://vizhub.healthdata.org/irank/arrow.php> 3° ENFRENT. MSN.
- 24-Institute for Health Metrics and Evaluation. Washington: <http://www.healthdata.org/results/data-visualizations> 3° ENFRENT.
- 25-Institute for Health Metrics and Evaluation. Washington: March, 2013 <http://www.healthdata.org/results/data-visualizations> 3° ENFRENT. MSN.
- 26-James, Paul A., y otros. Evidence-Based Guideline for the Management. Report From the Panel Members Appointed (JNC 8). 5, 2014, JAMA, Vol. 311, págs. 507-520. 3° ENFRENT.
- 27-Lim, SS, y otros. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. 9859, 2012, Lancet., Vol. 380, págs. 2224-60. 3° ENFRENT.
- 28-Lock Karen, Pomerleau Joceline, Causer Louise, Altmann Dan R., McKee Bullb Martin. The global burden of disease attributable to low consumption of fruit and vegetables: implications for the global strategy on diet. World Health Organ. Feb 2005; 83(2): 100–108. Published online Feb 24, 2005. <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/2/100arabic.pdf> 3° ENFRENT. MSN.
- 29-Loveman E, Frampton GK, Clegg AJ. The clinical effectiveness of diabetes education models for Type 2 diabetes: a systematic review. Health Technol

Assess.2008 Apr;12(9):1-116, iii. Review. PubMed PMID: 18405469.3° ENFRENT.

30-Manual de lugares de trabajo saludables. Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles. Componente: Promoción de la salud. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000482cnt-2013-01_manual-lugares-trabajo-saludables.pdf

31-Matabanchoy Tulcán, S. M. Salud en el trabajo. SECCIÓN ARTÍCULOS DE REVISIÓN DE TEMA REVISTA UNIVERSIDAD Y SALUD Año 12 Vol. 1 N° 15 – 2012 (Págs. 87-102). <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v14n1/v14n1a08.pdf>

32-Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med, 2006, 3(11):e442. 3° ENFRENT.

33-Ministerio de Salud de la Nación. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. Menos Sal Más Vida. http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/ciudadanos/pdf/2012-07_acuerdos-voluntarios-industria-reduccion-sodio.pdf 3° ENFRENT. MSN.

34-Ministerio de Salud de la Nación. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación. Plan Argentina Saludable, 2007. Campañas. <http://www.msal.gov.ar/argentinasaludable/> 3° ENFRENT.

35-Ministerio de Salud de la Nación. 4° Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, 2013. 3° ENFRENT.

36-Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. Dislipemia - Colesterol alto. <http://www.msal.gov.ar/index.php/0-800-salud-responde/316-dislipemia-colesterol-alto> 3° ENFRENT.

37-Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos 2012. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, 2013. 3° ENFRENT.

38-Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos para todos los niveles de atención. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de

- Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, 2013.
http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000302cnt-2013-11_gpc_obesidad-2013.pdf 3° ENFRENT.
- 39-Ministerio de Salud de la Nación. Sobrepeso y obesidad – Información para ciudadanos. <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/obesidad> 3° ENFRENT.
- 40-Monteiro, Maristela G. Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Washington D.C: OPS, 2007
<http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/A&SP.pdf> 3° ENFRENT.
- 41-Morrish NJ, Wang SL, Stevens LK, Fuller JH, Keen H. Mortality and causes of death in the WHO Multinational Study of Vascular Disease in Diabetes. Diabetologia 2001, 44 Suppl 2:S14–S21. 3° ENFRENT.
- 42-National Health Service (NHS). NHS Choices. El colesterol. Abril de 2008.
http://www.nhs.uk/translationspanish/Documents/Cholesterol_Spanish_FIN_AL.pdf 3° ENFRENT.
- 43-Organización Mundial de la Salud. Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas: Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. Ginebra: OMS, 2003. Serie de Documentos Técnicos: 916
[http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO TRS 916 spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf) 3° ENFRENT. MSN.
- 44-Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Serie de Informes Técnicos OMS. OMS, 2003.
[http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO TRS 916 spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf) 3° ENFRENT.
- 45-Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. OMS, 2004.
http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
- 46-Organización Mundial de la Salud. Health statistics and information systems. Cause-specific mortality. Estimates for 2000-2012. 3° ENFRENT.
- 47-Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo 2013.
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO DCO WHD 2013.2_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua=1) 3° ENFRENT.

- 48-Organización Mundial para la Salud (2011). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles en 2010. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf
- 49-Organización Mundial de la Salud. Iniciativa Liberarse del Tabaco. Ginebra: OMS; Marzo 2014. “¿Por qué el tabaco es una prioridad de salud pública?” http://www.who.int/tobacco/health_priority/es/ 3° ENFRENT.
- 50-Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso. Junio de 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- 51-Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso, Nota descriptiva N°311, Agosto de 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> 3° ENFRENT. MSN.
- 52-Organización Mundial para la Salud. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles. 2013 – 2020. Marzo 2013. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf
- 53-Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo a través del régimen alimentario y la actividad física: informe de la OMS y el Foro Económico Mundial sobre un evento conjunto. 2014. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/workplace-report-spanish.pdf>
- 54-Organización Mundial de la Salud. Tabaco. Ginebra: OMS; Marzo de 2013. Nota descriptiva: 339 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/> 3° ENFRENT.
- 55-Organización Mundial de la Salud. Tópicos: Diabetes. Noviembre de 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/> 3° ENFRENT.
- 56-Organización Panamericana de la Salud. Argentina saludable. Aceites saludables y la eliminación de ácidos grasos trans de origen industrial en las Américas. OPS, 2008. <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/pdf/aceites-saludables.pdf> 3° ENFRENT.
- 57-Organización Panamericana de la Salud. Consumo de alimentos y bebidas ultra-procesados en América Latina: Tendencias, impacto en obesidad e implicaciones de política pública. 3° ENFRENT.

- 58-Organización Panamericana para la Salud: Defensa del transporte público, seguro y saludable. Fomento de la participación del sector sanitario en un marco multisectorial, OPS, 2010.
- 59-Organización Panamericana de la Salud. El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y Políticas Públicas, segunda edición. Washington, D.C: OPS, 2010.
<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/alcohol-politicas.pdf> 3° ENFRENT.
- 60-Organización Panamericana de la Salud. Estrategia Regional y Plan de Acción Para Un Enfoque Integrado Sobre la Prevención y Control de Enfermedades Crónicas, Washington, D.C OPS 2007.
<http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/pdf/reg-strat-cncls.pdf> 3° ENFRENT. MSN.
- 61-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Consumo de alimentos y bebidas ultra-procesados en América Latina: Tendencias, impacto en obesidad e implicaciones de política pública.
<http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/ciudadanos/docs/2014-10 OPS alimentos-bebidas-ultraprocesados-obesidad-americalatina.docx> 3° ENFRENT. MSN.
- 62-Organización Panamericana para la Salud/Organización Mundial de la Salud.: Taller “América Libre de Humo”, Argentina, 2004. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Controles de Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.
<http://www.msal.gob.ar/ent/>
- 63-Orpella X; Burgos C. Guía de la Empresa Saludable. Noviembre de 2009. Cámara Oficial de Comercio Industrial y Navegación de Barcelona.
http://comunidadilgo.org/back/lib/file/doc/portaldoc455_3.pdf
- 64-Red Nacional. Actividad física y desarrollo humano. Hacia una nueva cultura de la actividad física. Beneficios para el desarrollo humano. Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. Presidencia de La Nación.
- 65-Rubinstein, Adolfo, y otros. Estimation of the burden of cardiovascular disease attributable to modifiable risk factors and cost-effectiveness analysis of preventative interventions to reduce this burden in Argentina. BMC Public Health. Vol. 10. 627, 2013.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2970607/> 3° ENFRENT. MSN.
- 66-Sandro Murray RE, Ridner E, Munner M, Marzó A, Rovirosa A. Hábitos de vida en Argentina y su relación con las enfermedades prevenibles.

http://www.sanutricion.org.ar/files/upload/files/Estudio_habitos_de_Vida_en_Argentina_Doc_final_COPAL_SAN.pdf

- 67-Satterfield DW, Volansky M, Caspersen CJ, Engalgau MM, Bowman BA, Gregg EW, Geiss LS, Hosey GM, May J, Vinicor F. Community-based lifestyle interventions to prevent type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2003 Sep;26(9):2643-52. Review. PubMed PMID: 1294173. 3° ENFRENT.
- 68-Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Observatorio Argentino de Drogas, 2010 http://www.observatorio.gov.ar/estudios_consumo_sustancias psicoactivas.php 3° ENFRENT.
- 69-Stratton IM, Adler AI, Neil HA, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, Hadden D, Turner RC, Holman RR. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ*. 2000 Aug 12;321(7258):405-12. PMID:10938048. 3° ENFRENT.
- 70-World Bank. Disease Control Priorities in Developing Countries, Abril 2006. Capítulo 30: diabetes. 3° ENFRENT.
- 71-World Health Organization. Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption, second report. Ginebra: WHO, 2007. Technical Report Series: http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol_trs944.pdf 3° ENFRENT.
- 72-World Health Organization. Global Health Observatory. Raised cholesterol. http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/cholesterol_text/en/ 3° ENFRENT.
- 73-World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2009. 3° ENFRENT.
- 74-World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Ginebra: WHO, 2011. <http://www.who.int/gho/alcohol/en/> 3° ENFRENT.
- 75-World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Ginebra: WHO, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1 3° ENFRENT.

- 76-World Health Organization. Global Status Report on Non Communicable Diseases, 2010. Switzerland: OMS. WHO Library Cataloguing in Publication Data.
http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf 3° ENFRENT. MSN.
- 77-World Health Organization. Health statistics and health information systems. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. Argentina 2014.
http://www.who.int/nmh/countries/arg_en.pdf?ua=1 3° ENFRENT. MSN.
- 78-World Health Organization. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. Ginebra, 2010. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf 3° ENFRENT. MSN.
- 79-World Health Organization/International Society of Hypertension statement on management of hypertension. JA., Whitworth. 2003, Journal of Hypertension, Vol. 21, págs. 1983-1992. 3° ENFRENT.
- 80-World Health Organization. Physical activity. Key facts. February, 2014.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/> 3° ENFRENT. MSN.
- 81-World Health Organization. Preventing Chronic Diseases: a vital investment. Ginebra, 2005.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241563001_eng.pdf 3° ENFRENT. MSN.
- 82-World Health Organization. Scaling up action against noncommunicable disease: How much will it cost? Ginebra, 2011.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502313_eng.pdf 3° ENFRENT. MSN.
- 83-World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 update. Ginebra, 2008.
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf
3° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Ministerios de Salud de la Nación Argentina. (3° ENFRENT. MSN.) http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf
- 84-Yu Ye, Cheryl J. Cherpitel y Scott Macdonald. Capítulo 6: Traumatismos relacionados con el consumo de alcohol en las Américas: variaciones en función de la causa y el país. En Prevención de los traumatismos relacionados con el alcohol en las Américas: de la evidencia a la acción política. OPS. OMS; Washington DC, 2013. 3° ENFRENT.