

PROMOCIÓN DE LA SALUD: PROGRAMAS PARA UNA EMPRESA SALUDABLE

Autores: Damián Alejandro Ces, Consultor Externo Especialista en Medicina Familiar y Preventiva; Claudio Salvetti, Gerente de Calidad, Salud, Seguridad y Ambiente, **SAN ANTONIO PRIDE**; Roberto Seguin, Coordinador de Salud, Seguridad y Ambiente de Argentina, **SAN ANTONIO PRIDE**

Punto del temario: 3.3. Salud Ocupacional

ABSTRACT

En Septiembre de 2003 **SAN ANTONIO** decidió comenzar a implementar, en el marco de las actividades de promoción de la salud previstas en el programa de Salud Ocupacional del sistema integrado de gestión, el proyecto de Políticas para una Empresa Saludable® (PES®). Las P.E.S. tienen un efecto crucial en la salud de los individuos de la empresa, con notable traslado de esta influencia hacia el ámbito familiar y a la comunidad donde está inserta la empresa.

En procura de la disminución de las causas generadoras de enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles que existen en las empresas, el proyecto de P.E.S., se implementa a través del screening y posterior intervención poblacional de la empresa, lo cual se traduce en cambios de hábitos y estilos de vida, educación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y abordaje preventivo y/o terapéutico del personal.

SAN ANTONIO comenzó con los programas de lucha antitabáquica y de disminución de los factores de riesgo cardiovascular, con participación optativa en los mismos por el personal.

A la fecha, y como resultado de aplicación de estos programas, se ha producido una importante reducción en el porcentaje de fumadores y se ha llevado a cabo una evaluación cardiovascular global del personal que arroja importantes datos para la etapa siguiente, de intervención.

1. INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud, en su informe sobre el Panorama General de la Salud emitido en octubre del 2002, realiza un llamamiento mundial, para reducir los riesgos de las enfermedades no transmisibles crónicas, las cuales son la causa de la mayor morbi/mortalidad del hombre. Las conclusiones del informe indican, que la reducción de los riesgos podría dar lugar en todos los países del mundo, a un aumento considerable de la esperanza de vida sana de hasta 10 años.

Diez grandes riesgos fueron seleccionados y estudiados en detalle por la OMS. En conjunto, estos riesgos producen alrededor del 40% de los 56 millones de defunciones que sobrevienen anualmente, y un tercio de los años de vida sana (AVAD) perdidos en todo el mundo.

Dentro de una empresa encontramos nada menos que cinco de estos grandes enemigos de la salud.

- 1) Hipertensión arterial
- 2) Tabaquismo
- 3) Trastornos lipídicos
- 4) Sedentarismo
- 5) Sobrepeso y obesidad

A ellos se suman importantes problemas en el área de salud mental (estrés, trastornos de angustias, depresión) y lesiones por stress repetitivo.

La empresa, es una comunidad (con su población y microambientes) y dentro de ella existen encargados de formular y gerenciar políticas para su correcto funcionamiento.

Al respecto **SAN ANTONIO** cuenta con un sistema integrado de gestión que incluye el programa de Salud Ocupacional. En el marco de las actividades de promoción de la salud previstas en el mismo, se lanzó en el 2003 el proyecto de Políticas para una Empresa Saludable® (PES®).

Estas políticas tienen una reconocida y fuerte influencia en los determinantes de la salud de sus integrantes. Generan un efecto positivo y exponencial sobre la salud de los individuos de la empresa, con notable traslado de este efecto, al ámbito familiar y finalmente hacia la comunidad donde esta inserta la empresa

El objetivo inmediato de los programas es lograr que el personal reconozca la importancia de promover la salud y prevenir la enfermedad, con la modificación de su estilo de vida hacia uno mas saludable.

Todos los programas trabajan bajo el concepto de “Empowerment” o empoderamiento, o sea, darle al individuo el poder del conocimiento y los conocimientos necesarios, no sólo para que algunos comiencen inmediatamente con la acción, sino para ir acercando a otros hacia este crucial paso.

2. OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Cuidado de los recursos humanos al promover la salud y prevenir o disminuir el impacto de las enfermedades crónico-degenerativas.
- Fortalecimiento del individuo (Tolera mejor los cambios del ambiente laboral, soporta mejor las cargas de trabajo, el estrés, las enfermedades y por otra parte tiene mayor disposición, rendimiento y energía aplicables al trabajo y a su vida diaria)
- Identificación del binomio hombre/empresa como un equipo que se cuida mutuamente.
- Disminución de perdidas de horas laborales.

Las P.E.S. se desarrollan a través de 7 programas:

1. Lucha Antitabáquica.
2. Disminución y control de los factores de riesgo cardiovascular.
3. Fitness Máximo I: Lucha contra el sedentarismo.
4. Fitness Máximo II: Educación nutricional y reducción y/o mantenimiento del peso.
5. Buena Salud Mental (lucha contra el Estrés, angustia y depresión)
6. Ergonomía y prevención de las lesiones agudas y por estrés repetitivo.
7. Lucha contra el alcohol y drogas.

En Setiembre de 2003 **SAN ANTONIO** comenzó con los programas de Lucha Antitabáquica y de Disminución y control de los factores de riesgo cardiovascular. Actualmente se está implementando, además de los mencionados, un programas de ergonomía.

3. DESARROLLO

3.1. PROGRAMA N° 1 – LUCHA ANTITABÁQUICA

El objetivo primordial de este programa es disminuir la adicción al tabaco en la población de la empresa, con proyección a la familia y a la comunidad.

3.1.1. Introducción al problema de tabaquismo

La OMS estima que en el año 2000, el tabaco causó unas 4,9 millones de defunciones en todo el mundo, lo que equivale a un 9% del total, y fue el causante de 59,1 millones de AVADS perdidos. Se calcula que para el 2020, morirán 10 millones de personas y serán responsables del 20% de los fallecimientos, sino se aplican medidas de control drásticas. Se considera la principal causa evitable de enfermedad y muerte prematura en los países occidentales.

Es necesario enfatizar la trascendencia de la cesación tabáquica, sobre todo por el indudable beneficio de quien abandona la adicción, en términos de expectativas de vida y de bienestar, y muy especialmente el enorme beneficio en términos de la salud que se deriva de la reducción

del numero de fumadores, con la consiguiente disminución de la morbi-mortalidad asociada, de la fuerza laboral perdida y del enorme gasto generado

Desde el punto de vista económico los fumadores incrementan los costos de cualquier empresa al tener mayor morbilidad y acudir a su medico un 50% de veces mas que los no fumadores, lo que en la empresa se traduce directamente en un incremento del ausentismo laboral, aumento de costos y merma en la producción .

Para un individuo concreto las consecuencias del tabaquismo se pueden resumir de la siguiente forma: Uno de cada dos fumadores que comienzan a fumar en edad temprana y continúan haciéndolo durante toda su vida en forma regular, morirán por una enfermedad relacionada al tabaco, probablemente a mediana edad, perdiendo alrededor de 22 años de esperanza de vida.

3.1.2. Desarrollo del Programa N° 1

La población objeto de la intervención, es el personal de **SAN ANTONIO** Argentina que desarrolla sus actividades en Ciudad de Bs.As.; Distrito Norte (Bases Neuquén, Catriel, Rincón de los Sauces y Mendoza) y Distrito Sur (Bases Comodoro Rivadavia, Cañadon Seco, Las Heras y Río Gallegos).

3.1.2.1.Etapa diagnóstica pre-intervención

Inicialmente se realizó un curso sobre generalidades del tabaquismo y se difundieron comunicaciones por e-mail sobre el tema, a modo de enseñanza e inducción.

Durante el ultimo trimestre el 2003 se completó la encuesta global sobre tabaquismo.

La finalidad de este estudio epidemiológico es valorar en forma acabada los distintos aspectos relacionados con esta adicción, tanto en los fumadores, como los ex fumadores y aquellos que jamás han fumado. Esto nos permite conocer la situación particular de la empresa propiciando una intervención adecuada y personalizada.

Además nos permitirá evaluar con posterioridad la eficacia del programa.

La técnica de recogida de información ha sido a través de un cuestionario con 29 preguntas abiertas y cerradas. El tipo de muestreo utilizado ha sido el de conglomerados polietápicos.

La participación y numero del personal involucrado en la muestra fue voluntaria.

La muestra quedo constituida por 428 individuos representando el 70% de la población total de la empresa.

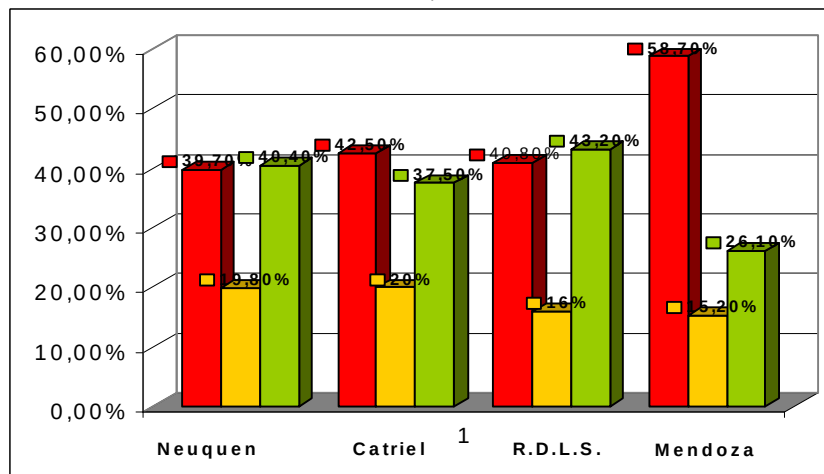
Se detallan a continuación los principales resultados.

3.1.2.2.Prevalencia del consumo de tabaco

El 42,1% del personal encuestado son fumadores, el 20,1% se consideran ex fumadores y el 37,8% son no fumadores. (figura 1).

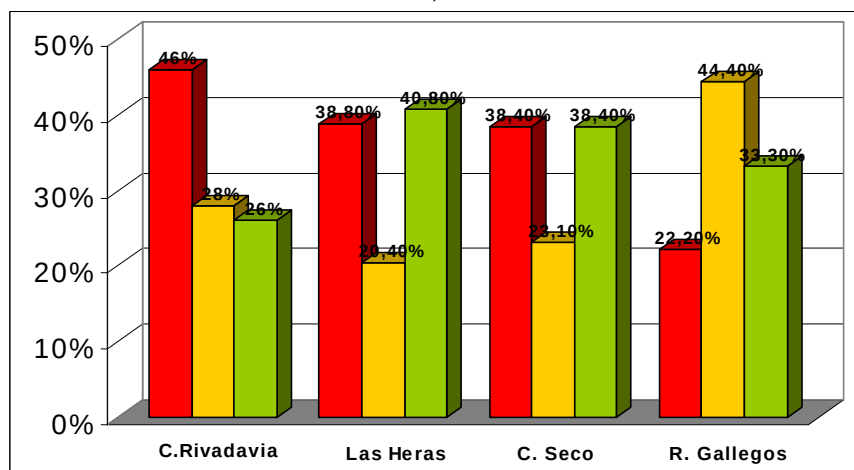
Por Bases encontramos en el Distrito Norte que la mayor prevalencia de fumadores se encuentra en Mendoza con 58,7% de fumadores, y la más baja en Neuquén con 39,7% de fumadores. (figura 1. en rojos fumadores, naranjas ex fumadores y verdes no fumadores)

Fig. 1- Comparativa de prevalencia del consumo de tabaco en personal de SAN ANTONIO Bases de Distrito Norte, último trimestre 2003

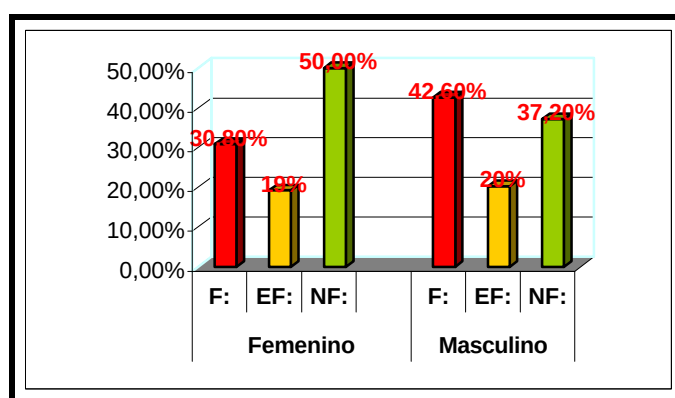


En el Distrito Sur puede observarse que la mayor prevalencia de fumadores se encuentra en Comodoro Rivadavia con 46%% de fumadores, y la mas baja en Rio Gallegos con 22,2% de fumadores. (figura 2).

Figura 2. Comparativa de prevalencia del consumo de tabaco en personal de SAN ANTONIO Bases de Distrito Sur, último trimestre 2003



La prevalencia total por genero nos muestra un mayor porcentaje de fumadores en la población masculina (42,6%) contra 30,8% en las mujeres. (Figura 3).



Observamos la mayor prevalencia de fumadoras en el Distrito Norte (40%) y la menor en sexo femenino se da en el Distrito Sur (12,5%). Ocurre lo mismo con el sexo masculino hallándose el mayor porcentaje en el Distrito Norte (43,5%) aunque con una diferencia poco significativa en relación al Distrito Sur (42%), la menor prevalencia en varones la observamos en Bs.As. con 17%.

En cuanto a las edades se observa la mayor prevalencia de fumadores en el segmento de 41 a 49 años inclusive (49,4%) por el contrario el segmento de mayor porcentaje de No fumadores es el de menores de 35 años (46,9%) Es interesante observar como los exfumadores tienen una progresión lineal con el mayor porcentaje de exfumadores en el segmento de mayores de 49 años. (Figura 4).

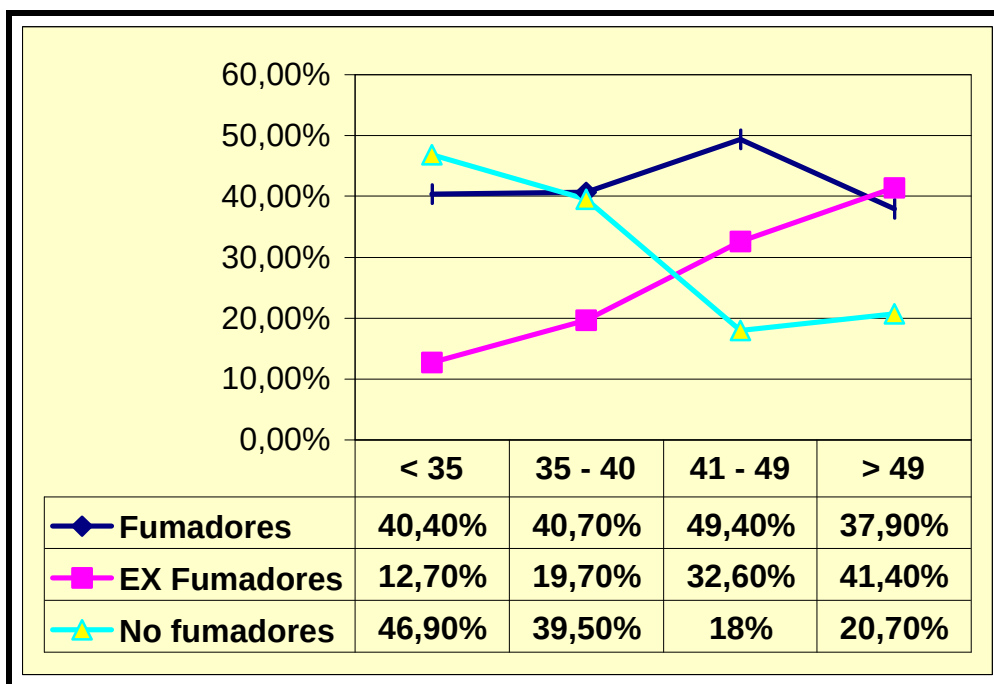


Figura 4. Prevalencias del habito tabáquico por edades.

El promedio de consumo de cigarrillos del total del personal fumador encuestado es de 13 cigarrillos/día. Solo un 0,5% fuma en pipa con un promedio de 1,5 pipas/día

La diferencias entre distritos no es significativa. Bs.As. tiene un promedio 12,5 cig/día. Distrito Norte 14 cig/día. Distrito Sur 12,2 cig/día.

El 91,1% de la muestra consume cigarrillos rubios.

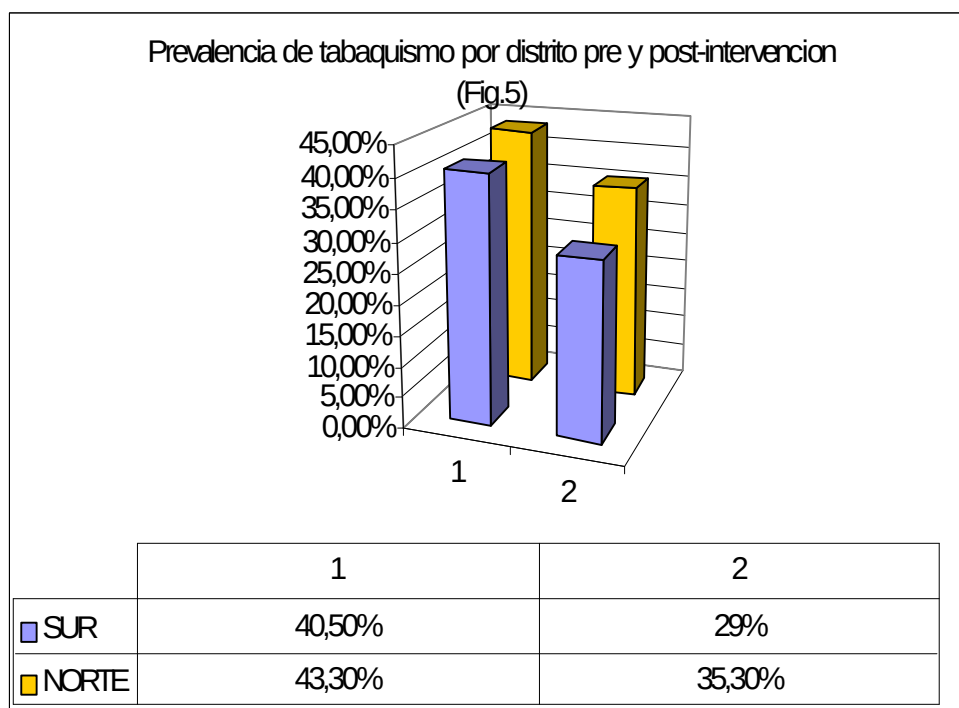
La edad media de inicio de los fumadores fue 18 años, con diferencia mínima (muy poco significativas) entre los diferentes distritos.

El 37,2% de los fumadores encuestados desean abandonar el habito a la brevedad (etapa de acción) y el 40,5%% piensa que podría hacerlo en seis meses (etapa de contemplación) mientras que un 18,9% no desea abandonar el consumo de tabaco (etapa de precontemplación)

3.1.2.3.Etapa de intervención

El Empowerment de la población se llevó a cabo a través de cursos, manuales, newsletter, mensajes por Intranet, posterización, folletos, y entrevistas personalizadas durante todo el año. El tratamiento de la adicción tabáquica, se efectuó a través de sesiones donde se realizan una batería de test para valoración de dependencia, tipo de dependencias, motivación entre otros temas. Además se dan pautas cognitivos-conductuales, y tratamiento farmacológico según el caso. Se realizan sesiones de seguimiento de la abstinencia tabáquica.

Luego de 8 meses de la intervención propiamente dicha, observamos (Fig.5) una reducción de los fumadores del 18,6% para el Distrito Norte y del 28,4% para el Distrito Sur como):



Por otra parte, si bien falta completar la encuesta de cambios conductuales en relación al tabaquismo, para tener un parámetro cuantitativo, se puede apreciar a nivel cualitativo, cambios de etapa en los fumadores de precontemplativos a contemplativos. Se espera que una importante proporción de estos inicien tratamiento antitabáquico en los meses siguientes.

3.2. PROGRAMA N° 2 – DISMINUCIÓN Y CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

El objetivo primordial del programa N° 2 es disminuir la presencia de factores de riesgo productores de enfermedad cardiovascular en la población de la empresa, con proyección de este efecto a la familia y a la comunidad y cumplir con los objetivos de las P.E.S.

3.2.1. Introducción al problema de la enfermedades cardiovasculares

El alto grado de desconocimiento de las causas de las enfermedades cardio y cerebro vasculares, trae aparejado la falta de medidas preventivas por parte de gente e instituciones que no se identifican a si mismas como población de riesgo.

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de invalidez prematura y la primera causa de muerte en nuestro país. Según estadísticas del Ministerio de Salud Pública de la Nación, en la Argentina mueren por año casi 100.000 personas como consecuencia de enfermedades del corazón y cerebrovasculares.

La mortalidad cardiovascular y cerebrovascular en la Argentina oscila entre, el 44% y 47%. El documento de Las condiciones de Salud de las Americas de la OPS (Organización Panamericana de la Salud), indican que estos valores se encuentran entre los mas elevados del continente.

La morbilidad y mortalidad genera un alto costo en la estructura empresarial actual, por atacar recursos humanos en su etapa mas productiva y con mejor preparación.

El desarrollo de la aterosclerosis, elemento etiológico principal involucrado en las enfermedades cardiovasculares, comienza a desarrollarse a muy temprana edad y por ser una enfermedad de naturaleza degenerativa, esta vinculada a los hábitos y estilos de vida, desde donde hacen su aparición los factores de riesgo, que provocan un crecimiento exponencial de la placa aterosclerótica al actuar sinérgicamente.

3.2.2. Desarrollo del Programa N° 2

La población objeto de la intervención, es el personal de **SAN ANTONIO** Argentina que desarrolla sus actividades en Ciudad de Bs.As.; Distrito Norte (Bases Neuquen, Catriel, Rincón de los Sauces y Mendoza) y Distrito Sur (Bases Comodoro Rivadavia, Cañadon Seco, Las Heras y Río Gallegos).

3.2.2.1. Etapa diagnóstica pre-intervención

Se realizó un curso sobre factores de riesgo cardiovasculares y se difundieron comunicaciones por e-mail sobre el tema a modo de enseñanza e inducción.

Se realizó una evaluación diagnóstica del riesgo global del personal de la empresa, a través del relevamiento de los factores de riesgo para el desarrollo de la aterosclerosis y otros indicadores socio-económicos de la población trabajadora. Este diagnóstico permite determinar el estado de situación, y alerta sobre los factores de riesgo que deben ser modificados en la población objetivo.

Durante un período de 6 meses, se realizaron encuestas, mediciones biofisiológicas, y exámenes de laboratorio de los niveles de colesterol, H.D.L. y L.D.L.- colesterol, triglicéridos y de glucemia.

Los principales resultados obtenidos se detallan a continuación:

El riesgo para Diabetes fue determinado a través de la clasificación CES-DBT (ver Tabla 1) arrojando un promedio de riesgo para la población de padecer Diabetes de *2 puntos equivalente a riesgo bajo*.

Tabla 1

Clasificación CES-DBT	
RIESGO BAJO	0 -2
RIESGO MODERADO	3-5
RIESGO ALTO	6 -10
RIESGO MUY ALTO	11-16

El riesgo de tener hipertensión arterial fue determinado con la clasificación CES-HTA. (Ver tabla 2).

Este método utiliza una serie de criterios mayores y menores, la presencia y ausencia de los mismos va determinando el riesgo como se detalla a continuación.

El riesgo de padecer Hipertensión Arterial en la población estudiada fue Moderado (< a 50%).

Tabla 2

Clasificación CES-HTA
RIESGO BAJO < 10 %
RIESGO MODERADO < 50%
RIESGO ALTO > 50 %
MUY ALTO > 75 %

Para realizar una estimación de la probabilidad de infarto de miocardio (IAM) , se utilizó un modelo matemático FRICAS-CES/PS. Se trata de una ecuación de regresión logística y de acuerdo a este modelo se puede estratificar a la muestra en diez categorías de riesgo, como se muestra a continuación (Ver Fig.6).

Figura 6

NIVEL DE RIESGO	RIESGO	PROBABILIDAD DE INFARTO
1	MUY BAJO	MÍNIMA
2	BAJO	1,5 VECES MAS QUE NIVEL 1
3	MODERADO	2,5 VECES MAS
4	MODERADO	4 VECES MAS
5	ELEVADO	5 VECES MAS
6	ELEVADO	5,5 VECES MAS
7	MUY ELEVADO	7 VECES MAS
8	MUY ELEVADO	12 VECES MAS
9	SEVERAMENTE ELEVADO	15,5 VECES MAS
10	SEVERAMENTE ELEVADO	25 VECES MAS

Se puede apreciar que la probabilidad de infarto aumenta significativamente a medida que se aumenta de nivel de riesgo. Por ejemplo, si a una persona se le aplica la ecuación y esta da como resultado una nivel de riesgo que lo ubica en el décimo estrato, tiene 25 veces más probabilidades de desarrollar un infarto agudo de miocardio que otro ubicado en el primer nivel.

El nivel de riesgo de IAM de la población estudiada fue de 4, lo cual implica un riesgo moderado, con una *probabilidad de IAM 4 veces mayor al nivel 1*(Ver figura 7)

Fig. 7 Sombreado en verde el nivel de riesgo de población estudiada

NIVEL DE RIESGO	RIESGO	PROBABILIDAD DE INFARTO
1	MUY BAJO	MÍNIMA
2	BAJO	1,5 VECES MAS QUE NIVEL 1
3	MODERADO	2,5 VECES MAS
4	MODERADO	4 VECES MAS
5	ELEVADO	5 VECES MAS
6	ELEVADO	5,5 VECES MAS
7	MUY ELEVADO	7 VECES MAS
8	MUY ELEVADO	12 VECES MAS
9	SEVERAMENTE ELEVADO	15,5 VECES MAS
10	SEVERAMENTE ELEVADO	25 VECES MAS

También se utilizó el modelo FRAMINGHAM modificado, que permite determinar el nivel de riesgo individual de padecer un episodio cardiovascular en los 10 años siguientes.

3.2.2.2. Etapa de intervención

Esta etapa para el Programa N° 2 se inició con el Empowerment de la población con newsletter y mensajes por Intranet y se intensificará a través de manuales, posterización, folletos y cursos. La segunda etapa de intervención se comenzará en Noviembre de 2004.

Paralelamente, se ha citado a todos aquellos individuos con factores de riesgo y a partir de una entrevista personalizada, se han elaborado planes de acción para la reducción de sus riesgos, con medidas higiénico-dietéticas y farmacológicas en casos en que se considera esto necesario. El personal de referencia tiene un seguimiento bajo supervisión médica especializada, con control de uso de tóxicos, plan dietético, actividad física programada y cambios en las variables biofisiológicas.

4.CONCLUSIONES

En relación al Programa N° 1 se produjo una importante reducción del número de fumadores, tanto para el Distrito Norte como Sur. Si bien técnicamente recién podremos considerarlos ex fumadores al año de abstinencia tabáquica, se espera que este porcentaje se incremente cuando todos aquellos fumadores que pasaron de la etapa precontemplativa a la contemplativa entren a la etapa de acción. Las evaluaciones posteriores permitirán confirmar las etapas de los fumadores actuales, las recaídas, los conocimientos alcanzados en relación a la problemática del tabaquismo y la influencia en el entorno familiar.

Con respecto al Programa N° 2 el Screning los resultados de la evaluación diagnóstica mostraron promedios que, si bien no son muy graves, es deseable bajarlos a niveles inferiores (Nivel 2). Por otra parte se detectaron algunos casos individuales graves (de alto riesgo) que ameritaron una intervención higiénico-dietética-farmacológica.

Cabe aclarar que estos programas necesitan tiempo de maduración, si se recuerda que estamos trabajando sobre hábitos y estilos de vida de muchos años de evolución, educando y reentrenando conductas.