

ESCUELA POLITÉCNICA NACIONAL

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

**CARRERA DE MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS
DE SALUD**

**PLAN ESTRATÉGICO PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT) EN EL PERSONAL MILITAR
QUE LABORA EN LA CASA MILITAR PRESIDENCIAL.**

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE
MAGISTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

DR. FRANCISCO JAVIER TORRES ROSSTONY

ftrosstoni@hotmail.com

DIRECTOR: DR. LUIS ANIBAL VILLACIS. H

lavillacis@hotmail.com

2010

DECLARACIÓN

Yo **FRANCISCO JAVIER TORRES ROSSTONY**, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

A través de la presente declaración cedo mis derechos de propiedad intelectual correspondientes a este trabajo, a la Escuela Politécnica Nacional, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normatividad institucional vigente.

DR. FRANCISCO JAVIER TORRES ROSSTONY

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo fue desarrollado por FRANCISCO JAVIER TORRES ROSSTONY, bajo mi supervisión.

**DR. LUIS ANIBAL VILLACIS. H
DIRECTOR DE TESIS**

AGRADECIMIENTOS

A Dios por su ayuda en los momentos más difíciles en mi vida.

A mi Adorada Esposa Chicho por su gran amor, comprensión y apoyo incondicional para no abandonar la batalla contra la adversidad en los días en que se me acumularon compromisos de estudio, trabajo y atención a la familia.

A mis Hijos Francisco y Juan Javier a quienes amo y espero que otro de mis trabajos les sirva de ejemplo para su superación en la vida personal y profesional.

A mi Querido Padre, hombre admirable e ídolo para nosotros, que nos ha brindado cuidados, comprensión y amor, que con su ejemplo y sabios consejos oriento nuestros pasos por el camino recto de la vida, por eso se merece hoy mañana y siempre todos mis honores, mi cariño y el respeto de su hijo.

Mamita Piedad soportando sus largas y tediosas enfermedades reciba esta modesta dedicación como un homenaje a su grandeza que de niño me diera cuidados y de hombre fortaleza. Hago votos para que hoy de dicha mis logros le colmen y mañana le llenen de orgullo. Tenga presente que la gloria mas grande que tengo es el ser hijo suyo.

A mis Hermanos desde la distancia por su apoyo moral.

A mis maestros, personal docente y compañeros por compartir conmigo sus conocimientos, experiencias y anécdotas, logrando así un encuentro de fraternidad y superación continúa.

A Luis Aníbal Villacis, director de tesis, Maestro, compañero, amigo incondicional, a pesar de su enfermedad, siempre a mi lado despejando mis dudas y solucionando mis problemas técnicos, perseverando en la culminación de este trabajo con éxito.

A todos , mi fraternal agradecimiento.....

DEDICATORIA

Primeramente al G:.A:.D:.U:.por su luz infinita.

A mi Mamá por su fuerza, amor y por enseñarme a luchar.

A mi Papá que me inspira a sobresalir y no desmayar.

A mi Esposa por su amor y ayuda incondicional.

A mis Hermanos, Hijos y Nietos por su apoyo moral en todo momento.

CONTENIDO

	Pág.
LISTA DE ANEXOS	90
ANEXO N° 1: CUESTIONARIO	90
LISTA DE CUADROS	97
CUADRO N.-1	97
CUADRO N.-2	98
CUADRO N.-3	99
CUADRO N.-4	100
CUADRO N.-5	101
CUADRO N.-6	102
LISTA DE TABLAS	103
TABLA N.-1	103
TABLA N.- 2	103
TABLA N.- 3	104
TABLA N.- 4	104
CAPITULO I ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES.	
1.1 INTRODUCCIÓN	1
1.2 TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA	3
1.3 EFECTOS DE LAS ECNT EN LA POBLACIÓN	6
CAPÍTULO II DIAGNOSTICO SITUACIONAL	11
2.1 CONCEPTO DE DIAGNOSTICO SITUACIONAL	11
2.2 IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO	12
2.3 INSTRUMENTOS QUE SE UTILIZARÁN PARA EL DIAGNÓSTICO	13
2.3.1 MÉTODOS Y TÉCNICAS DEL DIAGNOSTICO FUNCIONAL	13
2.3.2. MÉTODOS Y TÉCNICAS DEL DIAGNOSTICO CULTURAL	13
2.4 HERRAMIENTAS UTILIZADAS PARA EL DIAGNOSTICO DE CASA MILITAR.	14
2.4.1 ANÁLISIS FODA	14
2.4.2 MATRIZ DE IMPACTO.	15

2.4.3	MATRIZ DE VULNERABILIDAD	16
2.4.4	MATRIZ DE APROVECHABILIDAD	16
2.4.5	HOJA DE TRABAJO FODA	16
2.5	METODOLOGÍA A EMPLEAR	17
2.6	RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN	17
2.7	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	17
2.7.1	ENCUESTAS AL PERSONAL MILITAR DE CASA MILITAR	18
	ANEXO 1.	
	ANÁLISIS FODA DE CASA MILITAR PRESIDENCIAL	18
	FORTALEZAS	
	OPORTUNIDADES	18
	DEBILIDADES	19
	AMENAZAS	19
	MATRICES	19
	HOJA DE TRABAJO FODA	20
	MATRIZ DE IMPACTO INTERNO	21
	MATRIZ DE IMPACTO EXTERNO	23
	MATRIZ DE VULNERABILIDAD	24
	MATRIZ DE APROVECHABILIDAD	25
2.8	RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO	26
2.9	ENTORNO	26

CAPITULO III PROPUESTA DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES 31

3.1.	PROPUESTA DEL ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE CASA MILITAR PRESIDENCIAL	32
	ORGANIGRAMA	32
	ORGANIZACIÓN MINISTERIO DE DEFENSA	33
	ORGANIZACIÓN CMPR	34
	ORGANIZACIÓN DEPARTAMENTO LOGÍSTICA	35
3.2	DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE LA SECCIÓN SANIDAD.	36
3.4	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	40
3.4.1	VISIÓN	40
3.4.2	MISIÓN	41
3.4.3	VALORES RECTORES	42
3.4.4	OBJETIVOS	43
3.4.5	ESTRATEGIA	

3.4.6	POLÍTICAS	44
	POLÍTICAS ENFOCADAS A COMANDANTES DE UNIDAD	45
	POLÍTICAS ENFOCADAS AL PERSONAL MILITAR	45
	POLÍTICAS AL DPTO. DE NUTRICIÓN DEL HG 1	45
	POLÍTICAS ENFOCADAS AL TALENTO HUMANO	45
	POLÍTICAS ENFOCADAS AL ESTADO	46
3.5	PLAN OPERATIVO ANUAL	48
CAPÍTULO IV HERRAMIENTAS CLAVES		50
4.1	ESTRATEGIAS DE GESTIÓN	52
4.2	IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO	57
4.3	IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS DE NUTRICIÓN Y GUÍAS ALIMENTARIAS	64
4.3.1	ALIMENTACIÓN SANA Y EQUILIBRADA	66
4.3.2	CÓMO ALIMENTARSE	68
4.3.3.	ALIMENTACIÓN EN ADULTOS	70
4.4	FOMENTAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	72
	1. ¿Qué son estilos de vida saludable?	
	2. Recomendaciones de una dieta balanceada para llevar un estilo de vida saludable:	
	3. ¿Qué tipo de ejercicios recomienda en general?	
	4. ¿Cómo se debe empezar la rutina de ejercicio?	
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		76
5.1	CONCLUSIONES	76
5.2	RECOMENDACIONES	80
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
	GLOSARIO	84
	ANEXOS	90

RESUMEN

Se realizó un estudio tipo descriptivo analítico para determinar la prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en el Personal Militar de Casa Militar Presidencial para luego presentar el plan estratégico para prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles.

En el mes de marzo del año 2009 se realizó una encuesta a 149 personas de Casa Militar que se encuentran con el pase en esta dependencia. Ésta fue hecha de acuerdo a los lineamientos de la OMS. Los datos fueron analizados de acuerdo a la edad y sus tablas.

En una población de 149 personas de sexo masculino donde se analizó 146 historias clínicas con su respectiva encuesta se encontró que 66,44% pertenecen a la tabla 2 y 3 entre los 25 a 29 y 30 a 34 años de edad, en cuanto a los factores de riesgo modificables el 35,62% tienen sobrepeso con un IMC por sobre el valor normal que es 25, el 56,85% tienen niveles altos de colesterol, un 31,51% triglicéridos altos, el 28,08% consume alcohol una vez por semana, el 53,57% fuman, el 17,12% tiene test de estrés moderado, el 9,59% de la muestra tienen uno o más antecedentes familiares de ECNT, el 15,07% realizan más de 2 horas diarias de actividad física, un 6,85% presentan HTA, el 8,22% valor alto de glucosa, un 88,36% consumen grasa a diario en la dieta, el 14,38% consume fruta una vez por semana, y el 73,97% son de estado civil casado.

El estudio muestra una alerta acerca de la necesidad urgente de estrategias que permitan controlar este importante problema de salud ya que 94.63% de la muestra tiene un riesgo moderado a severo de sufrir ECNT en un futuro. Por lo que se plantea un programa de prevención con el fin de disminuir los factores de riesgo con mayor prevalencia.

PRESENTACIÓN

Nos encontramos en medio de una epidemia global de enfermedades relacionadas a los hábitos y estilos de vida, llamadas Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). En el mundo desarrollado e industrializado se estima que más o menos el 88% de las muertes son relacionadas a estas enfermedades, mientras en los países en desarrollo, como el nuestro, ellas explican alrededor del 40% de las muertes.

Estas enfermedades han surgido rápidamente como resultado de la estabilidad lograda en la provisión de alimentos, la urbanización y el desarrollo, y ciertamente, los cambios en estilos de vida que esta situación trae consigo.

Es así, que en Ecuador se pueden observar regiones enteras del país, especialmente rurales, donde aún persisten un alto índice de nacimiento, baja expectativa de vida y una prevalencia alta de enfermedades infecciosas, como responsables principales de la morbilidad y mortalidad. Pero al lado de esta realidad, están las ciudades del país, donde hoy viven cerca del 70% de la población, y donde se aprecia un acelerado proceso de transición epidemiológica.

La urbanización ha sido un cambio social importante; en 1950 más del 70% de la población vivía en el campo; al finalizar 2001, esta proporción se había reducido a 39%. El número de ciudades con más de 30.000 habitantes se quintuplicó desde 1960. Durante el decenio de 1990, la población urbana creció 3,1% por año y la rural, 0,8%.

Es cierto que algunos objetivos se los consigue con poca planificación pero en esta época moderna en donde la tecnología crece y las personas desean estar informadas y participar activamente en lo que se debe hacer, la planificación se ha convertido en una necesidad.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) tienen efectos devastadores para las personas, las familias y las comunidades, en especial entre las poblaciones pobres, y constituyen un obstáculo creciente para el desarrollo económico. Se estima que en las próximas dos décadas se triplicará la incidencia de cardiopatías isquémicas y accidentes cerebro-vasculares en América Latina. Los estratos pobres de la población son los más vulnerables, no sólo porque tienen un mayor riesgo de enfermarse, sino porque estas enfermedades suelen ocasionar en ellos gastos catastróficos.

Son pocas las entidades que planifican sus actividades en forma técnica, en la mayoría de ellas las decisiones son fruto de la improvisación. Hay que considerar que las empresas grandes o pequeñas tienen iguales líos de finanzas, tecnología, personal, producción, etc., por lo tanto deberían planificar, organizar, dirigir y controlar para lograr resultados importantes en el desarrollo de la institución y por ende en sus miembros como una fortaleza en el desarrollo institucional y del país.

Planificar es una guía para el futuro porque en ella se traza el camino a seguir. La planificación estratégica considera a la empresa como un todo, parte del análisis de la realidad del ambiente en donde se desenvuelve, establece un direccionamiento organizacional y planes para guiar a la empresa hacia el alcance de los objetivos apoyándose en estrategias para conseguir que el futuro planeado ocurra.

Este estudio presentará un diagnóstico de la situación de la muestra tomada en el personal militar que labora en la Casa Militar Presidencial, en el cual se determina la prevalencia de factores de riesgo de ECNT y se desarrolla un plan estratégico de prevención basado en los resultados obtenidos.

En el presente trabajo se ha tomado el caso de (ECNT) enfermedades crónicas no transmisibles, luego de haber realizado una simple observación física al personal militar que pertenece a la seguridad presidencial y realizar en una pequeña muestra el (IMC) índice de masa corporal obteniéndose un gran porcentaje de sobrepeso por lo que se vio la necesidad de apoyarse en una

planificación estratégica para evitar el aumento de la morbi – mortalidad por estas patologías. Por tal razón se ha elaborado la propuesta del **PLAN ESTRATÉGICO PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN EL PERSONAL MILITAR DE CASA MILITAR PRESIDENCIAL**, como herramienta indispensable para buscar un mejor estilo de vida, esta consta de cinco capítulos con temas distribuidos de la siguiente manera:

Por ser un tema médico es necesario un posicionamiento en tal virtud en el **Primer Capítulo** se desarrolla la Introducción, la Transición Epidemiológica de las ECNT hasta la actualidad, y los Efectos de estas enfermedades en la población en general, basado en un marco teórico.

En el **Segundo Capítulo** se partirá del Concepto y del Diagnóstico Situacional, la Importancia, Métodos e Instrumentos que se utilizan para el diagnóstico, además contara con el análisis FODA, sus Matrices y los Resultados con sus virtudes y defectos que permitan establecer estrategias para aprovechar las oportunidades, reforzar las fortalezas, afrontar los problemas de salud y mejorar lo que se esté haciendo mal.

En base al diagnóstico situacional se desarrolla el **Tercer Capítulo** con los cambios a seguir, se establece la Estructura Organizacional, Organigramas, Funciones, Responsabilidades para cada cargo según lo permitido por ser un aspecto de información militar y de calificación secreta y restringida. Además se detalla el Direccionamiento Estratégico fijando el rumbo que va a seguir este programa de salud, el cual consta de Visión, Misión, Valores Rectores, Objetivos, Estrategias, Políticas y descripción de Planes Operativos Anuales.

Para que un plan estratégico sea efectivo es necesario apoyarse en Herramientas Claves, estos temas son descritos en el **Cuarto Capítulo**: Estrategias de Gestión para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, Identificación de Factores de Riesgo, Implementación de Protocolos de Nutrición y Guías Alimentarias. Fomentar en el personal militar con ECNT la adquisición de Estilos de Vida Saludable y la disminución de

Factores de **Riesgo**, como Sobre- Peso, Inactividad Física, Alcoholismo y Tabaquismo.

En el **Quinto Capítulo** se plasman las **Conclusiones** y **Recomendaciones** del trabajo de investigación.

CAPÍTULO 1

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

INTRODUCCIÓN

Existe una serie de enfermedades que se han identificado como enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), que también se les ha llamado enfermedades de los estilos de vida, los cuales pueden ser identificables.

El desarrollo de medidas preventivas sería una conducta que salvaría vidas, disminuiría la morbilidad asociada (con la consecuente mejoría en la calidad de vida), y ahorraría recursos económicos.

Los factores de riesgo tales como la edad, el sedentarismo, los hábitos alimenticios, factores que aún no han sido estudiados, hacen considerar a esta población como una población vulnerable a la incidencia futura de ECNT.

TABLA N.- 3

Esta investigación se realiza entonces con el objeto de identificar los factores de riesgo presentes entre el personal militar que labora en Casa Militar presidencial para prevenir las ECNT. **VER CUADROS (1-2-3-4-5)**

Si este personal militar sigue el programa de prevención planteado tendrá los siguientes beneficios:

- a. Mejorará su salud.
- b. Corregirá sus hábitos alimenticios.
- c. Llevará un estilo de vida más saludable.
- d. Gozará de un mejor estado de ánimo.
- e. Tendrá un mejor rendimiento en sus actividades.

Además este programa tendrá un alcance amplio, en el cual, se va a promover un efecto multiplicador hacia todos los miembros de la familia, sus amigos y a otros miembros de la unidad militar a la que pertenece.

Los datos obtenidos servirán como una base sobre la cual se establecerán intervenciones, las cuales deben estar dirigidas a promover estilos de vida adecuados, prevenir los riesgos del apareamiento de tales enfermedades y alcanzar un estado de salud óptimo en este personal.

En la actualidad Casa Militar Presidencial no cuenta con una planificación estratégica de salud que guíe la consecución de los objetivos, por tal motivo y una vez que, se ha determinado sobrepeso en el personal, bajo rendimiento físico, alimentación inadecuada, horarios irregulares de comida en definitiva mal estilo de vida, ha provocado preocupación y como Médico no puedo dejar de intervenir en el tema de prevención de las ECNT las que han venido en aumento en la última década acarreando múltiples consecuencias al personal que llega a desarrollar estas enfermedades por negligencia y desconocimiento de sus factores de riesgo y los malos estilos de vida, afectando gravemente su desempeño y malestar familiar.

Al realizar una observación a simple vista se pudo detectar que existe personal físicamente excedido en su peso por lo que se tomó como muestra el índice de masa corporal (IMC) del personal de la Marina tanto oficiales como tripulantes, encontrándose que 22 de 33 personas exceden el parámetro normal del IMC que es de 25, lo que da un porcentaje que corresponde al 66,66% de personas con sobrepeso.

Este estudio determinara un diagnóstico real de la situación de la muestra tomada en el Personal Militar que labora en la Casa Militar Presidencial, en el cual se determinara la prevalencia de factores de riesgo de ECNT y se desarrollara un plan estratégico de prevención basado en los resultados obtenidos.

El impacto de este estudio no será evaluado en este trabajo de tesis, sin embargo se recomienda que se realice un estudio cada dos años con el fin de

evaluar los cambios en cuanto a conocimientos, actitudes y prácticas del personal militar en relación a la salud, nutrición y actividad física.

1.2 TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA.

El origen de la transición epidemiológica se gesta en el momento que el nómada se detiene para volverse sedentario.

Constituye un proceso de cambio dinámico a largo plazo en la frecuencia, magnitud y distribución de la morbilidad y mortalidad de la población. La transición epidemiológica, que va acompañada por la transición demográfica, presenta cuatro aspectos a destacar:

1. Desplazamiento en la prevalencia de las enfermedades transmisibles por las no transmisibles.
2. Desplazamiento en la morbilidad y mortalidad de los grupos jóvenes a los grupos de edad avanzada.
3. Desplazamiento de la mortalidad como fuerza predominante por la morbilidad, sus secuelas e invalideces.
4. Polarización epidemiológica. La polarización epidemiológica sucede cuando en distintas zonas de un país o en distintos barrios de una misma ciudad encontramos diferencias en la morbilidad y mortalidad de la población.

En el Ecuador, más que una transición epidemiológica se evidencia una acumulación epidemiológica, en la que las enfermedades carenciales y transmisibles comparten espacio con las crónico-degenerativas y los problemas de salud colectiva. Entre las primeras predominan las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, la malaria, la tuberculosis pulmonar, las enfermedades inmuno prevenibles, la desnutrición global, la desnutrición crónica

y la anemia. Entre las segundas están las enfermedades cerebro vascular, las cardiopatías isquémicas, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, los

tumores malignos, el SIDA y los problemas de salud mental. Los problemas de salud colectiva más frecuentes son los accidentes de transporte y las agresiones.

Este perfil epidemiológico está relacionado con una serie de determinantes tales como los niveles de pobreza y de inequidad en el país.

Es gracias a la teoría de la transición epidemiológica derivada a su vez de la teoría de la transición demográfica que se intentan explicar los cambios en los patrones de salud y enfermedad dependientes de las dinámicas demográfica, económica y social. Según Omran, durante el proceso de desarrollo de cada país o región ocurren una serie de cambios sanitarios con una dirección, magnitud y temporalidad que podría considerarse universal.

Las características epidemiológicas que prevalecen en una población cambian en la proporción en que la población envejece. A medida que las tasas de supervivencia de lactantes y niños mejoran durante los primeros años de vida, que son de alto riesgo, y la edad promedio de una población aumenta, se intensifica la exposición a factores de riesgo relacionados con las enfermedades crónicas y los accidentes. La "transición epidemiológica" se refiere a un cambio a largo plazo en las causas principales de defunción, que pasan a ser las enfermedades crónicas y las causas violentas en vez de las infecciosas y agudas.

En países desarrollados y en muchos países en desarrollo hay indicios crecientes de que se ha producido o se está produciendo una transición epidemiológica

Un abordaje integral a luz actual del problema que significan las Enfermedades Crónicas No Transmisibles se vincula sin dudas al propio estudio de la enfermedad en el aspecto social.

Según Grotjahn "no sólo muchas enfermedades tienen su origen primario en causas sociales, sino que un número mucho mayor son influidas decisivamente en su evolución, ya sea favorable o desfavorable, por

circunstancias sociales.” Por eso lo más conveniente es dirigir la consideración causal por el esquema siguiente:

Las condiciones sociales crean o favorecen la predisposición a enfermar.
Las condiciones sociales son las portadoras de las condiciones de enfermedad.
Las condiciones sociales son eslabones intermediarios de la patogenia.
Las condiciones sociales influyen en la evolución de las enfermedades.

A su vez la influencia de las condiciones sociales varía según la estabilidad y calidad de la situación social general, la última ha de diferenciarse según el tipo de alimentación, de vivienda, de trabajo, de régimen de vida, de educación.

En 2002, la 26.a Conferencia Sanitaria Panamericana reconoció el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la principal causa de morbilidad y mortalidad en América Latina y el Caribe y aprobó una resolución (CSP26.R15) en la que se instaba a aumentar la cooperación técnica y coordinada de la OPS.

En respuesta a esta resolución (CSP26.R15), se formularon una Estrategia Regional y un Plan de Acción Regional para la Prevención y el Control Integrados de las Enfermedades Crónicas basados también en las siguientes resoluciones de la OMS y la OPS: Estrategia Mundial de la OMS para la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas (WHA53.17, 2000), Convención Marco para el Control del Tabaco (WHA56.1, 2003), Estrategia sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (WHA57.17, 2004), Cáncer (WHA58.22, 2005) y Enfermedades Cardiovasculares, especialmente Hipertensión (CD42.R9, 2000).

Con la Estrategia Regional se procura reducir la carga de las enfermedades no transmisibles crónicas en las Américas y garantizar que la prevención y el control de este tipo de enfermedades reciban la prioridad y los recursos apropiados según la carga de morbilidad.

La Estrategia incluye seis componentes: promoción de la causa y formulación de políticas, acciones comunitarias, servicios de salud fortalecidos, competencias reforzadas en la fuerza laboral de atención de la salud, alianzas y redes multisectoriales y mejor gestión de los conocimientos sobre las ENT.

Hay también cuatro líneas de acción que son promoción de la salud, vigilancia, gestión integrada de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo y política pública y promoción de la causa.

Se ha encargado a la unidad de Enfermedades no Transmisibles la dirección y coordinación de la formulación del plan de acción con otras unidades dentro de la Secretaría. Se prevé que la Estrategia Regional guíe la cooperación técnica de la OPS sobre las ECNT y sea usada por las unidades técnicas y las oficinas de países de la Organización.

1.3 EFECTOS DE LAS ECNT EN LA POBLACIÓN.

La epidemia de las enfermedades crónicas amenaza el desarrollo económico, social, la vida y la salud de millones de personas. En 2005, unos 35 millones de personas de todo el mundo murieron debido a las enfermedades crónicas. Esta cifra duplica el número de defunciones debidas a todas las enfermedades infecciosas (incluida la infección por el VIH y el sida, la malaria y la tuberculosis), las condiciones maternas y perinatales y las carencias nutricionales. Si bien se calcula que las defunciones por las enfermedades infecciosas, las afecciones perinatales y las carencias nutricionales disminuyan 3% en los próximos 10 años, se prevé que las muertes debidas a las enfermedades crónicas aumentarán 17% para 2015.

Los efectos que estas enfermedades han causado durante estos años, han registrado 57.940 muertes (32.775 hombres y 25.165 mujeres). Seis de las diez primeras causas de muerte corresponden a condiciones crónicas no transmisibles, relacionadas entre sí, y que tienen que ver con factores de riesgo comunes tales como inactividad física, alimentación poco saludable, obesidad, tabaquismo y alcoholismo. Las principales causas de muerte, en su orden,

fueron: enfermedades cerebro-vasculares, influenza y neumonía, diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatías isquémicas, insuficiencia cardíaca, accidentes de transporte terrestre, agresiones (homicidios), cirrosis y otras enfermedades del hígado y ciertas afecciones originadas en el período perinatal. **La mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares, hipertensión arterial y diabetes ha tenido un incremento rápido y sostenido.**

La información de los egresos hospitalarios del sistema de información del MSP y el EPI 2 muestra el incremento vertiginoso de la morbilidad por diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Casi la mitad del total de muertes por enfermedades crónicas son atribuibles a las enfermedades cardiovasculares; la obesidad y la diabetes también están mostrando tendencias preocupantes, no sólo porque afectan ya a una gran parte de la población sino también porque han comenzado a aparecer en etapas más tempranas de la vida. A nivel mundial las ECV son la causa más común de muerte e incapacidad. En los países en vías de desarrollo, cada año mueren alrededor de 6 millones de personas debidas a estas enfermedades, ocasionando el 34% de todas las muertes en mujeres y el 28% de muertes en hombres. En América Latina, las cardiopatías coronarias y los accidentes cerebro vasculares son la principal causa de muerte en 31 de los 35 países.

Según la Organización Mundial de la Salud, en 1995, había 135 millones de diabéticos en el mundo, y se estima que esta cifra se incrementara a 300 millones en el año 2025, de los cuales 75% vivirán en los países en vías de desarrollo. La diabetes es uno de los principales factores de riesgo de la enfermedad coronaria y de los accidentes cerebro vasculares. El incremento de la prevalencia de esta enfermedad impactara negativamente en la carga atribuida a las ECV en los países en desarrollo.

En cuanto al sobrepeso y la obesidad, no sólo la prevalencia actual ha alcanzado niveles sin precedentes, sino que la tasa de aumento anual es sustancial en la mayoría de las regiones en desarrollo.

La rapidez de la transición en los países en desarrollo es tal, que a menudo éstos sufren una carga doble de morbilidad. En algunos países la prevalencia de obesidad se ha duplicado o triplicado durante el último decenio.

Al adentrarnos al siglo XXI, la tendencia mundial a la disminución de la fecundidad y a la prolongación de la esperanza de vida ha dado un relieve sin precedentes al fenómeno del envejecimiento de la población. El envejecimiento de la población ha sido asociado habitualmente con los países más industrializados de Europa y América del Norte, donde una quinta parte o más de la población suele tener 60 o más años. Lo que no se ha tomado en cuenta es que el envejecimiento de la población es un fenómeno que ha ocurrido y está ocurriendo también en países menos industrializados. En Uruguay, por ejemplo, el porcentaje de personas de edad (de 60 o más años) es mayor que en Canadá y Estados Unidos. En Cuba este grupo de población para el 2001 rebasa el 14%. Fuera de Europa y América del Norte, el Caribe es la región de "mayor edad" del mundo: 10% de la población total de esa región tiene 60 años o más. En gran parte de la Región de las Américas, el envejecimiento de la población no ha recibido mucha atención a pesar de estas cifras. En la mayoría de los países, la principal preocupación ha sido reducir las tasas de fecundidad y de mortalidad infantil y crear oportunidades de educación y empleo para una cantidad creciente de jóvenes. Sin embargo, como consecuencia del éxito logrado en estos campos, la Región se enfrenta ahora con nuevos problemas derivados de los rápidos cambios en la estructura de la población según la edad. En algunos países ya se han suscitado intensos debates sobre asuntos tales como el tipo y el suministro de servicios de seguridad social, el costo de la atención médica y el nivel apropiado de inversiones en educación-asuntos que están directamente relacionados con cambios en las características demográficas y sanitarias .

En casi todos los países de América Latina y el Caribe, las transformaciones sociales, económicas, demográficas y epidemiológicas de las últimas décadas han contribuido a la aparición de nuevas prioridades de salud. Entre estas últimas destacan, por su importante aumento, las Enfermedades No

Transmisibles (ECNT), que incluyen problemas cardiovasculares, cánceres, diabetes y padecimientos renales relacionados con la hipertensión, entre otros. En 1985, por cada 10 muertes debidas a una enfermedad transmisible, se producían 15 por una ECNT, y hoy se producen 34.

Son varias las causas que explican este cambio, todas ellas interrelacionadas: se ha producido una rápida urbanización e industrialización; la fecundidad ha bajado y la esperanza de vida ha subido, con el consiguiente envejecimiento de la población; ha habido cambios en los estilos de vida y el acceso a los servicios de salud y su efectividad han mejorado. Como resultado de todo ello, las ECNT son ahora las principales causas de muerte y lo seguirán siendo en el futuro. Se prevé que para el año 2015, por cada 10 defunciones atribuidas a una causa infecciosa, habrá 70 fallecimientos por causas no transmisibles.

En casi todos los países de América Latina y el Caribe, las transformaciones sociales, económicas, demográficas y epidemiológicas de las últimas décadas han contribuido a la aparición de nuevas prioridades de salud. Entre estas últimas destacan, por su importante aumento, las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), que incluyen problemas cardiovasculares, cánceres, diabetes y padecimientos renales relacionados con la hipertensión, entre otros.

Las ENT afectan a todos los grupos socioeconómicos de la sociedad e imponen dos tipos de cargas: por una parte, afectan la productividad de los individuos y su capacidad de generar ingresos y, por la otra, originan un mayor consumo de servicios sociales y de salud, generalmente de alto costo. De hecho, el progresivo envejecimiento de la población y el constante incremento de las ENT provocarán un crecimiento significativo de la demanda de los servicios curativos.

La explicación etiológica de las enfermedades infecciosas, la explicación de las enfermedades debidas a la avitaminosis, el descubrimiento de los trastornos hormonales como causa de las enfermedades y otros descubrimientos similares ocasionaron que se propagara la idea de que todas las enfermedades

eran originadas primariamente por un agente específico, el cual es preciso descubrir .

En la búsqueda de la etiología de las enfermedades crónicas no trasmisibles que en la actualidad se encuentran en primer plano, no ha resultado fructífero este principio mono causal de la medicina de orientación guiada fundamentalmente por las ciencias naturales. Ha surgido el concepto de la génesis multifactorial de las enfermedades.

Se ha precisado la necesidad de lograr los cambios de actitudes de los individuos, familias y la comunidad en la modificación de factores de riesgo, con prioridad en grupos más vulnerables, por lo que se debe aprovechar mejor los espacios de concertación existentes, con énfasis a nivel local, en los que nuestro sector debe fortalecer su liderazgo aportando las evidencias científicas conocidas y haciendo reconocer a otros sectores como sus políticas y su gestión inciden favorablemente o no en la salud de la población, logrando su compromiso y su aporte en este sentido.

CAPÍTULO II

DIAGNOSTICO SITUACIONAL

2.1 CONCEPTO DE DIAGNOSTICO SITUACIONAL.

Es importante partir de la consideración de que antes de iniciar un proceso de cambio planificado en las organizaciones, se debe realizar un diagnóstico integral de las mismas, de tal forma que se logre el objetivo de todo diagnóstico que debe ser en términos generales; el de identificar el estado actual de la organización., dándonos cuenta de sus fortalezas como también de sus debilidades organizacionales; con el objeto de poder implementar un cambio que conduzca al mejoramiento continuo de todos y cada uno de los procesos.

Se puede definir al diagnóstico como: un proceso analítico que permite conocer la situación real de la organización en un momento dado para descubrir problemas y áreas de oportunidad, con el fin de corregir los primeros y aprovechar las segundas.

El diagnóstico es una actividad vivencial que involucra a un grupo de personas de una organización interesadas en plantear soluciones a situaciones problemáticas o conflictivas, sometiéndose a un autoanálisis que debe conducir a un plan de acción concreto que permita solucionar la situación problemática.

Las bases del diagnóstico es, que al igual, que las personas las empresas, instituciones y organizaciones deben someterse a exámenes periódicos para identificar posibles problemas antes de que estos se tornen graves.

Estos exámenes periódicos constituyen un sistema de control que permite optimizar el funcionamiento de las organizaciones o instituciones. Al ser

identificados los problemas en el funcionamiento de la organización o institución, surgen acciones mediante un diagnóstico dirigido a su eliminación o disminución que en conjunto constituyen una parte importante de la planificación operativa.

Actualmente, el término *Diagnóstico* es muy utilizado en las ciencias sociales y busca por sobre todas las cosas exponer los resultados conseguidos por medio de un estudio de investigación efectuado sobre la naturaleza y circunstancias de determinadas situaciones, analizando todos los datos al que accede el investigador del contexto.

La expresión considerada más apropiada y a ser adoptado en este trabajo es el de **Diagnóstico Situacional** por considerarse más abarcador, ya que toma en cuenta el ambiente interno, el entorno inmediato y ambiente externo de la organización.

No existe una forma única de evaluar la salud de una persona. Generalmente, los médicos inician su labor verificando la normalidad de los signos vitales a través del pulso, la presión sanguínea, la función respiratoria y otros reflejos. Tratan también de analizar a las personas en lo relacionado con su cuerpo, mente, vida espiritual, vínculos con otras personas, proyectos, etc.

Un diagnóstico no es un fin en sí mismo, sino que es el primer paso esencial para perfeccionar el funcionamiento de una organización.

2.2 IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO.

Es evidente que al aplicar un determinado diagnóstico: lo que primero se espera es obtener los beneficios a corto y mediano plazo; pero estos beneficios se pueden generalizar para todo tipo de organización. El diagnóstico es importante ya que se obtiene los siguientes beneficios:

Concienciación del estado actual de la organización o institución en un ambiente globalizado.

Identificación de las áreas potenciales de desarrollo.

Crear elementos de análisis para el desarrollo de planes futuros.

2.3 INSTRUMENTOS QUE SE UTILIZARÁN PARA EL DIAGNÓSTICO.

2.3.1 MÉTODOS Y TÉCNICAS DEL DIAGNOSTICO FUNCIONAL.

Dentro de la perspectiva funcionalista los métodos más usados son la entrevista, el cuestionario, entrevista grupal, análisis de experiencias críticas etc. entre otras.

Las técnicas aplicables en este trabajo son:

- **ENTREVISTAS:** Esta técnica se complementa con el cuestionario y permite recoger información que puede ser investigada hasta en sus mínimos detalles en una conversación personal con los miembros de una organización.
- **CUESTIONARIO:** Permite recoger mayor cantidad de información de mayor cantidad de gente y de una manera más rápida y mas económica que otros métodos y facilita el análisis estadístico. **ANEXO N.-1**

2.3.2. MÉTODOS Y TÉCNICAS DEL DIAGNOSTICO CULTURAL.

El proceso del diagnostico cultural se apoya en ciertas herramientas. En cuanto a su aplicación, básicamente podemos hablar de dos enfoques: el cualitativo y el cuantitativo.

Las técnicas cualitativas aplicables para este trabajo son:

OBSERVACIÓN: Para llevar a cabo, el investigador puede optar por convertirse en un miembro más del grupo, o bien por observarlos desde fuera, el investigador debe ganarse la confianza de las personas que va a estudiar, lograr su aceptación y evitar en lo posible que su presencia interfiera o perturbe de algún modo las actividades cotidianas del grupo.

ENTREVISTAS INDIVIDUALES: Es muy importante que en las entrevistas se logre lo que se conoce con el nombre de SIMPATÍA. Esta implica el establecimiento de un clima de confianza mutua, comprensión y afinidad emocional entre el entrevistador y el entrevistado, más aun en los casos como este donde la jerarquía es importante y pone barreras.

ANÁLISIS DE DOCUMENTOS: El investigador reunirá una colección de documentos que necesitan ser interpretados a fin de extraer la información que contienen sobre su historia y características de la organización y de la persona.

Dentro de las técnicas cuantitativas aplicables:

ENCUESTA: La información recogida por medio de esta técnica puede emplearse para un análisis cuantitativo con el fin de identificar y reconocer la magnitud de los problemas que se suponen o se conocen en forma parcial o imprecisa. El método que puede utilizarse para levantar la encuesta es el cuestionario.

2.4 HERRAMIENTAS UTILIZADAS PARA EL DIAGNOSTICO DE CASA MILITAR.

2.4.1 ANÁLISIS FODA

Es una herramienta que facilita el análisis del ambiente de la organización, describiendo al interior, las falencias o **DEBILIDADES** y las habilidades o **FORTALEZAS**. Además aclara la situación externa por medio del estudio de las condiciones positivas o negativas que podrían afectar a la organización como **AMENAZAS** o, que podrían beneficiarlas, conocidas como **OPORTUNIDADES**.

Las fortalezas y debilidades son parte del mundo interno, en donde puede influirse directamente en el futuro. Las oportunidades y amenazas tienen lugar en el mundo externo, que no es controlable pero si influenciabile.

FORTALEZAS: Representan los principales puntos a favor con los que cuenta la organización en cuatro áreas: Organización, Operaciones, Logística y Sistemas de Comunicación.

DEBILIDADES: Es la falta de fuerza. Son las limitaciones relacionadas con Organización, Operaciones, Logística y Sistemas de Comunicación.

OPORTUNIDADES: Son eventos o circunstancias que se esperan que ocurran o puedan inducirse a que ocurran en el mundo exterior y que podrían tener impacto positivo en el futuro. Esto tiende a aparecer en una o más de las siguientes categorías: Económico, Político, Social, Tecnológico.

AMENAZAS: Son eventos o circunstancias que pueden ocurrir en el mundo exterior y que pudieran tener cierto impacto negativo en el futuro, tienden a aparecer en las mismas categorías que las oportunidades. Con un enfoque creativo, muchas amenazas llegan a tornarse en oportunidades o minimizarse con una planificación cuidadosa.

Toda esta información debe ser bien organizada y procesada en matrices que permitan dar un diagnóstico objetivo que será respaldado con la documentación suficiente.

Dichas matrices utilizadas en el análisis FODA son:

2.4.2 MATRIZ DE IMPACTO.

Una vez que se cuenta con la información recopilada, tabulada, procesada y analizada sobre todos los elementos mencionados anteriormente, el siguiente paso es pasar de acuerdo al análisis situacional cada uno de los elementos a la matriz de impacto. Por lo tanto, para desarrollar el siguiente paso del FODA se debe tener dos matrices: de impacto interno y de impacto externo.

2.4.3 MATRIZ DE VULNERABILIDAD.

Determina la falta de poder y o incapacidad de gestión frente al entorno, a través de un esquema de las debilidades y amenazas de la organización.

2.4.4 MATRIZ DE APROVECHABILIDAD.

Determina las fortalezas y oportunidades, con el propósito de relacionar estas dos variables optimizando e identificando las posibles ventajas competitivas que posee la organización y que podrían ser aprovechadas en sus planes de acción.

2.4.5 HOJA DE TRABAJO FODA:

Es un resumen de lo que ha salido de los resultados de las matrices de aprovechabilidad y vulnerabilidad.

2.5 METODOLOGÍA A EMPLEAR.

En el estudio del caso se instrumentó una metodología que complementa la información e interpretación de los resultados utilizando técnicas de recopilación tal como, la observación, encuestas, análisis FODA. La información fue obtenida e interpretada de acuerdo a los grupos naturales que existen en el grupo de seguridad militar.

2.6 RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Para la recopilación de la información al personal militar de casa militar se utilizó la encuesta, aquí el nivel de cooperación de los mismos fue espontáneo, sin compromiso, ni con orden militar, para la información cuantitativa de las encuestas se recabó mediante un cuestionario que incluía 10 preguntas de

diferente índole. El periodo en el que fueron llenadas las encuestas fue de una semana en el horario de 08:00 horas a 17:00 horas de acuerdo al régimen de trabajo. Se utilizó el análisis FODA y cierta información cuantitativa se hizo revisando las fichas médicas anuales del año 2008.

2.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Una vez recopilada la información con los diferentes instrumentos, se procedió a realizar el debido procesamiento y análisis de la información después de la tabulación respectiva de las encuestas. Todo esto apoyado en gráficos estadísticos que permitan ver de mejor manera los resultados encontrados.

CUADROS.

2.7.1 ENCUESTAS AL PERSONAL MILITAR DE CASA MILITAR.

ANEXO 1.

ANÁLISIS FODA DE CASA MILITAR PRESIDENCIAL

FORTALEZAS.

- Interés del Alto mando por preservar la salud del personal.
- Personal altamente motivado para cumplir su misión.
- Alta predisposición del personal para participar en programas de prevención de enfermedades.
- Institución con trayectoria y credibilidad.
- La Casa Militar tiene su propio plan estratégico en estudio y aprobación, sus procesos, planes y proyectos.
- Decisión y capacidad para poner en práctica los conocimientos.
- Existencia de valores y principios.

OPORTUNIDADES.

- Inclusión de recursos en el presupuesto del Estado para financiar proyectos de desarrollo y capacitación de los Grupos de Casa Militar.

- Compromiso del mando para implementar políticas de salud
- Fuerzas Armadas, cuentan con personal calificado para realizar la capacitación y el entrenamiento del personal.
- El acceso a la tecnología facilita vincularse y transferir el conocimiento en tiempo real.
- El control de la alimentación está a cargo de Casa Militar lo cual permite realizar regulaciones y control de las dietas.
- Mayor comunicación con centros internacionales experimentados
- Promoción del trabajo interdisciplinario

DEBILIDADES.

- No existe orgánicamente personal de sanidad que planifique, dirija y evalúe desde la Casa Militar Políticas de nutrición, salud y recreación.
- Los estilos de vida no saludables tienen distinto perfil, dependiendo de las categorías de situación socioeconómica y cultural de la población en que se analiza.
- Falta de conocimiento sobre ECNT y sus complicaciones.
- Falta de entrenamiento físico y actualización de conocimientos sobre actividad física y sus beneficios.
- No se ha mejorado la infraestructura informática.
- Cambios bruscos de estilos de vida.
- El personal busca cantidad y no calidad en la alimentación.

AMENAZAS.

- La falta de programas de salud incrementará la morbilidad y mortalidad en el personal militar.
- Reducción de presupuesto por la crisis mundial.
- No se cuenta con los medios ni el tiempo necesario para realizar el entrenamiento físico.
- Inestabilidad política del país, genera inestabilidad en el mando militar, lo que influye en la continuidad de las políticas de gestión institucional.

- No se tiene independencia económica, los gastos son regulados por la Secretaria General de la Presidencia.
- La alimentación fuera del lugar de trabajo de mala calidad.
- Desconocimiento total sobre nutrición y alimentación.

MATRICES.

A continuación se presentan cada una de las matrices que se elaboraron con la información obtenida de los diferentes instrumentos de investigación.

Las cuales se presentan en el orden siguiente:

HOJA DE TRABAJO FODA

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<p>Inclusión de recursos en el presupuesto del Estado</p> <p>Compromiso del mando para implementar políticas de salud.</p> <p>Fuerzas Armadas, cuentan con personal calificado para realizar la capacitación y el entrenamiento del personal.</p> <p>El acceso a Internet facilita vincularse y transferir el conocimiento en tiempo real.</p> <p>Promoción del trabajo interdisciplinario</p>	<p>La falta de programas de salud incrementará la morbilidad en el personal militar.</p> <p>Reducción de presupuesto por la crisis mundial.</p> <p>Inestabilidad política del país, genera inestabilidad en el mando militar, lo que influye en la continuidad de las políticas de gestión institucional..</p> <p>La alimentación fuera del lugar de trabajo de mala calidad.</p> <p>Desconocimiento total sobre nutrición, alimentación.</p>
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<p>Interés del Alto mando por preservar la salud del personal.</p> <p>Personal altamente motivado para cumplir su misión.</p> <p>Alta predisposición del personal para participar en programas de prevención de enfermedades.</p> <p>La Casa Militar tiene su propio plan estratégico en estudio y aprobación, sus procesos, planes y proyectos.</p> <p>Decisión y capacidad para poner en práctica los conocimientos</p>	<p>No existe una sección sanidad que dirija desde la Jefatura de Casa Militar Políticas de nutrición, salud y recreación.</p> <p>Los estilos de vida no saludables tienen distinto perfil, dependiendo de las categorías de situación socioeconómica y cultural de la población en que se analiza.</p> <p>Falta de conocimiento sobre ECNT y sus complicaciones.</p> <p>Cambios bruscos de estilos de vida.</p> <p>El personal busca cantidad y no calidad en la alimentación.</p>

ejecutora con autonomía absoluta	X						5F		
SISTEMA DE COMUNICACIÓN	FORTALEZAS			DEBILIDADES			IMPACTO		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
La infraestructura informática se encuentra desactualizada.				X			5D		
Predisposición de las autoridades para renovar el equipamiento	X						5F		
Medicalización de avión, helicóptero y ambulancia con tecnología de punta	X						5F		
CAPACIDAD DEL TALENTO HUMANO	FORTALEZAS			DEBILIDADES			IMPACTO		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
Personal capacitado y actitud positiva	X						5F		
Alta predisposición del personal para participar en programas de prevención de enfermedades.	X						5F		
Falta de conocimiento de ECNT y complicaciones.				X			5D		
Hábitos y estilos de vida inadecuados.				X			5D		

ELABORADO POR: Dr. Francisco Torres R

MATRIZ DE IMPACTO EXTERNO

FACTORES	GRADO			GRADO			IMPACTO		
	OPORTUNIDADES			AMENAZAS					
ECONÓMICOS	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
Inclusión en el presupuesto del Estado el financiamiento de proyectos de desarrollo y capacitación.	X						50		
Reducción de presupuesto por la crisis mundial.				X			5A		
Compromiso del mando para implementar políticas de salud	X						50		
La alimentación fuera del lugar de trabajo de mala calidad.				X			5A		
FACTORES	OPORTUNIDADES			AMENAZAS			IMPACTO		
POLÍTICOS	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
Inestabilidad política del país					X			3A	
FACTORES	OPORTUNIDADES			AMENAZAS			IMPACTO		
SOCIALES	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
Costumbres y educación heterogenia en el personal militar.				X			5A		
Alta rotación del personal				X			5A		
FACTORES	OPORTUNIDADES			AMENAZAS			IMPACTO		
TECNOLÓGICOS	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
Alta tecnología y poca capacitación				X			50		

ELABORADO POR: Dr. Francisco Torres R

MATRIZ DE VULNERABILIDAD

AMENAZAS DEBILIDADES	La falta de programas de salud incrementa la morbilidad en el personal	Reducción de presupuesto por la crisis mundial.	Costumbres y educación heterogenia en el personal militar.	La alimentación fuera del lugar de trabajo de mala calidad.	TOTAL	
Escasa partida presupuestaria para los proyectos de desarrollo y de salud.	5	5	1	1	12	3
Falta de conocimiento sobre ECNT y sus complicaciones.	5	1	3	3	12	2
Hábitos y estilos de vida inadecuados.	3	1	5	5	14	1
La crisis económica mundial afecta a todo nivel	1	5	1	1	8	5
No existe una sección sanidad que direcciona Políticas de nutrición, salud y recreación.	5	1	1	1	8	4
No se cuenta con un Plan operativo anual de salud.	5	1	1	1	8	6
Orgánico no definido, documentado, difundido ni participativo.	5	1	1	1	8	7
TOTAL	29	15	13	13		

ELABORADO POR: Dr. Francisco Torres R

MATRIZ DE APROVECHABILIDAD

OPORTUNIDADES FORTALEZAS	Compromiso del mando para implementar políticas de salud	Promoción del trabajo interdisciplinario	Inclusión de recursos en el presupuesto del Estado	Control de la alimentación a cargo de Casa Militar	TOTAL	
	Interés del Alto mando por preservar la salud del personal.	5	1	3	3	12
Alta predisposición del personal para participar en programas de prevención de enfermedades.	3	5	3	3	14	2
1Existencia de valores y principios.	1	1	1	1	4	
Implementación de programas de capacitación en salud, nutrición y actividad física.	5	3	5	3	16	1
Personal capacitado y actitud positiva	1	3	3	3	13	3
Institución con trayectoria y credibilidad	1	1	1	3	6	5
TOTAL	18	12	13	14		
	1	4	3	2		

ELABORADO POR: Dr. Francisco Torres R

2.8 RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO.

Posteriormente al procesamiento y análisis de la información se procedió a llevar a cabo las matrices todo con el fin de sacar las conclusiones del diagnostico situacional.

Para dichos resultados se procedió de acuerdo a los siguientes aspectos: Estructura organizacional sobre todo algunos aspectos de Operaciones (Planificación, organización, control) etc. en Logística, (alimentación, nutrición, y comunicaciones) Infraestructura (equipos, insumos, instalaciones), en Talento Humano, (personal, costumbres, incentivos, motivaciones, salud, sistema político) etc.

Ahora hay que tener en cuenta que estos elementos no siempre se presentan en su totalidad en la investigación, si no que todo depende de la situación particular en la que se encuentre cada organización.

La recolección de la información fue llevada a cabo para que posteriormente puedan ser ubicadas dentro de cada uno de los cuatro elementos, que permitan elaborar el análisis FODA con sus respectivas matrices.

2.9 ENTORNO.

Factores Económicos.

La economía en nuestro país donde se desarrollan las actividades debe ser tomada en cuenta, ya que el comportamiento de estos factores puede traer consigo ventajas y desventajas para el personal y la institución. Cabe señalar que también hay que tener en cuenta el acontecer internacional en relación a lo económico ya que si bien es cierto nuestra institución está dentro del territorio ecuatoriano, pero no estamos aislados del mundo, por ello estamos influenciados por la economía mundial y las repercusiones que trae a cada uno de los países. En este caso veremos el comportamiento de algunos factores económicos, como por ejemplo el caso del **PIB** (producto interno bruto), que no es más que el valor de la producción a precios finales de mercado dentro del territorio ecuatoriano. **CUADRO N.- 1**

PRODUCTO INTERNO BRUTO ECUATORIANO

AÑO	PIB millones de USD
2004	32642
2005	37187
2006	41763
2007	45789
2008	48508
2009	51106

Fuente: Banco Central del Ecuador
Elaborado: Dr. Francisco Torres R.

Cabe señalar que aunque el PIB ha crecido paulatinamente, y a su vez se ha cuadruplicado durante los últimos 27 años; la economía sigue frenada. Esto se debe, a que han crecido los precios de los productos y no la producción. Esto se debe a muchos factores que hacen que suban los precios, como la inflación y el precio del petróleo.

La **INFLACIÓN** es otro factor económico que influye en las organizaciones y la institución militar no es la excepción.

CUADRO. N.-2 INFLACIÓN EN EL ECUADOR

AÑO	%
2001	22,44%
2002	9,36%
2003	6,07%
2004	1,95%
2005	3,14%
2006	2,87%
2007	3,32%
2008	9,87%
2009	5,41%

Fuente: Banco Central del Ecuador
Elaborado: Dr. Francisco Torres R.

La inflación anual de lo que va del 2009, ha disminuido en relación al año anterior, en los datos presentados por el Banco Central se observa que la inflación mensual hasta mayo es del -0,01% algo que no había sucedido antes en el país.

La tendencia de precios altos se mantiene no solo por el ambiente inflacionario mundial, sino por también porque continúa creciendo el gasto público.

El gobierno espera que exista una tendencia de desaceleración de la inflación. Por medio de incentivos claros que está motivando a la recuperación de la producción y de la reducción de intermediación con las ferias ciudadanas y de

los programas Socio Solidario y Socio Tienda. Sin embargo, tradicionalmente septiembre y octubre tienen un impacto de inflación por el regreso a clases en la sierra y los meses posteriores con la época de navideña.

Factores Sociales.

Dentro de este factor están todos aquellos aspectos relacionados con la forma de vida del ser humano en la sociedad lo cual incluye: necesidades, recreación, creencias, cultura, preferencias, moda, costumbres, salud, empleo, etc.

Uno de los factores sociales que influye mucho en el país y por ende en las organizaciones es el desempleo:

CUADRO N.- 3 TASA DE DESEMPLEO EN EL ECUADOR.

CIUDAD	DIC-08	MAR-09
Quito	5,76%	6,99%
Guayaquil	9,48%	14,00%
Cuenca	4,37%	4,90%
Ambato	3,78%	4,10%
Machala	8,68%	10,90%
TOTAL	7,55%	8,60%

Fuente: Banco Central del Ecuador

Elaborado: Dr. Francisco Torres R

Las cifras de desempleo se ubicaron en 8,6 por ciento durante el primer trimestre del presente año, según datos del INEC, convirtiéndose en la cifra más alta en los dos últimos años.

El Presidente Correa ha señalado que el repunte del índice del desempleo obedece a los efectos de la crisis mundial en su economía dolarizada, que ha visto mermado sus ingresos fiscales, principalmente, los petroleros.

Otro factor social es la MIGRACIÓN, la cual la realizan las personas por muchos motivos, entre ellos: el desempleo, la pobreza, educación, alimentación, falta de servicios básicos, etc. Esto conlleva a que muchas personas se desplacen a otros países con el ánimo de mejorar sus ingresos económicos y su calidad de vida.

Esto es relativo, ya que aun que perciban mejores ingresos, la gran mayoría de emigrantes, viven en condiciones precarias con el ánimo de enviar la mayor cantidad de dinero a sus seres queridos.

En el Ecuador las remesas enviadas representan un valor significativo; pero dichos dineros son utilizados para gastos y no para inversión. Por eso se esta modificando las políticas, en promocionar el retorno al país con incentivos como traer sus herramientas para mantener sus trabajos y otra importante política es la del banco del migrante.

Factores Políticos.

En este factor se incluye el análisis de las políticas del Estado y sus instituciones, las leyes, decretos, normativas, reglamentos.

Es cierto que en la actualidad se busca un cambio total en la forma de gobierno, su estructura etc. se encuentra en vigencia la nueva constitución con puntos positivos y negativos pero depende de cada uno de los ciudadanos para que se saque adelante al país.

Factores Tecnológicos.

El mundo globalizado en donde se desenvuelve el personal militar conduce a las empresas hacia la adaptación de nuevas máquinas, herramientas, programas informáticos, etc. que permitan el mejor desarrollo no solo tecnológico sino de conocimientos, y cada día ser más eficientes, eficaces y oportunos.

Factores Geográficos.

Este factor debe ser bien explotado, sacar el máximo beneficio de su ubicación y permanencia durante su pase militar, puesto que es totalmente diferente estar en una unidad operativa que en una unidad mas administrativa y más aún en una unidad de seguridad, si consideramos los diferentes escenarios, no es igual estar en Casa Militar Presidencial, que en la frontera norte o en el Oriente, sus condiciones son totalmente diferentes, con relación a su estilo de vida, actividad física, guardias y sobre todo tipo de responsabilidad con y sin su familia.

CAPITULO III

PROPUESTA DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

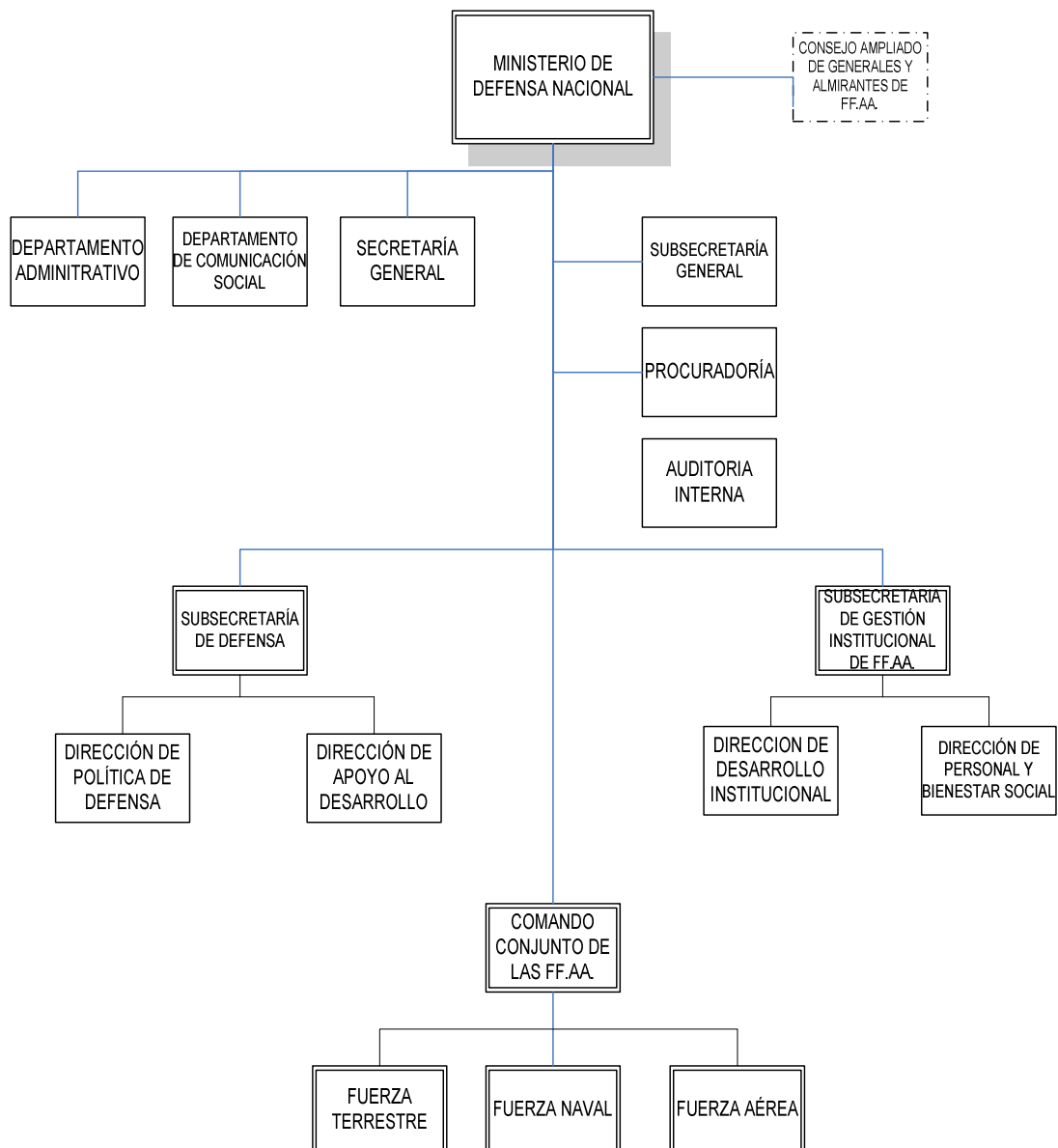
La información disponible nos indica que muchas de estas enfermedades son prevenibles, y sus muertes a edades tempranas evitables. Se han identificado factores de riesgo (FR) asociados epidemiológicamente a ellas, como tabaquismo, consumo excesivo e inapropiado de alcohol, inactividad física, obesidad, hipertensión arterial, perfil lipídico alterado y dieta inadecuada. Estos FR son modificables y vulnerables a estrategias de intervención que intercepten la historia natural de la enfermedad en que participan.

A continuación se describe la propuesta del programa a ser incrementado en Casa Militar considerando desde la reforma en el orgánico estructural y funcional con la implementación de una sección sanidad, el direccionamiento estratégico con sus componentes y un programa de prevención de las ECNT.

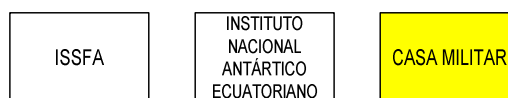
Es importante indicar que al momento se está trabajando en la firma del acuerdo para la conformación de la UNIDAD DE SEGURIDAD PRESIDENCIAL, lo que permitirá una autonomía muy importante, primero porque tendrá un solo mando, todas las unidades se deben subordinar incluso la Policía Nacional, los fondos se manejarán independientemente y se implementará procesos en cada una de sus unidades subordinadas, esta unidad contará con la supervisión de la Secretaría Nacional de Inteligencia parte del Ministerio de la Coordinación de Seguridad Interna y Externa.

3.1 PROPUESTA DEL ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE CASA MILITAR PRESIDENCIAL

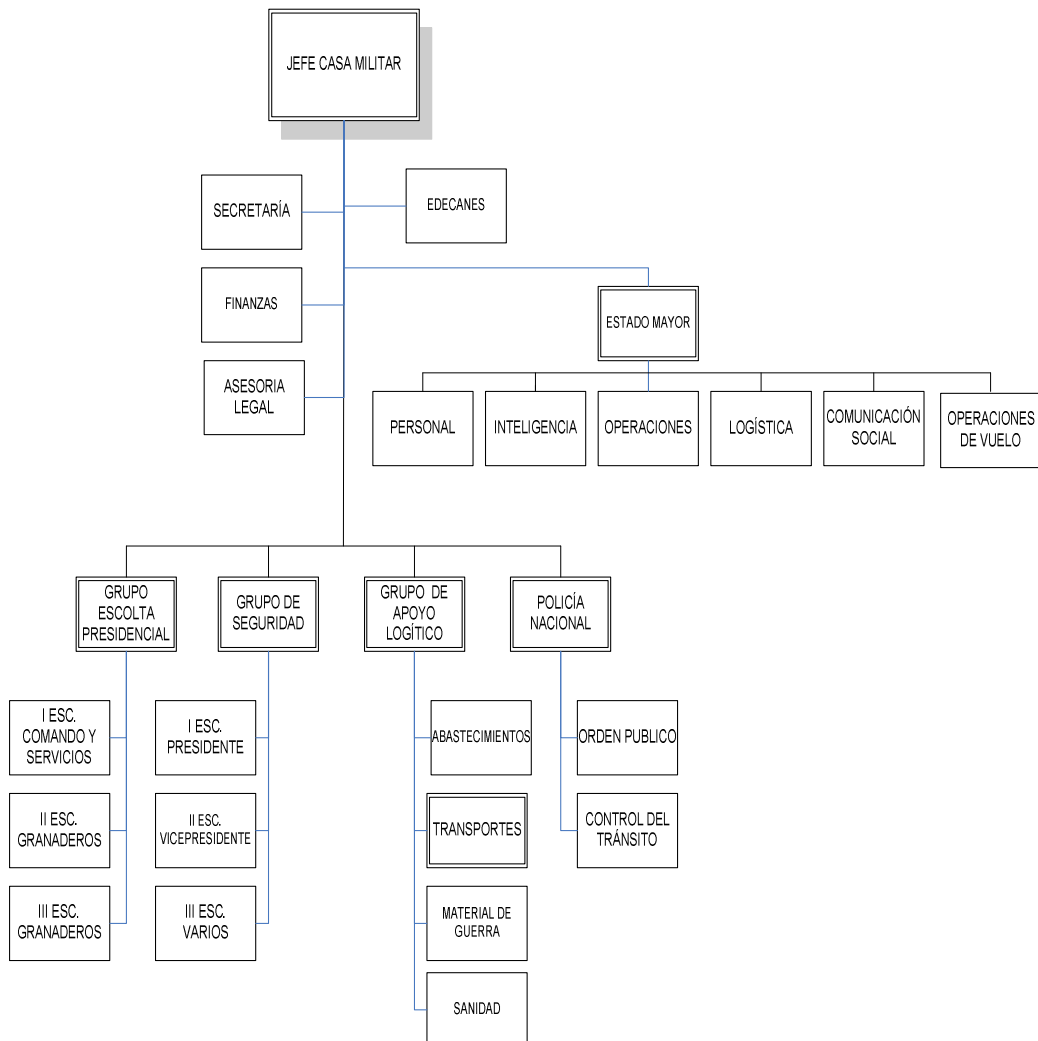
ORGANIZACIÓN DEL MINISTERIO DE DEFENSA



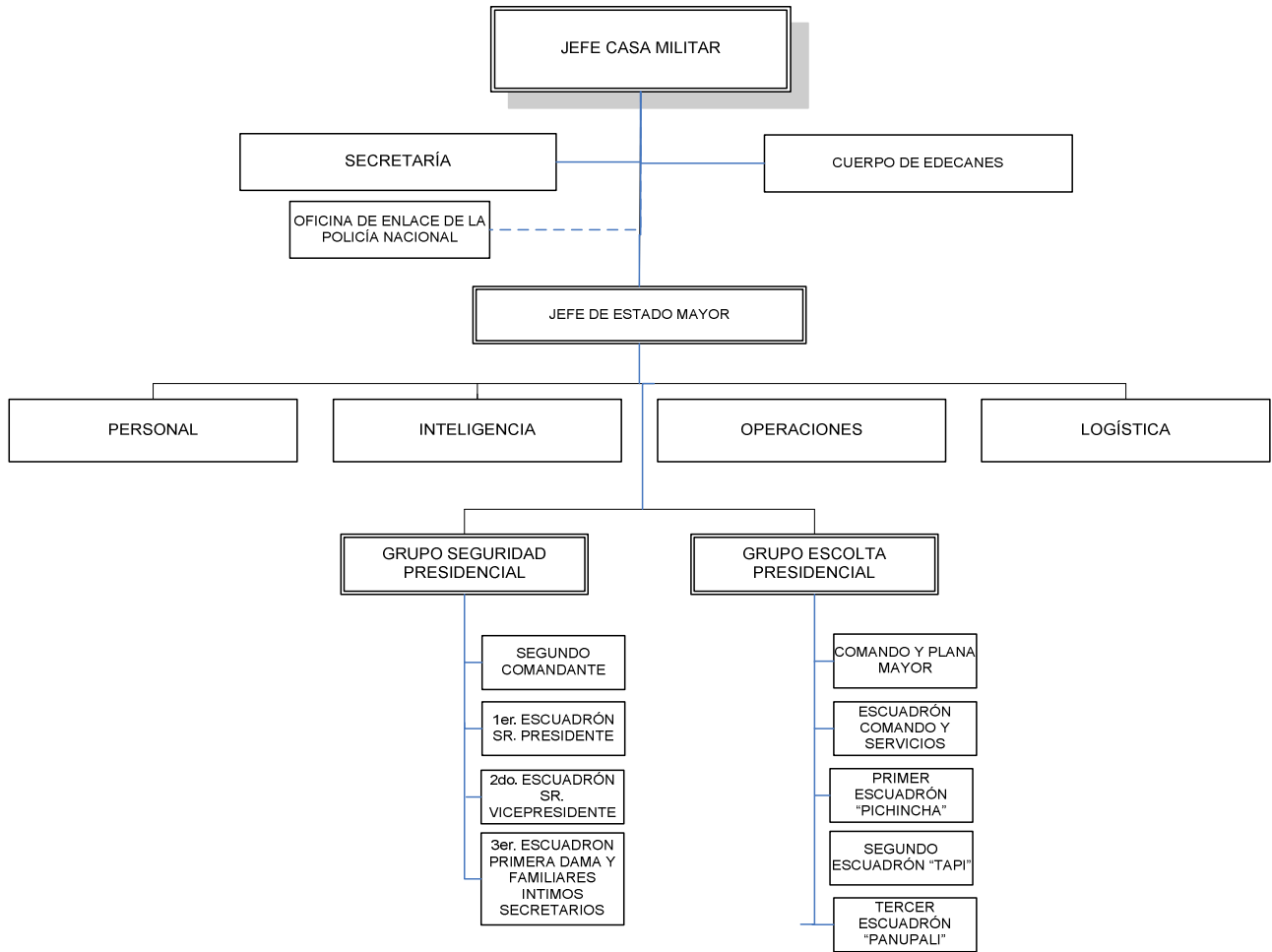
ENTIDADES ADSCRITAS



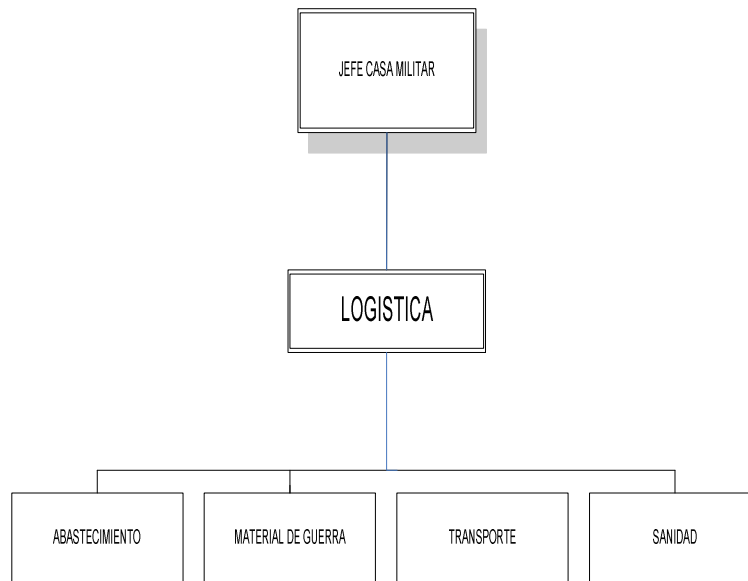
ORGANIZACIÓN DE LA CASA MILITAR PRESIDENCIAL



ORGANIZACIÓN DE LA CASA MILITAR PRESIDENCIAL



ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE LOGÍSTICA DE LA CASA MILITAR PRESIDENCIAL



3.2 DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE LA SECCIÓN SANIDAD.

El Servicio de Sanidad está organizado sistemáticamente, para proporcionar medidas preventivas, atención médica, cuidado y tratamiento requerido en todo momento.

SANIDAD.

DEL MEDICO.

- El Médico es el responsable mediante el conjunto de actividades de conservar el potencial humano del Sr. Presidente en las mejores condiciones de aptitud física y psíquica, permitiendo sus funciones, mediante la aplicación de medidas sanitarias de prevención curación y recuperación.
- Coordinara con las unidades de salud del sector para posible atención médica de emergencia.
- Se encargara de las coordinaciones con el personal de la ambulancia que conforma la caravana en los desplazamientos del Sr. Presidente.
- Tendrá siempre actualizada la ficha médica del Sr. Presidente
- Conocerá las rutas principales y alternas para posibles evacuaciones.
- Supervisara el abastecimiento y reposición de medicina, material e insumos médicos para el kit de primeros auxilios.
- Dispondrá al jefe de seguridad, la asignación del transporte, medios de comunicación, y ubicación en la caravana.
- Supervisara la preparación y la distribución de la alimentación en los lugares que se realizara esta actividad en coordinación con los asistentes personales.
- Exigirá el cumplimiento de las normas de seguridad en la alimentación en todos los lugares donde se desarrolle esta actividad.

- Coordinara con la Secretaria General de la Presidencia para asignar en la agenda los días y los horarios para la terapia de especialidad, y de las actividades físicas según rutina de prescrita.
- Supervisara la existencia del stock de medicina e insumos, sus condiciones biofísicas y fecha de caducidad de los kit de primeros auxilios indispensables para su empleo.
- Asesorar al Jefe de la Casa Militar en las acciones tácticas y planes futuros.
- Preparar los planes de empleo de la sección.
- Supervisar las instalaciones sanitarias.
- Realizar coordinaciones con las autoridades de salud.
- Realizara el seguimiento y cumplimiento de la ficha Médica Anual del personal militar de Casa Militar.
- Planificar actividades de inmunizaciones y quimioprofilaxis.
- Realizar acciones de Salud Mental.
- Elaborar, clasificar, y conservar documentos, fichas y registros médicos.
- Capacitar y supervisar la instrucción al personal de sanidad.
- Asesorar al Comandante y autoridades competentes sobre asuntos de sanidad.

DEL PERSONAL PARAMÉDICO / ENFERMEROS.

- Coordinara con la Secretaria General de la Presidencia el abastecimiento y reposición de medicina, material e insumos médicos para el kit de primeros auxilios.
- Supervisara la preparación y la distribución de la alimentación en los lugares que se realizara esta actividad en coordinación con los asistentes personales.
- Se encargara de la administración de la medicación en los lugares y horas según prescripción médica.
- Coordinar las evacuaciones de los pacientes.
- Mantendrá contacto permanente con el Personal de Cruz Roja para atender los requerimientos de pintas de sangre en toda la emergencia.

- Ejecutaran los planes de inmunización y saneamiento ambiental.
- Elaborar, clasificar, y conservar documentos, fichas y registros médicos
- Tramitara turnos en la Consulta externa del HG-1 para el personal de Casa Militar.
- Mantendrá actualizado los planes operativos de la sección sanidad.
- Elaborara en coordinación con el amanuense los listados de medicinas, equipos e insumos médicos requeridos.

DEL AMANUENSE

- Recibo y archivo de correspondencia
- Elaboración y envío de correspondencia
- Recibir, registrar y canalizar a las oficinas la documentación enviada a la CMPR
- Cumplir con las actividades de recepcionista de llamadas a la CMPR
- Tramitar y archivar la documentación pertinente.
- Ejercer las actividades de la oficina bajo su responsabilidad.
- Elaborar, clasificar, y conservar documentos, fichas y registros médicos
- Elaborar y remitir el parte diario.
- Mantener actualizado la nomina del personal de oficiales y voluntarios de la Casa Militar. GEP.GSP
- Mantener actualizado direcciones domiciliarias y teléfonos.
- Mantener actualizados base datos de todo la Casa Militar Presidencial.
- Elaborar el cuadro de licencia anual del personal.
- Remitir el parte mensual consolidado y los informes de actividades.
- Elaborar y remitir los informes de cumplimiento de las comisiones.
- Consolidar y remitir los informes de las actividades relevantes anuales.
- Elaboración de la documentación: oficios, telegramas, memorandos, etc.
- Mantener el archivo.
- Elaboración de directivas, instructivos, reglamentos y mantener actualizados.
- Elabora los pedidos de material de escritorio para las oficinas.

DEL CONDUCTOR.

- Responsable de la ambulancia asignada a la Presidencia de la República.
- Realizara los recorridos según agenda y rutas establecidas como parte de la caravana.
- Es el responsable por el mantenimiento mecánico de la Ambulancia.
- Deberá mantener actualizado el libro de vida de la ambulancia.
- Realizará las listas de los requerimientos de combustible y los salvoconductos respectivos.
- Tramitara los permisos de movilización y la matricula de la ambulancia en coordinación con la Secretaria General y Transportes.
- Colocan a los pacientes en camillas e introducen éstas en la ambulancia, habitualmente con la ayuda de auxiliares (servicios médicos).

DEL MENSAJERO.

- Acudir a Bancos para realizar consignaciones, pagos, cambios de cheques y demás actividades relacionadas con entidades Bancarias.
- Realizar todas las diligencias que tenga que ejecutar dentro y fuera de la Casa Militar.
- Realizar tareas que le sean asignadas por su jefe inmediato y así garantizar un trabajo de calidad.
- Es el encargado de llevar y traer la documentación de cada una de las oficinas.
- Coordinara con el personal para la obtención de turnos en la consulta externa del HG-1
- Es el encargado de tramitar documentación en la Comandancia General de las Fuerzas y en el Ministerio de Defensa.

3.3 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

En el capítulo II se desarrolló un análisis en el cual se dio a conocer la realidad en la que se encuentra el personal militar de la Casa Milita Presidencial y su relación con las diferentes patologías. Estos datos son tomados como base para plantear el rumbo que va a tomar la salud en este personal, lo que involucra contestar la pregunta ¿Hacia dónde vamos? La respuesta establecerá el horizonte hacia el cual se quiere ir.

Los componentes del direccionamiento estratégico son los siguientes:

- ❖ Visión
- ❖ Misión
- ❖ Valores Rectores
- ❖ Objetivos
- ❖ Estrategias
- ❖ Políticas
- ❖ POA

A continuación se presenta un documento escrito que permitirá visualizar la propuesta del rumbo u horizonte deseado para el personal militar tomando como referencia el diagnóstico organizacional.

3.4. VISIÓN

La visión debe ser: “comprometedora y motivante de tal manera que estimule y promueva la pertenencia de todos los miembros de la organización”.

VISIÓN

En el 2012 El Personal Militar que labora en Casa Militar Presidencial practicará hábitos de estilos de vida saludable con acceso a un programa de educación, prevención y atención de la salud en relación a las ECNT con calidad, eficiencia y calidez.

3.5 MISIÓN

La declaración de la misión, es una declaración duradera del propósito de una organización, que la diferencia de otras empresas similares, es una declaración de la razón de ser.

MISIÓN

Generar conocimiento relevante y útil para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles, conducir, regular, promover e impulsar políticas y estrategias, que coadyuven al mejoramiento de la calidad de vida del Personal Militar de Casa Militar Presidencial en relación a las ECNT.

3.4.7 VALORES RECTORES.

- Ética Profesional
- Responsabilidad
- Honradez
- Disciplina
- Lealtad y Espíritu de Cuerpo

Los valores son “ideas abstractas que guían el pensamiento y la acción”, estos “son las creencias principales acerca de la institución y de la gente que guía la estrategia de la organización.

Disciplina: La Disciplina es la capacidad de actuar ordenada y perseverantemente para conseguir un bien. Exige un orden y unos lineamientos para poder lograr más rápidamente los objetivos deseados, soportando las molestias que esto ocasiona.

Responsabilidad: Competencia con la capacidad para cumplir las tareas y responsabilidades inherentes al grado y función con dedicación puntualidad y observando los plazos establecidos.

Honradez: Los miembros de Fuerzas Armadas deben destacarse por obrar íntegramente en pensamientos y acciones demostrando rectitud, autenticidad, amor a la verdad y cumplimiento de la palabra. La honradez aporta confianza en las relaciones con los demás.

Espíritu de Cuerpo: El término **espíritu de cuerpo** se utiliza para señalar la identificación que los miembros de un grupo sienten con el grupo. A través de ese sentimiento, los miembros son motivados para lograr los objetivos comunes del grupo. El concepto sirve también para señalar la conciencia de pertenecer a un gremio, a una casta o a una clase social.

Ética: El comportamiento de los miembros debe ajustarse a los valores éticos como son la disciplina, honradez, responsabilidad, y justicia tanto en

sus relaciones internas como externas frente a los compañeros, sociedad y Estado, esto contribuirá a que todas las acciones de quienes conforman la Casa Militar Presidencial y pertenecen a Fuerzas Armadas se realicen transparentemente.

3.4.5 OBJETIVOS

Los objetivos son aquellos resultados globales que se desea alcanzar para cumplir con su misión y visión, estos involucran todas las áreas de la Casa Militar Presidencial, por lo tanto deben ser claros, entendibles, concretos, flexibles, medibles, coherentes y aceptados por los miembros con el fin de que todo esfuerzo esté encaminado hacia la consecución de los mismos.

OBJETIVO GENERAL

Diseñar el plan estratégico para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles en el personal militar que labora en la Casa Militar Presidencial. Disminuir la discapacidad, morbilidad y mortalidad de las ECNT, sobrepeso, diabetes mellitus, hipertensión arterial en el personal militar de casa militar presidencial.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Implementar y realizar el seguimiento y evaluación del plan estratégico diseñado para la Casa Militar, cuyas acciones se enfocan en mejorar y reforzar la comunicación, motivación incentivos, liderazgo y control.

ESTRATEGIAS:

- Reunir a los Comandantes de Unidad con el Jefe de Casa Militar para comprometer su apoyo, continuidad y seguimiento del plan.
- Definir los objetivos de la capacitación en nutrición y en ECNT
- Identificar las necesidades de capacitación
- Diseñar e implementar un plan para la prevención de ECNT.
- Visitar periódicamente el servicio de nutrición del HG-1 para ver novedades y adelantos científicos con respecto a nutrición.
- Realizar seminarios bimestrales de nutrición.
- Entrevistar al personal que se encuentran el programa para conocer nivel de satisfacción y percepciones.
- Coordinar con los comandantes para buscar incentivos al personal (cuadro de Honor, encomios simples, franquicias etc.).
- Realizar charlas enfocadas específicamente a la importancia de la ficha médica y los controles médicos durante el programa.
- Buscar momentos disponibles para aprovechar reuniones informales para enseñar los factores de riesgo, sus cuidados y beneficios de la nutrición, alimentación recreación y actividad física.
- Establecer ciclos de conferencias mensuales dictadas por el propio personal con temas de salud, nutrición y deportes, retroalimentar en base a la experiencia vivida.

POLÍTICAS

Las políticas son guías o lineamientos que ayudan a conseguir los objetivos y estrategias por lo tanto deben ser flexibles de tal manera que se las pueda cambiar o modificar de acuerdo a las circunstancias y necesidades. Las políticas deben ser conocidas y aceptadas por el personal de Casa Militar porque estas indican la conducta que marca el personal militar y los límites que tienen las personas para tomar sus decisiones. Las políticas ayudan a conseguir el éxito en la aplicación de planes debido que minimizan las

consultas innecesarias del personal, además de proporcionar estabilidad y uniformidad en las decisiones.

POLÍTICAS ENFOCADAS A LOS COMANDANTES DE UNIDAD:

Promover el desarrollo y el fortalecimiento de la capacidad de realizar una mejor vigilancia de la atención, como parte de la estrategia integrada de prevención y control de las enfermedades ECNT.

Estrategias de comunicación y llevar a cabo investigaciones relacionadas con los regímenes alimentarios y la actividad física.

Aplicar estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

Gestionar financiamiento para la implementación de programas de salud, nutrición y actividad física.

Trabajar con toda la gente sin rango.

POLÍTICAS ENFOCADAS AL PERSONAL MILITAR:

Promover las condiciones sociales que traten los factores determinantes de las enfermedades crónicas y faculten a las personas para que aumenten el control de su salud.

Promover y adoptar hábitos alimentarios saludables

Apoyo al autocontrol por parte de las personas afectadas por enfermedades crónicas

POLÍTICAS ENFOCADAS AL DPTO. DE NUTRICIÓN DEL HG 1:

Controlar la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición.

Los programas de lucha contra las enfermedades crónicas adopten un enfoque intersectorial.

Instauración de sistemas de referencia de casos y el fortalecimiento de las relaciones entre los niveles primario, secundario y terciario de la atención.

Asistencia técnica para los programas de lucha contra las enfermedades crónicas no transmisibles sobre todo el sobrepeso y la obesidad.

Mejorar el abordaje diagnóstico de manejo interdisciplinario, para la recuperación de la salud de los adultos mayores.

Implementar la Guía Clínica para atención primaria a las Personas Adultas Mayores.

POLÍTICAS ENFOCADAS AL TALENTO HUMANO:

El talento humano deberá ser honrado, responsable, culto, educado, aseado (uñas y manos limpias, sin barba) y llevar el uniforme impecable.

Se deberá respetar el horario laboral.

Se proporcionará al personal el permiso, los materiales, herramientas, información necesaria para la participación en programas de salud.

Los Comandantes de unidad deberán ofrecer incentivos acordes a la situación por las que atraviese la unidad.

Las acciones serán guiadas a través de un liderazgo participativo en las que se tomen en cuenta las ideas creativas que provengan del personal.

Se unirán esfuerzos para mantener buenas relaciones interpersonales logrando un ambiente agradable con comunicación efectiva, personal motivado, comprometido y empoderado con las actividades que desempeña.

POLÍTICAS ENFOCADAS AL ESTADO:

Prevención Primaria: conjunto de estrategias institucionales que permitan la modificación de los estilos de vida y por consiguiente de todos los factores de riesgo vinculados y considerados modificables (grasa excesiva en la dieta, sedentarismo, tabaquismo, alcohol, etc.)

Prevención secundaria: conjunto de estrategias clínicas basadas en el paciente que ya presenta declarada la enfermedad. Estas personas presentan a su vez un riesgo 5 a 7 veces mayor de presentar posteriormente un evento cardiovascular.

Promoción de la salud y prevención de las enfermedades con la rectoría del MSP.

Promover la formulación de políticas de salud eficaces, integradas, sostenibles y basadas en evidencias PARA LOGRAR UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE.

Manejo integrado de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo.

Las intervenciones están estrictamente enfocadas a reducir los factores de riesgo y acciones médicas y servicios clínicos para disminuir el riesgo de ECNT.

Como según la última constitución la Salud se regirá a un solo sistema de salud en el que forma parte las Fuerzas Armadas es imperante Fortalecer el sistema de salud para la atención integral del Adulto Mayor.

Se considerara el art 32 de la constitución para la prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficacia, precaución y bioética con enfoque de género y generacional.

3.5 PLAN OPERATIVO ANUAL

El plan operativo anual es la descripción de las actividades concretas que se van a poner en práctica para alcanzar los objetivos planteados en cada año, este debe estar alineado con el plan estratégico y debe ser flexible a las exigencias y necesidades.

Pasos para la elaboración del plan operativo anual son:

Plantear el objetivo que se pretende alcanzar.

Describir la secuencia de actividades que ayudarán al alcance del objetivo formulado.

Señalar la persona responsable de cada actividad.

Determinar los recursos necesarios para efectivizar las actividades.

Establecer los plazos o tiempos en los que se deberán cumplir las actividades.

Fijar los factores de éxitos o resultados que se lograrán con la ejecución de cada actividad.

PLAN OPERATIVO ANUAL DE CASA MILITAR PRESIDENCIAL

OBJETIVO: Elaborar un programa de capacitación para el personal militar de cada una de las áreas de Casa Militar para que estos tengan el conocimiento sobre las enfermedades crónicas no transmisibles, su prevención, nutrición, alimentación y actividad física.

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	RECURSOS	CRONOGRAMA												META	INDICADOR	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
Reunir a comandantes de unidad y el Jefe de CMP, comprometer su apoyo, continuidad y seguimiento del plan.	Secretaria	Material (circulares, Memo)														Comandantes comprometidos con apoyo y seguimiento al plan	Durante el primer año el 80% de comandantes estén comprometidos y den continuidad al plan
Definir los objetivos de la capacitación en nutrición y en ECNT	Medico de CMPR	Material														Objetivos de capacitación definidos	% de objetivos definidos y cumplidos sobre el total de objetivos planificados
Identificar las necesidades de capacitación.	Medico de CMPR	Material														Necesidades de capacitación bien definidas	Personal capacitado sobre el total del personal que participa en el programa.
Talleres de capacitación en nutrición, alimentación, actividad física y recreación.	Medico y Nutricionistas	Material, financiero, tecnológico.														Cumplimiento de los talleres planificados	N.- de talleres realizados sobre el total de talleres planificados
Realizar seminarios semestrales sobre nutrición	Personal de sanidad	Material, financiero y tecnológico														Cumplimiento de los seminarios	N.- de seminarios realizados sobre seminarios planificados
Entrevistas al personal para ver resultado de satisfacción.	Oficiales de Personal	Material (calendario)														Personal entrevistado y alto grado de satisfacción	% de personal entrevistado y satisfecho, sobre el total de personal militar
Establecer ciclos de conferencias de salud mensualmente dictadas por el propio personal	Oficiales de Personal	Espacio físico, financiero.														Ciclos de conferencias cumplidos por el propio personal	N.- de conferencias dictadas sobre conferencias planificadas
Diseñar e implantar plan de prevención de ECNT	Medico y Nutricionistas	Material, financiero														Plan de prevención implantado en la CMP	Plan terminado e implantado
Capacitación sobre importancia de prevención y control médico de las ECNT	Medico y Nutricionistas	Materiales														Personal capacitado en prevención y control medico	N.- de personal capacitado, sobre el total de personal militar
Talleres de capacitación sobre estilos de vida saludable	Personal de sanidad	Material audiovisual,														Talleres cumplidos y personal capacitado	N.- de talleres realizados sobre total de talleres planificados.

PLAN OPERATIVO ANUAL DE CASA MILITAR PRESIDENCIAL

OBJETIVO: Implementar y realizar el seguimiento y evaluación del plan estratégico diseñado para Casa Militar, cuyas acciones se enfocan en mejorar y reforzar la comunicación, motivación e incentivos, liderazgo y control.

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	RECURSOS	CRONOGRAMA												META	INDICADOR	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
Diseñar el sistema de evaluación	Medico/personal de sanidad	Material, financiero, tecnológico.														Sistema de evaluación diseñado	% Personal evaluado sobre el total del personal
Implementar programas de Monitoreo, intervención y vigilancia.	Oficial de Personal y de Sanidad	Material, financiero, tecnológico.														Programas implantados	Alto % de personal participando del plan
Análisis de los resultados y retroalimentación	Oficiales de Personal	Material, financiero, tecnológico.														Mejoramiento del plan	Plan reestructurado según retroalimentación
Elaborar instrumentos de información sobre este problema de salud y sus consecuencias.	Oficial de personal y de sanidad	Material, financiero.														.Personal informado	% de personal con conocimiento sobre el n.-total del personal
Incentivar y motivar continuamente al personal sustentado en directivas y reglamentos	Comandantes de Unidad	Material, financiero.														Personal motivado e incentivado	80% de personal recompensado hasta finales del 2010
Reunir mensualmente al personal militar para conocer nivel de satisfacción	Comandantes de unidad, secretarias	Material, espacio físico.														Resultados óptimos del nivel de satisfacción	% personal satisfecho sobre el total del personal que participa en el programa
Monitorear y evaluar el cumplimiento de lo planificado.	Oficial de Personal	Material, financiero, tecnológico.														Cumplimiento de la planificación	Cumplimiento de Kpis del plan
Publicar en la orden general y registrar en el libro de vida las recompensas / sanciones por incumplimiento de F.Médica y pruebas físicas	Oficiales de personal	Material.														Personal enterado de las recompensas y sanciones.	% bajo de personal sancionado y buen rendimiento físico.

ELABORADO POR: Dr. Francisco Torres R.

CAPÍTULO IV HERRAMIENTAS CLAVES

4.1 ESTRATEGIAS DE GESTIÓN.

La meta principal propuesta es mejorar los hábitos alimentarios, aumentar la participación en actividades físicas de la población en general, la reducción en el consumo del tabaco y prevenir el abuso del alcohol.

Para poner en práctica estas estrategias es importante plantear los principales retos:

1. Restricciones legales

Impulsar limitaciones legales en el ámbito internacional, nacional y local contra el consumo de tabaco, alcohol y comidas poco saludables. Cuantificar el impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles en las economías nacionales.

2. Autorregulación

Convertir a la industria alimentaria en un aliado en la lucha contra estas enfermedades mediante el fomento de códigos de buenas prácticas. Estudiar el impacto del sabor, el etiquetado y la publicidad de los productos en el consumo excesivo. Aumentar el número de profesionales que se dedica a prevenir y tratar enfermedades crónicas no transmisibles, sobre todo en los países en vías de desarrollo, y asegurar que reciben la formación adecuada en este ámbito.

3. Medicamentos

Favorecer el acceso a los fármacos indicados para tratar estas patologías y evitar la aparición e complicaciones.

4. Medio Ambiente

Realizar estudios para analizar las relaciones entre la degradación del medio

ambiente, el desarrollo económico y la salud. Trabajar con arquitectos y responsables de planificación urbanística para fomentar un entorno saludable.

5. Pobreza

Estudiar de qué manera influye la pobreza en la agudización de los distintos factores de riesgo de padecer una de estas enfermedades, investigando las bases biológicas de estos riesgos y la relación entre un bajo nivel de ingresos económicos y las prácticas de riesgo.

6. Política

Poner entre las prioridades políticas el abordaje de estas patologías, fomentando la participación de las instituciones en consorcios internacionales para la prevención de las enfermedades. Incentivar actuaciones transversales que impliquen a diferentes departamentos y crear foros públicos para tratar sobre estos temas.

7. Alimentación

Fomentar la disponibilidad de alimentos saludables.

8. Investigación

Poner en marcha estudios para identificar factores de riesgo y la magnitud de sus efectos; evaluar el riesgo de enfermedades crónicas desde los primeros años de vida de los individuos; y hallar nuevos fármacos o combinaciones de medicamentos para combatir estas patologías. Desarrollar nuevos biomarcadores para la detección precoz.

9. Educación

Promocionar un estilo de vida saludable y pautas de consumo adecuado a través de la educación. Identificar las razones por las que la gente no tiene en cuenta los factores de riesgo.

10. Comunicación

Elaborar instrumentos que permitan fomentar la disseminación de información sobre este problema de salud pública y sus consecuencias a través de los distintos medios de comunicación.

11. Ejercicio.

Promocionar la importancia de realizar ejercicio físico a lo largo de toda la vida como una de las principales medidas para prevenir la aparición de estas enfermedades crónicas.

4.1.2 ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

La secuencia lógica de niveles de acción para poner bajo control cualquier problema de salud es siempre la misma, la que en el caso de las ECNTA consiste en:

- 1) Tratamiento de los casos conocidos.
- 2) Prevención de recurrencias y progresión.
- 3) Intento de descubrir y tratar en forma precoz casos subclínicos.
- 4) Intento de detectar, modificar y tratar factores de riesgo.
- 5) Intento de evitar la aparición de factores de riesgo.

De estos niveles, los tres primeros son cubiertos por la práctica clínica, y su aplicación es parte de la atención médica tradicional. Ellos corresponden a las llamadas ESTRATEGIAS DE ALTO RIESGO o individuales, en los cuales los niveles de prevención son generalmente el secundario y terciario. Estas estrategias son sólo paliativas y se concentran en una minoría susceptible, sin tocar las causas por las que esta minoría es susceptible.

Los dos últimos niveles corresponden a las ESTRATEGIAS POBLACIONALES, que se desarrollan principalmente cubriendo los niveles de prevención primaria y primordial. Estas pretenden ir a la raíz del problema, modificando la distribución que tienen los FR en la población y, por ende, sus valores medios, que son los que finalmente determinan la prevalencia de cualquiera variable poblacional. Algunas estimaciones que dan testimonio de estos efectos son: la disminución del promedio de colesterol en un 10% en una población determinada puede reducir la mortalidad por cardiopatía coronaria en un 20% a 30%; la disminución de 10mmHg de la presión arterial sistólica promedio puede

disminuir la mortalidad por cardiopatía coronaria en un 30% sobre todo si se acompaña de una reducción en los niveles de obesidad y consumo de alcohol; a su vez, al reducirse el nivel de ingesta de este último en un 10%, disminuye la mortalidad por cirrosis hepática en un 25%, entre otros hallazgos relevantes.

Componentes de las estrategias poblacionales

Los componentes son:

1. - Los servicios de salud, con todos sus niveles de atención, pero por razones obvias el Nivel Primario de Atención (NPA) debe ser el más involucrado en estos programas. Dado que las intervenciones que se deben privilegiar son comunitarias, estas deben tener su base en este nivel, que conecta a la comunidad con el Sistema de Salud. Este elemento, tan importante para cualquier estrategia preventiva, debe ser readecuado en lo físico y material a la "Nueva Salud Pública" que lo desafía. Esta tarea consiste en:

- Facilitar y mejorar el acceso del público a todos sus niveles, con nuevos horarios, nuevos programas, personal capacitado, lo que permitiría.

- Mejorar la adhesión a los programas existentes y nuevos por desarrollar.

- Desarrollar programas innovadores acordes con las necesidades de la población.

- Absorber la demanda adicional que una intervención exitosa debería producir (ejemplo: controles de colesterol, de presión arterial, etc.). Los estudios sobre el tema antes mencionado han mostrado que este aspecto del problema es causa determinante de la baja adhesión de los usuarios a los programas de prevención establecidos y es una limitante para iniciar programas innovadores de prevención.

2.- Adecuar estructura física.

- a) Preparar personal de todos los estamentos que trabajan en salud para cumplir con lo anterior. Esto significa capacitación de médicos, paramédicos,

técnicos, auxiliares, alumnos en formación de Medicina, Enfermería y cursos de auxiliares.

b) Estimular el papel de educador del médico, dado su gran ascendiente sobre la población, el cual debería tener la oportunidad de elaborar y entregar un mensaje a su enfermo o consultante. Los médicos del NPA tienen creciente percepción de la importancia de la prevención de las enfermedades y promoción de la salud, especialmente por los desilusionantes resultados del "tratamiento", especialmente de las ECNTA. Esto es impedido hoy día por las circunstancias que rodean su quehacer: presión asistencial, bajos sueldos, falta de estímulo, falta de programas innovadores, de metas y normas claras, etcétera, todo lo cual inhibe el cumplimiento de este papel.

c) Promover la característica interdisciplinaria de los programas, en los cuales el papel de los científicos sociales y especialistas en educación es cada vez más importante, para apoyar una educación en salud realmente eficaz y racional. En la tarea de promover hábitos y conductas saludables, es imprescindible el apoyo de especialistas en el área. La aplicación de técnicas y conceptos derivados de teorías sociales del aprendizaje debe contar con ellos.

d) Desarrollar sistemas de registro adecuados, necesarios para implementar programas de monitoreo de programas de intervención de FR y de vigilancia epidemiológica sobre las enfermedades que se quiere prevenir, además de aportar valiosa información en el tema.

3.- Educación universitaria

En esta readecuación, aunque indirectamente, le cabe una responsabilidad a las escuelas formadoras de profesionales, investigadores y técnicos en las carreras de la salud. Ellas aún no han adaptado sus currículos o lo están haciendo recientemente a la nueva realidad que vive el país. En este problema es imprescindible tomar medidas heroicas, para rápidamente "adecuar personal" a esta demanda, ya que las reformas curriculares, toman su tiempo en producir efecto, por lo prolongado de los estudios.

4.- Promoción de la salud

Dado que la mayoría de los FR está relacionado a estilos de vida no saludables, éstos son componentes básicos de las estrategias de prevención, cualquiera sea su nivel. De acuerdo al concepto de PROMOCIÓN de la salud, que es la ciencia y arte para ayudar a la población a cambiar sus estilos de vida hacia estados más saludables, esto se consigue por la combinación de esfuerzos entre la educación y la creación de ambientes favorables.

a) Educación de la comunidad para que la población tome conciencia del problema, para lo cual debe ser adecuadamente informada, y así dársele la oportunidad que tome decisiones responsables sobre su salud. Esta educación debe ser planificada, estructurada y mantenida en el tiempo. Lo que se quiere lograr con ello no es sólo informar, sino que también se espera un cambio en sus conductas y hábitos de vida, lo que no es fácil, especialmente en la población adulta. Finalmente, es necesario recordar la conveniencia de educar a grupos poblacionales jóvenes, especialmente escolares, por las ventajas que ello representa. Por problemas de espacio, remito al lector a otras publicaciones.

b) Creación de ambientes favorables, los que deben adecuarse para facilitar la puesta en práctica de cambios a conductas saludables, como actividad física, dieta balanceada, adhesión a programas del NPA, etcétera. Dentro de este ámbito caben medidas regulatorias, como leyes que proscriban el avisaje del cigarrillo y alcohol, el fumar en lugares públicos, leyes que regulen la preparación de alimentos, regulación para impedir exposición a contaminantes (pesticidas), radiaciones etcétera; regulaciones que protejan de accidentes del tránsito, como uso del cinturón de seguridad, velocidades máximas en la carretera, penas significativas a quienes manejen bajo la influencia del alcohol, etcétera. Otras medidas se refieren a impuestos a cigarrillos y alcohol, a alimentos con altos contenidos de grasas saturadas, por ejemplo, así como subsidios a productores para orientar su producción hacia áreas más saludables. La opinión general es que estas medidas funcionarán sólo si hay una comunidad informada y que estos cambios sean solicitados por la propia comunidad, convencida que son necesarios.

c) Para estimular la participación comunitaria en las acciones de promoción de la salud, debemos adelantarnos a investigarla para tener mayor información sobre ella, no sólo sobre los problemas de salud, sino que también sobre la percepción que esa comunidad como grupo humano tiene respecto a estos problemas, su identidad con ellos, percepción de sus propias necesidades, capacidad de liderazgo, recursos comunitarios, organización, etcétera. Por lo tanto, además del epidemiológico, es necesario un diagnóstico comunitario social, conductual, ambiental, educacional y administrativo.

5.- Medios masivos de comunicación

Este es un recurso de alto costo, sobre el cual debería legislarse para permitir la difusión masiva de mensajes educativos a la población. Desgraciadamente, fuertes intereses económicos compiten con la débil infraestructura que presentan en esta área los programas de prevención. En todo caso, de ser posibles, deben responder a programas organizados y sus mensajes ser consecuentes, mantenidos en el tiempo, progresivos y coordinados con programas locales. Las elegantes propagandas sobre alcohol, cigarrillo y otros hábitos poco saludables deberían prohibirse, o al menos compensarse con otros alternativos para que finalmente la población decida.

En síntesis, la recomendación para la prevención de las ECNTA que tienen FR comunes, es la de programas de promoción de la salud con activa participación comunitaria, basados en el nivel primario de atención, con estrategias poblacionales. Estas deberían ser multifactoriales, integrales, integradas a las otras actividades del Servicio de Salud, y susceptibles de ser evaluadas. Estas estrategias deberían aplicarse en forma paulatina, empezando por programas de demostración en distintos niveles socioeconómicos y culturales, para evaluar no sólo su impacto, sino también su factibilidad.

La experiencia y observación personal de la autora permiten colegir que desgraciadamente la situación actual, tanto de infraestructura física y humana del sistema de salud, no está aún adecuada para enfrentar este nuevo perfil de enfermedades; tampoco lo está la población general, que no ha recibido educación suficiente para evaluar sus propias necesidades, establecer sus

propias prioridades y tomar decisiones responsables al respecto. Por lo tanto, la recomendación es iniciar programas de intervención en población escolar primaria, con la participación activa de los padres, apoderados y maestros. Esto permite también cubrir necesidades de las familias. Dado el importante papel que las escuelas juegan en la comunidad, los niños pueden servir como vehículos para actuar en la comunidad circundante y para lograr metas locales de mejoría ambiental, y en otras medidas que apoyen los objetivos de promover estilos de vida saludables en la población.

4.2 IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO.

a.- Definición. Los factores de riesgo se han definido como «características que aumentan la posibilidad de que una persona desarrolle una enfermedad» Desde el punto de vista epidemiológico un factor de riesgo es una condición o característica de un individuo o población que está presente en forma temprana en la vida y se asocia con un riesgo aumentado de desarrollar una enfermedad futura. Puede ser un comportamiento o hábito (fumar, sedentarismo), un rasgo hereditario (historia familiar), una variable para clínica (nivel sérico elevado de Colesterol).

b.- Clasificación. Los factores de riesgo se pueden dividir como no modificables y modificables. No modificables son aquellos factores que por su condición ejercen condición propicia para la aparición de riesgo. Modificables son aquellos factores que cuando ocurre un cambio en ellos disminuye el riesgo; los factores modificables directos son aquellos que intervienen de forma directa en los procesos de desarrollo de la enfermedad; y, los factores modificables indirectos son aquellos que se han relacionado a través de estudios epidemiológicos, o clínicos pero que no intervienen directamente en la génesis de la patología, sino a través de otros factores de riesgo directos.

c.- Factores de riesgo que determinan las ECNT

1) Factores de riesgo no modificables.

a) **Género.** El género o sexo son las condiciones físicas que diferencian al hombre de la mujer. Los ataques cardíacos en personas jóvenes son más frecuentes en las personas de género masculino (68%) y aumentan en forma lineal en la edad. El ser varón es un factor de riesgo para cardiopatía isquémica e hipertensión arterial. Entre los 35 y 40 años se tiene una mortalidad entre 4 a 5 veces más que en la mujer. Por lo tanto, tener más de 40 años de edad se considera un factor de riesgo para los varones. En las mujeres, el mayor riesgo se presenta después de los 55 años de edad, que en la mayoría de las mujeres corresponden a la etapa pos menopáusica. En la mujer pos menopáusica existe mayor prevalencia de hipertensión arterial, así como deterioro del perfil lipídico,

Colesterol y las lipoproteínas de baja densidad. Luego de la menopausia el riesgo de la mujer aumenta, pero sigue siendo menor que en los hombres.

b) **Edad.** Conforme aumenta la edad, se observan mayores tasas de mortalidad por ECNT en todas las razas y en individuos de uno y otro género. Desde la edad de 65 años, el riesgo de sufrir un accidente cerebro vascular se duplica cada 10 años.

El factor de riesgo más importante para el cáncer es la edad; dos terceras partes de todos los casos ocurrieron en personas mayores de 65 años. La incidencia del cáncer aumenta a la tercera, cuarta y quinta potencia de la edad en diferentes lugares. Por tanto, la probabilidad que una persona padezca Cáncer es dependiente de la edad.

c) **Historia familiar de ECNT.** Un antecedente familiar de enfermedad prematura es un potente factor de riesgo, aun cuando se consideren otros más. Un antecedente familiar es positivo cuando ocurre infarto miocárdico o muerte súbita antes de los 55 años de edad en un pariente masculino de primer grado, o a la edad de 65 años en un pariente femenino de primer grado (padres, hermanos, hijos). El riesgo cerebro vascular es mayor en las personas que tienen antecedentes familiares de accidente cerebro vascular o AIT.

2) Factores de riesgo modificables

a) Factores de riesgo modificables directos

Hipercolesterolemia. Los estudios clínicos y patológicos, una y otra vez han demostrado que un nivel alto de colesterol en suero produce cardiopatía coronaria, y, por tanto se relaciona con la frecuencia de esta enfermedad y la mortalidad que conlleva.

Consumo de tabaco. La relación entre el consumo de tabaco y enfermedad Cardiovascular se ha estudiado profundamente en los últimos 30 años. Actualmente sabemos que los fumadores tienen alrededor de un 80% de incremento del riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular, cifra que involucra los resultados de varios estudios de casos y controles y de estudios transversales que han incluido a millones de personas durante varios años de observación.

En varones y mujeres jóvenes que dejan de fumar, el riesgo de cardiopatía coronaria desciende rápidamente en dos a tres años después que cesa el tabaquismo, acercándose al de los no fumadores.

Los fumadores de mayor edad que ya tienen enfermedad establecida experimentarán una reducción en el riesgo de cardiopatía coronaria en este punto, pero no es tan bajo como el de los que no han fumado por muchos años.

Consumo de alcohol. El consumo moderado de bebidas alcohólicas se acompaña de una reducción de 40 a 50% en el riesgo de cardiopatía coronaria, pero no es recomendable utilizar el alcohol como una estrategia de intervención.

Se recomienda limitarse a un consumo moderado de alcohol. Las calorías del alcohol a menudo aumentan la grasa corporal por lo que excederse de un consumo moderado de alcohol puede ocasionar problemas relacionados con el corazón, tales como la hipertensión, accidentes cerebro vasculares, latidos irregulares y cardiomiopatía.

Algunos estudios epidemiológicos indican que el alcohol desempeña una función causal en la carcinogénesis, sobre todo para cánceres de boca, faringe, laringe y esófago.

Hipertensión arterial. La hipertensión arterial (HTA) es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo.

Representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente para la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebro vascular, insuficiencia renal y contribuye significativamente a la retinopatía.

Las complicaciones crónicas derivadas de la hipertensión arterial, dependerán fundamentalmente del control que se haya hecho de ésta, o de que se asocie a otras enfermedades, principalmente metabólicas.

En el sistema nervioso central se producirán enfermedades derivadas de fenómenos trombóticos (infartos cerebrales de forma episódica o crónica pudiendo llevar a una situación de demencia) o hemorrágicos (hemorragias cerebrales).

Diabetes mellitus. La American Heart Association reconoce la diabetes como un factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares. Debido a que se asocia con acelerada arterosclerosis y con una incrementada prevalencia de enfermedad cardiovascular, tanto macro vascular (infarto del miocardio, accidente cerebro vascular, claudicación) como micro vascular (neuropatía diabética y retinopatía) .

Las personas con diabetes son de dos a cuatro veces más propensa a desarrollar enfermedades cardiovasculares debido a una variedad de factores de riesgo que incluyen la presión arterial alta, los trastornos de los lípidos, fumar, obesidad y falta de actividad física. De hecho, en el 50% de los pacientes diabéticos se desarrolla hipertensión arterial, 50% de los diabéticos presentan dislipidemias , y cerca del 80% son obesos.

Tipo de alimentación.

La alimentación poco saludable figura, junto con el sedentarismo y el tabaquismo, entre los principales factores de riesgo prevenibles asociados a las ECNT. Una ingesta diaria suficiente de frutas y hortalizas podría contribuir a prevenir algunas ECNT importantes como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes de tipo 2, la obesidad y ciertos cánceres.

Ha sido bien documentado que una dieta con alto contenido de grasas saturadas y colesterol, eleva los niveles séricos de colesterol, triglicéridos y proteínas transportadoras de baja densidad (LDL), produciendo la aterosclerosis, la cual condiciona altas tasas de mortalidad por ECV, en comparación con poblaciones que consumen dietas bajas en grasa.

b) Factores de riesgo modificables indirectos

Sedentarismo. La inactividad física es el factor de riesgo modificable más frecuente. Las personas sedentarias corren un riesgo doble de desarrollar cardiopatías coronarias que las que se mantienen activas. Se debe a que la actividad física retarda la aterogénesis, aumenta la vascularidad del miocardio y la fibrinólisis, al modificar otros factores de riesgo, como el incremento en el colesterol HDL, al mejorar la tolerancia a la glucosa y la sensibilidad a la insulina, ayudar en el control de peso y reducir la presión arterial.

La inactividad física conlleva a un mayor riesgo de desarrollar cáncer de colon tanto en varones como en mujeres. A la inversa, en diversos estudios se ha demostrado cómo el ejercicio realizado con regularidad beneficia reduciendo el riesgo de cáncer de mama y colon, ataques al corazón, diabetes, hipertensión arterial. Además, ayuda a controlar el peso, a aliviar el dolor por artritis, y reduce los síntomas de ansiedad y estrés.

Hacer ejercicio físico durante 30 ó 40 minutos por lo menos 3 ó 4 veces por semana disminuye la presión arterial, eleva los niveles de HDL y ayuda a regular la cantidad de insulina que el organismo necesita. Es importante remarcar que la actividad física es beneficiosa en ambos sexos en todos los grupos de edad, siempre y cuando esta sea practicada regularmente, siendo además independiente de cuando la persona haya comenzado a practicarla, lo que indica que nunca es tarde para obtener sus beneficios.

Obesidad. La obesidad, entendida como un exceso en los depósitos de grasa corporal que supera en más de un 20% el peso deseable, representa el denominador común sobre el cual puede desarrollarse o favorecerse cualquiera de las ECNT. Es tan importante el papel de la obesidad en aumentar el riesgo a sufrir las otras enfermedades que puede hacerlo directamente, a través de mecanismos propios, e indirectamente, creando condiciones para que las otras enfermedades agraven sus respectivos problemas.

El índice de masa corporal y la cardiopatía coronaria tienen una correlación positiva; a medida que asciende el índice, también se incrementa el riesgo de cardiopatía coronaria.

Los adultos obesos corren el riesgo de desarrollar trastornos concomitantes, esto es, otras enfermedades crónicas. Un 20% de aumento en el peso corporal incrementa sustancialmente el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, trastornos de lípidos y diabetes mellitus insulino dependiente.

La prevalencia de sobrepeso parece estar aumentando rápidamente en la población, ya que estudios más recientes muestran una prevalencia más elevada de este factor de riesgo.

Factores psicosociales y estrés. El cuerpo humano cuenta con mecanismos de respuesta a estímulos que indican alarma, permitiendo acelerar funciones vitales necesarias para la preservación de la vida. Estas respuestas incluyen la preparación para la lucha o la huida de forma similar a la de los animales; dicha respuesta se denomina «estrés».

Se cree que el estrés es un factor contribuyente al riesgo cardiovascular, pero aún no se sabe mucho sobre sus efectos. No se han demostrado aún los efectos del estrés emocional, de los hábitos conductuales y del estado socioeconómico en el riesgo de padecer una enfermedad del corazón o un ataque cardíaco, aunque existen estudios que indican que el estrés favorece el apareamiento de enfermedad cardiovascular o muerte debida a la misma.

En los hombres, se detectó una asociación entre el estrés mental y el infarto de miocardio. El análisis multivariante mostró que aquellos que presentaron un nivel de estrés medio o alto tenían un riesgo de sufrir un infarto agudo del miocardio 1,74 veces mayor.

De acuerdo al estudio realizado se encontró que los factores de riesgo con mayor prevalencia entre la población estudiada eran: el porcentaje de colesterol y triglicéridos elevados, un IMC mayor de 25, alimentación pobre en frutas y verduras, baja actividad física. Los demás factores de riesgo, entre los cuales se encuentran el consumo de alcohol y cigarrillo, hipertensión Arterial, valores de glucosa en sangre, test de estrés mostraron una prevalencia menor. Por lo que las metas del programa de prevención se enfocan en modificar primeramente los factores de riesgo modificables que se dieron con mayor frecuencia, y luego los demás factores de Riesgo.

TABLA N.- 3 (*Riesgo de los factores de riesgo de las ECN*)

Objetivos:

1. Identificar los pacientes de moderado y alto riesgo (aquellos con cuatro o más factores de riesgo) que requieran atención e intervención inmediatas.
2. Educación integral a pacientes y familiares en cuanto a estilos de vida (Obesidad, nutrición, actividad física, estilos de vida) a través de la creación de Espacios comunes.
3. Modificar la intensidad de las conductas de reducción de riesgo en forma individualizada.
4. Promover Estilos de Vida Saludables y disminuir los factores de riesgo.

Las siguientes actividades pueden ser realizadas anualmente, ya que mostraron una menor prevalencia en la población estudiada. Las metas son las siguientes:

1. Disminuir el consumo de alcohol.
2. Disminuir la prevalencia de hipertensión arterial
3. Disminuir los valores de glucosa en sangre.
4. Disminuir el estrés laboral.
5. Disminuir el tabaquismo.

Los métodos utilizados son los siguientes:

- 1.- El día de la realización de la ficha médica incluir exámenes de glicemia, colesterol y triglicéridos, Calculo de IMC, presión arterial y según los resultados control y seguimiento de las observaciones medicas a cada participante.

2.- Impartir charlas cada seis meses acerca del manejo nutricional y médico de la hipertensión arterial, hipercolesterinemia y diabetes mellitus, y acerca del alcoholismo y tabaquismo.

3.- Hacer campañas a través de mantas, carteles y trifoliales acerca del alcoholismo y tabaquismo y sus consecuencias.

4.- Evaluación:

Se recomienda que cada año el personal de sanidad de casa militar lleve a cabo, un control, evaluación y seguimiento de la ficha médica, el mismo análisis de prevalencia de factores de riesgo entre el personal de Casa Militar para evaluar el impacto de las actividades.

4.3 IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS DE NUTRICIÓN Y GUÍAS ALIMENTARIAS.

A la hora de planificar la nutrición y la alimentación es preciso:

- Tener un amplio conocimiento de los grupos de alimentos.
- Manejar los principios de dieta equilibrada.
- Conocer bien la patología sobre la que vamos a aplicar la dieta.
- Valorar las características del paciente para el que confeccionaremos la dieta.

Hay que distinguir entre nutrición y alimentación.

Nutrición: Es un proceso involuntario e inconsciente que depende de procesos corporales como la digestión, la absorción y el transporte de los nutrientes de los alimentos hasta los tejidos. El estado de salud de una persona depende de la calidad de la nutrición de las células que constituyen sus tejidos. Puesto que es bastante difícil actuar voluntariamente en los procesos de nutrición, si queremos mejorar nuestro estado nutricional sólo podemos hacerlo mejorando nuestros hábitos alimenticios.

El número de nutrientes que el ser humano puede utilizar es limitado. Sólo existen unas pocas sustancias, en comparación con la gran cantidad de

compuestos existentes, que nos sirven como combustible o para incorporar a nuestras propias estructuras. Sin embargo, estos nutrientes no se ingieren directamente, sino que forman parte de los alimentos. Las múltiples combinaciones en que la naturaleza ofrece los diferentes nutrientes nos dan una amplia variedad de alimentos que el ser humano puede consumir. Se puede hacer una primera distinción entre los componentes de cualquier alimento en base a las cantidades en que están presentes

Macro nutrientes Son los que ocupan la mayor proporción de los alimentos. Los macro nutrientes son: Proteínas, glúcidos(o hidratos de carbono). lípidos (o grasas). También se podría incluir a la fibra y al agua, que están presentes en cantidades considerables en la mayoría de los alimentos, pero como no aportan calorías no suelen considerarse nutrientes.

Micronutrientes Sólo están presentes en pequeñísimas proporciones. Entre los micronutrientes se encuentran: Vitaminas y minerales. Son imprescindibles para el mantenimiento de la vida, a pesar de que las cantidades que necesitamos se miden en milésimas, o incluso millonésimas de gramo (elementos traza u oligoelementos).

El consejo nutricional es el que se dirige a un individuo en particular y es competencia tanto de médicos, enfermeras, farmacéuticos, dietistas, psicólogos y dentistas, **pero es en el médico y en el equipo de salud en quién el público más confía como fuente de información fidedigna y válida sobre los aspectos nutricionales, y debe considerar :**

- Establecer una alianza educativa con el paciente. El médico es consciente de la importancia de su papel como educador sanitario y quiere que el paciente se beneficie de él, para lo cual el paciente ha de ser receptivo a la acción educativa y deberá responsabilizarse de su propia salud.
- Aconsejar a todos los pacientes.
- Investigar los hábitos insanos de los pacientes.
- Seleccionar la conducta de salud que se ha de modificar.

- Diseñar el plan educativo orientado a lo que los pacientes han de hacer y no sólo a lo que han de saber.

Ejecutar el plan educativo teniendo en cuenta los Siguietes puntos:

- 1) Los mensajes han de ser informativos y motivadores.
- 2) El lenguaje utilizado ha de ser adaptado a la edad, sexo y nivel de instrucción de los pacientes.
- 3) El mensaje ha de ser repetido frecuentemente.
- 4) Debe combinarse la comunicación verbal y la escrita.
- 5) Debe promoverse la modificación de los factores ambientales que se oponen al cambio de conducta.
- 6) Monitorizar los progresos del paciente.

Alimentación: Acto de proporcionar al cuerpo alimentos e ingerirlos. Es un proceso consciente y voluntario, y por lo tanto está en nuestras manos modificarlo. La calidad de la alimentación depende principalmente de factores económicos y culturales.

4.3.1 ALIMENTACIÓN SANA Y EQUILIBRADA

Una alimentación sana y equilibrada es el pilar fundamental sobre el que se debe sustentar nuestra salud. Una correcta nutrición junto con la adquisición de ciertos hábitos saludables de vida como el ejercicio periódico (basta con 45 minutos, tres días a la semana), no fumar, no beber alcohol o de forma muy moderada, etc. aumenta nuestro bienestar y calidad de vida. Aunque al principio pueda suponer un esfuerzo el adoptar unos nuevos hábitos de vida y consumo alimentario, pronto se convertirá en una rutina que bien merecerá la pena si tenemos en cuenta los beneficios a medio y largo plazo sobre nuestra salud. Aquí se pretende dar a conocer ciertos principios sobre la manera de llevar una alimentación sana, y si nos fijamos bien en la propuesta, en realidad, el esfuerzo no es tan grande, y pasado un tiempo, más bien sucedería al contrario, el esfuerzo supondría cambiar nuestros hábitos saludables por otros menos recomendables.

Una dieta equilibrada es aquella que contiene todos los alimentos necesarios para conseguir un estado óptimo nutricional. En realidad, no existen alimentos malos ni prohibidos, simplemente, cada uno hay que tomarlo en su justa medida. Para conseguir una dieta sana hay que comer todo tipo de alimentos. No hay nada más recomendable en alimentación que una dieta variada que incluya todos los grupos de alimentos existentes. Por lo tanto, la clave está en saber cuánto comer de cada alimento a lo largo de la semana, y como repartirlo en las diferentes comidas.

Es muy importante y sería deseable que todos los consumidores tuvieran ciertos conocimientos mínimos en el campo de la alimentación para, de esta manera, poder confeccionar sus dietas con su propio criterio según sus conocimientos sabiendo que se están haciendo las cosas bien.

Una dieta adecuada a seguir a lo largo de una semana, debe estar compuesta de la siguiente manera:

Verduras frescas (ensaladas, menestras, coliflor, etc.)..1 ración o más al día
 Frutas (naranjas, peras, manzanas, ciruelas,, etc.).. 1-2 raciones al día
 Lácteos (leche, yogurt, queso,... etc.)..2 raciones al día
 Legumbres (lentejas, garbanzos, ...etc.). .2-3 raciones a la semana

Cereales

Pan.....	3 raciones al día
Pasta.....	2 raciones por semana
Arroz.....	1-2 raciones a la semana
Cereales desayuno.....	3-4 raciones a la semana
Papas.....	3-4 raciones a la semana
Carne.....	3-4 raciones a la semana
Pescado.....	.4-5 raciones a la semana

Huevos.....	2 raciones a la semana
Grasas.....	4-5 raciones al día

A lo mejor, lo anteriormente expuesto puede parecer un poco lioso y engorroso, pero si hacemos el esfuerzo de entenderlo y ponerlo en práctica, veremos cómo no es tan difícil. Resultaría utilísimo para la persona que desee seguir estas recomendaciones, tener una balanza para pesar los alimentos ya que muchas veces nos llevaríamos grandes sorpresas conociendo el peso real de un alimento frente al que nosotros hemos calculado "al ojo". Una vez pesados ya sabremos calcular sin necesidad de volver a pesarlos cuánto es más o menos una ración de cada alimento. Otros alimentos no incluidos en la lista como embutidos, alcohol, dulces, bollería, etc., son muy energéticos y pocos elementos nutritivos interesantes aportan a nuestra salud, por lo que sería mejor tomarlos ocasionalmente en fiestas, cenas especiales, un día de antojo, o algo por estilo.

Otro aspecto muy importante, y que hemos de aprender, es a repartir la ingesta a lo largo del día. ¿Cuándo nos mantenemos más activos a lo largo del día? normalmente a la mañana. Algunos a las tardes. Por lo tanto necesitaremos más energía en las comidas que preceden a esos momentos del día. El desayuno ha de ser fuerte. Está demostrado que en muchos niños, la escasa atención que se pone al desayuno, es la principal razón de su escaso rendimiento escolar ya que se produce cansancio, debilidad y falta de concentración en sus horas escolares. ¿Es que acaso no es normal si han estado toda la noche durmiendo, y luego se les da un simple vaso de leche para desayunar son demasiadas horas sin comer? La comida también ha de ser fuerte. No es recomendable en personas estudiantes o que trabajan de día, ya que la noche se dedica al descanso y durante este periodo la cantidad de energía que necesita nuestro cuerpo es mucho menor. Además una cena copiosa es muchas veces responsable de digestiones pesadas que impide conciliar el sueño. Además de las tres comidas principales del día (desayuno, almuerzo y merienda), es muy recomendable repartir nuestra ingesta diaria en otras tres: repartir lo que se iba a tomar en el desayuno entre éste y un almuerzo a media mañana; la comida entre ésta y la

merienda, y la cena repartirla entre ésta y una reseña que bien puede ser un vaso de leche caliente especialmente adecuado en niños ya que ayuda a la conciliación del sueño.

4.3.2. CÓMO ALIMENTARSE

La alimentación es el acto mediante el cual ingerimos los alimentos que componen nuestra dieta para proveer a nuestro organismo de los nutrientes necesarios para el desarrollo de la vida.

Las comidas deben constituir un acto social por el cual el comensal se provee de nutrientes en compañía de otras personas generando un clima agradable y de comunicación, y es un momento en el que debemos invertir un buen espacio de tiempo que nos permita gozar y masticar los alimentos con tranquilidad ya que así ayudaremos a nuestro sistema digestivo a realizar un trabajo menor para llevar a cabo la digestión.

En los países desarrollados, la gran riqueza de alimentos que disponen tanto a nivel cuantitativo como cualitativo, ha provocado un sobre consumo de nutrientes que resulta peligroso ya que se favorece el desarrollo de enfermedades peligrosas para la salud como obesidad, diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, etc.

Cada individuo ha de ingerir un determinado número de Calorías que está en función de su edad, sexo, estatura, peso, actividad física, situación fisiológica, etc. Normalmente una persona adulta debe consumir entre 2.000 y 3.000 Kcal. Que deben estar repartidas en un 55-58% de energía a partir de carbohidratos, un 12-15% a partir de proteínas y un 30% aproximadamente de grasas. Sin embargo, el consumo de proteínas y grasas suele ser bastante superior al recomendado mientras que el de carbohidratos y fibra suele ser inferior. Por otra parte, ha de consumirse agua en abundancia todos los días de la semana

La ingesta de alimentos ha de estar repartida, además, en cinco tomas; el desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena. El desayuno suele ser poco abundante lo cual es un error si tenemos en cuenta que es el momento de proveernos de energía y nutrientes necesarios para el desempeño del trabajo

durante la mañana y que, además, durante las horas de descanso previas no hemos ingerido alimento alguno. Se suele recomendar repartir la ingesta diaria de alimentos en aproximadamente un 25% de energía en el desayuno, 15% a media mañana, un 25% en la comida, un 15% en la merienda y un 20% en la cena.

En general, se recomienda ingerir frutas, verduras, hortalizas y cereales en abundancia y moderar el consumo de carne, aceites, dulces, y alcohol. El consumo de pescado ha de verse reforzado teniendo en cuenta lo que se ingiere en la actualidad al igual que las legumbres y los productos vegetales en general. Se han de ingerir unas 2-3 raciones diarias de productos lácteos (1 ración= 250 ml de leche ó 2 yogures ó 30-60 g de queso) y no más de 2-3 huevos semanales. Los frutos secos son una fuente extraordinaria de nutrientes pero han de consumirse con moderación por su alto poder calórico.

Así mismo, los detalles de la ingesta alimentaria van en función de las características individuales del consumidor ya que niños, adolescentes, embarazadas, deportistas y ancianos presentan unas necesidades específicas diferentes al resto de los grupos.

4.3.3. ALIMENTACIÓN EN ADULTOS



ALIMENTACIÓN SANA.

Gozar de buena salud consiste en tener bienestar físico y mental, equilibrio y buena forma. Cuidar la salud no significa comer mucho o poco, sino lo apropiado y lo que mejor hace a nuestro cuerpo.

Los alimentos que debes evitar....

Todas sabemos los alimentos que son dañinos para nuestra salud, un ejemplo de los que debes evitar a toda costa son:

- **Azucares** (caramelos, helados y pastelería)
- Pan **blanco** (intenta reducir la ingesta o lo ideal es cambiarlo por pan integral, lo mismo para el arroz o la pasta, si es integral mucho mejor, si no lo es no te excedas)
- Zumos y **bebidas azucaradas** (si la mayoría de los zumos artificiales tienen azúcares añadidos, y las bebidas azucaradas tienen grandes cantidades de azúcar)
- **Patatas fritas** y todo lo que esté frito en aceite
- Embutidos **grasos**
- Carnes **grasas**



Los alimentos que deben estar presentes en tu dieta...

- Las verduras, legumbres y frutas
- Pescados
- Carnes no grasas (como el pollo, el pavo, y la carne magra...)

- **Aceite de oliva**

Las porciones de cada comida...

Esto es algo muy importante, para una alimentación equilibrada las porciones correctas son:

- **Verduras y frutas** = la medida de tus dos manos juntas
- **Hidratos de carbono**= Como una pelota de tenis (los hidratos son el arroz, la pasta o el pan, siempre que sean integrales)
- **Proteínas** = La medida es como la palma de tu mano (las proteínas son el pescado, la carne y los huevos...)

La cantidad de veces que comes al día...

Lo ideal es comer cinco veces al día, pequeñas porciones y evitar tres comidas muy fuertes, así te mantienes satisfecha todo el día y llena de energía, la distribución sería así:

1. **Desayuno**
2. **media mañana**
3. **Almuerzo**
4. **Merienda**
5. **Cena ligera**

Desayuno: Un té verde (estimulante y antioxidante), una tostada con aceite, ajo y jamón (energía para una jornada larga), un zumo de naranja (las vitaminas que necesito 30% de vitamina C de la dosis diaria)

Media mañana: Un par de mandarinas. Para no caer en Hipoglucemia y que mi cerebro funcione bien en esa reunión tan importante con el jefe.

Comida: Un buen plato de lentejas con arroz integral. Ligero equilibrado, para seguir adelante sin que la comida baje mi rendimiento.

Media tarde: El mejor momento mis cereales integrales con yogurt de soja. Energía que en un par de horas estoy en el gimnasio.

Cena: Mi ensaladita con un filete a la plancha. A dormir como un bebe.

Complemente su dieta con un poco de ejercicio. No hace falta que se masacre en el gimnasio. Hágalo si le gusta y tiene una buena condición física para ello. Pero si no, puede usted andar 1 hora diaria. Es un ejercicio fácil, barato y muy bueno para su salud.

Ánimo su salud está en sus manos.

4.4 FOMENTAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

Los comportamientos que tienen impacto en la salud se denominan Habitualmente "*Modos o Estilos de Vida*" y quiere decir que la persona es libre de elegir la forma de vivir que le guste.

Generalmente las personas de clase media y alta tienen la facultad de elegir el medio en donde están situados sus hogares, la calidad y tipo de alimentos que consumen y la clase de atención médica que reciben. En cambio los que viven en pobreza tienen sus opciones fuertemente restringidas por la limitación de sus recursos.

El comportamiento está tan arraigado en los grupos sociales, influido por las diferencias sociales y dependiente de los recursos disponibles, que su naturaleza es primordialmente social.

Incluye fundamentalmente una **alimentación adecuada, promoción de la actividad física, control del tabaquismo y de otras adicciones, ambientes saludables en viviendas y trabajos, conductas sexuales, salud mental y el control de tres elementos ligados a la alimentación: presión arterial, colesterol y arteriosclerosis**

El **comportamiento** influye en los riesgos de enfermar y también en las posibilidades de sanar, porque la **conducta** de una persona determina **que se exponga** a agentes causantes de enfermedades y luego si se enferma debe **procurar asistencia**, y si la enfermedad es larga debe **continuar al tratamiento**.

Según la FAO la prevalencia de las **enfermedades no transmisibles relacionadas con dietas inadecuadas y estilos de vida poco sanos está creciendo** en muchos países. Al aumentar la prosperidad y urbanización, las dietas tienden a ser por término medio más ricas en energía y grasas, especialmente saturadas, y a tener un contenido menor de fibras y carbohidratos complejos y un contenido mayor de alcohol, carbohidratos refinados y sal. En los medios urbanos disminuyen con frecuencia el ejercicio

físico y el gasto de energía, mientras que tienden a aumentar el consumo de tabaco y el estrés. Estos y otros factores de riesgo, así como el incremento de la esperanza de vida, van unidos a una mayor prevalencia de la obesidad, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, osteoporosis y algunos tipos de cáncer, con los consiguientes e inmensos costos sociales y de atención de salud. En algunas regiones la caries dental es también una importante condición relacionada con la dieta.

¿Qué son estilos de vida saludable?

Los estilos de vida saludable son una estrategia global, que hace parte de una tendencia moderna de salud, básicamente está enmarcada dentro de la prevención de enfermedades y promoción de la salud tal vez el momento clave de esta tendencia o el inicio de esta tendencia fue en el año 2004 y se generó por una declaración de la organización mundial de la salud, para mejorar los factores de riesgo como la alimentación poco saludable y el sedentarismo, los estilos de vida saludable tienen que ver con actividad física y alimentación para prevenir enfermedades de tipo metabólico, cardiovascular; hoy en día estamos ante una epidemia entre comillas o sin comillas, una epidemia de este tipo de enfermedades y dentro las cuales tal vez la obesidad es la que más relevancia tiene puesto que últimamente las cifras de sobrepeso y obesidad en los diferentes países del mundo tanto desarrollados como en vía de desarrollo aumentan de manera peligrosa.

2. Recomendaciones de una dieta balanceada para llevar un estilo de vida saludable:

Hay varias recomendaciones pero tal vez hay dos puntos que son claves o tres puntos que son claves, el primero es que en todas las sociedades actuales hay un déficit en el consumo de frutas y verduras en la dieta diaria de las personas, se sabe que las frutas y las verduras son importantes para ser consumidas por todas las personas de todas las edades básicamente porque son ricas en oligoelementos en vitaminas y en fibra y sobre todo este último caso importante en la prevención de cierto tipo de enfermedades como algunos tipos de cáncer

el segundo punto es que hay que disminuir para tener una dieta saludable las grasas saturadas que están presentes en los alimentos que son derivados o son de origen animal básicamente las carnes rojas y muy grasosas, los alimentos, las carnes procesadas como los embutidos básicamente esto y se trata de aumentar el consumo de pescado por su riqueza básicamente en ácidos grasos omega 3 que son benéficos para la salud entonces se recomienda aumentar a 2 porciones de pescado mínimo por semana.

3. ¿Qué tipo de ejercicios recomienda en general?

El ejercicio básico que se recomienda para la salud es el ejercicio de tipo aeróbico o llamado cardiovascular en los gimnasios, es un ejercicio de baja intensidad, moderado, y larga duración; es importante hacer este tipo de ejercicio porque aumenta el consumo de oxígeno durante el ejercicio, cosa que no ocurre con otros como los ejercicios de fuerza o de resistencia pura. El ejercicio aeróbico tiene la virtud de aumentar la fuerza de contracción cardíaca, mejora el funcionamiento del corazón y mejora el transporte de oxígeno a los tejidos.

Siempre tratar de escuchar al cuerpo, no hacer actividad física si hay presencia de dolor, las personas por encima de 35 años deben por lo menos consultar a su médico antes de embarcarse en un programa de actividad física.

4. ¿Cómo se debe empezar la rutina de ejercicio?

Pues en realidad no nos gusta hablar mucho de rutina de ejercicio, los ejercicios deben ser una mezcla de ejercicios cardiovasculares, debe haber un poco de resistencia, fuerza y un poco de estiramiento, esta es la triada de acondicionamiento físico, es recomendada para todas las edades por sus beneficios metabólicos, cardiovasculares, y el estiramiento que ha sido un poco el pariente pobre del acondicionamiento físico es muy importante porque además de producir un mejoramiento del sistema locomotor se sabe que el estiramiento pausado y lento acompañado de respiración mejora o disminuye los niveles de estrés.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En cualquier Programa de ECNT es fundamental combinar la promoción de salud, estrictamente enfocada sobre los factores de riesgo específicos, con acciones médicas preventivas y servicios clínicos que optimicen su tratamiento y prevengan las secuelas de las complicaciones. Para ello se hace necesario la participación y articulación de todos los sectores sanitarios con actividades conexas a los Programas nacionales vigentes. Proponen la reorientación de los servicios para aumentar la calidad de la atención dirigida a la prevención secundaria (que reduce la tasa de complicaciones) y con una reevaluación constante del proceso, sus efectos y resultados.

5.1 CONCLUSIONES

Las conclusiones que se derivaron del presente trabajo; es el reflejo de la situación actual debido a muchos factores. Dichas conclusiones se obtuvieron durante todo el proceso de investigación apoyado en un diagnóstico situacional. Dichas conclusiones se enfocan en los siguientes aspectos:

ESTRUCTURA.

- La Casa Militar Presidencial no posee en su estructura organizacional una sección sanidad, esto ha acarreado los problemas de salud del personal militar debido a la nula planificación, organización, dirección, control y evaluación en sus malos hábitos alimenticios, encontrándose el 35.62% de la población IMC mayor de 25, el 56.85 % de la muestra presenta nivel alto de Colesterol, Un 31.51% presenta triglicéridos altos.
- Casa Militar no contempla planes ni proyectos enfocados a Salud.

- Al no existir planes de salud no se cuenta con el presupuesto para proyectos a ser aplicados en Casa Militar Presidencial.

FACTORES DE RIESGO

- Según los factores de riesgo se determino los siguientes resultados:
- En cuanto a los factores de riesgo **NO MODIFICABLES** Se encontró:
 - Que 66,44% pertenecen a la tabla 2 y 3 entre los 25 a 29 y 30 a 34 años de edad. **CUADRO N.- 1**
 - El 96.6% de la población tiene un riesgo moderado o severo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles en el futuro.
 - El 39.59% reportó antecedentes familiares de una ECNT. Entre las enfermedades prevaecía la diabetes mellitus, **Tabla No. 7Riesgo de los factores de riesgo de Diabetes Mellitus** ,e hipertensión arterial. **TABLA N.- 1**
- En relación a los factores de riesgo **MODIFICABLES** encontramos:
 - **CUDRO N.-2**
 - El 35.62% de la población tiene un IMC mayor de 25.**CUADRO N.- 4**
 - El 56.85 % de la muestra presenta nivel alto de Colesterol.
 - Un 31.51% presenta triglicéridos altos.
 - Se encontró un 6.85% de la población con hipertensión arterial.
 - **TABLA N.-1**
 - Consumen alcohol una vez por semana el 28.08%
 - El 8.22% de la muestra presentó hiperglucemia.
 - Un 88,36% consumen grasa a diario en la dieta. **CUADRON.-3**

- El 53.57% de personas analizadas fuman diariamente.
- La prevalencia de sedentarismo encontrada es importante ya que solo el 15,07% realizan más de 2 horas diarias de actividad física.
- La prevalencia de consumo de grasa saturadas es baja, ya que el aceite vegetal se usa para cocinar o para freír en 88.36% .**CUADRO N.-3**
- Solamente el 14.38% de la población consume fruta una vez por semana.
- El 56% de la población consume verduras o ensaladas diariamente.
- El 17.12% de la población presentó un estrés moderado o severo.

TABLA N.-2

EN EL TALENTO HUMANO.

- En la mayoría del personal se determino un desconocimiento total sobre enfermedades crónicas no trasmisibles.
- La gran diversidad y heterogeneidad en la procedencia, cultura, hábitos, religión, educación y el entorno hace que prevalezcan niveles altos de IMC, de Colesterol y triglicéridos, tabaquismo y alcoholismo como factores de riesgo modificables prevalentes.
- Se pudo identificar que por su trabajo fácilmente se adopta malos hábitos alimenticios y sedentarismo.

EN EL ENTORNO

- Las limitaciones legales en el ámbito internacional, nacional y local contra el consumo de tabaco, alcohol y comidas poco saludables no se aplican con conciencia para tratar de disminuir el impacto de las

enfermedades crónicas no transmisibles en las economías nacionales y personales.

- Las limitaciones legales en el ámbito internacional, nacional y local contra el consumo de tabaco, alcohol y comidas poco saludables no se aplican con conciencia para tratar de disminuir el impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles en las economías nacionales y personales.
- Las limitaciones legales en el ámbito internacional, nacional y local contra el consumo de tabaco, alcohol y comidas poco saludables no se aplican con conciencia para tratar de disminuir el impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles en las economías nacionales y personales.
- Las limitaciones legales en el ámbito internacional, nacional y local contra el consumo de tabaco, alcohol y comidas poco saludables no se aplican con conciencia para tratar de disminuir el impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles en las economías nacionales y personales.
- Las limitaciones legales en el ámbito internacional, nacional y local contra el consumo de tabaco, alcohol y comidas poco saludables no se aplican con conciencia para tratar de disminuir el impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles en las economías nacionales y personales.
- No se ha hecho absolutamente nada en mejorar entornos y ambientes saludables en relación a la vivienda, comedores y lugares de trabajo.
- Se ha podido ver cómo influye la pobreza en la agudización de los distintos factores de riesgo de padecer una de estas enfermedades, por eso es vital investigar las bases biológicas de estos riesgos y la relación entre un bajo nivel de ingresos económicos y las prácticas de riesgo.
- Hasta la presente no se ha puesto en marcha estudios para identificar factores de riesgo y la magnitud de sus efectos; evaluar el riesgo de

enfermedades crónicas desde los primeros años de vida de los individuos; y hallar nuevos fármacos o combinaciones de medicamentos para combatir estas patologías.

- En Casa Militar Presidencial no existe algún instrumento de comunicación que permitan fomentar la diseminación de información sobre este problema de salud pública y sus consecuencias. Por lo visto en el estudio y sus resultados se debe promocionar la importancia de realizar ejercicio físico a lo largo de toda la vida como una de las principales medidas para prevenir la aparición de estas enfermedades crónicas.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Pedir al mando atender las necesidades de promoción de la salud, y en especial para alentar la adopción de regímenes alimentarios saludables, la realización de actividades físicas y el control de ECNT.
2. Contar con personal del departamento de Nutrición del HG 1 con el objetivo de llevar a cabo las actividades propuestas.
3. Obtener el permiso y apoyo correspondiente del mando y de los comandantes de unidad para poder llevar a cabo la propuesta.
4. Comprometer al personal militar la participación masiva en programas de prevención de ECNT.
5. Promover y adoptar hábitos alimentarios saludables para disminuir los IMC a valores normales.
6. Instaurar programas agresivos de alimentación y actividad física para contrarrestar y controlar los valores altos de colesterol y triglicéridos antes de entrar en tratamiento médico.
7. Pedir a los comandantes de Unidad se difunda el presente plan estratégico y mantener continuidad con el personal que sea dado el pase.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1) Alfaro, Norma. "Diagnóstico de factores de riesgo que condicionan
- 2) enfermedades cardiovasculares, en oficiales del centro de estudios militares y propuestas de intervención". Tesis Universidad San Carlos de Guatemala. 1996.
- 3) Alfaro, Norma. Factores de riesgo que condicionan las enfermedades Cardiovasculares y una propuesta de intervención. Guatemala. Editor Carlos Lipriani. 1996
- 4) Appel, Lawrence. "A Clinical Trial of the Effects of Dietary Patterns
a. on Blood Pressure". New England Journal of Medicine.1997
- 5) Berríos, Ximena. "Las enfermedades crónicas del adulto y sus factores de riesgo". Boletín Esc. De Medicina, [P. Universidad Católica de Chile]
a. 1994
- 6) Bohannon, Nancy. "Coronary artery disease and diabetes. Secondary
a. Prevention needs more attention". Postgraduate medicine. 1999
- 7) Braunwald, Principios de medicina interna. 15 Edición. España. 2002
- 8) Comité Nacional de hipertensión arterial. "Programa Nacional de
a. prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial". Rev. Cubana Med. 1999
- 9) Rodríguez Lara, Joaquín, cómo aplicar la planeación estratégica a la pequeña y mediana empresa, Thompson editores, México, 2001, p.p.

145

- 10) Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Organización Mundial de la Salud –OMS. Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. Ginebra. 2003
- 11) Fasquell, G., “Factores de riesgo y la incidencia de cardiopatía a. Isquémica”. Revista Medicina Interna. [Guatemala] 2001.
- 12) Frenk, J. “La transición epidemiológica en América Latina”. Boletín de sanitización. [Panamá] 1991
- 13) Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Nacional de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, Guatemala, 2004-2008
- 14) DAVID, Fred R, conceptos de administración estratégica, Grupo editorial Pearson Educación, quinta edición, México, 1997
- 15) CHIAVENATO, Adalberto,” Administración de Recursos Humanos”Mc Graw Hill, 2da edición Santa fe de Bogotá, Colombia 1994

DIRECCIONES EN INTERNET

- www.scribd.com/doc. Plan estratégico. Proson. 2004-2008
- <http://www.paho.org>. *Enfermedades crónicas prevención y control Ameritas*.
- <http://test.e.legis-ar.msol.gov.ar>. *Legislación en Salud Argentina*.
- www.enmed.net/coursecon/ecolat/ec/2007/gvd-salud.htm-69k
Situaciones de la salud en el Ecuador.

- <http://www.MSP.gov.ec/index./php> Ministerio de Salud Pública del Ecuador-Datos Generales
- www.dicciomed.es/-3K. Diccionario Médico-biológico .histórico. y etimológico.
- www.buena_salud.com/dic./-30k Diccionario Médico
- www.iqb.es/mapa.htm-16k. Diccionario ilustrado de términos médicos
- <http://www.monografias.com/trabajos28/hipertension/hipertension.shtml>
- <http://www.n/nih.gov/medlineplus/spanish/ency/artide//000468.htm>
- Geosalud.com/diabetesmellitus/amtipo2.htm
- Es.wikipedia.org/obesidad
- www.esmas.com/salud/saludfamiliar/...337602.html
- New.paho.org/ecu/index.php?potion=com_docman&task=doc

GLOSARIO

Auto confianza: La auto confianza es el convencimiento íntimo de que uno es capaz de realizar con éxito una determinada tarea o misión, o bien elegir la mejor alternativa cuando se presenta un problema, es decir tomar la mejor decisión. Es confiar en que en general uno va a salir airoso de una situación, por difícil que parezca. Desde luego, esto se refiere a situaciones que caen dentro de la normalidad.

Cáncer: El cáncer puede considerarse una enfermedad de las células del organismo. Su desarrollo implica el daño del ADN celular; este daño se acumula con el tiempo.

Cardiopatía isquémica: Forma más frecuente de enfermedad cardiaca, en la que se da una disminución del riego sanguíneo del corazón, a consecuencia de un estrechamiento y obstrucción de las arterias coronarias.

Competencias: Rodríguez y Feliú (1996) las definen como “Conjuntos de conocimientos, habilidades, disposiciones y conductas que posee una persona, que le permiten la realización exitosa de una actividad”.

Diabetes: La diabetes mellitus es un grupo de enfermedades que se caracteriza por hiperglucemia que resulta de defectos en la secreción de insulina, su acción o ambas cosas a la vez.

Disciplina: La Disciplina es la capacidad de actuar ordenada y perseverantemente para conseguir un bien. Exige un orden y unos

lineamientos para poder lograr más rápidamente los objetivos deseados, soportando las molestias que esto ocasiona. La principal necesidad para adquirir este valor es la Auto exigencia; es decir, la capacidad de pedirnos a nosotros mismos un esfuerzo “extra” para ir haciendo las cosas de la mejor manera.

Enfermedades crónicas no transmisibles: Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) están definidas como «enfermedades de etiología incierta, habitualmente multicausal, con largos períodos de incubación o latencia; largos períodos subclínicos, con prolongado curso clínico, con frecuencia episódica; sin tratamiento específico y sin resolución espontánea en el tiempo».

Enfermedades cardiovasculares: Nombre que engloba a un conjunto de enfermedades relacionadas con el corazón y los vasos sanguíneos en general.

Enfermedad cerebro vascular: Enfermedad del cerebro y los vasos sanguíneos que lo irrigan.

Epidemiología: es, en la acepción más común, el “estudio de las epidemias” es decir, de las “enfermedades que afectan transitoriamente a muchas personas en un sitio determinado” Su significado deriva del griego *Epi* (sobre) *Demos* (Pueblo) *Logos* (ciencia). Una definición técnica es la que propone que la epidemiología es “el estudio de la distribución y determinantes de enfermedades en poblaciones humanas”

Espíritu de Cuerpo: El término **espíritu de cuerpo** se utiliza para señalar la identificación que los miembros de un grupo sienten con el grupo. A través de ese sentimiento, los miembros son motivados para lograr los objetivos comunes del grupo. El concepto sirve también para señalar la conciencia de pertenecer a un gremio, a una casta o a una clase social.

Espíritu militar: Capacidad de presentación militar en comportamiento y apariencia coincidentes con las normas militares y sociales

Estilo de vida: En epidemiología, el **estilo de vida, hábito de vida o forma de vida** es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud. En los países desarrollados los estilos de vida poco saludables son los que causan la mayoría de las enfermedades. Dentro del triángulo epidemiológico causante de enfermedad, estaría incluido dentro del factor huésped.

Estrategia: Un curso de acción conscientemente deseado y determinado de forma anticipada, con la finalidad de asegurar el logro de los objetivos de la empresa. Normalmente se recoge de forma explícita en documentos formales conocidos como planes.

Estrés psicológico: Conjunto de reacciones psicológicas que desembocan en el organismo cuando éste se enfrenta de forma brusca con un agente nocivo, cualquiera que sea su naturaleza

Factor de riesgo: Los factores de riesgo se han definido como «características que aumentan la posibilidad de que una persona desarrolle una enfermedad.

Flexibilidad: Es la capacidad de adaptarse rápidamente a las circunstancias, los tiempos y las personas, rectificando oportunamente nuestras actitudes y puntos de vista para lograr una mejor convivencia y entendimiento con los demás.

Hiper glucemia: Es el exceso de azúcar (glucosa) en la sangre. El sistema endocrino regula la cantidad de azúcar que se almacena y utiliza para energía, necesaria para el funcionamiento de las células

Hipercolesterinemia: Exceso de colesterol en la sangre que puede dar lugar a la aparición de aterosclerosis o engrosamiento de las paredes de los vasos sanguíneos, como consecuencia del depósito en ellas de colesterol, disminuyendo de un modo parcial o total el riego sanguíneo en esa zona.

Hipertensión: Elevación anormal sostenida de la presión arterial

Incapacidad: En la modalidad contributiva, es aquella situación del trabajador en la cual, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral.

Liderazgo: Arte de saber comandar y dirigir a sus subordinados en el cumplimiento de sus tareas y responsabilidades motivándolos con el ejemplo en el cumplimiento del deber.

Morbilidad: se refiere a los efectos de una enfermedad en una población en el sentido de la proporción de personas que la padecen en un sitio y tiempo determinado. En el sentido de la epidemiología se puede ampliar al estudio y cuantificación de la presencia y efectos de una enfermedad en una población.

Muerte: Suceso obtenido como resultado de la incapacidad orgánica de sostener la homeostasis. Dada la degradación del ácido desoxirribonucleico (ADN) contenido en los núcleos celulares, la réplica de las células se hace cada vez más costosa también se dice que es el fin de la vida, opuesto al nacimiento. El evento de la muerte es la culminación de la vida de un organismo vivo. Sinónimos de muerto son **occiso** (muerto violentamente) y **difunto**.

Obesidad: La obesidad, entendida como un exceso en los depósitos de grasa corporal que supera en más de un 20% el peso deseable, representa el denominador común sobre el cual puede desarrollarse o favorecerse cualquiera de las ECNT.

Pase: Es el traslado de un militar de una Unidad o reparto a otro, sujetándose a las normas previstas en la ley orgánica de personal de las FFAA.

Personal Militar: Es aquel que: habiendo satisfecho los requerimientos para su reclutamiento, ha adoptado la carrera militar como su profesión habitual.

Porte Militar: Capacidad de presentación personal en comportamiento y apariencia coincidentes con las normas militares y sociales.

Prevención: son un conjunto de actividades sanitarias que se realizan tanto por la comunidad o los gobiernos como por el personal sanitario antes de que aparezca una determinada enfermedad.

Profesionalismo: Capacidad de ejecutar las actividades inherentes a sus tareas y responsabilidades con eficiencia y eficacia sustentando en el dominio y aplicación de la ciencia y tecnología.

Responsabilidad: Competencia con la capacidad para cumplir las tareas y responsabilidades inherentes al grado y función con dedicación puntualidad y observando los plazos establecidos.

Sobriedad: Capacidad de mantener moderación en las diferentes manifestaciones de su actividad personal sea en el comer, beber, vestir o empleo del lenguaje.

Tacto: Capacidad de relacionarse con tino con los demás para tratar ciertos temas delicados evitando causar malestar o situaciones comprometidas.

Valores: El valor ontológico o metafísico de la conducta humana se refiere al hecho real, a la existencia, a la objetividad del acto. En cambio el valor moral depende de ciertas condiciones subjetivas y propias de la persona que ejecuta dicho acto, como la intención, la libertad, el grado

conciencia, etc. El valor moral se encuentra solo en los actos humanos y el valor ontológico se encuentra en ambos.

Retén: Militar que está en capacidad de reemplazar al militar de guardia y permanece en las dependencias del Palacio durante los días laborables y durante los feriados en condiciones de llegar lo más pronto posible al relevo.

Relevo: Acción mediante la cual el militar saliente entrega las consignas y novedades de la guardia, y pone en conocimiento del militar entrante los asuntos pendientes y requerimientos que aún no han sido cumplidos.

Franquicia: Día libre que toma el, militar saliente, para cumplir asuntos de carácter profesional y personal, una vez que ha cumplido una guardia de 24 horas o fin de semana.

Ciente, la persona u organización, externa o interna a la empresa, que recibe el resultado de un proceso.

Desviación estándar, valor numérico expresado en las unidades de los valores de la muestra, que mide la tendencia de la dispersión de los datos respecto a la media.

Diseño de experimentos, proceso de planear un experimento para obtener datos apropiados, que pueden ser analizados con el objeto de producir conclusiones válidas y objetivas.

Proceso, secuencia de actividades orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada para conseguir un resultado, y una salida que a su vez satisfaga los requerimientos del cliente.

ANEXOS

ANEXO N°1: CUESTIONARIOS.

Formulario #1: cuestionario para la recolección de datos personales

1.1	Número de identificación		-
1.2	Género	Femenino Masculino	- -
1.3	Edad en años cumplidos		
1.4	Estado civil	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre Separado	- - - - - -
1.5	Antecedentes familiares	Hipertensión arterial Diabetes Infarto agudo al miocardio Evento cerebro vascular	- - - -

Formulario #2: medidas antropométricas y valores bioquímicos.

2.1	Peso	__ __ __ kg	
2.2	Talla	__ __ __ cm	
2.3	Presión arterial	__ / __ mm Hg	
2.4	Glicemia	__ __ __ mg/Dl	
2.5	Colesterol total	__ __ __ mg/Dl	
2.6	Triglicéridos	__ __ __ mg/Dl	

Formulario #3: cuestionario sobre el consumo de tabaco

3.1	¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en toda su vida?	Sí No No recuerdo / No estoy seguro	- - -
Si la respuesta es No, pasar a la pregunta 3.4.			
3.2	¿Actualmente fuma usted cigarrillos?	Sí (uno o más cigarrillos diariamente) No (he dejado de fumar) Ocasionalmente (menos de un cigarrillo por día)	- - -
Si la respuesta es No, pasar a la pregunta 3.4.			
3.3	¿Piensa dejar de fumar?	Sí No No estoy seguro	- - -
3.4	¿Conoce usted si existen regulaciones (prohibiciones, áreas señaladas, etc) para fumar en lugares públicos como la oficina, otros sitios de trabajo, la cafetería en la universidad, y cómo se cumplen esas regulaciones?	Sí existen y nunca se violan. Sí existen, pero se violan con frecuencia. Sí existen, pero no sé si se violan. No existen. No estoy seguro de que existan.	- - - - -

Formulario #4: cuestionario sobre presión arterial

4.1	Antes de esta entrevista ¿alguna vez un profesor de la salud le ha medido (tomado, chequeado) la Presión arterial?	Sí No No estoy seguro	- - -
Si la respuesta es No o No estoy seguro, pasar al siguiente formulario.			
4.2	¿Cuándo fue la última vez que se midió la presión Arterial?	Último año 1 – 2 años atrás Más de 2 años No recuerdo / No estoy seguro	- - - -
4.3	¿Alguna vez un doctor, una enfermera u otro profesional sanitario le ha dicho a usted que ha tenido o que tiene o que padece de la presión alta?	Sí No, nunca me lo han dicho. No recuerdo / No estoy seguro	- - -
Si la respuesta es No o No recuerdo, pasar al siguiente formulario.			
4.4	¿En estos momentos está llevando o haciendo algún programa o tratamiento indicado por un profesional de la salud para mantener controlada su presión Arterial?	Sí No	- -
Si la respuesta es No, pasar al siguiente formulario.			
4.5	¿Qué tipo de tratamiento está llevando?	Medicamentos Tratamiento son medicamentos (dieta, ejercicios, peso)	- - -

Formulario #5: cuestionario sobre actividad física

5.1	Durante los últimos siete días, ¿en cuántos días hizo actividades fuertes como levantar cosas pesadas, cavar, aeróbicos o montar bicicleta rápidamente? Piense únicamente en aquellas actividades físicas que hizo por diez minutos seguidos o más.	Días por semana	-
5.2	En cada uno de esos días, ¿cuánto tiempo en total dedicó comúnmente a actividades fuertes?	Horas Minutos	- -
5.3	Nuevamente, piense únicamente en aquellas actividades físicas que por diez minutos seguidos o más. Durante los últimos siete días, ¿en cuántos días hizo actividades moderadas, como cargar cosas livianas, montar bicicleta a un paso regular o jugar dobles de tenis? No incluya caminar.	Días por semana	-
5.4	En cada uno de esos días, ¿cuánto tiempo en total dedicó comúnmente a actividades moderadas?	Horas Minutos	- -
5.5	Durante los últimos siete días, ¿en cuántos días caminó por diez minutos seguidos o más? Esto incluye caminar en el trabajo y en la casa, caminar para ir de un lugar a otro y cualquier otra caminata que haya hecho únicamente por recreación, deporte, ejercicio o tiempo libre.	Días por semana	-
5.6	En cada uno de esos días, ¿cuánto tiempo en total caminó comúnmente?	Horas Minutos	- -

Formulario #6: cuestionario sobre conocimiento sobre el peso corporal

6.1	¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional sanitario le ha dicho a usted que está pasado de peso, que está obeso o que pesa más de lo que debiera?	Sí No No recuerdo / No estoy seguro	- - -
6.2	¿Está usted en estos momentos tratando de bajar o perder peso?	Sí No	- -
6.3	¿En estos momentos está usted llevando o haciendo algún programa o tratamiento para mantener Controlado su peso? ¿Quiero decir, para no Aumentar de peso?	Sí No	- -

Formulario #7: cuestionario sobre la alimentación

7.1	¿Le agrega o le pone sal a los alimentos una vez que están cocidos o al sentarse en la mesa?	No, nunca. Sí, pero raras veces o cuando noto que le falta. Sí, siempre o casi siempre.	- - -
7.2	¿Qué tipo de aceites o grasas usa más frecuentemente en su casa para cocinar u hornear?	Aceite vegetal Manteca Mantequilla Margarina Otro Ninguna en particular. Cocino sin ningún tipo de aceite o grasa.	- - - - - - -
7.3	¿Qué tipo de aceites o grasas usa más frecuentemente en su casa para freír?	Aceite vegetal Manteca Mantequilla Margarina Otro Ninguna en particular. Cocino sin ningún tipo de aceite o grasa.	- - - - - - -
7.4	¿Cuán frecuente (veces) bebe jugos de frutas tales como naranja, toronja o tomate?	Por día Por semana Por mes Por año Nunca No sé / No estoy seguro	- - - - - -
7.5	Sin contar jugos ¿cuán frecuente (veces) come frutas?	Por día Por semana Por mes Por año Nunca No sé / No estoy seguro	- - - - - -
7.6	¿Cuántas porciones de vegetales y ensaladas verdes come usualmente? Considere que si come vegetales en el almuerzo y cena se considera como dos porciones.	Por día Por semana Por mes Por año Nunca No sé / No estoy seguro	- - - - - -
7.7	¿Cuántos huevos come habitualmente?	Por día Por semana Por mes Por año Nunca No sé / No estoy seguro	- - - - - -

Formulario #8: cuestionario sobre colesterol sérico

8.1	Antes de esta entrevista, ¿alguna vez le han medido (tomado, chequeado) el colesterol?	Sí No No estoy seguro	- - -
8.2	¿Cuándo fue la última vez que se midió el colesterol?	Un año o menos Entre 1 y 2 años Entre 2 y 3 años Entre 3 y 5 años No estoy seguro / No me acuerdo	- - - - -
8.3	¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional sanitario le ha dicho a usted que ha tenido o que tiene o que padece de colesterol alto en la sangre?	Sí No No recuerdo / No estoy seguro	- - -
8.4	¿En estos momentos está llevando o haciendo algún programa o tratamiento indicado por un profesional para mantener su colesterol controlado?	Sí No	- -
8.5	¿Qué tipo de tratamiento está llevando?	Medicamentos Tratamiento sin medicamentos (dieta, ejercicios, peso).	- - -
8.6	¿Qué tipo de tratamiento sin medicamentos usted está haciendo para bajar o para mantener controlado su colesterol?	Comer sin grasa o con menos grasa que antes. Haciendo ejercicios físicos regularmente. Bajando de peso o controlando el peso corporal. Aumentando el consumo de verduras y frutas. Otro Ninguno	- - - - - -

Formulario #9: cuestionario sobre consumo de alcohol

9.1	¿Durante el pasado mes ha ingerido por lo menos un trago de las siguientes bebidas alcohólicas: cerveza, vino, ron, whisky, licores?	Sí No No estoy seguro Me niego / No quiero responder	- - - -
9.2	Durante el pasado mes, ¿cuántos días a la semana o al mes, en promedio, ingirió bebidas alcohólicas?	Días por semana Días por mes No recuerdo / No estoy seguro Me niego / No quiero responder	- - - -
9.3	Vamos a considerar para el propósito de este cuestionario, que un trago es el equivalente a una lata o botella de cerveza, una copa de vino, un trago de licor. Aproximadamente, ¿cuántos tragos ingirió, en promedio, los días en que tomó alcohol?	Número de veces No recuerdo / No estoy seguro Me niego / No quiero responder	- - -
9.4	Tomando en consideración bebidas alcohólicas de todo tipo: ¿cuántas veces, durante el pasado mes, ingirió más de cinco tragos en una ocasión?	Días por semana No recuerdo / No estoy seguro Me niego / No quiero responder	- - -
9.5	¿Has sentido la necesidad de disminuir o dejar de tomar bebidas alcohólicas?	Sí No	- -

		No recuerdo / No estoy seguro Me niego / No quiero responder	- -
9.6	¿Hay personas que han criticado la forma en que bebe?	Sí No No recuerdo / No estoy seguro Me niego / No quiero responder	- - - -
9.7	¿Se ha sentido mal o culpable en la forma en que bebe?	Sí No No recuerdo / No estoy seguro Me niego / No quiero responder	- - - -
9.8	¿Ha sentido la necesidad de tomarse un trago a primera hora de la mañana para calmar sus nervios o para aliviar la resaca del día anterior?	Sí No No recuerdo / No estoy seguro Me niego / No quiero responder	- - - -

Formulario #10: cuestionario sobre diabetes mellitus

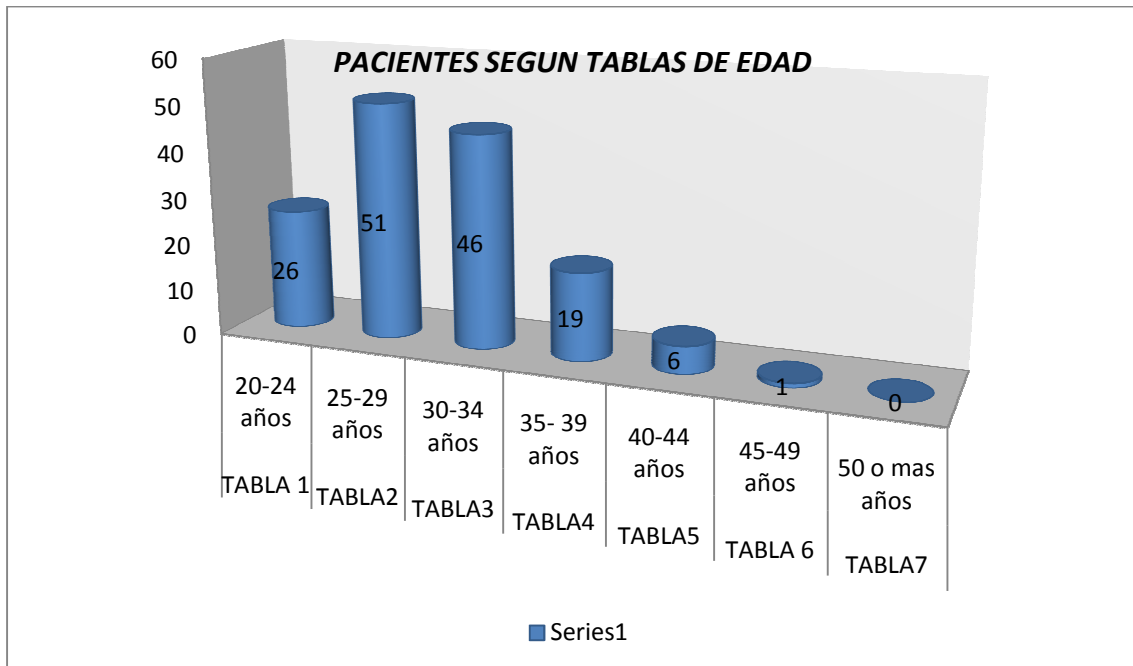
10.1	Antes de esta entrevista, por lo menos una vez, ¿le han medido (tomado, chequeado) la glicemia o el azúcar en la sangre?	Sí No No recuerdo / No estoy seguro	- - -
10.2	¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional sanitario le ha dicho a usted que ha tenido o que tiene o que padece de diabetes o de Azúcar alta en la sangre?	Sí No No recuerdo / No estoy seguro	- - -
10.3	¿Eso ocurrió cuando estaba embarazada?	Sí No No recuerdo / No estoy seguro	- - -
10.4	¿En estos momentos está llevando o haciendo algún programa o tratamiento para mantener controlado diabetes / glicemia / azúcar?	Sí No	- -
10.5	¿Qué tipo de tratamiento está llevando?	Medicamentos Tratamiento sin medicamentos (dieta, ejercicios, peso)	- - -

Formulario: 11 test de estrés

PREGUNTAS	SIEMPRE	FRECUENTE	CASI NO	NUNCA
Se mantiene de mal genio	-	-	-	-
Siente deseos de salir corriendo	-	-	-	-
Se siente aburrido con ganas de nada	-	-	-	-
Duerme usted bien	-	-	-	-
Se siente cansado al levantarse	-	-	-	-
Siente dolor en la cabeza, cuello u hombros	-	-	-	-
Acostumbra a consumir sustancias como: licor, cigarrillos todos los días	-	-	-	-
Es considerado por los que lo conocen como una persona tranquila	-	-	-	-
Expresa o manifiesta lo que siente	-	-	-	-

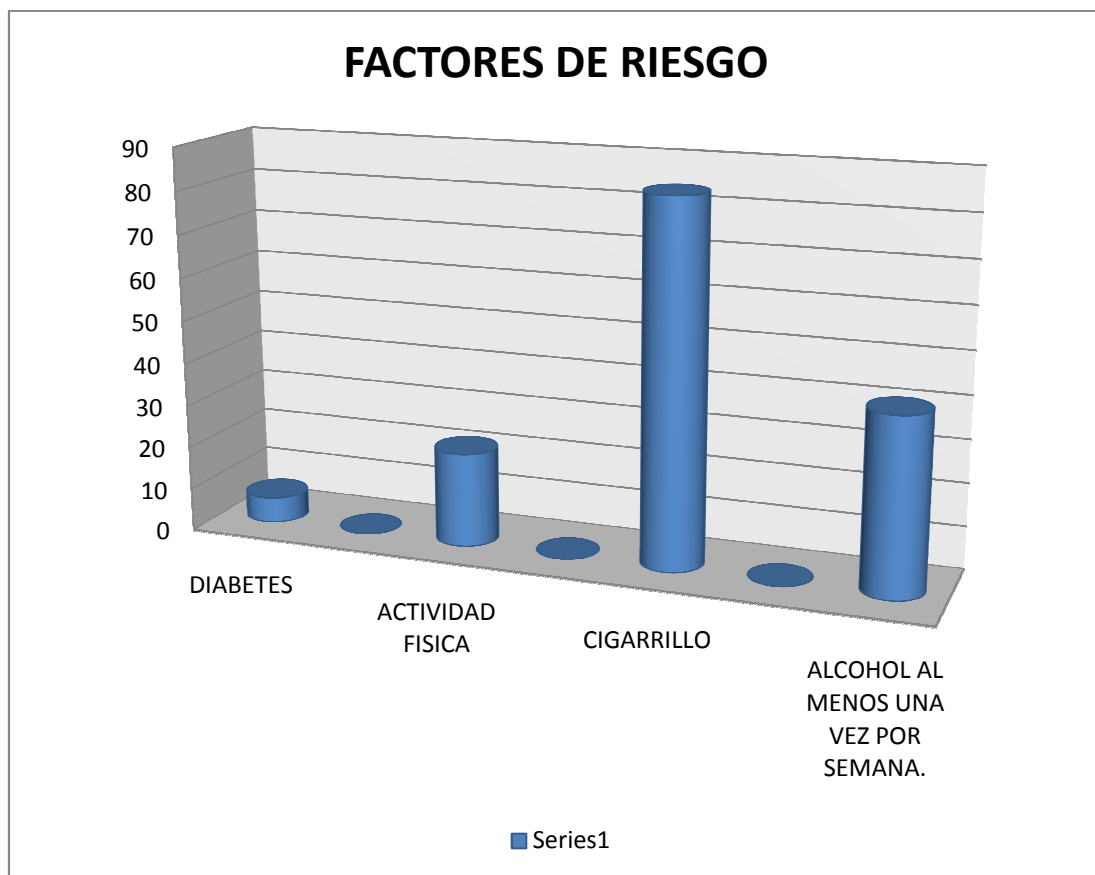
LISTA DE CUADROS

CUADRO N.- 1



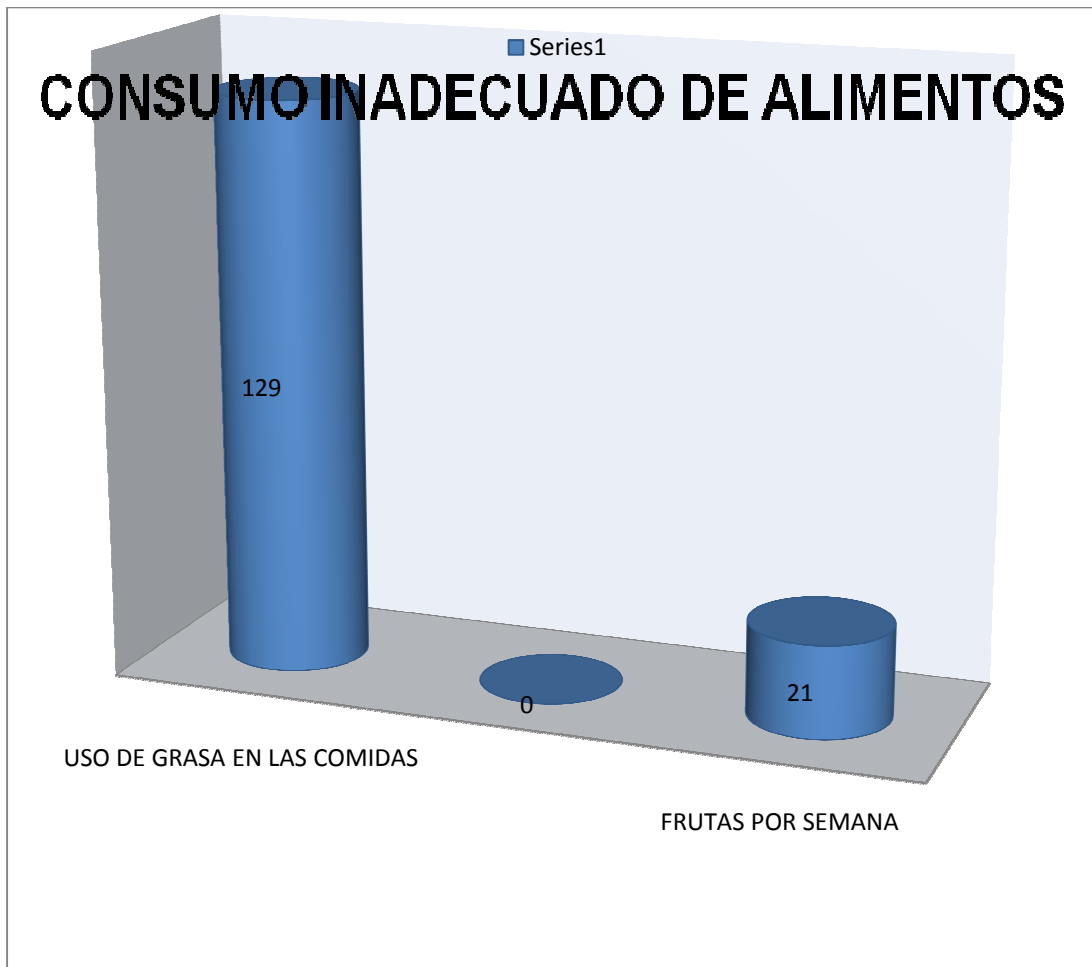
ANÁLISIS : se observa en este cuadro que la mayor parte de personal militar se encuentra entre los 25 a 29 años que corresponde a la tabla 2 y entre los 30 a 34 años que corresponde a la tabla 3, y como se verá más adelante son los que mayor factor de riesgo presentan.

CUADRO N.- 2



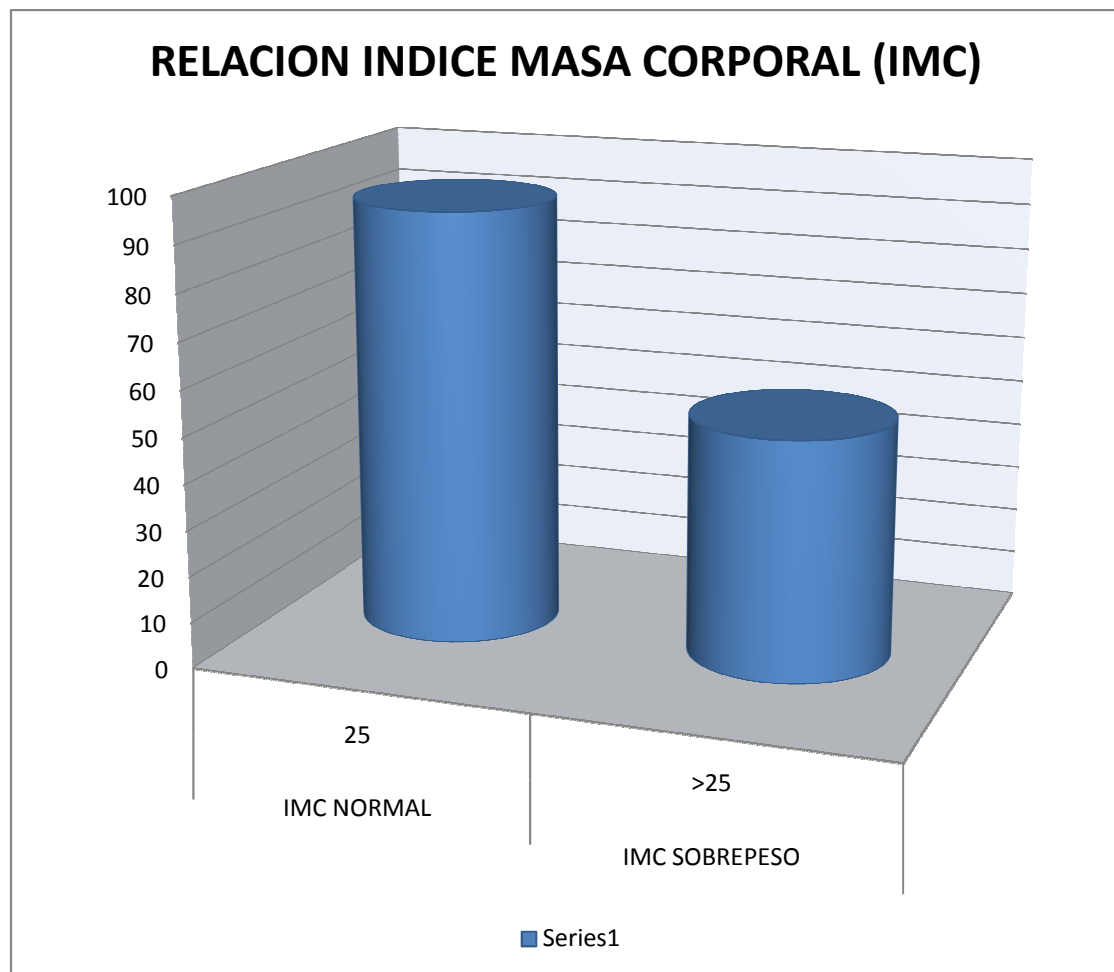
ANÁLISIS: Como principales factores de riesgo se encuentra el consumo de cigarrillo, la ingesta de alcohol y la falta de actividad física.

CUADRO N.- 3



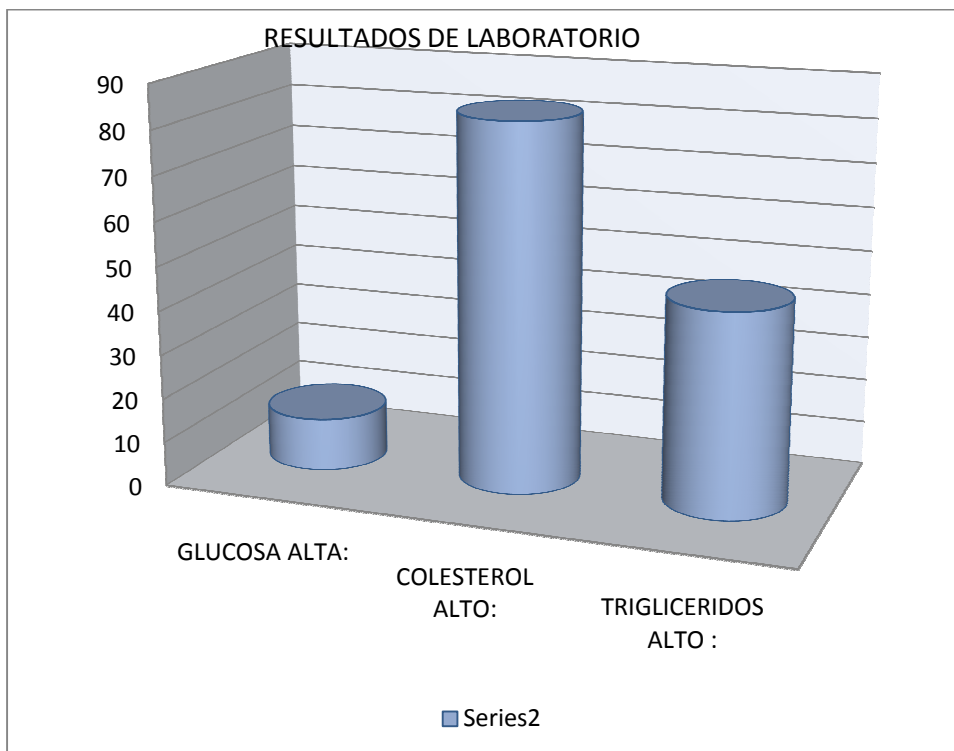
ANÁLISIS: Se encontró en la encuesta que 129 pacientes usan gran cantidad de grasa en la comida, y muy pocos solo 21 pacientes consumen fruta por semana.

CUADRO N.- 4

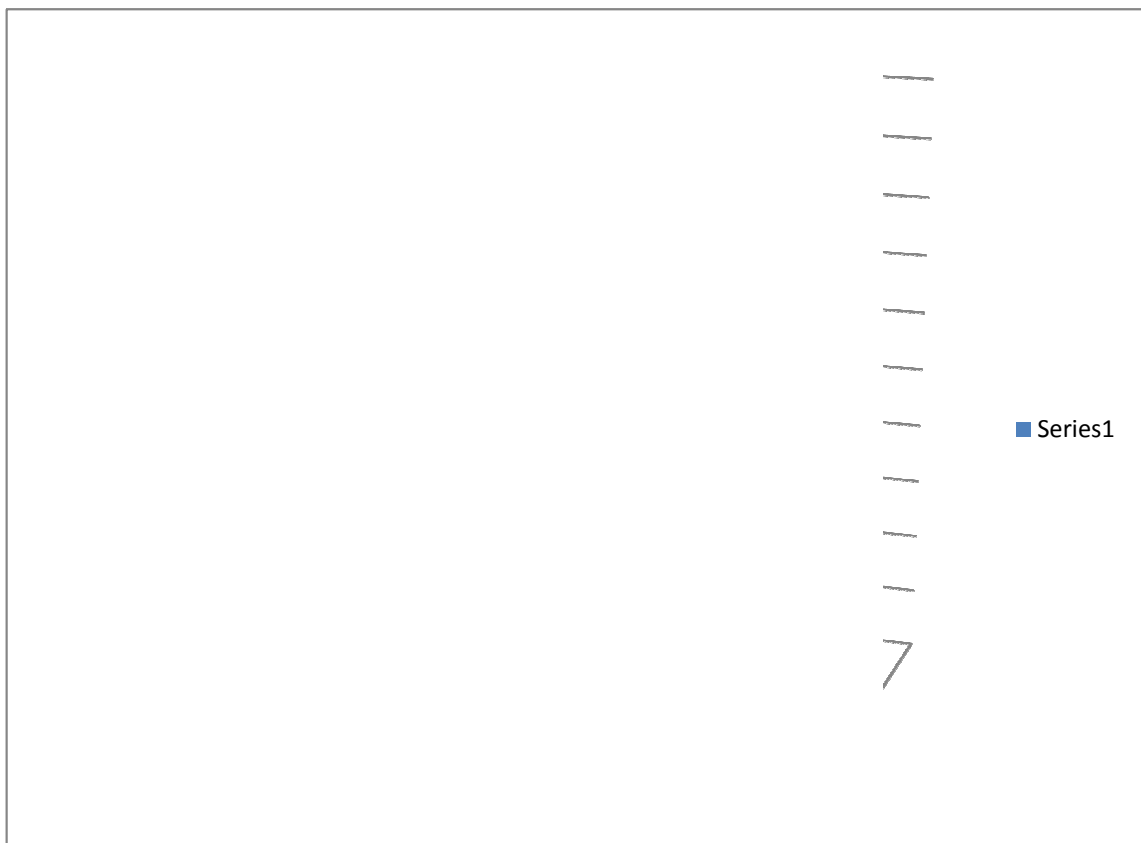


ANÁLISIS: En el estudio se encontró un nivel alto de personas con IMC alto es decir mayor a 25 que es el rango normal.

EL 35.62% DE LA POBLACIÓN TIENE UN IMC MAYOR DE 25

CUADRO N.- 5

ANÁLISIS: En los datos de los resultados del laboratorio se demostró muy claramente que en el personal militar existe colesterol y triglicéridos con cifras muy altas y en personas muy jóvenes que pertenecen a las tablas 2 y 3 respectivamente, lo que debe ser intervenido inmediatamente para prevenir las ECNT.

CUADRO N.- 6

ANÁLISIS: El porcentaje más importante del estado civil del personal militar es el de casados, pero también hay un número importante de solteros lo que justifica la alteración en la dieta y los malos hábitos alimenticios.

Presión arterial

Tabla No. 1
Interpretación de la presión arterial

Categoría	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Óptima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Normal alta	130 – 139	85 – 89
Hipertensión grado I	140 – 159	90 – 99
Hipertensión grado II	160 – 179	100 – 109
Hipertensión grado III	> 180 > 110	

Estrés

Tabla No. 2
El punteo del test de estrés

PREGUNTAS	SIEMPRE	FRECUENTE	CASI NO	NUNCA
Se mantiene de mal genio	3	2	1	0
Siente deseos de salir corriendo	3	2	1	0
Se siente aburrido con ganas de nada	3	2	1	0
Duerme usted bien	3	2	1	0
Se siente cansado al levantarse	3	2	1	0
Siente dolor en la cabeza, cuello u hombros	3	2	1	0
Acostumbra a consumir sustancias como:licor,cigarrillos todos los días	3	2	1	0
Es considerado por los que lo conocen como una persona tranquila	3	2	1	0
Expresa o manifiesta lo que siente	3	2	1	0

TABLA N.-3***Riesgo de los factores de riesgo de las ECNT***

Factores de riesgo de ECNT	Riesgo
0 – 1	Sin riesgo
2 – 3	Riesgo leve
4 – 5	Riesgo moderado
6 ó más	Riesgo severo

Tabla No. 4***Riesgo de los factores de riesgo de Diabetes Mellitus***

Factor de riesgo de Diabetes Mellitus	Riesgo
0 – 1 no mayor	Sin riesgo
0 – 1 mayor	Riesgo leve
2 – 3 no mayores	Riesgo leve
2 – 3 (por lo menos 1 mayor)	Riesgo moderado
3 – 4 no mayores	Riesgo moderado
3 – 4 (2 mayores)	Riesgo alto
Más de 4	Riesgo alto