



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE FARMACIA

**DISEÑO DE UN PLAN ESTRATEGICO PARA UNA GERENCIA
DE RESPONSABILIDAD SOCIAL QUE PROMUEVA LA
ATENCION DE PACIENTES CON OBESIDAD**

AUTORES:

PEÑA, ALFREDO

VALBUENA, FLORALBA

CARACAS, FEBRERO DE 2012



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE FARMACIA



**GERENCIA ESTRATÉGICA DE NEGOCIOS PARA LA
INDUSTRIA FARMOQUIMICA, COMESTICA Y ALIMENTARIA**

**DISEÑO DE UN PLAN ESTRATÉGICO PARA UNA GERENCIA
DE RESPONSABILIDAD SOCIAL QUE PROMUEVA LA
ATENCIÓN DE PACIENTES CON OBESIDAD**

AUTORES:

PEÑA, ALFREDO

VALBUENA, FLORALBA

**Trabajo presentado ante la ilustre Universidad Central de Venezuela
para optar al título de especialista en Gerencia Estratégica de Negocios
para la Industria farmoquímica, cosmética y alimentaria.**

TUTOR:

DR. SAUL O. PEÑA ARCINIEGAS

AGRADECIMIENTOS

A través del transcurso de investigación para este trabajo se presentaron numerosas personas que han colaborado incondicionalmente para que este proyecto pudiese realizarse, a todas ellas nuestros más sincero agradecimiento, en especial:

A Dios, fuerza vital y divina.

A nuestros guías espirituales, como lo son nuestra familia, quienes nos transmitieron la fortaleza, motivación, inspiración y aspiración para realizar nuestras metas, muy especialmente a Mauricio Gajardo y Alba Camacho.

A nuestros profesores de postgrado, especialmente al Prof. Pablo Lira por su asesoría metodológica en el presente trabajo.

A la Ftica. Joanna Peláez, la Ftica. Mariela Coelho y al Ftico. Juan Manuel Pereira, por haber transmitidos sus conocimientos profesionales y experiencia profesional, enriqueciendo nuestro intelecto.

A nuestra compañera, Ftica. Carol De Pablos, por su orientación y apoyo, sirviéndonos de guía en todo este tiempo.

A todo el Departamento de Postgrado, especialmente a la Ftica. Marisol Benaim, Carmen Pérez y Jesús Depablos, por su colaboración constante y oportuna.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE FARMACIA
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA ESTRATÉGICA DE NEGOCIOS
PARA LA INDUSTRIA FARMOQUIMICA, COMESTICA Y ALIMENTARIA

DISEÑO DE UN PLAN ESTRATEGICO PARA UNA GERENCIA DE
RESPONSABILIDAD SOCIAL QUE PROMUEVA LA ATENCION DE
PACIENTES CON OBESIDAD.

Autores: Ftico. Alfredo Peña
Lic. Floralba Valbuena
Tutor: Dr. Saúl Peña
Fecha: Febrero, 2012

RESUMEN

El objetivo general del estudio fue diseñar un plan estratégico para una gerencia de responsabilidad social que promueva la atención de pacientes con obesidad. El soporte teórico de la investigación se basó en nociones sobre planificación estratégica, especialmente el modelo de W. Chan Kim y Renée Mauborgne del año 2005, llamado la estrategia de océano azul. Asimismo se hizo referencia a las bases teóricas de gerencia de responsabilidad social empresarial y obesidad como complemento del Marco Teórico. La Metodología de la investigación es documental, su estudio es de carácter descriptivo, corresponde al método de investigación deductivo. Para la recolección de datos se emplearon las fuentes primarias (encuestas). Según la investigación documental, se determina que las empresas sensibilizadas socialmente pueden implementar un programa de obesidad en sus empleados. Con la finalidad de promover la participación del personal y asegurar su efectividad, se procedió a diseñar un plan estratégico para dicho programa, luego de la revisión bibliográfica y del recurso metodológico empleado que soportan la construcción del mismo. Finalmente, los investigadores concluyen que esta herramienta gerencial tiene una alta factibilidad de ser desarrollada por las empresas relacionadas con el sector de alimentación, enfocadas en mejorar la salud de su personal.

INDICE GENERAL

	pp.
Veredicto	iii
Agradecimientos	vi
Resumen	vii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE FIGURAS	xii
LISTA DE ABREVIATURAS	xiii
INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULOS	
I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	16
1.1 Planteamiento del problema	16
1.2 Formulación	20
1.3 Objetivos de la investigación	
1.3.1 Objetivo general	20
1.3.2 Objetivos específicos	20
1.4 Justificación	20
II MARCO TEORICO	22
2.1 Planificación estratégica.	22
2.1.1. La ejecución, asentamiento del plan estratégico.	23
2.1.2. Modelos de planificación estratégica para una gerencia de responsabilidad social	25
2.1.2.1 Matriz FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas).	26
2.1.2.2 Estrategia de Océano Azul	27
2.1.2.2.1 Herramientas y esquemas analíticos:	29
1. el cuadro estratégico	29
2. esquema de las cuatro acciones	31
3. la matriz eliminar-reducir-incrementar-crear	31
2.2 Gerencia de Responsabilidad Social Empresarial (RSE)	33
2.2.1. Gerencia de RSE en las empresas venezolanas	34
2.2.2 Responsabilidad Social en promoción de la salud	36
2.3 Obesidad. Definición y clasificación.	37

2.3.1 Peligro, obesidad en la Latinoamérica	39
2.3.2 ¿Obesidad por la transculturización?	40
2.3.3 Contexto en Venezuela	42
2.3.4 Características de un programa integral para pacientes con Obesidad	45
2.3.5 Herramientas estratégicas para un programa de atención a los pacientes con obesidad.	48
III MARCO METODOLOGICO	52
3.1 Tipo de investigación: documental	53
3.2 Tipo de estudio: descriptivo	53
3.3 Método de investigación: deductivo	54
3.4 Técnica y procedimiento para la recolección de información	55
3.5 Técnica para el procesamiento de datos	56
3.6 Universo, población y muestra	56
IV RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	58
V PROPUESTA DE PROGRAMA	67
CONCLUSIONES	91
RECOMENDACIONES	93
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	95
ANEXOS	107

LISTA DE TABLAS

Tabla N°		Pág.
I.	La estrategia del océano rojo frente a la estrategia del océano azul	28
II.	Principios de la estrategia del océano azul	29
III.	Matriz de cuatro acciones para el gimnasio A	32
IV.	Pasos para visualizar la estrategia	33
V.	Clasificación de la contextura del individuo	38
VI.	Clasificación de la obesidad	38
VII.	Umbrales de circunferencia de cintura (CC) para identificar personas con riesgo de padecer diabetes tipo 2, hipertensión, y enfermedades cardiovasculares.	39
VIII.	Niveles patológicos de lípidos (mg/dL) según categorías de riesgo cardiovascular (CV) global.	39
IX.	Ejemplo de menú de 1400 Kcal.	47
X.	Calorías quemadas según peso y actividad física	48
XI.	Diseño del programa GANAS	70
XII.	Análisis DOFA del programa GANAS	76
XIII.	Matriz de las 4 acciones del programa GANAS	85
XIV.	Cronograma de implementación de las fases del programa	85

XV.	Presupuesto de recursos humanos para el programa GANAS	86
XVI.	Presupuesto de recursos consumibles para el programa GANAS	86
XVII.	Presupuesto de recursos de equipos para el programa GANAS	87
XVIII.	Presupuesto final del programa GANAS	87

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico N°	Pág.
1. Cuadro estratégico del océano azul para el gimnasio A	30
2. Esquema de las cuatro acciones	31
3. Características que debe tener un programa de responsabilidad social que atienda pacientes con obesidad.	62
4. Edad promedio de los pacientes con obesidad	63
5. Causas principales que lo mantiene con exceso de peso	64
6. Cuadro estratégico del océano azul para el programa de obesidad	78
GANAS	
7. Esquema de las cuatro acciones para el programa GANAS	84

LISTA DE ABREVIATURAS

DOFA: Debilidades, Oportunidades, Fortalezas, Amenazas

FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación

FTICA: Farmacéutica

FTICO: Farmacéutico

ICTA: Instituto de Ciencias y Tecnología de Alimentos

INN: Instituto Nacional de Nutrición

IMC: Índice de Masa Corporal

Kg: Kilogramos

LOCTI: Ley Orgánica de Cooperación de Tecnología e Innovación

MPPS: Ministerio del Poder Popular para la Salud

mt: Metros

MPPS: Ministerio del Poder Popular para la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de Salud

RSE: Responsabilidad Social Empresarial

GANAS: Guía de Asistencia Nutricional para Alcanzar la Salud

INTRODUCCIÓN

Las empresas han evolucionado según la sociedad ha transformado su economía, creándose conexiones más allá de una relación pública u obligación moral, en pro de fortalecer a largo plazo el vínculo comercial y la comunicación entre la empresa y la sociedad. Surgiendo así, un nuevo modelo de gestión denominado Responsabilidad Social Empresarial (R.S.E.).

La R.S.E., se define como el suministro de elementos de dirección y gestión consistentes para el desarrollo de un modelo de empresa sostenible, que satisfaga las necesidades sociales de los grupos de interés.

La R.S.E. se ha convertido hoy en día en un factor de éxito en los negocios, donde se conjuga el compromiso ético de la empresa moderna con la sociedad. Siendo una variable competitiva de reconocimiento mundial, estableciéndose en muchas empresas como una unidad de negocio basada en una gestión estratégica que genera ventajas competitivas. Los programas sociales estratégicamente desarrollados por este tipo de gerencia, requieren de un equipo especializado multidisciplinario conformado por profesionales internos de la empresa y en muchos casos por profesionales externos que complementan necesidades específicas de la gerencia; alcanzando el impacto adecuado en el grupo objetivo y cumpliendo exitosamente su objetivo social, basados en los lineamientos planificados para la ejecución de dicho programa.

De esta manera, se evita que la labor generada por la empresa no se disipe en el tiempo sin aportar una solución efectiva, especialmente cuando la acción social va dirigida a la promoción de la salud en una comunidad, ya que este tipo de intervención es muy difícil de medir su impacto, y de realizarle un seguimiento a mediano o largo plazo. Es así, como el siguiente Trabajo Especial de Grado propone el diseño de un Plan Estratégico para una Gerencia de Responsabilidad Social Empresarial, que promueva la atención de pacientes con obesidad.

De los diversos métodos utilizados para desarrollar una planificación estratégica efectiva, el presente trabajo especial de grado emplea sólo dos de estos modelos: uno es, el análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA), ideada por Kenneth Andrews y Roland Christensen hace más de 20 años y el más usado en la actualidad, por su fácil aplicación en el campo empresarial; y el segundo, es la Estrategia del Océano Azul, diseñado por Chan Kim, W y Mauborgne, R (2005), quienes plantean dejar a un lado la competencia destructiva entre las empresas, ampliando horizontes del mercado y generando valor a la innovación. A través de este modelo, se exploran dos espacios del mercado, uno es llamado océano rojo, donde el entorno competitivo actúa sobre la demanda existente; y el océano azul, definido por los posibles proyectos o negocios que no han sido explotados en el mercado actual, y que poseen un gran potencial para opacar al competidor.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La obesidad se ha convertido en una epidemia mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), declara que hay más de 300 millones personas con obesidad, aún más alarmante cuando indican que 2,6 millones fallecen por sobrepeso u obesidad; y es que estas patologías causan otras complicaciones, que a nivel mundial se presentan en esta proporción: diabetes (44%), cardiopatía isquémica (23%) y determinados cánceres (7% a 41%). (OMS, 2010).

Aunque no se han reportado cifras oficiales recientes para Venezuela, la infobase global de la OMS, estima que para el año 2010, este país pudiese situarse con una prevalencia de obesidad mayor a 33% en mujeres mayores de 15 años (Ono, Guthold, Strong, 2005a), y en 29,5 % en hombres mayores de 15 años. (Ono, Guthold, Strong, 2005b).

El estudio CARMELA, que abarca a siete ciudades latinoamericanas, entre ellas se encuentra Barquisimeto, Estado Lara, donde se manifestó que el 25% de los individuos entre 25 y 68 años son obesos, estando por

encima del promedio de las demás ciudades capitales latinoamericanas (20%), (Schargrotsky H, y Colaboradores, 2008).

El Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), a través del Instituto Nacional de Nutrición (INN), reportó en el Anuario del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), que durante el año 2006, se diagnosticaron 99.579 casos de obesidad en Venezuela, siendo el estado Zulia el más afectado con 20,82%, le sigue Lara (9,7%), Anzoátegui (8,53%) y Miranda (7,14%). (MPPS, 2006)

Esta situación es aún más grave, cuando las seis principales causas de muerte en el país están relacionadas con la obesidad, como lo son las enfermedades del corazón (20,61%), cáncer (14,81%) y diabetes (6,28%), cifras expresadas en el último reporte del Anuario de Mortalidad para Venezuela (MPPS, 2008).

Adicionalmente, en un estudio realizado por Núñez, Peña, Pacheco, Sánchez y Rivera (2006), sobre la Obesidad en pacientes adultos de 20 a 50 años del Municipio Sucre del Estado Miranda, encontraron que la mayor prevalencia de obesidad se sitúa entre los 20 y 25 años (12,12%) y de 31 a 35 años (12,12%).

Estos estudios demuestran que la población económicamente más productiva del país está siendo afectada por la obesidad. De ser así, estará afectando el sector económico de la sociedad. Como señala Thompson (2007), esta enfermedad está relacionada con la baja productividad y el ausentismo laboral. Este sector productivo decae menoscabando la eficiencia de las empresas, aumentando los presupuestos regionales destinados a la atención sanitaria, disminuyendo la productividad

económica y calidad de la vida de toda una población. De este modo, las empresas que presenten un grupo significativo de colaboradores con obesidad, se exponen a que su rendimiento decrezca.

La baja productividad desestabiliza a toda empresa, aunado a un entorno inestable económicamente como el que atraviesa Venezuela actualmente, trae como consecuencia la reducción de personal, afectando principalmente a los empleados con historia de incumplimiento del horario o deficiencia en sus funciones, sin tomar en cuenta que estén justificadas o no.

La persona con obesidad vive en un entorno frágil, sobre todo el laboral, donde se cuestiona su imagen, su rendimiento y su empeño dentro de la empresa. Sumado, a un estrato socioeconómicamente bajo, estas limitantes acrecientan la condición de obesidad en el adulto. Sotillo y Spizzo (2003), lo confirman en un estudio realizado en Caracas, donde se pone de manifiesto la alta prevalencia de obesidad en adultos de un estrato socioeconómico bajo. Hoffman y Cubeddu (2002), exhortan a tomar en cuenta que la obesidad es uno de factores de riesgo cardiovascular más importantes en hispanos aparentemente sanos y asintomáticos, los mecanismos para la detección temprana y la corrección de los factores de riesgo modificables en la población sana deben ser puestos en ejecución, y que, solo a través de la prevención se reducirá la incidencia de la enfermedad aterosclerótica cardiovascular y diabetes del tipo 2, principales consecuencias de la obesidad en el país.

En el Estado Zulia, principal entidad afectada por la Obesidad en los adultos (MPPS, *óp. cit*), una planta procesadora de olefinas investigó

acerca del grado de riesgo cardiovascular en sus empleados, concluyendo que existe un elevado riesgo cardiovascular, por lo que se debe implementar programas de promoción de la salud y cambios de estilo de vida. (Portillo, Bellorín, Sirit y Acero, 2007). Esta misma aseveración se llegó en otro estudio realizado en una planta de policloruro de vinilo, ubicada igualmente en el Estado Zulia (Sirit, Acero, Bellorín, Portillo, 2007).

Es así como, las empresas sensibilizadas con esta situación que afectan silenciosamente a sus empleados y comunidad, buscan la manera de aportar soluciones efectivas que mejoren la calidad de vida de la población. Dichas empresas, generalmente grandes corporaciones vinculadas con el sector salud y de alimentos, ejecutan proyectos y programas cónsonos con la realidad de su entorno, entre ellas se destacan Nestlé de Venezuela, Cargill y Empresas Polar.

Estas empresas han logrado planificar estratégicamente los programas sociales hasta ejecutarlos obteniendo resultados satisfactorios. Sin embargo, otro gran número de empresas conscientes de la situación y deseosas de participar en proyectos sociales, no logran concretar la ejecución de programas que atiendan a sus empleados o comunidad para mejorar su calidad de vida.

De acuerdo a la problemática planteada, se propone diseñar un plan estratégico que promueva la calidad de vida y un estilo de vida saludable a través de la atención de pacientes adultos con obesidad, para cualquier empresa que así lo requiera.

1.1.1 Formulación del problema

En virtud a la problemática anteriormente planteada, surge la pregunta: ¿El diseño de un plan estratégico para la atención integral del paciente con obesidad dentro del proyecto de una Gerencia de Responsabilidad Social logrará mejorar la calidad de vida de estos pacientes?

1.1.2. Objetivo General

Diseñar un Plan Estratégico para una Gerencia de Responsabilidad Social que promueva la atención de pacientes con Obesidad.

1.1.3. Objetivos Específicos

- Conocer las directrices de una gerencia de R.S.E. que promueva la salud en la comunidad.
- Describir los hallazgos nacionales e internacionales sobre la obesidad.
- Verificar la necesidad de atención integral en pacientes con obesidad.
- Proponer estrategias para una gestión integral de pacientes con obesidad.

1.4 Justificación de la Investigación

1.4.1 Factor teórico:

Esta investigación propone que las gerencias de responsabilidad social funcionen como una unidad de negocio eficiente, de esta manera, es fundamental el uso de herramientas gerenciales como la planificación estratégica, para cumplir con el objetivo principal de lograr que el impacto en el grupo de empleados sea positivo y efectivo en el tiempo.

Dentro de la planificación se establece un sistema racional para la toma de decisiones, permitiendo conocer como resolver las contingencias que se presenten en el desarrollo del programa, evitando la improvisación. Gracias a la planificación toda la gerencia sabe a hacia donde se dirigen sus esfuerzos, así se optimiza el tiempo y los recursos.

Del mismo modo, se contempla el manejo de herramientas gerenciales que incluye el marketing social, estrategias de comunicación efectiva y manejo del cambio, que promueva a los pacientes con obesidad a participar en un programa especialmente diseñado para su recuperación definitiva de peso y mejoramiento de su calidad de vida.

Acoplando estas técnicas gerenciales y de mercadeo social se propone una forma innovadora de trabajo dentro de la gerencia de responsabilidad social, pudiéndose aplicar en cualquier área de atención comunitaria, que realice una intervención en el comportamiento y salud de una población.

1.4.2 Factor conceptual.

Esta investigación representaría una contribución al acervo del conocimiento de la gestión de organizaciones que buscan contribuir al bienestar del país en el campo de la salud, en especial a la obesidad.

1.4.3 Aspecto legal:

De acuerdo al artículo 23 del Reglamento de Postgrados de la Universidad Central de Venezuela, se exige la elaboración de un Trabajo Especial de Grado conducente a la obtención del título de Especialista. En este sentido la especialización de Gerencia Estratégica de Negocios para la Industria Farmoquímica, Cosmética y Alimentaria.

CAPÍTULO II:

MARCO TEORICO

2.1 Planificación estratégica

La planificación es parte fundamental de la gerencia, representa la guía de acciones estratégicas orientadas a cómo cumplir los objetivos dentro de un entorno de incertidumbre. Friend y Hickling (2002), explican que la tarea de planificar es un proceso para *escoger estratégicamente*, dentro de un entorno complejo, acciones en las organizaciones.

Principalmente, en las sociedades que presentan constantes cambios en el mercado; si las acciones son estudiadas previamente, pueden escoger el escenario más idóneo y evitar el estancamiento. Penfol, Vainrub y Dohnert (2009), comentan que “Venezuela ha sido uno de los mercados más turbulentos de América Latina.”(p.14), su inestabilidad socioeconómica y política coloca a las empresas en riesgo de supervivencia ante eventos repentinos, llamada por ellos como *amenaza de muerte súbita*. Sin embargo, también señalan que, “en ambientes volátiles e inciertos, una compañía puede también encontrar *oportunidades de oro*” (p.14). Estas compañías que logran navegar hacia el éxito empresarial, es porque han aplicado la planificación estratégica en su negocio.

David (citado por Lozano, 2002) define a la planificación estratégica como “un enfoque objetivo y sistemático para la toma de decisiones en una organización”. (p.1).

Las compañías con experiencia en planificación estratégica reconocen que su crecimiento y permanencia en el sector empresarial se debe al buen uso de esta herramienta organizacional, a través de ella han estructurado sus objetivos y tomado decisiones con claridad, obtenidas de manera sistemática a través de un plan estratégico. Este instrumento, refleja cual será la estrategia a seguir por la compañía en un plazo determinado (hasta 2 años). También marca las directrices y el comportamiento para que una organización alcance las aspiraciones trazadas, de manera cuantitativa, específica (los lineamiento de acción para conseguir los objetivos) y temporal (en tiempos concretos y explícitos).

2.1.1 La ejecución, asentamiento del plan estratégico

Un plan estratégico proporciona el rumbo que se puede seguir en determinada situación, pero no implica que el sólo hecho de formularlo garantice que su ejecución se efectúe.

Para Blanco (2009), “la ejecución puede definirse como el conjunto de acciones mediante las cuales la gente en las organizaciones logra hacer realidad lo que ha planificado” (p.56). También comenta que, depende de la formulación de un plan, de la capacidad de acción y participación de las personas de la organización.

La ejecución puede fracasar por la falta de objetividad y claridad al formular el plan estratégico, también expone Blanco (op.cit), que pueden

estar relacionados con “los procedimientos (estrategia, estructura, control, coordinación) y con las personas (motivación, incentivos, cultura, clima)”. (p.61).

Las empresas realizan la planificación estratégica pero pueden fallar en su ejecución, a continuación se refieren cuatro (4) estudios que analizaron su por qué:

En un estudio realizado por Hrebiniak (2005) identificó los siguientes obstáculos que afectan la ejecución o implementación de un plan estratégico: (a) gerentes adiestrados para planificar y no ejecutan, (b) empleado de menor nivel debe encargarse de la ejecución, (c) la planificación y ejecución son interdependientes, la ejecución requiere más tiempo que la planificación. (d) la ejecución es un proceso no una acción o un paso. (d) obstáculos y retos adicionales para el éxito de la ejecución.

En otro estudio realizado por Mc Kinsey Quarterly (2006), a ejecutivos de grandes empresas a nivel mundial, reveló que la mitad estaban de acuerdo con la planificación estratégica, pero solo una cuarta parte la consideran importante para la toma de decisiones.

Vilchez (2008) tomó en cuenta los trabajos anteriores para la evaluación de su investigación, resultando que el 66% de las empresas evaluadas poseen planificación estratégica, pero el 31,9% no conocen los planes y afirman les toma mucho tiempo.

Arguello (2009) elaboró un trabajo especial de grado en empresas venezolanas, donde concluyó que entre el 50% y el 70% implementan o realizan planes estratégicos, sin embargo un 45% son las que lo ejecutan. Entre las causas se encuentran: (a) entorno cambiante. (b) personal no

calificado o capacitado, (c) problemas de comunicación, (d) falta de motivación y liderazgo, (d) cultura organizacional (no hay alineamiento con la estrategia).

En conclusión, la ejecución llega a ser tan fundamental como la planificación de estrategias, por lo que es importante cubrir todos los tópicos anteriormente expuestos.

2.1.2. Modelos de planificación estratégica para la gerencia R.S.E.

Guédez (2008) reafirma que “la RSE es estratégica para las empresas, además de generar resultados, impactos y retornos, es también objetos de diseño internos que se alinean con los negocios sustantivos de las organizaciones”. (p.134).

Sin embargo, a diferencia de las otras unidades de negocio, maneja un presupuesto limitado por la empresa, para invertirlo en programas sociales que aporten una solución eficaz a la necesidad de la comunidad; por lo que sus acciones deben ser precisas y ajustadas a la contribución que se desea realizar a la sociedad. Para ello, comenta Morillo en la entrevista sobre empresas sociales realizada por la Revista Gerente Venezuela (2009), “estas organizaciones deben desarrollar más fortalezas en tres áreas básicas: planificación estratégica, administración financiera y capacitación en sus áreas específicas...” (p.11).

2.1.2.1 Modelo del Análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas)

La matriz FODA es una forma de análisis metodológico elemental, que permite visualizar en forma de cuadro, la situación estudiada, procediendo a formular estrategias de un diagnóstico preciso, y tomar decisiones acordes con los objetivos y políticas formulados.

El análisis interno lo establecen las debilidades (D) y fortalezas (F), y el externo las oportunidades (O) y amenazas (A). Señala Guédez (*op.cit.*), que al combinar (F) y (O) produce la estrategia más proactiva, a diferencia de (D) y (A), que solo permite tomar decisiones de emergencia. Las (F)(A) y (D)(O) permiten acciones de control.

Como explica Guédez (*op.cit.*), “cuando trasladamos estas posibilidades de campo de las responsabilidad social empresarial, encontramos que las estrategias Fortalezas y Oportunidades (FO) son las ideales, porque permiten que haya una correspondencia entre la capacidad de la empresa y las circunstancias favorables que ofrece el entorno”. (p.132)

Esta matriz tiene una variante, más completa, donde los lineamientos orientan el desarrollo a largo plazo, ya que incluye: fines u objetivos, valores, misión y visión. La Matriz estratégica modificada, permite establecer estrategias a partir del cruce entre las fortalezas (F), debilidades (D), oportunidades (O) y amenazas (A).

De la lista ofrecida por Benaim (citada por Burgos, 2000), se tomaron algunos ejemplos relacionados con la aplicación de la matriz en una gerencia de RSE, como son: (a) cambios demográficos adversos, (b) incapacidad de financiar los cambios necesarios en la estrategia, (c)

cambio en las necesidades y gustos de la población atendida, (d) vulnerabilidad a la recesión, (e) débil imagen en el mercado, (f) atraso en investigación y desarrollo, (g) seguimiento deficiente al implantar las estrategias, (h) falta de algunas capacidades o habilidades claves, (i) ingresar en nuevos mercados o segmentos (nueva población objetivo), y (j) no hay dirección estratégica.

2.1.2.2 Estrategia del Océano azul

La estrategia del Océano Azul, creada por W Chan Kim y Renée Mauborgne a principios del siglo XXI, visualiza un mercado en crecimiento con grandes oportunidades a ser aprovechadas por compañías innovadoras, a diferencia de la competencia, que sólo actúan bajo un perfil competitivo de reducir costos y aumentar ingresos de un mercado muy explotado, por eso es llamado océano rojo.

Empresas modelos de esta estrategia son Novo Nordisk, Starbucks, Cemex, Cirque du Soleil, entre otras, que empezaron a valorar la innovación para capturar nueva demanda, así dejaron el pensamiento estratégico tradicional, para marcar un nuevo camino de triunfo en nichos de mercado no competidos.

Según Chan Kim y Mauborgne (2005), la estrategia del océano azul se enfoca en la necesidad de dejar a un lado la competencia destructiva entre las empresas y plantearse estrategias que favorezcan o amplíen los horizontes del mercado y generen “innovación en valor”; esto conlleva a enfocar la estrategia hacia:

1. La apertura de un nuevo espacio desconocido en el mercado, opacando la victoria del competidor.
2. La alineación de la innovación con la utilidad-precio-posición de costo.
3. La búsqueda de la diferenciación y bajo costo simultáneamente.

Aplicando la estrategia del océano azul, se logra un salto cualitativo en el valor tanto para la compañía como para sus compradores, integrando las funciones operativas y direccionales de una empresa. A continuación, se muestran las características fundamentales de la estrategia

Tabla Nº I. *La estrategia del océano rojo frente a la estrategia del océano azul.*

Estrategia del océano rojo	Estrategia del océano azul
Competir en el espacio existente del mercado	Crear un espacio sin competencia en el mercado
Vencer a la competencia	Hacer que la competencia pierda toda la importancia
Explotar la demanda existente en el mercado	Crear y capturar nueva demanda
Elegir entre la disyuntiva de valor o costo	Romper la disyuntiva de valor o costo
Alinear todo el sistema de las actividades de una empresa con la decisión estratégica de la diferenciación o del bajo costo.	Alinear todo el sistema de las actividades de una empresa con el propósito de lograr diferenciación y bajo costo.

Fuente. Chan Kim y Mauborgne (2005). Blue ocean strategy. United States of America: Harvard Business School Publishing Corporation. Pág. 25.

De acuerdo a Chan Kim y Mauborgne (*op.cit*), la estrategia del océano azul debe formularse y ejecutarse en base a seis principios que

condicionan el éxito en su aplicación. En el siguiente cuadro se observan estos principios.

Tabla Nº II. Principios de la estrategia del océano azul.

Principios de la formulación	Factores de riesgo atenuados por cada principio
Reconstruir las fronteras del mercado. Enfocarse en la perspectiva global, no en la cifras. Ir más allá de la demanda existente. Desarrollar la secuencia estratégica correcta.	↓ Riesgo de la búsqueda ↓ Riesgo de la planeación ↓ Riesgo de la escala ↓ Riesgo del modelo de negocios
Principios de la ejecución	Factores de riesgo atenuados por cada principio
Superar los obstáculos claves de la organización. Incorporar la ejecución dentro de la estrategia.	↓ Riesgo organizacional ↓ Riesgo de la gestión

Fuente. Cham Kim y Mauborgne (2005). Blue ocean strategy. United States of America: Harvard Business School Publishing Corporation. Pág. 31.

2.1.2.2.1 Herramientas y esquemas analíticos

Para la formulación y ejecución de la estrategia del océano azul se utilizan tres herramientas esenciales que se describen a continuación:

1. El cuadro estratégico:

Esta herramienta grafica el mercado conocido y su interacción con los clientes, muestra las ventajas competitivas y en donde invierte la competencia, las variables competitivas (producto, servicio, entrega), además del beneficio que perciben los clientes.

Sobre el eje horizontal se muestran las variables de inversión de la competencia, y sobre el eje vertical se captura el nivel de oferta que los compradores reciben a lo largo de todos estos factores claves. Un puntaje alto indica que la empresa ofrece más a un comprador, al igual que invierte más en un factor.

Al unir los puntos se forma la curva de valor, componente básico que representa el comportamiento de una compañía frente a las variables de la competencia en su industria.

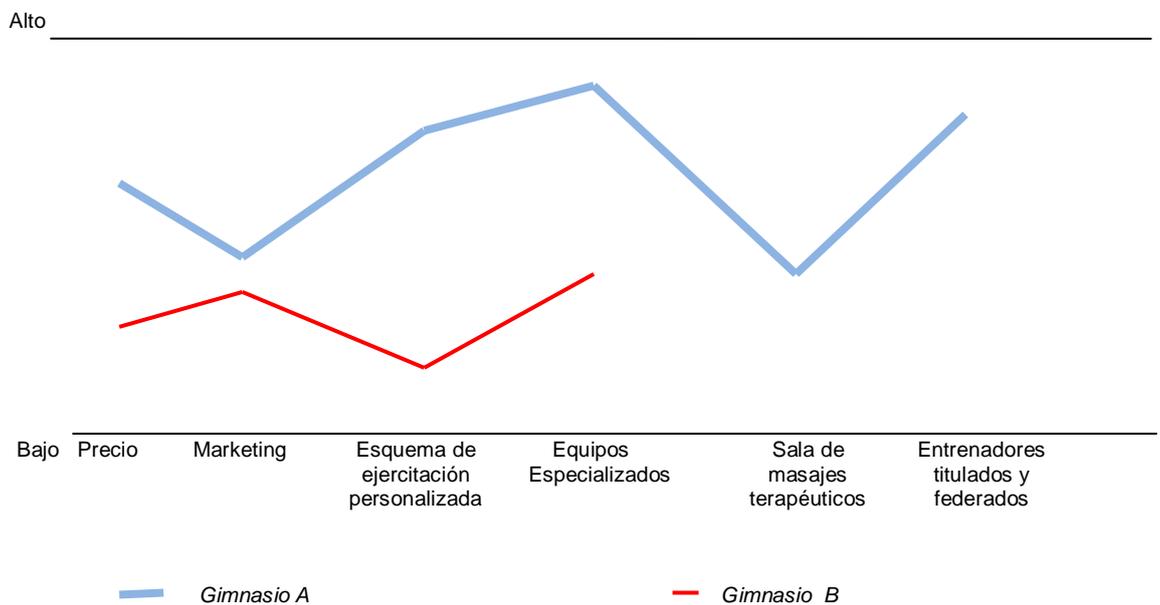


Gráfico 1: Cuadro estratégico del océano azul para el gimnasio A. Fuente: Propia (2011)

El cuadro estratégico permite enfocar la estrategia en las nuevas alternativas del mercado, en los clientes potenciales de la industria, y ser así un líder en diferenciación y/o costo.

2. Esquema de las cuatro acciones

En esta fase se analiza esquemáticamente cuatro variables del mercado, agrupando las características que deben eliminarse, las que deben reducirse, las que pudiesen incrementarse muy por encima de la norma de la industria y, las que deben crear porque la industria nunca las ha ofrecido.

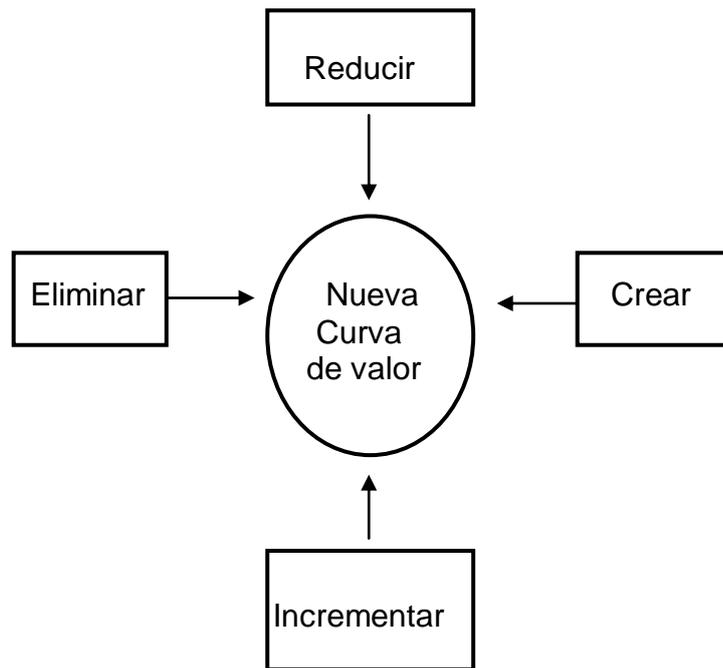


Gráfico 2: **Esquema de las cuatro acciones**. Fuente. Cham Kim y Mauborgne (2005). Blue ocean strategy. United States of America: Harvard Business School Publishing Corporation. Pág. 42.

3. La matriz eliminar-reducir-incrementar-crear

En continuidad con las variables de la herramienta anterior, se busca que la compañía actúe para crear una curva de valor, como señalan los autores de la estrategia (op.cit), se obtienen los siguientes beneficios:

1. se obligan a buscar simultáneamente la diferenciación y el bajo costo.

2. identifican inmediatamente si están orientadas sólo a incrementar y crear, elevando su estructura de costos y exagerando en la ingeniería de sus productos y servicios.
3. sus gerentes de cualquier nivel pueden comprenderla fácilmente, lo cual facilita su compromiso a la hora de aplicarla.
4. Obliga a examinar a fondo cada una de las variables alrededor de las cuales compite la industria y así descubrir la gama de suposiciones implícitas que se hacen a la hora de competir

Tabla III: *Matriz de cuatro acciones para el gimnasio A.*

Eliminar	Incrementar
Entrenadores autodidactas Salas de ejercitación de libre tránsito	Salas de masajes terapéuticos Ejercitación de acuerdo a su condición física
Reducir	Crear
Clases generales	Equipos especializados Personal titulado y federado

Fuente: Propia (2011)

Los autores de esta estrategia hacen notar que el perfil estratégico con potencial de océanos azules tiene tres cualidades complementarias: foco, divergencia y un mensaje contundente. Sin embargo, no es sencillo concebir el cuadro estratégico, por ello, proponen una metodología de cuatro pasos orientada a visualizar la estrategia.

Tabla Nº IV. Pasos para visualizar la estrategia

Despertar Visual	Exploración visual	Feria visual de la estrategia	Comunicación Visual
<ul style="list-style-type: none"> - Compare su negocio con la competencia a través del cuadro estratégico. - Vea donde necesita cambiar su estrategia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Salga al campo a explorar las seis vías para crear océanos azules. - Observe las ventajas en producto y servicio. - vea cuales variables debería eliminar, crear o cambiar. 	<ul style="list-style-type: none"> -Dibuje su cuadro estratégico “como debería ser” con base en lo aprendido en las observaciones de campo. -Obtenga retroalimentación sobre otros estratégicos posibles de los clientes de sus competidores y los no clientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Distribuya sus perfiles estratégicos de “antes” y “después” en una misma página para facilitar la comparación. - Apoye sólo los proyectos y los movimientos operativos que le permitan a su compañía llenar los vacíos a fin de hacer realidad la nueva estrategia.

Fuente. Cham Kim y Mauborgne (2005). Blue ocean strategy. United States of America: Harvard Business School Publishing Corporation. Pág. 125.

2.2 Responsabilidad Social Empresarial (R.S.E.)

La responsabilidad social tiene innumerables definiciones, pero la aportada por la Fundación Prohumana (citada por Cejas y Parra, 2008), refleja la opinión de los autores, reseñando que: “es el compromiso que asumen las empresas a través de sus planes estratégicos con las necesidades que emanan de sus políticas internas y externas más allá del beneficio inmediato y la generación de riqueza”. (p.295). De este modo, las empresas se presentan cada vez mas involucrados con la sociedad; aparte de ser generadores de empleo, aportan al desarrollo integral de su entorno social.

Núñez (2003), comenta que la R.S.E. fomenta el crecimiento económico dentro de un marco de sostenibilidad, así también, el Consejo Mundial para

el Desarrollo Sostenible (por sus siglas en ingles, WBCSD) expone que la R.S.E. es: “el compromiso de la empresa de contribuir al desarrollo económico sostenible, trabajando con los empleados, sus familias, la comunidad local y la sociedad y en general para mejorar su calidad de vida...” (p.6).

Las organizaciones emergentes cambian conforme a la evolución y dinámica de su medio ambiente, a través de la trascendencia de su cultura organizacional hacia la comunidad, inclinándose actualmente a generar proyectos y programas de responsabilidad social, pudiendo generar una ventaja competitiva por sobre las empresas que operan en el mercado, y de ser eficaz su intervención, se establece un nuevo modelo económico de negocios.

2.2.1 Gerencia de R.S.E en las empresas de venezolanas

El entorno social que presenta actualmente Venezuela es muy confuso, alejando los objetivos que pueden tener las empresas socialmente responsables, incluso al compartir un mismo espacio, pero no una misma dirección, con una sociedad dividida y carente de servicios comunitarios que satisfagan sus propias necesidades. Señala González en la entrevista realizada por Intriago (Marzo, 2010), que “mientras hay más necesidades insatisfechas, también existen mayores dificultades para la convivencia”. (p.42). Pero aun así, la empresa debe insistir en mantener su compromiso social, Cejas y Parra (op.cit) comenta que “para un país con un alto índice de pobreza, donde más de un 96% de la población se ubica en las clases

C, D y E, necesariamente debe involucrarse cambios a nivel empresarial donde se fortalezca mas la labor social...”. (p.296)

Las empresas que continúan creciendo con Venezuela, es porque su sensibilidad social va mas allá que una responsabilidad, es un compromiso consciente y constante, pero requiere equilibrar este aporte social sin abandonar sus fines lucrativos. González comentó en la entrevista realizada por Intriago (op.cit), que según las investigaciones de la Red de conocimientos sobre emprendimientos Sociales (SEKN, por sus siglas en ingles), “las experiencias más exitosas en materia de responsabilidad social empresarial son las que mezclan altruismo y utilitarismo, las desarrolladas por empresas que hacen algo porque tienen una preocupación legítima por lo que sucede a sus alrededor, y además lo hacen entendiendo que es algo estratégico de la empresa”. (p.45). En Venezuela existen empresas que son ejemplo legítimo de estos valores, como son: Grupo Polar, Lotería del Táchira, Fundación Bigott, Mercantil, Banesco, Provincial, cadena Capriles y Coca-cola.

Las empresas, especialmente las que su producto final va directamente al consumidor, como las farmacéuticas y de alimentación, buscan promover sus buenas prácticas de producción y servicio a la sociedad, y es que los consumidores están más conscientes de su elección al comprar, escogiendo aquellos productos que favorecen su salud y que no perjudiquen el medio ambiente. En Venezuela, hay muchas empresas que han logrado manejar con excelencia la gerencia de responsabilidad social, nuevamente se destaca Fundación Polar, le siguen Mc Donald's, Arturo's,

Fundafarmacia, Droguería Cobeca (cadena de farmacias SAAS y botiquería), Farmatodo, Pfizer, Nestlé, entre otras.

Las empresas también buscan diferenciarse de otras empresas en su entorno local y proyectarse hacia los mercados externos como socialmente responsables, por lo que el éxito de sus programas les dará un buen prestigio y reputación, adicionalmente, les genera la suficiente confianza para que su público se mantenga leal a su marca, inclusive, en un mercado de inestabilidad económica como Venezuela, o a la entrada de nuevos competidores. González (op.cit), va un paso más allá de este esquema, señala que actualmente las empresas buscan fortalecer su reputación como institución empresarial, ya que, el entorno político tiende a cuestionar su moral, cuando es la sociedad quien debería calificarlos.

Este modelo de empresa responsable, igualmente, puede fortalecer la relación armoniosa con todo su personal, dando mayor sentido de pertenencia y orgullo del trabajador hacia la empresa donde trabaja, lo cual estimula a una mejor producción y mejor desenvolvimiento económico de la empresa.

2.2.2 Responsabilidad Social en promoción de la salud

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) define la salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Una población sin salud, es una población en retroceso, y esto se observa rápidamente en el deterioro de la actividad económica a través del bajo rendimiento laboral de la población activa, potencialmente aumenta el

ausentismo escolar y se saturan los centros de atención salud primaria; creando un caos masivo y afectando la estabilidad de la comunidad.

No obstante, las empresas que conducen una gerencia de responsabilidad social, convierte este dilema en una oportunidad para mejorar la calidad de vida de la comunidad, a través de la creación de programas de promoción en salud y prevención de enfermedades, generando un compromiso ético que generaría decisiones de negocios mejor establecidas, contribuyendo, en forma cuantitativa, a la rentabilidad corporativa de largo plazo.

La gerencia de R.S.E. debe estar consciente que desarrollar un programa de salud implica, conocer a profundidad las políticas nacionales e internacionales en este renglón, requerir de un equipo especializado de alto desempeño para desarrollar un programa ajustado y aceptado por la comunidad intervenida, concretar el compromiso generado con la comunidad en actividades que generen resultados positivos, sin que se excuse por estar en un medio ambiente inestable en el ámbito social, político y/o económico, como el que ocurre en el país durante la última década, y que según los expertos, continuará por más tiempo.

2.3 Obesidad. Definición y clasificación.

Según la OMS (2011), la obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Se refiere a un balance nutricional positivo, donde el consumo de calorías es superior al gasto energético, reflejándose en su contextura corporal y afectando negativamente su salud.

Para diagnosticar la condición de obesidad en un individuo, la OMS (*op.cit*) propone el Índice de Masa Corporal (I.M.C), que se obtiene dividiendo el peso en kilos (kg.) entre la talla en metros (mt.) elevada al cuadrado, y su resultado se clasifica dentro de la siguiente tabla:

Tabla N° V: Clasificación de la contextura del individuo

Clasificación	IMC (kg/mt²)
Bajo peso	Menor a 18,5
Normal	Entre 18,6 y 24,9
Sobrepeso	Entre 25 y 29,9
Obesidad	Mayor a 30

Fuente: WHO (2000).

Se puede subclasificar la condición del individuo diagnosticado con obesidad según su IMC, a través de la siguiente tabla propuesta por la OMS:

Tabla N° VI: Clasificación de la Obesidad

Grados de obesidad	IMC (kg/mt²)
Grado I	Entre 30 y 34,9
Grado II	Entre 35 y 39,9
Grado III	Mayor a 40

Fuente: WHO (2000).

El grado de obesidad puede evolucionar rápidamente si no es tratada adecuadamente, afectando seriamente la salud del individuo, y dependiendo de cada caso, los especialistas pueden indicar la cirugía bariátrica como alternativa para la recuperación de la salud.

Cuando se analiza el resultado del IMC, hay que tomar en cuenta que puede arrojar falsos positivos, como en los casos de embarazo, contextura atlética, entre otros.

La medida más relevante en un diagnóstico de obesidad es la circunferencia abdominal, ya que es la predisponente a enfermedades crónicas. Por ello, el diagnóstico integral de obesidad comprende la medición de la circunferencia de cintura (ver tabla N° VII), y análisis de los lípidos en sangre (ver tabla N° VIII).

Tabla N° VII: *Umbrales de circunferencia de cintura (CC) para identificar personas con riesgo de padecer diabetes tipo 2, hipertensión, y enfermedades cardiovasculares.*

Genero	Riesgo bajo	Riesgo incrementado	Riesgo incrementado sustancialmente
Masculino	< 93	94 – 101	≥ 102
Femenino	< 79	80 – 87	≥ 88

Fuente: Datos tomados de OMS. INN. Ministerio del poder popular para la Salud. 2007

Tabla N° VIII: *Niveles patológicos de lípidos (mg/dL) según categorías de riesgo cardiovascular (CV) global*

Categorías de riesgo CV	Colesterol LDL	Colesterol HDL	Triglicéridos
Bajo	≤100	≤35	≤150
Alto	≤130	≤35	≤200
Máximo	≤100	< 45	≤160

Fuente: Normas técnicas. Dislipidemias. Ministerio de Salud. Chile. 2000

2.3.1 Peligro, obesidad en Latinoamérica.

Diversas investigaciones apuntan que la obesidad es causante de múltiples patologías, principalmente en América Latina las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes mellitus II y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ocasionan dos de cada tres muertes en la población general, (Organización Panamericana de la Salud-OPS, 2007).

Brajkovich (citada en Laurentin y cols, 2007), comenta que la prevalencia de obesidad oscila entre 29% y 42% en adultos, esto ha originado altas cifras de diabetes y se estima que para el año 2025, se registre un incremento de 88% en los países latinoamericanos.

Latinoamérica también enfrenta la transición epidemiológica, en la cual se incrementan las tasas de enfermedades crónicas sin haber reducido el de las enfermedades contagiosas, este fenómeno es llamado “la doble carga de enfermedad”, (Schargrotsky H, y Colaboradores, investigadores del estudio CARMELA, 2008).

Además de ocasionar muertes prematuras, estas enfermedades dan lugar a complicaciones y discapacidades, limitan la productividad y requieren de tratamientos costosos. (OPS, op.cit).

Sin lugar a duda esta enfermedad afecta principalmente a la población limitada económicamente, en los Estados Unidos, la mayor prevalencia de obesidad ocurre en los grupos más pobres y menos educados (Reynoso C, Martin L y Dora I, 2007). De igual manera, ocurre en Latinoamérica, donde la obesidad se ha asociado independientemente al estado socioeconómico bajo y un nivel de enseñanza más pobre, contribuyendo a la acentuación de las desigualdades de la salud de la región (Bautista L, y Colaboradores, Investigadores del estudio LASO, 2009).

2.3.2 ¿Obesidad por la transculturización?

Después de la Segunda Guerra Mundial la mayoría de países de América Latina han experimentado una rápida urbanización, el crecimiento

económico y aumento de los ingresos. Mucha más gente adoptó un estilo de vida occidental y urbana, con grandes cambios en su dieta y actividad física; abandonando progresivamente una tradición basada en las plantas.

En el estudio realizado por Ruiz-Fernández, N., Espinoza, M. Barrios, E y Reigosa, A (2009), señalan que la obesidad va en aumento debido a “la transición nutricional”, donde las dietas tradicionales se han modificado y sustituido por dietas hipercalóricas ricas en grasas saturadas, grasas trans y azúcares refinados. Reynoso C, Martín L y Dora I (op.cit), comentan que el aumento de la obesidad está relacionado a la inseguridad alimentaria y a la brecha creciente entre el costo de la comida saludable y la no saludable.

Pérez (2011), señala al respecto, que la transición nutricional se observa con mayor frecuencia en las poblaciones urbanas de bajos recursos, donde la economía vulnerable y los bajos niveles de educación impiden absorber las estrategias preventivas, apareciendo las altas prevalencias de obesidad.

De igual manera se modificó la actividad física diaria, ya que de trabajos forzados como la agricultura, se incorporaron a empleos de oficina, aumento el uso de los medios de transporte, la televisión se convirtió en la principal forma de entretenimiento, observándose que los problemas de salud se superponen, lo que contribuye a un círculo vicioso que alimenta tanto la epidemia de la obesidad y la epidemia de enfermedades crónicas.

Los estudios económicos destacan el hecho de que el cambio tecnológico a la vez ha aumentado el costo de la actividad física y disminuye el costo de las calorías. Este último fenómeno se debe

principalmente a las mejoras tecnológicas en la producción de alimentos, procesamiento y comercialización. La mayoría de los alimentos pre- envasados tienen un contenido calórico mayor que hace cualquier comida normal de preparar en casa.

2.3.3 Contexto en Venezuela

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación – FAO (2000), indica que para 1987, la población adulta venezolana que presenta obesidad se encuentra entre los 40 y 50 años, y es que la tendencia al sobrepeso tanto en hombres como en mujeres, incrementa de acuerdo avanza su edad. En el 2006, un estudio realizado por Núñez, Peña, Pacheco, Sánchez y Rivera (op.cit) encontró que la mayor prevalencia de obesidad se observa entre los 20 y 40 años para los hombres, y 31 a 55 años para las mujeres. De esta manera, se destaca que la tendencia de la obesidad va incrementándose hacia los adultos jóvenes.

Sin embargo, otros factores influyen aparte de la edad, Jiménez (2009) comenta que los venezolanos basan su alimentación en productos hipercalóricos, como hamburguesas, tequeños, arepas fritas, refrescos y cerveza.

De los pocos estudios realizados en Venezuela, se destaca ASCARDIO (en Lara) y PRECARDIO (en Monagas), que de acuerdo a una encuesta en el 2003, estimaron una prevalencia de obesidad entre 20% y 28% según la

región, y el sedentarismo, el cual llegó a 75%. (Brajkovich, citada en Laurentin y cols, 2007).

También hay que tomar en cuenta que las zonas urbanas han crecido abruptamente, sin que los espacios recreativos y deportivos así lo hagan, asociado al problema de inseguridad, la población venezolana tiene poco incentivo para realizar alguna actividad física de manera rutinaria.

En el 2006, el anuario del SISVAN (MPPS, op.cit) reporta una tasa de obesidad para Venezuela de 368,4. El INN (op.cit), señala que el año 2010, Venezuela se clasificó como el vigésimo cuarto país más gordo del planeta, al ubicar en 65,2% a nuestra población mayor de quince años con sobrepeso. Aún más alarmantes son las estimaciones de la OMS en la región de las Américas para el año 2010, al ubicar a Venezuela como el cuarto país (de treinta y cinco países) con mayor obesidad en hombres mayores de 15 años, y el decimo quinto país americano con mayor obesidad en mujeres mayores de 15 años. (Ono T, Guthold R, Strong K, op.cit).

Estos datos confirman la necesidad de implementar programas de promoción de salud que impacte la conducta alimentaria inadecuada de la población venezolana, de esta manera, no solo mejora la condición de obesidad, sino que, se evitan las complicaciones que ésta ocasiona. Popkin (citado por Laurentin y cols, op.cit) enfatizó que la prevención es la única vía factible para combatir las enfermedades no transmisibles asociadas a la nutrición, ya que los costos de tratamiento y manejo de esas enfermedades representarían un enorme peso sobre la economía de los países en desarrollo.

La OMS (citado en Pizarro, 2007) estima que “la erradicación de la obesidad reduciría en casi un 60% la prevalencia de diabetes tipo II, en un 20% la prevalencia de enfermedad coronaria y de accidente vascular encefálico y en casi un 30% la prevalencia de hipertensión arterial”. (p.3)

Las acciones positivas que los ciudadanos venezolanos efectúen en sus hábitos de alimentación le darán mejor calidad de vida a sí mismos y a las futuras generaciones. El alcance de los programas de salud pública dirigidos hacia la promoción de la salud, hábitos de alimentación y de estilo de vida saludable, enmarca la atención al paciente con alto riesgo a presentar enfermedades degenerativas no transmisibles del adulto, (ver Anexo A), en concordancia con las metas propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).

A nivel privado, muchas empresas han tomado la iniciativa de implementar campañas y programas de promoción de la salud, ya que han evidenciado la necesidad en su propio entorno laboral. Christensen JR, Faber A, Ekner D, Overgaard K, Holtermann A, Sogaard K. (Agosto, 2011), comentan que la intervención de la promoción de la salud en el lugar de trabajo redujo significativamente el peso, la grasa corporal, la circunferencia de la cintura y la presión arterial, además se incrementó la aptitud aerobia.

Las compañías privadas con experiencia en estrategias de mercadeo, crean más impacto al implementar sus programas de promoción de salud,

y es que, para la empresa también representa un compromiso ético que contribuye a sus empleados, familiares y comunidad.

Además, Jensen (2011) comenta que las intervenciones en programas de promoción de la salud en las empresas pueden mejorar la productividad de 1% a 2%. En industrias más grandes, este nivel de productividad pudiese cubrir los costos de ejecución de las intervenciones.

2.3.4 Características de un programa de atención a los pacientes con obesidad

El principal incremento de la obesidad a nivel mundial es atribuible a factores socioculturales y económicos, donde la población accede más fácilmente a los alimentos industrializados ricos en carbohidratos, grasas y azúcares; desplazando la dieta tradicional por la comida rápida.

En este sentido, el entorno facilita el acceso económico a los alimentos procesados de mala calidad, por lo que el tratamiento para la persona con obesidad conlleva más que realizar una dieta, se debe modificar su conducta para que lo motive a: realizar actividad física, aprender a elegir los productos alimenticios leyendo el etiquetado nutricional, consumir alimentos saludables y conocer las cantidades necesarias para su organismo de estos alimentos. Esta modificación de la conducta conduce a un estilo de vida saludable, aunque es beneficioso para la persona, le es difícil manejar dicho cambio, por eso, es importante que el tratamiento sea multidisciplinario, incluyendo psicoterapia (psicólogo), tratamiento nutricional (nutricionista), tratamiento médico (endocrinólogo metabólico / internista / nutrologo), condicionamiento físico (entrenador físico) y

educación didáctica (educador en salud). El médico realiza el primer encuentro con el paciente, detecta la condición, indica medicación en caso necesario y refiere a los diferentes profesionales para su evaluación integral e intervención en el cambio de la conducta hacia la alimentación.

Granzella L, Di Cuffa D y López R (2009) señalan que la identificación de las alteraciones psicológicas vinculadas a la obesidad juega un rol significativo en el tratamiento integral, guiándolo hacia el logro, no solo de la reducción de peso, sino también en el cambio de hábitos alimentarios y estilo de vida. También, es importante educar al paciente sobre el contenido calórico de los alimentos, la mejor combinación para extraer de ellos sus beneficios nutricionales y organolépticos, y finalmente, mantener el cuerpo en óptimas condiciones de salud. La mejor manera que el paciente logre bajar de peso es apoyándose en un plan nutricional personalizado, elaborado por el nutricionista, el cual le brindará una asesoría individualizada y adaptada a sus necesidades. El objetivo del tratamiento nutricional es hacer que el paciente cambie los hábitos de alimentación inadecuados, para luego motivarlo a cumplir un régimen nutricional y llegar a su peso adecuado, en combinación con la rutina de actividad física, la cual debe estar supervisada por un entrenador físico, evitando así movimientos bruscos y exagerados que perjudiquen el sistema muscular y óseo del paciente.

A continuación, se presenta un menú ejemplo para una persona adulta diagnosticada con obesidad:

Tabla N° IX: Ejemplo de menú de 1400 Kcal.

DESAYUNO	1 arepa mediana asada con 2 rebanadas de jamón de pavo ½ taza de café con leche descremada y edulcorante
MERIENDA	1 taza de ensalada de frutas
ALMUERZO	1 taza de consomé de pescado 2 papas mediana cocida y aderezada con aceite y perejil 1 milanesa grande de pollo a la mostaza (90 gr) 2 tazas de ensalada mixta 1 taza de gelatina ligera con trocitos de frutas
MERIENDA	1 paquete de galletas integrales con mermelada ligera.
CENA	1 taza de arroz con pollo. 1 taza de vegetales salteados 1 vaso de jugo de frutas naturales
MERIENDA	1 taza de yogurt ligero con granola

Fuente: Propia (2011)

Para mejorar el resultado de la reducción de peso, el plan nutricional debe estar acompañado de una rutina de ejercicios que aceleren el metabolismo, y por consiguiente, se produzca rápidamente la reducción de grasa corporal. Es importante conocer que “una disminución de la grasa corporal no necesariamente significa una reducción de peso corporal” (Mahan, K y Arlin, M, 1995). Esto se debe que mientras se reduce la masa grasa, aumenta la masa muscular por la actividad física, y ésta pesa más. Conforme avanza el ejercicio, se reduce progresivamente la porción grasa del organismo, pero el crecimiento muscular se detiene, por lo que es aquí donde se observa una reducción de peso. Bjorntorp (citado en Mahan, K y Arlin, M, op.cit), determina que se requiere un mínimo de dos meses para observar esta reducción de peso basada en dieta y ejercicio. Dependiendo de la actividad física y el peso del individuo, se puede estimar cuantas calorías se gastan en un periodo de 30^o minutos (ver tabla N° XI)

Tabla N°X: Calorías quemadas según peso del paciente y actividad física realizada

	PESO DEL PACIENTE				
	50 Kg	60 Kg	70 Kg	80 Kg	100 Kg
	CALORIAS				
Fútbol	69	83	96	110	137
Natación	32	38	45	52	64
Caminar (3 Km/h)	29	35	40	46	58
Baile	35 – 48	42 – 57	48 – 66	55 – 75	69 – 94

Fuente: <http://www.alimentacionsana.com.ar/Portal%20nuevo/actualizaciones/tablaalimentos.htm>. (2011).

Adicionalmente, el ejercicio aeróbico previene enfermedades y estimula al bienestar, lo que es mucho mejor para la persona obesa, sin embargo, para que participe, Pavlou y cols (citado en Mahan, K y Arlin, M, op.cit) recomiendan que se incorporen a grupos sociales que incluya supervisión regular.

Gabel JR , H Whitmore , Pickreign J , Ferguson CC , un Jain , KCS , Scherer H. (2009), señalan que los programas de control de peso en las grandes empresas que ofrecen instalaciones para hacer ejercicio dentro del espacio laboral, asesoría nutricional y evaluaciones de riesgo para la salud, son los que los empleados están dispuestos a cubrir mayores prima

2.3.5 Herramientas estratégicas para un programa de atención a los pacientes con obesidad.

Para lograr que un programa destinado a promocionar la salud en una comunidad, tenga gran receptividad y sea acogido como parte de una solución a la problemática planteada por ellos, es importante que los líderes del programa se interrelacionen con los líderes comunitarios, de esta manera se identificarán con la parte *emocional* de la situación de la

comunidad y entenderán el proceso del cambio al que los llevarán para solucionar el problema planteado. Para obtener este resultado, los líderes del programa motivarán al *cambio* de actitud o de conducta tras aplicar las siguientes herramientas:

1. Liderazgo: es importante que los proyectos que se desarrollan en las comunidades, se ejecuten hasta el final con los líderes que lo iniciaron, ya que ellos desarrollaron lazos de confianza con los dirigentes de la comunidad, logrando que, la comunidad se apropie de los objetivos y valores de esos líderes y los proyectos pasan a un nivel más alto de sostenibilidad y rentabilidad.
2. Manejo del cambio: es un proceso de innovación cíclico, ya sea sutil o radical, todo lo que es nuevo produce la transformación de lo que se conoce y ello conlleva a sumar un paso en la evolución. Según Lira (Julio 2009), “la comunicación es una herramienta esencial para una transición exitosa” (p.1). Es así como las empresas venezolanas de trayectoria ejemplar gerencian el cambio, asumiendo el gran reto de comunicarse efectivamente con sus colaboradores ante las variables que genere el entorno. Cuando la empresa comunica activamente sus resultados, genera actividades que mejoren la calidad de vida de la comunidad circundante (empleada o no), crea sentido de pertenencia con los colaboradores, éstos se sienten satisfechos y orgullosos de su labor dentro de la organización. Según Covey (2000), en su libro: Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva, refiere que el cambio interno consta de tres hábitos que llevan a la victoria privada:

- a. Ser proactivo, al tomar responsabilidad y asumir el control en toda circunstancia
 - b. Establecer las metas en el corto y largo plazo.
 - c. Establecer las prioridades
3. Inteligencia emocional: McShane y Von Glinow (2005/2010), comentan que la inteligencia emocional es “la capacidad de percibir y expresar emociones, assimilarlas en el pensamiento, comprender y razonar con emoción y regular la emoción propia y también la ajena”. (p.33). Para poder entender las necesidades sociales de la población objetivo, se requiere de empatía, una cualidad que permite identificar el problema sin que afecte la identidad del líder representante de la empresa. A través de la comprensión y sensibilidad, el líder procesa la información del entorno (geográfico, social, político, económico, cultural), para detectar las necesidades reales de la sociedad sensibilizada a los cambios generados por la organización o por el mismo medio ambiente que rodea a ambos, y finalmente, propone el proyecto o programa social más adecuado con la cultura organizacional de la empresa y la comunidad en cuestión.
4. Marketing social: o mercadeo social, es más que una simple herramienta gerencial, lo define Philip Kotler, (citado por Olivares y Castelan, 2010) como “el diseño, implantación y control de programas que buscan incrementar la aceptabilidad de una idea social o prácticas en grupos”. (p. 17). El programa que utiliza esta estrategia de cambio de conducta social, ejecuta los mismos pasos que un plan de mercadeo, solo que tienen un fin destinado a concientizar y/o

sensibilizar hacia un bien común para la comunidad. Un ejemplo, es el programa “5 al día”, ejecutado en Venezuela por el Instituto de Ciencias y Tecnología de Alimentos (ICTA), con el apoyo de empresas del sector alimentario principalmente, realizan campañas publicitarias, eventos recreativos y ciclo de charlas educativas, que modifiquen la conducta del consumidor aumentando el consumo de frutas y vegetales cinco (5) veces al día, para prevenir enfermedades crónicas. Es importante que el programa social aplique el marketing social como herramienta para lograr el cambio de conducta favorable de la población objetivo, así como también consolide alianzas estratégicas, tanto con instituciones públicas como privadas, sensibilizadas con la responsabilidad social de su entorno, logrando así fortalecer el mensaje social deseado. A través del estudio de Quigley and Watts Ltd. (2007), se evidencia la aplicación del mercadeo social en nutrición para prevenir la obesidad, y de acuerdo a sus causas identificadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cubren los siguientes tópicos:

- (a) mensajes sencillos adaptados a la población objetivo, culturalmente apropiado y aceptable para una amplia gama de partes interesadas y proveedores de servicios.
- (b) uso de un enfoque global con múltiples canales de comunicación y estrategias de intervención.
- (c) Desarrollo de asociaciones sólidas entre Gobierno, industria, organizaciones no gubernamentales (ONG) y las comunidades.
- (d) Enfoque nacional coordinado con apoyo de los programas locales.
- (e) Intervenciones con una duración sostenida.
- (f) Culturalmente establece intervenciones delimitadas dentro de un enfoque de población que incluye el control

de la comunidad, participación de la comunidad y liderazgo. (g) Monitoreo y evaluación de programas de comercialización sociales para informar y modificar programas con el tiempo. (h) Centrarse en alimentos en lugar de nutrientes. (i) centrarse en barreras ambientales, por ejemplo a través de medidas legislativas, cambios de precios y política, junto con esfuerzos para cambiar comportamientos.

Alcanzar con éxito un cambio de conducta en la población, así sea para su beneficio a largo plazo, no es una labor fácil, pero alcanzable cuando se utilizan las diversas herramientas gerenciales como apoyo en la implementación de los programas comunitarios.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1 Tipo de investigación: documental

La investigación se basa en la recolección de la información plasmada en estudios científicos, encuestas e información de publicaciones periódicas y de fuente electrónica, por lo que se cataloga como documental. Así lo expresa Ramírez (1993) cuando comenta que "... la fuente de información son documentos y cuando el interés del investigador es analizarlos como hechos en sí mismos (fuentes primarias) o como documentos que nos brindan información sobre otros hechos (fuentes secundarias), estamos en presencia de una investigación que podríamos tipificar como de investigación documental". (p.55).

3.2 Tipo de estudio: descriptivo

Esta investigación es de tipo descriptivo, determinando los componentes de un plan estratégico que proyecta la atención de pacientes con obesidad, determinando las condiciones demográficas, culturales y sociales del grupo objetivo. En el proceso se propone la participación de profesionales de salud (médicos, nutricionistas, psicólogos) para mejorar la conducta de las personas con obesidad. Hernández (2008) indica que "en

esta clase de estudios el investigador debe ser capaz de definir, o al menos visualizar, qué se medirá (qué conceptos, variables, componentes, etc.) y sobre qué o quienes se recolectarán los datos (personas, grupos, comunidades, objetos, animales, hechos, etc.)”. (p.103). También comenta que este tipo de estudio busca especificar las características del fenómeno analizado y, describe las tendencias de un grupo o población.

Debido al carácter descriptivo, la investigación utiliza métodos de recolección de datos, como la encuesta, a gerentes de responsabilidad social, profesional de salud y paciente que acuden a un centro de salud, en los principales estados donde predominan los casos de obesidad.

3.3 Método de investigación: deductivo.

De acuerdo con Méndez (1991) “la teoría general acerca de un fenómeno o situación se explican hechos o situaciones particulares”. (p.98). La investigación parte del gradual aumento de obesidad a nivel mundial y en Latinoamérica, con especial atención en los adultos jóvenes, afectando en todos los niveles sociales, económicos y culturales de la sociedad. Así mismo, esta situación se refleja en la población adulta venezolana, principalmente, en las ciudades urbanas.

Para la selección del número de pacientes con obesidad a entrevistar se empleó un mecanismo de estudio y no fue utilizado ningún método estadístico por lo tanto la muestra seleccionada no es representativa ni aleatoria. Estos pacientes asistieron a las consultas médicas donde fueron entrevistados antes del comienzo de la misma. Para próximos trabajos de investigación se recomienda tomar en cuenta una muestra representativa.

3.4 Técnicas y procedimientos para la recolección de la información

- Fuentes secundarias: de acuerdo a lo expuesto por Méndez (1991), “está contenida en libros, periódicos y otros materiales documentales” (p.104). Todo este material fue revisado para la investigación y su información está contenida en las referencias bibliográficas.

- Fuentes primarias: Méndez (1991) establece que las fuentes primarias se pueden obtener a través de técnicas para recolectar información, la observación, las entrevistas, los cuestionarios, sondeos y encuestas”. (p.103). En la investigación, se recolectó información a través de encuestas dirigidas a gerentes, personal de salud y pacientes con obesidad. Méndez (1991), comenta que “la encuesta permite el conocimiento de motivaciones, actitudes, opiniones de los individuos con relación a su objeto de investigación” (p.107). También se recomienda aplicarla nuevamente a la población específica a quien va dirigida la implementación del programa, según Méndez (1991), “esta técnica resulta útil cuando se trata de conocer hechos o situaciones que de algún modo tienen un cierto carácter público.”(p.105).

El instrumento utilizado en los gerentes de responsabilidad social de las empresas afiliadas a CAVIDEA y profesionales de salud fue un cuestionario con preguntas abiertas y en los pacientes con obesidad es un Cuestionario con preguntas cerradas y abiertas (ver los modelos de las encuestas en Anexo A, B y C, respectivamente).

En el caso de los gerentes y profesionales de la salud, se les entregó el cuestionario para autoadministración por envío (correo electrónico), la tasa

de devolución fue de 87%, lo cual, mayor de 50% se considera muy favorable (Mertens, citado por Hernández, 2008).

3.5 Técnicas para el procedimiento de datos

El cuestionario realizado a las personas con obesidad tuvo la finalidad de conocer el nivel de conocimientos generales sobre la obesidad, el resultado de cada respuesta se procedió a tabular en una Tabla Matriz con el programa Excel. Este formulario contiene preguntas cerradas, por lo que se pudo graficar las respuestas (Ver Análisis de Resultados). De igual manera se efectuó una tabla de matriz para el cuestionario de los gerentes y de los profesionales de salud.

3.6 Universo, población y muestra.

Según Sánchez Aranda, citado por Hernández (2008), el universo es “el contexto de la unidad, el cuerpo más largo del contenido que puede examinarse al caracterizar una o más unidades de registro”. (p.357). El universo de estudio son los adultos con obesidad en Venezuela.

De acuerdo con Selltiz, citado por Hernández (2008), la población es el “conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones”. (p.238), a fines de la investigación la población de estudio son los estados Zulia, Miranda, Lara y Distrito Capital, donde se presenta mayor predisposición a la obesidad.

La muestra de estudio, como define Hernández (2008), es el “subgrupo de la población del cual se recolectan los datos y deben ser representativos de dicha población”. (p.236). Esta muestra, es de tipo no probabilística,

explicada por Hernández como el “subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación”. (p.241). para fines de la investigación, la muestra son los pacientes encuestados en la región del Estado Zulia, Estado Miranda, Estado Lara y Distrito Capital.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para el levantamiento de la información se utilizaron tres encuestas, cada una dirigida a un grupo particular de opinión: gerentes de responsabilidad social, profesionales de la salud (médicos, nutricionistas, psicólogos) y pacientes adultos con sobrepeso u obesidad, (ver Anexo A, B, C). Seguidamente, se recopiló dicha información en una matriz de resultados para gerentes y otra para profesionales, por tratarse de respuestas a preguntas abiertas, a diferencia de la encuesta dirigida a pacientes, diseñada en preguntas cerradas principalmente, se presentó en tablas y gráficos.

4.1 Presentación y Análisis de Resultados de la encuesta a gerentes.

A partir del análisis de la matriz de resultados del cuestionario aplicado a 30 gerentes de responsabilidad social, de empresas privadas asociadas a CAVIDEA (Cámara Venezolana de la Industria de Alimentos) se conoce que con respecto a:

1. La primera pregunta pretende conocer los tipos de programas ejecutados por las empresas venezolanas del sector de alimentos, resultando las siguientes:

- programas de mejoramiento de la enseñanza

- programas de fortalecimiento Comunitario
- programas de capacitación para el trabajo y el emprendimiento
- programas de recreación y buen uso del tiempo libre
- programas de apoyo al productor primario
- programas de Nutrición
- programas de apoyo a proyectos comunales
- programas de cuidado de la tierras
- programas de apoyo a Organizaciones No Gubernamentales (Unicef) para la promoción del derecho a la educación a través de estrategias educativas no convencionales

2. La segunda pregunta busca conocer las herramientas más usadas para la aplicación de los programas, y aunque varios gerentes omitieron su respuesta (90% de los entrevistados) por ser información confidencial, otros (10% de los entrevistados) comentaron las siguientes:

- Planificación, coordinación, organización, ejecución y control.
- Formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de nuestros programas,
- Metodología de Desarrollo de Base (formulada por RedEAmérica).

3. La tercera pregunta está destinada a conocer la experiencia de los gerentes en la atención de pacientes con obesidad, resultando que solo el 40% han interactuado en este renglón, sobretodo en campañas de difusión educativas y recomendaciones nutricionales en niños, madres o adultos de la comunidad.

4. La cuarta pregunta aspira conocer si el 60% restante de las empresas encuestadas, que no han realizado esta actividad, estarían dispuestos a implantarla, de este grupo, el 61% manifestó que estarían dispuestos a participar en algún programa de atención de pacientes con obesidad, ya que se ha convertido en una problemática prioritaria de abordar hoy en día, por su desencadenamiento en múltiples enfermedades, principalmente de tipo cardiovascular, la cual representa una de las 3 primeras causas de muerte a nivel mundial y en Venezuela ocupa la primera causa. El 39% restante comentó que no está dentro de los lineamientos de la empresa, y particularmente, un gerente especificó que su organización no aborda problemáticas de grupos poblacionales con necesidades especiales, pues esto hace que se requiera de personal especializado que no siempre está disponible.

5. La última pregunta explora el número de participantes que pudiesen participar en el programa de atención a personas con obesidad, y la opinión de los gerentes con experiencia en esta área estuvo muy discutida, y es que comentan que es importante no perder de vista que la obesidad y el sobrepeso son condiciones multifactoriales cuyo abordaje requiere de acciones que vayan más allá de un programa educativo o una campaña de comunicación, además, algunos consideran más contundente asegurar que los comedores de las empresa ofrezca menú reducidos en azúcares y grasas, actividades deportivas y atención psicológica.

La contribución social de las empresas es importante en la ejecución de muchos proyectos o programas sociales, que van a favorecer la calidad de

vida de las comunidades beneficiadas. Son muchos los problemas que afectan a la población Venezolana, y la Obesidad forma parte de ello, con aumento en la incidencia de nuevos casos. Por ello, el mercado empresarial que aún no ha explorado en la atención de pacientes con obesidad (40%), está dispuesto a invertir en la implantación de programas sociales de esta naturaleza (61%), siempre que se logre medir su impacto en la población a través de una adecuada ejecución y seguimiento del programa. Siendo una enfermedad en constante ascenso, en cualquier grupo de edad o condición social, es una gran oportunidad para que las empresas ubicadas en las zonas urbanas e industrializadas detectadas con mayor riesgo a la obesidad planifiquen las acciones preventivas en su comunidad interna y externa.

4.2 Presentación y Análisis de Resultados de la encuesta a profesionales de la salud.

La obesidad es actualmente detectada, diagnosticada y tratada en primera instancia por el médico, el cual remite a los otros profesionales de la salud, pero la mayoría de los pacientes tienden a evadir este ciclo, debido a ello, el principal encuestado es el personal médico. La encuesta aplicada a 50 especialistas de salud, como son: 37 médicos (Internistas, Cardiólogos, Endocrinos metabólicos y Nutrologos), 10 nutricionistas y 3 psicólogos, ubicados en los estados Zulia, Lara, Miranda y Distrito Capital, se concluyó que:

El 78% de los profesionales de la salud han trabajado en programas de obesidad en diversas instituciones, principalmente en centro asistenciales públicos (Hospitales, Instituto Venezolano de los seguros sociales).

Seguidamente, el 90% de los entrevistados opinan que pueden, y deben llevarse a cabo programas de obesidad a todo nivel: empresas, instituciones públicas, escuelas, principalmente.

Por último, explican que dentro de las características (ver gráfico 3) que debe tener un programa de atención al paciente con obesidad, es explicar con honestidad y claridad los beneficios para la salud, tratar su baja autoestima producto del rechazo social e inestabilidad emocional, impartir educación nutricional a través de charlas y dictar talleres sobre el cambio en los estilos de vida (sedentarismo). También refieren la importancia de la divulgación o difusión en medios de comunicación masiva o en las zonas comerciales más visitadas en la comunidad o en la empresa. Las actividades en grupo de apoyo relacionadas con el deporte tienen un gran valor agregado al programa.

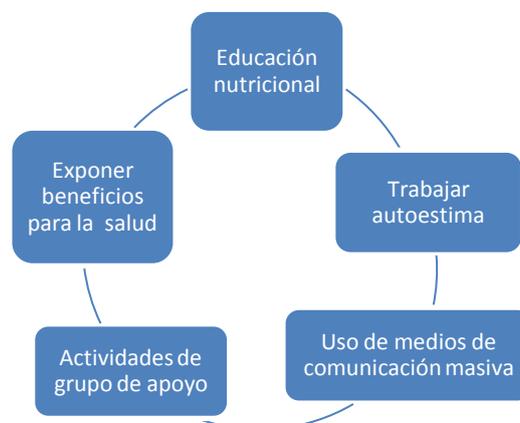


Gráfico 3: **Características que debe tener un programa de responsabilidad social que atiende pacientes con obesidad.** Fuente propia 2011.

4.3 Presentación y Análisis de Resultados de la encuesta a pacientes a nivel nacional.

De acuerdo al análisis de las encuestas aplicadas a 60 pacientes que acuden a consulta externa por obesidad, ubicados en los siguientes centros de salud de los estados Zulia, Lara, Miranda y Distrito Capital, durante los días 24, 25, 26 y 31 de octubre de 2011, 01 y 02 de Noviembre de 2011, se observa que:

Con respecto a qué edad inicia el sobrepeso en el paciente, resalta el grupo de 25 a 44 años (53%), sin embargo, es de resaltar que el 83% de los pacientes encuestados con obesidad tienen una edad entre 26 a 56 años, siendo esta la población económicamente activa (ver gráfico 4), y dentro de este renglón, el sexo femenino tiene mayor incidencia de obesidad (59%) vs. El sexo masculino (41%).

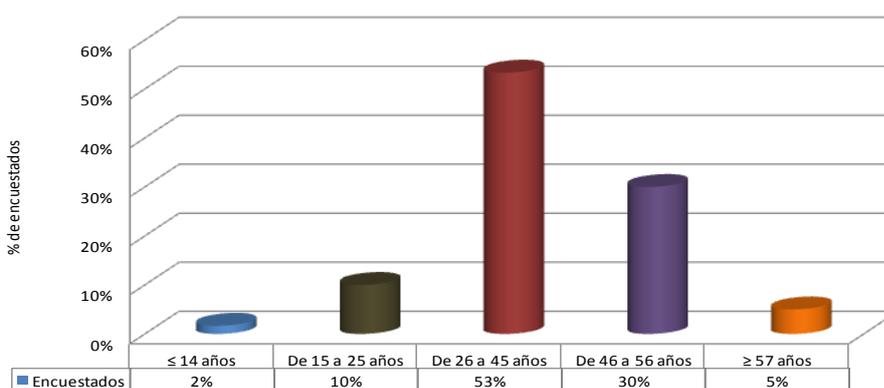


Gráfico 4: Edad promedio de los pacientes entrevistados. Fuente propia 2011

Indican que las principales causas que lo mantiene con exceso de peso son la falta de ejercicio (36,1%), después el stress (32,2%) y por último, los hábitos de alimentación (17,2%) (ver gráfico 5).

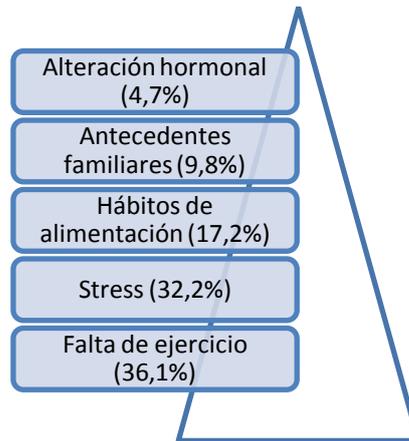


Gráfico 5: Causas que lo mantiene con exceso de peso. Fuente propia 2011

Cuando se les pregunta si han logrado bajar de peso, el 40% de los pacientes indican que sí, debido a que cumplieron una dieta enviada por un especialista más ejercicio (59%), también la medicación (29%) y de último solo con dietas (12%).

El 60% de este grupo encuestado lamentablemente no mantuvo su peso adecuado y volvieron a tener sobrepeso, debido al consumo de alimentos por stress, también por mantener el sedentarismo y lo relacionan con haber abandonado el hábito de fumar.

Seguidamente se les preguntó si deseaban bajar de peso y el 98% les gustaría, y a este grupo se les preguntó cuantas horas a la semana le dedicaría para obtener esta meta, el 89% se ubicó entre 2 y 4 horas semanales.

Para examinar sobre los conocimientos en obesidad de los pacientes encuestados, se les preguntó si la obesidad es una enfermedad que puede revertirse y el 99% indicaron que sí y que puede ocasionar otras enfermedades, como la Depresión, Diabetes, accidentes cerebrovasculares (ACV), hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares.

Solo el 17% ha escuchado sobre programas para la comunidad que ayuden a bajar de peso, en el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) y nutricionistas en consulta externa. A pesar de que una minoría conoce sobre programas de obesidad, al 83% de los encuestados les gustaría participar en algún programa de obesidad, y el 90% les gustaría la incorporación de médicos, nutricionistas y psicólogos.

4.4 Análisis integrado de los resultados de los tres tipos encuestas.

La revisión bibliográfica y estadística efectuada para esta investigación sitúan a más del 50% de adultos con obesidad en los siguientes estados: Zulia, Miranda, Lara y Distrito Capital (MPPS, *óp. cit*). La intervención del sector privado de estas regiones es importante, ya que, puede impactar positivamente para mejorar la salud de sus colaboradores afectados con esta enfermedad, siendo, el grupo más productivo de la sociedad venezolana, su efecto mejorará la productividad del sector. Como comenta Blohm (citado en Foro de Alianza Social, 2011), presidente de Venamcham, el 80% de la población trabaja en el sector privado; de allí la importancia de desarrollar políticas y programas de responsabilidad social dentro de las empresas, siendo la principal fuente de empleos productivos y aportando más del 50% de los ingresos al estado nacional.

Es importante señalar que el 61% de los gerentes entrevistados manifestaron que las empresas para la cual laboran estarán dispuestas a participar en algún programa de atención de pacientes con obesidad, por estar conscientes de las consecuencias que tiene sobre la salud. Siendo una enfermedad de cifras epidémicas a nivel mundial, cabe destacar que

sólo el 40% estén trabajando en el manejo de pacientes con obesidad, por lo que deja un gran océano de posibilidades para que otras empresas realicen esta labor, e inclusive mejorar las fallas ya detectadas en programas anteriores.

Pedro Luis España (citado en Foro de Alianza Social, 2011), investigador y profesor de la Universidad Católica Andrés Bello, señala que las empresas tienen su oportunidad en las iniciativas de responsabilidad intra-empresarial, proyectándose a más de 30 años, el 60% de población laboralmente activa (entre 15 a 59 años) necesitará el desarrollo de modelos alternativos de atención social.

CAPÍTULO V
PROPUESTA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN
AL PACIENTE CON OBESIDAD

De acuerdo a la investigación realizada, se propone el siguiente programa como respuesta a la necesidad de atender a los pacientes adultos con obesidad, particularmente aquellos en que la empresa ejecutora del programa considere que su gerencia de responsabilidad social haya detectado esta necesidad.

5.1 Descripción general del programa:

“GANAS (Guía de Asistencia Nutricional para Alcanzar la Salud)”

Es bien conocido los múltiples beneficios para la salud y la autoestima que aporta conservar un peso corporal ajustado a las características individuales de cada persona, como la edad, sexo, ocupación, rutina personal, antecedentes hereditarios y personales. A pesar de ello, muchas personas no logran mantener su peso saludable a lo largo de su vida, ya que, el cambio de hábitos está íntimamente ligado a las rutinas de infancia, sumado a las costumbres familiares y culturales que rodean al paciente, por tanto, se necesita un compromiso consciente hacia la búsqueda de la salud, que su acción trascienda a lo largo de la vida y permanezca de

forma perenne en la mente del individuo. Para lograr manejar exitosamente la modificación de los hábitos de alimentación inadecuados del paciente, es necesaria la intervención multidisciplinaria de profesionales especializados, que logren identificar el origen del problema del sobrepeso y acompañar al paciente, en el proceso del cambio hasta lograr un nivel óptimo de salud.

El equipo multidisciplinario está conformado por:

1. Un médico nutrólogo ó endocrino metabólico: es el encargado de realizar la historia médica del paciente, conociendo sus antecedentes familiares y personales, determinando factores de riesgo a la obesidad y otras enfermedades crónicas, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Su informe establecerá la condición de salud del paciente, pre-implantación del programa y post-implantación del programa.

2. Un Nutricionista deportivo: encargado de diagnosticar el grado de sobrepeso y obesidad, establecer cuando el exceso de peso sea a expensa de tejido graso y su distribución corporal, detectando el nivel de riesgo a desarrollar enfermedades crónicas. Igualmente es capaz de realizar planes nutricionales adecuados al tiempo y nivel de ejercitación física que realice el paciente durante el programa. Su informe incluye la evolución del cambio de medidas corporales, de los hábitos de alimentación, del tiempo e intensidad de la actividad física. Estos resultados servirán posteriormente para la construcción de los indicadores de resultados del programa GANAS. Además, participará como un educador en salud, dictando charlas y talleres sobre nutrición, escribiendo artículos para la página web, despejando dudas a través de las redes

sociales y asistiendo en la información nutricional para el material educativo del programa.

3. Un Psicólogo motivacional: es el líder de la implantación del esquema de “Los cinco modelos mentales de comer para vivir mejor”. Estará inmerso en el manejo del cambio conductual hacia la buena alimentación y el ejercicio, plasmándolo de manera natural y progresiva, instaurando definitivamente un estilo de vida saludable. De esta forma, es posible efectuar un enfoque terapéutico innovador, evitando conductas inapropiadas del paciente con respecto a los alimentos, automedicación, ejercitación extenuante o pocos efectivos, que en definitiva, alteran el apetito a mediano plazo, recuperando el peso inicial rápidamente, y formándose el llamado, efecto rebote de peso (efecto yoyo).

El equipo profesional multidisciplinario está integrado para desarrollar el programa GANAS de la siguiente manera:

Tabla XI: Diseño del Programa “GANAS” (planeado para 100 individuos)

Etapa	Actividad	Tiempo	Recursos	Producto
Diagnóstico	Jornada despistaje de sobrepeso, obesidad, y otros trastornos de alimentación.	150 horas (mes 1)	- 1 Médico nutrologo ó endocrino metabólico. - 1 Nutricionista deportivo - 1 kit de equipo antropométrico (para su estandarización se tomará como referencia las guías de la OMS ó OPS). - 2 computadoras - 1 impresora	Informe detallado de la evaluación nutricional
De impacto	- charla motivacional. - charla introductoria sobre el poder destructivo del sobrepeso. - Taller sobre los 5 modelos mentales de comer para vivir mejor. - Inducción sobre acondicionamiento físico e instrucción del funcionamiento de programa de ejercitación inteligente	10 horas Dos grupos, subdivididos de acuerdo a su diagnóstico nutricional. (mes 2)	- 1 computadora con video beam. - 1 Nutricionista deportivo - 1 Psicólogo motivacional - 1 entrenador físico - 1 representante de Nintendo®. - 1 Equipo de juego Wii-fit® por cada 8 participantes. - 1 kit por participante (cuaderno de registro diario, bolígrafo, pulsera de compromiso).	Motivación al cambio Concientización del estado de salud Ejercicios para mejorar la calidad de vida
De acción Nutricional	Entrega de plan de alimentación personalizado y metodología para su aplicación.	50 horas (mes 2)	1 computadora 1 impresora 100 material didáctico	Estructuración de los hábitos de alimentación

Continuación de la tabla XI

Etapa	Actividad	Tiempo	Recursos	Producto
De Evolución	- 4 Consultas nutricionales por individuo - 1 charla de inducción sobre la ejercitación física. - 1 charla motivacional y de reforzamiento conductual positivo - premiación y entrega de certificados de participación (mes 6).	160 horas Abarca cuatro meses (desde el mes 3 al mes 6)	- 1 Nutricionista deportivo - 1 Psicólogo motivacional - 1 entrenador físico	Cuantificación de la evolución de resultados en la reducción de peso y grasa corporal. Diagrama de desempeño personal.
Seguimiento	3 consultas por individuo trimestral (mes 9 y mes 12)	150 horas comprende tres meses (mes 6, mes 9 y mes 12)	- 1 Psicólogo motivacional - 1 Nutricionista deportivo - 1 medico obesólogo -1 entrenador físico Wii-fit plus® cada 10 participantes.	Alcance de los cambios logrados. Control de los hábitos de alimentación. Informe detallado de la salud nutricional del grupo.
Cierre plan "GANAS"	Actividad motivacional con actividad deportiva de esparcimiento y cultural	10 horas (Mes 12)	-8 facilitadores -2 entrenadores físico 1 Psicólogo motivacional	Reforzamiento de la conducta positiva hacia la mejora de la salud y calidad de vida.

Fuente: datos propios (2011)

De acuerdo a la planificación del Programa GANAS (ver tabla XI), el equipo profesional multidisciplinario atenderá de 100 participantes dedicándole 370 horas en un espacio de tiempo de 6 meses y luego 160 horas distribuidas trimestralmente hasta cumplir un año, si la empresa

demanda la atención de más individuos, se podrá adaptar incrementando las horas de la etapa diagnóstica y de evolución.

Desde su inicio, los participantes empiezan a sustituir los modelos mentales errados por mensajes conductuales positivos. A la par, se evalúa su condición médica y nutricional, diagnosticando el grado de sobrepeso u obesidad, así como cualquier otro trastorno de alimentación; se entrega un régimen nutricional personalizado y finalmente, se implanta un esquema de ejercitación interactivo, para ser practicado en la consola de juego Wii-fit®, motivando a la reducción de peso de forma gradual, de manera divertida y agradable, ya no sólo desde su lugar de trabajo, sino, con sus familiares y amigos que gocen de este sistema de juegos interactivos, ya que, este sistema permite conectarse en red con otros usuarios. En complemento con esta actividad, se facilitará una inducción sobre el tipo de actividad física recomendada en caso de sobrepeso y obesidad, transmitida por instructores físicos especializados, aunque los ejercicios aquí explicados se realizarán como actividad extra del programa, y se declararán estas horas ejercitadas dentro de la consulta médica y nutricional.

En caso que la empresa desee extender las actividades didácticas, el Programa “GANAS” ofrece lo siguiente:

1. Talleres educativos de reforzamiento de la conducta alimenticia, como son: “la mejor forma de vivir”, “el ejercicio ideal”, “consecuencias de mi sobrepeso en la familia”, “manejo del stress y la ansiedad”, “combatir la adicción a los carbohidratos”, “que comer fuera de casa”, “chef a domicilio”, “cocina gourmet light”, “mitos y realidades en la alimentación”.

2. Actividades recreativas y deportivas grupales, como yincanas, maratones, caminatas, competencias por disciplina deportiva, entre otras.

La gerencia de responsabilidad social de la empresa interactúa con diversos grupos sociales y heterogéneos, por lo que podrán identificar el grupo objetivo que participará en el Programa GANAS, seguidamente el equipo del programa captará y motivará su participación hasta la culminación y logro de la meta. El material educativo diseñado especialmente para los participantes, podrá ser distribuido a través de esta gerencia, lo que transmitirá confianza en el proceso de cambio conductual, fortalecerá la relación entre la empresa y los colaboradores, y en definitiva, se destacará el aporte social de la empresa hacia el grupo objetivo. Si la gerencia de RSE decide realizar un seguimiento del programa más extenso, les será muy útil haber asistido desde el inicio de la implantación.

5.2 Marketing Social del Programa GANAS

Como se ha visto, el Programa GANAS tiene como fin transformar positivamente la conducta de alimentación del paciente, en este contexto, empleará innovadoras campañas promocionales de salud establecidas dentro de los lineamientos del mercadeo social, así como también se ampliará la comunicación del equipo profesional de salud con los participantes del programa, accediendo a las redes sociales (Facebook©, Twitter©) y utilizando los medios de comunicación interna de la empresa (cartelera, periódicos, revistas, intranet, entre otros) y reforzará la

comunicación interna entre los individuos participantes, como una manera de incentivarse mutuamente y reforzar los lazos de compañerismo ligados al programa “GANAS”, el novedoso sistema WII FIT®, permite con una conexión a internet para interactuar con los demás participantes. Además, el material utilizado por el paciente para registrar la evolución de su cambio de conducta de alimentación, estará elaborado con el fin de reforzar sutilmente el objetivo del programa, recordando el compromiso realizado al incorporarse a éste.

El material promocional del programa se adaptará a cada grupo de participantes (Ver anexo E), a continuación se describen los materiales de mayor interés para la ejecución del programa:

- Kit de registro: cuaderno de registro de consumo de alimentos diarios y control de peso, bolígrafo, pulsera de compromiso, llavero, forro para celular.
- Certificación de culminación del programa.
- Premio (trofeo) para los participantes que lograron su meta en el tiempo convenido.
- Hoja para la bandeja de alimentos del servicio de alimentación, con información de salud, mensajes de los modelos mentales de comer para vivir mejor y algunos tips de actualidad. Su función es sensibilizar al entorno empresarial.
- Almanaque del año, que incluirá tips nutricionales, recetas e imágenes motivadoras.
- Página Web del Programa GANAS, frecuentemente actualizada con información sobre alimentación, nutrición, actividades culturales y

recreativas de la comunidad, efemérides, entre otras. Incluye la recomendación de otras páginas de salud y enlaces al grupo de Facebook© y de Twitter© del programa.

- Obsequios como vasos térmicos (cooler) que incentiven el tomar agua de forma periódica, bolso deportivo, cinta o pañoleta para el cabello u otro material que promueva la actividad física.

5.3 Lineamientos del programa

5.3.1 - Visión

Ser el programa líder en acciones preventivas y de control de la obesidad, con innovadoras técnicas y equipo profesional multidisciplinario.

5.3.2.- Misión

Contribuir a mejorar la salud de los participantes, induciendo el cambio de los buenos hábitos de alimentación y estilo de vida saludable, con herramientas estratégicas de la gerencia y apoyándose en un equipo de salud multidisciplinario y material de vanguardia.

5.3.3 Valores

Compromiso - Responsabilidad - Confianza – Liderazgo – Convivencia - Trabajo en equipo

5.3.4 Objetivo General

Mejorar la salud de los pacientes con obesidad, a través de un programa que promueva los buenos hábitos de alimentación y estilo de vida saludable.

5.3.4.1 Objetivos Específicos

1. Identificar los paradigmas o modelos mentales que inducen al exceso de peso en el paciente.
2. Promover los buenos hábitos de alimentación y un estilo de vida saludable a través de una verdadera modificación en la conducta del paciente con obesidad.
3. Promover la convivencia y compañerismo en la ejecución del programa.
4. Alcanzar mejores desempeños y rendimiento en la empresa.
5. Establecer una meta alcanzable de reducción de peso para cada paciente, durante un año de ejecución del programa.

5.4 Análisis DOFA

Para conocer las características que pudiesen afectar de alguna manera el éxito de la planificación, ejecución o seguimiento del Programa GANAS, se aplica el análisis DOFA, el cual describe detalladamente el entorno, tanto interno como externo, prediciendo el cambio de alguna estrategia de acuerdo a las acciones que se presenten en el transcurso de la implantación del programa. En la tabla N° XII, se desarrolla esta información.

Tabla N° XII. Análisis DOFA del Programa GANAS

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Programa especialmente diseñado para empresas e instituciones que deseen promocionar la salud y calidad de vida a una comunidad objetivo.	Un solo profesional dirige la técnica de “los cinco modelos mentales de comer para vivir”. Inexperiencia en la implementación de

<p>Enfocado a mejorar la salud a través de los modelos mentales adecuados hacia la alimentación y el estilo de vida adecuado.</p> <p>Profesionales altamente calificados para tratar pacientes con obesidad.</p> <p>Ofrece atención personalizada de nutricionista, médico y psicólogo durante la ejecución del programa.</p> <p>Material educativo realizado con técnicas de mercadeo social y utilizando medios de comunicación de tipo social.</p>	<p>programas de promoción de salud.</p> <p>Talleres de capacitación adaptados a la población adulta.</p> <p>Se requiere de un espacio físico y de electricidad para la implementación del programa.</p> <p>Se debe mantener un contacto consecutivo para reforzar la conducta positiva saludable.</p> <p>Utiliza equipo importado (consola de juegos interactivos Wii-fit®) para programar el esquema de ejercitación.</p>
<p style="text-align: center;">OPORTUNIDADES</p> <p>Nuevas tendencias en la técnica del cambio de conducta del paciente con obesidad.</p> <p>Innovadoras campañas educativas para la concientización de los buenos hábitos de alimentación y calidad de vida.</p> <p>Mercado empresarial disponible y dispuesto a incursionar en la ejecución de programas de obesidad (aproximadamente 60%).</p> <p>Puede adaptarse a distintos grupos de pacientes con necesidades especiales.</p>	<p style="text-align: center;">AMENAZAS</p> <p>Políticas de salud que coarten la ejecución de programas de atención a los pacientes con obesidad.</p> <p>Tiempo limitado para la ejecución del programa.</p> <p>Un grupo de empresas se rehúsan a trabajar en programas de promoción de la salud. (Aproximadamente 30%).</p> <p>Limitación de los medios de comunicación interna y/o espacios de la empresa para fines educativos del programa.</p> <p>Se debe culminar el programa con el mismo equipo multidisciplinario que lo inició en el grupo objetivo.</p>

Fuente Propia (2011)

5.5 Estrategia del Océano azul para el Programa GANAS.

La estrategia del océano azul permite conocer las oportunidades que tiene la ejecución del programa GANAS en el mercado de programas de atención a la salud para la población adulta, a continuación se muestra el cuadro estratégico (ver gráfico 6) y su análisis:

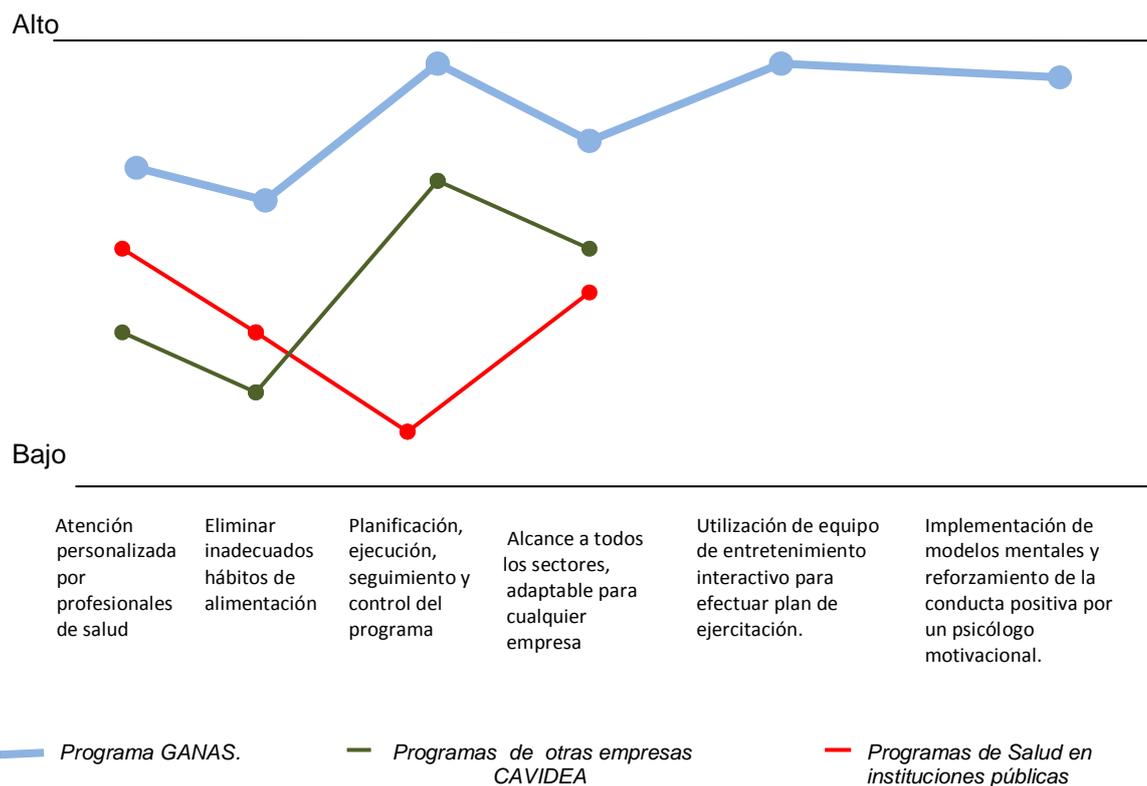


Gráfico 6: Cuadro estratégico del océano azul para el programa de Obesidad de “GANAS” Fuente Propia (2011)

5.6 Análisis estratégico para el Programa GANAS

El programa GANAS (Guía de Asistencia Nutricional para Alcanzar la Salud), posee características bien diferenciadoras con respecto a otros programas existentes (empresas afiliadas a CAVIDEA y de instituciones públicas), resaltándose tanto en las ventajas competitivas diferenciales, como explorando una forma de tratamiento nunca antes trabajado por otros programas de atención en salud.

Es habitual que los programas de promoción de salud abarquen la atención por un profesional médico y/o nutricionista, especializado en que el paciente logre bajar de peso, brindándoles educación nutricional y

asesorándolos durante el proceso. Sin embargo, no todos logran esta meta, ya que esta variable depende en gran medida del cambio de comportamiento del paciente a mediano plazo y permanezca durante toda su vida. Este proceso requiere de técnicas especializadas en reforzamiento positivo de la conducta, que logren un gran impacto en la concientización de la enfermedad que padece el paciente.

Los programas de empresas privadas se enfocan en su mayoría a la consulta médica y nutricional, desatendiendo el tratamiento conductual y el reforzamiento de la conducta positiva, lo que conlleva a presentar resultados no satisfactorios a mediano plazo.

Por otra parte, la falta de integración del equipo multidisciplinario es un factor importante para el logro del cambio de conducta de alimentación, esta situación se observa principalmente a nivel de la red de atención primaria de salud, adscrita al MPPS e IVSS, que cuentan con la atención multidisciplinaria totalmente gratuita y distribuida a nivel nacional, pero este esfuerzo se disipa cuando el paciente no se siente comprometido en acudir a los diferentes especialistas, asistiendo principalmente al médico, dejando las otras citas a consulta por no haber cambiado sus hábitos de alimentación, y regresando posteriormente al presentar las complicaciones típicas que conlleva la obesidad no tratada.

Los programas de obesidad implementados por instituciones públicas (MPPS, INN), llevan a cabo el programa CAREM (ver anexo G), campañas educativas con el “trompo de los alimentos”, entre otros, los cuales son planificados y ejecutados, más no tienen control ni seguimiento del impacto en la población.

Es importante que todo programa de salud ejecutado, pueda evaluar su impacto en el tiempo, además, con un seguimiento adecuado hacia el paciente, se evitan recaídas y se refuerza su comportamiento positivo hasta lograr un cambio trascendental en el individuo. Esta medida se logra a través de la planificación estratégica del programa.

La mayoría de los programas cumplen con la etapa de planificación y ejecución, pero se les dificulta o no consideran el seguimiento del programa hasta su fin, ya que, es un proceso lento y personal, deben contar con la presencia de los pacientes de forma regular por al menos 6 meses hasta llegar a 1 o 2 años en seguimiento, para así no perder el objetivo del programa de atención en salud.

Según el artículo 53 de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT), la empresa debe realizar periódicamente exámenes de salud preventivos a sus empleados, por lo que se facilita el control y seguimiento del peso, pero aun cuando es beneficioso para el mantenimiento de la salud, también puede ser visto como un deber de la empresa e inclusive como un servicio extralimitado, y así, se puede perder el fin social del programa de atención al paciente con obesidad.

Es por ello que el Programa GANAS, utiliza las herramientas de mercadeo para motivar la participación y el mantenimiento del objetivo del programa, tiene como elemento innovador la implementación de la técnica de “los modelos mentales de comer para vivir” a través de un psicólogo motivador (líder), instruido directamente por el creador de este sistema, además, se apoyará con otras técnicas terapéuticas de reforzamiento

conductual positivo y manejo del cambio. Todo ello, aunado al esquema de trabajo multidisciplinario, logra un cambio de comportamiento permanente hacia la mejora de los hábitos de alimentación y estilo de vida. El paciente solicitará abiertamente su control de peso y aclarará las dudas que pueden surgir del proceso de cambio que vive.

Los programas de responsabilidad social dirigidos a los pacientes con sobrepeso y obesidad que implementan algunas empresas, están diseñados para atender a niños y adultos, pero lo realizan en forma aleatoria en el país, y por ende, son esporádicos para la localidad, en este sentido, no se realiza el seguimiento y control de los resultados de la intervención nutricional.

Mientras que en el programa GANAS, proyecta dentro de su planificación, el control y seguimiento del programa.

Todo programa social debe ser adaptable a cualquier población y sector productivo de la sociedad, de esta manera, las instituciones y empresas privadas cumplen esta premisa.

Dentro del mercado no explorado en diseños de programas sociales, se destaca la carencia de psicólogos y motivadores, profesionales líderes en el manejo de cambio de conductas del ser humano, lo cual, es fundamental en cualquier programa que promueva los buenos hábitos de alimentación y estilo saludable. El programa GANAS ofrece asesorías terapéuticas, especialmente porque conoce los episodios de ansiedad y tristeza que ocurren al no observar la pérdida de peso deseable. Inclusive, pueden sentirse rechazados y abandonar el plan nutricional y de ejercicio, trayendo

como consecuencia un aumento de peso por consumo de alimentos bajo stress o ansiedad.

Un paciente con esta situación debe ser evaluado por el psicólogo, para recibir motivación y reforzar sus metas de salud. Dentro de este proceso de cambio, se incorporan nuevos modelos mentales que refuercen esta conducta adecuada hacia la forma de comer y ver los alimentos, no como un escape a una situación estresante o una debilidad del carácter.

Una vez hecho la exploración del programa a través del cuadro estratégico, el programa es sometido al análisis en el esquema y la matriz de las cuatro acciones (ver Gráfico 7 y tabla XIII).

De acuerdo a esta matriz, se observa con mayor claridad el enfoque del programa. Primeramente, es el único programa que implementará modelos mentales para cambiar la conducta del paciente con obesidad, contará con el apoyo motivacional y terapéutico de un psicólogo, se realizará la graduación de aquellos pacientes que culminen exitosamente el programa, el cual servirá de un reforzamiento positivo en su oficina u hogar, así como otros obsequios que se repartirán en cada modulo del taller sobre modelos mentales. Es importante crear actividades recreativas que aumenten la actividad física de los participantes, pero a la vez que lo perciban con una actividad recreativa y de esparcimiento con sus compañeros y amigos.

El seguimiento y control es parte fundamental del éxito del programa, ya que se planifica poder implementarlo en diversos sectores de la sociedad (instituciones públicas, colegios, comunidad) y tener un impacto en los hábitos de alimentación de los familiares del paciente.

Este programa defiende el trabajo en equipo para conseguir mayor impacto en el comportamiento del paciente, por lo que no se recomienda que acudan a consultas de profesionales que no pertenezcan al programa, también se planifica evaluaciones médicas y nutricionales más distanciadas en el tiempo, evitando así agobiar al paciente y darle menos importancia a la variación del peso para priorizar el cambio de los hábitos de alimentación. Este programa elimina las clases magistrales de nutrición y el uso de material educativo tradicional, porque la idea es concientizar a través del cambio mental más que aprender información técnica de la nutrición, también se descarta el concepto que todos los pacientes realicen el mismo esquema de ejercitación, sino que debe ser individual y personalizado, y finalmente, usar la inteligencia emocional y no etiquetar al programa para obesos y al paciente como obeso, sino tratarlo como una condición, es decir, que el paciente puede cambiar y que esta condición no lo define como individuo.

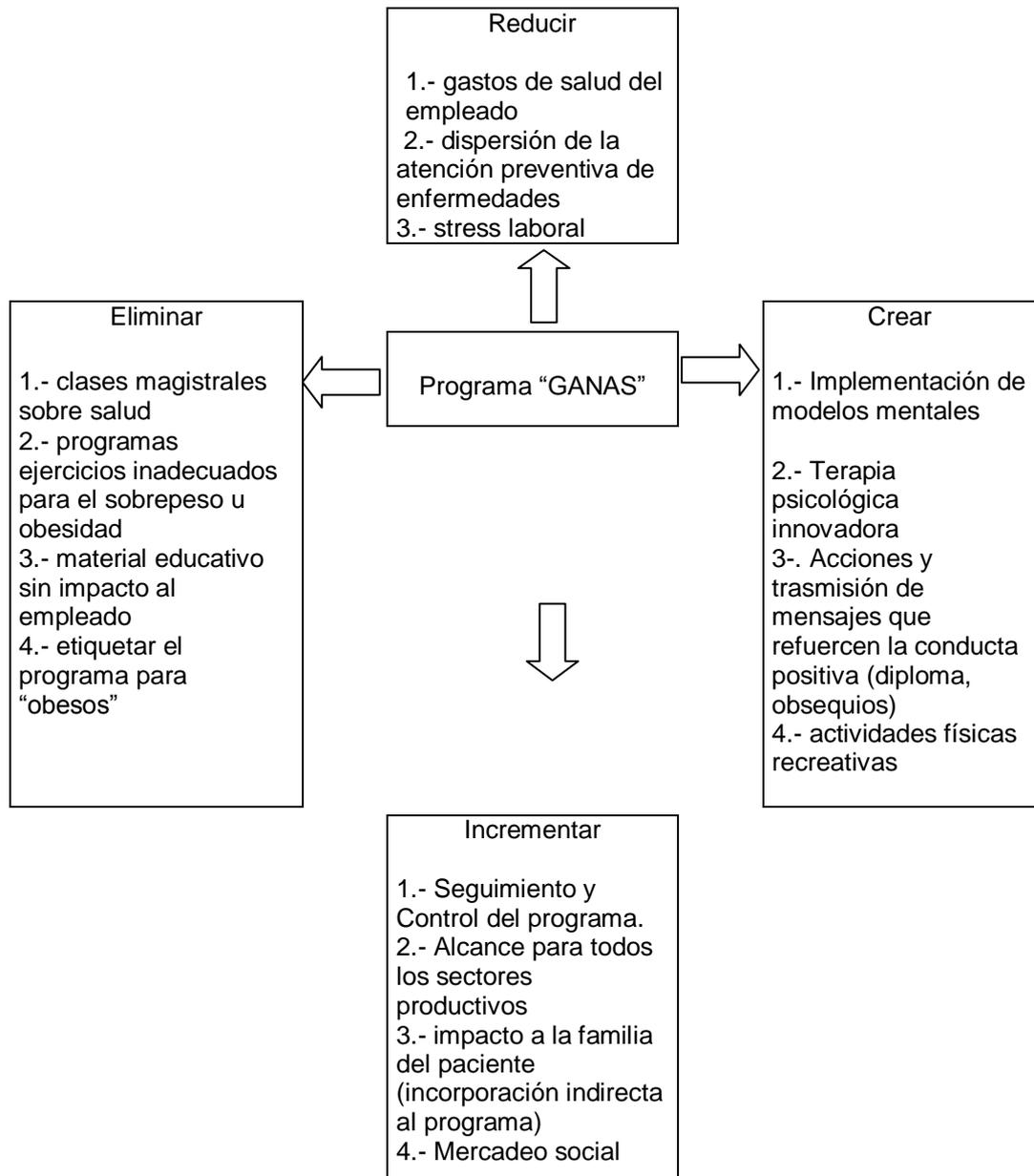


Gráfico 7: Esquema de las 4 acciones del programa "GANAS". Fuente: Propia

(2011)

Tabla XIII: Matriz de las 4 acciones: Programa "GANAS"

<p style="text-align: center;">Eliminar</p> <p>1.- clases de nutrición dentro del programa 2.- programas de ejercicios generalizados 3.- material educativo tradicional y aburrido 4.- etiquetar el programa para "obesos"</p>	<p style="text-align: center;">Incrementar</p> <p>1.- Seguimiento y Control del programa. 2.- Alcance para todos los sectores de la sociedad 3.- impacto a la familia del paciente (incorporación indirecta al programa) 4.- Mercadeo social</p>
<p style="text-align: center;">Reducir</p> <p>1.- gastos de salud del empleado 2.- dispersión de la atención preventiva de enfermedades 3.- stress laboral</p>	<p style="text-align: center;">Crear</p> <p>1.- Implementación de modelos mentales 2.- Terapia psicológica innovadora 3.- Acciones y trasmisión de mensajes que refuercen la conducta positiva (diploma, obsequios) 4.- actividades físicas recreativas</p>

Fuente: Propia (2011)

5.7 Cronograma del Programa GANAS

En la siguiente tabla se observa la planificación por mes del programa-

Tabla N° XIV: Cronograma de implementación de las fases del programa.

FASE / MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Despistaje												
Diagnostico, entrega de plan nutricional y plan de ejercitación												
Acceso a web												
Taller de los cinco modelos mentales												
Charlas educativas												
Ejercitación física												
Consultas de salud												
Certificación y premiación												
Puntos de control												

Fuente: datos propios (2011)

5.3.- Financiamiento

El financiamiento va a venir dado por el aporte de las empresas que adquieran el programa y/o patrocinantes. El cual está contemplado por lo siguiente:

Tabla N° XV. Presupuesto de recursos humanos para el Programa “GANAS” (100 participantes).

Recurso humano	Cantidad	Hora profesional (Bs.)	Etapa diagnostica	Etapa de impacto	Etapa nutricional	Etapa de evolucion	Etapa de seguimiento	Etapa final	Total horas	Costo Total (Bs.)
Medico nutrologo o endocrino metabólico	1	200	150	-	-	-	50		200	40000
Nutricionista deportivo	2	100	150	10	50	160	100	10	480	48000
Psicólogo motivacional	2	100	-	10	-	10	10		30	3000
Entrenador físico	2	100	-	10	-	20	-	10	40	4000
Facilitadores	8	30	-	-	-	-	-	10	80	2400
Representante de Nintendo®	1	-	-	2	-	-	-		2	-

Fuente Propia 2011. Precios en moneda local (Bs).

Tabla N° XVI. Presupuesto de recursos consumibles para el Programa “GANAS” (100 participantes).

Recursos consumibles	Cantidad	Costo	Etapa diagnostica	Etapa de impacto	Etapa nutricional	Etapa de evolucion	Etapa de seguimiento	Etapa final	% base imputable	Costo imputable (Bs.)
refrigerio	200	30							100%	6000
Tinta impresora	2	150							100%	300
Resma de papel	1	120	-						100%	120

Fuente Propia 2011. Precios en moneda local (Bs).

Tabla N° XVII. Presupuesto de recursos de equipos para el Programa “GANAS” (100 participantes).

Recursos Equipos	Cantidad	Costo	Etapa diagnóstica	Etapa de impacto	Etapa nutricional	Etapa de evaluación	Etapa de seguimiento	Etapa final	% base imputable	Costo imputable (Bs.)
computadora	4	4500							33%	6000
impresora	2	400							50%	400
Video beam	1	4500	-						10%	450
Equipo Antropométrico	2	1400							20%	280
Consola wii fit	12	2500	-						60%	18000
Kit de registro	110	80	-						100%	8800
Material didáctico	110	50	-						100%	5500
Certificados	100	12	-						100%	1200
Material P.O.P.	110	50	-						100%	550
Material promocional	1000	5							100%	5000
Transporte	2	2500							100%	5000
Entrada club	110	100							100%	11000

Fuente: datos propios (2011). Precios en moneda local (Bs).

Tabla N° XVIII. Presupuesto final para el Programa “GANAS” (100 participantes).

Descripción	Segmento	Bs.
Humanos	Total	97.400
En equipos	Total	62.180
En Consumibles	Total	6.420
	Subtotal	166.000
Gerencia y coordinación del programa	20%	33.200
	Total	199.200

Fuente Datos propios (2011). Precios en moneda local (Bs).

La inversión total por la empresa para el desarrollo del programa por un año y cubriendo 100 participantes es de 199.200 Bs. Lo que representa 1.992 Bs anuales por participante representando solo 166 Bs mensuales por participante.

5.4.- Seguimiento

Esta es la etapa mas importante y sensible del programa, ya que, estudios realizados, revelan que los participantes tienden a abandonar la meta propuesta en el programa, una vez que pierden el contacto con el o los profesional (es) involucrado(s). La gerencia de responsabilidad social, atendiendo a esta situación, propone un sistema para mantener contacto amigable e innovador con los participantes, la creación de una pagina web.

En un estudio realizado por Casey B, Pintauro S, Buzzel B y Harvey-Berino, J. (2006): se concluyó que los sitios Web en línea conducidos por un terapeuta del comportamiento estructurado, produjo mayor pérdida del peso que un sitio Web comercial

Es por ello que, todos los participantes cuentan con el acceso gratuito a esta página web especializada e interactiva, conducida por el psicólogo, nutricionista y medico facilitadores del programa. A través de la página web, los participantes mantendrán contacto con los profesionales y atenderán sus dudas en menos de 24 horas, podrán chequear la información obtenida en los talleres educativos, y además, tendrán un chat conversacional entre los mismos participantes.

Adicionalmente, se utilizarán vías para realizar reforzamientos positivos, uno de ello es utilizar un espacio de la revista interna ó correo electrónico de la empresa, donde se felicitan aquellos participantes que están logrando la meta, el uso de distintivo propio del programa (tipo pulseras unisex que le recuerden aplicar los modelos mentales), entrega de obsequios para el uso en la oficina o el hogar con frases de los modelos mentales y otras

frases conocidas que le recuerden una conducta de alimentación adecuada (Ver anexo H).

El seguimiento del Programa “GANAS” inicia el primer día posterior a la culminación del programa, se realizarán chequeos mensuales en el servicio de salud de la empresa, donde el médico llenará un formato que solicita el peso, circunferencia de cintura e IMC, también se realizará una encuesta de consumo de los alimentos más frecuentes, y se chequeará la asistencia al gimnasio o al equipo deportivo de la empresa.

Estos resultados serán analizados por la gerencia de responsabilidad social, en caso de que algún participante se aleje de su meta, se remitirá a una evaluación individual con el nutricionista y psicólogo.

El programa será exitoso si se realiza el seguimiento de forma constante y objetiva, midiendo el resultado de los objetivos planteados durante el desarrollo del programa. El seguimiento de las actividades van a estar controladas por los siguientes actores:

- Gerencia de Responsabilidad Social.
- Servicio de salud.

5.5 Resultados esperados

El programa “GANAS” toma en cuenta múltiples acciones para medir el éxito del programa, estos van a ser tomados en cuenta de acuerdo a las características de cada grupo, sin embargo, las principales variables serán los siguientes:

1. Variación del peso (al menos 10% de peso perdido en 6 meses)
2. Tiempo en que se mantiene el peso deseado

3. Disminución de los factores de riesgo asociados a la obesidad (hiperglicemia, hipertrigliceridemia, hiperlipemia, dislipidemia, entre otros). También están las medidas antropométricas: circunferencia abdominal, porcentaje de grasa corporal).
4. Cambio psicosocial, conducta alimentaria y aptitud física.
5. Cualquier otro parámetro que el equipo considere al momento de evaluar al grupo participante.

Se espera que al finalizar el programa se logre que:

- El 20% de los empleados del programa alcance cualquiera de las variables expuestas anteriormente, al cabo de un año y mantenerse en él el siguiente año, adhiriéndose a los buenos hábitos de alimentación y estilo de vida saludable iniciados en el programa.

CONCLUSIONES

La tasa de Obesidad en Venezuela ha crecido exponencialmente con respecto a los demás países latinoamericanos, esta situación amerita que se diseñen programas efectivos que atiendan a la población venezolana, particularmente a la población adulta, en la cual radica la responsabilidad de la formación nutricional de las futuras generaciones y la productividad económica de todo un país, sobre todo en aquellas ciudades más industrializadas, como lo son el Estado Zulia, Estado Anzoátegui, Estado Miranda y Estado Lara. El Distrito Capital, aunque no aparezca una tasa elevada en el último reporte del MPPS, es el más afectado por sus inadecuados hábitos alimenticios, estrés, sedentarismo e infraestructura urbana colapsada (inseguridad y falta de áreas verdes recreativas).

De esta manera, las empresas que están ubicadas en estas cinco regiones altamente productivas, deben aplicar acciones correctivas en la conducta hacia la alimentación y el ejercicio de sus colaboradores con obesidad. Es así como la gerencia de R.S.E. toma un papel protagónico en el enlace con las iniciativas voluntarias de la empresa que promueven el desarrollo de sus trabajadores en diferentes niveles.

De acuerdo a la investigación realizada, las empresas del sector de alimentos se encuentran más involucradas con la problemática de la obesidad y algunas de ellas (40%), ya han iniciado su actividad social en sus colaboradores y la comunidad, sin embargo, el resto manifiestan estar

dispuestos a participar en este tipo de programas, ya que están conscientes de la situación.

El proceso de planificación, coordinación, organización, ejecución, seguimiento y control del programa, debe ser estipulado con claridad y sencillez, ya que, el éxito de este tipo de intervención, que involucra cambios de conductas, se obtiene a mediano y largo plazo.

Es tal el alcance de un programa de obesidad, que el 90% de los especialistas en salud entrevistados, coinciden en que se puede (y debe) llevarse a cabo en empresas privadas como instituciones públicas, y no debe limitarse a un solo sector, sino, los resultados pueden diluirse. Mientras mayor sea el impacto y alcance, mayores beneficios se obtendrán del programa.

Por lo tanto, el diseño estratégico de un programa de obesidad con el planteado en este trabajo especial de grado es apto para ser ejecutado en aquellos grupos objetivos de atención al paciente con obesidad.

RECOMENDACIONES

El programa de Obesidad “GANAS” es adaptado y aplicable para todos los sectores, y puede ser empleado por todas aquellas empresas que dentro de sus lineamientos de responsabilidad social, está el control de la obesidad para sus empleados, familiares e incluso la comunidad, es importante sensibilizar a los trabajadores de la empresa que no se trata de bajar de peso para mejorar su estética, sino, su salud.

Se recomienda establecer alianzas con fundaciones u organizaciones sin fines de lucro que estén interesadas en formar parte del programa de obesidad “GANAS”, de manera de atender a poblaciones particulares.

Es recomendable empezar con población pequeña de manera de tener mejor control y seguimiento de los participantes en el programa, de manera de evitar recaídas en aquellos pacientes que han alcanzado la meta del programa “GANAS”.

Se plantea que miembros de la Asociación Nacional de Supermercados y Autoservicios (ANSA), laboratorios farmacéuticos, alcaldías, gobernaciones, clínicas e instituciones que ya están cooperando con mejorar la calidad de vida en su entorno, proyecten su responsabilidad social hacia la promoción de la salud, enfocando su atención a la

prevención de la obesidad, como enfermedad clave que origina múltiples patologías que deterioran la salud.

Se recomienda tener en cuenta para próximas investigaciones, utilizar un método de investigación que permita tomar una muestra población representativa, aleatoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alcalá, L (2005): *5 Fuerzas para aumentar tu poder de Liderazgo*. Edición 1. [Artículo en línea]. Disponible: http://www.liderazgoymercadeo.com/artic_detalle.asp?id_articulo=16
[Consulta: 2009, Agosto 06]
- Arguello, D (2009) *Factores que afectan la implementación de planes estratégicos en empresas Venezolanas*. Tesis de Grado para optar al Máster en Administración. IESA. Caracas. Venezuela.
- Alfieri A, Hoffman I, Cubeddo L (2008). Oxido nítrico, sensibilidad a la sal y obesidad. *Revista Avances cardiológicos*. Vol. 28 N° 3 pág.174-181
- Ávila, H.L (2006). *Introducción a la metodología de la investigación*. [Libro en línea]. Disponible: http://www.eumed.net/libros/2006c/203/_1v.htm.
[Consulta: 2010, Diciembre 5]
- Azuaje, E (2005). *Pensamiento gerencial*. Su desarrollo. Caracas. Venezuela: Ediciones Urania.
- Bautista L. y Colaboradores. (2009). The Latin American Consortium of Studies in Obesity (LASO). *Revista Obesity Review*. Volumen 10. N° 3. Pag. 364–370. [Artículo en línea]. Disponible: <http://ccp.ucr.ac.cr/creles/pdf/rosero1.pdf> [Consulta: 2011, Octubre 14]
- Blanco, E (2009). Ya tenemos el plan... ¿y ahora qué? *Revista Debates IESA*. Volumen XIV. Número 2. Venezuela.
- Brito, M (Junio 2007). Gobernanza empresarial: Ética, Responsabilidad Social y Rentabilidad en la “Era Pos-Enrom”. *Revista Venezolana de Gerencia* v.12 n.38. p. 183 – 206. Maracaibo. [Revista en línea]. Disponible: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-99842007000200003&lng=es&nrm=iso [Consulta: 2009, Agosto 1]
- Burgos, I (2000). *Pensamiento estratégico en el tercer milenio*. Caracas: Ediciones del vicerrectorado académico U.C.V.

- Burgos, I (Mayo, 2006). *Gerencia estratégica empresarial*. Trabajo no publicado. Caracas.
- Casado, M. I., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez, B., Vidal, J. (1997). Intervención cognitivo-conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de cambios de hábitos de alimentación. *Revista Psicología.COM* [Revista en línea], vol. 1, N° 1, 79 párrafos. Disponible en:
http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art_2.htm [Consulta: 01 de febrero de 2011]
- Casey B, Burke S, Pintauro S, Buzzel B y Harvey-Berino, J. (2006): Weight Loss on the Web: A Pilot Study Comparing a Structured Behavioral Intervention to a Commercial Program. *Obesity journal*. [Revista en línea]. Disponible en:
<http://www.nature.com/oby/journal/v15/n1/abs/oby2007520a.html> [Consulta: 2011, Mayo15]
- Cejas, M y Parra, G (Julio – Diciembre 2008): La responsabilidad social y la gestión empresarial. *Revista Visión Gerencial*. Año 7. N° 2. Pág. 284-301.
- Christensen JR, Faber A, Ekner D, Overgaard K, Holtermann A, Sogaard K.(Agosto, 2011). *Diet, physical exercise and cognitive behavioral training as a combined workplace based intervention to reduce body weight and increase physical capacity in health care workers - a randomized controlled trial*. BMC Public Health. Vol. 11; pág. 671. Artículo en línea]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21871113>. [Consulta: 2011, Octubre 2]
- CEDICE (2005). *Conceptos básicos e Indicadores de responsabilidad social empresarial*. 1ra edición. Editado por el Centro de Ética y Ciudadanía Corporativa de CEDIDE y el Instituto ETHOS.
- Chan Kim W. y Mauborgne R. (2005). *Blue ocean strategy*. United States of America: Harvard Business School Publishing Corporation.
- Corporación 5 al día. (n.d).[Artículo en línea]. Disponible en:
<http://5aldia.org.ve/portal/content/view/33/64/> [Consulta: 2010, marzo 21]

- Covey, S (2000): *Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva*. [Libro en línea]. Disponible en <http://www.resumido.com/es/libro.php/103>. [Consulta: 2009, Agosto 2]
- D'Anello, S (Octubre 2010). *Atendiendo la obesidad desde la perspectiva psicológica*. Ponencia presentada en el Congreso de Nutricionistas y Dietistas. Margarita. Venezuela
- Empresas sociales (2009). *Revista Gerente Venezuela*. N° 259. Caracas. Venezuela.
- Escobar M, Olivares S, Zacarías I (Mayo, 2002) *Manejo alimentario del adulto con sobrepeso u obesidad*. Gobierno de Chile. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Ministerio de Salud. Programa CARMEN-Chile. Chile. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/75fcbd5dc365e5efe04001011f012019.pdf> . [Consulta: 2009, Noviembre 4]
- Finer, N (Editor) (2011). *Clinical Obesity*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.iaso.org/> [Consulta: 2010, Noviembre 4]
- Florez H, y Colaboradores. *Prevalence and risk factors associated with the metabolic syndrome and dyslipidemia in White, Black, Amerindian and mixed Hispanics in Zulia State, Venezuela*. *Diabetes Res Clin Pract*. 2005;69:63–77. [Artículo en línea]. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15955388> [Consulta: 2011, Octubre 11]
- Francés, A (coordinador) (2007). *Compromiso social: gerencia para el siglo XXI*. Caracas. Venezuela: Ediciones IESA.
- Friend, J., Hickling, A (2002). *Planificando bajo presión*. El enfoque de escogencia estratégica. 1ra. Edición en español. Caracas. Venezuela: . IVEPLAN.
- Fundación Venezolana del Corazón (2009) *Revista Avances cardiológicos*. Volumen 8 (2); 9-14
- Gobierno de la Republica Bolivariana de Venezuela. *División político territorial del estado Miranda*. Disponible: http://www.gobiernoenlinea.ve/venezuela/perfil_miranda.html [Consulta: 2010, Noviembre 25]

- Gómez, O (2006): *La Gerencia y el Liderazgo de las organizaciones y empresas del futuro*. [Documento en línea] Disponible: <http://pensardenuevo.org/la-gerencia-y-el-liderazgo-de-las-organizaciones-y-empresas-del-futuro/> [Consulta: 2009, Agosto 5]
- Gómez, O (2009): *La gerencia venezolana*. [Documento en línea] <http://pensardenuevo.org/la-gerencia-venezolana/> [Consulta: 2009, Agosto 1]
- Guédez, V (2006). *Ética y práctica de la responsabilidad social empresarial. El aporte de la empresa al capital social*. Venezuela: Editorial Planeta.
- Guédez, V (2008). *Ser confiable. Responsabilidad social y reputación empresarial*. Venezuela: Editorial Planeta.
- Granzella L, y Colaboradores (2009). Análisis de un caso de obesidad. *Revista obesidad, síndrome metabólico y trastornos alimentarios*. Sociedad argentina de obesidad y trastornos alimentarios. Vol. 20. N° 2. Pág. 31-36.
- Hrebiniak, L (2005) *Making strategy work. Leading effective execution and change*. Upper Saddle River, New Jersey: Warthon School. U.S.A.
- Hoffman I, Cubeddu L (Marzo, 2002). Clustering of silent cardiovascular risk factors in apparently healthy Hispanics. *J Hum Hypertens. Suppl* 1:S137-41. . [Artículo en línea]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11986912>. [Consulta: 2011, Octubre 18]
- Huang S, Li H, Tang S, (2010). Comparing Disparities in the Health-promoting Lifestyles of Taiwanese Workers in Various Occupations. *Industrial Health Review*. Vol. 48 pág. 256–264.
- Indriago, L (Marzo, 2010).R.S.E: más allá de la reputación, la inclusión. *Revista Producto*. N° 315. Año 26. Venezuela.
- Itriago, M e Itriago, A (1999): *50 consejos y 50 respuestas sin fines de lucro*. Caracas. Venezuela: Sinergia.
- Instituto Nacional de Estadísticas (2007). *Censo demográfico poblacional*. Venezuela.

- Instituto Nacional de Nutrición. (2007). *Evaluación nutricional antropométrica en el primer nivel de atención en salud (Tablas y graficas)*. Ministerio del poder popular para la Salud. Caracas. Venezuela.
- Instituto Nacional de Nutrición. (2010). *INN pionero en investigaciones sobre obesidad en Venezuela*. [Artículo en línea]. Disponible en: <http://www.inn.gob.ve/modules.php?name=News&file=article&sid=434>. [Consulta: 2010, Diciembre 28]
- Instituto Nacional de Nutrición. (s/f). *El trompo de los alimentos*. [Folleto]. Caracas. Venezuela.
- International Association for the Study of Obesity– IASO. (s.f). *Obesity prevalence worldwide in Adults*. Venezuela 1999 – 2001. [Datos en línea]. Disponible: <http://www.iaso.org/> [Consulta: 2010, Noviembre, 4]
- Jensen, J (Julio 2011). Can worksite nutritional interventions improve productivity and firm profitability? A literature review. *Revista Perspect Public Health*. Vol.131. Nº 4. Pág.184-92. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21888121>. [Consulta: 2011, Octubre, 4]
- Jiménez, L (2009): *El 65,2% de los venezolanos padece sobrepeso*. [Artículo en línea]. Disponible en: http://boletin.uc.edu.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=24394:el-652-de-los-venezolanos-padece-sobrepeso-&catid=7:investigaciones&Itemid=10 . [Consulta: 2010, Diciembre 2]
- Karakatsianis, J (2007). *Asociación Para el Desarrollo del Tolima. Sexto Encuentro Tolimense*. Panel: Solidaridad. Asociación Nacional de Empresarios e Colombia (ANDI). Colombia.
- Larrañaga, A y García-Mayor, R (2007): Tratamiento psicológico de la obesidad. *Revista de Medicina Clínica*. 129 (10):387-391. Barcelona. España. [Revista en línea]. Disponible: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v129n10a13110213pdf001.pdf> . [Consulta: 2010, Noviembre 4]

- Laurentin A, Schnell M, Tovar J, Domínguez Z, Pérez B, López de Blanco, M (2007) Transición alimentaria y nutricional. Entre la desnutrición y la obesidad. *Anales Venezolanos de Nutrición* Vol. 20 N°1 Pág. 47-52.
- Ley Orgánica de Ciencia, Tecnología e Innovación -LOCTI. FONACIT. (República Bolivariana de Venezuela). (N° 38.242) (2010, Diciembre 8). [Transcripción en línea] Disponible: <http://www.ivic.gob.ve/varios/locti.pdf> . [Consulta: 2011, Enero 5]
- Leza, D (1999). *Beneficios fiscales de las instituciones sin fines de lucro en Venezuela*. Caracas. Venezuela: Fundación Oportunista y Sinergia
- Lira, P (Julio 2009). *Navegando a través del Cambio*. Trabajo no publicado. Facultad de Farmacia. U.C.V. Caracas.
- Lira, P (2009a): *Gerencia del conocimiento*. Trabajo no publicado. Facultad de Farmacia. U.C.V. Caracas.
- Lira, P (2009b): *Perspectiva de la empresa como procesadora de conocimiento*. Facultad de Farmacia. U.C.V. Caracas.
- Lira, P y Villar, A (2009): *Insumo Conceptual. Modelo de Equipos de Alto Desempeño por Pat MacMillan*. Facultad de Farmacia. U.C.V. Caracas.
- Lozano, A (2002). *La planificación estratégica*. [Documento en línea] Disponible: <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger/planestraarvey.htm> [Consulta: 2010, Noviembre 5]
- Mahan, K y Arlin, M (1995). *Nutrición y Dietoterapia de Krause*. México: Interamericana Mc Graw Hill.
- Marina, J (2009). Gerencia: ¿Organizaciones inteligentes? *Revista DINERO*. Grupo Editorial Producto. [Revista en línea]. Disponible: <http://www.dinero.com.ve/230/portada/gerencia.html>. [Consulta: 2009, Agosto 5]
- Mc Kinsey Quartely (2006). Only a quarter of the executives believe in the strategic planning. U.S.A.

- Méndez A, C. (1991). *Metodología: Guía para Elaborar Diseños de Investigación en Ciencias Económicas, Contables y Administrativas*. (10a ed.) Santa Fe de Bogotá, Colombia: Editorial McGraw-Hill.
- Méndez A, C. (2008). *Metodología: Diseño y desarrollo del proceso de investigación con énfasis en ciencias empresariales*. (4a ed.) México: Editorial Limus.
- Méndez R, C (2008). *Responsabilidad social de empresarios y empresas en Venezuela durante el siglo XX*. 2da. Edición. Colombia: Editorial strategos consultores.
- McShane, S. y Von Glinow, M. (2010). *Liderazgo y recursos humanos: Análisis del comportamiento organizacional*. (Ganzinelli, C Trads). Enciclopedia gerencial máster de negocios MBA, vol. 8. Edición especial para el Diario El Mundo Economía y Negocios, en alianza con la Universidad Metropolitana. (Trabajo original publicado en 2005).
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. Dirección de Información y Estadísticas de Salud (DIES). Dirección General de Epidemiología. Gobierno de la Republica Bolivariana de Venezuela. (2008). *Anuario de Mortalidad*. Venezuela.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. Instituto Nacional de Nutrición. Gobierno de la Republica Bolivariana de Venezuela. (2006). *Anuario del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional*. Venezuela.
- Ministerio de Salud. División de Salud de las Personas. Departamento de Programas de las Personas. Programa Salud del Adulto. Gobierno de Chile. (2000). *Normas técnicas. Dislipidemias*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/75fefc3f8128c9dde04001011f0178d6.pdf> [Consulta: 2010, diciembre 15].
- Morr, I (2007). La obesidad: algo más que la cuenta de calorías. Una visión periodística en el marco de la cardiología integracionista. *Revista Gran reportaje*. Vol. 10. Maracay.
- Nin I (2009). Corporeidad y postmodernidad, contexto sociocultural ¿en qué mundo vivimos? *Revista obesidad, síndrome metabólico y trastornos alimentarios*. Sociedad argentina de obesidad y trastornos alimentarios. Vol. 20. N° 1. Pág. 27-33.

Núñez, G. (2003): La responsabilidad social corporativa en un marco de desarrollo sostenible. Serie Medio ambiente y Desarrollo. N° 72. *Revista. Naciones Unidas CEPAL*. CELADE. [Revista en línea]. Disponible:<http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/4/13894/P13894.xml&xsl=/d/maah/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xslt> [Consulta: 2010, diciembre 15]

Núñez R, Peña A, Pacheco B, Sánchez M y Rivera M (2006). Obesidad en pacientes adultos del Municipio Sucre del estado Miranda. *Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica*. Volumen 25. N° 2, pág. 64-66. [Artículo en línea]. Disponible: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-02642006000200005&script=sci_arttext . [Consulta: 2009, Enero 05]

Obesidad en Venezuela. (2010). Obesidad Venezuela. [Documento en línea]. Disponible: <http://obesidad.salud.com/venezuela-obesidad>. [Consulta: 2010, Noviembre 4].

Olivares, M. y Castelán, A. (2010): *La Mercadotecnia Social y los Derechos de los Niños*. Contribuciones a las Ciencias Sociales. [Documento en línea] www.eumed.net/rev/cccsc/08/orcv.htm [Consulta: 2010, diciembre 19]

Ono T, Guthold R, Strong K (2005a). Estimated obesity (BMI 30Kg/m) prevalence females aged 15+, 2010. [Documento en línea]. Disponible: <https://apps.who.int/infobase/Comparisons.aspx> [Consulta: 2011, Abril 26]

Ono T, Guthold R, Strong K (2005b). Estimated obesity (BMI 30Kg/m) prevalence males aged 15+, 2010. [Documento en línea]. Disponible: <https://apps.who.int/infobase/Comparisons.aspx> [Consulta: 2011, Abril 26]

- Organización Mundial de la Salud – O.M.S. (2011). Obesidad y Sobrepeso. Centro de prensa. Nota descriptiva N° 311. [Documento en línea]. Disponible:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>.
[Consulta: 2011, Marzo 19]
- Organización Mundial de la Salud - O.M.S. (2010). Datos y cifras. 10 datos sobre la obesidad. [Documento en línea]. Disponible:
<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/index9.html>.
[Consulta: 2010, Febrero 15]
- Organización Mundial de la Salud - O.M.S. (2009). *Informe sobre salud en el mundo 2002*. [Documento en línea]. Disponible:
http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf . [Consulta: 2010, Febrero 15]
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación – FAO (2000). *Perfiles nutricionales por países: Venezuela*. [Documento en línea]. Disponible:
<ftp://ftp.fao.org/ag/agn/nutrition/ncp/venmap.pdf>. [Consulta: 2010, Noviembre 4]
- Organización Panamericana de la Salud – OPS (2007). La salud de las Américas. Vol1. Regional. . [Documento en línea]. Disponible:
<http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Cap%202.pdf>. [Consulta: 2011, Octubre 14]
- Osuna, J (2005). Salud y democracia. *Revista de la Sociedad Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*. Volumen 3 (1); 3-6. Venezuela.
- Penfold M, Vainrub R, Dohnert S (2009). Volar alto. ¿cómo enfrentan las empresas venezolanas la adversidad?. *Revista Debates IESA*. Volumen XIV. N°3. Caracas. Venezuela.
- Pérez B (Octubre, 2011). Efectos de la urbanización en la salud de la población. Sociedad Latinoamericana de Nutrición. Capítulo Venezolano. Caracas. . [Artículo en línea]. Disponible:

http://www.slan.org.ve/publicaciones/completas/efecto_urbanizacio_salud_poblacion.asp [Consulta: 2011, Octubre 11]

Pizarro, T (2007): Intervención nutricional a través del ciclo vital para la prevención de obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista chilena de Pediatría*. N° 1. Vol. 78. Santiago de Chile. [Revista en línea]. Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062007000100011&script=sci_arttext. [Consulta: 2010, Marzo 4]

Portillo R., Bellorin M., Sirit Y., Acero C. (2008). *Perfil de salud de los trabajadores de una planta procesadora de olefinas del estado Zulia, Venezuela*. *Rev. Salud Pública* 10(1):113-125, 2008. [Documento en línea]. Disponible:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0124-00642008000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=es [Consulta: 2009, Enero 5]

Quigley and Watts Ltd, Thornley L., Quigley R., Watts C., Conland C., Meikle R., Ball J. (Abril 2007) *Evidence Review of Nutrition Social Marketing Interventions to Prevent Obesity*. Presentado por el Consejo del Patrocinio de Salud. Nueva Zelanda [Documento en línea]. Disponible:

<http://www.hsc.org.nz/pdfs/HealthyEatingFinalReport.pdf> [Consulta: 2010, Octubre 25]

Reyno, M (2006). *Actualizaciones para el management y el desarrollo organizacional*. Universidad Viña del Mar. Chile. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.eumed.net/libros/2007a/223/respon-soc.htm>. [Consulta: 2011, Febrero 1]

Reynoso C, Martin L y Dora I (2007). Obesidad y pobreza: análisis nutricional de una caja entregada por el gobierno de la ciudad de Buenos Aires. *Revista obesidad, síndrome metabólico y trastornos alimentarios*. Sociedad argentina de obesidad y trastornos alimentarios. Vol. 18. N° 2. Pág. 19-33.

Ruiz-Fernández, N., y Colaboradores (2009): Cardiometabolic factors in a community located at Valencia city, Venezuela. *Revista de Salud*

Pública. Vol.11. Nº.3. P.383-394. [Revista en línea]. Disponible: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000300007&lng=en&nrm=iso>ISSN 0124-0064.

[Consulta: 2011, Febrero 11]

Schargrodsky H, Hernández-Hernández R, Champagne BM, Silva H, Vinueza R, Silva Ayçaguer LC, Touboul PJ, Boissonnet CP, Escobedo J, Pellegrini F, Macchia A, Wilson E (2008). Study CARMELA: assessment of cardiovascular risk in seven Latin American cities. *Revista de American Journal of Medicine*. Vol. 121 Nº 1: pág. 58-65. [Artículo en línea]. Disponible:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19781089> [Consulta: 2011, Octubre 12]

Sirit Y, Acero C, Bellorín M y Portillo R (2008). Síndrome Metabólico y otros Factores de Riesgo Cardiovascular en Trabajadores de una Planta de Policloruro de Vinilo. *Revista de Salud Pública*. Volumen 10 Nº 2. Pág.: 239 – 249. [Artículo en línea]. Disponible: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n2/v10n2a04.pdf> . [Consulta: 2009, Enero 05]

Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). (2002). Poster sobre prevención y tratamiento de la obesidad. España. . [Documento en línea]. Disponible:

http://www.seedo.es/portals/seedo/obesidadysalud/Poster_Obesidad.pdf . [Consulta: 2010, Mayo 26]

Sotillo, C y Spizzo, R (2003). Evaluación antropométrica nutricional de adultos de una comunidad de damnificados. Vol.28, no.2, p.95-99. [Artículo en línea]. Disponible:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0378-1844200300020006&script=sci_arttext . [Consulta: 2011, Octubre 6]

Thompson D (Julio 2007). The costs of obesity: what occupational health nurses need to know. *AAOHN Journal*. Vol. 55 Nº 7. Pág. 265-279. [Artículo en línea]. Disponible:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17665823> . [Consulta: 2011, octubre 16]

Toro, O y Rey, G (1996). *Empresa privada y responsabilidad social*. 1ra. Edición. Colombia: Ediciones Utópica

Vilchez, M (2008). Planificación estratégica en las PYMES. Tesis de grado para optar Master en Administración en el IESA.

Villasmil, J (2006): *Gerencia y Liderazgo*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.monografias.com/trabajos3/gerenylider/gerenylider.shtml>. [Consulta: 2009, Agosto 05]

WHO Report Obesity (2000). Preventing and managing the global epidemic. WHO consultation on Obesity. Technical series N° 894, Geneva, Switzerland.

World Business Council for Sustainable Development (WBCSD). *El caso empresarial para el desarrollo sostenible*. Cumbre Mundial de Johannesburgo de 2002. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.wbcsd.org/web/publications/business-case-spanish.pdf> [Consulta: 2010, Octubre 15]

ANEXOS

ANEXO A

Modelo de Cuestionario dirigido a Gerentes.

Empresa:

Departamento o Gerencia:

Fecha:

Buen día Lic., solicito su colaboración para que me responda las siguientes preguntas relacionadas con su experiencia en el campo de la gerencia social y/o salud, y la aplicación de programas que promuevan la salud y calidad de vida de los empleados o la comunidad. Este cuestionario es un requisito para optar a la especialidad de gerencia estratégica de negocios para la industria farmacéutica, cosmética y alimentaria de la Universidad Central de Venezuela. Dicho cuestionario no califica respuestas en buenas o malas, por favor siéntase libre de expresar sus opiniones y observaciones.

Toda la información suministrada será tratada de manera confidencial y anónima, y sólo será utilizada con fines académicos.

Las siguientes preguntas pretenden conocer su vivencia sobre responsabilidad social en el campo de la promoción de salud.

1. ¿Cuál(es) programa(s) social(es) ha(n) ejecutado o implantan actualmente la Gerencia de Responsabilidad Social o de salud de su empresa?

2. De haber utilizado algún(as) herramienta(s) o instrumento(s) gerencial(es) para planificar la realización de los programas, ¿cual(es) fueron? y ¿Cuál ha sido el más eficaz y/o el más usado para Uds.?

3. ¿En la gerencia que integra, han realizado programas donde atiendan a personas con obesidad o sobrepeso?

En caso afirmativo, comente en que han consistido. Pase a la pregunta 5
En caso negativo, pase a la siguiente pregunta.

4. Si la empresa no ha ejecutado algún programa de obesidad, ¿le gustaría que la gerencia de responsabilidad social lo implantara?

En caso afirmativo, ¿Qué características cree que debe tener? ¿Desearía que se aplicara en empleados o comunidad?

En caso negativo, ¿por qué?

5. ¿Cuántas personas participan o cree que pudiesen participar en el programa de atención a personas con obesidad?

Gracias por su atención!

ANEXO B

Modelo de Cuestionario dirigido a los profesionales de la salud

Empresa:

Departamento o Gerencia:

Fecha:

Buen día Dr. /Lic., solicito su colaboración para que me responda las siguientes preguntas relacionadas con su experiencia en el campo de la salud y la aplicación de programas que promuevan la salud y calidad de vida de los empleados o la comunidad. Este cuestionario es un requisito para optar a la especialidad de gerencia estratégica de negocios para la industria farmacéutica, cosmética y alimentaria de la Universidad Central de Venezuela. Dicho cuestionario no califica respuestas en buenas o malas, por favor siéntase libre de expresar sus opiniones y observaciones.

Toda la información suministrada será tratada de manera confidencial y anónima, y sólo será utilizada con fines académicos.

Las siguientes preguntas pretenden conocer su vivencia sobre la promoción de la salud en adultos con sobrepeso u obesidad.

1. ¿Ha conocido o participado en programas de promoción de salud que promuevan la atención de pacientes con obesidad? En caso afirmativo, nombre e indique que empresa o institución lo llevó a cabo.

2. ¿Ud. cree que un programa de atención a pacientes con obesidad pueden llevarse a cabo dentro de las empresas privadas? Si, no, ¿Por qué?

3. ¿Cuáles características debe tener un programa de atención al paciente obeso para que éste se motive a participar y logre llegar a su peso saludable?

Gracias por su atención!

ANEXO C

Modelo de Cuestionario dirigido a ___ empleados o ___ pacientes.

Sexo:

Edad:

Fecha:

Buen día, el propósito del siguiente cuestionario es conocer su opinión acerca de los programas que promueven la salud y calidad de vida dirigidos a su comunidad. Dicho cuestionario no califica respuestas en buenas o malas, por favor siéntase libre de expresar sus opiniones y observaciones. Toda la información es estrictamente confidencial y sólo será utilizado con fines estadísticos.

Las siguientes preguntas pretenden conocer su historia de sobrepeso, coloque una X en su respuesta

1. ¿A qué edad percibiste que sobrepasaste tu peso saludable?
 Antes de los 14 años De 25 a 44 años
 De los 15 a 24 años De 45 o más

2. ¿Cuál(es) considera Ud. que es (son) la(s) mayor(es) causa(s) que lo mantienen con exceso de peso?
 Hábitos de alimentación
 Falta de ejercicio
 Enfermedad pre existente
 Stress
 Herencia familiar
 Otro, especifique: _____

3. ¿Has logrado bajar de peso?,

Si ____ No ____

En caso afirmativo ¿cuál tratamiento fue efectivo y por cuánto tiempo?

En caso negativo ¿deseas bajar de peso?

Si ____ No ____

En caso afirmativo ¿Cuánto tiempo a la semana le dedicarías a realizar ejercicios, consultas médicas o terapias de apoyo?

____ Una hora (1) o menos

____ Entre dos (2) y cuatro (4) horas

____ Más de cinco (5) horas

Las siguientes preguntas pretenden conocer sus conocimientos sobre la obesidad, coloque una X en su respuesta

4. la obesidad es:

____ Para toda la vida

____ Puede revertirse

5. ¿La obesidad puede ocasionar otras enfermedades?

Si ____ No ____

En caso afirmativo, ¿cuáles? _____

6. ¿Alguna vez ha escuchado sobre programas para la comunidad que ayuden a bajar de peso o mejorar los hábitos de alimentación?

Si ____ No ____

En caso de ser afirmativo, ¿cuáles? _____

En caso de ser negativa, ¿le gustaría participar? Si ____ No ____

7. ¿Cuáles son los especialistas que te gustaría que participaran en un programa para bajar de peso? Puede escoger una o varias opciones

- Medico
- Nutricionista
- Fisioterapeuta
- Psicólogo
- Farmacéutico
- Entrenador físico
- Chef
- Otros _____

Gracias por su tiempo!

ANEXO D

Programas de Responsabilidad Social en Venezuela:

En Venezuela existen diferentes programas de salud pública que apoyan la atención al paciente con alto riesgo a presentar enfermedades degenerativas no transmisibles del adulto, todas ellas relacionadas con los inadecuados hábitos de alimentación y de estilo de vida. Entre ellos se encuentran:

1. Programa educativo Trompo de los Alimentos (INN). Nuevo modelo de cultura nutricional y alternativa a la pirámide nutricional propuesta por las grandes transnacionales de consumo. Esta propuesta incluye alimentos autóctonos requeridos en las despensas venezolanas según los hábitos de consumo, la producción del campo y las recientes políticas agroalimentarias. Una variante es el Trompo Indígena de Alimentos, herramienta educativa que busca revitalizar, consolidar y fortalecer las costumbres alimenticias de los pueblos originarios, reivindicando sus alimentos propios y sus modos de producción y costumbres ancestrales.
2. Premio Negra Hipólita (promoción en Lactancia Materna del INN), la cual se encarga de premiar tanto a personas naturales como jurídicas a realizar materiales educativos y de campañas para la promoción de lactancia materna, para así prevenir las enfermedades crónicas relacionadas con la mala alimentación.
3. Programa de Salud Endocrino-Metabólica (CAREM), consecuente con los objetivos estratégicos de M.S.D.S de atención a la Salud como parte de la calidad de vida, orienta sus planes de trabajo para dotar a la población de herramientas formadoras de conciencia en cuanto al lugar que ocupa la

OBESIDAD como causa generadora de patologías que constituyen importantes problemas de Salud Pública: diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc.

4. Programa Nacional de Atención integral del niño, niña y adolescente (PNAINNA), se crea con la finalidad de asegurar el acceso universal de la población infantil y adolescente (0 a 19 años) a una atención eficiente, integral, personalizada y de alta calidad, por medio de un conjunto de acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud adecuado a este grupo de edad, e incentivar la activa participación de la comunidad en la identificación de prioridades, la asignación de recursos y la promoción de estilos de vida saludables como parte de un proceso más amplio de construcción de la ciudadanía.
5. Programa 5 al día (Instituto de Ciencias y Tecnología de los Alimentos - UCV en conjunto con la Corporación 5 al día). Agrupa a todos los interesados directos en promover en Venezuela, actividades de producción, distribución, y comercialización de frutas y hortalizas y en la divulgación de los beneficios a la salud asociados con su consumo cotidiano por parte de la población venezolana: universidades, industriales, organizaciones no gubernamentales, sociedad civil organizada, sector oficial y organismos internacionales como OMS/OPS, FAO, etc.

También existen organizaciones internacionales que apoyan esta labor a través de sus programas:

a.- Programa de Enfermedades no Transmisibles de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

a. A través de CARMEN (conjunto de acciones para la reducción multifactorial de enfermedades no transmisibles), formada por Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba y Puerto Rico, se ha expandido y en Argentina, Brasil, Colombia y los Estados Unidos (El Paso, Texas).

b.- Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (OMS)

ANEXO E

MATERIALES A EMPLEAR COMO PARTE DEL MARKETING SOCIAL

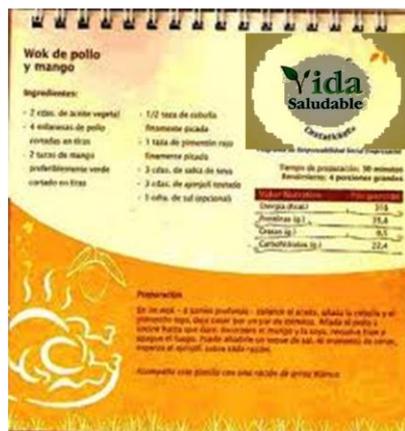
Chemise y Franelas



Mouse Pad y bolígrafos



Cooler y calendarios



Folleto educativos al paciente

Programa GANAS
Guía de ASISTENCIA NUTRICIONAL
Para ALCANZAR LA SALUD



Cuidarte es el hábito más saludable.

Programa GANAS
Guía de ASISTENCIA NUTRICIONAL
Para ALCANZAR LA SALUD



Programa GANAS
Guía de ASISTENCIA NUTRICIONAL
Para ALCANZAR LA SALUD

8 hábitos

para una **VIDA**
Saludable

Programa GANAS
Guía de ASISTENCIA NUTRICIONAL
Para ALCANZAR LA SALUD

Una buena fórmula para llevar un estilo de vida saludable



Programa GANAS
Guía de ASISTENCIA NUTRICIONAL
Para ALCANZAR LA SALUD



Muévete todos los días

Programa GANAS
Guía de ASISTENCIA NUTRICIONAL
Para ALCANZAR LA SALUD

Cuando sientas que estas lleno



Deja de comer

Programa GANAS
Guía de ASISTENCIA NUTRICIONAL
Para ALCANZAR LA SALUD

Mantén el equilibrio



Come balanceadamente

Programa GANAS
Guía de ASISTENCIA NUTRICIONAL
Para ALCANZAR LA SALUD

Se consciente



Come balanceadamente

Programa GANAS
Guía de ASISTENCIA NUTRICIONAL
Para ALCANZAR LA SALUD

Mantén el equilibrio



Come balanceadamente

Programa GANAS
Guía de ASISTENCIA NUTRICIONAL
Para ALCANZAR LA SALUD

El equilibrio perfecto



Una alimentación balanceada