Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Trabajo Social Tesis de Trabajo Social

2003

Sistematización de un proyecto de información para diabéticos y la familia

Mantero, Nelly Beatriz

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/572

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

Universidad Abierta

Biblioteca
Inventario
Vol
Universidad Na
C.S.
Mar del Plata

CREAP: Las Flores

Trabajo Final de Tesis:

"Sistematización de un Proyecto de Información para Diabéticos y la Familia"

- **Alumna:** A.S. Nelly Beatriz Mantero (M.T: 922)
- **Director de Tesis:** Lic. Damián Wrage.
- **Co-Director de Tesis:** Lic. Rubéns Méndez.

Fecha: 2003.

2537
S.S.

A PETY

A MIS HIJOS

A MI ESPOSO

A MIS PADRES

"Nadie podrá negar, en efecto, el doble carácter de competencia profesional y de fidelidad cristiana que debe calificar una acción como la vuestra. En el mundo moderno, de engranajes complejos, el Servicio Social ¿no conquistó de hecho un lugar considerable?. Hoy sus ambiciones son vastas y sus técnicas rigurosas; después de mucho tiempo, ha franqueado el estadio de las iniciativas espontáneas y tiende a fundamentarse sobre los datos mas recientes de la ciencia".

(De la carta de S.S. El Papa Pío XII a María Baers, Vaticano, 25 de Julio de 1950).

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.

PROLOGO

Desde que recibí mi título de Asistente Social, en la ciudad de La Plata en l987 y realicé el juramento hipocrático, no dudé en afirmar que la profesión que había elegido era, es y será mi vocación irrenunciable y por la cual trabajo incansablemente y puedo decir que con felicidad.

El trabajar con personas y para las personas, tratando de lograr su bienestar, con escasos recursos y con políticas sociales macro muy escasas, no es fácil, esto nos exige que pongamos todo nuestro bagaje de conocimiento y que enfrentemos la realidad como un desafío.

Trabajamos con seres humanos y por respeto debemos tener seguridad en lo que hacemos, para lo cual nunca debemos dejar de capacitarnos y aprender más.

A los tres días del mes de marzo del 2003, debo escribir el prólogo de esta "tan anhelada tesis".

No puedo dejar de expresar la satisfacción que me embarga y los recuerdos de todos estos años de gran sacrificio, me invaden y con ellos, siento la presencia espiritual de todos los que ha mi lado fueron testigos de todo mi esfuerzo.

Si hay alguien fundamental a quién debo agradecer, que estuvo siempre a mi lado y no permitió que bajara los brazos: es mi mano derecha, mi amiga, la segunda madre de mis hijos, los que nos conocen saben que es poco lo que puedo decir y que voy a estar eternamente agradecida –GRACIAS QUERIDA PETY.

También debo agradecer a mi padre de su posición celestial me ayudó, a mis hijos y a mi esposo por minimizarle mi dedicación.

Para el lector debo reconocer que opté por estudiar, por capacitarme y cuando uno decide, debe dejar de lado otras cosas.

La meta era clara, pero debí dar mucho de mí y me sentí sola, las carreras a distancia fomentan el sentido de responsabilidad absoluta del alumno y añoramos al profesor cerca para cualquier consulta, el esfuerzo sin dudas es doble.

Debo agradecer a DIOS y compartir con el lector que me siento privilegiada, teniendo en cuenta el momento histórico que se vive en nuestro querido país, porque tengo trabajo y ejerzo la profesión que elegí, puedo aplicar mis conocimientos, crecer intelectualmente, trabajar con libertad, todo esto significa un valor trascendente, que en el momento del agobio, la tristeza y el desequilibrio emocional, debo poner en la balanza y siempre resurgirá la satisfacción.

Merece muy especial consideración la colaboración de la Licenciada en Nutrición María Soledad Cardoso, que con su reciente título, creyó en esta posibilidad de trabajo pudiendo aplicar todos sus conocimientos.

Sin duda desde el inicio del proyecto fue formando parte del mismo, consustanciándose, incluyendo a su padre, el Doctor Camilo Cardoso que también pasó a ser un colaborador incondicional.

Debo reconocer también todo el apoyo que recibí desde mi jefe más directo a la máxima autoridad de PAMI.

INTRODUCCION

Es importante abordar este trabajo teniendo una perspectiva teórica clara y precisa, haciendo explícito que nos proponemos reproducir la práctica conceptualmente, realizar una descripción del ejercicio de la praxis en la implementación de un proyecto y sistematizar reflexionando sobre lo realizado, para que no se pierdan los logros, para revertir posiciones ya tomadas por ciertos colegas que en reiteradas oportunidades manifiestan que nuestra profesión es limitada por: las instituciones donde actuamos, por los planes programas y proyectos que son verticalistas, por las estructuras, porque estamos coaccionados por determinadas políticas sociales, etc.

La experiencia en la implementación de este proyecto demuestra todo lo contrario, ya que se desarrolló dentro de una institución con objetivos claramente determinados, por ser una Obra Social: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (I.N.S.S.J.P) que apoya todo tipo de iniciativas que puedan elevar la calidad de vida de sus afiliados.

Como profesional pude rescatar ese grado de permeabilidad en la estructura, para presentar el proyecto realizado, recibiendo apoyo económico y profesional.

Se puede hacer posible porque estamos trabajando sobre una práctica metódica, un proyecto, acciones realizadas durante todo el año 2000 y parte de 2001, con un grupo de personas que padecen diabetes y su familia.

Para formular dicho proyecto se planteo el problema objeto de intervención que es mejorar la salud de las personas que padecen diabetes, a través de la educación diabetológica.

Desde el inicio de la elaboración del proyecto se involucró a los posibles participantes destinatarios y se comenzaron a trabajar los vínculos que pudieran ser necesarios para la implementación del mismo, articulando los beneficiarios (que saben de sus necesidades y las pueden definir de la vivencia y ayudaran a la direccionalidad del proceso en pos de su satisfacción) con los actores que controlan los recursos, la Asistente Social y todo el equipo interdisciplinario, la institución desde donde se lanza, (PAMI), los diabéticos, la familia, las instituciones que tienen que ver con la salud (Clínicas y Hospital), el área de prevención y la dirección de salud del Municipio y hasta la máxima autoridad local, el Intendente; todos conocieron el proyecto y lo analizaron desde la fundamentación, pasando por los objetivos que eran viables, acotados y fundamentalmente posibles analizándolo desde los recursos, apoyando desde el inicio las acciones. Como en el caso de dos Jornadas que se realizaron abiertas a la comunidad y para profesionales, que fueron Declaradas de Interés Municipal por el Honorable Consejo Deliberante.

Como profesionales nos encontramos frecuentemente con la realidad aflictiva de los enfermos diabéticos, que luchan con la enfermedad propiamente dicha y con su entorno. La familia que debería hacer un esfuerzo para colaborar en la dieta, no se dá por enterada exigiendo todos los esfuerzos al enfermo; en el trabajo, que se ignoran los riesgos y hasta son discriminados por ya padecer las consecuencias visuales y en algunos casos la amputación de algún miembro, o simplemente por ser diabético.

Como profesionales cabe preguntarnos si estamos realmente en conocimiento de cómo podemos intervenir para mejorar la calidad de vida de estos enfermos.

Sin lugar a dudas una de las respuestas sería acentuar la actividad en la prevención, pero el planteamiento de este trabajo se centrará en la persona que ya contrajo la enfermedad y debe tratarse.

Se profundizará la investigación fundamentalmente en la actitud educativa, teniendo en cuenta que la educación del diabético y su familia, en el tratamiento de la diabetes es primordial. Las técnicas que se han empleado son individuales, pero también se ha enfatizado en las colectivas y sociabilizadoras, tendiendo a lograr una educación grupal, sistemática y dirigida.

El objetivo de este trabajo es elaborar propuestas de actuación concretas como Asistente Social.

CAPITULO I

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

Los principios de nuestra profesión o base filosófica, provienen de la corriente humanista, teniendo en cuenta la teoría igualitarista, que consiste en reconocer al otro como un ser pensante, como ente racional "un ser que puede hacerse cargo de su vida y que puede, además darle un sentido moral social a la misma"[1].

Este paradigma científico es el humanismo dialéctico, base filosófica que sustenta, organiza y orienta una ciencia, en nuestro caso del Trabajo Social, como profesión científica del hombre y la sociedad. Humanista porque actuamos sobre todo lo concerniente a lo humano y dialéctica porque nos relacionamos a través del dialogo. Este modelo encuentra también sustento en la teoría de la universalidad producto del diálogo, se da en el encuentro con el otro y en la comunicación con el, deliberación común o razón compartida.

El humanismo dialéctico discrimina planos en la vida social y se hace cargo de la complejidad humana, como de las dificultades del diálogo.

El trabajo social se define por su aplicación al trabajo cotidiano y la atención de necesidades humanas concretas, "se caracteriza por buscar la resolución de problemas y la transformación de situaciones sociales, basándose en una relación dialógica con los sujetos implicados ".[2]

---

[1] Di Carlo Enrique: El Humanismo Dialéctico. Apunte de Cátedra 1997.
[2] Enrique Di Carlo y Equipo: Papeles Científicos de Trabajo Social, Trabajo Social Profesional: El Método de la comunicación Racional. Universidad de Mar del Plata Humanitas, 1997.P 20.

El profesional realizará en forma dialógica y participativa, un análisis crítico racional, de la situación, evaluando recursos, condicionamientos, predisposición, capacidades, jerarquías en el orden de prioridades, intencionalidad, la relación en general con el problema, el vínculo, etc. , todo esto relacionado, analizado en forma crítica, incluyendo las valoraciones, sería el núcleo central metodológico, logrado a través de la comunicación racional. "La comunicación racional proporciona el instrumento metodológico esencial para realizar el proceso especifico de conocimiento en la profesión atención-conocimiento-transformación, que permite identificar la peculiaridad de la síntesis del objeto de trabajo."[3]

"... Este concepto de transformación de situación, no significa que necesariamente el profesional tenga que asumir la responsabilidad de cambiar las condiciones de la realidad, ya que éstas son determinadas por el desarrollo social alcanzado y a su vez, porque depende de la decisión de los sujetos humanos en cuanto desarrollo de su conciencia posible de cambio de la situación".[4]

Estamos capacitados para tratar asuntos humanos concretos, teniendo en cuenta la necesidad y realidad, tratando la situación problema con viabilidad de ser transformada, teniendo en cuenta nuestro "objeto" de trabajo como sujeto de derechos."La idea de que todo ser humano es sujeto de derechos, no está genéricamente asumida y también constituye parte de las tareas profesionales del Asistente Social".[5]

---

[3] Ibid pag.151
[4] Ibid pag. 138
[5] Ibidem pag. 27.

El ejercicio profesional supone que el otro contiene un real potencial, nos tenemos que aferrar a la noción fundamental que la persona piensa y reflexiona acerca de la conducta, hechos y sucesos, y puede orientar su acción, tomar decisiones, planear para su futuro y que con nuestra intervención debemos captar, crear oportunidades y estimular acciones en conjunto.

No podemos dejar de mencionar que nuestro objeto- sujeto tiene su origen y se desarrolla en la experiencia social y que este medio social donde se encuentra involucrado influye directamente sobre él, por lo tanto es una condición indispensable, incluirlo en esa relación dialógica y participativa de la cual ya se ha hecho mención.

No se trata de buscar un vínculo afectivo con los sujetos sino de establecer una comunicación humana racional, comprendiendo juntos la realidad. Para lograrlo el Trabajo Social, debe caracterizarse por escuchar al otro y estar interesado realmente en su situación, aceptar al otro en su situación y reacción. Dado que el afecto hacia el profesional se desarrolla a medida que los sujetos ven en él un ser interesado por comprender y atender sus necesidades. En realidad lo que une el sujeto con el objeto, es la búsqueda de la objetividad del conocimiento.

Toda nuestra practica profesional incluye valoraciones y debemos tener presente los valores primarios, como: la dignidad de la persona humana y la responsabilidad que tienen unos hacia otros.

En las actividades con grupos de personas, tener en cuenta el valor de la cooperación y la iniciativa individual. Y aquí resaltar un valor fundamental

como es el de la libertad de participación y la individualización como una de las principales características del método de trabajo social de grupo.

Con estos principios básicos de acción el trabajador social debe conocer la realidad donde actuará, por lo cual debe formar un juicio fundado –el diagnóstico, entonces sabrá a que atenerse, en este proceso inicial donde se elaboraría un diagnóstico, nos encontramos con factores múltiples que hay que tener en cuenta: personales, familiares, económicos, el medio geográfico, la comunidad, el equipo profesional, el tratamiento..., debemos examinar el problema como un todo, valorando como sostiene Mary Richmon, lo diferente como diferente, con relación al hombre la individualidad y la jerarquización de lo común en él, la sociedad.

Debemos "intervenir como profesionales teniendo en cuenta las comprensiones y las acciones, comprensión de la individualidad y de las características personales, comprensión de los recursos, de los peligros y de las influencias del medio social y la acción directa de la mentalidad de la asistente social sobre la de su cliente y la acción indirecta ejercida por el medio social. Solo como profesionales podremos combinar estas acciones, debido a nuestra formación especializada".[6]

Si profundizamos lo referente a nuestra intervención en forma explicita, debemos reconocer que en la práctica es muy difícil separar las intervenciones, porque de acuerdo a nuestra experiencia y según lo requiera la situación combinaremos las intervenciones, que Cristina de Robertis las define como intervenciones directas e indirectas. Las primeras tienen lugar en la relación

---

[6] Mary Richmon: Caso Social Individual. Buenos Aires. Humanitas. 3° Edición 1962. Pag 69.

frente a frente con la situación problema y las segundas la situación problema se encuentra ausente en la actuación y se realizan para beneficiar la misma. A modo de ejemplo mencionaremos intervenciones directas: apoyo, comprensión de sí mismo, información, consejos, clarificación, la asistencia material, la educación, el consejo, la confrontación, la persuasión, control, estructurar una relación de trabajo con el asistido en relación al tiempo, al espacio y a los objetivos. E intervenciones indirectas: la documentación, la planificación, las intervenciones con el entorno, en este caso la familia, el grupo de trabajo, a comunidad. El trabajo interdisciplinario, la intervención con organismos que tiene que ver con la problemática, los Hospitales, la Obras Sociales, Asociaciones Organizaciones No Gubernamentales, Ministerio de Salud...

Si actuamos ante un problema que es: ¿cómo el diabético enfrenta su enfermedad, incluyendo a su familia y que hace para resolver la situación?, no podemos dejar de reconocer que naturalmente estamos frente a una realidad dinámica y polifacética, y centraremos nuestra intervención en la información y en la educación, de la persona que padece la enfermedad y la familia.

Nuestro accionar debe tener presente:

a) lo que el sujeto desea o necesita: la totalidad de la cobertura en los gastos que le demanda la enfermedad para lograr un adecuado tratamiento, insumos, estudios, controles con especialistas, educación, medicamentos, etc.

b) lo que el Trabajador Social considera soluciones posibles y deseables: insistir en que se cumplan las leyes de protección al diabético, fomentar la educación para el diabético y la familia, a través de equipos

interdisciplinarios, y organizar grupos que podrían funcionar como de autoayuda, asociaciones...

c) lo que la Institución pueda ofrecer: la Obra Social de los jubilados y pensionados, dentro de sus objetivos contempla programas que son base, como es el PAMI (programa de atención médico integral).

Este proyecto forma parte del diagnóstico donde se integra el pensamiento y la acción, teniendo en cuenta los medios existentes, los recursos posibles, viables, sobre los probables, relacionando pasado, presente y futuro, que tienen influencia directa en el accionar cotidiano..

El sistematizar no es un método, es parte del método, lo contiene; sistematizar es como recuperar la realidad desde el registro, a través de la sistematización lograremos la evaluación y produciremos conocimientos. Se perfeccionará el accionar y se puede transmitir a otras personas dicha práctica.

Nos damos cuenta en el momento de sistematizar que tomamos distancia, nos hacemos preguntas desde nuestro accionar, reflexionamos.

En la sistematización describiremos en forma ordenada la praxis y la analizaremos para elaborar los conceptos, teniendo en cuenta los objetivos, determinando en que medida se han logrado, cuales fueron los obstáculos y facilitadores, en cuánto tiempo, que cosa no se ha podido realizar, etc.,. y el impacto que ha causado en la Institución y en la comunidad.

En el proceso de sistematización tendremos en cuenta entonces la descripción, el análisis, y por último la conceptualización.

La sistematización permite redireccionar la práctica constantemente.

Para finalizar lo referente a la praxis profesional es importante resaltar la implicancia de actuar con constancia, con permanencia, con relativa independencia y sin restricciones.

Para lograr este trabajo profesional debemos realizar un examen racional de los recursos y capacidades, como núcleo del accionar metodológico.

Todos estos factores que deben ser analizados, o al menos tenerlos en cuenta desde la consulta inicial, son claves para el proceder futuro, como Asistente Social y parte del equipo, debemos respetar los tiempos de quien padece la enfermedad y debe asumirla, confiar en su potencial, estimular sus acciones, tratando de lograr la calidad de vida que espera como diabético.

Para llegar a realizar un proyecto de educación debemos primero **informar** es decir, transmitir los conocimientos básicos y esenciales sobre la diabetes y sus pilares: plan alimentario, actividad física, medicación y educación.

Cuando hablamos de informar para elevar la calidad de vida al diabético, debemos incluir fundamentalmente a: El diabético, su familia, al equipo de salud, la comunidad, las industrias farmacéuticas, las entidades políticas y de control y los entes financieros.

Trabajamos con un grupo de personas que sufren la misma patología y vivencian en cierta forma similares circunstancias, respetando siempre como aspecto central del trabajo grupal la deliberación común, el intercambio verbal, reflexionando antes de tomar las decisiones. Esta metodología de trabajo fomenta la verdadera comunicación.

Se actúo teniendo como forma de conducción la actitud asesora y educativa, básicamente se confía en la capacidad del grupo para tomar decisiones, interviniendo en los asuntos, sin interferir, se informó los aspectos a tener en cuenta, fomentando la participación, teniendo presente que los grupos bien asesorados tienden a dirigirse naturalmente.

El Asistente Social como educador debe preservar los valores morales y sociales y mantenerlos en toda la intervención .

"El servicio social de grupo es un método de educación y un proceso de desarrollo humano. En manos de un responsable comprensivo y hábil, ese método hasta puede llegar a ser un instrumento de buen entendimiento entre los hombres. La asistente social ayuda a los miembros a reconocer que los valores y normas de los demás, aunque fueren diferentes de los propios, deben respetarse, siempre que estén conformes con la razón y la moral". [7]

A través de la actitud asesora la Asistente Social adopta una posición neutral, acepta al grupo como tal, ayuda al grupo para que se oriente y guié su propio futuro, incentiva las actividades, no interfiere tomando una posición, fomenta la reflexión para que el grupo deduzca sólo, que es lo mejor y lo peor.

"El valor de la actitud asesora radica justamente, en hacer que el grupo sea capaz de tener en cuenta lo lógicamente implicado en las formas y el contenido de las decisiones, de capacitarlo para una observación analítica y valorativa de sus programas y comportamientos".[8]

---

[7] Paré Simone, "Grupos y Servicio Social", Ed. Humanitas, Buenos Aires. Ps 75.
8 Di Carlo, Enrique y Equipo: Trabajo Social con Grupos y Redes. .Bs. As. Lumen Humanitas. 1997, pag 62.

El grupo debe funcionar para lograr los objetivos, teniendo en cuenta sus intereses y necesidades. Todo lo que el grupo desarrolla es un medio para llegar a la resolución del problema, para lo cual hay que tener en cuenta las actitudes personales y los recursos.

Con el trabajo grupal se refleja en cada participante diferentes sentimientos, que van surgiendo y expresando a medida que el grupo crece.

EDUCACIÓN-SALUD

Hablamos de trabajar con grupos de personas que padecen una enfermedad (diabetes), nos debemos referir a que el término no se toma como ausencia de enfermedad, sino como pleno desarrollo de las capacidades del individuo en armonía con su entorno.

La salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive el individuo y la colectividad, se podrían citar infinitas definiciones pero es preciso representar una, que es congruente con el autor de este trabajo, que fue escrita por JULIO FRENCCK : "*la salud es un punto de encuentro ahí confluyen lo biológico y lo social. El individuo y la comunidad, la política social y la económica. Además de su valor intrínseco es un medio para la realización personal y colectiva. Constituye por lo tanto un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar, que es, a fin de cuentas el sentido último del desarrollo*"[9]

---

[9] Frenck Julio II Seminario de Atención Primaria de la Salud. 2002

En este trabajo nos referiremos a la diabetes como una enfermedad crónica, que requiere un tratamiento de largo plazo, y que no es curable.

La organización mundial de la salud afirmó que la educación es la piedra fundamental en el tratamiento de la diabetes y es vital para la integración del diabético a la sociedad.

La educación no solo es una medida preventiva, sino también un medio de rehabilitación y de tratamiento.

La educación es un proceso de enseñanza aprendizaje, a través del cual el diabético y la familia pueden adquirir conocimientos para desarrollar habilidades y destrezas con el fin de elevar la calidad de vida.

Es vital que el diabético y su familia comprenda la importancia que tiene la aplicación de los conocimientos para controlar su diabetes, resolver los problemas relacionados al aumento y descenso de la glucemia y que especialmente se apoyen en el equipo de salud.

Es tan importante que el diabético conozca de su protagonismo, como el mismo tratamiento; es precisamente quién decide que comer, si hace la actividad física, si se realiza los controles, si concurre al equipo ante cualquier duda o problema, etc...

¿Por qué Educar al Diabético?

- Para vivir más y mejor. La cantidad de años de vida es importante, pero la calidad también.
- Para ayudar al paciente a manejar la diabetes y desarrollar menos complicaciones y días de enfermedad.
- Para enfrentar los problemas de la vida moderna.

- Para que la carga económica sea menos para sí mismo, la familia, la comunidad y el sistema sanitario del cual depende.
- Para que la vida resulte más productiva y útil.
- En esta era de litigios, el foco legal implica cada vez más que el paciente mal informado podría sé un demandante potencial.

Es importante aclarar que la educación en diabetes es una disciplina formal en muchas partes del mundo, como en Suiza y Alemania .

PREVENCION – Primaria, Secundaria, Terciaria

La prevención de la Diabetes Mellitus implica el conjunto de acciones adoptadas para evitar su aparición o progresión

La estrategia de aplicación, el diseño y la evaluación de las acciones de prevención deben ser revisadas periódicamente con criterio regional, y adaptadas al medio y recursos existentes.

Prevención primaria

Tiene como objetivo evitar la iniciación de la enfermedad.

En la práctica, prevención es toda actividad que tenga lugar antes de la manifestación de la enfermedad con el propósito especifico de prevenir su aparición.

Se proponen dos tipos de estrategia de intervención primaria

a) En la población general:

Medidas destinadas a modificar el estilo de vida y las características socioambientales que, unidas a factores genéticos, constituyen causas

desencadenantes de la diabetes

Varios factores de riesgo para los diabéticos no insulinodependientes son potencialmente modificables: obesidad, sedentarismo, dislipidemia, hipertensión arterial, tabaquismo y nutrición inapropiada.

Puesto que la probabilidad de beneficio individual a corto plazo es limitada, es necesario que las medidas poblacionales de prevención sean efectivas a lo largo del tiempo.

Las acciones de prevención primaria deben ejecutarse no sólo a través de actividades médicas sino también con la participación y compromiso de la comunidad y autoridades sanitarias, utilizando **los medios de comunicación masivos existentes en cada región** (radio, prensa, televisión, etc.)

b) En la población de alto riesgo:

La intervención será especialmente no farmacológica y consistirá en:

- Educación para la salud (folletos, revistas, boletines, etc.)
- Prevención y corrección de la obesidad (dietas con bajo contenido graso y azúcares refinados y alta proporción de fibras)
- Precaución en la indicación de fármaco diabetogénicos (corticoides).
- Estimulación de la actividad física

Individuos de Alto Riesgo

- Obesos
- Con antecedentes de Diabetes Mellitus en familiares de primer grado
- Mujeres con antecedentes de hijos macrosómicos (más de 4 Kg.) y/o antecedentes obstétricos patológicos
- Menores de 50 años portadores de enfermedad coronaria

- Dislipidémicos
- Miembros de grupos étnicos con elevada prevalencia de Diabetes Mellitus no insulinodependiente (DMNID)
- Pacientes con hipertensión arterial
- Mayores de cuarenta años de edad

Prevención Secundaria

Es la que ponemos en practica en la etapa posterior inmediata al diagnóstico.

Todos los esfuerzos de la prevención secundaria están destinados a individuos ya diagnosticados como diabéticos.

Tiene como objetivos:

- Procurar su remisión, cuando ello sea posible.
- Prevenir la aparición de complicaciones agudas y crónicas.
- Retardar la progresión de la enfermedad.

Las acciones para cumplir los objetivos propuestos se fundamentan en el **control metabólico óptimo de la enfermedad.**

Fundamentalmente la prevención secundaria apunta a los cuatro pilares del tratamiento de la diabetes

1. Insulina o Medicación Oral y Autocontrol
2. Plan de Alimentación
3. Actividad Física
4. Educación Diabetológica

Prevención Terciaria

Esta etapa comienza aplicarse cuando, debido a la evolución de la enfermedad el paciente padece alguna complicación.

Tiene como objetivos:

- Detener o retardar la progresión de las complicaciones crónicas de la enfermedad.
- Evitar la discapacidad del paciente (insuficiencia renal, ceguera, pie diabético, etc.
- Impedir la mortalidad temprana.

Estas acciones requieren de la participación de profesionales especializados en las diferentes complicaciones.

CAPITULO II

DIABETES

La palabra diabetes es de origen Griego y significa sifón (del verbo diabainien, pasar a través), es decir que el líquido ingerido por el organismo, no permanece en el cuerpo, eliminándose rápidamente, por cuanto usa el cuerpo como una escalera, por donde se escurre de él..., produciendo sed intensa.

Se la conoce con el nombre de Diabetes Mellitus, por el sabor dulce de la orina, que fue descubierto alrededor del año 500 a.c y redescubierto en el año l674.

La diabetes es una alteración metabólica caracterizada por un aumento de azúcar en la sangre (aumento de la glucemia) por sobre el valor normal (en ayunas hasta 110 miligramos por decilitro), en ocasiones el aumento de la glucemia no produce ninguna alteración, por lo que se la define como una "enfermedad silenciosa", "asintomática".

Las causas de la diabetes no están todavía perfectamente aclaradas, puede resultar como consecuencia de factores hereditarios y ambientales (virus, tóxicos, sobrealimentación...) que a menudo actuando conjuntamente, producen el llamado déficit de insulina.

La herencia tiene un papel importante en la aparición de la enfermedad, sobre todo en el caso de la diabetes Tipo 2.

Todas las personas pueden padecer esta enfermedad, en personas predispuesta hay factores que son desencadenantes: la obesidad, la

sobrealimentación, el sedentarismo, el embarazo, el estrés, ciertos medicamentos (corticoides, diuréticos, etc.), Infecciones graves, las pancreatitis, el envejecimiento.

La diabetes se diagnostica a través de un análisis de sangre; no siempre se manifiesta con los mismos síntomas, estos pueden manifestarse o no, por ello se la llama la enfermedad silenciosa y|o asintomática; algunos de los síntomas cardinales son: sed intensa (polidipsia), apetito exagerado (polifagia), micción frecuente (poliuria), cambios de la visión, cansancio o debilidad, adelgazamiento brusco, mala cicatrización de las heridas, infecciones a repetición.

La glucosa pertenece a un grupo de sustancias químicas denominadas hidratos de carbono, glúcidos o azúcares. La glucosa es de gran importancia para las células del organismo, ya que estas la utilizan como fuente de energía, esta es para el organismo como la nafta para un motor. Los vasos sanguíneos son los que la distribuyen a través del organismo.

La glucosa proviene de los alimentos que ingerimos, la concentración en sangre está en relación directa, con la entrada de glucosa al organismo (alimentación) y consumo (ejercicio, metabolismo basal). El nivel de glucemia en sangre debe ser suficiente para asegurar el buen funcionamiento de todos los y órganos del cuerpo, especialmente del cerebro.

Respecto a los tipos de diabetes se pueden encontrar diferentes clasificaciones, para nuestro trabajo mencionaremos las más conocidas:

1. **Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1):** insulino dependiente, es aquella que el páncreas no produce insulina o lo hace en cantidades muy escasas. Deber

inyectarse indefectiblemente insulina. Aparece principalmente en niños y jóvenes

2. **Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2):** se debe a una disminución en la secreción de la insulina y|o insulinoresistencia, puede ser tratada con pastillas hipoglucemiantes o con dieta y ejercicio, puede ocurrir que requieran insulina hasta controlar los niveles de azúcar en la sangre. Se desarrolla generalmente en adultos de más de 40 años.

3. **Diabetes Mellitus Gestacional (DMG):** Involucra sólo a mujeres que desarrollan una diabetes durante el embarazo únicamente.

Para el tratamiento de la diabetes se tienen en cuenta los siguientes pilares: Educación, Plan Alimentario, Actividad Física y Medicación (puede no ser necesaria).

Si se habla de diabetes su diagnóstico, tratamiento, los tipos, surge indefectiblemente el tema de las complicaciones, cuya aparición se debe en un gran porcentaje a una diabetes mal controlada, mal tratada y en menor porcentaje por estar mal diagnosticada.

Hace tiempo se pensaba que las complicaciones de la diabetes eran inevitables y que estaban asociadas a la enfermedad en sí y que no tenían relación alguna con el grado de control de la glucemia. Hoy día se sabe que las complicaciones pueden ser prevenidas, y deben serlo, mediante el control adecuado de la glucemia.

Las complicaciones pueden ser agudas o crónicas

Complicaciones agudas:

- Hipoglucemia: disminución de la glucemia (menos de 60mg%)

- Hiperglucemia: aumento de la glucemia (más de 140 mg%)
- Cetoacidosis: falta acentuada de efecto insulínico

Complicaciones crónicas:

- Retinopatía: complicaciones oftalmológica
- Pie diabético: complicaciones en los pies
- Nefropatía: complicaciones renales
- Neuropatía: complicaciones neurológicas
- Micro y macroangiopatía: complicación en los vasos sanguíneos.

(Estos conceptos se amplían en este mismo Capítulo –EL DIABÉTICO CON OTRAS PATOLOGÍAS Y COMPLICACIONES)

En todo el mundo se reconoce esta enfermedad como un importante problema de sanidad pública, fundamentalmente en Latinoamérica, la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, hoy es una prioridad, antes la mayoría de los recursos se destinaban a los problemas materno infantiles.

Las conquistas principales en este siglo han sido alcanzadas mediante la prevención.

Es importante mencionar que la Declaración de las Américas sobre la Diabetes (DOTA), co-patrocinada por la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S) y la Federación Internacional de la Diabetes (I.D.F), respaldada por la Industria Farmacéutica, realizada en Agosto de 1996, dio un gran impulso para el desarrollo de programas Nacionales de diabetes.

La Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) también formó parte, y a través de un comité permanente sigue implementando los planes propuestos en el documento.

Podrían resumirse en diez puntos:

1. Reconocer a la diabetes como un problema de salud pública serio, común, creciente y costoso.
2. Desarrollar estrategias nacionales de diabetes que incluyan metas especificas y mecanismos de evaluación de resultados.
3. Elaborar e implementar programas nacionales de diabetes.
4. Destinar recursos adecuados, apropiados y sostenibles a la prevención y manejo de la diabetes.
5. Desarrollar e implementar un modelo de atención integral de la diabetes que incluya educación.
6. Asegurar la disponibilidad de insulina, otros medicamentos y elementos para el autocontrol.
7. Asegurar que la persona con diabetes puede adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para cuidarse a sí misma.
8. Desarrollar organizaciones nacionales que alerten a la comunidad sobre la importancia de la diabetes y la involucren en los programas.
9. Desarrollar un sistema de información que permita evaluar la calidad de la atención prestada.
10. Promover alianzas estratégicas entre las organizaciones involucradas en el cuidado de la diabetes.

En E.E.U.U se creó una comisión Nacional de la Diabetes aproximadamente en 1976 y esto fue una conquista que estimuló a otros gobiernos a reconocer su responsabilidad en la resolución de este problema.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) promueve la adopción de campañas para proteger a millones de personas. Según esta organización el aumento de la diabetes a llevado a muchos países a una inadmisible tasa de mortalidad.

Es posible prevenir millones de casos de diabetes y salvar muchas vidas.

Los expertos afirman que el aumento de esta enfermedad se debe en gran medida al desarrollo de estilo de vida no saludable por:

- Dietas ricas en grasas saturadas.
- Poca actividad física (sedentarismo).
- El aumento de la obesidad.
- Estrés de origen social, cultural y económico.

La diabetes se asocia con un aumento de la mortalidad, con alto riesgo de desarrollar ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, complicaciones oculares, nerviosas y amputaciones.

Todas ellas conducentes a invalidez y a muerte prematura.

La diabetes es la 4° causa de mortalidad general en el país.

Estadísticamente existen 50% de diabéticos que desconocen su situación.

Desde 1994 se ha tomado conciencia a nivel mundial y se realizó en la sede central de la OMS en Ginebra la 1° Reunión Mundial de Programas Nacionales.

En México por ejemplo la diabetes tipo 2 ha adquirido proporciones epidémicas por lo que las recomendaciones de prevención son para toda la población. Dichas recomendaciones son:

- Evitar el sobrepeso
- Practicar ejercicios

Hoy día la diabetes se ha convertido en uno de los problemas más acuciantes de la salud a nivel mundial, se estima que existen en el mundo más de 100 millones de pacientes diabéticos.

En Argentina la prevalencia de la diabetes es del 5% al 7%, el 10% de todos los diabéticos son insulino dependientes (Tipo 1) y el resto son no insulino dependientes (Tipo 2), específicamente el tipo 2 es el que tiende a aumentar, estimando que en los próximos 10 años se duplicará.

La tendencia es enfocar la profilaxis en el área de las complicaciones crónicas, para la cual se considera fundamental la constitución de un **equipo de salud** que abarque no solamente los aspectos médicos sino también los sociales y culturales, y lograr que en cada lugar del país existan equipos capacitados.

Y se da relevante importancia a identificar al diabético no insulino dependiente en la etapa asintomática.

Si bien la diabetes no es curable, con un tratamiento adecuado es controlable, y este control permite a quien la padece, desarrollar una actividad

no muy distinta a la de los no diabéticos y llevar una vida productiva y satisfactoria.

La evolución de la diabetes es variable y depende de muchas circunstancias. La más importante de todas es el grado de control metabólico del enfermo.

Este control depende de los medios y métodos empleados, la posibilidad y dedicación del paciente en aplicarlos y de las condiciones socioeconómicas del ámbito en el que vive.

Para usar adecuadamente las medidas terapéuticas, el paciente y su familia deben conocer el trastorno que padece, la forma de utilizar la alimentación, la medicación que se le indica y como evaluar los resultados del tratamiento a través de los controles realizados por ellos mismos.

El diabético es una parte del equipo médico que tiene a su cargo el tratamiento y cuanto más colabora, mejores son los resultados que se obtienen.

Tanto el diabético como sus familiares deben ¡conocer!, para ser ejecutantes conscientes e idóneos de las indicaciones médicas que reciban, logrando un actuar interrelacionado, con una participación y correlación entre el equipo-médico-paciente-familia, el diabético obtendrá el bienestar físico y psíquico que se merece.

La piedra fundamental del tratamiento actual del diabético es la colaboración del paciente, su familia y el equipo médico.

Los intentos por elevar el conocimiento y motivar la **educación** de los enfermos y su entorno (familia), demuestran resultados positivos.

Desde 1923 se destaca la importancia de la educación y Elliot P. Joslin uno de los pioneros, la consideraba parte del tratamiento de la diabetes.

Sin embargo los médicos que se dedican a esta especialidad reconocen que no se prescribe la participación de un programa educativo, como se prescribe un plan alimentario.

"Recién en las últimas dos décadas la educación, en sus formas específicas de comunicación pedagógica (difusión e instrucción) adquiere mayor prestigio"[10]

En numerosas publicaciones científicas se muestran los resultados positivos sobre todo de la educación grupal y estructurada y la modalidad individual en menor grado. Como podría mencionarse: "La American Association of Diabetes Educators", es una organización profesional dedicada a mejorar la competencia de los profesionales sanitarios dedicados a la enseñanza del paciente diabético, al avance de la educación sobre diabetes como especialidad y a la mejora de la calidad en la educación y el cuidado del paciente diabético.

En la educación se debe involucrar la familia, la comunidad y el equipo de salud, la familia debe participar necesariamente para facilitar la ejecución de las medidas de prevención y tratamiento y evitar conflictos.

La educación debe servir como ensamble del método terapéutico tradicional (plan de alimentación, hipoglucemiantes orales, actividad física), para que complementariamente se alcancen los objetivos de controlar la enfermedad y prevenir la aparición de complicaciones.

---

[10] Maximino Ruiz: Diabetes Mellitus. 2° Edición. Bs.As. Librería Akadia Editorial, 1994, pág. 312

La educación se plantea pensando en mejorar la calidad de vida, pero también en disminuir los costos del tratamiento de la enfermedad.

¿QUÉ ES SER DIABETICO?

Es diabético todo aquel individuo en quien su organismo no dispone de suficiente acción de una hormona, **la insulina**, por un período más o menos largo de tiempo y que muchas veces es permanente.

Esa carencia puede ser mínima o puede ser total con grados intermedios. Pero todos los diabéticos en mayor o menor cuantía, tienen comprometida su salud, sus posibilidades de vivir sin padecimientos físicos y probablemente ven acortada su existencia.

Todas estas posibilidades negativas pueden ser corregidas con un tratamiento adecuado y una conducta disciplinada.

Pero ser diabético no significa ser inválido; adquiriendo normas de vida y una terapéutica adecuada, puede ser un miembro más de la sociedad a la que pertenece sin diferencias apreciables con sus semejantes.

La comprensión de su situación, tener conocimientos básicos sobre la afección que padece, la adquisición de ciertos hábitos y el dominio de algunas técnicas, le permitieron aprovechar al máximo las posibilidades terapéuticas, que están a su alcance, con lo cual podrán desarrollar sus aptitudes y gozar de la vida.

El hecho de padecer una enfermedad crónica, incurable provoca en el individuo que la sufre y su familia un impacto emocional intenso y lo somete a un nuevo enfoque de su existencia, que debe ajustarse a una disciplina no

siempre fácil de aceptar. "Como todo individuo, el diabético vive en constante contacto con su familia y la sociedad. Las dos son necesarias para una vida completa y ambas reaccionan ante la presencia de la afección. Cuanto más sepan éstas respecto de la enfermedad y no se desentiendan de ella, más fácil le será al diabético seguir su tratamiento".([11])

La educación diabetológica de la familia es un elemento muy importante en este tratamiento, indispensable en el caso del niño diabético, hasta que sea capaz de actuar independientemente.

Además del apoyo familiar, la aceptación del diabético como un miembro más de la familia, sin privilegios ni rechazos, hace mucho a favor de una actitud correcta frente a la vida, lo que le permite desenvolverse igual que una persona no diabética y gozar plenamente de las oportunidades que se le ofrecen, como a todo ser humano.

Se debe tener en cuenta también los objetivos de un plan alimentario en el tratamiento del diabético:

Restablecer según el estado nutricional y mantener un normal estado de nutrición expresado a través del peso corporal y de la normalidad de la glucemia.

- Evitar hipoglucemias e hiperglucemias.
- Suprimir los síntomas si los hubiese.
- Tratar de evitar o alejar la aparición de las complicaciones tardías.
- Permitir al diabético una vida plena y útil.

---

[11] Dr. 9 Dr.Isaias Schor. Dr. Saul Senderey: Vivir Como Diabético. 5° Edición. Bs.As. Argentina. Ed.Celcius.1996.pag 31.

- Basarse en la educación alimentaria.

ASPECTO LABORAL

El hecho de ser la diabetes una enfermedad crónica con posibilidad de complicaciones importantes a influido desfavorablemente en la empleabilidad del diabético. Hay una tendencia a rechazar su solicitud de empleo cuando se descubre la enfermedad que padece ya que los empleadores temen un alto índice de inasistencia, períodos prolongados de incapacidad laboral y una mayor posibilidad de accidentes de trabajo.

Se debe recomendar la búsqueda de trabajo con escaso riesgo donde pueda realizar el tratamiento correctamente. Este aspecto está contemplado en la Ley Provincial y posteriormente en la Ley Nacional.

Haciendo referencia a la actualidad de nuestro país el diabético está protegido por una Ley Nacional de Diabetes N°23753/89 y previo a ésta en 1986 se formuló la Ley de la Provincia de Buenos Aires N°11620/86 que ampara a todos los habitantes que padecen diabetes, garantizando la provisión gratuitas de insumos, medicamentos, análisis de laboratorio, etc.

La implementación de dichas leyes todavía está siendo acordada por cada autoridad competente ya sea en obras sociales, medicinas prepagas y/o en el ámbito Estatal, Nacional o Provincial.

Ya hemos planteado que es esencial que en el tratamiento de diabético tengamos en cuenta la educación, ¿Cómo podríamos llegar a que el paciente realice la dieta, los ejercicios, los autocontroles, la medicación, etc., ? para esto

el paciente debe estar informado, motivado, concientizado..., porque él es el real protagonista de su problema, esta afirmación ya fue proclamada en la Declaración de Saint Vincent (1989), se afirmó que "ninguno de los objetivos que se proponen podrá cumplirse a menos que se desarrollen programas efectivos de educación en todos los niveles asistenciales y hace referencia al papel estratégico de la Atención Primaria.

Desde que conoce de su enfermedad el diabético debe ser sujeto activo del equipo de salud, lo importante es lograr que aprenda a convivir y actuar en relación con su enfermedad, ejerciendo sus derechos y libertades., acceder a los conocimiento esenciales de su enfermedad.

No debemos creer que esto resuelve todos los problemas, pero si debemos saber que si trabajamos en equipo es porque estamos conociendo que esta es la única forma mundialmente aprobada y alentada, para la atención de la persona que padece diabetes.

El equipo interdisciplinario para la atención de una persona que padece diabetes debe estar compuesto por un médico, una nutricionista, podólogo, asistente social, enfermero y psicólogo.

ESTAMOS FRENTE A UN GRAN DESAFIO, NO EXENTO DE DIFICULTADES

EL DIABETICO

"En la perspectiva de una medicina sintética y global, cualquier enfermedad tiene su dimensión psicológica y social, tan justificada como la anatómica y fisiológica" ([12])

Es por ello que se debe enfrentar la diabetes de la óptica del diagnóstico y tratamiento y su portador el enfermo diabético.

Numerosos estudios permiten afirmar que no es demostrable una estructura de la personalidad específica entre los enfermos diabéticos.

A la mayoría de los diabéticos al conocer el diagnóstico, experimentan un fuerte impacto emocional y lo somete a un nuevo enfoque de su existencia, porque saben que deben ajustarse a cierta disciplina no siempre fácil de aceptar.

Cuando recibe la noticia que es diabético y conoce algo de esta enfermedad se produce un shock, una negación, y la postura es: "puede que me dio alta la glucemia una o dos veces y eso no significa que sea diabético".

El temor es fundado en reconocer que es una enfermedad incurable, irreversible, crónica y que puede derivar en complicaciones gravísimas: ceguera, amputación de miembros inferiores, diálisis, etc., y por lo general esta preocupación no se comparte con el resto de la familia.

El conflicto que produce el ser diabético incluye, el cambio de hábitos y la restricción alimentaria.

---

[12] R. Gfeller y J.-Ph. Assal: Como Vive su Enfermedad el Diabético. Editor resp. Productos Roche S.A.Q.e I Año III N° 7, Marzo 1982, pag 1

Experimentan un sentimiento de injusticia y una pregunta clave ¿porqué a mí?, y la rebeldía interior expresada en , "no hago el tratamiento si yo me siento muy bien".

Otros de los sentimientos relevantes es el de la soledad ante la enfermedad, ¿con quién comparte sus miedos, sus preocupaciones? sin significarle un problema más para la familia..

Muchos no aceptan las limitaciones de su estado de salud, las obligaciones impuestas para un tratamiento realmente complejo, pruebas de orina, control de glucemia, plan alimentario diario, sin justificar esperanza de curación.

El diabético ve su enfermedad limitativa en lo social, si lo invitan a comer le hacen una comida especial, o le dicen "un día que te va hacer", o le preparan un menú totalmente dietético, comparando con el menú que los otros disfrutan, sintiéndose discriminado o diferente.

Ven a la enfermedad como si llevaran una etiqueta y no le es fácil aclarar, soy diabético.

Lo expresado nos da la pauta de lo difícil que es aceptar la enfermedad y si lo logra es muy factible que su aceptación no sea definitiva, pasando por fases positivas y negativas; la aceptación puede ser parcial, acepta la dieta o plan alimentario, y no el tratamiento con las inyecciones, que al saber que es la única forma de supervivencia, se resignan....

El factor psicosomático ya no se admite como único desencadenante, el factor psicológico también se lo considera como otro de los factores en una perspectiva de causalidad multifactorial.

Se menciona que una de las situaciones más frecuentes es la depresión vinculada a la "perdida de un objeto", fallecimiento de alguien fuertemente ligado afectivamente, fracaso profesional, divorcio, enfermedad de un ser querido...

Y se tiene en cuenta también otros factores la edad, la obesidad, la falta de actividad física, etc.

Una forma esquemática de desarrollar estos sentimientos es la propuesta de Freud S., que desde un vocabulario psicoanalítico lo define "Trabajo de Duelo" describe tres momentos:

1. La negación de la realidad.
2. Depresión.
3. Adaptación a la realidad nueva.

Otros autores lo definen como una fase de rebeldía describiendo cinco estadios :

1. Shock y rechazo (no, a mí, no)
2. Indignación, cólera (y, ¿porqué yo?)
3. Regateo (si, pero...)
4. Depresión
5. Estadío de la aceptación activa

No podemos dejar sin mencionar otro de los sentimiento que por lo general el diabético experimenta y estamos hablando del prejuicio hacia la enfermedad (diabetes) que está instalado en la sociedad también y el mismo diabético demora en reconocer su patología, la niega, la oculta, ... se siente

discriminado, y para revertir este sentimiento se debe insistir en el trabajo comunitario haciendo un trabajo exhaustivo, con continuidad, abierto, tendiendo siempre a informar para que se produzca la aceptación y si se emiten juicios se basen en el conocimiento previo.

Todo lo expuesto que influye negativamente en la persona es factible de cambio, de transformación, a través de la educación.

Cuando el diabético se informa comprueba que los cambios en el tratamiento son significativos y que puede dilucidar todos los mitos arraigados, con respecto a la enfermedad: ya no se habla de alimentos prohibidos, sino en más o menos permitidos, no se habla de dieta que implicaría restricciones, se habla de plan alimentario, se trata la patología globalmente por un equipo interdisciplinario, el protagonismo fundamental lo tiene el paciente y siempre se incluye la familia (su entorno), es decir que la responsabilidad del tratamiento es compartida: paciente, familia, equipo de salud.

EL DIABETICO CON OTRAS PATOLOGIAS O COMPLICACIONES

En los diabéticos las complicaciones referentes a otras patologías son mucho más frecuentes, esto puede ocurrir por la falta de un perfecto equilibrio metabólico, que no es fácil obtener por dos motivos fundamentales.

Por cuidados insuficientes, por no estar bien tratado, por esperar el limite de la situación para la consulta, etc.

Por lo difícil que resulta de imitar la secreción normal de insulina (que es la falta principal de la diabetes).

Algunos órganos se afectan más precozmente, los ojos, el sistema nervioso, el riñón y las vías urinarias, el corazón, las arterias y las articulaciones, sobre todo los pies.

Las complicaciones pueden ser agudas o crónicas

Complicaciones agudas:

- Hipoglucemia: disminución de la glucemia (menos de 60mg%), esta complicación aguda se puede producir sólo en los diabéticos que están tratados con hipoglucemiantes orales o con insulina
- Hiperglucemia: aumento de la glucemia (más de 140 mg %)
- Cetoacidosis: es la etapa final de una diabetes descompensada, en la orina se hallan cuerpos cetónicos, se puede detectar con tiras reactivas en orina. Se caracteriza por hiperglucemia, deshidratación grave y acidosis metabólica (cuerpos cetónicos).

Complicaciones crónicas

- **Retinopatía:** complicaciones oftalmológica, son de alta prevalencia y severidad. Entre un 20% y 80% la padecen. La diabetes es la segunda causa de ceguera en el mundo.
- **Pie diabético:** se denomina "pie diabético" a diversos tipos de lesiones que se pueden presentar en los pies, a consecuencia de la asociación de enfermedad vascular periférica, neuropatía, deformaciones ortopédicas, infecciones y traumatismo.
- **Nefropatía:** complicaciones renales, está presente en el 15% al 20% de los diabéticos Tipo 2, de larga evolución. Aquí se debe hacer mención que la

insuficiencia renal avanzada, debe tratarse con diálisis peritoneal o hemodiálisis.

- **Neuropatía:** Lesiones nerviosas, la más común es la neuropatía periférica, que afecta a los miembros inferiores, la mayoría de los pacientes desarrollan pérdida progresiva de la sensibilidad, adormecimiento, frialdad, que pueden originar lesiones en los pies que pasan desapercibidas. En etapas finales se lleva a complicaciones como las úlceras y las amputaciones.
- **Micro y macroangiopatía:** complicación en los pequeños y grandes vasos sanguíneos, riñones, vista, cardiopatía, pie diabético...

Describir a grandes rasgos las complicaciones tiene como significado, el dimensionar en que medida se justifica el "gran temor" a padecer esta enfermedad.

Otras Patologías:

- **Enfermedad coronaria**: es más frecuente, más precoz y más severa en el diabético. Algunos de los factores de riesgo cardiovascular como la obesidad, la hipertensión y la dislipemia son más frecuentes y a un mismo grado de severidad producen mayor riesgo de eventos cardiovasculares en la persona con diabetes.
- **Dislipemias:** hasta un 80% de las personas con diabetes Tipo 2 tienen algún tipo de dislipemia, como la hipercolesterolemia, y la elevación de los triglicéridos y la dislipidemia mixta (hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia) es hasta tres veces más frecuente que en la población general.

- **Hipertensión arterial:** la hipertensión arterial afecta a un 20% de la población general, pero compromete hasta un 50% de las personas con diabetes, se puede acotar que el valor optimo debe ser de: Tensión Arterial sistólica (mmHg) 120 y Tensión Arterial diastólica (mmHg) 80.

CAPITULO III

UBICACIÓN ESPACIAL: LOCALIDAD DE ROQUE PÉREZ

Situación socioeconómica, institucional y geográfica:

El trabajo se desarrolló en la Localidad de Roque Pérez, Provincia de Buenos Aires, ubicada a 135 km. de la Capital Federal. Cuenta con 10.000 habitantes aproximadamente. Está subdividida geográficamente en ocho cuarteles rurales, cuatro parajes y una localidad (Carlos Beguerie con 300 habitantes).

Administrativamente se encuentra regido por una Intendencia Municipal y una Delegación Municipal en Carlos Beguerie.

La actividad central económica es la agrícola ganadera, destacando la avicultura como una industria arraigada hace muchos años y en menor escala la explotación de cerdos, la crianza de lechones, engorde y elaboración de chacinados; la producción lechera y la apicultura es producción de un grupo muy reducidos de productores. Actualmente en las áreas de producción se está implementando el engorde intensivo de ganado vacuno y porcino en pequeñas parcelas de tierra.

Un de las características relevantes de esta zona rural, es la división de las tierras en pequeñas y medianas parcelas, que son explotados en un 100% por varios rubros alternados, obteniendo producciones pequeñas no les permite competir en los grandes mercados, teniendo como la alternativa más viable, la de contactarse con intermediarios que comercializan prior izando sus intereses.

En el ámbito de salud cuenta con un Hospital Municipal, dos salas de primeros auxilios ubicadas en la zona rural, una Clínica privada de menor complejidad y un centro de estudios, las obras sociales más destacadas en números de afiliados son IOMA (1500 afiliados) y en segundo lugar PAMI (1400 afiliados).

En lo educacional cuenta con 28 escuelas primarias, 3 jardines de infantes, 2 polimodal, 1 escuela nocturna, 1 escuela especial y 1 Instituto de formación docente y un taller protegido. En el aspecto religioso la mayoría de la población profesa el culto Católico Apostólico Romano, registrándose 1 Iglesia católica y tres capillas, y la minoría profesa otros cultos destacándose el evangélico. En lo cultural, se cuenta con 1 Centro cultural y una biblioteca pública. Respecto al turismo en estos últimos años se le dio relevante importancia a la casa natal del General Juan Domingo Perón realizando difusión a nivel nacional repercutiendo favorablemente, la convocatoria turística más importante es la práctica de la pesca en el Río Salado y laguna "El Esparto", debido a las proximidades de Capital Federal, con la construcción de la autopista, es aprovechado como miniturismo de fin de semana. En el aspecto recreativo cuenta con 4 clubes deportivos, un Country privado, 4 traguerías, 1 boliche bailable y 6 bares.

Como instituciones intermedias se destaca una Asociación de Jubilados por las actividades diarias que desarrollan, cuenta con 500 socios, la actividad de Cáritas Parroquial, un Centro de atención integral para niños, un comedor escolar y la Sociedad Italiana.

Los medios de transporte a nivel local se circunscribe a remises particulares y respecto a mediana y corta distancia, minibuses privados.

Los medios de comunicación orales y escritos, que se registran son: 1 FM, un canal de cable circuito cerrado, un semanario y también se cuenta con un corresponsal del diario la Mañana (regional de la localidad de 25 de Mayo) y del semanario la Palabra de las localidad de Lobos.

En la seguridad se registra una Comisaría y un Destacamento Policial.

Por tratarse de un proyecto de prevención y promoción referido a una problemática de salud, se hace mención a la actividad que los ámbitos afines, desempeñan:

1. Hospital Municipal Ramón Carrillo: es el único efector de la Salud Pública, ofrece una atención de mediana complejidad sin Servicio de Terapia, derivando la alta complejidad a centros de salud de Capital Federal, a la Ciudad de La Plata o mayoritariamente al Hospital Provincial Dr. Posadas de Saladillo a 55 km., las autoridades de este nosocomio, apoyaron la iniciativa del proyecto, con la participación de profesionales, colaborando en las charlas informativas, con la difusión a los pacientes, con insumos para las campañas de prevención masiva, de la cual formaban parte y la auspiciaban, este respaldo era significativo para la opinión de la comunidad.

2. A través de Ministerio de Salud de la Provincia, se establece en los hospitales de su ámbito, el Programa de prevención, diagnóstico y tratamiento del paciente con diabetes (PRODIABA) ley Provincial 11620/86, para cubrir la demanda de los diabéticos sin obra social, este servicio se encontraba en la etapa de planificación y en los inicios de la aplicación de los resuelto por la Ley.

Cuando se elaboró el proyecto se convocó a los responsables de este Programa y colaboraron desinteresadamente, participando de las reuniones, realizando convocatoria, concurriendo a los programas televisivos y también aportaban insumos. La Asistente Social del PRODIABA colaboraba con la Asistente Social de PAMI, en la coordinación, programación y las tareas administrativas.

3. A través de la Secretaría de la Salud de la Municipalidad de la localidad, se realizó una conexión constante, informando del proyecto y apoyando todas las acciones para las cuales fueron convocadas, con auspicios, con recursos económicos, con el aporte personal.

4. Las obras sociales: a través de sus representantes locales fueron incluidas como parte de los módulos de información quienes difundían a toda la población las prestaciones a las cuales podían acceder por ser diabéticos y como debían realizar el trámite para beneficiarse de las mismas, concurrían a las charlas, aún cuando no era el tema central de la convocatoria, esto se notó fundamentalmente en la concurrencia del representante de I.O.M.A, y la participación era importante porque en las reuniones siempre concurrían afiliados de esa Obra Social, que en el mismo momento evacuaba sus consultas.

5. Otras de las instituciones intermedias que colaboró, fundamentalmente con recursos económicos e insumos, para la publicación de la cartilla informativa y las campañas masivas de prevención, fue el Colegio de Farmacéuticos local.

INSTITUCIÓN REFERENTE DEL PROYECTO

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (I.N.S.S.J.P.).

Con el objeto de brindar a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y su grupo familiar prestaciones medico-asistenciales destinadas al fomento, protección y recuperación de la salud, se crea en el año 1971 por Ley 19.032 el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (I.N.S.S.J.P.).

Según la Ley de creación es una entidad de derecho público no estatal con individualidad jurídica, financiera y administrativa, cuyo órgano máximo es un Directorio conformado por once miembros: dos representantes del Estado, dos representantes de los activos (aportantes de la Obra Social), y siete representantes de los Jubilados y Pensionados.

Entre sus afiliado también se encuentran las personas de mas de 70 años sin cobertura médico-social y todos aquellos que perciben pensiones nacionales no contributivas otorgadas por discapacidad o por ser excombatientes de Malvinas. Al respecto cabe mencionar que el resto de los pensionados no contributivos fueron afiliados al Instituto hasta septiembre de 1996.

El total de la población cubierta por los servicios del Instituto supera lo cuatro millones de afiliados en todo el país, de los cuales el 68 % son mujeres. Esto representa el 12 % de la población total de país.

El Instituto cuenta para su organización operativa con un Nivel Central y treinta y cuatro Unidades de Gestión Local (U.G.L), de la cual a su vez

dependen unidades funcionales que se dividen según la importancia decreciente en Distritos, Agencias y Corresponsalía.

Actualmente se encuentra atravesando una de sus más difíciles crisis financieras y de posibles reestructuraciones.

Las prestaciones médicas que brinda se encuentran organizadas en Niveles de atención:

- El I Nivel cubre todas las prestaciones médicas ambulatorias: consultas médicas a través de médico de cabecera que deriva a los especialistas, farmacia con el 30, 40, 50, 80 o 100% de descuento según el medicamento y estudios complementarios.
- El II Nivel de atención incluye las internaciones con un 100% de cobertura, sean clínicas o psiquiátricas agudas.
- El III Nivel abarca todos los estudios y tratamientos de alta complejidad médica.

Brinda cobertura en traslados en ambulancias y derivaciones a centros de salud de mayor complejidad, prótesis y ortesis. Tiene también un programa de medicamentos sin cargo que se otorga a afiliados de escasos recursos con tratamiento farmacológico permanente, que le originan alto porcentaje de gastos. Bajo las mismas condiciones otorga pañales descartables en forma gratuita.

También cuenta con un área jurídica que brinda asesoramiento jurídico gratuito y el Servicio de "PAMI Escucha", que es un servicio telefónico que funciona las veinticuatro horas del día para dar respuesta a consultas o problemáticas de los afiliados.

El Instituto igualmente esta facultado para prestar servicios destinados a la promoción de asistencia social de los afiliados, tales como subsidios, préstamos, promoción cultural y recreación.

Las prestaciones sociales históricamente han tenido una menor participación en el total del gasto de la obra social. Entre 1982 y 1986 las mismas oscilan entre el 7,8% y el 9,8% del total del gasto, actualmente cuentan para su financiamiento con el 12% del presupuesto.

En 1974 se implementa el área de Prestaciones Sociales, el Programa Médico Social para el tercer nivel de atención, consistente en subsidios económicos. En 1978, un importante programa de préstamos para la adquisición de viviendas. En 1984, el Programa de Asistencia Social Integral (P.A.S.I), siendo éste el primero con orientación preventivo social y que alentó el trabajo interdisciplinario.

A partir de 1991, las políticas y programas sociales del Instituto cobran mayor importancia en función de su carácter preventivo, y se fundamentan en un diagnóstico situacional de la tercera edad que a grandes rásgos plantea lo siguiente:

El marco cultural ofrece uno de los puntos de mayor tensión. Los valores que orientan la vida cotidiana se dirigen hacia el trabajo productivo y la innovación tecnológica. No aparecen espacios que permitan capitalizar la experiencia de vida de los mayores, en tanto aumenta la proporción de personas de edad avanzada que disponen de tiempo libre que domina su práctica social cotidiana. Esta contradicción entre los valores culturales

dominantes y la realidad diaria de millones de personas de edad avanzada coloca a los ancianos en una posición subalterna dentro del orden social.

Los mayores comparten con otros grupos la discriminación a partir de una condición adscripta, en este caso la edad. Sin embargo es el único grupo discriminado del que el conjunto de la población formara parte con el simple pasar de los años.

Surge entonces la necesidad de revisar la orientación de los valores vigentes para redefinir positivamente la identidad en esta etapa de la vida, y además, hacer que los jóvenes acepten el paso de los años y capitalicen la sabiduría que proporciona la experiencia.

En este sentido, el Instituto asume la premisa central sobre la que fundamenta todos los programas sociales y es la respetar y favorecer su máxima independencia. Entendiéndose como tal, el reconocimiento de que son los mismos destinatarios los que toman las decisiones esenciales para determinar el cursos de su propia vida.

Sólo desde una situación de relativa independencia se puede pensar en la real integración social de los ancianos. Esta independencia se puede mantener si se garantizan condiciones elementales: buena salud, ingresos monetarios suficientes, vivienda adecuada.

La promoción de la independencia, en tanto grupo social implica tener en cuenta la opinión de la organización de los mayores, reconocer su creciente peso político en las sociedades democráticas, brindar programas de educación permanente, canalizar la ocupación del tiempo libre hacia el trabajo solidario en la comunidad. En síntesis, incentivar su protagonismo social.

Se hace entonces, la distinción entre una política global de promoción dirigida a la totalidad de la población afiliada mayor de 60 años y programas destinados a los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad.

Como parte de los lineamientos globales se implementan las siguientes acciones:

- Participación de las organizaciones de jubilados en la conducción de la Obra Social.
- Subsidios a las organizaciones de jubilados o para que desarrollen actividades de promoción social.
- Programas de educación sanitaria para el autocuidado de la salud.
- Participación protagónica de las organizaciones en programas sociales destinados a la población de alto riesgo.

Las acciones de programas dirigidos a grupos de mayor riesgo social se focalizan en grupos de ancianos que viven en situación de pobreza y afiliados de edad extrema sin sostén familiar.

El Área de prestaciones sociales para concretar lo planteado organiza y brinda los siguientes programas y servicios:

- Servicio de guardia.
- Subsidios a través de los programas:
- Social Integral (PROSOI) dentro del que se encuadran los subsidios económicos para pago de alquiler, personal auxiliar, situaciones de alta carencia.
- Atención de Situaciones de Urgencia (PASU).
- Integral para Discapacitados (PROIDIS).

- Vivienda en comodato.
- Viviendas compartidas.

Línea prevención socio-médica a través del Programa de Salud Integral, integrado por:

- Sub-Programa de Prevención Primaria dirigido a la población en general.
- Sub-Programa de Prevención Secundaria para afiliados en situación de riesgo o con enfermedades físicas y/o psíquicas.
- Sub-Programa de Prevención Terciaria para la población beneficiaria que padece secuelas sanitarias irreversibles.
- Módulos de Prevención de Accidentes domésticos, Prevención de accidentes de tránsito, Control de Tabaquismo y Educación Alimentaria Nutricional, dirigidos a los afiliados.
- Gestoría Previsional.
- Sepelios.
- Turismo.
- Internaciones Geriátricas en III Nivel.
- Internaciones Psiquiátricas en III Nivel.
- Prestamos personales.
- Programas especiales a través de los cuales se canalizan propuestas de tipo comunitarias efectuadas por los servicios de las distintas dependencias, por ejemplo Centros de Día, micro-emprendimientos, talleres.
- Voluntariado.
- Promotoras de Salud.
- Programa Pro-Bienestar, con el Beneficio Complementario de Alimento.

Para la puesta en marcha y desarrollo de muchos de estos programas se privilegia la acción coordinada con los Centros de Jubilados u otras instituciones comunitarias. Se estimula la práctica de intervención a nivel comunitario.

DESARROLLO DEL PROYECTO

El proyecto surge como iniciativa de la Asistente Social de PAMI, que comenzó con la convocatoria de los posibles interesados y de los profesionales que podrían comprometerse a colaborar.

En una primera instancia se elaboró el proyecto pensando en la formación de Grupos de autoayuda de enfermos diabéticos y su familia.

El área temática incluía acciones preventivas, educativas, de organización y de participación.

La fundamentación del proyecto estaba planteada en los siguientes términos, (teniendo en cuenta que este sería presentado a las Áreas correspondientes de PAMI, para su aprobación).

El planteo de iniciar grupos de enfermos diabéticos y su familia, se fundamenta en la importancia que tiene la información y educación como herramienta esencial para optimizar su control metabólico y prevenir la aparición y progresión de las complicaciones crónicas de la enfermedad. La educación debe ser grupal, sistemática y dirigida.

Entiendo oportuno expresar sintéticamente la ineludible participación y educación de la persona que padece esta enfermedad.

La participación del enfermo y su entorno debe lograrse para llegar a la comprensión y como consecuencia a la transformación.

La integración del entorno se deberá tener en cuenta para que la responsabilidad del tratamiento sea compartida, facilitando la estimulación, el control, el seguimiento y la permanente atención al problema que debe sobrellevarse de por vida.

Los objetivos de la educación deben estar explicitados desde el inicio, respecto a los cambios de actitud en el paciente, con ascensión de la enfermedad y de la importancia de la participación activa y responsable en el control y en el tratamiento de la misma, para lograr la prevención efectiva en todos sus niveles y consecuentemente mejorar la calidad de vida y disminuir los costos socioeconómicos.

Un individuo portador de esta enfermedad crónica debe conocer la importancia absoluta de su participación en el tratamiento. El tener que lograr el mejor estado en el mantenimiento de la enfermedad a lo largo de toda una vida es una tarea ardua y con altibajos.

El enfermo debe asumir que tiene una patología hasta hoy incurable y debe conocer que no debe depositar en su médico la totalidad de la responsabilidad en la evolución de su diabetes.

El paciente con diabetes debe investigar, leer, asistir a charlas, cursos, grupo de autoayuda y otras actividades a fin con la educación, ya que la educación es un pilar fundamental en el tratamiento, en definitiva la evolución de su enfermedad depende de prácticas diarias en las que deben decidir e intervenir, como el automonitoreo, la inyección de insulina, el cumplimiento de

un plan alimentario y otras directivas, entonces cuanto más informado esté el paciente y su familia más beneficio encontrará, está comprobado que el paciente motivado a cuidarse, es frecuentemente el que menos se complica.

Es difícil llevar a un diabético a una vida de calidad comparable con el individuo normal y se puede lograr una longevidad igual a la de un no diabético con su ayuda, pero esto el paciente debe saberlo, porque sin él no es posible.

Está demostrado por varios estudios de los últimos años que la educación al enfermo no sólo mejora la calidad de vida, sino además implica una disminución de los costos en salud pública, en el paciente, en las Obras Sociales, etc.

En esta localidad se carece de ámbitos propios para la atención del enfermo diabético, ya sea: Asociaciones, Grupos, Instituciones Específicas, etc.

Es una necesidad sentida la creación de un espacio de reflexión, de información, de contención, teniendo en cuenta los pilares del tratamiento de la diabetes:

- Plan de Alimentación
- Tratamiento Médico
- Actividad Física
- Educación diabetológica

Frecuentemente chocamos con la realidad aflictiva de los afiliados que padecen diabetes y que luchan con la enfermedad propiamente dicha y

muchas veces con el entorno (la familia), que exige todos los esfuerzos al enfermo y no cuentan con un ámbito especifico donde respaldarse.

Como profesionales tenemos las herramientas y la capacidad para no estar al margen de la situación planteada.

El aporte económico que se requiere es mínimo si se tiene en cuenta la multiplicidad de beneficios que el afiliado diabético logrará.

Respecto a los beneficiarios directos serán los filiados de PAMI, en este caso 25 personas, cuya concurrencia es fluctuante, y los beneficiarios indirectos todos los diabéticos que concurran de otras Obras Sociales o los que se encuentran dentro del programa PRODIABA sin tener en cuenta edad y sexo.

Del diagnóstico surge la necesidad de formular el proyecto para resolver la situación planteada respecto a la inexistencia de ámbitos apropiados y la falta de aplicación de planes específicos, como es el caso del PRODIABA que es un programa provincial para los diabéticos que no poseen obra social y que en esta localidad no se aplica como el proyecto lo plantea. Lo real es que este proyecto solo incluye a los que no tienen obra social y gran parte de las personas que tienen obra social no están amparados como la ley lo estipula.

Una de las formas para defender sus derechos, ser escuchados y, sobre todo, canalizar sus dudas, preocupaciones, mitos, etc., son los grupos y a partir de aquí comenzamos a trabajar nucleando a todos los diabéticos de la localidad y a su familia.

Uno de los elementos que se tuvo en cuenta en el diagnóstico fue una encuesta realizada en PAMI, específica para diabéticos, los cuales serían los potenciales beneficiarios del proyecto.

Para formular el proyecto se tuvo en cuenta fundamentalmente los recursos viables, tangibles, concretos y no los probables, debido a que si estos últimos no se concretaban el proyecto fracasaría, por lo tanto la estrategia fue tener en cuenta los recursos de la comunidad y los de PAMI local.

Se fijaron los objetivos generales y específicos con la participación de los protagonistas (diabéticos).

Objetivos generales:

1) Mejorar la calidad de vida del enfermo diabético, mediante la educación diabetológica y la atención efectiva.
2) Lograr la concientización del enfermo y su entorno para que la responsabilidad del tratamiento sea compartida.
3) Disminuir los riesgos, complicaciones, la morbilidad, la mortalidad, incapacidades y costo de la enfermedad.

Objetivos específicos:

1. a) Organizar un sistema amplio de difusión para que la información llegue a todos los enfermos.

   b) Tratar de conformar un equipo de Salud Interdisciplinario, para dar respuesta a todos los problemas que el diabético enfrenta. Constituido por psicólogos, podólogos, nefrólogos, nutricionistas, diabetólogos, asistente social, médicos generalistas, enfermeros.
2. a) Realizar Programas de Educación fundamentados en la educación del

enfermo y su entorno primario.

b) Fomentar grupos de auto-ayuda, de capacitación, de multiplicadores.

3. a) Realizar una actuación conjunta con Instituciones Hospitalarias, Secretaría de salud, Municipalidad y Obras Sociales.

b) Organizar un sistema de seguimiento del enfermo, evaluando los logros y los obstáculos.

Los destinatarios serían todos los diabéticos y su familia, debido a que en poblaciones pequeñas no es conveniente circunscribir los alcances a un determinado tipo de diabéticos porque se limitaría la participación, influenciando negativamente.

El nivel de abordaje que se entendiendo pertinente llevar adelante fue grupal, fijándose como meta el desarrollo de 12 módulos y 1 módulo especial para los festejos del Día mundial de la diabetes:

- Charla informativa a cargo del Presidente de la Asociación de Diabetes de la Ciudad de Cañuelas.
- Importancia del cuidado de los pies en el diabético con la participación de todos los podólogos y pedicuras de la ciudad de Roque Pérez.
- Principios e importancia de la Nutrición, relación entre buen estado nutricional y buena salud.
- Plan de alimentación.
- Exposición teórica práctica referente a la Diabetes.
- Importancia de la actividad física.
- Alimentación antes y después de la actividad física.

- Anamnesia alimentaria nutricional.
- Reemplazo de alimentos.
- Índice glucémico.
- Prestaciones de las diferentes Obras Sociales.
- La actividad del enfermero en el equipo.
- Rol de la familia y el entorno directo.
- Conformación de grupos, roles, liderazgo.
- Sicología y diabetes.
- Exposición teórica referente a la Diabetes en general.
- Recetas fáciles y económicas.
- Diabetes Infanto Juvenil, diabetes y embarazo.
- Complicaciones de la diabetes.
- Tratamiento de la diabetes. hipoglucemiantes, insulina, plan alimentario, actividad física, educación.
- Talleres de cocina.
- Caminatas.
- Jornadas abiertas a la comunidad.

Con un cronograma que estipulaba las reuniones cada 15 días, con una duración de 2 horas reloj, los horarios se acordaban con el grupo de acuerdo al tema, al disertante y cuestiones personales.

Las reuniones eran coordinadas por la Asistente Social, los participantes eran encuestados en forma individual, de los datos registrados se analizaban

las actitudes de la familia, del diabético hacia la enfermedad, como realizaba el tratamiento, si le interesaba capacitarse, donde recibe la atención.

Cada participante podía expresar libremente su problemática, sus demandas, su situación familiar y todo lo referente a su patología, sus dudas, su experiencia, y luego se desarrollaba la actividad según el módulo.

Los módulos incluían temas de relación directa a la enfermedad, como ejemplo todo lo que tiene que ver con las complicaciones más comunes: nefropatía, neuropatía, pie diabético, retinopatía, etc., también los tipos de diabetes, la alimentación, la actividad física, las prestaciones de las diferentes obras sociales, el rol de la familia en el tratamiento, la sicología del diabético, las leyes que los ampara, programas a nivel nacional y provincial, el rol del enfermero, uno de los módulos incluía la participación de un grupo de diabéticos que comentarían la experiencia que estaban desarrollando en la localidad vecina de Cañuelas.

Cada módulo era desarrollado con una modalidad informativa por el médico especialista de la complicación a la que se haría referencia, siempre se fomentaba las preguntas y luego se entregaban folletos, material bibliográfico, se brindaba una merienda y se explicaba el valor calórico, nutritivo, los hidratos de carbono, etc. y se enseñaba a leer e interpretar las indicaciones nutricionales del alimento, todo esto estaba a cargo de la licenciada en nutrición que concurría a la mayoría de las reuniones, algunos de los módulos fueron apoyados por videos ilustrativos y/o filminas.

Para la implementación del proyecto se contaba con el recurso humano: Empleados de PAMI, los Diabéticos, Asistentes Sociales, Médicos,

Nutricionistas, Especialistas, Encargados de las Obras Sociales locales, Enfermeros, Podólogos, Intendente Municipal, Directores de Salud, Integrantes de otros grupos de diabéticos de localidades vecinas, equipos profesionales a nivel Provincial y Nacional, etc. y la destacada participación de algunos diabéticos que en años anteriores también tuvo la iniciativa de formar un grupo.

Respecto a la localización es importante aclarar que este proyecto abarcaría también la zona de influencia del PAMI, incluyendo localidades vecinas. La Asistente Social y el equipo conformado por la Nutricionista, el Enfermero, el Médico y una persona diabética, concurrirían en forma conjunta a las charlas que previamente se habían convocado a través de los encargados de la Agencia de PAMI local o por los Centros de Jubilados y Pensionados. En estas charlas se intentaba brindar información no solo sobre la diabetes sino también cada uno de los profesionales hablaba de su rol en el equipo y el diabético comentaba sus vivencias. En estos encuentros se llevaban adelante controles de glucemia gratuitamente a todos los interesados. El impacto y la trascendencia de estas reuniones en la comunidad fueron de gran importancia, siendo la concurrencia relevante.

CAPITULO IV

EL TRABAJADOR SOCIAL Y LA PRAXIS

En los capítulos precedentes se expresa en que contexto se desarrolló el proyecto, a que población beneficiaría, como se insertó dentro de la comunidad, los diferentes niveles de participación de otras Instituciones, en este capítulo desarrollaremos nuestro accionar.

Cuando hablamos del trabajo profesional como Asistentes Social, abrimos un abanico muy amplio de intervención metodológica que podemos desarrollar en el marco de esta disciplina.

Históricamente y hasta la actualidad los Trabajadores Sociales realizan una importante actividad en las diferentes políticas de actuación, invirtiendo gran parte del tiempo en cubrir las emergencias y el problema cotidiano, absorbiendo de las Instituciones donde se desempeñan un cúmulo importante de responsabilidades de diferentes temáticas, y esto deriva que por falta de tiempo se cometa el error de no registrar la práctica, no sistematizamos y perdemos la noción de lo positivo que es reflexionar sobre la misma y cuanto se crece, y fundamentalmente pensar el proceso en términos dialécticos (praxis) y esto es algo que debemos revertir para jerarquizar aún más nuestra profesión.

Se comenzó con el trabajo de investigación-diagnóstica, que fue la base para la elaboración del proyecto, que se ejecutó a lo largo de todo un año y se fue evaluando a media de su desarrollo, estos elementos nos proporcionaron el marco para efectuar los cambios, adaptándonos a las circunstancias, teniendo

en cuenta la participación del diabético y su familia, sin desviarnos de los objetivos.

Quizás en un futuro se podrá lograr que en los equipos de salud para la atención de diabéticos se incluya a esta profesión, como necesaria e imprescindible.

Los trabajadores sociales deben transmitir al equipo profesional que asisten a los enfermos diabéticos que no debemos olvidar que cada uno es una persona distinta que piensa, quiere y siente, según un contenido vital distinto, se mueven en un contexto cultural particular con hábitos, tendencias y tabúes diferentes y especialmente, con medios económicos y calidad de atención médica, disímiles.

En el marco de esta tarea los departamentos de Servicio Social ayudan a los pacientes a que se ajusten a sus incapacidades, asistirles en los cambios de empleos, aconsejarlos sobre la enfermedad y los beneficios que poseen por invalidez que padecen, arreglar subvenciones para dietas especiales y para conseguir ayudas económicas, organizar grupos de auto- ayuda y trabajar en la reflexión que los verdaderos protagonista de su enfermedad son ellos, ya que el tratamiento en un 80% está bajo su responsabilidad, por lo tanto deben educarse y capacitarse para no improvisar en sus cuidados.

EL Trabajador Social debe conocer las vivencias, respetarlas y en el momento de la acción tenerlas en cuenta.

Nuestro rol como trabajadores sociales es complementario del equipo de salud y en esta instancia descripta es fundamental recalcar como trascendental que desde nuestra profesión debemos y podemos utilizar diferentes estrategias

para: que las estadísticas sobre las complicaciones se reviertan, para que todos los diabéticos conozcan sus derechos y puedan ejercerlos, sepan que existen leyes que los amparan, que a través de las agrupaciones de diabéticos pueden adquirir información, apoyo, asesoramiento, capacitación, que pueden agruparse y crear una asociación que los nuclee por más pequeña que sea, lograr que en todos los ámbitos donde el diabético sea atendido detrás cuenten con un equipo de salud interdisciplinario.

Es pertinente mencionar otros factores significativos de la vida cotidiana del paciente donde el trabajador social puede intervenir:

- Las dificultades socio – económicas.
- La falta de higiene.
- La falta de apoyo familiar.
- No poder acceder al tratamiento.
- La educación diabetológica.
- La inserción laboral.

Cual es la intervención en esta 1ra etapa

METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

La Asistente Social inicia la actuación a través de una intervención a nivel individual, convocando a los diabéticos y su familia (previamente registrados en la Agencia), en forma personal, por los medios de comunicación, a través de la Asociación de Jubilados y en forma telefónica. Esta convocatoria se basaba en la idea de nuclearlos para conocer su situación y ponerlos al tanto de la intencionalidad del proyecto, pudiendo visualizar en esta etapa pre-grupal que eran personas de características homogéneas, fundamentalmente

porque padecen la misma patología, tienen los mismos intereses, vivencian un gran desconocimiento de la enfermedad que padecen, tienen necesidad de informarse y su situación socio-económica es semejante.

La convocatoria se realizó en forma abierta, permitiendo la participación de todos los diabéticos de la localidad y la familia, con una estructura democrática, sin roles determinados, tratándose de un grupo mixto integrado por jubilados, pensionados, amas de casa, albañiles, empresarios, comerciantes, de ambos sexos, todos adultos, a pesar de la convocatoria a cuatro adolescentes.

Desde la primera reunión quedó claro que el objetivo de la concurrencia era informarse y capacitarse.

Desde los primeros encuentros se pudo apreciar el grado de aceptación entre los participantes favoreciendo el proceso en esta etapa y, a lo largo de todo el proyecto, tenemos que puntualizar el trabajo de la Asistente Social respecto a la motivación, teniendo una relevancia primordial para la vida misma de grupo y si se permite el término es condición sine qua non para la continuidad. La motivación se realizó en forma individual, incentivando la participación, partiendo de la base que "ellos" son los responsables de sus actitudes y que utilicen todo el potencial que este a su alcance, fomentando el sentido de responsabilidad y compromiso con sus pares.

Específicamente la intervención directa de apoyo, comprensión, información, la asistencia material, la persuasión, el consejo, todo lo referente al seguimiento de la internalización de los conocimientos que iban adquiriendo, la exigencia para que pongan en práctica todo lo aprendido, que involucren a

su familia, que expresen sus sentimientos, que respeten los tiempos, el compromiso hacia el otro, la puntualidad, y a través de esta intervenciones directas comenzó a surgir los primeros indicios de conformación de un grupo.

A la vez y combinando las estrategias de intervención la Asistente Social debió realizar las intervenciones indirectas, con la Institución donde se desempeña, informando las diferentes actividades, organizando toda la documentación, fichas personales, actividades de apoyo, contacto con otras instituciones afines a la patología, la relación con las autoridades locales informando lo que se estaba realizando, el trabajo en red con otras entidades, en contacto con especialistas y profesionales que atienden a las personas con esta enfermedad, todo el trabajo para llegar a lograr un equipo interdisciplinario que pueda trabajar con estas personas. Dentro de las intervenciones indirectas fue destacado todo el trabajo que se realizó con asociaciones que agrupan a diabéticos, ya sean: Liga Argentina de Protección al Diabético, Federación Argentina de Diabéticos, Fundación del Hospital Español de La Plata, Asociación de Diabéticos de Cañuelas, entre otras, contactos que fueron de gran utilidad ya que se comunicaron con los integrantes, concurriendo a esta localidad para transmitir sus experiencias, siendo un motivador para el emprendimiento.

La Asistente Social coordinaba diferentes acciones como también las reuniones, contando con el apoyo de dos profesionales (un médico y una licenciada en nutrición).

Cada reunión tenia como consigna que cada uno expresará libremente como vivía su enfermedad, sus inquietudes, la relación familiar, con su entorno,

sus dudas, que tipo de tratamiento realizaba, y siempre surgía la preocupación por la adquisición de los medicamentos e insumos y la burocratización administrativa que debía enfrentar en sus respectivas Obras Sociales para obtener los beneficios sin cargo.

La Asistente Social realizaba la crónica de la reunión, se registraban los presentes (firmaban una planilla de concurrencia), las consultas relevantes, las propuestas, los detalles más importantes del módulo desarrollado.

En la primer reunión concurrieron 7 personas, 5 diabéticos y 2 familiares, el módulo se desarrolló normalmente, el tema central por inquietud de los presentes fue la alimentación en el diabético.

Al concluir cada jornada la Asistente Social consultaba a los presentes: ¿qué les pareció?, ¿Si tiene algún tema específico para sugerir? e instaba a que cada uno de los que participó difunda esto e inviten para la próxima reunión, pero sobre todo alentaba a una evaluación participativa.

En la segunda reunión concurrieron 10 personas, 8 diabéticos y 2 familiares, el tema central fue la insulina, la forma de aplicación, los modos, los elementos que se utilizan... y surgió también el tema de los alimentos ¿qué comer?, los mitos, los alimentos dietéticos y su conveniencia o no...

En la tercera reunión como se había programado se invitaron a todos las pedicuras y podólogos de la localidad y se explicó la importancia de estos profesionales cuando actúan con un pie de una persona que padece diabetes, uno de las podólogas que se capacitó en el Hospital de Clínicas expuso su experiencia, evacuó las consultas y recalcó lo más importante que debe tener en cuenta en un pie diabético. La Asistente Social mencionó como importante

que la podóloga debe trabajar en equipo con el médico tratante y nunca dejar de lado este aspecto, para que su seguridad en la práctica este presente.

En una de las reuniones surge la propuesta de hacer las charlar abiertas a la comunidad invitando a toda la población, porque los temas médicos les debe interesar a todos y a partir de allí algunos módulos se desarrollaron con la presencia no sólo de diabéticos y sus familiares.

Es importante destacar que no se registraban ausencias, sólo por problemas insalvables, la concurrencia fluctuaba entre 15 y 20 personas, y las reuniones abiertas a la comunidad entre 22 y 55 personas, en todos los encuentros surgía en tema de la alimentación, cuestión clave en los diabéticos.

Al iniciar el módulo la Asistente Social realizaba la presentación de los disertantes, explicando a grandes rasgos el porqué del tema a tratar y (como conocía a los concurrentes) podía ejemplificar con experiencias de algunos de los presentes. Como por ejemplo "el tema de hoy es la retinopatía, que es un problema de la vista y luego Sara nos comentará sus vivencias ya que sufre de esta patología".

A partir del desarrollo de uno de los módulos, que contemplaba la visita de un grupo de diabéticos de la localidad vecina de Cañuelas (que tenían conformado el equipo de salud funcionando dentro del Hospital, que como el de esta localidad también era Municipal) también se hicieron presentes las autoridades que tenían relación con el tema de salud, el Director de Salud y el Director del Hospital. La reunión fue muy ilustrativa y mostraron como llevaban la estadística, controlaban las ausencias, se realizaban los seguimientos a los pacientes y como en la consulta el diabético era controlado por la podóloga, por

el médico especialista y por el enfermero que le realizaba todas las atenciones requeridas. Se demostraba claramente la iniciación de un trabajo en equipo.

Este hecho produjo un cambio de actitud en las autoridades locales y comenzó a trabajar adhonoren una podóloga, conjuntamente con la médica que atendía a los diabéticos, dentro del Hospital.

A medida que se desarrollaban los módulos surgían otras propuestas de actividades del mismo grupo, es así que se comenzó a organizar un grupo para hacer un taller de cocina, por lo cual la Asistente Social gestiona con el Area de Acción Social Municipal un espacio en un comedor para poder desarrollar este taller fuera del horario del comedor. Se elabora un proyecto con los fundamentos, objetivos, presupuesto, recursos y se presenta en el Municipio y se eleva a PAMI, en el término de una semana el taller comenzaba a funcionar paralelamente a al desarrollo de los módulos.

También el grupo fue convocado por un Canal de Cable para realizar un programa semanal para difundir todas las actividades, el programa pasó a llamarse "Educación y Salud".

A medida que se avanzan en el trabajo grupal, de las crónicas de las reuniones surge una constante, con respecto a los tratamientos de los pacientes, que a similar patología los tratamientos eran muy dispares y los médicos no coincidían, notando en los propios diabéticos incertidumbre en los tratamientos que ellos mismos estaban realizando.

Aquí es importante aclarar que a partir de este proyecto surge como relevante la figura de la nutricionista en el tratamiento de la diabetes, ya que en esta localidad de características rurales, donde los médicos especialistas

concurrían esporádicamente, era el médico generalista o clínico el que atendían todas las patologías y los médicos no estaban acostumbrados a trabajar derivando al paciente a la nutricionista para que le indique el plan alimentario, o al especialista si correspondiere, salvo los médicos recientemente recibidos que tienen más claro el tema de trabajar en equipo. Actualmente al estar radicada una nutricionista y trabajar sobre el tema, las derivaciones son más frecuentes.

Como se fue expresando a lo largo de este relato surgían actividades paralelas al desarrollo de los módulos y de la cual participaban los integrantes del grupo. Una de estas tareas era contactarse con diferentes asociaciones que agrupan diabéticos para aprender más sobre el tema y crecer basándose en fundamentos concisos y de experiencias similares.

La Asistente Social y la nutricionista difundieron vía correo electrónico estas actividades solicitando sugerencia y apoyo económico y en insumos.

De una de las comunicaciones que mantiene la Asistente Social con LAPDI (Liga Argentina de Protección al Diabético) surge la idea de invitarlos a la localidad para realizar una Jornada zonal o regional, al Director de la Asociación le interesó la idea y se realizaron las gestiones para que la jornada se desarrollara.

Como se estaba trabajando en forma conjunta con el Círculo Médico, y con el apoyo incondicional de la Licenciada en nutrición que trabajaba en el Hospital se comenzó a programar la Jornada con LAPDI.

Estas Jornadas se llamarían: 1° JORNADA DE INFORMACION Y ACTUALIZACIÓN EN DIABETES MELLITUS y se invitaría a través del Circulo

Médico a todos los profesionales adheridos a los Círculos de las localidades vecinas.

El 25 de noviembre de 2000 se llevo a cabo la jornada para profesionales que intervienen en el equipo interdisciplinario para la atención del diabético, se inscribieron 70 profesionales de la región, incluyendo profesionales de la ciudad de La Plata y de Olavarría.

Esta Jornada era de fundamental importancia para la comunidad y la zona, por lo que el proyecto se elevó al Poder Ejecutivo y Legislativo del Municipio, y la Jornada fue Declarada de Interés Municipal.

El objetivo de la Jornada se cumplió ampliamente, que era actualizar a los médicos de la zona en el tratamiento de la Diabetes y puntualizar que al diabético se lo debe tratar en equipo, fomentando la participación del mismo paciente como protagonista fundamental en su tratamiento y se vio reflejado un trabajo en red con las Instituciones de la comunidad.

FACTORES OBSTACULIZADORES Y FACILITADORES DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

Facilitadores:

- Dar a conocer el proyecto antes de comenzar su implementación, a las autoridades y a la comunidad.
- Que el proyecto surgiera y creciera con la participación de los diabéticos, fomentando la comunicación y las etapas de reflexión.
- El trabajo en red con otras instituciones: Hospital Municipal, Asociación de Jubilados, Circulo Médico, Colegio de Farmacéuticos.

- El apoyo de los profesionales que fueron convocados, de la localidad y de la zona.
- El apoyo incondicional de la institución desde donde partió el proyecto, (PAMI).
- La libertad de trabajo para desarrollar redes y fomentar la participación de otros efectores comunitarios.
- El trabajo con redes primarias, las familias y los grupos de trabajos.
- La comunicación, las etapas de reflexión.
- El trabajo interdisciplinario (El equipo debe estar en contacto permanente y comunicar hasta el mínimo detalle aunque parezca irrelevante, porque el equipo actuará en consecuencia, teniendo la opinión critica de todos los profesionales actuantes: psicólogo, asistente social, médico, nutricionista, podólogo y los especialistas).
- El apoyo de los medios masivos de comunicación, prensa escrita y oral, y medios televisivos.

Obstaculizadores

- El primer obstáculo al que se enfrentó, fue aclarar que este proyecto era independiente, que no derivaba de algún partido político y que no eran esos los objetivos.
- Que la mayoría de los médicos no plantean a sus pacientes la importancia de la educación diabetológica y la atención por un equipo interdisciplinario, teniendo en cuenta la familia en el tratamiento.

- La falta de recursos económicos de algunos diabéticos, que deben asumir los costos del tratamiento y movilizarse en remis por ser discapacitados.
- La falta de personal en el ámbito de la Agencias PAMI local, demandando la totalidad de la tarea en la Asistente Social, que a la vez debe desempeñar otras responsabilidades.
- Carecer de recursos tecnológicos, materiales, administrativos, (computadoras, impresoras, retropoyectores, etc.)

Para el logro de este desafío tenemos una clave, que ya la hemos mencionado, la COMUNICACIÒN. No debemos creer que esto resuelve todos los problemas, pero si debemos saber que si trabajamos en equipo y fomentamos la educación, es porque estamos conociendo que esta es la única forma mundialmente aprobada y alentada, para la atención de la persona que padece diabetes.

CAPITULO V

PROPUESTAS DE ACTUACIÓN EN EL CAMPO SELECCIONADO

Con el desarrollo de este proyecto podemos establecer y valorar los cambios de comportamiento y de actitudes del diabético respecto a la enfermedad. Se comprueba que la etapa la adquisición de conocimientos, el interés esta fijado en el cambio de hábitos y de actitudes y fundamentalmente en la participación consciente, entendiendo como primordial (el paciente) que debe ser protagonista y que sólo a través de su persona y su potencial logrará los cambios.

En todos los módulos desarrollados la concurrencia fue significativa, las ausencias eran esporádicas y con motivos muy justificados, lo que se apreció como relevante que el 95% de los diabéticos concurrían sin familiares y que la inclusión de estos no pudo lograrse a pesar de los intentos.

El diabético se encuentra sólo en el momento de enfrentar su enfermedad y esto le dificulta más su actitud, en muchos casos se debe a la falta de apertura del diabético que se sitúa en una posición "yo no puedo" y en la mayoría de los casos, la familia se coloca al margen adoptando una actitud "cómoda".

La atención médica de los diabéticos tiene un rol preponderante en lo referido a la atención específica de un paciente diabético y fundamentalmente en la orientación, el médico debe orientarlo para que se capacite, para que su familia también sea participe, aún esta etapa no se cumple y dependerá de los

equipos especializados que se ocupan del tema, para que esta situación se revierta.

¿Y cuales serían a partir de aquí las acciones futuras?, abría que jerarquizar y comenzar en etapas a puntualizar los distintos aspectos focalizados.

Continuar con las Jornadas de actualización e información sobre Diabetes Mellitus, para los equipos profesionales de la zona.

Continuar con charlas informativas para los diabéticos, su familia y la comunidad, con médicos enfocando y haciendo hincapié en el tratamiento y consecuencias de la patología.

Intensificar las actividades relacionadas a la prevención, por ejemplo realizando controles masivos.

Realizar talleres teórico-prácticos, dictado por un equipo interdisciplinario, para diabéticos Tipo 1 y Tipo 2, en grupos separados.

Realizar cursos de capacitación para enfermeros y podólogos.

Fomentar la participación en los grupos y asociaciones que nucléen diabéticos.

Lograr un programa semanal para difundir sobre la educación y la salud, incluyendo la participación de los diabéticos.

Organizar un encuentro entre asociaciones que tienen similares objetivos, para intercambiar experiencias.

Tratar de formar grupos sólo para familiares.

CONCLUSIONES GENERALES

Estimo que los objetivos generales planteados fueron muy optimistas y no se lograron en un 100%, no así los objetivos específicos que se alcanzaron en un grado optimo y se superaron.

Tenemos que concluir recociendo que hemos iniciado un largo camino incursionando y apuntando a la educación diabetológica, tema que en estos últimos 10 años a crecido aceleradamente en los países desarrollados y hace más de 15 años que en Europa y en Estados Unidos de América se está trabajando.

A pesar de ello el equipo de salud y en especial la comunidad médica no ha usufructuado adecuadamente este recurso terapéutico, en las grandes ciudades se registran centros de educación, pero aún los pacientes son atendidos en un 90% por médicos generalistas y el 80% no prescribe la capacitación.

Son varios los aspectos para destacar en este éxito terapéutico demostrado estadísticamente a nivel de países desarrollados que lo han aplicado.

El paciente ha pasado a ser participe del equipo de salud. Todos sus integrantes comparten la responsabilidad de esta tarea.

En este proyecto se intenta lograr una aproximación cuando hablamos de que el sujeto no es sujeto pasivo y ahí está también nuestra responsabilidad como profesionales, a través de estos procesos el paciente debe ser integrado como un elemento activo, el diabético y su familia deben ejercer plenamente sus derechos y libertades y acceder a los conocimientos básicos,

primordiales y esenciales de su enfermedad, su evolución, su tratamiento y prevención de las complicaciones y acorde a ello decidir su rol activo en el control de la misma.

La implementación del proyecto favoreció la integración de los participantes, adquiriendo características de un pre-grupo apreciándose un crecimiento, determinando algunas actitudes asumidas como propias. Ya se explicó que la acción profesional de motivación fue de mucho valor y la toma de conciencia de que los cambios de actitudes mejorarían el control metabólico, fomentó el clima de continuidad y compromiso, que luego creció solidarizándose y abrió el abanico de participación de otros pares e instituciones comprometidas con el tema, como es el caso del Hospital Municipal que a través del programa PRODIABA, comenzaron a reunirse los días sábados cada 15 días, con la participación de una doctora y una Licenciada en trabajo social.

Así el grupo fue creciendo y consolidándose hasta formarse una Organización No Gubernamental, a la que llamaron Centro de Ayuda al Diabético y su Familia (CADYF), fijando como objetivos fundamentales: mejorar la atención, fomentar la educación, integrar a la familia, apoyar al diabético fundamentalmente con servicios y trabajar en prevención.

Esta Institución en un año de trabajo logró 140 socios y brinda en forma gratuita a sus asociados los servicio de podología, de nutrición, enfermería, atención domiciliaria y yoga, organizando conjuntamente con PAMI acciones educativas, sistemáticas y continuas, para diabéticos y su familia, diferenciando

talleres teóricos prácticos para diabéticos tipo 1 y tipo 2, para enfermeros y auxiliares gerontológico.

Respecto a los parámetros de cambios se obtiene de los datos registrados, un considerable cambió desde la etapa diagnóstica. El 100% de los diabéticos encuestados, desconocían el tipo de enfermedad que padecían, no concurrían a nutricionistas, ni podólogos en forma frecuente, no tenían acceso a la información sólo la que se les brindaba en la consulta médica, no realizaba actividad física.

A partir de este proyecto se realizó el registro de 88 diabéticos, el 24 % recibió atención con una podóloga, el 26 % fue atendido regularmente por enfermeros, el 35 % concurrió a la nutricionista, el 6 % comenzó clases de yoga, el 21 % concurrió a talleres sistematizados de educación diabetológica con un equipo interdisciplinario.

Si se tiene en cuenta que el proyecto comenzó a desarrollarse en el año 2000, es alentador que en "El Plan de Acción para América Latina y el Caribe 2001-2006"; se contemple y se haga referencia a la implementación de programas de atención al diabético.

Se concluye afirmando la importancia que tuvo el trabajo con redes, la continuidad, la presencia, el sentido de responsabilidad, el cumplir con la palabra empeñada, son cualidades muy tenidas en cuenta en el momento de la respuesta del grupo, porque de esto también depende el éxito del proyecto.

Lo expuesto fortificó la actividad profesional, con la actuación del protagonista interviniente que sería el diabético y su familia.

El diabético experimentó un cambio de actitud y lo fue demostrando en sus demandas y en su participación comprometida, valorando que su esfuerzo tendría un rédito que escapa de lo personal porque representaba en ciertos aspectos a sus pares que viven la misma situación, no sólo se capacitan para elevar su calidad de vida sino que esta redunda en bajar los costos del tratamiento.

El crecimiento acelerado y la conformación de una ONG que lo agrupaba, demandó paralelamente proyectos concretos que se fueron esbozando:

a) Se formuló un proyecto con el objetivo de educación.

b) Se formuló un proyecto para capacitar enfermeros.

c) Se organizó un taller de cocina.

d) Se inició un programa semanal por cable cerrado llamado: Educación y Salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Ander Egg Ezequiel. Diccionario de Trabajo Social. Editorial Lumen. Bs. As.
2. Ander Egg Ezequiel. Trabajo Social e interdisciplinariedad. Editorial Humanitas. 2da. Edición.
3. Caminando Hacia un Vivir Mejor. Fundación Escuela para la Formación y Actualización en Diabetes y Nutrición. Año 2, Nº 2.Octubre 2001.
4. Carlos A. Sabino. El Proceso de Investigación. Editorial Lumen Humanitas 1996.
5. De Robertis Cristina. Metodología de la Intervención en Trabajo Social. Ed. El Ateno. Barcelona. 1992.
6. De Robertis Cristina-Pascal Henry. La intervención colectiva en Trabajo Social: la acción con grupos y comunidades. Editorial El Ateneo. Bs. As. 1994.
7. Di Carlo Enrique y Equipo La Comprensión Como Fundamento de la Acción Profesional. Editorial Humanitas.1995 Bs. As.
8. Di Carlo Enrique y Equipo. Papeles Científicos de Trabajo Social. Trabajo Social Profesional. El Método de la Comunicación Racional. Editorial Humanitas.1996. Bs. As.
9. Di Carlo Enrique y Equipo. Redes sociales naturales. Un modelo de trabajo para el Servicio Social. Editorial Humanitas. Bs. As. 1998.
10. Di Carlo Enrique y Equipo. Trabajo Social con Grupos y Redes. Nuevas perspectivas desde el paradigma Humanístico Dialéctico. Editorial Humanitas.1997. Bs. As.
11. Dr. Isaias Schor. Dr. Saul Senderey. Vivir Como Diabético.
12. Espinosa Vergara Mario. Evaluación de Proyectos Sociales. Editorial Humanitas. Bs. As. 1993.
13. FAUATS. La especificidad del Trabajo Social y la Formación Profesional. Editorial Espacio. Bs. As. 1996.
14. Forni Floreal. Formulación y Evaluación de Proyectos de Acción Social.
15. FOSIS (Fondo de Solidaridad para Inversión Social) Guía para la presentación de proyectos.

16. Gagliardini Juan José, Peter Kronsbein y Viktor Jör Gens. Como tratar mi Diabetes. La Plata 1997. ISBN 950.43-2641-2

17. Guía Práctica Para Una Vida Plena. 4ta. y 5ta. Edición. Editorial Celcius. Dr. Maximino Ruiz. Diabetes Mellitus. 2da. edición Editorial Akadia.

18. Hamilton Gordon. Teoría y Práctica del trabajo Social de Casos. Editorial La prensa médica mexicana. México. 1982.

19. Kadushin A. La Entrevista en Trabajo Social. Editorial Textos Contemporáneos. México. 1974.

20. La Gaceta del Diabético. Publicación de la Liga Argentina de Protección al Diabético. Año 32, Nº 80- 2000.

21. María Mercedes Gagneten. Hacia Una Metodología de Sistematización de la Práctica. Humanitas.

22. Perlman Helen H.. El Trabajo Social Individualizado. Editorial Rialp. Madrid. 1980.

23. Revista: Diabetes. Asociación para la Defensa de la Diabetes. Nº 100 año 2000.

24. Revista EPROCAD 2000 (Fundación Escuela para la formación y actualización en nutrición y diabetes). Dr. Zabala A –Dra. Zulemastolarza.

25. Robirosa M. Estrategias para la Viabilización Eficiente y Eficaz de Proyectos de Desarrollo Popular. Mimeo FLACSO-Bs. As. 1990

26. Robirosa M. Evaluación de Proyectos, Hábitat Popular y Desarrollo Social. CEAL Bs.As. 1994.

27. Sabater Fernando. El valor de Educar. Ed. Ariel S.A. Barcelona.1997.

28. San Giácomo Osvaldo. Trabajo Social y Conocimiento Objetivo. Editorial UNMDP. Mar del Plata. 2001.

29. Sandoval Avila Antonio. Propuesta metodológica para sistematizar la práctica profesional del Trabajo Social. Editorial Espacio. Bs. As. 2001.

30. Schutz Alfred. El problema de la realidad social. Editorial Amorrortu. Bs.As. 1995.

31. Teresa Porsecanski. Lógica y Relato en Trabajo Social. 2da. Edición Editorial Humanitas. Bs. As.

32. Watzlawick y otros. Editorial Herder. Barcelona. 1986.

33. Zavala Adolfo Valentin. Manual de Nutrición y Diabetes. La Prensa Médica Argentina. Enero 1999.

34. Kisnerman, Natalio y Mustieles Muñoz David. Sistematización de la Práctica con Grupos. 2° Edición. Editorial Lumen Humanitas. 1997.

35. Nelson, Jennifer, Moxness, Karen, Jensen Michael y Gastineau, Clifford. Dietética y Nutrición. Manual de la Clínica Mayo. 7° Edición. Editorial Mosby/Doyma Libros. 1996.

Anexos

DECLARACIÓN DE LAS AMÉRICAS SOBRE LA DIABETES

Preámbulo

La diabetes mellitus es una pandemia en aumento. En las Américas, se calcula que en 1996 viven unos 30 millones de personas con diabetes, lo que equivale a más de la cuarta parte del total de casos mundiales. Se prevé que para el año 2010 el número de casos en las Américas llegará a 45 millones, si se tiene en consideración el envejecimiento demográfico de las poblaciones y las tendencias en los principales factores de riesgo relacionados con el proceso de modernización que está ocurriendo en todos los países en desarrollo.

Asimismo, ciertos grupos étnicos en las Américas presentan una mayor incidencia y prevalencia de diabetes.

En las Américas, la diabetes es un grave problema de salud pública y de alto costo que aqueja a todos, sin distinguir edades o niveles socioeconómicos. Hay millones de personas que no saben que tienen la enfermedad y otras tantas que, a pesar de que se les ha diagnosticado, no reciben el tratamiento apropiado. Se subestima la repercusión de la diabetes sobre las sociedades y las personas. Las personas con diabetes cuya enfermedad está mal controlada tienen un riesgo mayor y una incidencia elevada de ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, ceguera, insuficiencia renal, amputación de piernas y muerte prematura. La diabetes no solo acorta la vida productiva, sino que tiene serias repercusiones sobre la calidad de vida del enfermo y la de su familia. Hay datos científicos que demuestran claramente que es posible evitar gran parte de este sufrimiento humano.

La diabetes, especialmente cuando está mal controlada, puede representar una pesada carga económica para el individuo y la sociedad. La mayoría de los costos directos de la diabetes provienen de las complicaciones, que a menudo es posible reducir, aplazar o, en ciertos casos, prevenir. Dependiendo del país, los cálculos indican que la diabetes puede representar entre 5% y 14% de los gastos de salud.

La pobreza perjudica el tratamiento de la diabetes. Disminuye las probabilidades de obtener un diagnóstico acertado e influye en la calidad de la educación recibida, en lo apropiado del tratamiento y en el acceso a él, así como en el riesgo de que surjan graves complicaciones. Es necesario hacer frente a estas inequidades al formular estrategias y programas de prevención y control de la diabetes en todos los países.

A menos que se haga frente a estas tendencias mediante respuestas multisectoriales más estratégicas e integradas, se observará el consiguiente aumento de complicaciones graves y costosas, lo que a su vez acarreará deterioro de la calidad de vida y muerte prematura debida a la diabetes.

Gracias a los conocimientos y la tecnología actuales, es posible promover la salud y prevenir las complicaciones en las personas con diabetes mediante un buen control de la glucemia y modificando los factores de riesgo cardiovascular. Con relación a lo que ahora se conoce acerca de las posibilidades de prevenir esta enfermedad y la eficacia del tratamiento clínico, lo que se hace actualmente para su manejo en todos los países dista mucho de lo que sería posible lograr. Lamentablemente, muchas personas con diabetes no son atendidas. Por otra parte, muchos de quienes tienen acceso a la

asistencia sanitaria no reciben la calidad de atención que sería posible prestar aun cuando los recursos sean modestos. Hay oportunidades para reorientar los recursos que ya se han asignado a este problema creciente, de manera que se reduzca la tasa de aumento y la frecuencia de las complicaciones y se mejore la calidad de vida para todas las personas con diabetes y sus familias. También hay oportunidades para mejorar la asistencia y al mismo tiempo bajar el costo por paciente, prestando atención al desarrollo y la utilización más adecuada de la asistencia ambulatoria y comunitaria. Igualmente importante es la necesidad de incluir a las personas con diabetes en el equipo de asistencia de salud para que estos logren un mayor grado de autocuidado y de calidad de vida.

Reconocer a la diabetes como una prioridad de salud nacional y velar por que los recursos que se le asignen den el máximo rendimiento posible en materia de eficacia, eficiencia y calidad de vida, redundará en beneficio de la salud, la economía y la sociedad de todos los países.

Si se quiere dar un vuelco a la situación actual para mejorarla, es necesario apoyarse en una visión, en un plan y en el compromiso de todos los países de las Américas de acometer la gran empresa que nos espera a medida que nos acercamos al año 2000 y más allá.

Visión

Mejorar, para el año 2000 y más allá, la salud de las personas de las Américas aquejadas de diabetes o en riesgo de contraerla.

Plan

Para que esta visión se haga realidad, todos los países deberían adoptar el siguiente plan estratégico general:

1. Reconocer a la diabetes como un problema de salud pública que es grave, común, creciente y costoso. Cada país debe determinar la verdadera carga epidemiológica y económica de la diabetes como base para determinar cuál será la prioridad que se le asigne en el programa nacional de salud.
2. Formular estrategias nacionales contra la diabetes que incluyan metas, indicadores de proceso y medidas de resultado específicas y apropiadas. En lo posible, esto deberá incluir referencias a la cantidad, la calidad y a los plazos.
3. Formular y llevar a la práctica un programa nacional contra la diabetes que incluya prestación de asistencia sanitaria de calidad, promoción de estilos de vida saludable y prevención de las enfermedades, con miras a reducir la morbilidad y la mortalidad de las personas con diabetes y mejorar su calidad de vida. Este programa nacional contra la diabetes puede ser autónomo o integrado con programas afines de enfermedades no transmisibles.
4. Asignar recursos suficientes, apropiados y sostenibles para la prevención de la diabetes cuando sea posible, el manejo de la enfermedad, el manejo y prevención de sus complicaciones y auspiciar investigaciones relevantes. Debe promoverse la adquisición de aptitudes de gestión a todos los niveles para impulsar el uso más eficaz y eficiente de dichos recursos.
5. Diseñar y llevar a la práctica un modelo de asistencia sanitaria integrada que incluya tanto a personas con diabetes como a profesionales de asistencia sanitaria y a una amplia gama de personas del sistema de salud. Este modelo combina la atención y la educación, vela por la comunicación de la información a todos los niveles pertinentes y abarca mejoras continuas de la calidad. Debe asignarse particular importancia a la atención primaria de salud para lograr el

diagnóstico temprano, el tratamiento adecuado y la atención de seguimiento. Deben introducirse lineamientos para la práctica clínica, de tal manera que la calidad de la atención sea uniforme y se facilite su cumplimiento.

6. Velar por que se ponga al alcance de todas las personas con diabetes un suministro asequible de insulina y otros medicamentos, así como de otros productos necesarios para tratar adecuadamente la diabetes y prevenir complicaciones discapacitantes.

6. Velar por que las personas con diabetes puedan adquirir los conocimientos y aptitudes que los faculten para el autocuidado de su enfermedad crónica. Velar por que el equipo de asistencia sanitaria tenga las aptitudes y los conocimientos especiales necesarios para atender a las personas con diabetes.

8. Crear asociaciones nacionales con miras a mejorar los conocimientos del público y el bienestar de las personas con diabetes y contar con un medio para participar en la elaboración de los programas nacionales contra la diabetes. Al reconocer el problema de la discriminación que afecta a muchas personas que padecen de diabetes, una de las funciones clave que deben cumplir esas asociaciones es promover un entorno favorable para las personas con diabetes y abogar por la equidad social. Otra función clave es apoyar y promover investigaciones que puedan generar nuevos conocimientos sobre la diabetes. Esta información podrá traducirse en mejor asistencia sanitaria y en mejores formas de prevenir la diabetes y sus complicaciones.

9. Concebir e implantar un sistema común de información sobre la diabetes en las Américas para documentar y hacer el seguimiento del logro de mejor salud

para las personas con diabetes. Los datos obtenidos aportarán información destinada a establecer y mejorar la atención de pacientes, así como optimizar los sistemas para la entrega de servicios y los recursos para programas futuros.

10. Promover alianzas entre los principales interesados involucrados en lograr una mejor salud para todas las personas con diabetes. La colaboración continua entre todos los interesados es esencial para cumplir esta misión.

Compromiso

Todos los países de las Américas invertirán en la prevención y control de diabetes, como una demostración práctica de la aplicación de la estrategia mundial de salud para todos.

LEY 23.753 - DECRETO REGLAMENTARIO 1271

El Senado y Cámara de Diputados

de la Nación Argentina reunidos en Congreso sancionan

con fuerza de Ley:

ARTICULO 1º .- El Ministerio de Salud y Acción Social dispondrá a través de las áreas pertinentes el dictado de las medidas necesarias para la divulgación de la problemática derivada de la enfermedad diabética y sus complicaciones, de acuerdo a los conocimientos científicamente aceptados, tendiente al reconocimiento temprano de la misma, su tratamiento y adecuado control.

Llevará su control estadístico, prestará colaboración científica y técnica a las autoridades sanitarias de todo el país a fin de coordinar la planificación de acciones; y deberá abocarse específicamente a los problemas de producción, provisión y dispensación para asegurar a todos los pacientes los medios terapéuticos y de control evolutivo, de acuerdo a la reglamentación que se dicte.

ARTICULO 2º .- La diabetes no será causal de impedimento para el ingreso laboral, tanto en el ámbito público, como en el privado.

ARTICULO 3º .- El Ministerio de Salud y Acción Social dispondrá la constitución de juntas médicas especializadas para determinar las circunstancias de incapacidad específica que puedan presentarse para el ingreso laboral, así como para determinar incapacidades parciales o totales, transitorias o definitivas, que encuadren al diabético en las leyes previsionales vigentes y en

las que con carácter especial, promueve el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, de acuerdo a la reglamentación.

ARTICULO 4º .- En toda controversia judicial o administrativa en la cual el carácter de diabético sea invocado para negar, modificar o extinguir derechos del trabajador, será imprescindible el dictamen del área respectiva del Ministerio de Salud y Acción Social por intermedio de las juntas médicas especializadas del artículo 3º de la presente ley.

ARTICULO 5º .- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley dentro de los ciento veinte (120) días posteriores a la promulgación.

ARTICULO 6º .- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTINUEVE DIAS DEL MES DE SETIEMBRE DEL AÑO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE.

El Poder Ejecutivo Nacional

BUENOS AIRES , 23 OCTUBRE 1998

VISTO el Expediente Nº 2002-4252/96-0 del registro del MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL, y considerando:

Que por el mismo tramita la reglamentación de la Ley 23.753, que contiene previsiones sobre aspectos relevantes de la prevención de la diabetes y de distintos problemas derivados de la atención de pacientes diabéticos.

Que resulta necesario dictar la correspondiente reglamentación a efectos de posibilitar su aplicación en el más breve plazo posible.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS del MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL ha tomado la intervención de su competencia.

Que se actúa en ejercicio de las atribuciones conferidas por el artículo 99, inciso 2) de la CONSTITUCION NACIONAL.

Por ello,

EL PRESIDENTE DE LA NACION ARGENTINA

DECRETA:

ARTICULO 1º .- EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL , por intermedio de la SECRETARÍA DE PROGRAMAS DE SALUD y de las áreas técnicas de su dependencia que correspondieran, actuará como Autoridad de Aplicación de la Ley 23.753 y del presente Decreto reglamentario.

ARTICULO 2º .- EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL promoverá, por la vía que corresponda, la adhesión de las provincias y eventualmente de otras jurisdicciones al régimen de la citada Ley y de la presente Reglamentación.

ARTICULO 3º .- La Autoridad de Aplicación dispondrá a través de las distintas jurisdicciones las medidas necesarias para garantizar a los pacientes con diabetes el aprovisionamiento de los medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol que se estimen como elementos indispensables para un tratamiento adecuado, según lo establecido en el Programa Nacional de Diabetes y en las normas técnicas aprobadas por autoridad competente en el orden nacional.

ARTICULO 4º .- El aprovisionamiento de medicamentos y demás elementos a que se refiere el artículo precedente será financiado por las vías habituales de la seguridad social y de otros sistemas de medicina privada para cubrir las necesidades de los pacientes comprendidos en los mismos, quedando a cargo

del área estatal en las distintas jurisdicciones el correspondiente a aquellos pacientes carentes de recursos y de cobertura médico social.

ARTICULO 5º .- EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL instará a las distintas jurisdicciones a lograr la cobertura del CIEN POR CIENTO (100) de la demanda en el caso de la insulina y de los elementos necesarios para su aplicación y una cobertura progresivamente creciente nunca inferior al SETENTA POR CIENTO (70) para los demás elementos establecidos en el mencionado Programa y las normas técnicas correspondientes.

ARTICULO 6º .- EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL instará a las jurisdicciones a que en previsión de situaciones de emergencia que afecten la cadena de producción, distribución o dispensación de insulina, establezcan las medidas de excepción que estimen necesarias para asegurar lo establecido en el artículo 3º de la presente reglamentación.

ARTICULO 7º .- Son competentes, para el cumplimiento de lo establecido en el artículo 3º de la ley 23.753 , las comisiones médicas creadas por la Ley 24.241 modificadas por la Ley 24.557. Se constituirán comisiones médicas en el ámbito del MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL para intervenir en cualquier controversia de la previstas en el artículo 4º de la Ley 23.753.

ARTICULO 8º .- Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

INDICE

Prólogo ..... **pág. 4**

Introducción ..... **pág. 6**

Capítulo I ..... **pág. 9**

- Marco teórico conceptual
- La salud: Concepto salud-enfermedad
- Salud y Educación
- Prevención: Primaria, Secundaria y Terciaria

Capítulo II ..... **pág. 23**

- Diabetes
- ¿Qué es ser Diabético?
- Aspecto Laboral
- El Diabético
- El diabético con otras patologías y complicaciones

Capítulo III ..... **pág. 43**

- Ubicación Espacial: Localidad de Roque Pérez
- Institución Referente del Proyecto
- Desarrollo del Proyecto

Capítulo IV ..... **pág. 62**

- El Trabajador Social y la Praxis
- Metodología de Intervención: trabajo en grupo
- Factores obstaculizadores y facilitadores del Proceso de Intervención

Capítulo V ..... **pág. 74**

- Propuestas de actuación en el campo seleccionado
- Conclusiones generales

Bibliografía general ..... **pág. 80**

Anexo ..... **pág. 83**

- Declaración de las Américas
- Leyes

DEPARTAMENTO LEYES

GOBERNACION

86

El Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires sancionan con fuerza de

Ley 11620

CAPITULO I
BENEFICIOS

Artº 1º.- Los habitantes de la Provincia de Buenos Aires que padezcan de Diabetes, gozarán de los siguientes beneficios:

a) Provisión gratuita de insulina e hipoglucemiantes orales según se trate de diabéticos insulino dependientes o no insulino dependientes.

b) Provisión gratuita de tiras reactivas para el control glucémico y glucosúrico o práctica gratuita de los análisis bioquímicos que correspondan según se les prescriba.

c) Provisión gratuita de material descartable para la administración de insulina.

CAPITULO II
REQUISITOS

Art. 2º.- Tendrán derecho a todos o a algunos de los beneficios establecidos en el artículo anterior, de conformidad con los alcances que determine la Reglamentación las personas que reúnan los siguientes requisitos:

a) Tener residencia en la Provincia de Buenos Aires con dos (2) años de antigüedad.

b) Ser diabético insulino dependiente (tipo 1) o no insulino dependiente (tipo 2).

c) No hallarse amparado por cobertura social alguna o la que posean no provea los medios necesarios para el tratamiento de su enfermedad.

d) No poseer ingresos o recursos de ninguna índole que le permitan sufragar los gastos derivados del control y tratamiento de su enfermedad.

e) No tener parientes que estén legalmente obligados a prestarle asistencia, o en caso de tenerlos que ellos no se encontraren en

Julieta - A.S. Jef. Jurdo. 519/17418.
4526686

DEPARTAMENTO LEYES
GOBERNACION

116201

condiciones de sufragar los gastos derivados del control y tratamiento de su enfermedad.

f) No gozar de los presentes beneficios en el orden nacional, provincial o municipal u otorgado por Organismos Privados.

CAPITULO III
SOLICITUD

Art. 3°.- La reglamentación determinará la autoridad de aplicación de la presente y la forma y trámite en que deberán efectuarse las solicitudes.

Todas las actuaciones que realicen los peticionantes serán gratuitas.

Art. 4°.- Toda solicitud dará origen a una encuesta social para verificar el cumplimiento de las condiciones exigidas por la presente ley a cargo de la autoridad de aplicación en la forma que la reglamentación determine.

CAPITULO IV
OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO

Art. 5°.- Los beneficiarios están obligados a someterse a los exámenes médicos que se establezcan en la reglamentación.-

CAPITULO V
CANCELACION

Art. 6°.- Los beneficios se cancelan por:

a) Renuncia del titular.

b) Radicación definitiva del beneficiario fuera de la Provincia de Buenos Aires.

c) Dejar de reunir los requisitos exigidos por la presente ley.

d) Incompatibilidad con otros beneficios.

e) Incumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5°.

CAPITULO VI
CAPACIDAD LABORAL DEL DIABETICO

Art. 7°.- La diabetes, por sí misma, no será causal de impedimento para el ingreso laboral en el ámbito público provincial ni a establecimientos educacionales de todos los niveles.

DEPARTAMENTO LEYES

GOBERNACION

86

11620

CAPITULO VII
ORGANISMO DE APLICACION

Art. 8º.- El órgano de aplicación de la presente ley tendrá a su cargo:

a) El otorgamiento y ejecución de los beneficios.

b) Llevar un Registro dde insulinos dependientes (tipo 1) y no insulinos dependientes (tipo 2).

c) Otorgamiento de Credencial a los diabéticos que estén en tratamiento con insulina, la que se renovará periodicamente luego de la evaluación.

d) Propiciar e implementar programas y cursos de educación para los diabéticos, y su grupo familiar tendientes a lograr su activa participación en el control y tratamiento de la enfermedad.

e) Desarrollar programas de docencia e investigación diabetológica, auspiciando la formación y capacitación de recursos humanos especializados para el sector.

f) Crear un Banco de reserva de insulina para situaciones de emergencia que afecten la cadena de producción, distribución o dispensión del producto.

g) Toda actividad que considere necesaria para la prevención, diagnóstico, rehabilitación y tratamiento de la diabetes.

CAPITULO VIII
RECURSOS

Art. 9º.- Los gastos que demande la aplicación de la presente ley serán atendidos con los siguientes recursos:

a) Con lo determinado anualmente en la Ley de Presupuesto.

b) Con los recursos que se destinen por leyes especiales.

c) Con las donaciones o legados que se realicen para ser afectados a la aplicación de la presente ley.

Art. 10º.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones de la Honorable Legislatura de la Provincia de Buenos Aires, en la ciudad de La Plata, a los veintiocho días del mes de diciembre de mil novecientos noventa y cuatro.

OSVALDO JOSE MERCURI
Presidente
H. Cámara de Diputados
de la Prov. de Buenos Aires

LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE BS. AS.

RAFAEL EDUARDO ROMA
Presidente
del H. Senado de Buenos Aires

Dr. MANUEL EDUARDO GASI
Secretario Legislativo
H. Cámara de Diputados
de la Prov. de Buenos Aires

Dr. JORGE ALBERTO LANDAU
SECRETARIO LEGISLATIVO
H. Senado de Buenos Aires

PROVINCIA DE BUENOS AIRES
PODER EJECUTIVO

5011

LA PLATA, 29 DIC 1998

Visto el expediente n° 2100-97/95 por el cual se gestiona la aprobación de la Reglamentación de la Ley 11.620, y

CONSIDERANDO:

Que por dicha Ley se estableció un régimen de asistencia a los pacientes diabéticos, determinándose que el Organismo de Aplicación tendrá a su cargo la implementación de tales acciones;

Que la propuesta de reglamentación que se propicia, señala que la Dirección Provincial de Medicina Preventiva - Departamento Enfermedades no Transmisibles del Ministerio de Salud -en su carácter de Organismo de Aplicación-, dispondrá las medidas necesarias para proveer de insulina, hipoglucemiantes orales y tiras reactivas para el control glucémico y glucosúrico a los beneficiarios de la citada Ley;

Que asimismo, la antigüedad en la residencia establecida por el artículo 2° inciso a) de la Ley mencionada, se acreditará mediante la constancia de domicilio obrante en el Documento de Identidad del interesado, ó de sus padres, tutores, guardadores, curadores, en caso de que éstos sean menores ó incapaces, debiendo ser acreditado el carácter de enfermo diabético (art. 2° inciso b) de la Ley citada) mediante certificado médico emanado de Establecimientos Asistenciales Estatales de la Provincia de Buenos Aires;

Que a su vez el referido Organismo de Aplicación llevará un Registro de los beneficiarios de la Ley, clasificando a los mismos de acuerdo al Tipo de Diabetes que padezcan (Insulinodependientes -Tipo 1- y no Insulinodependientes -Tipo 2-), incluyendo en este Registro datos que resulten de interés para evaluar el estado de salud de los pacientes, la accesibilidad a las prestaciones mínimas normatizadas, y la planificación de acciones preventivas;

Que por último, el Banco de Reserva de Insulina previsto en el Artículo 8° inciso f) de la referida Ley, deberá contener las provisiones suficientes para satisfacer las necesidades mínimas, de acuerdo con el número de beneficiarios inscriptos y contemplar situaciones que puedan afectar su provisión;

Form. "A" — Ministerio de Salud

Dr. JUAN JOSE MUSSI
Ministro de Salud
de la Pcia. de Bs. As.

acuerdo al Tipo de Diabetes que padezcan. Este Registro incluirá datos que resulten de interés para evaluar el estado de salud de los pacientes, la accesibilidad a las prestaciones mínimas normatizadas, y la planificación de acciones preventivas.

Para el caso de los pacientes diabéticos Insulinodependientes (Tipo 1), la autoridad de aplicación proveerá un registro Médico que deberá cumplimentar el Profesional actuante una vez al año.

Para el caso de los pacientes diabéticos no Insulinodependientes (Tipo 2), la autoridad de aplicación proveerá un Registro Médico que deberá cumplimentar el Profesional actuante una vez cada dos años.

Artículo 11°.- El Banco de reserva de Insulina previsto en el Artículo 8° inciso f) deberá contener las provisiones suficientes para satisfacer las necesidades mínimas, de acuerdo con el número de beneficiarios inscriptos y deberá contemplar situaciones que puedan afectar su provisión.

Dr. JUAN JOSE MUSSI
Ministro de Salud
de la Prov. de Bs. As.

COPIA OFICIAL