

ACTA No. 1241
CUARTO PERIODO ORDINARIO DE LA XLVII LEGISLATURA
SESIÓN ESPECIAL
REALIZADA EL 21 DE NOVIEMBRE DE 2013
PRESIDE: EL TITULAR, SR. SILVANO BAIZ

En la ciudad de Paysandú se reunió en sesión especial la Junta Departamental el veintiuno de noviembre de dos mil trece; el acto comenzó a las diecinueve horas y veintisiete minutos y contó con la asistencia de los siguientes señores ediles:

TITULARES

APPRATTO, Ramón	MEIRELES, Walter
BAIZ, Silvano	PASTORINI, Hermes
COSTA, Reneé	PITETTA, Martín
CULÑEV, Sergio	SOCA, Francis
DUARTE, Walter	TERRA, Arturo
LOPARDO, Luis	TESKE, Nelda

SUPLENTE

MIÑOS, Luis	ACOSTA, Marcelo
INELLA, Miguel	NAVADIÁN, Sandra
MEDINA, Raquel	MASDEU, Olga
DALMAS, Dino	CARBALLO, José
PIZZORNO, Javier	BARTABURU, Jorge
MOREIRA, Mabel	VILLAGRÁN, Saúl
SILVA, Bartolo	OYANARTE, Carlos
HENDERSON, Mario	PEZZATTI, Erika
GENTILE, Francisco	

Actúa en Secretaría el secretario general, señor Robert Pintos

14 DE NOVIEMBRE “DÍA MUNDIAL DE LA DIABETES”

SR.PRESIDENTE (Baiz): Buenas tardes. Estamos muy satisfechos por tenerlos hoy en esta Sala.

El 14 de noviembre pasado se celebró el Día Mundial de la Diabetes y, por moción de la edila Sandra Navadián, se presentó esta posibilidad de realizar hoy una sesión con ese motivo, moción que pasó a la Mesa y obtuvo el consenso de todos los señores ediles.

Les agradecemos vuestra presencia hoy aquí a fin de brindarnos información sobre esta enfermedad silenciosa, que muchas veces no sabemos que la padecemos.

Tienen la palabra.

DRA. ETCHEVERRIGARAY: Buenas tardes. Antes que nada, agradezco a la Junta Departamental que nos reciba hoy.

La diabetes, para el equipo de salud que está presente, es un tema que nos conmueve mucho. Cuando hagamos la presentación en PowerPoint se darán cuenta de que estamos intentando mejorar el tratamiento y a su vez dar a nuestros pacientes todas las herramientas para un mejor control y tratamiento de la enfermedad.

La diabetes, es una enfermedad crónica, a nivel mundial se considera una epidemia a esta altura ya que las cifras son alarmantes. En 1985 se hablaba de 30 millones de diabéticos en el mundo; en 1995 de 150 millones; hoy hay 370 millones de diabéticos en todo el mundo y se estima que para el año 2030 se llegue a 500 millones.

Esto es tremendo para la persona que padece la enfermedad, para su familia y también para los países, su economía y los gobiernos que tienen que lidiar con este tema y con la salud de la población. Es una enfermedad bastante cara; la alimentación y los medicamentos son bastante onerosos, al igual que su forma de control.

Debemos pensar que muchos de estos millones de enfermos que se estiman para el año 2030 los podemos reducir si tomamos determinadas conductas y si cambiamos nuestros hábitos de vida. Debemos hacer prevención primaria; eso en primer lugar; tratar de disminuir estos millones de habitantes que van a ser diabéticos cambiando los estilos de vida. Debemos apostar a ello.

Se dice que caminar 30 minutos todos los días disminuye en un 30 o 40 por ciento la posibilidad de ser diabético; tan sencillo como eso. Pero qué hacemos? Miramos televisión, pasamos muchas horas frente a la computadora. Nada más que eso nos alienta a decir que debemos apostar a cambiar el estilo de vida.

Y cuando ya se es diabético, la prevención secundaria. Los costos de la diabetes se acentúan muchísimo cuando el paciente ha tenido un mal control metabólico y a la larga tiene complicaciones crónicas. Por lo tanto, cuando el paciente es diabético debemos hacer prevención primaria para que no se produzcan las complicaciones crónicas, que son económicamente mucho mayores.

Aquí está todo el equipo, vinimos todos; tenemos el Programa en el corazón.

A continuación, la nurse Núñez, va a hacer una presentación explicando de qué se trata esto.

LIC.ENF.NÚÑEZ: Buenas tardes. Soy licenciada en Enfermería, formo parte del equipo que trabaja en este Programa de Tratamiento Integral de la Diabetes en el Hospital de Paysandú. Es un programa interdisciplinario e intersectorial; lo integran varias disciplinas y varios sectores de nuestra sociedad.

Les voy a explicar quiénes somos y de qué lugares dependemos. La Dra. Alba Etcheverrigaray, del Hospital de Paysandú, Unidad Ejecutora 024; Laura Savio, médica endocrinóloga, también del Hospital local; Analía Techeira, dependiente de la Intendencia de Paysandú; la nutricionista Marcela Taborda, por el Hospital local; quien les habla; la enfermera Mara Litrison, que forma parte del equipo de trabajo del Hospital; la psicóloga Aline Mesa, que en su residencia de Psicología viene a formar parte del equipo por la Universidad de la República; la técnica en Podología Leticia Prieto, de la Udelar, en este caso con un cargo de docente honoraria de la Escuela de Podología y la profesora de Educación Física Valeria Mancino, que depende del Ministerio de Deporte.

En el Programa también tenemos un equipo de interconsultantes, es decir que está estipulado que a cada paciente que ingresa lo hacemos ver por el

cardiólogo, por el ginecólogo, por el dentista, por el oftalmólogo y por el equipo de nefrología.

Comienza en agosto de 2011, hace dos años. El mismo está basado sobre todo en cuatro ejes. La alimentación del paciente diabético, el ejercicio físico, el tratamiento médico y aspectos socioemocionales.

Los primeros pacientes del Programa ingresaron derivados de policlínicas periféricas; barrio P-3, El Techo, de todas partes de la ciudad. También pacientes derivados de las salas de internación con el “debut diabético”, es decir cuando se descubre la enfermedad.

Uno de los criterios de ingreso al Programa es la hemoglobina glicosilada, índice que nos da una idea aproximada de cómo estuvo la diabetes de ese paciente en los últimos tres meses. Si es mayor a 7,5 indica un mal control metabólico, una falta de adherencia al tratamiento. Todos los pacientes diabéticos, ya sean tipo 1 o tipo 2 –distintos tipos de diabetes- y aquellos con insuficiencia renal también ingresaban al Programa.

En cuanto al funcionamiento, nos reunimos una vez a la semana, todos los jueves de 12 a 16 horas en la planta física del ITS del Hospital. Funcionamos como una mesa redonda en la que el paciente es uno más del equipo –ahora les vamos a mostrar algunas fotos de cómo trabajamos-; ingresamos hasta dos pacientes y controlamos hasta ocho cada jueves.

A los pacientes que vienen por primera vez se los ingresa, se les abre una ficha, se hace la valoración primaria en conjunto con los médicos, la podóloga, ahora tuvimos recientemente la incorporación del cirujano vascular, entonces se le hace el doppler también. En la primera consulta el paciente tiene lo que se llama una charla de bienvenida, donde se le explica de qué consta el programa, pautamos con él, se le indica la dieta adecuada, cómo alimentarse y ahí vamos viendo con qué frecuencia de controles nos vamos a seguir viendo para tener un seguimiento.

Los pacientes que concurren a control, también son vistos por el equipo multidisciplinario, con el funcionamiento de mesa redonda, se evalúan los cambios que han tenido en cuanto a los controles de lo que es la paraclínica y la clínica, los signos vitales, la asistencia a las interconsultas coordinadas -si fue al cardiólogo, nefróloga, oculista- los cuidados del pie, la dieta y la realización de los ejercicios físicos. El programa cuenta con el beneficio que en Plaza de Deportes, tres veces por semana, en conjunto con la deportóloga y la profesora de Educación Física, tienen ejercicios guiados, que son las especialistas en pacientes diabéticos, con controles previos y posteriores al ejercicio, se va evaluando el cambio que tienen.

También está el grupo de apoyo guiado por la psicóloga, que funciona en una metodología semanal, son doce encuentros seguidos, es decir que son aproximadamente tres meses que los tenemos, donde los hacemos firmar un compromiso de cambio. Cada paciente que está de acuerdo en participar en este grupo de apoyo, tiene que firmar por escrito -viene a ser algo así como un consentimiento informado que adherimos a su historia clínica y participan en doce encuentros seguidos. En esos encuentros se abordan distintos aspectos, como son: contención y reflexión en torno a la diabetes y su tratamiento. Se le da un enfoque integral, vinculando al paciente con los servicios que se le brindan y también se abordan los aspectos psicosocioemocionales, el equipo de técnicos - que somos nosotros- de los doce encuentros participamos en cuatro, en los demás participa la psicóloga con ellos.

En esos cuatro encuentros abordamos, por medio de charlas, aspectos de alimentación, ejercicio físico, de cuidados del pie y de complicaciones de la diabetes. También contamos con lo que es la consulta de enfermería, que la doy yo, aquellos pacientes que requieren ser insulinizados, es decir que empiezan por primera vez con la insulina, tienen todos los jueves un espacio de 2 horas, desde las 10 a las 12, donde estamos disponibles, para explicarle como comenzar con este tratamiento, diferenciar entre los distintos tipos de insulina que existen y como administrársela.

Ese es, más o menos, el trabajo que venimos realizando.

Queríamos mostrar algunos datos de estos dos años. Hemos atendido aproximadamente 113 pacientes hasta hoy -esta presentación fue hecha hace algunos días- con una permanencia promedio de seis meses en el programa, para que puedan cumplir con todos los requerimientos que exigimos. Se otorgaron 52 altas. Es importante aclarar que de las altas que otorgamos son a aquellos pacientes que logramos cumplir con el objetivo que decíamos al principio, que se adhieran al tratamiento.

Tuvimos que dar de baja a 14 pacientes porque asimismo con el equipo interdisciplinario tampoco se adhirieron al tratamiento, dejaron de concurrir y hubo un fallecimiento.

En cuanto a los valores de hemoglobina glicosilada, para nosotros es importante destacarlo, porque de esos valores que estaban aumentados cuando ingresaron al programa, en poco tiempo, entre 3 y 6 meses, lograron bajarlo casi el 80% de los pacientes, un 76.6% se normalizaron. Alguna parte del tratamiento funcionó, la dieta, el ejercicio físico, el tratamiento medicamentoso, el programa con el grupo de apoyo, las charlas que dan los técnicos, la gimnasia, en algún aspecto estuvimos incidiendo favorablemente porque, la estadística lo muestra.

También un porcentaje bajo de los que aumentaron este valor y también bajo de los que no pudimos recabar bien los datos.

En cuanto a la presión arterial, tenemos que decir que tuvimos una buena respuesta de los pacientes, porque un 46.7% disminuyeron los valores. Pacientes hipertensos lograron normalizar los valores, un 20% aumentaron y un 30% se mantuvieron, ingresaron hipertensos y se fueron igual.

En cuanto al peso. El 60% de los pacientes aumentaron el peso. Este dato hay que aclarar que puede ser debido a una compensación metabólica, porque cuando el diabético está descompensado tiende a adelgazar, cuando entra con problemas de nutrición, no es que estemos como en un plan de engorde de los pacientes, sino que aumentaron de peso debido a la compensación.

Y también es un dato importante que el 37% lograron bajar, con la dieta que se les da. Estos cambios resumidos son: alcanzaron valores óptimos de hemoglobina glicosilada un 76,6%, normalizaron las cifras de P/A un 46.7% y bajaron de peso un 36,6%.

Todos estos logros son del trabajo en equipo y del compromiso de los pacientes que van -vale aclarar, les mostramos algunas fotografías que nos sacamos nosotras en el lugar de trabajo, el equipo, algunos de los pacientes trabajando en el grupo de apoyo, en una de las charlas.

Esa era la idea de presentarles, por lo que fuimos convocados, para que tuvieran conocimiento del trabajo que estamos realizando y la Dra. Alba Etcheverrigaray les va a presentar un resumen.

DRA. ETCHEVERRIGARAY: Mi presentación es muy breve. Nosotros mes a mes hacemos un ateneo, nos reunimos todo el equipo y nos planteamos los

pacientes -problemas, las dificultades que vamos teniendo en el programa, las cosas a mejorar. A dos años de haber empezado con el programa hicimos este trabajo más profundo, lo que hemos logrado y lo que nos falta.

Esto es una evaluación del trabajo en el programa en estos dos años, cuáles fueron los logros del equipo. Primero, el compromiso que tenemos cada uno de los que participamos con el programa en sí, como que nos pusimos la mochila y nos guste trabajar en él, hemos hecho dos años ininterrumpidos de atención, los objetivos los tenemos muy claros y fortalecidos por ser un grupo muy constante. En este tiempo el equipo ha sido siempre el mismo, solo hay dos personas que por distintos motivos se han tenido que ir, pero si bien se fueron dos, ahora tenemos al cirujano vascular que es muy importante para todo lo que es el pie diabético.

El equipo interdisciplinario de diabetes ya fue presentado por la nurse, por lo tanto no lo voy a volver a repetir: médicos diabetólogos, deportólogos, licenciada en enfermería, nutrición, podólogo, psicólogo, profesor de educación física y las interconsultas que realizamos también ya las presenté.

Cuáles son nuestros desafíos. Y ese es un objetivo que tenemos y un poco el motivo por el cual venimos hoy a la Junta, lograr la continuidad de este programa en Paysandú.

Nosotros sentimos que si bien somos un equipo interdisciplinario provenimos de diferentes sectores; o sea, hay quienes vienen de la Intendencia, del Ministerio de Deporte, de la Salud, porque nos han prestado horas de aquí, de allá para hacer este programa pero no hay ningún compromiso firmado, no tenemos nada que diga "bueno, mañana la Intendencia dice: mirá doctora Techeira no vas a estar más en el programa porque no queremos que estés más", y no tenemos esa estabilidad del equipo, así que ese es nuestro primer objetivo a lograr; alcanzar objetivos que aún no hemos cumplido -que son varios-, seguir fortaleciéndonos como equipo, ser reconocidos como equipo de referencia en diabetes y designar al programa con el nombre "Dra. Julia Quintana".

Justamente, cuando hablamos de esto último dijimos: no le podemos poner el nombre de la doctora Julia Quintana a algo que es tan inestable, entonces a partir de ahí nos planteamos buscar la forma de persistir en el tiempo.

Cuáles son nuestras carencias: inestabilidad en los cargos -que es lo que estoy diciendo-, nurse, podólogo, psicólogo, asistente social -nos está faltando-, el equipo de pie diabético -que ahora con el doctor Rocha lo estamos conformando-, por ahí tener más horas para el programa porque ven que los números son muy pequeños, a dos años hemos visto a 113 pacientes ¿por qué? porque lo que queremos es calidad y no cantidad. Y obviamente que con esas horas y apostando a la calidad la cantidad de pacientes que podemos ver no son muchos. Material no pedíamos mucho, una computadora cuando hicimos la evaluación.

Cuáles son los logros que hemos tenido con los pacientes: calidad de atención, sentir que pertenecen a un grupo, se sienten contenidos, hacen actividades grupales y cuando terminan el programa, devolución de lo realizado durante su paso en el programa para que ellos a ese resumen de lo que han pasado esos meses que han estado en el programa se lo llevan a su médico de referencia en las rap, que es el médico que lo trata y al año le pedimos que regrese para hacer una evaluación de cómo va.

Cuáles son nuestros desafíos: que nuestros pacientes tengan mayor adherencia al tratamiento. Eso a veces nos desespera bastante, saber que los queremos ayudar y por diferentes motivos, por temas psicológicos, sociales no

logramos una adhesión adecuada, por lo tanto menor número de bajas. Formación de una asociación de diabéticos, que es algo que lo venimos fomentando entre nuestros pacientes pero que hay falta de ganas de agruparse y no lo hemos logrado aún y mayor contención en lo social.

Cuáles son las carencias, el número de pacientes que se benefician del programa, que era lo que les decía queremos calidad y no cantidad. Nos encantaría poder, que pudieron entrar, más pacientes a este programa y lo que veíamos como causa de que los pacientes no se adhieran a todas las actividades que les proponemos, el traslado al Hospital de pacientes que viven en P 3, Nuevo Paysandú, es muy lejos, les estamos pidiendo que vengan cuatro veces por semana al Hospital. O sea que muchas veces se les hace imposible.

Eso era lo que quería presentarles en cuanto a la evaluación del año.

DR.PINAZO: Mi nombre es Jorge Pinazo, encargado de la policlínica del Hospital. Lo que quería transmitir primero que nada es que, como bien dijeron los técnicos y los que más saben del tema, la importancia que ha tenido en estos dos años poder continuar con esto. Se creó con mucho sacrificio, nació en el Hospital, tengo que dar un agradecimiento porque en su momento tuvimos el apoyo de la directora Salomé Wolman y el doctor Mario Córdoba, que nos apoyaron a que podamos inaugurar esto. Por supuesto que hemos sido apoyados y hasta ahora por la dirección actual, como bien lo dijo la Doctora, tenemos muchas carencias, de a poco hemos integrado más gente conformar el equipo multidisciplinario, tenemos que agradecer a la Intendencia por el aporte de la Deportóloga sin las horas que nos ha aportado la Intendencia no contaríamos con ella. Sin duda a Pilar Vázquez, en lo que tiene que ver en la parte de salud mental, nos apoyó y colaboró para que podamos tener las reciente de psicólogas dentro del equipo, a la directora de la carrera de podología con la cual hablamos en primera instancia, Marta David, que nos contó y nos mostró también algunas experiencias que existen en el Uruguay, sobre todo en Montevideo, en el Interior somos pioneros en esto, no hay otro lugar que trabaje de esta forma multidisciplinaria como estamos trabajando nosotros en equipo. Por supuesto el agradecimiento a ustedes por habernos recibido y, sobre todo, para poder difundir esto para que podamos trabajar más tranquilos en el sentido de lo que decía la doctora Alba Etcheverrigaray, que los equipos se conformen y no tengamos que depender de que si hoy está tal persona vamos a tener tal cargo con nosotros sino decir "bueno, qué es lo que necesita el equipo", necesita una deportóloga, un podólogo, psicólogo; tenemos que contar con eso y ese equipo tiene que estar conformado de primera, con las personas, por supuesto, más indicadas.

En este caso estamos en un programa que se llama Programa Integral Diabetes, por que le necesidad de conformar un equipo. Porque si bien la diabetes se define por azúcar alta, es una enfermedad que afecta a múltiples órganos. Como sabemos, en el Uruguay las causas de muerte principal son las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Dentro de las enfermedades cardiovasculares hay un factor de riesgo que aumenta la posibilidad de padecer la enfermedad que es la diabetes. La diabetes como enfermedad, silente, la persona muchas veces se diagnostica tardíamente, muchas veces son personas que no tienen hábitos saludables pero de forma silente empiezan a afectar riñón, corazón, cerebro y muchas veces los pacientes terminan consultando en el servicio de urgencia por las consecuencias de esa enfermedad: un accidente vascular, un infarto, y ahí decimos donde estuvimos y qué hicimos previamente para poder contrarrestar todo esto. Por eso es la idea de este programa.. Si bien

nosotros estamos viendo la enfermedad ya establecida en pacientes que ya son diabéticos, queremos integrar con nosotros todo lo que es el primer nivel de atención luego de que los pacientes pasan por el programa -como dijo la Doctora- de la forma más cualitativa e integral posible que vuelvan a sus policlínicas y sigan controlados por sus médicos, por el equipo asistencial de su policlínica, pero que se vayan con las herramientas necesarias. ¿Por qué? Por lo que les decía el enfoque de la enfermedad ha cambiado, ya no hablamos de que la enfermedad se trata con el médico, que es el que conoce la enfermedad, sino con un equipo multidisciplinario que actúa, no son solo médicos los que tienen que ayudar a las personas, debemos conocer al paciente, saber en qué entorno está inserto -por eso la importancia del psicólogo- cómo está integrada la familia, cuáles son sus hábitos, su alimentación, sus ingresos para poder cumplir con la dieta, porque uno le dice: “usted no puede comer esto, esto y esto”, pero hay que saber cuáles son las posibilidades reales que tiene ese paciente. Hay que darle herramientas, desde el punto de vista psicológico, para que asuma que ya tiene la enfermedad pero que hay formas de contrarrestarla y llevar una vida muy saludable y, de alguna forma, evitar las complicaciones que puede tener, que son realmente lamentables. Por todo eso es la conformación del equipo que permite una visión global del paciente, una visión integral, por eso el nombre del programa: “Programa Integral de Diabetes”. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Baiz): Tiene la palabra el señor edil Costa.

SR. COSTA: Gracias, no voy a hacer, precisamente, preguntas, simplemente quiero agradecer al equipo de profesionales que nos han brindado esta información, felicitarlos por el trabajo que realizan, porque denota que lo están haciendo con mucha profesionalidad y vocación, que creo que es lo que se necesita en estos casos.

Y, en tercer lugar, quiero remarcar la importancia de recibir en este recinto una información de este tipo en materia de salud y lo digo porque estamos acostumbrados a recibir otro tipo de información y discutir otro tipo de cosas sobre la salud que no nos llevan absolutamente a nada. Por tanto, creo que esto debe ser muy bien recibido por todos nosotros, los ediles. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Baiz): Tiene la palabra el señor edil Duarte.

SR. DUARTE: Gracias, Presidente. En el mismo sentido, quiero saludar y agradecer la presencia a quienes nos visitan.

En cuanto a las preguntas, quisiera saber cómo está el tema de la obligatoriedad de los controles de cualquier habitante, por ejemplo, en el carné de aptitud laboral o en cualquier otro tipo de control que se hace cuando se ingresa a un lugar para atenderse, hospital, mutualista, es decir si hay controles rutinarios que indiquen cómo se está en este tema. Lo otra pregunta es cómo se está resolviendo cuando hay problemas -como muy bien decía el doctor- en cuanto a la alimentación, regímenes dietéticos, etc., si hay alguna posibilidad de vincular estas situaciones difíciles de mucha gente a programas como del Mides o del INDA, que de alguna manera, puedan apoyarlos para cumplir con el tratamiento

Y, por último, quiero preguntar, hoy se habló -si no entendí mal- de técnicas de insulinización, cómo está la tecnología en ese tema y qué posibilidades de acceso hay a una tecnología que pueda ser más fácil para el paciente teniendo en cuenta que muchas veces hay niños que se encuentran en esta en esta situación. ¿Cómo estamos en el tema tecnológico y qué apoyo se puede dar desde el sistema de salud a la gente, en este sentido?. Son varias preguntas, cualquier duda las repetimos.

SR. PRESIDENTE (Baiz): Tiene la palabra, Doctora.

DRA. SAVIO: Buenas tardes, soy Laura Savio, soy endocrinóloga, formo parte del equipo. En cuanto a la primera pregunta todos sabemos que para ingresar habitualmente lo que se le pide a cualquier trabajador es el carné de salud. Dentro de las rutinas de carné de salud se exige una glicemia, ahí se identifica a las personas que tienen una glicemia ya sea alterada o con diagnóstico de diabetes, inmediatamente el médico que recepciona y habilita el carné de salud lo envía. O sea que ese es el primer paso que se da.

Después, como parte de cualquier control, desde la niñez a los pacientes que tienen factores de riesgo para desarrollar la enfermedad se les pide como rutina una glicemia también. Entre otras cosas.

¿Cuál era la segunda pregunta?

SR. DUARTE: El tema de que pudiera ocurrir que algún paciente no tuviese condiciones económicas para acceder a un tratamiento o a una dieta.

DRA. SAVIO: Lo que hay es una canasta muy módica para pacientes que está dando el INDA que es una canasta para diabéticos. Es muy carente, no es que con esa canasta va a solucionar todo. Antes era solo una pequeña canasta, ahora aparte de la canasta les dan 500 pesos para gastar en productos dietéticos, en realidad, ellos van con tiques alimentación y los canjean.

En otros países, no en el nuestro lo que se está haciendo es tratar de subvencionar, por ejemplo, ponerle un precio más caro a los refrescos, como en Méjico ahora, por la incidencia en la obesidad y que se sabe que no son benéficos, y se está tratando de subvencionar los productos más saludables. Pero acá eso no existe.

Por último, en cuanto a los controles y a la tecnología, si bien es importante que el paciente diabético tenga un monitoreo, que es lo que nosotros llamamos los controles de glicemia capilar, en un diabético bien controlado con uno o dos controles de glicemia capilar por semana –y eso se lo puede hacer en cualquier centro, ahora tenemos a mano las policlínicas de barrio, los hospitales, o el que cuente con algún otro servicio se lo puede hacer allí. El paciente que sí necesita consultar y tener los controles diariamente, es el diabético insulino-requiriente o el diabético tipo 1, que depende totalmente de los controles de un aparatito que llamamos glucómetro, que lo tiene el paciente porque lo se lo suministran tanto la mutualista como ASSE, eso nos va a permitir, al paciente y a nosotros, ir monitoreando el tratamiento y hacer el seguimiento.

En cuanto a otra tecnología, hay distintos tipos de insulina, que se va a elegir en base a cada paciente, no es que exista una fórmula mágica y un tratamiento para todos los pacientes igual, se individualiza para cada uno y cada vez más. En cuanto a la bomba, que es lo más caro y lo último en lo que se ha avanzado en cuanto a tecnología, acá hay gente que la tiene pero se la tiene que costear, en otros países, según el requerimiento, se financia por parte de lo que vendría a ser el Fondo Nacional de Recursos en nuestro país, eso pasa, por ejemplo, en la Argentina. La bomba es algo muy costoso porque su costo de mantenimiento promedio es de 300, 400 o 500 dólares por mes y 5000 u 8000 dólares la bomba; en cuanto a la insulina que se usa, es la misma.

SR. PRESIDENTE (Baiz): Tiene la palabra la señora edila Navadián.

SRA. NAVADIÁN: Muchas gracias. Ya agradeció mi compañero de bancada, pero quiero volver a felicitarlos y agradecerles su presencia hoy aquí y la información. Ojalá esto sea un repique para difundir esta información a la que la mayoría no tenemos acceso y bueno que también sirva para fomentar la

prevención. También quiero volver a resaltar que es el único grupo con estas características en el país y que sería importante que eso sirviera de ejemplo. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Baiz): Tiene la palabra la señora edila Moreira.

SRA. MOREIRA: Gracias, señor Presidente. Quiero agradecer al equipo de salud en nombre de la bancada del Partido Nacional, realmente los felicito. Vengo del interior del Interior y veo la dificultad que tenemos allí; para la gente del Interior sería recibido de muy buen agrado que en el futuro esto se extendiera para las policlínicas de los pueblos pequeños, sería un gran logro, ya que contamos con muchos pacientes que tienen esta enfermedad, que ya se están insulinizando. También ha sido muy buena la información, en cuanto a lo que me corresponde me llevo el apunte, saber que el INDA proporciona este beneficio, el cual, seguramente, les comunicaremos a esos pacientes que tienen esa enfermedad para que puedan acceder al mismo, ya que se hace muy difícil por su costo y por la alimentación que requiere, sobre todo en el Interior. Esta información ha sido muy buena, la transmitiré en mi pueblo y en mi lugar de trabajo. Les agradezco mucho. Repito; en nombre de mi bancada solo me resta agradecerles y darles nuestro total apoyo.-

SR.PRESIDENTE (Baiz): Felicito a este equipo por ser pioneros en esto, un equipo -como dijo la Dra.Etcheverrigaray-, creo que muy bien conformado. con aspiraciones propias y el deseo de ir cumpliendo etapas para lograr los objetivos.

Creo que fue muy buena la idea de la edila Navadián la de presentar este tema en este recinto para que se lo divulgue y dé a conocer, entendiendo lo necesario de los controles para así sentirnos mejor.

Gracias por estar hoy aquí. Espero volver a encontrarnos en otra oportunidad a fin de recabar más información sobre este tema y también sobre vuestras actividades.

DRA.SAVIO: Una invitación. Si bien el Día Mundial de la Diabetes es el 14 de noviembre, lo celebraremos el próximo domingo 24 -ya que no estaba el equipo completo- para difundir información sobre esta enfermedad y hacer un llamado de alerta a los pacientes que la padecen y a los que padecen algún factor de riesgo.

Haremos una convocatoria con frases y llamados de alerta sobre ese tema que harán los pacientes, algunos estudiantes e integrantes.

Comenzaremos desde bulevar y Avenida España e iremos hasta la plaza Artigas.

Ahí se hará una pesquisa y se expondrán mensajes.

Están todos invitados. Gracias por recibirnos. Estamos a las órdenes.

Gracias a ustedes.

(Aplausos)

SR.PRESIDENTE (Baiz): Finalizamos así la sesión especial.

(Así se hace siendo la hora 20:10)
