

**ACCESIBILIDAD A UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE:  
¿CONDICIONANTE SOCIAL O SANITARIO DEL TRATAMIENTO DE LA  
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN POBLACIONES  
SOCIOECONÓMICAMENTE VULNERABLES?  
REVISIÓN Y ANÁLISIS DE DOCUMENTOS.**

CARLOMUSTO, Agustina; CUFARO, Natalia Belén; JARA, Laura Alejandra; LAMAS, María Victoria; Lic. GOMEZ, Andrea Nora.

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Escuela de Nutrición, Buenos Aires, Argentina

**RESUMEN**

La Diabetes Mellitus tipo 2 es uno de los principales problemas de salud pública por su rápida expansión en las últimas décadas. Influyen sobre ella aspectos sociales y económicos.

En el presente trabajo se analiza cómo la accesibilidad a la alimentación adecuada al tratamiento se encuentra limitada por la situación socioeconómica de la persona con Diabetes Mellitus tipo 2. Se describen las políticas, programas y leyes en relación con esta enfermedad a nivel nacional y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con la finalidad de poder determinar si las mismas tienen en cuenta este pilar fundamental para el tratamiento.

Se concluye que reconocer la implicancia de la materialización de la accesibilidad a una alimentación adecuada al tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en personas con vulnerabilidad socioeconómica es

imprescindible a la hora de formular políticas, programas y leyes orientados a la prevención, control y tratamiento de la enfermedad.

**Palabras clave:** Diabetes Mellitus 2, accesibilidad, alimentación saludable, seguridad alimentaria, población socioeconómicamente vulnerable.

## **ABSTRACT**

The Diabetes Mellitus type two is one of the main problems of public health, due to its fast spread in the last few decades. Since it is affected by social and economic difficulties.

In this paper, it will be analyzed how to access to a proper healthy diet base on the right treatment, it is even affected by the social-economic situation of the person who suffer from Diabetes Mellitus type two. It is also described the policies, laws and programs related to this disease to a national level and in the Autonomous City of Buenos Aires with the finality of determining if these take into account this fundamental pillar for the treatment.

In conclusion, to recognize the implication of materialize the accessibility to a proper diet for the treatment of Diabetes Mellitus type two in people with socioeconomic vulnerability it is essential to create policies, laws and programs oriented to the prevention, control and treatment of the disease.

**KEY WORDS:** social-economic problems, healthy diet, Diabetes Mellitus type 2, policies, laws and programs, public health

## I.INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), dentro de ellas la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), causan el 60% de las muertes en Argentina y la mayoría de los costos evitables de la atención en salud pública. Es una epidemia en aumento, debido al envejecimiento de la población y a los estilos de vida actuales, basados en el sedentarismo y en las dificultades para llevar a cabo una alimentación saludable.<sup>1</sup>

En el siguiente trabajo se abordará la DM2 por ser actualmente mayor su prevalencia frente a los otros tipos de Diabetes y por ser la alimentación adecuada un pilar fundamental para su tratamiento.<sup>1</sup>

Esta enfermedad se caracteriza por la elevación de los niveles de glucemia en sangre debido a que las células resisten al efecto de la insulina. Esta es, en primera instancia, compensada por una hiperproducción de insulina a cargo de las células beta pancreáticas (hiperinsulinemia compensadora) que estimula la utilización periférica de glucosa y la disminución de la síntesis de glucosa hepática, manteniendo la normoglucemia. A largo plazo se deteriora la función de las células beta (50% en el momento del diagnóstico) y aparecen estados de hiperglucemia.<sup>2</sup>

En Argentina, causa el 50% de las amputaciones no traumáticas de miembros inferiores, una importante proporción de infartos agudos de miocardio, ataques cerebrovasculares, insuficiencia renal crónica y constituye la primera causa de ceguera no traumática en adultos.<sup>3</sup>

Los factores que aumentan el riesgo de desarrollar DM2 son:

No modificables:

- Edad avanzada.
- Antecedente de DM2 en un familiar de primer grado.
- Antecedentes de diabetes gestacional.
- Síndrome de ovario poliquístico.
- Condiciones clínicas: enfermedad coronaria e insuficiencia cardíaca avanzada.

Modificables:

- Obesidad, sobrepeso y obesidad abdominal.
- Sedentarismo.
- Tabaquismo.
- Patrones dietéticos: alimentación elevada en hidratos de carbono simples, grasas saturadas y baja en fibra.
- Trastornos de regulación de la glucosa: glucemia basal alterada, tolerancia alterada a la glucosa y elevación de hemoglobina glicosilada.<sup>3</sup>

La Guía Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la DM2 para el primer nivel de atención <sup>3</sup>, presenta recomendaciones acerca del diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento de la enfermedad. A continuación se detallarán las mismas:

### **Diagnóstico**

Se cumple cuando al menos uno de los siguientes valores se encuentra alterado:

- Dos glucemias en ayunas realizadas en dos días distintos con valores mayores o iguales a 126 miligramos por decilitro.
- La presencia de síntomas de Diabetes (poliuria, polidipsia, polifagia) más una glucemia medida al azar con valores mayores o iguales a 200 miligramos por decilitro.
- Glucemia igual o mayor a 200 miligramos cada 100 mililitros, dos horas después de una carga oral equivalente a 75 gramos de glucosa en 375 mililitros de agua.

### **Tratamiento no farmacológico**

Se basa en una alimentación adecuada, actividad física regular y educación diabetológica para lograr un buen control metabólico que reduzca la aparición de complicaciones.

### **Alimentación adecuada**

Es necesario adoptar un plan de alimentación que permita el descenso de peso, cuidar la salud cardiovascular y normalizar los valores de glucemia. El mismo consiste en:

- Limitar el consumo de alimentos ricos en azúcares simples como azúcar, tortas, caramelos, galletitas dulces, bebidas con azúcar, miel, mermeladas y golosinas. También aquellos ricos en grasas saturadas como manteca, carnes grasas, frituras, lácteos enteros y aderezos.
- Incluir 5 porciones al día entre frutas y verduras.
- Moderar el consumo de alimentos altos en hidratos de carbono complejos como pasta, arroz, papa, batata, choclo, mandioca,

legumbres, masa de tarta, empanadas, pizza, panificados, galletas saladas y barra de cereal. Preferir aquellos que sean integrales.

- Distribuir los hidratos de carbono a lo largo del día para evitar una carga elevada de ellos en una sola comida.
- Incluir pastas cocidas al dente o recalentadas para que el almidón sea más resistente a la digestión y se absorba más lento.
- Consumir 40 gramos por día de fibra, presente en el salvado de avena, frutas, verduras, legumbres, arroz integral y frutas secas.
- Reemplazar las grasas saturadas por monoinsaturadas o poliinsaturadas presentes en pescados como caballa, salmón, atún anchoa, sardinas, merluza, lenguado, brótola y jurel; aceites vegetales como oliva combinado con aceite de girasol, soja, maíz o de canola.
- Consumir hasta 150 g de carne magra una vez al día como cuadril, nalga, bola de lomo, peceto, lomo, colita de cuadril, cuadrada, paleta, carré o solomillo de cerdo, conejo, pechuga de pollo sin piel eliminando la grasa visible.
- Incluir tres porciones al día de lácteos descremados.
- Reducir el consumo de sal y el de alimentos con alto contenido de sodio como snacks, sopas y caldos comerciales.

### **Actividad física regular**

La guía sugiere realizar 30 minutos de actividad física de intensidad moderada la mayoría de los días de la semana. Para los que ya tienen el hábito, se sugiere incrementar la intensidad o la duración.

### **Educación diabetológica**

Es aquella que le permita a la persona con DM2 adquirir mayor conocimiento sobre su enfermedad y generar habilidades para asumir el control de la misma. Puede ser brindada por el personal de salud adecuadamente entrenado. Los temas a abordar son: aspectos generales de la enfermedad, alimentación, manejo de hipoglucemias, prevención de complicaciones, actividad física, consumo de alcohol y tabaco, cuidados del pie, automonitoreo y factores de riesgo cardiovascular.

### **Tratamiento farmacológico**

Debe iniciarse cuando la modificación del estilo de vida no es suficiente para alcanzar la meta glucémica.

La primera línea de acción es la metformina, cuando esta no es bien tolerada o está contraindicada se utilizan los secretagogos. Se agrega otra medicación cuando no se logre la meta glucémica con la dosis máxima utilizada. Cuando estas medidas fracasan, se indica insulina sola o combinada con antidiabéticos orales.

### **Automonitoreo de glucemia**

Recomendada fundamentalmente para personas tratadas con insulina. Puede ser útil también para personas tratadas con antidiabéticos orales que hayan recibido educación diabetológica.

## Complicaciones crónicas

Como consecuencia de la glucotoxicidad provocada por alteraciones de la glucemia en ayunas y la intolerancia a la glucosa, aparecen lesiones micro y macrovasculares debido a la activación de tres mecanismos principales:

- La activación de la aldosa reductasa: esta enzima transforma a la glucosa en sorbitol, que al acumularse dentro de las células genera retención de líquido y posterior edema celular.
- Aumento de la síntesis de diacilglicerol: este activa a la proteína kinasa C que estimula a la fosfolipasa A2. Como resultado aumenta la producción de prostaglandina E2 (genera vasodilatación aumentando la permeabilidad vascular) y tromboxano A2 (aumenta la adhesividad plaquetaria).
- Unión de la glucosa a las proteínas circulantes: forma productos de Amadori alterando sus funciones. La glicosilación del colágeno atrae con más facilidad a las lipoproteínas de baja densidad (LDL), lo cual dificulta su eliminación. Las lipoproteínas de alta densidad (HDL) glicosiladas son rápidamente eliminadas de la circulación.

Estos mecanismos generan una disfunción en el endotelio: mayor vasoconstricción, menor vasodilatación, mayor tendencia a la formación de trombos y de placa de ateroma que finaliza con la lesión de órganos.<sup>4</sup>

Las complicaciones crónicas finales son:

## **Enfermedades cardiovasculares**

Son las causas más comunes de muerte y discapacidad entre los diabéticos. Estas son: angina de pecho, infarto de miocardio, enfermedad arterial periférica y la insuficiencia cardíaca congestiva.

## **Nefropatía diabética**

Es causada por la lesión en los vasos sanguíneos que irrigan los riñones, lo que provoca que sean menos eficientes o que fallen por completo.

## **Retinopatía diabética**

La red de vasos sanguíneos que irrigan a la retina puede bloquearse y generar retinopatía que termina en la pérdida permanente de la visión.

## **Neuropatía diabética**

La hiperglucemia puede provocar daño en el sistema nervioso y alterar el sistema digestivo, urinario y reproductor, entre otros. Las zonas más comúnmente afectadas son las extremidades (neuropatía periférica), particularmente los pies. Esto puede producir pérdida de sensibilidad lo que provoca que las lesiones pasen desapercibidas y den lugar a infecciones graves y úlceras, enfermedad del pie diabético y amputaciones mayores.

## **Complicaciones del embarazo**

La glucemia elevada durante el embarazo aumenta el riesgo del bebé de padecer DM2 a futuro, un excesivo peso en el nacimiento, elevada insulinemia e hipoglucemia y problemas en el parto.

## Epidemiología de la Diabetes

La diabetes se expande rápidamente a nivel global. En el 2015 el 8,8% de la población mundial padecía diabetes (415 millones de personas). Cerca del 75% de ellas vive en países con ingresos medios y bajos. Se estima que la prevalencia mundial de DM2 aumentará un 154% en menos de 25 años. El mayor aumento se prevé para los países más pobres de África (109%), América Central y del Sur (60%).<sup>5</sup>

Los porcentajes de muertes causadas por esta enfermedad muestran las mismas tendencias. El continente con el mayor porcentaje corresponde al africano, seguido de América Central y del Sur y finalmente América del Norte.<sup>5</sup>

La cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), realizada durante el año 2018 en Argentina, presentó actualizaciones en la metodología con respecto a las anteriores. Se dividió en tres pasos: en el primero se realizó autorreporte por cuestionario; como novedad, en el segundo se agregaron mediciones físicas y en el tercero bioquímicas.<sup>6</sup>

La prevalencia de diabetes autorreportada mostró una diferencia estadísticamente significativa. Aumentó de 9,8% en la tercera encuesta en el año 2013 a 12,7% en la cuarta encuesta. Solamente la mitad de las personas con DM2 conoce su enfermedad. El 30% de ellas no hacen ningún tratamiento y el 66% que lo hacen, no tienen un control metabólico eficaz. Como resultado de ello, alrededor de dos tercios de las personas con diabetes, padecen complicaciones crónicas.<sup>6</sup>

Se analizaron los datos de la tercera encuesta realizada en el año 2013, ya que la cuarta solo arroja datos preliminares a la fecha. El diagnóstico de DM2 aumenta su prevalencia con la edad: 2,9% en el grupo de 18 a 24 años y

20,3% entre el segmento de 65 años y más. Por otro lado, su prevalencia aumenta cuanto menor es el nivel educativo: 8,1% en las personas que completaron los estudios secundarios y 14,6% en las que no completaron sus estudios primarios.

Finalmente su prevalencia aumenta cuanto menor es el nivel de ingresos: 9,1% en el quinto quintil y 10,1% en el primer quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora.<sup>7</sup>

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), la prevalencia de DM es de 8,2% y sigue las mismas tendencias que en Argentina y el resto del mundo.

Aumenta cuanto menor es el nivel educativo: 6% en las personas que completaron los estudios secundarios y 12,1% en aquellas que no los completaron. Aumenta cuanto menor es el nivel de ingresos: 4,5% en personas cuyo ingreso es mayor a 4000 pesos y 12% en aquellas cuyo ingreso es menor a 1750 pesos (Ingresos referentes al año 2013).<sup>7</sup>

A nivel mundial, nacional y local, organizaciones como la American Diabetes Association<sup>8</sup>, la Asociación Latinoamericana de Diabetes<sup>9</sup>, la International Diabetes Federation<sup>5</sup> y la Organización Mundial de la Salud<sup>10</sup> han citado recomendaciones y normativas tendientes a dar respuesta de salud para el tratamiento de diabetes. Operativamente los planes y programas de salud referidos a la diabetes suelen garantizar los insumos médicos (medicación, insulina, glucómetros, etcétera). A pesar de esto, siempre ha sido un problema la dificultad para el acceso a una alimentación saludable por parte de poblaciones socioeconómicamente vulnerables, más aún en el contexto de crisis económica que atraviesa el país actualmente. Entonces, se puede pensar

en cuáles son los antecedentes y cómo son las respuestas, desde el enfoque social y/o sanitario, para asegurar el acceso a los alimentos adecuados y completar el tratamiento integral de personas con DM2 pertenecientes a poblaciones con estas características en sus condiciones de vida.

Por lo expuesto, teniendo en cuenta la elevada morbimortalidad y el gran impacto socioeconómico causado por la DM2, sumado al contexto actual de pobreza e indigencia en aumento <sup>11</sup>, consideramos pertinente realizar una revisión bibliográfica de trabajos de investigación científicos, políticas, programas y leyes implementadas a nivel nacional y en CABA en relación con la DM2 y analizar si tienen en cuenta el acceso a alimentos saludables adecuados para su tratamiento. En dicha jurisdicción desde hace unos años se intensificaron las acciones y políticas destinadas a brindar tratamiento a las ECNT en el primer nivel de atención<sup>1</sup>. Es así cómo se detectan diariamente grupos poblacionales con diabetes en condiciones desfavorables de vida y de alimentación.<sup>1</sup>

Esta investigación se realizó con la finalidad de reflexionar sobre la temática, para conocer posibles soluciones, y a futuro, promover la construcción de políticas, programas y leyes relacionados con la accesibilidad a una alimentación saludable, eslabón fundamental en el tratamiento de la DM2. Al tener en cuenta estos aspectos posiblemente se pueda obtener una mejoría de la calidad de vida de las personas con diabetes en situación de vulnerabilidad socioeconómica garantizando el derecho a la alimentación y a la salud.

El objetivo general es analizar la bibliografía científica referida a la accesibilidad a alimentos saludables en el desarrollo y tratamiento dietoterápico

de DM; revisar e indagar leyes, programas y políticas en relación a la DM en CABA y en otras ciudades de Latinoamérica que tengan en cuenta estas dimensiones.

A continuación se enumeran los objetivos específicos:

- Describir la correlación entre el acceso a los alimentos saludables y el desarrollo y tratamiento de DM2.
- Analizar las políticas, programas y leyes a nivel nacional y en CABA en relación con la DM2 y verificar si tienen en cuenta la inaccesibilidad de grupos poblacionales a los alimentos adecuados para su tratamiento.
- Revisar la Ley Nacional de Diabetes.
- Comparar las políticas, programas y leyes en relación con la DM2 en CABA y las existentes en otras ciudades de Latinoamérica; verificar si en ellas se garantiza la accesibilidad a los alimentos adecuados al tratamiento de la DM2 en personas con condiciones socioeconómicas desfavorables.

El presente trabajo es una revisión bibliográfica. Para obtener información, la búsqueda fue de modalidad electrónica. Se realizó la revisión y análisis de diferentes documentos escritos. En primera instancia, trabajos de investigación publicados entre los años 2000 y 2019. Las bases de datos utilizadas fueron: Scielo, IntraMed, Ministerio de Salud de la Nación, Atlas Federal de Diabetes y Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación (FAO). Por otro lado, políticas, programas y leyes en relación con la DM2 de organismos públicos nacionales, internacionales y porteños de los últimos 49 años.

## II. ACCESO A LOS ALIMENTOS SALUDABLES Y SU CORRELACIÓN CON EL TRATAMIENTO Y EL DESARROLLO DESFAVORABLE DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

### **Seguridad alimentaria y acceso a los alimentos**

García Guerreiro y cols <sup>12</sup> consideran que: “*La seguridad alimentaria (SA) existe cuando todas las personas tienen en todo momento, acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos que satisfacen sus necesidades energéticas diarias y preferencias alimentarias para llevar una vida activa y sana.*” (García Guerreiro L.; Wahren, J., 2016).

La SA no está asegurada por la disponibilidad de alimentos (el suministro adecuado de ellos), se necesita además, acceso físico y económico.

El acceso físico depende del entorno edificado, como los puntos de entrada para los alimentos y de las condiciones geográficas.

El acceso económico (accesibilidad) refiere al costo relativo de los alimentos en comparación con los ingresos del hogar.<sup>13</sup>

En zonas de bajos ingresos, hay menor acceso a productos saludables.

### **Relación entre vulnerabilidad socioeconómica y la dificultad para llevar a cabo un tratamiento adecuado de DM2**

Diversos estudios han demostrado que la vulnerabilidad socioeconómica dificulta realizar un tratamiento adecuado para la DM2. Esto se da por

numerosos factores, entre los que se destaca la falta de accesibilidad a una alimentación saludable acorde con la misma.

La Dra. Emma Domínguez Alonso y cols <sup>14</sup> describe a nivel global la influencia de los determinantes sociales en el riesgo de desarrollar DM2 y en su pronóstico. Detalla cómo la pobreza disminuye las probabilidades de obtener un diagnóstico acertado, influye en la adecuación y acceso al tratamiento, en el riesgo de tener un mal control de la glucemia y de que surjan complicaciones.

En la pobreza hay desigualdad en el acceso a prestaciones sanitarias; así como en la educación diabetológica impartida, que no tiene en cuenta el nivel educativo previo de la persona, lo cual genera una imposibilidad de comprensión de la información dada e incumplimiento del tratamiento debido a la dificultad para leer las indicaciones y recomendaciones.

La autora considera que si hubiese suficientes políticas y programas de salud orientados a disminuir las inequidades, la situación socioeconómica no sería un factor determinante para el desarrollo de la DM2.

L. Moreno Altamirano y cols <sup>15</sup> considera que estas inequidades se deben principalmente a un problema de acceso, que afecta en mayor medida a las personas en condición de pobreza e indigencia. Un estudio que el autor realizó en México, demostró que este sector poblacional accede mayormente a alimentos de bajo costo económico, ricos en grasas saturadas, azúcares simples y pobres en hidratos de carbono complejos, patrón alimentario que aumenta la prevalencia de DM2 y dificulta el tratamiento.

En la población mexicana el problema de la desigualdad en los patrones de consumo se debe en gran medida a diferencias en la distribución del ingreso.

Estudios realizados en EEUU y Finlandia advierten que también en países desarrollados, las desigualdades socioeconómicas influyen en el curso de la DM2. Las poblaciones de bajos ingresos viven en un ambiente muy hostil que no les garantiza seguridad para realizar actividad física al aire libre. Tienen mayor acceso a tiendas que ofrecen alimentos con alto contenido en grasas y azúcares, lo que genera menores posibilidades para llevar a cabo una alimentación sana. Esta situación aumenta los factores de riesgo asociados a la enfermedad.<sup>16</sup>

La situación de la población argentina no difiere a la del resto del mundo. Un estudio realizado por Graciela Ascar y cols <sup>17</sup> en la ciudad de Córdoba considera a la DM2 como una enfermedad social, debido a la mayor incidencia, tasa de complicaciones y mortalidad en los niveles socioeconómicos bajos. Según la autora, esto podría deberse a la falta de acceso a alimentos saludables, espacios para realizar actividad física, información en salud, además de desarrollar hábitos no saludables. Todos estos condicionantes influyen negativamente en el desarrollo y evolución de DM2.

Un estudio realizado en tres barrios de la ciudad de Buenos Aires de diferentes niveles socioeconómicos demostró que el de menores ingresos era el más desfavorecido en cuanto al acceso a los alimentos. Presentaba mayor

disponibilidad de locales de comidas rápidas y puestos ambulantes, que brindaban una alimentación menos saludable y de menor costo económico.<sup>18</sup>

Las personas con bajos ingresos no pueden acceder a una alimentación apropiada, dificultando así, el control de la enfermedad. Optan por alimentos de bajo costo caracterizados por ser altos en grasas e hidratos de carbono que exceden las recomendaciones establecidas para las personas con diabetes. Además sufren un déficit de nutrientes claves, especialmente de proteínas, presentes en los alimentos de mayor costo, como carnes, lácteos, frutas y verduras.<sup>19</sup>

### **El contexto económico nacional**

En la actualidad, a nivel nacional se atraviesa una crisis económica. La inflación fue de 54,7% de marzo de 2018 a marzo de 2019<sup>20</sup>. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos el porcentaje de población que se encuentra debajo de la línea de pobreza en CABA pasó del 9% en el año 2017 a 12,6% en 2018, mientras que el porcentaje de personas que se encuentra debajo de la línea de indigencia permaneció en los mismos valores.<sup>11</sup>

Esta situación provoca que cada vez más personas tengan dificultades para la accesibilidad a los alimentos ya que las poblaciones socioeconómicamente vulnerables destinan la mayor parte de sus ingresos (entre el 50 y el 80%) a la compra de los mismos.<sup>21</sup>

La situación actual de pobreza e indigencia hace que, como se mencionó en el apartado anterior, la población de CABA con DM2 tenga una accesibilidad limitada a los alimentos saludables adecuados al tratamiento.

## Planes y programas para el apoyo alimentario a poblaciones vulnerables

El Estado tiene la responsabilidad de garantizar que todos sus ciudadanos tengan seguridad alimentaria.

Diferentes programas son puestos en marcha para intentar asegurar que las personas accedan a los alimentos cuando su situación individual no permita que puedan hacerlo por sus propios medios. A fines prácticos, se dividirán en tres grupos:

### 1) Programas y planes relacionados directamente con la alimentación:

Destacamos el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (PSNA) <sup>22 23</sup>, cuyo objetivo principal es posibilitar el acceso de la población socioeconómicamente vulnerable a una alimentación adecuada, suficiente y acorde con su cultura.

Sus líneas de acción son:

- Tarjetas alimentarias: En CABA a través de los programas Ciudadanía Porteña y Ticket Social, se les brinda a las familias tarjetas de compra. Para acceder al beneficio las personas deben pertenecer a hogares residentes en CABA en situación de pobreza. Para corroborarlo se realiza un test de pobreza en donde se cruzan los datos con otras bases de datos, generalmente ANSES. Una vez superada esta prueba las condiciones que deben cumplir los hogares para el acceso son: asistencia escolar, realización de controles de salud a embarazadas, niños y adolescentes, poseer documentación Argentina en regla y no ser beneficiarios de la Asignación Universal por Hijo. Así, disponen de un monto mensual para destinar a la compra de alimentos y productos de limpieza. De esta forma, se promueve la autonomía en la selección de los mismos. Muchas veces estos requisitos de acceso se convierten en

obstáculos para poder adquirir el beneficio: asistir a todos los controles de salud y esperar a ser visitados en los hogares para que se les aplique el test de pobreza que muchas veces atenta contra el derecho a la alimentación. A su vez, no se realiza ningún vínculo con las instituciones de salud ni de educación para favorecer el proceso de inclusión; solamente se toma a estas instituciones como requisitos para acceder al beneficio.

- Abordaje comunitario: En CABA se encuentran los grupos de apoyo comunitarios que entregan asistencia alimentaria a comedores. También el sistema de paradores donde se les brinda a las personas en situación de calle tres comidas y una cama. Pueden permanecer en ellos una noche, luego de lo cual deben retirarse.

A pesar de que la asistencia alimentaria es un importante apoyo en términos materiales a las familias destinatarias, no contribuye a mejorar el estado nutricional de las personas ya que sostienen el perfil de sobrepeso existente. Brinda un exceso de alrededor del 20% de energía con predominio de grasas e hidratos de carbono y bajas cantidades de hierro y calcio (entre un 20% y 40% menos que lo recomendado).

Un solo comedor en Capital Federal, Padre Pepe de la Sierra, ubicado en la villa 21-24 brinda una alimentación acorde con el tratamiento de la DM2.<sup>24</sup>

- Pro huerta: Cuenta con distribución y/o financiación de insumos (semillas, frutales, animales de granja y herramientas) para la autoproducción de alimentos y ofrece capacitación y apoyo técnico a huertas y granjas familiares, escolares y comunitarias

- Educación Alimentaria Nutricional: brinda información nutricional confiable con el objetivo de que los conocimientos se transformen en hábitos alimentarios saludables.
- Familias y Nutrición: propone realizar educación alimentaria en la familia para fortalecer a la misma en torno a la nutrición. Así se logra la autonomía que les permita elegir alimentos sanos, nutritivos, inocuos, variados y culturalmente aceptables.

2) Programas, planes y asignaciones relacionados con prestaciones monetarias:

Se destacan aquellos otorgados a través de tarjetas o cobro en bancos; por ejemplo, las pensiones para madres de más de 7 hijos, subsidios del Plan Nacional de Primera Infancia <sup>25</sup>, Asignación Universal por Hijo <sup>25</sup>, entre otros.

3) Programas, planes y asignaciones relacionados con el empleo:

El empleo es un punto importante para acceder a los alimentos de forma autónoma. Sin embargo, la existencia del mismo no asegura dejar de encontrarse en una situación de vulnerabilidad, ni el correcto acceso a los alimentos.

Se encuentran dentro de este grupo programas como: “Jóvenes con más y mejor trabajo” <sup>25</sup>, programas de inserción laboral <sup>25</sup>, Ellas Hacen <sup>25</sup>, programas de apoyo a emprendedores <sup>25</sup>, Construir Empleo <sup>25</sup>, entre otros.

Tienen como objetivo introducir a las personas en el campo laboral a través de la capacitación y enseñanza de oficios y primer empleo, o financiando pequeños emprendimientos.

### **III POLÍTICAS, PROGRAMAS Y LEYES EXISTENTES A NIVEL NACIONAL Y EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES EN RELACIÓN CON LA DIABETES MELLITUS 2.**

A continuación se muestra en forma sintética el contenido de leyes, programas y políticas referidas a la diabetes, su prevención y tratamiento a nivel nacional y en CABA.

#### **LEY NACIONAL DE DIABETES:**

La Ley Nacional de Diabetes N° 23.753<sup>26</sup>, de jurisdicción federal (Argentina), es sancionada en el año 1989, luego de la 42.a Asamblea Mundial de la Salud, donde se adopta una resolución en la cual se solicita a todos los Estados miembros, entre ellos Argentina, la medición y evaluación de la mortalidad por DM, así como medidas para su prevención y tratamiento.

En el artículo 1, contempla que el Ministerio de Salud y Acción Social debe:

- Divulgar la DM y sus complicaciones para lograr un reconocimiento temprano de la enfermedad y un adecuado control.
- Llevar un control estadístico.
- Colaborar con las autoridades sanitarias para lograr acciones adecuadas.
- Hacerse cargo de los problemas relacionados con la producción, provisión y dispensación de los elementos necesarios para el tratamiento de dicha enfermedad.

En los artículos 2, 3 y 4 se tienen en cuenta las trabas que las personas con DM2 pueden tener en el ámbito laboral. La enfermedad no puede ser causal de impedimento para el ingreso, modificación o extinción laboral.

Ante una incapacidad específica que impida realizar el trabajo, es necesario el dictamen por parte del Ministerio de Salud y Acción Social a través de juntas médicas especializadas.

Es reglamentada a partir del decreto N° 1271/98 en octubre de 1998. Se establece que el aprovisionamiento de medicamentos y elementos necesarios para el tratamiento deben ser financiados por las vías habituales de seguridad social, sistemas de medicina privada y por el área estatal de cada jurisdicción para aquellas personas carentes de cobertura médico-social.

Este decreto también establece que la cobertura de insulina y de elementos para su aplicación debe ser del 100%. En cuanto a los elementos para el tratamiento mencionados en el Programa Nacional de Diabetes, como tiras reactivas, se establece una cobertura creciente no menor al 70%.

La Ley Nacional de Diabetes N° 26.914<sup>27</sup> es sancionada en el año 2013 como una ampliación de la Ley N° 23.753. Es reglamentada en el decreto 1286/2014 para regular la divulgación de la problemática derivada de la DM y sus complicaciones.

Los puntos que se consideran importantes para la regulación de esta ley, son que:

- Esta enfermedad representa el tercer factor de riesgo de muerte a nivel global y el octavo en relación con la pérdida de años de vida ajustados por discapacidad.

- El 9,4% de la población argentina mayor de 18 años presenta DM o glucemias elevadas.
- La detección de la DM y el adecuado control son imprescindibles para evitar o retrasar las complicaciones y mejorar la calidad de vida de los diabéticos.

El artículo 1 se modifica para que la autoridad de aplicación sea el Ministerio de Salud de la Nación. Otra modificación es que esta autoridad debe “garantizar” la producción, distribución y dispensación de medicamentos y reactivos para el autocontrol de la glucemia, mientras que en la Ley de 1989 refiere que sólo debe “abocarse” a los problemas con respecto a esas instancias.

En cuanto al financiamiento de estos recursos, se establecen las mismas vías que en la Ley Nº 23.753 y además que estos prestadores deben hacerse cargo de su provisión en casos de situaciones de emergencia que puedan afectar tanto su producción, distribución como dispensación. Además, se refiere a que la cobertura de los insumos, no solo insulina, debe ser del 100% y las cantidades indicadas según prescripción médica; lo que genera una ampliación de cobertura con respecto a la Ley anterior.

En cuanto al artículo 2, sigue vigente el de 1989, se menciona que la enfermedad no puede ser causal de impedimento para el ingreso laboral.

En el artículo 4 se agrega que el Ministerio de Salud de la Nación debe constituir comisiones médicas para que intervengan en las controversias que pueda generar la enfermedad en el ámbito laboral.

En la modificación del artículo 3 se aclara que las juntas médicas especializadas, mencionadas en la Ley anterior, son las comisiones médicas creadas en la Ley N°24.241.

La Ley pone en marcha campañas de concientización y detección para lograr conocimientos adecuados sobre la enfermedad que permiten una mejor integración social de los pacientes.

**LEY 337. PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA DE LA DIABETES.  
ADHESIÓN A LA LEY NACIONAL 23753 Y SU DECRETO  
REGLAMENTARIO <sup>28</sup>**

Se sanciona en el año 2000 y posee jurisdicción provincial (CABA).

En el artículo número 3 tiene en cuenta las siguientes actividades:

- Garantizar de forma gratuita los medicamentos y reactivos de diagnóstico a todas las personas con diabetes sin cobertura de salud atendidas en los centros dependientes de la ciudad.
- Determinar los mecanismos para su provisión y distribución y la manera de asegurarlos aún en situaciones de emergencia.
- Difundir información para prevenir el desarrollo de estilos de vida causantes de la enfermedad.
- Realizar actividades que permitan la detección precoz de la enfermedad.
- Investigar acerca de la problemática que genera la diabetes.
- Generar y difundir datos estadísticos sobre la enfermedad

El artículo número 4 establece que la autoridad de aplicación es el Ministerio de Salud de CABA.

### **LEY 2328. MODIFICACIÓN DE LA LEY 337** <sup>29</sup>

Es sancionada en el año 2007 y posee jurisdicción provincial (CABA).

Las actividades que agrega al artículo número 3 son:

- Fomentar la realización de actividad física y de una correcta alimentación.
- Para la generación de datos estadísticos toma en consideración a la población infantil y joven con familiares de primer y segundo grado con antecedentes de DM2; a la población infantil y joven con DM1 y a la población adulta que padece DM1 y 2.
- Para facilitar la generación de datos estadísticos se distribuyen cuestionarios a los efectores y centros de salud y establecimientos educativos.

La actividad que agrega al artículo número 4 es:

- Entregar a la Legislatura un informe anual sobre los datos estadísticos generados.

### **LEY 1906. LEY BÁSICA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, OBESIDAD Y DIABETES** <sup>30</sup>

Se sanciona en el año 2006 y posee jurisdicción provincial (CABA).

El artículo número 2 define los siguientes objetivos:

- Difundir información para la prevención, control y tratamiento de enfermedades cardiovasculares, obesidad y diabetes.

- Favorecer una alimentación adecuada a la prevención, control y tratamiento de estas enfermedades, a través de la regulación de la comercialización y la información obligatoria básica de los alimentos.
- Realizar campañas de detección de estas enfermedades.

El artículo número 3 establece la regulación de la comercialización de alimentos en los establecimientos que posean menús o brinden alimentos específicos para la prevención de estas enfermedades al público minorista:

- Los restaurantes, aquellos con modalidad de tenedor libre, aquellos que elaboren un tipo de comida principal (por ejemplo pizzerías, parrillas, heladerías, bombonerías, etcétera); servicios de lunch o similar, fiambrerías, queserías o comercios de venta de lácteos deben brindar una opción en las carteleras que contengan alimentos sin azúcar ni sal agregada y/o de menor contenido graso.
- Las carnicerías, pescaderías y granjas deben contar con una cartelera que indique los cortes con menor contenido graso.
- Las verdulerías y fruterías deben tener una cartelera que indique las frutas con menor contenido de azúcar.
- Los establecimientos que comercialicen productos envasados, como supermercados, mercados, almacenes y maxiquioscos, deben ubicar los alimentos sin azúcar agregada, sin sal agregada y de bajo tenor graso en góndolas apartadas y diferenciadas con una cartelera.

En el artículo 4 menciona que los alimentos que figuren en las carteleras deben estar a disposición de quienes lo soliciten.

En el artículo 7 describe el encabezado que debe tener cada cartelera. Debe figurar la leyenda “Ley N° 1906 prevención de enfermedades

cardiovasculares, obesidad y diabetes- alimentos recomendados”. En el artículo 8 agrega que al pie de la misma deben estar ubicadas las recomendaciones para la prevención, control y tratamiento de estas enfermedades. La autoridad sanitaria debe brindarles a ellos los listados con los alimentos recomendados y sus datos nutricionales.

### **LEY 2188, MODIFICACIÓN DE LA LEY 1906** <sup>31</sup>

Es sancionada en el año 2007 y posee jurisdicción provincial (CABA).

La modificación realizada con respecto al artículo 3 es que es aplicada a todos los establecimientos que elaboren y comercialicen alimentos y no sólo a los que brinden menú o alimentos específicos para la prevención de estas enfermedades.

Con respecto al artículo 4 agrega que están exceptuados de cumplir con la ley aquellos establecimientos que comercialicen alimentos cuyas características son impropias de modificar.

### **LEY 5127. DÍA MUNDIAL DE LA DIABETES** <sup>32</sup>

Es sancionada en el año 2014 y posee jurisdicción provincial (CABA). Por medio de la misma CABA adhiere a declarar el 14 de noviembre como el Día Mundial de la Diabetes (DMD). Arbitra medidas para la realización de acciones sobre concientización y difusión de la Diabetes.

Se difunde información acerca de las causas, los síntomas, el tratamiento y las complicaciones asociadas a la enfermedad. Está dirigida a niños y adultos que padecen esta enfermedad, profesional sanitario, individuos con poder de decisión en materia sanitaria y a los medios de comunicación.

Las actividades realizadas son: programas de radio y televisión, actividades deportivas, proyecciones gratuitas sobre la diabetes y sus complicaciones, encuentros informativos públicos, campañas de carteles y folletos, exposiciones y talleres, ruedas de prensa, artículos en periódicos y revistas, actividades para niños y adolescentes, iluminación de monumentos, marchas y carreras.

### **Programas:**

#### **RESOLUCIÓN 1168/2000. PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA DE LA DIABETES** <sup>33</sup>

Se sanciona en el año 2000 y depende de la Secretaría de Salud de CABA.

Especifica la distribución y provisión de los medicamentos y reactivos de diagnóstico a los pacientes con DM sin cobertura mediante el sistema de Plan Médicos de Cabecera (PMC). Los beneficiarios deben reunir los siguientes requisitos:

- Inscribirse en el PMC en el Hospital correspondiente a su domicilio.
- Residir en el territorio de la República Argentina.
- Carecer de cobertura médico social y de recursos que permitan solventar la compra de medicamentos e insumos.

Tiene validez anual según lo determine el Servicio de Asistencia Social de la Institución en la cual se trate.

Una vez incorporado al programa, se le asigna el Médico de Cabecera quien es el encargado del seguimiento del paciente. Las normas para el control y tratamiento son propuestas por la Comisión de Red de Diabetes y se adecúan a las de Atención Médica Primaria. Debe asistir a la primera consulta

para la apertura de la historia clínica. El servicio debe disponer de, al menos, un turno por día.

Contempla la provisión de: insulina, hipoglucemiantes orales, hipolipemiantes y antihipertensivos que se encuentren en el Vademécum del PMC.

Los elementos de diagnóstico, autocontrol y aplicación que considera el programa son: tiras reactivas para lectura de glucosa en sangre capilar, lancetas para obtención de sangre capilar por digitopunción, jeringas de insulina con aguja incorporada. La provisión se realiza de acuerdo con las siguientes disponibilidades:

Tiras reactivas para la lectura de glucosa en sangre capilar:

- Niños menores de un año con DM1 les corresponde hasta dos por día.
- Embarazadas con diabetes gestacional hasta cinco por día.
- Pacientes adultos con DM1 y DM2 insulino dependientes de 0,5 a 1,5 por día.

Tiras reactivas para la identificación de cuerpos cetónicos en orina:

- Niños y embarazadas hasta 1 por día.

Se permiten lancetas para digitopunción y jeringas de insulina con aguja incorporada hasta 100 por año.

La prescripción de los medicamentos debe ser en recetarios profesionales médicos de los servicios de diabetes, endocrinología, nutrición, medicina interna, pediatría y de atención primaria de la salud de establecimientos del área estatal. Debe figurar los datos filiatorios y clínicos básicos; la medicación, por Denominación Común Internacional, que debe recibir; el diagnóstico de base y de patologías asociadas y la duración del

tratamiento. Permite la dispensación mensual de medicamentos e insumos por un período de hasta tres meses máximo.

Los autorizados a confeccionar la receta son el médico de cabecera, el médico referente en Diabetes y el Jefe del Centro de Salud. Los efectores de la dispensación de estos elementos son las farmacias de los Hospitales Generales de Agudos y de los Hospitales Especializados en Pediatría y las Farmacias de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSACs).

El beneficio queda cancelado cuando el beneficiario: renuncia a la titularidad del beneficio, radica fuera de la jurisdicción, cesa la condición socioeconómica informada o abandona el control médico periódico.

El programa tiene en cuenta además, la capacitación del personal de salud para que se mantenga actualizado, brinde la mejor atención y se prevengan complicaciones de la enfermedad. Se debe lograr a través de cursos y trabajos de actualización. Los docentes a cargo surgen del cuerpo de médicos referentes de la Red de Diabetes del sistema.

Realiza actividades para que las personas con DM participen de forma activa en el control de la enfermedad y realicen cambios en el estilo de vida. Además establece un mecanismo de evaluación para determinar los logros alcanzados.

## **PROGRAMA PROTEGER. PROYECTO DE PROTECCIÓN DE LA POBLACIÓN VULNERABLE CONTRA LAS ECNT <sup>34</sup>**

Este proyecto se sanciona en el año 2018 y depende del Ministerio de Salud de la Nación. Se articula en tres componentes:

Componente 1: intenta mejorar la calidad de atención para ECNT brindada a los grupos vulnerables. Para ello se mejora las condiciones de los centros de atención pública y se extiende el alcance de los servicios. Se brindan cuidados periódicos a las personas con ECNT y a sus factores de riesgo. Se logra con un acceso efectivo a servicios de salud de calidad.

Componente 2: proteger a la población vulnerable de los factores de riesgo asociados a las ECNT. Su objetivo es realizar actividades que promuevan estilos de vida saludables; la reducción del consumo de sodio y tabaco; el aumento del consumo de frutas y verduras y de la realización de actividad física.

Componente 3: apoyo al Ministerio de Salud Nacional y Provincial para mejorar la vigilancia, monitoreo, promoción, prevención y control de las ECNT. Tiene como objetivo mejorar sus capacidades y facilitar la coordinación de actividades multisectoriales.

### **Programas existentes en el primer nivel de atención:**

**RESOLUCIÓN 899/2001 GUÍAS DE ORIENTACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA PREVALENTES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD <sup>35</sup>**

Es emitida en el año 2001, depende del Ministerio de Salud de la Nación. La misma se incorpora al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Los temas que aborda son:

- Criterios diagnóstico
- Metas del tratamiento
- Tratamiento con medidas generales donde incluyen actividad física, alimentación y educación.
- Tratamiento farmacológico: precauciones, efectos adversos y dosis de prescripción.
- Insulinoterapia: dosis de prescripción, forma de aplicación, esquema terapéutico, complicaciones.

### **RESOLUCIÓN 1156/2014 PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE PERSONAS CON DIABETES <sup>36</sup>**

Es emitido en el año 2014, depende del Ministerio de Salud de la Nación. El propósito es realizar prevención, control e intervención sobre factores de riesgo y complicaciones para mejorar la calidad y esperanza de vida, disminuir las complicaciones y los costos asociados con la enfermedad.

Los objetivos son:

- Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes a través del fortalecimiento institucional, estandarización de procesos asistenciales y evaluación de la calidad de atención.
- Capacitar a los servicios de salud para la prevención y control de la enfermedad y sus factores de riesgo. Se debe lograr con actividades de

capacitación al equipo de salud, elaboración de herramientas para la consulta e incentivos para la reorientación del servicio.

- Incrementar la prevención y la detección temprana de la enfermedad utilizando materiales gráficos; regulando la oferta de alimentos y bebidas y brindando información a la población.
- Mejorar la educación diabetológica y el grado de adhesión al tratamiento de las personas con DM2 para manejar por sí mismos su condición y prevenir complicaciones.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica de la diabetes y sus factores de riesgo a través de encuestas que brinden prevalencias y análisis de datos de mortalidad y morbilidad.

### **RESOLUCIÓN 1711/2014 PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS<sup>37</sup>**

En el año 2014 a través de la resolución 1711/2014 se crea el Programa para la Atención Integral de Personas con Diabetes Mellitus, incluido dentro del Sistema Único de Reintegro (S.U.R.). Esto permite que los Agentes del Seguro de Salud puedan empadronar a sus beneficiarios con diagnóstico de DM1 y 2, tener un mejor conocimiento de la situación epidemiológica de su población beneficiaria y fomentar medidas de prevención y promoción de la salud.

El SUR, brinda un financiamiento, a través de un valor máximo de reintegro por beneficiario, para los Agentes del Seguro de Salud que desarrollen el programa.

El objetivo es garantizar el acceso integral a la cobertura de las prestaciones requeridas para el tratamiento de la diabetes, como medicamentos e insumos que establece la Ley Nacional.

#### **IV. POLÍTICAS, PROGRAMAS Y LEYES EXISTENTES EN RELACIÓN CON LA DIABETES MELLITUS 2 EN OTRAS CIUDADES DE LATINOAMÉRICA**

La DM2 impone altos costos humanos, sanitarios y socioeconómicos mundialmente, sin importar el nivel de ingresos de cada país. Esta situación en el contexto de la crisis económica que sufren los países de Latinoamérica, supone un gran impacto social y económico, teniendo en cuenta el alto porcentaje de población vulnerable que en ellos habita.<sup>5</sup>

Debido al efecto negativo de esta patología los gobiernos latinoamericanos ponen en marcha programas y políticas para fomentar la prevención, el control de la misma y mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes.

Según la Federación Internacional de Diabetes (FID), dentro de los diez países del mundo con mayor número de personas con diabetes, Brasil se posiciona en el puesto cuatro (12,5 millones), seguido de México (12,0 millones).

El Ministerio de Salud brasileño adopta metas para frenar el crecimiento del sobrepeso y la obesidad y factores contribuyentes al desarrollo de DM2. Utiliza para ello políticas intersectoriales de salud, seguridad alimentaria y nutricional donde se destacan reducir el consumo de gaseosas y jugos industriales y aumentar el consumo de frutas y verduras.

Para la promoción de la alimentación saludable se publica la Guía Alimentaria para la Población Brasileña.<sup>38</sup>

La Ley N° 11.347<sup>39</sup>, con jurisdicción federal (Brasil), determina que las personas con diabetes reciban tratamiento gratuito en el Sistema Único de Salud (SUS)

En el año 2004 se impulsa el Programa Farmacia Popular (PFP).<sup>40</sup> Brinda un descuento del 90% en medicamentos genéricos orales para diabéticos. Desde 2011, mediante la campaña "La salud no tiene precio" (SNTF) el PFP ofrece fármacos para el tratamiento de DM2 gratuitamente.

En el año 2012 se instaura La Política Nacional de Alimentación y Nutrición (PNAN)<sup>41</sup> El propósito es mejorar las condiciones de alimentación, nutrición y salud de la población, mediante la promoción de prácticas alimentarias adecuadas, la vigilancia alimentaria y nutricional, la prevención y el cuidado integral de los problemas nutricionales.

La Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD)<sup>42</sup>, propone para Brasil un plan de trabajo 2016-2019, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente por medio del conocimiento, la atención oportuna y la medicación adecuada.

En las escuelas, el gobierno propone junto con la FID el Programa KIDS - Diabetes in Schools facilitando material educativo sobre diabetes, llamado "Paquete Educativo para Informar sobre Diabetes en las Escuelas".<sup>43</sup>

En México, la DM2 es de gran magnitud e impacta negativamente en la economía. Para ello, se realiza la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. Para prevenir la DM2 se implementan impuestos a las bebidas azucaradas, rotulado de más de 300

alimentos y se prohíbe la publicidad de aquellos con alto contenido calórico en horarios infantiles. Se crean y mejoran espacios para la atención como el Centro de Atención Integral del Paciente con Diabetes, donde se reducen complicaciones como la ceguera, amputaciones y daño renal.

Referido al acceso de los alimentos, en el año 2011 se implementó la Ley de Ayuda Alimentaria para los Trabajadores, con jurisdicción federal, en México <sup>44</sup>. Su objetivo es “promover y regular la instrumentación de esquemas de ayuda alimentaria en beneficio de los trabajadores, para mejorar su estado nutricional, prevenir ECNT y proteger la salud en el ámbito ocupacional”. La Secretaría de Salud establece las características de los alimentos que reciben los trabajadores, para que se beneficien con una alimentación saludable.

En Paraguay existe el Programa Nacional de Diabetes <sup>45</sup>. Pretende reforzar la prevención de la DM2 promoviendo estilos de vida saludables y mejorar el manejo integral de la misma, mediante la capacitación de los agentes de salud, educación diabética dirigida a los pacientes y facilitando medicamentos.

En Chile no hay un programa exclusivo de diabetes, pero se crean varios programas referidos a la prevención y tratamiento de DM2, entre los que se encuentran:

- El Programa Chile Crece Contigo <sup>46</sup> acompaña, protege y apoya el desarrollo de los niños desde el embarazo hasta la primera infancia, promoviendo estilos de vida saludables en las mujeres gestantes.
- Ley 20.606, de jurisdicción federal (Chile). sobre Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad <sup>47</sup>. Realiza el etiquetado nutricional frontal de alimentos a través del mensaje “ALTO EN” calorías,

grasas saturadas, azúcares y sodio. Restringe la publicidad dirigida a menores de 14 años de los alimentos “ALTOS EN” y su venta en el ámbito educacional público y privado. Favorece así la selección de alimentos saludables.

- El Examen de Medicina Preventiva <sup>48</sup>: permite el diagnóstico temprano de la DM2, mediante una evaluación periódica de Salud, voluntaria y gratuita.
- El Programa Vida Sana <sup>49</sup>, cuyo propósito es prevenir los factores de riesgo de las ECNT mediante el control de la malnutrición por exceso, mejorar el perfil metabólico y la condición física de la población entre 2 y 64 años.

Uruguay cuenta, desde 1971, con la Ley 14.032, de jurisdicción federal (Uruguay), “Adopción de medidas sanitarias sociales y laborales para diabéticos” <sup>50</sup>. Se basa en la incidencia que esta enfermedad tiene sobre la población, y su repercusión sanitaria, económica y social. La Ley dispone la creación de servicios especializados en diabetes en los Hospitales de Montevideo y Centros Departamentales de Salud Pública del interior. De los artículos que conforman la ley se destacan:

- Artículo 11: “El Instituto Nacional de Alimentación habilitará en sus comedores, sectores para personas diabéticas con dietas especiales”.
- Artículo 13: “Durante los períodos de escasez o carencia de alimentos considerados indispensables para las personas con diabetes, tendrán prioridad en la adquisición de los mismos ante los organismos oficiales

destinados a proporcionarlos. Deberán presentar el Carnet de Diabético expedido por el Ministerio de Salud Pública”.

Actualmente, se está revisando esta ley y estudiando propuestas para su actualización.

Además existe la Ley N° 19.140 de Alimentación Saludable en Centros de Enseñanza, de jurisdicción federal (Uruguay) <sup>51</sup>. Intenta prevenir el sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes así como también las ECNT, prohibiendo la publicidad de bebidas y alimentos no saludables en el ámbito educativo.

Otra acción es el programa Plantar es Cultura <sup>52</sup>, implementado por El Ministerio de Educación y Cultura (MEC) desde 2014, el cual apoya los emprendimientos de huertas urbanas comunitarias para generar un nuevo vínculo con los alimentos sanos.

En Cuba, el Programa Nacional de Diabetes <sup>53</sup> plantea acciones de promoción y prevención en salud. Hace hincapié en estilos de vida saludables, prevención primaria, detección temprana de la enfermedad, capacitación y educación diabética del personal de salud, los pacientes y sus familias.

En Ecuador rige desde el año 2004 la Ley 32, de jurisdicción federal (Ecuador) de Prevención, Protección y Atención de la Diabetes <sup>54</sup>. Se crea, en el marco de esta ley, el Instituto Nacional de Diabetología (INAD) en Quito. Junto al Ministerio de Salud, realiza actividades para prevenir la diabetes con exámenes gratuitos para el diagnóstico, atención primaria de la salud y entrega gratuita de fármacos e insulina. Son beneficiarios aquellas personas con diabetes que se registran en el INAD y obtienen su carnet.

En Ecuador, el Plan estratégico Nacional para la Prevención y Control de las ECNT impone el etiquetado de alimentos procesados y el establecimiento de bares saludables escolares. Por medio de “Ley Orgánica para el Equilibrio de las Finanzas Públicas”, de jurisdicción federal (Ecuador) se establece el Impuesto a bebidas azucaradas.<sup>55</sup>

**CUADRO COMPARATIVO DE LA SITUACIÓN DE POLÍTICAS,  
PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS ESTABLECIDAS EN RELACIÓN CON LA  
DM2 EN LAS PRINCIPALES CIUDADES DE AMÉRICA LATINA**

	CABA	SAN PABLO	DF	SGO DE CHILE	ASUNCIÓN	MONTEVIDEO	LA HABANA	QUITO
POLÍTICA/ ESTRATEGIA/PLAN DE ACCIÓN CONTRA LA DIABETES O ECNT	X	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓
LEY DE DIABETES	X	✓	✓	✓	✓	X	✓	X
CRITERIOS NORMALIZADOS PARA LA DERIVACIÓN DE PACIENTES DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA A UN NIVEL SUPERIOR	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
MEDICAMENTOS DISPONIBLES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
MEDICAMENTOS / INSUMOS GRATUITOS PARA EL TRATAMIENTO EN POBLACIONES VULNERABLES SOCIOECONÓMICAMENTE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓
COBERTURA DE TRATAMIENTO PARA POBLACIONES SOCIOECONÓMICAMENTE VULNERABLES	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
POLÍTICA/ PROGRAMA DE ACCESO A UNA ALIMENTACIÓN SANA, ADECUADA A DM 2	X	X	X	X	X	✓ COMEDORES	X	X

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos analizados en el presente trabajo.

REFERENCIAS: ✓:SI - X:NO

## V. CONCLUSIÓN:

En la bibliografía científica revisada se encontró que la accesibilidad a la alimentación adecuada para el tratamiento de DM2 se encuentra limitada en personas socioeconómicamente vulnerables. Esto se debe, entre otros factores, a que pueden acceder a alimentos de bajo costo económico pero que cuentan con una calidad nutricional que empeora el curso de la enfermedad.

Cuando se revisaron los planes de asistencia alimentaria se encontró que las personas presentan numerosas barreras para poder adherir a los programas Ciudadanía Porteña y Ticket Social. Por otro lado, debido a la crisis económica que atraviesa el país actualmente, aumenta el número de usuarios en los comedores comunitarios, no disponen de personal suficiente para elaborar planes alimentarios específicos ni tampoco insumos para alimentos diferenciales. A su vez, nos encontramos con un solo comedor en CABA (Asociación Civil Padre Pepe de la Sierra), que brinda alimentación específica para personas con Diabetes, el cual no sería suficiente si se tienen en cuenta la alta prevalencia de esta enfermedad y los índices crecientes de pobreza e indigencia.

Al analizar las políticas, programas y leyes a nivel nacional y en CABA se encontró que operativamente se han hecho cargo de los insumos médicos como elementos necesarios para el tratamiento, pero no de la alimentación.

Al comparar lo que sucede en CABA con las políticas, programas y leyes analizadas en Latinoamérica se encontró una situación similar ya que

solamente Montevideo posee comedores que ofrecen alimentos específicos para las personas con diabetes.

Mientras la posibilidad de compra de alimentos necesarios para el tratamiento esté limitada en personas con DM2 y vulnerabilidad socioeconómica, habría inequidad social para llevar a cabo el tratamiento.

Por lo expuesto en este trabajo consideramos que la creación de políticas, programas y leyes que garanticen el acceso a alimentos adecuados al tratamiento para personas con DM2 que presentan vulnerabilidad económica podría mejorar considerablemente el curso de la enfermedad y disminuir complicaciones.

## VI AGRADECIMIENTOS

En primer lugar queremos agradecer a la Universidad de Buenos Aires y a la Escuela de Nutrición por brindarnos este espacio que nos permitió adentrarnos en la investigación científica.

Agradecemos a nuestra tutora de tesis la Licenciada Andrea Nora Gómez por la colaboración brindada, por su tiempo, profesionalidad y dedicación durante este trabajo. Le agradecemos haber estado presente en cada duda y por tratarnos con respeto y cariño.

A nuestras familias por haber sido un soporte desde el principio de este camino. Gracias por darnos aliento, confianza, amor y sobre todo por estar festejando este día tan importante con nosotras. Sin ustedes nada de esto hubiera sido posible.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles: manejo integral en el primer nivel de atención. [Internet]. Argentina; 2017 [citado 15 de Abril de 2019]. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000989cnt-2017-08-16\\_manual-cuidado-integral-personas-adultas.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000989cnt-2017-08-16_manual-cuidado-integral-personas-adultas.pdf)
2. Sarmiento E, Calleja P, Gimeno M, Casa J, Síndrome metabólico y diabetes mellitus. Rev Esp Cardiol Supl. 2005; 5(D):7-30.
3. Ministerio de Salud de la Nación. Guía Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. [Internet] Argentina; 2012 [citado 15 de Abril de 2019]. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000076cnt-2012-08-02\\_guia-breve%20-prevencion-diagnostico-tratamiento-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000076cnt-2012-08-02_guia-breve%20-prevencion-diagnostico-tratamiento-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf)
4. Gugliucci A, Glicación de proteínas: rol protagónico de la hiperglucemia en las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus. Rev. Med. Uruguay 2000; (16): 58-75.
5. Atlas de la diabetes de la FID. 7ta edición. [Internet] Bruselas 2015 [citado 19 de Abril de 2019]. Disponible en: [https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones\\_ficheros/95/IDF Atlas\\_2015\\_SP\\_WEB\\_oct2016.pdf](https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/95/IDF Atlas_2015_SP_WEB_oct2016.pdf)
6. Instituto Nacional de Estadística y Censos, Ministerio de Salud de la Nación. Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Para Enfermedades no

Transmisibles. [Internet]. Argentina 2019 [citado 19 de Abril de 2019].

Disponible en:

[https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr\\_2018\\_resultados\\_preliminares.pdf](https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_preliminares.pdf)

7. Instituto Nacional de Encuestas y Censos, Ministerio de Salud de la Nación. Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles. [Internet]. Argentina; 2015 [citado 27 de Abril de 2019].

Disponible en:

[http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015\\_09\\_04\\_encuesta\\_nacional\\_factores\\_riesgo.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf)

8. Nueva Guía 2019 Sobre Diabetes (ADA). [Internet] Estados Unidos 2019 [citado 27 de Abril de 2019]. Disponible en:

<https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=93549>

9. Consejos y Guías ALAD 2016-2019. [Internet] [citado 27 de Abril de 2019].

Disponible en:

<https://www.alad-americalatina.org/consensos-y-guias-alad-2016-2019/>

10. Informe Mundial Sobre Diabetes. [Internet] Organización Mundial de la Salud 2016. [citado 27 de Abril de 2019]. Disponible en:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf?sequence=1>

11. Incidencia de la Pobreza y la Indigencia en 31 Aglomerados Urbanos. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [Internet] Argentina 2018 [citado 12 de junio de 2019]. Disponible en:

[https://www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/eph\\_pobreza\\_02\\_18.pdf](https://www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_02_18.pdf)

12. García Guerreiro L, Wahren J, Seguridad Alimentaria vs Soberanía Alimentaria. La cuestión Alimentaria y el modelo de Agronegocio en la Argentina. Rev. Trabajo y Sociedad 2016; (26): 327-340.
13. La nutrición y los sistemas alimentarios. Un informe del Grupo de alto nivel de expertos en seguridad alimentaria y nutrición. [Internet] Italia; 2018 [citado 27 de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/I7846ES/i7846es.pdf>
14. Domínguez Alonso E, Desigualdades sociales y diabetes mellitus. Rev. Cubana de Endocrinol. 2013; 24 (2): 200-2013.
15. Moreno Altamirano L, García J, Soto Estrada G, Capraro S, Limón Cruz D, Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México. Rev. Med. Hosp. Gen. Mex. 2014; 77 (3): 114-123.
16. Connolly V, Diabetes, pobreza y resultados. Diabetes Voice 2006; 56 (1): 37-40.
17. Ascar G, Aparicio L, Ascar D, Huespe B, Hernández M, Riesgo de diabetes mellitus de tipo 2 como indicador de desigualdad social. Medisan 2018; 22 (7): 487-496.
18. Garipe L, González V, Evaluación del ambiente construcción en barrios de diferentes niveles socioeconómicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Revista de Facultad de Ciencias Médicas. 2014; 7 (3): 88-96.
19. Forero A, Y, Hernández, J, A, Rodríguez, S, M, Romero, J, J, Morales, G, E, Ramírez G, La alimentación para pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 en tres hospitales públicos de Cundinamarca, Colombia. Rev Biomédica 2018; 38(3): 355-362.

20. Índice de Precios al Consumidor. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [Internet] Argentina 2019 [citado 12 de junio de 2019]. Disponible en: [https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/ipc\\_04\\_19.pdf](https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/ipc_04_19.pdf)
21. Anesto J, Suárez M, Hernández D, Puig M, Algunos indicadores de la dieta en un grupo de pacientes diabéticos tipo 2 de Centro Habana. Revista Cubana Aliment Nutr 2002;16(1):23-30.
22. Clacheo R, La problemática alimentaria en la Ciudad de Buenos Aires: las acciones estatales y la mirada de los actores. Rev KULA. Antropólogos del Atlántico Sur 2011; 1852 ( 3218): 20 - 37.
23. Seguridad alimentaria. Educación nutricional para la autonomía alimentaria. [Internet] Argentina 2003 [citado 29 de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.desarrollosocial.gob.ar/biblioteca/seguridad-alimentaria-educacion-nutricional/>
24. Resultados Convocatoria a OSC 2014. Buenos Aires Ciudad. [Internet] Argentina 2014 [citado 12 de junio de 2019]. Disponible en: [https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/proyectos\\_aprobados\\_1.pdf](https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/proyectos_aprobados_1.pdf)
25. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Guía de Programas Sociales. [Internet] Argentina 2018 [citado 30 de abril de 2019]. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia\\_trabajo\\_1\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_trabajo_1_0.pdf)
26. Ley. N° 23753. Enfermedad diabética, 06 de Octubre de 1989. Poder Legislativo Nacional
27. Ley. N° 26.914. Enfermedad diabética. Modificación de la Ley N° 23.753, 17 de Diciembre de 2013. Poder Legislativo Nacional.

28. Ley. Nº 337. Programa de Prevención y Asistencia de la Diabetes. Adhesión a la ley Nacional 23753, 17 de Febrero de 2000. Poder Legislativo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
29. Ley. Nº 2328. Programa de Prevención y Asistencia de la Diabetes. Modificación de la Ley. Nº 337. 04 de Junio de 2007. Poder Legislativo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
30. Ley. Nº 1906. Ley Básica de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares, Obesidad y Diabetes, 10 de Enero de 2006. Poder Legislativo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
31. Ley. Nº 2188. Prevención de Enfermedades Cardiovasculares, Obesidad y Diabetes. Modificación de la Ley. Nº 1906, 16 de Enero de 2007.
32. Ley 5127. Día Mundial de la Diabetes, 30 de Octubre de 2014. Poder Legislativo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
33. Resolución 1168/2000. Programa de Prevención y Asistencia de la Diabetes. Norma complementaria de la ley Nº 337, 30 de Mayo de 2000. Secretaría de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
34. Ministerio de Salud de la Nación. Proyecto de protección de la población vulnerable contra las ECNT. Manual Operativo. [Internet] Argentina 2018 [citado el 1 de mayo de 2019] Disponible en:  
<http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento200.pdf>
35. Resolución 899/2001. Guía de orientación para el diagnóstico y tratamiento de los motivos de consulta prevalentes en la atención primaria de la salud, 18 de Septiembre de 2001. Ministerio de Salud de la Nación.
36. Resolución 1156/2014. Programa Nacional de Prevención y Control de Personas con Diabetes, 28 de Julio de 2014. Ministerio de Salud de la Nación.

37. Resolución 1711/2014. Programa para la Atención Integral de Personas con Diabetes Mellitus, 17 de Diciembre de 2014. Ministerio de Salud de la Nación.

38. Diabetes: tipos, causas, síntomas, tratamiento, diagnóstico e prevenção. [Internet] Brasil [Citado el 28 de abril de 2019] Disponible en:

<http://portalmis.saude.gov.br/saude-de-a-z/diabetes>

39. El Sistema Único de Salud de Brasil: entre la intención y el gesto. [Internet] Brasil 2012 [Citado el 28 de abril de 2019] Disponible en:

<https://www.scielo.org/article/scol/2015.v11n4/469-470/>

40. Yamauti S, Barberato S, Lopes L, Lista de medicamentos del Programa Farmacia Popular de Brasil y la Política Brasileña de Asistencia Farmacéutica. Rev. Cadernos de Saúde Pública 2015; 31 (8). 1648-1662.

41. Política Nacional de Alimentación y Nutrición. [Internet] Brasil 2012 [Citado el 28 de abril de 2019] Disponible en:

[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/politica\\_nacional\\_alimentacao\\_nutricao\\_espanhol.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao_espanhol.pdf)

42. Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD), delegación de Brasil. [Internet] Brasil 2016 [Citado el 28 de abril de 2019] Disponible en:

<http://www.alad-americalatina.org/brasil-delegacion/#1477423563719-83fec58e-589b>

43. Programa KIDS - Diabetes in Schools. Brasil. Año 2018. [Internet] Brasil 2018 [Citado el 28 de abril de 2019] Disponible en:

<https://www.diabetes.org.br/profissionais/diabetes-nas-escolas/471-programa-kids-diabetes-in-schools>

44. Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.[Internet] México 2013 [Citado el 28 de abril de 2019] Disponible en:

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/200355/Estrategia\\_nacional\\_para\\_preencion\\_y\\_control\\_de\\_sobrepeso\\_obesidad\\_y\\_diabetes.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/200355/Estrategia_nacional_para_preencion_y_control_de_sobrepeso_obesidad_y_diabetes.pdf)

45. Programa nacional de diabetes. [Internet] Paraguay 1994 [citado el 28 de abril de 2019] Disponible en:

<http://portal.mspbs.gov.py/dvent/programa-nacional-diabetes/>

46. Chile crece contigo. [Internet] [Citado el 28 de abril de 2019] Disponible en:

<http://www.crececontigo.gob.cl/>

47. Ley 20.606 sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad. [Internet] Chile 2015 [Citado el 28 de abril de 2019] Disponible en:

<https://www.achipia.gob.cl/wp-content/uploads/2016/06/1-MINSAL-Ley-20.606-Dra.-Silvia-Baeza.pdf>

48. Examen medicina preventiva. [Internet] Chile 2015 [Citado el 28 de abril de 2019] Disponible en:

<https://www.minsal.cl/examen-medicina-preventiva/>

49. Orientaciones y lineamientos programa vida sana, Chile. Año 2015 [Internet] Chile 2015 [Citado el 28 de abril de 2019] Disponible en:

<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/015.OT-Vida-Sana.pdf>

50. Ley 14.032 “Adopción de medidas sanitarias sociales y laborales para diabéticos” [Internet] Uruguay 1971 [Citado el 28 de abril de 2019] Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp2241829.htm>

51. Ley de Alimentación Saludable en Centros de Enseñanza. [Internet] Uruguay 2013 [citado el 28 de abril de 2019] Disponible en:

<https://www.impo.com.uy/alimentacionsaludable/>

52. La Ley en tu Lenguaje Ley N° 19.140 de 11/10/2013 Alimentación Saludable [Internet] Uruguay 2013 [citado el 28 de abril de 2019] Disponible en:

[http://www.impo.com.uy/wp\\_impo/wp-content/uploads/2017/04/IMP\\_revista\\_10.pdf](http://www.impo.com.uy/wp_impo/wp-content/uploads/2017/04/IMP_revista_10.pdf)

53. Programa Nacional de diabetes en Cuba. [Internet] Cuba 2000 [Citado el 28 de abril de 2019] Disponible en:

[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/diabetes/programa\\_nacional\\_de\\_diabetes.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/diabetes/programa_nacional_de_diabetes.pdf)

54. Ley de prevención, protección y atención de la diabetes. [Internet] Ecuador 2004 [Citado el 28 de abril de 2019] Disponible en:

<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Prevenci%C3%B3n-Protecci%C3%B3n-y-Atenci%C3%B3n-de-la-Diabetes.pdf>

55. Plan estratégico nacional para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles-ECNT.[Internet] Ecuador 2004 [Citado el 28 de abril de 2019] Disponible en:

[https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/ECU\\_B3\\_plan\\_estrategico\\_nacional\\_msp\\_final.pdf](https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/ECU_B3_plan_estrategico_nacional_msp_final.pdf)