



Tipo de documento: Tesina de Grado de Ciencias de la Comunicación

Título del documento: Ojo con la diabetes : una campaña solidaria para motivar a los pacientes diabéticos a controlar su salud visual y prevenir la ceguera

Autores (en el caso de tesistas y directores):

Fernando Guzmán

Milca Cuberli, tutora

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2017

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Ciencias de la Comunicación

Área de Comunicación y Salud

Ojo con la diabetes: una campaña solidaria para motivar a los
pacientes diabéticos a controlar su salud visual y prevenir la
ceguera

Tesina de grado

Tutora: Lic. Milca Cuberli
Alumno: Fernando Guzmán
DNI: 27.768.646
fguz79@gmail.com – (011) 155.873.2538
Mayo de 2017



I. Contenido

II. Abstract	4
III. Presentación.....	5
IV. Glosario	7
V. Acrónimos	9
1. Introducción	10
1.1 Diabetes y ceguera: una cuestión de salud mundial.....	10
1.2 La retinopatía diabética como causa de ceguera.....	11
1.3 Campaña de prevención de la ceguera por diabetes en Argentina	13
2. Estado del arte	15
2.1 Tesinas de Comunicación	15
2.2 Papers sobre campañas de retinopatía diabética	16
2.3 Papers sobre campañas y programas nacionales	18
2.4 Resumen.....	20
3. Campaña Nacional de Prevención de la Ceguera por Diabetes	22
3.1 Sobre la campaña y la entidad organizadora	22
3.2 Estructura general y actores involucrados.....	24
3.3 Gestión de la inscripción de sedes	24
3.4 Tareas de campaña	27
3.5 Gestión del contacto con los sponsors.....	29
3.6 Gestión del contacto con la prensa.....	31
3.7 Gestión del contacto con los oftalmólogos.....	32
3.8 Difusión orientada al paciente diabético	33
3.9 Día de la campaña	38
3.10 Niveles de participación	39
3.11 A modo de cierre	40
4. Objetivos	45
4.1 Objetivo general.....	45
4.2 Objetivos específicos.....	45
5. Metodología	46
6. Marco teórico	48
6.1 Introducción	48
6.2 Comunicación y salud.....	48
6.3 Salud y enfermedad	50

6.4 Situación de salud y modelos de intervención.....	52
6.5 Campañas de bien público	54
6.6 Actor social, sujeto y participación	56
6.7 Motivación y rol del comunicador social	58
7. Análisis de las entrevistas.....	60
7.1 Comunicación, salud y enfermedad.....	60
7.2 Situación de salud y modelos de intervención.....	62
7.3 Campaña de bien público vs. campaña publicitaria.....	63
7.4 Actor, sujeto, participación	65
7.5 Factores motivacionales.....	68
8. Recomendaciones para el rediseño de la campaña.....	76
8.1 Modificar la estructura organizativa de la campaña.....	76
8.2 Redefinir los mensajes clave y crear nuevos.....	77
8.3 Jerarquizar los canales de comunicación actuales y crear nuevos	80
8.4 Modificar, fortalecer y proyectar los rasgos identitarios de la campaña	84
9. Conclusiones.....	87
9.1 Hallazgos empíricos, consideraciones estratégicas y propuesta para un nuevo enfoque de campaña	87
9.2 Cuestiones metodológicas propias de este trabajo	88
9.3 Aportes al campo de la Comunicación	89
VI. Referencias bibliográficas	91
VII. Anexo I: Tesinas de la Carrera de Comunicación (FSOC-UBA) relacionados con la temática de la salud	98
VIII. Anexo II: Documentos varios	104

II. Abstract

Esta tesina, redactada entre agosto de 2015 y mayo de 2017, tiene por objetivo la obtención del título de Comunicador Social con orientación en Opinión Pública y Publicidad de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA).

El trabajo tomó como objeto de estudio la Campaña Nacional de Prevención de la Ceguera por Diabetes que organiza el Consejo Argentino de Oftalmología. La temática fue elegida, principalmente, porque el autor de la tesina se desempeña como responsable de Comunicación Externa en la institución organizadora del evento, lo que le facilitó el acceso a datos y contactos clave para el análisis, y le ofreció también la posibilidad de llevar su propuesta a la práctica.

La temática elegida es, además, de interés de quien escribe, ya que se sitúa en el campo de la comunicación y la salud, y más puntualmente en el área de las actividades de bien público, lo que le permite trabajar sobre una problemática de comunicación mientras puede ofrecer un servicio a la comunidad.

Como resultado de la investigación realizada, se decidió redactar una guía para el rediseño de la campaña, basada en la premisa de que la detección y la satisfacción de los factores motivacionales manifestados por cada uno de los actores sociales involucrados en su organización podía elevar su nivel de involucramiento. Los objetivos específicos a cubrir por esta guía fueron cuatro: modificar la estructura organizativa de la campaña; redefinir los mensajes clave existentes y crear nuevos; jerarquizar los canales de comunicación en uso y crear nuevos; modificar, fortalecer y proyectar los rasgos identitarios de la campaña.

Como resultado final del trabajo, se concluyó que la guía para el rediseño de la campaña podía generar grandes cambios en la organización y el alcance de la campaña, siempre y cuando los actores clave para su desarrollo se mostraran permeables a la modificación de la estructura verticalista que tradicionalmente la ha dirigido.

Palabras clave: comunicación, salud, diabetes, retinopatía diabética, campaña de bien público, oftalmología, motivación.

III. Presentación

El Consejo Argentino de Oftalmología organiza anualmente, desde 1998, la Campaña Nacional de Prevención de la Ceguera por Diabetes. Se trata de una actividad gratuita y solidaria, de sólo un día de duración, en la que oftalmólogos de todo el país ofrecen atención médica a pacientes diabéticos con el objetivo de detectar o descartar indicios de retinopatía diabética, una complicación de la diabetes que puede generar una pérdida visual irreversible, e incluso ceguera.

Más allá de la alta prevalencia de la diabetes en nuestro país, donde se estima que hasta 4 millones de personas la padecen, sólo dos ediciones del evento superaron los 2000 asistentes.

Teniendo en cuenta que se trata de una patología en aumento en todo el mundo, y considerando que las repercusiones alcanzadas han sido modestas, este trabajo se propuso analizar en profundidad la propuesta comunicacional de la campaña y ofrecer pautas para su rediseño.

El trabajo cuenta con nueve capítulos, cuyos contenidos se resumirán a continuación.

El primer capítulo consta de una introducción a la temática general de la campaña, y por ende de la tesina: allí se realiza una descripción de la problemática de la diabetes, tanto a nivel mundial como local, y posteriormente una descripción sobre la retinopatía diabética. Al final, se incluye un breve apartado introductorio sobre la campaña en cuestión.

El segundo capítulo consiste en el Estado del arte. Allí se plasman los resultados de la búsqueda bibliográfica, cuyo objetivo fue el de identificar trabajos que abordaran aspectos de la comunicación social aplicados a campañas de lucha contra la retinopatía diabética (RD). Se analizaron tesinas de la carrera de Comunicación Social de la UBA, papers sobre campañas de RD y papers sobre programas de prevención de ceguera, todos ellos en archivos de habla hispana.

En el tercer capítulo se realizó un análisis exhaustivo de la Campaña de Diabetes del CAO, teniendo en cuenta tanto los aspectos comunicacionales de la propuesta como los organizativos, administrativos, operativos y estadísticos.

En el cuarto capítulo se detallan los objetivos de la tesina, generales y específicos.

En el quinto capítulo se presenta la metodología seleccionada para la recolección de datos, a saber: un estudio exploratorio y descriptivo en base a entrevistas semi-estructuradas a representantes de todos los actores sociales involucrados en la ejecución de la campaña.

En el sexto capítulo, Marco teórico, se detallan los conceptos seleccionados para utilizar durante el análisis de las entrevistas realizadas. Los ejes conceptuales desarrollados son: comunicación y salud; salud y enfermedad; situación de salud y modelos de intervención; campañas de bien público; actor social, sujeto y participación; motivación y rol del comunicador social.

El séptimo capítulo está constituido por el análisis de las entrevistas realizadas, las cuales fueron cruzados con los ejes detallados en el Marco teórico, con el objetivo de detectar factores motivacionales que permitan sostener las propuestas de rediseño de la campaña.

En el octavo capítulo se plantean las propuestas para el rediseño de la campaña en función de los cuatro ejes planteados en el capítulo de los objetivos.

Finalmente, en el noveno capítulo, se plantean las conclusiones del trabajo: detalle de hallazgos empíricos y estratégicos, planeo de sugerencias para quienes puedan tomar la tesina como punto de partida para sus investigaciones, y reflexiones sobre el aporte de esta tesina al campo de la comunicación social.

A modo de cierre de esta presentación, el autor agradece al Estado argentino por haberle ofrecido la posibilidad de capacitarse de manera gratuita y laica; a sus padres, hermano, cuñada y sobrino por haberlo apoyado durante el proceso de cursada de la carrera y redacción de tesina, y a la Lic. Milca Cuberli por haberle ofrecido su asesoramiento, apoyo y orientación en la redacción de este trabajo.

IV. Glosario

Adherencia: Nivel de cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica por parte del paciente.

Cribado: Ver “Tamizaje”.

Diabetes: También mencionada en este trabajo como “Diabetes mellitus” o “DM”. Patología que se caracteriza por la presencia de glucosa (azúcar en sangre) en niveles aumentados (glucemia), lo que puede dañar las arterias y algunos órganos. Si no se trata adecuadamente, puede generar complicaciones agudas y crónicas en la salud de las personas. Se presenta en tres tipos: diabetes mellitus de tipo 1 (DM1), diabetes mellitus de tipo 2 (DM2) y diabetes gestacional.

Diabetes mellitus (DM): ver “Diabetes”.

Diabetes mellitus de tipo 1 (DM1): Tipo de diabetes denominada como “insulinodependiente” o “de inicio en la infancia”, se caracteriza por la producción deficiente de insulina por parte del cuerpo y es tratada mediante la administración diaria de esta hormona. Se desconocen sus causas y no se puede prevenir su aparición en base al conocimiento médico actual. Sus síntomas consisten, entre otros, en sed, hambre constante, pérdida de peso, trastornos visuales, cansancio y excreción excesiva de orina;

Diabetes mellitus de tipo 2 (DM2): Tipo de diabetes también llamada “no insulinodependiente” o “de inicio en edad adulta”, se desencadena por la utilización ineficaz de la insulina por parte del cuerpo. Sus síntomas son similares a los de la DM1, pero suelen ser menos intensos y, en consecuencia, es común que la enfermedad se diagnostique sólo cuando ya lleva varios años de evolución y ha generado complicaciones. Este tipo de diabetes representa el 90% de los casos a nivel mundial y su aparición está relacionada en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. Recientemente comenzó a manifestarse también en niños.

Diabetes gestacional: Tipo de diabetes que se caracteriza por la manifestación de niveles altos de glucemia durante el embarazo que, pese a ser superiores a lo normal, no alcanzan los niveles de la DM2. Las mujeres con esta patología tienen mayores riesgos de padecer DM2 en el futuro.

Epidemiología: Área de la medicina que estudia el desarrollo epidémico y la incidencia de las enfermedades infecciosas en la población.

Glucosa: Nivel de azúcar en sangre.

Glucemia: Niveles aumentados de glucosa (azúcar en sangre) en cuerpo

Incidencia: Número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un período determinado

Insulina: Hormona producida por el páncreas que se encarga de regular la cantidad de glucosa de la sangre.

Obesidad: Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

Prevalencia: Proporción de individuos de un grupo o población que presenta una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.

Retinopatía diabética: Afección ocular que se manifiesta en pacientes diabéticos. Es la segunda causa de ceguera en los países industrializados y la primera en personas de 25 a 74 años en todo el mundo. No presenta síntomas hasta etapas avanzadas.

Tamizaje: Análisis de pacientes en busca de enfermedades o datos patológicos.

V. Acrónimos

CAO: Consejo Argentino de Oftalmología.

DM1: Diabetes mellitus de tipo 1.

DM2: Diabetes mellitus de tipo 2.

FID: Federación Internacional de Diabetes.

FAD: Federación Argentina de Diabetes.

MSAL: Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

RD: Retinopatía diabética.

SAD: Sociedad Argentina de Diabetes

1. Introducción

1.1 Diabetes y ceguera: una cuestión de salud mundial

La diabetes es una enfermedad crónica que surge cuando el páncreas no produce una cantidad suficiente de insulina o cuando el organismo la utiliza ineficazmente. La insulina es una hormona que regula el azúcar en sangre (glucosa). El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en sangre) que, con el paso del tiempo, daña muchos órganos y sistemas del cuerpo humano, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

Esta patología se presenta en tres tipos distintos:

1. Diabetes mellitus de tipo 1 (DM1): También denominada como “insulinodependiente” o “de inicio en la infancia”, se caracteriza por la producción deficiente de insulina por parte del cuerpo y es tratada mediante la administración diaria de esta hormona. Se desconocen sus causas y no se puede prevenir su aparición en base al conocimiento médico actual. Sus síntomas consisten, entre otros, en sensación constante de hambre y sed, pérdida de peso, trastornos visuales, cansancio y excreción excesiva de orina.
2. Diabetes mellitus tipo 2 (DM2): También llamada “no insulinodependiente” o “de inicio en edad adulta”, se desencadena por la utilización ineficaz de la insulina por parte del cuerpo. Sus síntomas son similares a los de la DM1, pero suelen ser menos intensos; en consecuencia, es común que la enfermedad se diagnostique sólo cuando lleva varios años de evolución y ya ha comenzado a generar complicaciones. Este tipo de diabetes representa el 90% de los casos a nivel mundial y su aparición está relacionada, en gran medida, al sobrepeso y a la inactividad física.
3. Diabetes gestacional: se caracteriza por la manifestación de niveles altos de glucemia durante el embarazo que, pese a ser superiores a lo normal, no alcanzan los niveles de la DM2. Las mujeres con esta patología tienen mayores riesgos de padecer DM2 en el futuro.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016a), la diabetes alcanzó el status de “epidemia mundial”, calificativo otorgado por primera vez a una enfermedad no transmisible, debido a su alta tasa de mortalidad, al gran impacto económico y social que genera y al aumento constante de su prevalencia en el mundo (se denomina prevalencia a la proporción de individuos

de un grupo o población que presenta una característica o evento determinado en un momento determinado).

El aumento de la prevalencia de la diabetes a nivel mundial se explica por factores como el aumento de la expectativa de vida (la prevalencia de la diabetes aumenta con la edad), los cambios en la alimentación a nivel global y el continuo proceso de migración de poblaciones rurales hacia áreas urbanas, donde las personas tienden a ejercitarse menos, comer más y alimentarse de manera menos saludable, lo que eleva su propensión a la obesidad, factor determinante para DM2.

Según la OMS (ver en Barría von-Bischhoffshausen et al., 2011), en el año 2000 había 170 millones de personas diabéticas y en 2030 habrá 370 millones, lo que representa un 86% de aumento. Por su parte, en Latinoamérica, se pasará de 13,3 a 33 millones de diabéticos en ese mismo período (incremento de 148%). Finalmente, en Argentina, la 3era. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (MSAL, 2015) detectó que la prevalencia de la diabetes pasó del 8,4% en 2005 al 9,6% en 2009 y al 9,8% en 2013, con el agravante de que “más del 50% no sabe que padece diabetes” (Carrasco et al., 2013). Se estima que existen 4 millones de diabéticos de nuestro país (Carrasco et al., 2013).

La diabetes propicia un amplio espectro de problemas para la salud: complicaciones en el embarazo, enfermedades cardiovasculares, enfermedades renales, enfermedades nerviosas y enfermedades oculares. A nivel de estas últimas, las complicaciones visuales asociadas a la diabetes son cataratas, glaucoma, neuropatía óptica, queratopatía, oclusión vascular retiniana y retinopatía diabética (Chous, 2009).

1.2 La retinopatía diabética como causa de ceguera

La retinopatía diabética (RD) es una afección ocular que se manifiesta en pacientes diabéticos. A nivel clínico:

“Surge cuando los minúsculos capilares de la retina, sensibles a la luz, se ven dañados y se inflaman, sobresaliendo (...). Con el paso del tiempo, estos frágiles vasos sanguíneos podrían comenzar a tener derrames de sangre y fluidos. Esta primera etapa de lesión retiniana no suele afectar a la visión y se conoce como retinopatía no proliferativa. Al avanzar la afección, la inflamación por los fluidos

podría comprometer la visión (edema macular diabético) y podrían crecer nuevos vasos sanguíneos anormales, sangrar y producir tejido de cicatrización fibrovascular que provoca un desprendimiento de retina (retinopatía proliferativa) que genera, de no tratarse de inmediato, ceguera” (Chous, 2009).

La RD no presenta síntomas hasta etapas avanzadas, lo cual colabora en que muchos pacientes consulten tardíamente al oftalmólogo, aumentando así el riesgo de quedar ciegos en forma irreversible. El Consejo Argentino de Oftalmología (CAO) estima que el 95% de los casos de ceguera por diabetes son evitables (CAO, 2016a).

Más allá de la ceguera, la RD puede generar distintos grados de discapacidad visual. “Las estadísticas ignoran la pérdida de visión cuando no llega a ser ‘ceguera legal’ (...), pérdida de visión que, sin embargo, afecta sustancialmente la calidad de vida de muchos miles de personas que viven con diabetes” (Chous, 2009).

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de RD son, según Barría von-Bischhoffshausen *et al.* (2011):

1. Antigüedad de la diabetes.
2. Mal control metabólico.
3. Hipertensión arterial.
4. Hiperlipidemia
5. Desconocimiento de la enfermedad.

A nivel estadístico, puede destacarse que:

- 20 a 30% de la población diabética tendrá cierto grado de RD en algún momento de su vida (Carrasco *et al.*, 2013).
- 5% de la población diabética tendrá RD que amenazará su visión (Carrasco *et al.*, 2013).
- La RD es la tercera causa de ceguera en el mundo y la primera en personas de edad productiva (16 a 64 años) en países en vías de desarrollo (Barría von-Bischhoffshausen *et al.*, 2011).
- La incidencia de la RD aumenta a medida que crece la cantidad de años de evolución de la diabetes en los pacientes: 8% a los 3 años de manifestarse la diabetes, 25% a los 5

años y 60% a los 10 años, pudiendo alcanzar el 80% a los 15 años (Vargas Sánchez *et al.*, 2011). (Se entiende por incidencia el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un período determinado).

- Se estima que, en comparación con la población general, las personas con diabetes tienen un riesgo 25 veces mayor de ceguera (Chous, 2009).
- El 10% de los pacientes con diabetes tienen una limitación visual severa y 2% llega a la ceguera (Barría von-Bischhoffshausen *et al.*, 2011).

A nivel nacional, de los 4 millones de pacientes diabéticos existentes, aproximadamente 1 millón presenta algún grado de RD y 200.000 tienen su visión amenazada, con el agravante de que “sólo un 23% de los [pacientes] que cuentan con diagnóstico se realiza un fondo de ojo una vez al año” (Carrasco *et al.*, 2013). El fondo de ojo es un estudio que se realiza para visualizar a través de la pupila la porción posterior e interior del ojo.

Según Iborra Oquendo (2013), la diabetes “supone un problema de salud importante, con una historia natural conocida que incluye un estadio pre sintomático, y, por otro lado, se dispone de procedimientos diagnósticos adecuados para identificarla y de un tratamiento lo suficientemente efectivo”. Por otra parte, Barría von-Bischhoffshausen *et al.* (2011) afirma que “es aproximadamente 50 veces más caro tratar a un paciente con retinopatía diabética que evitar el daño, y 20 veces más barato tratarlo en forma temprana que tardía”. En función de estas características, Iborra Oquendo afirma que la estrategia ideal para atacar la diabetes y sus complicaciones es la campaña de tamizaje.

1.3 Campaña de prevención de la ceguera por diabetes en Argentina

Con el objetivo de luchar contra la RD en nuestro país, el CAO, sociedad científica sin fines de lucro que representa los intereses de los oftalmólogos argentinos, organiza desde 1998 la Campaña Nacional de Prevención de la Ceguera por Diabetes. Se trata de una campaña de tamizaje anual, gratuita y solidaria, de un día de duración, destinada a pacientes diabéticos de cualquier edad y condición. El CAO afirma que se trata de la campaña de mayor trayectoria (19 años) y de mayor cantidad de casos abordados (cerca de 23.000) en el mundo (CAO, 2015).

Durante el día de la campaña, los oftalmólogos aplican gotas oftálmicas en los ojos de los pacientes diabéticos que asisten a cada sede con el objetivo de dilatar sus pupilas y observar sus

retinas, máculas y nervios ópticos a través de distintos aparatos o instrumentos ópticos. Este estudio se denomina fondo de ojo. En caso de detectar síntomas de retinopatía diabética, derivan el caso a una consulta oftalmológica más profunda, donde se realizan más estudios y se determina el posterior tratamiento.

Si bien la organización de la campaña cuenta con recursos económicos destinados a la difusión, sólo 2 ediciones del evento superaron los 2000 asistentes. Se trata de un número reducido para un público objetivo estimado en más de 4 millones de personas.

A modo de adelanto (la campaña es analizada en profundidad posteriormente), puede destacarse que la mayor parte de los recursos invertidos en difusión de esta campaña se ha concentrado en comunicar, por intermedio de la prensa, el acto en sí (el día, los horarios, sedes), restando espacio a la difusión de información sobre los riesgos que implica la diabetes para la salud visual, en un lenguaje comprensible y claro, que utilice provechosamente los recursos de la comunicación publicitaria, que genere conciencia en su público objetivo y que haga foco en los factores que podrían motivar al paciente a asistir.

2. Estado del arte

Se realizó una búsqueda bibliográfica con el objetivo de identificar trabajos en los que se abordaran aspectos de comunicación social aplicados a campañas de RD. En primer lugar, se examinaron las tesinas de grado de la carrera de Ciencias de la Comunicación de la Universidad de Buenos Aires que se encontraban publicadas en la página web de la institución al mes de octubre de 2015. Luego, en los meses de noviembre y diciembre de 2015 se realizó una búsqueda de *papers* sobre campañas de retinopatía diabética y programas nacionales para pacientes diabéticos en la Biblioteca del CAO y mediante el buscador electrónico del sistema SciELO (Scientific Electronic Library). A continuación, detallamos los resultados de ambas búsquedas.

2.1 Tesinas de Comunicación

De las 3473 tesinas aprobadas y publicadas en la web de la carrera al mes de octubre de 2015 (la base de datos vigente en esa fecha estaba actualizada al 15 de mayo de ese año), 50 versaban sobre la temática de la salud (lista disponible en Anexo I), 2 de ellas hacían referencia a campañas de bien público (tesina n° 290, Soto, 1991; y tesina n° 1848, Stocco, 2007) y ninguna hacía mención a palabras clave como diabetes, oftalmología y ceguera.

Sólo Stocco (2007) trabajó en un área similar a la elegida por este trabajo, ya que indaga sobre la adopción de conductas preventivas en enfermedades evitables. Se trata de una tesina de tipo ensayístico en la que analiza la estrategia comunicacional de la primera etapa del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación, y se proponen acciones y pautas estratégicas para una virtual segunda etapa del emprendimiento.

Stocco realiza su análisis desde el enfoque del marketing social, es decir, aplica herramientas y recursos de la comercialización de productos para la promoción de conductas que tiendan mejorar el bienestar personal o social. Respecto de la metodología de análisis utilizada, vale destacar que recurre a fuentes primarias (entrevistas) y secundarias (documentación oficial, de organizaciones no gubernamentales, etc.). No se detecta en este trabajo una diferenciación o problematización entre las concepciones de campaña de bien público y campaña de tipo publicitario, aspecto que será relevante para nuestro trabajo.

2.2 *Papers* sobre campañas de retinopatía diabética

Se detectaron 21 *papers* redactados en español sobre campañas realizadas en Iberoamérica (España, Costa Rica, Chile, México, Venezuela, Cuba, Argentina y Ecuador). Se trata de obras redactadas por médicos oftalmólogos o médicos clínicos. 17 trabajos consisten en evaluaciones de campañas solidarias y 4 trabajos consisten en evaluaciones sobre actividades de tamizaje, es decir, evaluaciones masivas de pacientes enfocadas en detectar patologías específicas.

La estructura de estas obras es muy similar: presentación del tema, análisis estadístico y breve discusión. El rol del paciente se reduce al de soporte de información epidemiológica: se trata de un cuerpo-portador de datos, sin historia propia ni opinión personal sobre lo que sucede. Casi no se tienen en cuenta las variables socioeconómicas ni se miden los niveles de conocimiento del paciente sobre la relación entre diabetes y ceguera.

Si bien las conclusiones de estos textos suelen resaltar la importancia de que los pacientes estén informados sobre las características de su patología, y más puntualmente sobre la necesidad de asistir al oftalmólogo al menos una vez por año, casi ningún trabajo analiza el nivel de información previa con el que cuentan al momento de ser atendidos. Sólo Teruel Maicas *et al.* (2005) miden el nivel de conocimiento de los pacientes sobre la RD y Lima-Gómez y Rojas-Dosal (2000 y 2001) hacen referencia a acciones de educación posteriores a la campaña. En paralelo, ninguno de los trabajos mide el nivel de conocimiento sobre la necesidad de visitar al oculista una vez por año y sólo Goldaracena *et al.* (1998) y Lacleé *et al.* (2002) miden la última visita al oftalmólogo.

Más allá de los aspectos detallados en el párrafo anterior, la presencia de conceptos de comunicación o educación es casi nula en este conjunto de trabajos. Sin embargo, y a título informativo, se detallarán algunos datos y comentarios recurrentes que pueden ser relevantes *a posteriori*.

Teruel Maicas *et al.* (2005), Goldaracena *et al.* (1998) y Santos Bueso *et al.* (2005) hacen referencia a la disparidad de criterios y resultados que existe en la bibliografía científica sobre este tipo de campaña en aspectos fundamentales como metodología, selección de muestra y factores de riesgo. También destacan la ausencia de datos epidemiológicos a nivel de poblaciones generales que permitan oficiar de punto de comparación para evaluar los datos.

Santos-Bueso *et al.* (2005) van un paso más allá y demuestran que no sólo hay diferencias, sino incluso contradicciones entre los estudios, y plantea la necesidad de incluir nuevas variables en este tipo de tamizajes, entre los que destaca las variables socioculturales (status socioeconómico, nivel de educación alcanzado, acceso al sistema de salud). Los autores sugieren finalmente que es necesario establecer una guía de criterios de abordaje para que los diversos trabajos científicos puedan construir conocimiento acumulable y comparable.

Por otra parte, varios trabajos ponderan la importancia de realizar tamizajes para luchar contra las complicaciones que genera la diabetes. Gutiérrez Espinoza y Gil Gutiérrez (2006) hacen énfasis en los beneficios sociales, económicos y de salud que conlleva la detección precoz de la patología. Santos-Bueso *et al.* (2015) destacan la necesidad de realizar tamizajes para detectar subgrupos con mayores índices de prevalencia o mayores riesgos de padecer las complicaciones oculares de la diabetes, para luego tratarlos debidamente. Hoehmann *et al.* (1986) amplían la visión del trabajo anterior al proponer que se realicen operativos dirigidos a pesquisar, en terreno, a poblaciones rurales o de difícil acceso. Ortega *et al.* (1999) afirman la necesidad de realizar tamizajes de mayor amplitud y sostenidos en el tiempo. Laclé *et al.* (2002) van un paso más allá y afirman que es necesario diseñar estrategias para realizar un tamizaje al 100% de la población diabética a través de métodos de base comunitaria (no especifica qué entiende por este concepto) y en puntos de fácil acceso a la población, para disminuir la incidencia de la retinopatía diabética. Iborra Oquendo (2013), finalmente, afirma que la retinopatía diabética reúne todas las características que hacen necesaria y útil la inversión de recursos en un programa de tamizaje: supone un problema de salud importante, con una historia natural conocida, que incluye un estadio presintomático, que dispone de procedimientos para identificarla y que posee un tratamiento efectivo para evitar o retrasar sus consecuencias.

Destaca en este grupo de trabajos aquel de Barrenechea *et al.* (2015), quien brinda información estadística fundamental para comprender la dimensión de la problemática de la retinopatía diabética en nuestro país. Allí se afirma que, en función de la prevalencia detectada al momento de realizarse el estudio (2013), y en caso de cumplirse las previsiones de crecimiento poblacional que utiliza la OMS, para el año 2030, la prevalencia de diabéticos de 50 años de edad o mayores pasará del 9,6% de aquella fecha al 19%. Por lo tanto, los autores concluyen que “los planes nacionales de prevención de la ceguera deben incluir como uno de sus componentes principales un sistema de prevención, detección y tratamiento de la retinopatía diabética” para luchar contra esos índices de prevalencia en aumento.

2.3 *Papers* sobre campañas y programas nacionales

Posteriormente, se relevó un tercer grupo bibliográfico que aportó información sobre estrategias de campañas y programas nacionales. Este grupo se puede dividir en tres subgrupos, en función del tema sobre el que trabaja cada texto.

El primer subgrupo brinda información sobre prevención de ceguera por causas evitables. Destaca allí el Plan de Acción para la Prevención de la Ceguera y de las Deficiencias Visuales Evitables de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009). A nivel de la retinopatía diabética, sostiene que es necesario integrar las estrategias de prevención a programas nacionales contra la diabetes y velar por su incorporación en los programas contra las enfermedades crónicas no transmisibles; también llama a elaborar programas de concientización del público y a capacitar a los médicos de atención primaria para que envíen a los pacientes a consultas con oftalmólogos. Por su parte, el plan “Salud Ocular Universal – Un plan de acción mundial para 2014-2019” de la OMS (2013), llama a los Estados miembro a generar datos científicos sobre la magnitud y las causas de la discapacidad visual y los servicios de salud ocular. Finalmente, el oftalmólogo Barría Von-Bischhoffshausen (2007) sugiere estrategias para reducir la ceguera evitable y hace foco en la necesidad de educar a la comunidad en el cuidado de la salud visual mediante campañas informativas. Los mensajes, afirma, deben ser claros y directos en cuanto a los riesgos que corre cada grupo.

El segundo subgrupo sugiere estrategias para campañas de lucha contra la diabetes. Destaca en este conjunto de textos el Plan Mundial contra la Diabetes 2011-2012, de la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2010), donde se hace foco en la necesidad de realizar programas a nivel nacional. Los elementos fundamentales de un programa contra la diabetes son la prevención primaria (prevenir el desarrollo de factores de riesgo), la prevención secundaria (prevenir el desarrollo de diabetes) y la prevención terciaria (prevenir el desarrollo de complicaciones mediante el diagnóstico precoz y la monitorización eficaz, el tratamiento y la atención a las personas con diabetes). También se hace foco en la necesidad de monitorizar, valorar y comunicar los resultados de toda campaña realizada. En resumen, plantea estrategias para dos momentos posibles: antes de la diabetes (evitar/retrasar/educar sobre diabetes, más tamizar, para detectar la patología) y después de diagnosticarse la diabetes (evitar/retrasar/educar sobre las complicaciones de la diabetes, más detectar precozmente sus complicaciones). Finalmente, detalla que los factores de riesgo modificable son la alimentación,

la actividad física y el tabaquismo, que se complementan con una visita regular al médico más una buena educación sobre la patología.

Febo Reyes (2015), por su parte, aporta el concepto de adherencia y discute su importancia en relación al tratamiento de la diabetes. Allí define adherencia como el grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y las recomendaciones dadas por el proveedor de salud que lo atiende. También afirma que la diabetes es una enfermedad crónica en la que la prevención de sus complicaciones debe ser la meta principal.

Un tercer y último subgrupo está constituido por textos que trabajan sobre cuestiones estratégicas de la lucha contra la ceguera por retinopatía diabética.

Siguiendo la línea de los comentarios que realiza el anteriormente mencionado plan de la FID, Barría Von-Bischhoffshausen (2008) afirma que los pacientes deben conocer el riesgo de perder la visión y deben realizar controles periódicos para garantizar un tratamiento precoz, en caso de ser necesario. Además, opina que deben organizarse campañas destinadas a tamizar a la población diabética. Los mensajes a utilizar en dichas campañas son:

- Un tratamiento adecuado de la diabetes es la única forma de prevenir la retinopatía.
- El paciente debe realizarse exámenes oculares periódicos para detectar precozmente una retinopatía.
- Es necesario un tratamiento precoz para reducir el riesgo de una pérdida visual.

Afirma, finalmente, que el diabético debe estar motivado para realizarse un examen ocular periódico.

Rodríguez Rodríguez *et al.* (2015), por su parte, detalla los tipos de cuidados que deben tomarse en cada tipo de diabetes: aquellos que padecen DM1 debe realizar el primer examen oftalmológico a los 5 años de instaurada la diabetes, con un control mínimo anual; aquellos con DM2 debe realizar el primer examen oftalmológico ni bien reciben el diagnóstico de la diabetes, y luego una vez por año, como mínimo; y las mujeres embarazadas debe realizar control preconcepcional o al empezar el primer trimestre de trabajo, y luego un chequeo en cada trimestre.

Winter y Yorston (2012) afirman que los oftalmólogos deben fomentar alianzas con médicos, podólogos, nutricionistas, farmacéuticos y legisladores para animar a los pacientes a que asistan a exámenes de vista anuales. En contrapartida, los oculistas deben motivar a sus pacientes a mantener un control correcto de la diabetes y la presión arterial.

Finalmente, Lewis (2012) analiza casos de desinformación en pacientes y realiza una serie de recomendaciones. En primer lugar, afirma que es común que los pacientes tengan expectativas altas con el tratamiento de láser (uno de los mecanismos utilizados para frenar el avance de casos de retinopatía) y se sientan desilusionados con los resultados, puesto que desconocen que nada los devuelve al estado inicial. Por otra parte, comenta que muchos pacientes no entienden que es inevitable desarrollar una retinopatía después de haber padecido diabetes durante 20 años, independientemente de su adherencia a las distintas conductas y medicamentos recetados. Afirma, después, que los obstáculos más comunes para la asistencia temprana al oftalmólogo son la falta de conciencia acerca de la gravedad de la enfermedad del ojo diabético y la falta de conciencia sobre la necesidad de encarar un tratamiento precoz. Posteriormente, detalla seis puntos que todo programa de comunicación en retinopatía diabética debería incluir, a saber:

1. Relación entre diabetes y retinopatía.
2. Utilidad del control de azúcar y presión.
3. Adherencia del paciente a las conductas y medicamentos ayuda a prevenir, pero no puede evitar la aparición de retinopatía diabética.
4. Ausencia de síntomas de la patología (razón de la importancia de la visita periódica al oculista).
5. Relación entre retinopatía y ceguera.
6. Función de los tratamientos con láser.

2.4 Resumen

Se detecta que es escasa la reflexión teórica sobre la RD que incluya variables como comunicación, información y/o educación. El material analizado (mayormente *papers* y notas de divulgación científica) fue escrito por y para médicos oftalmólogos, con un marcado perfil médico-biológico, que se desentiende de una reflexión profunda sobre la intervención de las variables psicosociales involucradas en el tratamiento de la patología estudiada. En estos textos, el paciente no es más que un soporte de información epidemiológica: carece de voz, historia u

opinión, y sólo transporta datos (edad, peso, agudeza visual, etc.). Esto último es llamativo, dado que esta misma literatura considera que la desinformación es uno de los 5 principales factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones.

Más allá de estas carencias, existe información que puede ser valiosa para nuestro trabajo:

- El tamizaje es una herramienta idónea y de buena relación costo-beneficio en la lucha contra la RD.
- Es conveniente integrar los programas de lucha contra la RD entre sí y avanzar hacia programas nacionales.
- Se debe monitorizar, valorar y comunicar los resultados de las acciones contra la RD.
- El oftalmólogo debe realizar alianzas a nivel horizontal con otras profesiones médicas o no médicas en la lucha contra la RD, tales como endocrinólogos, podólogos, nutricionistas, farmacéuticos y legisladores.
- Es necesario que el paciente diabético sea educado sobre ciertos puntos clave: el riesgo de perder la visión; la necesidad de asistir regularmente al oftalmólogo; los beneficios de realizar un tratamiento precoz en caso de presentar RD; la imposibilidad de recuperar la visión perdida por la RD; la inevitabilidad de que aparezca algún grado de RD después de cierto tiempo, y más allá del grado de adherencia que haya tenido en relación a los tratamientos y conductas recomendadas; la ausencia de sintomatología en los estadios iniciales de la RD; y la función del tratamiento con láser.

3. Campaña Nacional de Prevención de la Ceguera por Diabetes

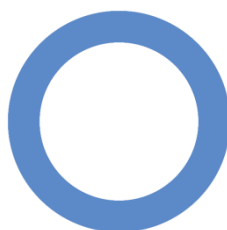
Entre los meses de mayo y noviembre de 2016, se analizó en profundidad la Campaña Nacional de Prevención de la Ceguera por Diabetes que organiza el CAO (en adelante, “la campaña”) en base a los contenidos publicados en la web del evento y al material almacenado en las oficinas de la institución organizadora. También se tuvieron en cuenta algunos aportes realizados por el staff de empleados en el contexto de charlas informales durante el proceso de búsqueda.

3.1 Sobre la campaña y la entidad organizadora

La campaña fue creada en 1998 por el entonces presidente del CAO, doctor Ricardo Dodds. Consiste en una campaña de tamizaje de pacientes diabéticos con posterior informe del estado de salud visual. Es de asistencia gratuita, dura sólo un día y se organiza en coincidencia con el último viernes de la semana en la que la Federación Internacional de la Diabetes (FID) celebra el Día Mundial de la Diabetes (14 de noviembre).

Vale destacar que la FID promueve desde 2006, con apoyo de las Naciones Unidas, el uso del logo de la diabetes (ver Imagen 1) en actividades destinadas a pacientes diabéticos. El logo es utilizado en nuestro país por instituciones como la Sociedad Argentina de Diabetes (SAD) o la Federación Argentina de Diabetes (FAD) pero, hasta ahora, el CAO no ha solicitado permiso para su uso.

Imagen 1: Logo diabetes FID



Al día de hoy, la campaña cuenta con 19 ediciones consecutivas y ha brindado atención oftalmológica a más de 23.000 pacientes diabéticos. Cada año, alrededor de 200 oftalmólogos participan solidariamente en este emprendimiento que les ofrece, en contrapartida, un certificado de participación en formato digital (archivo PDF).

Según se pudo comprobar, la campaña carece de un manual de objetivos o de un documento que establezca pautas organizativas.

El evento es organizado por el CAO, una sociedad científica sin fines de lucro que se posiciona como “la institución que representa a los médicos oftalmólogos del país” (CAO, 2015). Se fundó en 1962 y sus objetivos son “la tutela de los intereses de los oftalmólogos, el impulso a la capacitación profesional de los colegas y la defensa de la salud visual de la población” (CAO, 2015). Esta entidad nuclea a todas las sociedades y cátedras de oftalmología del país y asocia libremente a los oculistas de manera individual. Sus autoridades son consultadas permanentemente por la prensa y por distintas dependencias estatales en cuestiones de salud visual. En octubre de 2016, el CAO contaba con 3251 socios sobre un universo estimado de 4500 profesionales en actividad en nuestro país¹.

A nivel económico, el CAO se sostiene mayormente en base al cobro de cuotas sociales y de la organización de un congreso anual al que asisten más de 2000 especialistas desde su primera edición, en el año 2008. La institución ofrece servicios y beneficios relacionados con la actividad médica que representa; cursos y capacitaciones presenciales y *online*, y atención de consultas en su biblioteca, una de las más grandes de la oftalmología de habla hispana.

A nivel organizativo, el CAO cuenta con 9 empleados en relación de dependencia que cubren las siguientes áreas: gerencia, educación, comunicación, administración, biblioteca, contaduría, proveedores, atención a socios y limpieza. También contrata servicios de auditoría, asesoramiento legal y desarrollo comercial.

La institución cuenta con 6 páginas web (institucional, biblioteca, jóvenes oftalmólogos, congreso anual, catálogo de biblioteca y revista científica), 2 revistas impresas (revista Médico Oftalmólogo, de tipo social y de divulgación; y revista Oftalmología Clínica Experimental, de tipo científico) y una sede de 830 metros cuadrados, ubicada en la zona céntrica de la ciudad de Buenos Aires.

Actualmente, además de la campaña de diabetes, el CAO organiza en los meses de marzo la Campaña Nacional de Detección del Glaucoma.

¹ Estimación provista por la gerencia del CAO y respaldada por declaraciones de uno de los responsables de marketing entrevistados para este trabajo.

3.2 Estructura general y actores involucrados

Desde sus inicios, el equipo de trabajo de la campaña estuvo integrado por un director médico y un empleado administrativo, y en 2013 se le sumó un comunicador social. Ninguno de los tres integrantes del equipo trabaja de manera exclusiva para la campaña en ninguna de sus etapas. En la práctica, el empleado administrativo y el comunicador social coordinan y ejecutan casi todas las tareas a realizar.

Además de este equipo de trabajo, la campaña recurre a los servicios de una empresa de prensa y difusión que se encarga de distribuir una gacetilla periodística y de gestionar la inclusión de la noticia en radios, TV, portales web y prensa escrita. Las tareas de esta empresa se analizarán en un apartado posterior.

Los sponsors cumplen un rol fundamental de la campaña. El CAO solicita la colaboración de todas las empresas de la industria oftalmológica nacional y solventa los costos del emprendimiento en base a sus aportes. Sin su apoyo, la campaña sería inviable, a nivel económico. La gestión del sponsoreo también será analizada más adelante.

Hasta el día de hoy, el CAO no ha convocado a participar en la organización de la campaña a entidades como SAD, FAD u otras que se encarguen de la problemática del paciente diabético.

3.3 Gestión de la inscripción de sedes

El CAO no ofrece atención a pacientes, sino que convoca a los oftalmólogos del país a inscribir y coordinar sus propios espacios. La convocatoria a la inscripción de sedes se realiza mediante la utilización de los siguientes canales de contacto:

- *Newsletter* institucional: el CAO cuenta con una base de datos de 5700 casillas de correo electrónico que incluye cuentas de oftalmólogos, consultorios privados y e instituciones oftalmológicas.
- Redes sociales: la institución publica la convocatoria en sus cuentas de Facebook (7320 seguidores), Twitter (602 seguidores), LinkedIn (665 seguidores) y Google Plus (72 seguidores)².

² Cantidades actualizadas al 28 de octubre de 2016.

- Web institucional: se publica la noticia en la página de inicio, se incluye una reseña en la sección de noticias y se prepara la versión preliminar de la página de la campaña.

Los oftalmólogos interesados en participar en la campaña deben registrar sus datos en un formulario online que el CAO ofrece (utiliza el servicio digital y gratuito Google Forms).

La campaña acepta la inscripción de sedes de todo tipo: hospitales, clínicas y consultorios públicos y privados, etc. La apertura de estas sedes corre por cuenta e interés exclusivo de los oculistas. No es necesario que el oftalmólogo sea socio del CAO para coordinar una sede o para participar como colaborador.

Desde 2013, existen dos instancias de registro de sedes: inscripción original (se realiza 3 meses antes de la campaña) e inscripción tardía (se realiza 1 mes antes de la campaña). Quienes se registran en la primera instancia reciben, tres semanas antes del día de campaña, vía correo postal, una caja que contiene afiches, folletos informativos, algodón y gotas oftálmicas. Quienes se registran en la segunda instancia no reciben materiales, y deben solventar la difusión y la atención médica con sus propios recursos.

El CAO no conserva registros de las cantidades de sedes abiertas por edición, pero, en base a copias de los formularios de inscripción aún disponibles, se pudo definir que el porcentaje total de sedes registradas en inscripción tardía ronda el 16%³.

Las sedes deben cumplir con una serie de pautas que la institución impone desde la primera edición de la campaña: atención libre y gratuita en el lugar y horario acordado, llenado de una planilla con datos médicos del paciente, envío posterior de las planillas a la sede de la institución y presencia de al menos un oftalmólogo durante la totalidad del evento.

Con el objetivo de centralizar el intercambio de información e individualizar a un único responsable por establecimiento, el CAO creó en 2014 la figura de “Coordinador de sede” y estableció un acuerdo entre partes cuya lectura y aprobación es pre requisito para la inscripción. El texto del “Compromiso CAO/Coordinadores de sede” establece lo siguiente:

³ Año 2013: 24 sedes sobre un total de 146 (16,4%); año 2015: 20 sobre 118 (16,9%); año 2016: 25 sobre 167 (15,2%). No se conservan registros del año 2014.

“Condiciones generales:

- La campaña se desarrollará únicamente en la fecha señalada. Las actividades que se organicen en otros días y horarios no contarán con el aval de la institución.
- Se denomina Coordinador de sede a la persona que inscribe una sede.
- En caso de que dos personas inscriban una misma sede, el Consejo se comunicará con ellas para que resuelvan la situación; en caso de no haber acuerdo, se adjudicará la sede a quien haya realizado la inscripción en primer lugar.
- La campaña se puede desarrollar en hospitales públicos, clínicas privadas, consultorios, etc.

Compromiso del Coordinador de sede:

- Garantizar que cuenta con la autorización necesaria para coordinar la actividad en la sede que propone.
- Garantizar la atención en el día, dirección y horario pautado.
- Comunicar a la administración del establecimiento elegido, al personal de recepción y a todas las personas que sea necesario, la realización del evento, con el objetivo de dirigir correctamente a los pacientes.
- En caso de ser necesario, comunicar al Consejo, con una anticipación superior a las 72 hs., la suspensión de la atención en su sede.

Durante la campaña, deberá:

- Velar por la correcta llegada de los pacientes al lugar de atención.
- Controlar que los médicos que colaboren en su sede completen correctamente las fichas de pacientes.

Una vez finalizada la campaña, deberá:

- Remitir las planillas al Consejo en formato digital (preferentemente) o en papel antes de la fecha señalada.

- Detallar el nombre y apellido de los médicos que colaboraron, para que se puedan expedir los certificados correspondientes” (CAO, 2016b).

3.4 Tareas de campaña

El proceso completo de la campaña dura entre 5 y 6 meses y se divide en 7 etapas. A continuación, se detallan las tareas a realizar y los responsables de cada acción: director médico (“DM”), empleado administrativo (“ADM”), comunicador social (“CS”), otros empleados del CAO (“Staff CAO”), contratados varios (“Externos”) y empresa de prensa y difusión.

-Etapa 1 (semanas 1 a 6): En las primeras seis semanas del proceso de campaña se realiza la planificación de las actividades, el armado del presupuesto, la gestión de las piezas de comunicación, la negociación con los sponsors y la inscripción original de sedes. Las tareas programadas para esta etapa son:

- Confirmar la fecha de la campaña (DM).
- Definir las fechas de apertura y cierre de inscripción (ADM, CS).
- Solicitar presupuestos varios (ADM).
- Enviar *newsletters* informativos a las empresas (CS).
- Negociar telefónicamente con empresas (ADM).
- Diseñar o actualizar la folletería y cartelería de difusión del evento (CS).
- Redactar nota de difusión en blog y revista institucional (CS).
- Diseñar la página web de la campaña (CS).
- Redactar la gacetilla de prensa (CS).
- Gestionar la inscripción de sedes (CS).

-Etapa 2 (semanas 7 a 10): El inicio de la segunda etapa coincide con el cierre de la inscripción original. En base al dato confirmado de la cantidad de sedes disponibles, se concreta la compra de material para la atención de los pacientes, el material de envío (cajas de correo) y el material de difusión. En paralelo, se confecciona la primera versión del mapa interactivo que se incluye en la web (se utiliza la herramienta digital Google Maps) y se chequea con los responsables de sedes la corrección de los datos. Las tareas programadas para esta etapa son:

- Comprar el material que será enviado a las sedes registradas en la inscripción original (ADM).
- Confeccionar el mapa interactivo de sedes (Google Maps) (CS).
- Chequear el mapa interactivo con responsables de sedes (CS).
- Gestionar altas, bajas y modificaciones de sedes y/o datos de sedes (CS).

-Etapa 3 (semanas 11 y 12): La tercera etapa de la campaña está marcada por la inscripción tardía, por el envío del material a las sedes de inscripción original y por el cierre definitivo del mapa de sedes. Una vez que finaliza esta instancia, todos los datos están confirmados y la difusión de la campaña puede comenzar. Las tareas programadas para esta etapa son:

- Gestionar inscripción tardía (CS).
- Agregar las nuevas sedes al mapa interactivo (CS).
- Gestionar altas, bajas y modificaciones de sedes y/o datos de sedes (CS).
- Armar las cajas con material de difusión y material médico para las sedes registradas en la inscripción original (ADM).
- Enviar el material a las sedes registradas en la inscripción original (ADM).
- Cerrar la web definitivamente (CS).

-Etapa 4 (semana 13 a 16): La cuarta etapa de la campaña consiste en la difusión del evento en la prensa y en redes sociales. Las tareas programadas para esta etapa son:

- Difundir en redes sociales (CS).
- Difundir en prensa nacional (Empresa de prensa y difusión).
- Enviar recordatorios a los coordinadores de sedes (CS).
- Atender telefónicamente las dudas y consultas de los pacientes (Staff CAO).
- Responder a las necesidades de la prensa (DM, ADM, CS).

-Etapa 5 (día de la campaña): tras 16 semanas, se realiza la campaña. Las tareas programadas para esta etapa son:

- Atender las consultas telefónicas de los pacientes (Staff CAO).
- Brindar soporte técnico a las sedes (ADM y CS).
- Gestionar la comunicación en redes sociales (CS).

- Responder a las necesidades de la prensa (DM, ADM, CS).

-Etapa 6 (semana 17 a 20): La penúltima etapa comienza el día después de la campaña y consiste en recolectar las planillas de pacientes, enviar los certificados de participación y realizar un cierre comunicativo en redes sociales y newsletters (difusión de fotos enviadas por los coordinadores, etc.). Las tareas programadas para este día son:

- Recordar a los coordinadores la fecha tope de entrega (CS).
- Enviar certificados de participación (ADM).
- Gestionar la comunicación en redes sociales (CS).

-Etapa 7 (semana 21 en adelante): La última etapa de la campaña consiste en el armado de las estadísticas. Comienza el día después del cierre de la recepción de las planillas de pacientes.

- Armado de estadísticas (Externo).
- Publicación de estadísticas (CS).
- Difusión en la prensa de estadísticas (CS).

3.5 Gestión del contacto con los sponsors

La gestión del sponsoreo se realiza en dos etapas paralelas: se informa vía *newsletter* (dirigido a responsables de *marketing*, gerentes, responsables de venta, dueños y demás, de empresas de la industria oftalmológica) y se negocia por vía telefónica. El objetivo de este proceso es la recolección de un caudal de dinero que permita solventar los costos de la campaña.

Existen 4 categorías de sponsoreo que ofrecen, a cambio de una inversión económica determinada, y/o del apoyo en el pago de servicios o material de campaña, distintas oportunidades publicitarias. Cada categoría contiene estos servicios:

-Sponsor Diamante. Aporte solicitado en octubre 2016: \$8000 (USD 520⁴) + gastos de envío del material de campaña (costo variable en función de la cantidad de sedes y sus ubicaciones geográficas; en 2016, la inversión fue de USD 1558). El sponsor Diamante cuenta con los mismos

⁴ Cotización del dólar estadounidense a un costo de 15,40 pesos argentinos al 31 de octubre de 2016, según la web <http://www.cotizacion-dolar.com.ar>.

beneficios que el sponsor Platino, pero además puede incluir *inserts* y/o folletería en las cajas postales, proveer cajas postales con logo de su empresa, etc. Esta categoría es la única que se ofrece en exclusividad, y se reserva a la primera empresa que la confirme.

-Sponsor Platino. Aporte solicitado en octubre de 2016: \$8000 (USD 520). Se incluye el logo de la empresa en:

- Afiches impresos que se envían a las sedes registradas en inscripción original.
- Trípticos impresos que se envían a las sedes registradas en inscripción original.
- Afiche digital que se envía a todos los medios del país junto con cada gacetilla de prensa y que se publica en web, newsletters y redes sociales.
- Destacado en la página web de la campaña.
- *Flyer* digital en redes sociales.
- Nota en el Blog de Noticias de la web del CAO.
- Destacado en newsletters de difusión a oftalmólogos.
- Destacado en newsletter de agradecimiento.
- Resumen estadístico que se difunde entre todos los medios de prensa y que se conserva en la web del CAO.
- Nota en revista Médico Oftalmólogo (revista MO) (Tirada: 4000 ejemplares).

-Sponsor Oro. Aporte solicitado en octubre de 2016: \$6000 (USD 390). Se incluye logo en:

- Afiches impresos que se envían a las sedes registradas en inscripción original.
- Trípticos impresos que se envían a las sedes registradas en inscripción original.
- Afiche digital que se envía a todos los medios del país junto con cada gacetilla de prensa y que se publica en web, newsletters y redes sociales.
- Destacado en la página web de la campaña.
- Nota en revista MO.
- Además, recibe una mención escrita en el newsletter exclusivo de agradecimiento que se distribuye a la base de datos del CAO.

-Sponsor Plata. Aporte solicitado en octubre de 2016: \$3500 (USD 230). Se incluye el logo en:

- Afiches impresos que se envían a las sedes registradas en inscripción original.

- Trípticos impresos que se envían a las sedes registradas en inscripción original.
- Afiche digital que se envía a todos los medios del país junto con cada gaceta de prensa y que se publica en web, newsletters y redes sociales.
- Además, se realiza una mención escrita en la revista MO y en el newsletter exclusivo de agradecimiento que se distribuye a la base de datos de oftalmólogos.

Al mes de septiembre de 2016, los costos fueron los siguientes:

Cuadro 1: Costos de la Campaña Nacional de Prevención de la Ceguera por Diabetes 2016.

Ítem	Costo ARS	Costo USD	%
Envío por correo	\$ 24.000	\$ 1.558	21,8
Imprenta	\$ 17.000	\$ 1.104	15,5
Cadetería	\$ 3.000	\$ 195	2,7
Estadísticas	\$ 4.500	\$ 292	4,1
Algodón	\$ 3.000	\$ 195	2,7
Gotas oftálmicas	\$ 7.000	\$ 455	6,4
Cajas de correo	\$ 3.000	\$ 195	2,7
Prensa	\$ 48.500	\$ 3.149	44,1
Total	\$ 110.000	\$ 7.143	100

Fuente: elaboración propia en base a datos recolectados.

3.6 Gestión del contacto con la prensa

Como se señaló anteriormente, el contacto con la prensa está a cargo de una empresa especializada. El circuito de trabajo comienza cuando el área de Comunicación del CAO redacta una gaceta, de contenido casi idéntico a lo largo de los últimos 5 años (ver Anexo II, documentos 1 a 5), y la empresa la distribuye entre todos sus contactos en medios de comunicación del país. Luego, la empresa profundiza su gestión a través de un contacto por canales personalizados (llamados telefónicos a periodistas y secciones de salud e información general de radios, diarios, TV y portales web, etc.). Finalmente, ante una manifestación de interés por la noticia, la empresa contacta al CAO para que sugiera médicos a entrevistar.

Los médicos entrevistados no reciben asesoría o lineamientos por parte del CAO sobre lo que es conveniente transmitir.

Vale destacar que este servicio es solventado, desde 2003, por una empresa de la industria oftalmológica que obtiene, a cambio de su aporte económico, la posibilidad de reescribir la gacetilla. En la práctica, el nuevo documento quita cierto espacio de importancia al rol del CAO como organizador del evento pues, entre otros detalles, incluye el logo de la empresa-sponsor, pero no el de la institución organizadora (ver Anexo II, documentos 6 y 7).

Según pudo observarse en los resúmenes de trabajo que la empresa envió al CAO al finalizar las últimas tres ediciones del evento, cada campaña registra alrededor de 120 menciones en diarios online y portales web de todo el país. También existen menciones y entrevistas en radios y TV.

3.7 Gestión del contacto con los oftalmólogos

Respecto de la difusión orientada al oftalmólogo, según se observa en las piezas conservadas en institución (año 2005 en adelante), el mensaje transmitido se mantiene año tras año, más allá de algunas modificaciones de diseño realizadas en 2013 y 2015. Las piezas utilizadas fueron:

- Tarjetón informativo (ver Anexo II, documentos 8 a 11). El tarjetón es una pieza de uso exclusivo para los oftalmólogos. Reproduce información y recomendaciones consensuadas entre el CAO y la SAD; sin embargo, no incluye el logo de esta última institución, aunque sí el de una tercera (Sociedad Argentina de Retina y Vítreo) que colaboró en el armado del documento. La pieza brinda parámetros para el análisis y tratamiento de casos de retinopatía. El tarjetón fue rediseñado y actualizado en 2015, por primera vez en 10 años.
- Newsletters de convocatoria (ver Anexo II, documentos 12 a 14): orientados a la captación de sedes. Puramente informativos. Desde 2014 en adelante se comienza a modificar tibiamente el tono utilizado, incluyendo algunas marcas de discurso persuasivo (“solidaridad”, “ocupar un espacio vacío en la sociedad”, “luchar contra la ceguera”).
- Publicaciones en redes sociales: Mayormente, informativas. Comunican la convocatoria a inscripción, incluyen versiones preliminares o definitivas del afiche y culminan con un enlace al formulario de registro de datos.
- Posteos en blog institucional: Incluyen la misma información que las publicaciones en redes sociales, pero de forma ampliada.

- Posteo de fotos en redes sociales: desde 2015, el comunicador social solicita a los coordinadores de sedes, vía correo electrónico, el envío de fotografías tomadas durante la campaña. Estas imágenes son publicadas en las cuentas de redes sociales del CAO durante la campaña y los días posteriores, indicando el nombre de la sede, la provincia, el nombre del coordinador y los nombres de los colaboradores. Es común que los oftalmólogos compartan estas publicaciones del CAO en sus cuentas personales y/o laborales.
- Ficha de pacientes (ver Anexo II, documentos 15 a 17): documento diseñado y distribuido en formato de planilla Excel, ha sufrido varias modificaciones, desde 2010, en función de algunos pedidos de mejora de parte de los usuarios. Las planillas sólo miden información relevante desde un punto de vista médico/biológico: no incluyen consultas sobre variables relacionadas con niveles de información y/o educación, por ejemplo.
- Certificado de participación (ver Anexo II, documentos 18 y 19): archivo que reciben los coordinadores de sede y sus colaboradores en agradecimiento a su colaboración. El archivo es enviado en formato PDF y su estructura se mantiene idéntica, pese a los cambios de diseño visual que ha sufrido la campaña en los años analizados.

3.8 Difusión orientada al paciente diabético

Se comprueba que los mensajes se mantienen inalterados en los mismos períodos que se detallaron para la difusión orientada a oftalmólogos. Las piezas utilizadas fueron:

- Póster impreso (imágenes 2 a 4): diseñado en tamaño A3. De 2005 a 2012, presenta título, punteo informativo sobre diabetes y salud visual, datos de campaña, logo de la institución organizadora y lista de auspiciantes. Desde 2013 en adelante, el título crece en tamaño y el punteo se reemplaza por una bajada publicitaria (“Si tenés diabetes controlate gratis” y “Controlate gratis el viernes 18 de noviembre”). Además, suma un link a la web del evento, un teléfono de contacto y los logos de las empresas auspiciantes. A nivel comunicacional, notamos que predomina el concepto del miedo a la ceguera como foco principal de estas piezas.

Imagen 2: Afiche 2011



Imagen 3: Afiche 2014



Imagen 4: Afiche 2016



- Posters digitales: en 2013 se comenzó a utilizar una copia digital del poster impreso para web y redes sociales. No se optimizó su diseño para estas plataformas: se mantiene el formato vertical, que no es el ideal para las redes de sociales de referencia (especialmente, Facebook) debido a que éstas prefieren los formatos apaisados. Además, en este formato, los logos de los sponsors son casi ilegibles.
- Trípticos (imágenes 5 a 10): más allá de los cambios estéticos, los contenidos y la disposición de la información es similar en las etapas 2005 a 2012, 2013 a 2014 y 2015 en adelante. El frente no sufre grandes modificaciones de contenidos: sólo vale destacar que, desde 2015 en adelante, se suman algunos recursos de diseño gráfico que no estaban presentes en las ediciones anteriores. El dorso tampoco varía en gran medida: sigue incluyendo información sobre RD en formato de pregunta y respuesta. Como diferencia notable, se observa que, desde 2015 en adelante, se incluye el link a una página web destinada a pacientes oftalmológicos. Finalmente, se comprueba que, al igual que en el caso de los afiches, estas piezas utilizan el recurso comunicacional del miedo a la ceguera.
- Redes sociales: se utiliza Facebook, Twitter, Google Plus y LinkedIn. Las publicaciones son mayormente informativas (días, horarios, dónde buscar más información). A nivel estadístico, vale destacar que en el mes previo a las dos campañas que organiza la institución se registran picos de interacción con los usuarios (ver imagen 11: picos de interacción en Facebook en marzo –glaucoma- y noviembre –diabetes-).

Imagen 5: Tríptico 2005/2012, frente

¿QUÉ PAPEL JUEGA USTED EN SU TRATAMIENTO?

El éxito del tratamiento de la retinopatía, no depende sólo del oftalmólogo. La actitud que usted tenga y el cuidado con que usted use los medicamentos y siga la dieta apropiada, resultan esenciales. Debe mantener niveles bajos de azúcar en la sangre, evitar fumar y controlar su presión arterial.

La pérdida de visión puede ser evitada en gran medida.

Si el control del nivel de azúcar es estricto, puede evitarse el 90% de las retinopatías severas. Si a esto se agrega un buen control oftalmológico, puede evitarse más del 95% de los casos de ceguera.

La retinopatía diabética puede estar presente sin padecerse síntoma alguno. La detección oportuna de la retinopatía diabética, es la mejor protección contra la pérdida de la vista.

Las personas que padecen de diabetes deben someterse a exámenes oftalmológicos al menos una vez al año.

Con la vigilancia médica adecuada, el oftalmólogo puede empezar el tratamiento antes de que la vista haya sido afectada.



Consejo Argentino de Oftalmología

SOCIEDADES DE OFTALMOLOGÍA PARTICIPANTES

ASOCIACIÓN ARGENTINA DE GLAUCOMA
ASOCIACIÓN DE OFTALMÓLOGOS DE RÍO NEGRO
ASOCIACIÓN DE OFTALMÓLOGOS DE SANTA FE
ASOCIACIÓN INTERIENNA DE OFTALMOLOGÍA
ASOCIACIÓN DE OFTALMOLOGÍA DE LA PAMPA
CONSEJO ENTRENANDO DE OFTALMOLOGÍA
SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA REFRACTIVA Y Córnea
SOCIEDAD ARGENTINA DE OFTALMOLOGÍA
SOCIEDAD ARGENTINA DE OFTALMOLOGÍA INFANTIL
SOCIEDAD ARGENTINA DE ONCOLOGÍA OFTALMOLÓGICA
SOCIEDAD ARGENTINA DE RETINA Y VITREO
ASOCIACIÓN AUSTRAL DE OFTALMOLOGÍA
SOCIEDAD DE OFTALMOLOGÍA DE CÓRDOBA
SOCIEDAD DE OFTALMOLOGÍA DE FORMOSA
SOCIEDAD DE OFTALMOLOGÍA DE JUJUY
SOCIEDAD DE OFTALMOLOGÍA DE LA RIOJA
SOCIEDAD DE OFTALMOLOGÍA DE MAR DEL PLATA
ASOCIACIÓN MENDOQUINA DE OFTALMÓLOGOS
SOCIEDAD DE OFTALMOLOGÍA DE MISIONES
SOCIEDAD DE OFTALMOLOGÍA DE ROSARIO
SOCIEDAD DE OFTALMOLOGÍA DE SALTA
SOCIEDAD DE OFTALMOLOGÍA DE SAN JUAN
SOCIEDAD DE OFTALMOLOGÍA DE SAN LUIS
SOCIEDAD DE OFTALMOLOGÍA DE SANTIAGO DEL ESTERO
SOCIEDAD DE OFTALMOLOGÍA DEL SUR
ASOCIACIÓN OFTALMOLÓGICA DEL NUBUEN
SOCIEDAD ARGENTINA DE TRAUMATOLOGÍA OCULAR
SOCIEDAD PLATENSE DE OFTALMOLOGÍA

CÁTEDRAS DE OFTALMOLOGÍA

INSTITUTO UNIVERSITARIO "ESCUELA DE MEDICINA DEL HOSPITAL ITALIANO"
UNIVERSIDAD DE MENDOZA
UNIVERSIDAD AUSTRAL - FAC. DE CIENCIAS BIOMÉDICAS
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
UNIVERSIDAD DEL SALVADOR
UNIVERSIDAD NAHONNÉS
UNIVERSIDAD PARAGUAY
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NOROESTE
UNIVERSIDAD DE MÉRIDA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO "FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS"
UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA "CÁTEDRA DE OFTALMOLOGÍA INFANTIL"
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

Estas empresas con sus aportes hacen posible esta campaña:

Alcon - Allergan - Bausch & Lomb - Carl Zeiss Vision - Centro Óptico Casin - Elea Farmacia Magister - Med - Novartis Argentina - Pfortner - Poen - Transitions

CON LA VISTA NO SE JUEGA

PREVENGA LA CEGUERA POR DIABETES



Consejo Argentino de Oftalmología

Imagen 6: Tríptico 2005/2012, dorso



¿Qué es la retinopatía diabética?
La retinopatía diabética es una complicación de la diabetes, causada por el deterioro de las arterias y venas que irrigan la retina. La retina es una capa de nervios que recubre al ojo por dentro, cuya función es percibir la luz y las imágenes que luego serán enviadas al cerebro.

El daño de los vasos sanguíneos de la retina hace que éstos filtren fluido o sangre y que se formen nuevos vasos frágiles e irregulares, y tejidos fibrosos. Esto puede disminuir la visión o distorsionar las imágenes que la retina envía al cerebro. Los riesgos de desarrollar retinopatía diabética, aumentan con el tiempo de duración de la enfermedad y con el mal control de la glucemia. Casi todas las personas que han padecido de diabetes durante varios años, presentan algún grado de retinopatía.

Tipos de retinopatía
La retinopatía de fondo es la fase inicial de la retinopatía diabética. En esta etapa, los pequeños vasos sanguíneos de la retina sufren daños y presentan leves fugas de sangre o de líquido. En ocasiones, el líquido exudativo se deposita en la mácula (parte central de la retina que hace que seamos capaces de ver detalles, tales como letras y números). A este problema de lo denomina edema (hinchazón) macular. La lectura o el desempeño de labores delicadas, pueden tornarse difíciles debido a esta complicación.

La retinopatía proliferativa se presenta cuando comienzan a crecer nuevos vasos sanguíneos anormales en la superficie de la retina. Estos vasos son formados por el organismo, en un esfuerzo por enviar oxígeno a una zona que no recibe el suficiente, debido al daño sufrido en los vasos originales. Esto se conoce como neovascularización. Los nuevos vasos sanguíneos tienen paredes más débiles y se rompen y sangran con más facilidad.

El humor vítreo es una gelatina transparente que llena el globo ocular. La sangre proveniente de los vasos sanguíneos dañados, puede opacar al humor vítreo y bloquear parcialmente la luz que pasa a través de la pupila hacia la retina, produciendo imágenes borrosas y distorsionadas. Los vasos sanguíneos anormales posibilitan el desarrollo de tejidos fibrosos que pueden separar la retina de la pared del ojo, produciendo un desprendimiento de la retina. Si no es tratado adecuadamente, puede causar una severa pérdida de visión.

Los vasos sanguíneos anormales también pueden desarrollarse alrededor de la pupila (en el iris), ocasionando glaucoma severo, al provocar un aumento en la presión del ojo. La retinopatía diabética proliferativa constituye la más grave enfermedad del ojo relacionada con la diabetes.

¿Cómo se diagnostica la retinopatía diabética?
La mejor protección contra la retinopatía diabética, es su detección a tiempo. Para ello es importantísimo realizar exámenes periódicos de la vista, efectuados por un oftalmólogo que conozca bien esta enfermedad. La retinopatía grave puede estar presente aún si no se sufre de síntoma alguno. Para detectar la presencia de retinopatía diabética, el oftalmólogo examina el fondo del ojo (donde se ve la retina, la mácula y el nervio óptico) usando distintos instrumentos. En general es necesario que las pupilas sean dilatadas (agrandadas) por medio de unas gotas.

Si se comprueba la presencia de retinopatía diabética, se pueden tomar fotografías a colores de la retina o recurrir a un estudio especial llamado retinofluoresceinografía para determinar si se requiere tratamiento. Este estudio consiste en inyectar un colorante en el brazo del paciente y, después, tomar una serie de fotografías de los ojos, que muestran en detalle el estado de los vasos de la retina. Este mal afecta a largo plazo a muchos de los diabéticos y puede ocasionar una pérdida severa de la vista, incluso la ceguera.

¿Qué síntomas tiene la retinopatía diabética?
La retinopatía diabética generalmente no presenta síntoma alguno hasta que ya está muy avanzada. Si se produce edema macular muy tempranamente, se puede notar, porque la visión se va haciendo borrosa. Si se presentan hemorragias, la vista se puede tornar borrosa, también con manchas e inclusive, puede perderse totalmente. Aunque no se acompaña de dolor, la retinopatía proliferativa es una complicación grave de la diabetes y requiere de atención oftalmológica inmediata. El embarazo y la presión arterial elevada suelen agravarla.

¿Cómo se puede tratar la retinopatía diabética?
En muchos casos el tratamiento no es necesario, pero deberá someterse a exámenes periódicos de la vista. En otros casos, se recomendará un tratamiento para detener el avance de las lesiones ocasionadas por la retinopatía diabética y de ser posible, para mejorar la calidad de la vista.

Rayo láser: Es un potente haz de energía luminosa que se enfoca en la retina lesionada. A este procedimiento se lo

conoce con el nombre de fotocoagulación. Pequeñas aplicaciones del rayo láser sellan los vasos sanguíneos de la retina y así se reduce el edema macular. Las pequeñas cicatrices resultantes de la aplicación del láser, reducen la formación de vasos sanguíneos anormales y ayudan a sujetar la retina sobre la pared del ojo. Si la retinopatía diabética es descubierta en sus primeras etapas, la cirugía láser puede desacelerar o detener el ritmo de pérdida de la vista.

El láser se aplica para detener la enfermedad, no para recuperar la visión, aunque en algunos casos ésta pueda mejorar.

Crioterapia o diatermia transescleral: Si el humor vítreo está enturbiado, debido a la presencia de sangre, entonces la cirugía láser no podrá ser utilizada hasta que la sangre se asiente o sea reabsorbida. En algunos casos de hemorragia dentro del humor vítreo, la crioterapia, o congelación de la retina, al igual que la diatermia, que produce pequeñas quemaduras, pueden ayudar a reducir los vasos sanguíneos anormales, de la misma manera que el láser.



Vitrectomía: En casos donde se presente una retinopatía diabética proliferativa avanzada o una hemorragia que no se reabsorbe, el oftalmólogo podrá recomendar una vitrectomía. Esta intervención microquirúrgica, que es muy delicada, se realiza en una sala de operaciones de alta complejidad. En la vitrectomía, el cirujano extrae el vítreo lleno de sangre y lo reemplaza con una solución transparente. Alrededor del 70% de los pacientes sometidos a vitrectomía, obtienen una mejora de la visión. Antes de acudir a la vitrectomía, el oftalmólogo podrá decidir esperar varios meses o hasta un año, para ver si la hemorragia se aclara naturalmente.

Reparación retinal: Si el tejido fibroso ocasiona que la retina se desprenda del fondo del ojo, podrá presentarse una pérdida grave de la vista o inclusive la ceguera, a menos que se recurra inmediatamente a la cirugía para volver a sujetar la retina en su lugar.



Campaña Permanente de Prevención de la Ceguera por Retinopatía Diabética

Imagen 7: Tríptico 2013/2014, frente

Consejo Argentino de Oftalmología

¿QUÉ ES LA RETINOPATÍA DIABÉTICA?

La retinopatía diabética es una complicación de la diabetes causada por el deterioro de las arterias y venas que irrigan la retina. La retina es una capa de nervios que recubre al ojo por dentro, cuya función es percibir la luz y las imágenes que luego serán enviadas al cerebro.

El daño de los vasos sanguíneos de la retina hace que estos filtren fluido o sangre y que se formen nuevos vasos frágiles e irregulares, y tejidos fibrosos. Esto puede disminuir la visión o distorsionar las imágenes que la retina envía al cerebro.

Los riesgos de desarrollar retinopatía diabética aumentan con la de duración de la enfermedad y con el mal control de la glucemia.

Casi todas las personas que han padecido de diabetes durante varios años presentan algún grado de retinopatía.

TIPOS DE RETINOPATÍA

La retinopatía de fondo es la fase inicial de la retinopatía diabética. En esta etapa, los pequeños vasos sanguíneos de la retina sufren daños y presentan leves fugas de sangre o de líquido. En ocasiones, el líquido exudativo se deposita en la mácula (parte central de la retina que permite que seamos capaces de ver detalles, tales como letras y números). A este problema de lo denomina edema (hinchazón) macular. La lectura o el desempeño de labores delicadas pueden tornarse difíciles debido a esta complicación. La retinopatía proliferativa se presenta cuando comienzan a crecer nuevos vasos sanguíneos anormales en la superficie de la retina. Estos vasos son formados por nuestro organismo en un esfuerzo por enviar oxígeno a una zona que

no recibe la cantidad necesaria debido al daño sufrido en los vasos originales. Esto se conoce como neovascularización. Los nuevos vasos sanguíneos tienen paredes más débiles, y se rompen y sangran con más facilidad.

El humor vítreo es una gelatina transparente que llena el globo ocular. La sangre proveniente de los vasos sanguíneos dañados puede opacar al humor vítreo y bloquear parcialmente la luz que pasa a través de la pupila hacia la retina, produciendo imágenes borrosas y distorsionadas. Los vasos sanguíneos anormales posibilitan el desarrollo de tejidos fibrosos que pueden separar la retina de la pared del ojo, produciendo un desprendimiento de la retina. Si no es tratado adecuadamente, puede causar una severa pérdida de visión.

Los vasos sanguíneos anormales también pueden desarrollarse alrededor de la pupila (en el iris), ocasionando glaucoma severo, al provocar un aumento en la presión del ojo. La retinopatía diabética proliferativa constituye la más grave enfermedad del ojo relacionada con la diabetes.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA RETINOPATÍA DIABÉTICA?

La mejor protección contra la retinopatía diabética es su detección a tiempo. Para ello es importantísimo realizar exámenes periódicos de la vista, efectuados por un oftalmólogo que conozca bien esta enfermedad. La retinopatía grave puede estar presente aún si no se sufre de síntoma alguno. Para detectar la presencia de retinopatía diabética, el oftalmólogo examina el fondo del ojo (donde se ve la retina, la mácula y el nervio óptico) usando distintos instrumentos. En general, es necesario que las pupilas sean

dilatadas (agrandadas) por medio de unas gotas. Si se comprueba la presencia de retinopatía diabética, se pueden tomar fotografías a color de la retina o recurrir a un estudio especial llamado retinofluoresceinografía para determinar si se requiere tratamiento. Este estudio consiste en inyectar un colorante en el brazo del paciente y, después, tomar una serie de fotografías de los ojos que muestran en detalle el estado de los vasos de la retina. Este mal afecta a largo plazo a muchos de los diabéticos y puede ocasionar una pérdida severa de la vista, incluso la ceguera.

¿QUÉ SÍNTOMAS TIENE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA?

La retinopatía diabética generalmente no presenta síntoma alguno hasta que ya está muy avanzada. Si se produce edema macular muy tempranamente, se puede notar porque la visión se va tornando borrosa. Si se presentan hemorragias, la vista se puede tornar borrosa, también con manchas, e incluso puede perderse totalmente. Aunque no se acompaña de dolor, la retinopatía proliferativa es una complicación grave de la diabetes y requiere de atención oftalmológica inmediata. El embarazo y la presión arterial elevada suelen agravarla.

¿CÓMO SE PUEDE TRATAR LA RETINOPATÍA DIABÉTICA?

Existen varios métodos para tratar esta patología. Visite a su oftalmólogo. Para obtener más información, puede ingresar a la página web del Consejo Argentino de Oftalmología, www.ofthalmologos.org.ar/pacientes.

PLATINO

Alcon Bausch+Lomb Ver Mejor. Vivir Mejor. KLONAL OFTALMOLOGIA COMPROMETIDOS CON TU SALUD

ZEISS Poen NOVARTIS Transitions LENTES ADAPTABLES

ORO

Bayer Imolentec MED

PLATA

Farmacia Magister FARMACIA COLON

Imagen 8: Tríptico 2013/2014, dorso

Consejo Argentino de Oftalmología

¿QUÉ PAPEL JUEGA USTED EN SU TRATAMIENTO?

El éxito del tratamiento de la retinopatía no depende solo del oftalmólogo, sino también de usted. Es esencial que siga una dieta apropiada y use correctamente los medicamentos. Debe mantener niveles bajos de azúcar en la sangre, evitar el cigarrillo y controlar su presión arterial con frecuencia.

La pérdida de visión puede ser evitada en gran medida.

Si el control del nivel de azúcar es estricto, puede evitarse el 90% de las retinopatías severas. Si a esto se agrega un buen control oftalmológico, puede evitarse más del 95% de los casos de ceguera.

La retinopatía diabética puede estar presente sin que se presente síntoma alguno. La detección oportuna de la retinopatía diabética es la mejor protección contra la pérdida de la vista.

Las personas que padecen de diabetes **deben someterse a exámenes oftalmológicos al menos una vez al año.**

Con la vigilancia médica adecuada, el oftalmólogo puede dar inicio al tratamiento antes de que la vista sea afectada.

¿QUÉ ES EL CONSEJO ARGENTINO DE OFTALMOLOGÍA?

EL CONSEJO ARGENTINO DE OFTALMOLOGÍA ES LA INSTITUCIÓN QUE NUCLEA A TODOS LOS OFTALMÓLOGOS DEL PAÍS. CADA AÑO ORGANIZA ACTIVIDADES SOLIDARIAS Y GRATUITAS CUYO OBJETIVO ES MEJORAR LA CALIDAD VISUAL DE LA POBLACIÓN.

ESTAS EMPRESAS SOLIDARIAS NOS ACOMPAÑAN:

PLATINO

Alcon Bausch+Lomb Ver Mejor. Vivir Mejor. KLONAL OFTALMOLOGIA COMPROMETIDOS CON TU SALUD

ZEISS Poen NOVARTIS Transitions LENTES ADAPTABLES

ORO

Bayer Imolentec MED

PLATA

Farmacia Magister FARMACIA COLON

Consejo Argentino de Oftalmología

LA DIABETES PUEDE PRODUCIR CEGUERA

SI TENÉS DIABETES CONTROLATE GRATIS

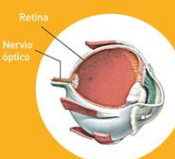
Campaña Nacional de Prevención de la Ceguera por Diabetes 2014

[VIERNES 21 DE NOVIEMBRE DE 2014]

WWW.OFTALMOLOGOS.ORG.AR/PACIENTES
TELÉFONO: (011) 4374-5400

Imagen 9: Tríptico 2015, frente

¿Qué es la retinopatía diabética?



La retinopatía diabética es una complicación de la diabetes que puede ocasionar una pérdida severa de la vista, e incluso ceguera.

La retinopatía diabética es una complicación de la diabetes que puede ocasionar una pérdida severa de la vista, e incluso ceguera. Es causada por el deterioro de las arterias y venas que irrigan la retina. La retina es una capa de nervios que recubre al ojo por dentro, cuya función es percibir la luz y las imágenes que luego serán enviadas al cerebro. El daño de los vasos sanguíneos de la retina hace que estos filtren fluido o sangre y que se formen nuevos vasos frágiles e irregulares, y tejidos fibrosos. Esto puede disminuir la visión o distorsionar las imágenes que la retina envía al cerebro. Los riesgos de desarrollar retinopatía diabética aumentan con la de duración de la enfermedad y con el mal control de la glucemia. **Casi todas las personas que han padecido de diabetes durante varios años presentan algún grado de retinopatía.**

Tipos de retinopatía

En la etapa inicial de la retinopatía, pequeños vasos sanguíneos de la retina sufren daños y presentan leves fugas de sangre o de líquido. En ocasiones, el líquido exudativo se deposita en la mácula (parte central de la retina que permite que seamos capaces de ver detalles, tales como letras y números). A este problema de lo denomina edema (hinchazón) macular. La lectura o el desempeño de labores delicadas pueden tornarse difíciles debido a esta complicación. La retinopatía proliferativa se presenta cuando comienzan a crecer nuevos vasos sanguíneos anormales en la superficie de la retina.

Estos vasos son formados por nuestro organismo en un esfuerzo por enviar oxígeno a una zona que no recibe la cantidad necesaria debido al daño sufrido en los vasos originales. Esto se conoce como neovascularización. Los nuevos vasos sanguíneos tienen paredes más débiles, y se rompen y sangran con más facilidad. El humor vítreo es una gelatina transparente que llena el globo ocular. La sangre proveniente de los vasos sanguíneos dañados puede opacar al humor vítreo y bloquear parcialmente la luz que pasa a través de la pupila hacia la retina, produciendo imágenes borrosas y distorsionadas. Los vasos sanguíneos anormales posibilitan el desarrollo de tejidos fibrosos que pueden separar la retina de la pared del ojo, produciendo un desprendimiento de la retina. Si no es tratado adecuadamente, puede causar una severa pérdida de visión.

NORMAL	RETINOPATÍA DIABÉTICA no proliferativa	RETINOPATÍA DIABÉTICA proliferativa
		

Los vasos sanguíneos anormales también pueden desarrollarse alrededor de la pupila (en el iris), ocasionando glaucoma severo, al provocar un aumento en la presión del ojo. La retinopatía diabética proliferativa constituye la más grave enfermedad del ojo relacionada con la diabetes.

¿Cómo se diagnostica?

La mejor protección contra la retinopatía diabética es su detección a tiempo por parte de un oftalmólogo. Para ello es importantísimo realizar exámenes periódicos de la vista. La retinopatía grave puede estar presente aún si no se sufre de síntoma alguno. Para detectar la presencia de retinopatía diabética, el oftalmólogo examina el fondo del ojo (donde se ve la retina, la mácula y el nervio óptico) usando distintos instrumentos. Es necesario que las pupilas sean dilatadas (agrandadas) por medio de unas gotas. Si se comprueba la presencia de retinopatía diabética, se pueden tomar fotografías

a color de la retina o recurrir a un estudio especial, llamado retinofluoresceinografía para determinar si se requiere tratamiento. Este estudio consiste en inyectar un colorante en el brazo del paciente y, después, tomar una serie de fotografías de los ojos que muestran en detalle el estado de los vasos de la retina. Es de gran utilidad para el oftalmólogo contar con otro estudio, llamado tomografía de coherencia óptica (OCT, por su sigla en inglés), el cual, mediante la toma de imágenes de la retina con resolución micrométrica, ayuda al diagnóstico y seguimiento del edema macular diabético.

¿Qué síntomas presenta?

La retinopatía diabética no suele presentar síntoma alguno hasta que ya está muy avanzada, por eso es fundamental que el paciente diabético asista al oftalmólogo al menos una vez por año. Si se produce edema macular muy tempranamente, se puede notar, porque la visión se va tornando borrosa. Si se presentan hemorragias, la vista se puede tornar borrosa, también con manchas, e incluso puede perderse totalmente. Aunque no se acompaña de dolor, la retinopatía proliferativa es una complicación grave de la diabetes y requiere de atención oftalmológica inmediata. El embarazo y la presión arterial elevada suelen agravarla.

¿Cómo se puede tratar?

En la actualidad se cuenta con muchos tratamientos para tratar esta patología, entre los que encontramos el tratamiento láser, las inyecciones intravítreas de antiangiogénicos y las cirugías de vitrectomía. La elección del tratamiento depende de cada caso en particular y del diagnóstico o criterio del oftalmólogo. Si es paciente diabético, no lo olvide: visite a su oftalmólogo al menos una vez por año.

Para obtener más información, puede ingresar a la página web del Consejo Argentino de Oftalmología.
www.oftalmologos.org.ar/pacientes



Imagen 10: Tríptico 2015, dorso

¿Cuándo debe asistir al oftalmólogo?

El paciente diabético debe asistir al oftalmólogo al menos una vez por año.

Recuerde que la retinopatía diabética puede estar presente sin que se presente ningún síntoma. La detección oportuna de la retinopatía diabética es la mejor protección contra la pérdida de la vista.

La pérdida de visión puede ser evitada en gran medida. Si el control del nivel de azúcar es estricto, puede evitarse el 90% de las retinopatías severas. Si a esto se agrega un buen control oftalmológico, puede evitarse más del 95% de los casos de ceguera.

Con la vigilancia médica adecuada, el oftalmólogo puede dar inicio al tratamiento antes de que la vista sea afectada.

¿Qué papel juega usted en su tratamiento?

El éxito del tratamiento de la retinopatía no depende solo del oftalmólogo, sino también de usted.

- ✓ Es esencial que siga una dieta apropiada y use correctamente los medicamentos.
- ✓ Debe mantener niveles bajos de azúcar en la sangre.
- ✓ Evite el cigarrillo.
- ✓ Controle su presión arterial con frecuencia.
- ✓ Asista al oftalmólogo al menos una vez al año.



¿Qué es el Consejo Argentino de Oftalmología?

El Consejo Argentino de Oftalmología es la institución que nuclea a todos los oftalmólogos del país. Cada año organiza actividades solidarias y gratuitas cuyo objetivo es mejorar la calidad visual de la población.




¿Sabías que la diabetes puede producir ceguera?

Campaña Nacional de Prevención de la Ceguera por Diabetes

www.oftalmologos.org.ar/pacientes

ESTAS EMPRESAS SOLIDARIAS NOS ACOMPAÑAN

SPONSOR DIAMANTE

Poen

SPONSORS PLATINO

Allergan **Bayer**

NOVARTIS **Transilions**

SPONSORS PLATA

Alcon **BAUSCH + LOMB** **COLON**

FARMACIA MAGISTER **MED**

Imagen 11: Niveles de interacción en red social Facebook, diciembre 2014 a noviembre 2016



Fuente: herramienta de estadísticas de la página de Facebook del CAO.

- **Página web:** la campaña no dispone de una web propia, sino que cuenta con una página exclusiva ubicada dentro del sitio institucional del CAO. Allí se brinda información detallada sobre las sedes, los horarios, la relación entre ceguera y diabetes y las características de la campaña. Junto con el tríptico, es la pieza que más intensamente utiliza los recursos de la edición de textos para orientar la lectura del paciente (títulos, información destacada, links, imágenes, etc.). La ubicación de la web está constituida por la URL de la página institucional (www.oftalmologos.org.ar), el nombre de patología de la campaña (diabetes) y el año. El resultado es, por ejemplo, para el año 2016: www.oftalmologos.org.ar/diabetes2016.

3.9 Día de la campaña

La convocatoria de pacientes diabéticos se realiza por intermedio de la prensa, la página web del evento, las publicaciones en redes sociales y la difusión organizada por cada sede. El único requisito que deben cumplir los pacientes que asisten a una sede es declarar verbalmente que son diabéticos, pues no se les reclama ningún tipo de estudio o de documentación que lo avale.

La asistencia es absolutamente gratuita y no exige la obtención previa de un turno, ya que los pacientes son atendidos por orden de llegada.

La atención médica consiste en la aplicación de gotas oftálmicas que dilatan las pupilas y permiten que los oftalmólogos evalúen el estado de las retinas, máculas y nervios ópticos de los pacientes a través de distintos aparatos y herramientas de uso cotidiano para ellos. Este examen, denominado fondo de ojo, permite detectar o descartar síntomas de RD. Se trata de un proceso rápido e indoloro para el paciente y de ejecución simple para cualquier oftalmólogo con capacitación básica. En paralelo, el oftalmólogo confecciona una ficha con datos clínicos de los asistentes. Finalmente, en función de las observaciones realizadas y de los antecedentes declarados durante la encuesta, decide si deriva el caso a una consulta más profunda o convoca al paciente a realizar un nuevo fondo de ojo un año después. En ambos casos, el paciente puede solicitar un turno con el oftalmólogo que desee, pues no está obligado continuar su atención en el establecimiento de la campaña.

Como resultado de su participación en la campaña, los pacientes reciben un informe verbal sobre el estado de salud visual. No existe ningún tipo de folleto prediseñado donde se les brinde información en función de cada tipo de caso. También, en caso de que hayan asistido a una sede registrada durante la inscripción original, pueden recibir un folleto con información sobre ceguera y diabetes.

Una vez finalizada la jornada, el responsable de la sede envía las fichas con los datos clínicos de los pacientes al CAO para que la institución confeccione sus estadísticas anónimas de incidencia y prevalencia de la diabetes en Argentina. Los formatos de envío posibles son el correo electrónico (para quienes completaron las planillas por computadora y/o transcribieron los resultados) y el correo postal (para quienes completaron las planillas a mano). Según expresó el empleado administrativo de la campaña, si bien se ha impuesto un período límite de 2 semanas para la recepción de estas planillas, en la práctica, el proceso finaliza hasta tres meses después de la campaña.

Como contrapartida por su aporte solidario, el CAO envía a los oftalmólogos los certificados de participación correspondientes. Si bien en su “Compromiso CAO/Responsables de sede” el CAO afirma que sólo enviará certificados a quienes cumplan con la fecha límite de entrega, en la práctica, todos los oftalmólogos que envían sus planillas los reciben posteriormente.

3.10 Niveles de participación

El CAO no almacena registros de asistencia de pacientes de las ediciones 1998 a 2000, dispone de datos mínimos de 2001 a 2007 y cuenta con registros más amplios desde 2008 en adelante.

Cuadro 2: Estadísticas básicas de la Campaña Nacional de Prevención de la Ceguera por Diabetes

Año	Pacientes	Edad %	% hombres	% mujeres	Provincias
2001	1115	57,6	41	59	s/d
2002	612	56,5	41	59	s/d
2003	664	57	38	62	s/d
2004	1256	57,7	42	58	s/d
2005	1562	59,7	41	59	s/d
2006	782	58,3	40	60	s/d
2007	823	56,9	39	61	s/d
2008	711	57,9	39	61	10
2009	1251	58,1	40	60	s/d
2010	791	57,8	39	61	12
2011	1854	52,8	43,8	56,2	16
2012	1094	s/d	56,9	43,1	16
2013	2888	59,4	41,2	58,8	19
2014	634	57,3	41,2	58,8	9
2015	2282	56,7	41,8	58,2	18

Fuente: elaboración propia en base a datos recolectados.

La institución no conserva datos sobre la cantidad de sedes registradas en cada edición de la campaña. Sin embargo, el empleado administrativo (personal con 7 años de antigüedad en la institución) explicó que siempre existe un desfasaje entre la cantidad de sedes registradas en los procesos de inscripción y la cantidad de sedes que efectivamente remiten el material estadístico al CAO una vez finalizado el evento. Por esta razón, la cantidad de pacientes que registra el Cuadro 2 es necesariamente menor a la cantidad real de pacientes diabéticos que asistieron a alguna de las 19 ediciones de la campaña.

Más allá de la mencionada diferencia estadística, al comparar los niveles de prevalencia de la diabetes en nuestro país con los números finales de asistentes, puede afirmarse que el alcance de la campaña es más bien modesto, por no decir escaso: registra un promedio de 1200 pacientes por año sobre una población actual estimada en 4 millones de pacientes diabéticos en Argentina (o la mitad, si tenemos en cuenta que se estima que ese porcentaje de diabéticos desconoce su condición).

3.11 A modo de cierre

Asumiendo que la institución invierte recursos en la campaña tanto para luchar contra la ceguera por diabetes como para realizar una acción de marketing en beneficio propio, concluimos que ambos objetivos son alcanzados con pobreza, en función de los siguientes puntos:

- Necesidad de clarificar objetivos: la institución carece de un manual de campaña o un documento que detalle con claridad cuáles son los objetivos que persigue al impulsar este emprendimiento. Si bien la denominación de la campaña hace referencia a la ceguera por diabetes, la información recolectada en el Estado del arte permite afirmar que no se debe desatender la necesidad de los pacientes de recibir información sobre los estadios anteriores a la ceguera.
- Captación limitada de recursos económicos: pese a que, según el empleado administrativo, las sumas solicitadas serían bajas en relación a lo que las empresas invierten habitualmente en otras propuestas del CAO, la campaña sólo apunta a obtener recursos suficientes para llevarse a cabo sin que sea necesario un desembolso económico de parte de la institución organizadora. Por otra parte, el empleado comentó que el proceso de obtención de recursos para esta campaña se dificulta año tras año. La austeridad de lo recaudado impide invertir más recursos en difusión para aumentar la cantidad de pacientes atendidos.
- Falta de diversificación en la búsqueda de sponsors: el CAO sólo busca el apoyo de las empresas que participan en su congreso anual. Sin embargo, existen grandes laboratorios no oftalmológicos que ofrecen productos relacionados con la diabetes y que podrían estar interesados en participar de esta propuesta.
- Posible desatención de los intereses de los sponsors: el proceso de captación de recursos económicos podría estar desatendiendo las necesidades de los aportantes. No se detectaron instancias de escucha en relación a este actor; el proceso es llevado a cabo por un empleado que no está capacitado específicamente para ese tipo de tareas, que conjugan saberes de relaciones públicas y comercialización; el proceso no incluye canales de contacto en persona. En síntesis, es posible que se le esté solicitando dinero a las empresas a cambio de un beneficio que no les satisface.
- Necesidad de profundizar el compromiso institucional: sólo un médico participa en la organización, desarrollo, evaluación, mejora, etc., de esta campaña que, en la práctica, es coordinada y sostenida por dos empleados. Además, la estructura directiva del CAO

no está involucrada en ninguna de sus instancias. Sin embargo, el apoyo de otros médicos podría ser beneficioso para mejorar la atención a la prensa y para colaborar en el proceso de evaluación y generación de propuestas de mejoras.

- Posible escasez en el incentivo a los participantes: la única contrapartida que reciben el coordinador de sede y sus colaboradores es un certificado de participación en formato digital. Tal vez sea un incentivo escaso para quienes ofrecen una jornada completa de trabajo gratuito y solidario. Además, el formato del certificado no es del todo eficiente, estéticamente hablando: cuenta con tamaños de tipografía distintos entre sí y con un logo institucional “pixelado”, lo que puede desalentar a quienes quieran imprimirlo y colgarlo en su consultorio, como es práctica habitual entre los médicos argentinos.
- Falta de control de la actividad de las sedes: no existe un chequeo de sedes abiertas vs. cerradas ni una gestión de la recolección de material estadístico. Teniendo en cuenta que sólo puede comprobarse que una sede ha estado activa si se reciben sus planillas de pacientes, y sabiendo que siempre ha existido un desfasaje entre cantidad de sedes abiertas y cantidad de sedes que envían las planillas, llama la atención que no se haya gestionado esta diferencia y/o analizando sus porqués. Tampoco se realizan seguimientos de actividad por vía telefónica, por ejemplo.
- Falta de medición de los resultados: no se realizan reuniones de balance post campaña. Tampoco se publican las estadísticas en revistas científicas o de divulgación.
- Necesidad de replanteo de identidad visual: no se cuenta con un logo ni con plan de *branding* que pueda guiar las decisiones a nivel estético/de marca. Además, se desaprovecha la posibilidad de utilizar el logo de la FID. Es posible que se trate de un rasgo identitario reconocible por los pacientes diabéticos y sus familiares. También se desaprovecha la posibilidad de establecer alianzas con instituciones científicas, instituciones de pacientes o autoridades de salud para ampliar la difusión del evento.
- Escasa capitalización de los beneficios simbólicos en juego: la falta de trabajo de marca en relación a la no capacitación de los médicos que participan en las acciones de prensa da como resultado el desaprovechamiento de las posibilidades de generar y captar beneficios de imagen.
- Desaprovechamiento de las redes sociales: aun siendo un medio de alcance masivo, transversal y relativamente barato, su uso para la difusión del evento y/o para la captación de beneficios simbólicos es escaso. Las piezas gráficas utilizadas no están optimizadas y el CAO no invierte recursos económicos en la difusión de sus publicaciones de campaña.

- Ausencia del tono persuasivo/emocional en la difusión: el predominio del tono informativo parece ser el resultado de la falta de claridad sobre los mensajes que se deben difundir, más que una decisión de tipo editorial.
- Delegación de la interacción con la prensa: la empresa que contrata el servicio de prensa utiliza las gacetillas en beneficio propio y el CAO asume un rol secundario en esa pieza de difusión fundamental. La ausencia del logo institucional es difícil de comprender.
- Ofrecimiento escaso de información al paciente sobre diabetes y ceguera: más allá de las mejoras que podrían aplicarse al tríptico, el hecho de que sea la única pieza informativa de la campaña que está destinada al consumo del asistente tendría que reverse, en función del proceso de inscripción doble (las sedes de inscripción tardía no las reciben).
- Cierre incompleto del proceso de atención al paciente: la finalización del proceso de atención debería incluir algún tipo de pieza impresa o digital que pueda entregarse al paciente para aclararle su situación actual y sugerirle los pasos a seguir, en un formato que pueda ser conservado y consultado posteriormente. También podría generarse alguna instancia de consulta posterior.
- Falta de medición de variables relacionadas con niveles de información/educación: tal como se analizó en el Estado del arte, y al igual que sucede en la veintena de *papers* consultados, la campaña no mide los niveles de información previa del paciente. Así, se pierde la oportunidad de recolectar información que podría ser vital para guiar acciones posteriores, o servir de guía para las autoridades de salud. Tampoco se indaga sobre la plataforma en las que el paciente ha recibido información de la campaña, por ejemplo.
- Falta de segmentación: no existen acciones de relaciones públicas, *lobby* o similares, destinadas a incluir en la organización o en la difusión de la campaña a sociedades científicas o instituciones orientadas al tratamiento del paciente diabético. Estas sociedades tienen contacto directo con los pacientes a los que apunta la campaña, a diferencia de los medios de prensa. Una inversión en este público segmentado podría ser beneficiosa.
- Ausencia de instancias de escucha de los pacientes: las piezas de difusión parecen haber sido concebidas sin una reflexión sobre el usuario. Llama la atención que se utilice un fondo naranja con letras blancas en un tríptico que será usado por pacientes que podrían tener dificultades visuales, ya que el contraste entre ambos colores no es óptimo para esas personas.

En síntesis, podría afirmarse que la organización de este evento tiene forma de clon: cada año, se repiten prácticas sin mucha reflexión acerca de sus porqués; luego se lleva a cabo un evento sin que queden claros cuáles son sus objetivos y resultados; y finalmente se cierra el evento sin que se realicen evaluaciones sobre lo sucedido ni propuestas de mejora. Como punto de partida, y como resultado final, se desoyen las opiniones de los actores involucrados.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Rediseñar la Campaña Nacional de Prevención de la Ceguera por Diabetes que organiza el Consejo Argentino de Oftalmología.

4.2 Objetivos específicos

1. Modificar la estructura organizativa de la campaña.
2. Redefinir los mensajes clave existentes y crear nuevos.
3. Jerarquizar los canales de comunicación actuales y crear nuevos.
4. Modificar, fortalecer y proyectar los rasgos identitarios de la campaña.

5. Metodología

Se llevó a cabo un estudio exploratorio y descriptivo en base a entrevistas semiestructuradas realizadas a representantes de todos actores sociales involucrados en la ejecución del evento: institución organizadora (médicos y no médicos), coordinadores de sedes, institución de pacientes diabéticos, pacientes diabéticos que asistieron a la campaña, empresa de prensa y difusión, sponsors. Los focos de la búsqueda fueron tres:

1. Realizar un balance del estado actual de la campaña.
2. Detectar factores que puedan elevar el nivel de involucramiento con la campaña.
3. Recolectar ideas y aportes para plantear una propuesta de rediseño de la campaña.

Las entrevistas fueron de tipo semiestructuradas, es decir, aquellas que combinan preguntas cerradas (con respuestas preestablecidas) con abiertas (en las que el entrevistado tiene la posibilidad de opinar sobre el tema propuesto por el entrevistador sin condiciones prefijadas) (De Souza Minayo *et al.*, 2003).

La técnica de la entrevista tiene por objetivo la comprensión de la perspectiva del entrevistado. Como fuente de información, el entrevistado entrega datos referentes a hechos, ideas, creencias, opiniones y conductas del pasado, presente y futuro, que funcionan como indicios de las opiniones del actor social al que representa. Definimos entonces a los entrevistados como informantes clave, es decir “personas que tienen acceso a la información más importante sobre las actividades de una comunidad, grupo o institución educativa; con suficiente experiencia y conocimientos sobre el tema abordado en la investigación; con capacidad para comunicar esos conocimientos y lo que es más importante, con voluntad de cooperación” (Rodríguez Gómez *et al.*, 1996).

Los agentes entrevistados fueron:

1. Directivo de la institución organizadora.
2. Directivo de la campaña.
3. Representante de marketing de uno de los principales sponsors.
4. Representante de marketing de un sponsor menor.
5. Coordinador de sede (Capital Federal).

6. Coordinador de sede (Catamarca).
7. Directivo de la empresa de prensa y difusión a cargo de la campaña.
8. Paciente diabético (Buenos Aires).
9. Paciente diabético (Santa Fe).
10. Paciente diabético (Chubut).
11. Representante de entidad de pacientes diabéticos.
12. Coordinador no médico de la Campaña.

El criterio central para la selección de los entrevistados fue que conocieran la campaña y/o que pudieran ser considerados como informantes clave de actores sociales implicados en la problemática del paciente diabético.

6. Marco teórico

6.1 Introducción

Tras abordar diversos trabajos que indagan sobre el cruce entre comunicación y salud, detectamos que existen dos enfoques teóricos recurrentes: uno que se sustenta en el discurso médico/biológico, caracterizado por definiciones de tipo lineal e instrumental, y otro que se sustenta en el análisis de relaciones de poder, caracterizado por definiciones de tipo procesual y dialéctico.

Teniendo en cuenta que uno de nuestros objetivos es detectar los factores que motivan la participación de los actores involucrados en la ejecución de una campaña solidaria, consideramos que sólo podremos cumplirlo en tanto y en cuanto adoptemos un enfoque teórico que contemple la existencia de relaciones de poder (hegemonía, subalternidad, conflicto) y disponga de herramientas para poner en superficie las distintas necesidades y los distintos puntos de vista en juego. Por esta razón, nos inclinaremos por enfoques que trabajen desde un abordaje procesual.

A continuación, nos valdremos de la tensión teórica enunciada anteriormente para definir una serie de conceptos que consideraremos clave para este trabajo, a saber: salud, enfermedad, comunicación, información, situación de salud, promoción de la salud, campaña de bien público, actor social, sujeto, participación y motivación.

6.2 Comunicación y salud

La temática de nuestra tesina se inscribe en el área de la comunicación y la salud, un espacio que, según Araújo de Soares y Cuberli (2015) no cuenta con límites claros, sino que está formado por una multiplicidad de campos en movimiento constante. En este contexto, optaremos primero por definir qué entenderemos por comunicación y luego por explicitar qué enfoque de comunicación y salud adoptaremos.

Luis Ramiro Beltrán (Beltrán, 2010) rastrea las raíces de lo que denomina “definición clásica de la comunicación” en una descripción de Aristóteles, quien la define como formada por tres elementos, hablante, mensaje y oyente, y dominada por el propósito de persuadir. En esta

estructura, el mensaje va del hablante al oyente, “teniendo el primero el poder de determinar el comportamiento del segundo mediante la locución”. Según Beltrán, el espíritu de esta definición se mantuvo vigente en las distintas teorías de comunicación que dominaron el siglo XX, impulsadas por autores como Harold Lasswell e influenciadas por el aporte de ingenieros como Claude Shannon, Warren Weaver y Norbert Wiener, donde la comunicación era concebida como un acto unidireccional de transmisión de información desde un emisor activo hacia un destinatario pasivo, lo cual implicaba “una relación asimétrica y autoritaria favorable a la dominación de la mayoría por la minoría”.

Antonio Pasquali (ver en Beltrán, 2010) rompe con la idea de emisor y receptor que está vigente en el modelo clásico y la reemplaza por la de agente y paciente, dos conceptos que hacen foco en el carácter situacional y variable de los roles que asumen las personas en un proceso comunicacional. Luego, escinde los conceptos de comunicación e información, definiendo a este último como “un proceso de envío unidireccional o bidireccional de información-orden a receptores predispuestos para una descodificación interpretación excluyente, y para desencadenar respuestas pre-programadas”. Como puede observarse, el concepto de información en Pasquali coincide casi perfectamente con el concepto de comunicación vigente en el modelo clásico. Finalmente, define comunicación como una relación comunitaria humana consistente en la “emisión-recepción de mensajes en estado de total reciprocidad, siendo por ello un factor esencial de convivencia” y sostiene que “sólo hay verdadera comunicación en caso de auténtica acción recíproca entre agente y paciente, en que cada interlocutor habla y es escuchado, recibe y emite en condiciones de igualdad”.

Silvio Waisbord ofrece un esquema de doble entrada que puede servir de guía para determinar la predominancia de alguna de las dos concepciones detalladas en los párrafos anteriores, clásica versus comunitaria, en casos de análisis comunicacionales:

Explicaciones culturales vs. explicaciones ambientales del subdesarrollo; teorías e intervenciones psicológicas vs. teorías e intervenciones sociopolíticas; modelos de actitud y comportamiento vs. modelos estructurales y sociales; desarrollo de intervenciones centradas en el individuo vs. desarrollo de intervenciones centradas en la comunidad; modelos de comunicación jerárquica y orientados por el emisor vs. modelos de comunicación horizontal y participativa; concepciones de audiencias y poblaciones activas vs. concepciones de audiencias y poblaciones pasivas; y enfoque de la participación

como medio vs. enfoque de la participación como fin y derecho (Waisbord; ver en Lois, 2013).

Analizaremos a continuación el cruce de los conceptos de comunicación y de salud. Petracci *et al.* (2010) consideran que existen al menos tres grandes modelos teóricos y metodológicos válidos para comunicar en salud: comunicación para el cambio de comportamiento, comunicación para el desarrollo y comunicación participativa o comunitaria. Esta última “se basa en las teorías de las redes sociales (...) que enfatizan la participación activa y el desarrollo de comunidades para resolver problemas de salud desde una perspectiva social”. Así, “la comunicación pasa a formar parte de los procesos de resolución de problemas de las comunidades, con el propósito de mejorar sus condiciones de vida”.

Coincidiendo con esta última definición, Beltrán (2010) afirma que la comunicación en salud consiste en un proceso donde los actores sociales “diagnostican, planifican, producen, difunden y evalúan mensajes que proporcionen conocimientos, forjen actitudes y provoquen prácticas favorables al cuidado de la salud compatibles con las aspiraciones de la comunidad”. Según Araújo de Soares y Cuberli (2015), esta definición de Beltrán resume los elementos principales con los que debe contar una intervención en comunicación y salud en la actualidad: participación de actores sociales múltiples (gubernamentales y no gubernamentales, privados y públicos, movimientos sociales, etc.); foco en las aspiraciones de la comunidad, lo que ofrece un espacio a las especificidades locales; inclusión del diagnóstico y la planificación como etapa inicial de la intervención; previsión del proceso comunicativo en su totalidad (producción, circulación y apropiación); y foco en la adopción de prácticas. Siguiendo esta misma línea de pensamiento, Díaz y Uranga (ver en Lois, 2013) sugieren que toda iniciativa de comunicación en salud debe interesarse en “conocer los lenguajes, el modo de relacionarse y los vínculos y mediaciones existentes en cada comunidad”.

En función del material analizado, afirmamos que entendemos por comunicación en salud un proceso no lineal ni exento de relaciones de poder, esencial para la convivencia social, cuyo foco es la participación activa de todos los actores sociales involucrados y cuyo resultado deseado es la forja de prácticas favorables al cuidado de la salud que sean compatibles con las aspiraciones de cada comunidad. A su vez, sostenemos que toda intervención en comunicación y salud debe integrar las fases de diagnóstico, planificación y previsión de la producción y circulación.

6.3 Salud y enfermedad

Distinguiremos dos modos de abordaje de la relación entre salud y enfermedad: el modelo biomédico y el modelo del proceso salud/enfermedad/atención.

Cuberli (2015) afirma que el modelo biomédico puede entenderse como una reducción de la problemática de la salud a un grupo de causalidades biológicas que son potestad de ciencias como la anatomía y la fisiología, para las cuales la enfermedad es una entidad “dotada de existencia propia, anterior y externa a las alteraciones del cuerpo de las personas con padecimientos”. De esta manera, se escinde la idea del cuerpo del de persona, o sujeto de derechos. Menéndez, por su parte, denomina a este enfoque como “Modelo Médico Hegemónico” y afirma que sus características principales son:

Biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica (Menéndez, 2002).

Menéndez desarrolla luego un enfoque alternativo, basado en una perspectiva relacional, al que denomina como “proceso salud/enfermedad/atención”. El autor afirma que el objetivo de adoptar este enfoque de tipo procesual “se vincula con la necesidad de recuperar la unidad entre la salud y la enfermedad, y ya no la enfermedad exclusivamente como la causa de un agente etiológico, pues son momentos que se viven socialmente” (Menéndez, 2002). Cuberli (2015) afirma que la propuesta de Menéndez permite “entender la problemática de la salud-enfermedad como expresión de los procesos sociales (...) y analizar la salud y la enfermedad como fenómenos en el acontecer político, ideológico y económico de la sociedad y no sólo como fenómenos biológicos”.

Según Araújo de Soares y Cuberli (2015), el enfoque procesual de la relación entre salud y enfermedad surgió en América latina durante la crisis del concepto biomédico, en la década de 1970, y estuvo ligado “a los cambios establecidos internacionalmente por las organizaciones de salud reunidas en grandes conferencias, bajo el patrocinio de la OMS, que produjeron documentos que establecían lineamientos para los países y que hasta hoy son referencia en nuestros países para sus políticas y prácticas de salud”. Entre estos documentos, destaca:

- Declaración de Alma-Ata (Rusia, 1978): establece que la salud es un derecho humano fundamental y la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad” (Araújo de Soares y Cuberli, 2015).
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (Canadá, 1986): define a la promoción de la salud como la actividad de “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” mediante el refuerzo de la acción comunitaria, con el requisito indispensable de ofrecer “un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria” (Araújo de Soares y Cuberli, 2015).
- Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI (Indonesia, 1997): incluye el acceso a los medios de información y a la tecnología de comunicaciones como requisitos indispensables para la actividad de promoción en salud.

Finalmente, y complementando estos enfoques, Deguer y Truzo (2010) proponen una “concepción ampliada de salud” en la cual “la salud y la enfermedad [sean] comprendidas como el resultado de un proceso de carácter histórico, determinado social y económicamente y condicionado por las modalidades de trabajo y consumo”, donde “el concepto de participación social resulta un elemento central”. Estos autores hacen referencia, en síntesis, a la búsqueda de que las comunidades puedan involucrarse de manera activa e irrestricta en el análisis de situación, la toma de decisiones y la evaluación de los resultados.

En lo que respecta a nuestro trabajo, y en función del material analizado, afirmamos que abordaremos las problemáticas de salud-enfermedad a partir del enfoque del proceso salud/enfermedad/atención, un modelo propone una mirada holística (procesual y social) de la problemática en comunicación y salud; que concibe el acceso a la información y a la educación como elementos indispensables y que aboga por la participación activa e irrestricta de todos los actores social involucrados en todas las fases del proceso de intervención.

6.4 Situación de salud y modelos de intervención

Ahora es necesario definir el escenario de salud y los modos en los que pueden ser abordados. Para cumplir con el objetivo, definiremos los conceptos de situación de salud y modelo de intervención.

Pedro Castellanos afirma que la existencia de una situación de salud es inescindible de la presencia de un actor social (o un conjunto de actores) dispuesto a sostenerla. Cada situación de salud contiene una selección de problemas, una enumeración de hechos relevantes y una explicación sobre la problemática, siempre desde el punto de vista del actor que la enuncia. La situación de salud, en síntesis, “no es independiente de quién y desde cuál posición escribe y explica” (Castellanos, 1990).

A su vez, las situaciones de salud son abordadas desde distintos modelos de intervención.

El modelo dominante de intervención en situaciones de salud fue creado por Leavell y Clark (1976). Estos autores sistematizaron los conceptos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación bajo dos períodos: prepatogénesis y patogénesis. En el primero, no se evidencian manifestaciones clínicas de la enfermedad en el sujeto, aunque pueden notarse las condiciones para que esto se desarrolle. En el segundo, los procesos mórbidos cobran reconocimiento y pueden ser foco de acciones de intervención para evitarlos o retardar su avance. A su vez, la patogénesis presenta tres momentos: patogénesis precoz, enfermedad precoz discernible y enfermedad avanzada (la consecuencia final de este proceso es la cura, la invalidez, o la muerte).

Como se observa, el modelo de Leavell y Clark hace énfasis exclusivamente en la enfermedad y en sus aspectos biológicos.

Se contrapone a este enfoque aquel de la promoción de la salud, concepto que, según la OMS, describe “el proceso que permite a las personas adquirir mayor control sobre su propia salud y al mismo tiempo mejorar su salud” (ver en Fernández Carral, 2012). La idea general de promoción en salud nació durante la primera mitad del siglo XIX en Europa y contó con el aporte del médico Henry Sigerist, cien años después, para recuperarla, sistematizarla y enriquecerla. Según Fernández Carral (2012), Sigerist sostuvo que “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso”. Además, aclaró que “más que depender de la asistencia médica, la salud del pueblo [está] cifrada en el disfrute de dichas condiciones, y llamó ‘promoción de la salud’ a la tarea de lograr el acceso de la gente a ellas”. Finalmente, Sigerist definió las cuatro tareas esenciales de la medicina:

1. Promoción de la salud.
2. Prevención de las enfermedades.

3. Restablecimiento de los enfermos.
4. Rehabilitación.

Tras analizar la definición de Sigerist, Kornblit *et al.* (2007) afirman que el paradigma de promoción de la salud se diferencia del Modelo Médico Hegemónico en los siguientes ejes:

- Considera a la salud como un derecho humano fundamental.
- Incluyendo las dimensiones del bienestar y la equidad.
- Tiene en cuenta las influencias sociales y medioambientales.
- Alienta la participación de los sectores público y privado.
- Propicia el incremento de las inversiones en desarrollo de salud.
- Alienta la participación comunitaria y el empoderamiento de los individuos.

En síntesis, entendemos por situación de salud a la enumeración de problemas, hechos y explicaciones planteadas por un actor social en un momento histórico en particular, lo cual implica que sólo existe en contacto y en conflicto con otras concepciones posibles de situación de salud. Por otra parte, utilizaremos el enfoque de promoción de la salud para planificar la intervención en la situación de salud que este trabajo analiza. Este enfoque se basa en nociones como bienestar, equidad, responsabilidad social, enfoque multisectorial y empoderamiento de los individuos.

6.5 Campañas de bien público

Según Díaz Bordenave (1992), una campaña “consiste en un proceso integrado y concentrado de información y persuasión dirigido deliberadamente a conseguir que un determinado segmento de la población adopte ciertas ideas, productos o comportamientos que los organizadores de la campaña consideran deseables”. Consideramos que esta definición abarca enfoques totalmente disímiles entre sí como son las campañas de bien público y las campañas publicitarias, por lo que intentaremos diferenciarlas a continuación.

Según Petracci (2012), las campañas de bien público son aquellas “emitidas por agencias gubernamentales o no gubernamentales cuyo mensaje se centraliza en medidas de protección y/o cuidado sin que se promocióne bien o servicio alguno”, mientras que las campañas publicitarias son aquellas que están destinadas a promover la adquisición de productos, marcas o servicios.

Si bien la separación entre ambos tipos de campañas es bastante clara, los recursos y las reglas de la segunda suelen penetrar el campo de la primera, sin que muchas veces exista una reflexión profunda sobre las implicancias de este proceso. El contacto entre ambas se percibe con mayor claridad en enfoques como el del marketing social que, como se mencionó en el capítulo de Estado del arte, consiste en la aplicación de herramientas de la comercialización de productos en la promoción de modificaciones de conductas que tiendan mejorar el bienestar personal o social. Juan Díaz Bordenave plantea dudas respecto de la compatibilidad que existe entre marketing social y “la construcción de una sociedad democrática y participativa”, debido a que su tenencia hacia la repetición de recomendaciones simplificadas atenta contra un proceso de reflexión crítica que es fundamental “en la construcción de una sociedad democrática de ciudadanos conscientes (Díaz Bordenave, 1992). Este autor problematiza luego lo que considera una tendencia a evaluar las campañas exclusivamente por sus resultados, y no desde un enfoque procesual. Al primero lo denomina “abordaje difusionista”, mientras que al segundo lo denomina “abordaje relacional”. Las principales características de lo que denomina como abordaje relacional de las campañas incluye:

- Multidimensionalidad de los problemas: la contrapartida de la búsqueda de resultados tangibles en plazos establecidos es la búsqueda (o creación) de problemas específicos. Sin embargo, no existen problemas aislados en el mundo de lo social. Por esta razón, propone que las campañas se integren en programas globales, que ataquen “constelaciones de problemas”.
- Beneficiarios protagonistas: propone alejarse de la idea de público-target y centrarse en la de beneficiario protagonista, pues basa su enfoque en la contribución “a la construcción de una sociedad democrática y participativa”.
- Utilidad del Manual de Campaña: con el objetivo de brindar unidad y sentido de trabajo a la campaña, este recurso permite registrar toda la información que los distintos actores sociales involucrados en su ejecución deben conocer.

Respecto del Manual de Campaña, los datos que debe contener incluyen (Díaz Bordenave, 1992):

- Nombre oficial de la campaña.
- Entidades patrocinadoras y colaboradoras.

- Objetivos.
- Slogan(s) y símbolo(s).
- El problema y sus causas, así como la solución técnica promovida (producto de la consulta a los afectados por el problema).
- Argumentos en favor de la solución.
- Organización y estructura de la campaña.
- Área geográfica que cubre y públicos prioritarios.
- Mensajes y medios, así como materiales de comunicación disponibles (programas de radio, artículos de prensa, carteles, fajas).
- Calendario de eventos.

En síntesis, entendemos por campaña de bien público a un proceso de información y persuasión, emitido por agencias gubernamentales o no gubernamentales, cuyo mensaje se centra en favorecer la adopción de ciertas ideas o comportamientos de protección o cuidado por parte de beneficiarios, que también deberán ser protagonistas en su armado, ejecución y evaluación.

6.6 Actor social, sujeto y participación

En este apartado definiremos el concepto de actor social (en el contexto de la diferenciación entre escenario público y político) y lo ligaremos a los conceptos de sujeto y participación genuina que este trabajo sostendrá.

Heriberto Muraro (ver en Petracci *et al.*, 1998) define al escenario público como el espacio donde una comunidad intercambia mensajes de manera no privada en un momento dado. Luego, afirma que basta con que un intercambio derive en un pedido de intervención de las autoridades gubernamentales para que salte al campo político, y define a este último como “un lugar del espacio público determinado por un tema conflictivo, que remite a intereses contrapuestos que pugnan entre sí por imponer al conjunto de la sociedad una acción estatal y, correlativamente, una normativa específica”. En este contexto, define a los actores sociales como “colectivos (o conglomerados de colectivos) dotados de una menor o mayor homogeneidad interna, y de un menor o mayor grado de organización” que intervienen en los espacios público y político (ver en Petracci *et al.*, 1998).

Pero ¿qué hay del individuo? ¿Cumple algún rol en este esquema? Muraro afirma que los individuos que intervienen en un espacio político son evaluados en calidad de representantes del colectivo al que pertenecen, o dicen pertenecer. Cornelius Castoriadis (ver en Kornblit *et al.*, 2007), por su parte, analiza la “construcción social del individuo” y afirma que éste es “un producto histórico por medio del cual la psique (unidad psíquica) es constreñida a abandonar su mundo inicial y a orientarse hacia objetos y reglas que están socialmente instituidas”. Según Castoriadis, el individuo no existe como instancia previa a la sociedad, sino que es producto de ella y, además, contribuye a recrearla. Esta última característica abre una grieta en la mirada esencialista de sujeto, que tiende a colocar a las prácticas de los individuos como encarnación de normas impuestas. Según el autor, la concepción esencialista “tiende a naturalizar dichas normas –ocultando su carácter histórico y arbitrario– y a imponerlas desde afuera”, lo que denomina como heteronomía, es decir, la aparente ausencia de autonomía de la voluntad. Castoriadis impulsa entonces la categoría de autonomía como “posibilidad de los sujetos de reflexionar sobre sus relaciones co-constitutivas con las normas sociales que, si bien emanan de instituciones que tienden a reproducirlas, pueden ser desnaturalizadas por los individuos, quienes pueden también recrearlas, disputando sus significados”.

Desde el punto de vista de este autor, la búsqueda de la mencionada autonomía sólo puede darse a través de la transformación de las instituciones que co-constituyen a los individuos. En función de esta perspectiva, Kornblit *et al.*, (2007) afirman que “los proyectos de promoción de salud deben tener como objetivo fundamental lograr un anclaje institucional que permita su sustentabilidad en el tiempo, como un espacio permanente para la deconstrucción de las normas, abriendo la posibilidad para su recreación desde los individuos”.

Dado que nos encontramos en medio de una tensión entre concepciones lineales y procesuales, consideramos que estamos discutiendo sobre las posibilidades reales de la participación de los individuos. Beltrán (2010) establece una diferencia entre lo que denomina participación genuina y pseudo-participación, siendo la primera “aquella en que la gente del pueblo interviene protagónica, sostenida y autónomamente en la toma de decisiones y en la ejecución y evaluación de acciones instrumentales al logro del desarrollo” y la segunda “aquella en la que la gente del pueblo interviene subalterna, ocasional y parcialmente en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones instrumentales al desarrollo”. Beltrán resalta que la participación genuina se caracteriza por la cooperación y el potenciamiento, mientras que la pseudo-participación se caracteriza por la asistencia y la domesticación.

En función del material seleccionado, afirmamos que entendemos por actor social a un conglomerado relativamente homogéneo de sujetos que integran un espacio público y que pujan por la imposición de sus intereses. Por otra parte, y aun reconociendo que los sujetos cuentan con mayores o menores niveles de autonomía en función del espacio social en el que están insertos, entenderemos que los sujetos pueden tener un rol activo en la construcción del mundo que los rodea. Respecto de la campaña de salud pública analizada, los sujetos podrán contar con mayor o menor grado de participación genuina según los lineamientos y mecanismos que la campaña propicie. En este punto, y siguiendo los lineamientos de la promoción en la salud, consideramos que la campaña deberá alentar la creación de espacios de participación, escucha, planeamiento y evaluación con acceso a la mayor cantidad de actores y sujetos sociales que sea posible.

6.7 Motivación y rol del comunicador social

Como sugerimos anteriormente en el Estado del arte, consideramos que existe, en líneas generales, un desbalance a nivel de los mecanismos de escucha de los distintos actores sociales involucrados en la ejecución de una campaña de bien público. Observamos que el foco principal de interés se sitúa en la punta de la pirámide (instituciones organizadoras, médicos, gobiernos) mientras que decrece a medida que uno se acerca a la base (pacientes). Alternativamente, los autores dan por asumida, o dejan de lado, la voz de los supuestos destinatarios de todos sus esfuerzos.

Con el objetivo de desarticular este modelo de trabajo, Beltrán (2010) afirma que el “comunicador para el desarrollo” puede oficiar de mediador en todo proyecto apunte a una genuina comunicación participativa. Las funciones que debe cumplir pueden resumirse en: motivar a los actores sociales involucrados para que participen; ofrecer información a quienes se involucren; ofrecer estímulos para que la participación se mantenga a lo largo del tiempo; y vincular a las agrupaciones participantes con organismos, gubernamentales o no, que estén comprometidos con el mejoramiento de la salud.

Adaptando este enfoque a nuestro trabajo, consideraremos que el comunicador social debe generar mecanismos de escucha que tengan en cuenta, favorezcan y logren la perdurabilidad de la participación de todos los actores involucrados en una campaña solidaria: pacientes asistentes, pacientes involucrados en la organización, médicos, instituciones de salud, organismos públicos, organizaciones no gubernamentales, empresas, sociedades científicas, etc.

En el intento de sustentar teóricamente la búsqueda de factores motivacionales de los actores sociales involucrados, nos valdremos de la teoría de la motivación humana de Abraham Maslow (1991). Según este autor, existe una jerarquía de necesidades que, una vez cubiertas, permiten que el ser humano se concentre en necesidades de un rango superior. Estas necesidades son, según el orden que estableció:

1. Básicas o fisiológicas: necesidades relacionadas a la supervivencia del ser humano, tales como beber agua, respirar, descansar, evitar el dolor o mantener la temperatura corporal.
2. De seguridad: necesidad de sentirse seguro y protegido a nivel físico, de salud, moral, de recursos (empleo, dinero, etc.) y de vivienda.
3. Sociales: necesidades relacionadas con la naturaleza social del ser humano, como amistad, afecto o aceptación social.
4. De estima: el autor considera que existen dos versiones de la necesidad de estima. Una baja, relacionada al respeto recibido de parte de los demás (necesidad de sentir aprecio, reconocimiento, atención, reputación, estatus, fama, gloria, dignidad, dominio) y una alta, relacionada al auto-respeto (necesidad de sentir confianza, independencia, libertad y obtener logros).
5. De autorrealización: necesidad relacionada con la posibilidad de encontrar una razón o un sentido válido de vida mediante el desarrollo de un potencial propio o el cumplimiento de una actividad.

En teoría, estas necesidades trascienden toda cultura y momento histórico en el sentido de que toda necesidad, observada en profundidad, puede enmarcarse posteriormente en una de estas categorías.

La teoría de Maslow ha recibido numerosas críticas y refutaciones, particularmente a raíz de la estructuración jerárquica de las necesidades, equiparable con ciertos lugares comunes de un discurso demócrata capitalista occidental, pero también a raíz de su escasa justificación del orden asignado a las distintas necesidades. Más allá de estas críticas, que consideramos válidas, recurriremos a su enfoque teórico para garantizar que la organización de la campaña de bien público se concentre en la búsqueda de los mencionados factores motivacionales pertenecientes a cada uno de los actores sociales involucrados.

7. Análisis de las entrevistas

A fines prácticos, en varios pasajes de este capítulo se agruparán las entrevistas en tres grupos: oftalmología (cuatro oftalmólogos), pacientes (tres pacientes y un representante de una asociación de pacientes) y colaboradores (dos responsables de marketing de empresas sponsors, un especialista en prensa y difusión y un coordinador no médico de la campaña).

El trabajo de campo se realizó entre el lunes 31 de octubre y el viernes 25 de noviembre de 2016. Las doce entrevistas fueron realizadas por el autor de este trabajo. Diez de ellas se realizaron por vía telefónica y dos de manera presencial. La duración promedio de las charlas fue de 16 minutos, con niveles más bajos en las entrevistas a pacientes (7, 9 y 11 minutos de duración) y niveles más altos en las entrevistas a colaboradores (23 y 31 minutos).

7.1 Comunicación, salud y enfermedad

La mayor parte de los entrevistados considera que las necesidades de comunicación de la campaña se reducen a una problemática de difusión que, a su vez, debe resumirse a una búsqueda por obtener presencia en los medios de comunicación.

“Lo ideal sería que La Nación, Clarín o alguno dedique media página, que se enganche para la campaña. (...) La verdad que tendría que hacer prensa para enganchar algún cruce ahí de apoyo, no con dinero sino de espacio. Es difícil, pero por ahí... Eso sería ideal y sería un golazo. Lamentablemente todavía lo masivo tiene su peso” (S, 48, sponsor).

“Veo poca difusión. Por ejemplo, yo no veo, a nivel de noticieros, o a nivel de diarios, comunicados de esta índole. No veo en mi servicio la cantidad de gente interesada porque no se enteran” (R, 61, oftalmólogo).

“Sí, a mí me parece que tiene que haber más comunicación, o sea, con más tiempo. Es como que yo me enteré de un día para otro, no fue muy publicado. Tiene que ser con más tiempo y más cantidad de lugares porque hay muchos que en realidad no se hicieron” (L, 60, paciente).

El enfoque de estos entrevistados puede encuadrarse en lo que Beltrán (2010) denomina “definición tradicional de la comunicación”, donde la relación entre los actores sociales involucrados es abordada desde una concepción lineal, verticalista, unidireccional y asimétrica del intercambio comunicacional.

La ausencia de una concepción participativa o comunitaria de la comunicación se plasma también en la escasa referencia a estrategias o mecanismos que garanticen un rol activo al paciente diabético. Sólo uno de los entrevistados se aleja de este enfoque al proponer una mirada orientada a lo que Beltrán (2010) denomina participación genuina, ya que contempla la utilización de reuniones presenciales, Internet, redes sociales y el boca en boca como recursos válidos para llegar al paciente y colaborar en su proceso educativo.

“Entonces, ¿cómo llegar al paciente? Esa es una de las formas, que tiene que ver con los grupos que se van formando (...), que se terminan constituyendo en asociaciones (J, 56, asociación de pacientes).

“La otra forma es a través, por supuesto, de las redes sociales, y esto no lo podemos olvidar. A quienes nos guste más o menos la tecnología, hoy la tecnología nos empuja a meternos dentro del sistema, sino nos quedamos afuera” (J, 56, asociación de pacientes).

“Esta es una forma que también tenemos que estar atentos a ver cómo hacemos para llegar primero nosotros al paciente: que el paciente llegue a Google. Y esto tiene que ver con las campañas, con la información y con el boca a boca, y que cada vez seamos más y mejores multiplicadores del tema” (J, 56, asociación de pacientes).

En paralelo, el grupo oftalmológico, cuya opinión cuenta con un peso específico superior al del resto de los entrevistados en relación a la organización de la campaña, manifiesta en sus entrevistas una concepción del proceso salud/enfermedad propia de lo que Menéndez (2002) denomina como Modelo Médico Hegemónico.

“El CAO invierte estos recursos porque considera que la campaña tiene un triple fin: concientización de los pacientes, detección de patología y servicio a la comunidad de parte de los médicos oftalmólogos” (P, 52, oftalmólogo).

“¿Qué motiva a los pacientes a asistir a la campaña? Uno es la posibilidad de recibir atención gratuita, y dos la necesidad de información; y, sobre todo, en aquellos pacientes que no pueden acceder a la consulta de otra manera, la posibilidad de tener una consulta en un centro que está dedicado a eso y que tiene voluntad de participar (G, 58, oftalmólogo).

En estas declaraciones, ofrecidas por directivos de la institución organizadora, subyace la idea de que existe un polo médico emisor y un polo paciente receptor, sin que se conciba la posibilidad de que exista diálogo, interacción o movilidad de roles.

Por otra parte, la cuestión de la comunicación y la caracterización de la relación salud/enfermedad es obviada por el grupo de colaboradores.

En síntesis, se configura un paisaje donde el enfoque de la participación genuina (Beltrán, 2010), caracterizado por la cooperación y el potenciamiento mutuo, es obviado por casi todas las entrevistas.

7.2 Situación de salud y modelos de intervención

Rastreando las distintas configuraciones de situación de salud (Castellanos, 1990) que establecen los entrevistados, detectamos que el grupo oftalmológico (en su totalidad) y el grupo de colaboradores (parcialmente) identifican al paciente diabético como el actor social responsable del estado de su propia salud visual.

“Esto es muy gratificante, sobre todo cuando son pacientes que no tienen recursos o no tienen la capacidad para darse cuenta de que esta enfermedad también les puede alterar los ojos y puede dejarlos sin visión” (P, 52, oftalmólogo).

“Básicamente, muchos carecen de la información necesaria sobre que el buen control de la diabetes disminuye la posibilidad de tener complicaciones en el ojo por la diabetes. Y algunos como que tienen dudas, como muchos pacientes llegan al tratamiento tardíamente, todavía existe un poco la fantasía de que por ahí el láser me va a sacar visión” (G, 58, oftalmólogo).

“Hay un desconocimiento de lo que es la especialidad, aunque te parezca mentira. Yo, porque lo sigo hablando con la gente que conozco. Hay un desconocimiento de que hay especialización, lugares más orientados a patología” (S, 48, sponsor).

En estas declaraciones sólo se individualiza al paciente, sin que existan menciones a otros actores sociales posiblemente involucrados en esta problemática de su salud, tales como oftalmólogos, endocrinólogos, diabetólogos o incluso el Estado; sin embargo, esos actores son mencionados por el grupo oftalmológico a la hora de plantear modelos de intervención en salud ideales para combatir la patología:

“Creo que nosotros deberíamos tener mayor contacto con sociedades de clínica médica, de diabetes, de endocrinología, todas aquellas que estén relacionadas con la diabetes” (P, 52, oftalmólogo).

“El trabajo en conjunto es algo que se viene intentando de parte de las sociedades médicas. Y, de hecho, en las reuniones que tenemos con respecto a este tema, no estamos solamente nosotros, sino que también están los médicos clínicos y diabetólogos” (G, 58, oftalmólogo).

Más allá de estas manifestaciones de voluntad, y tal como se detalló en el Estado del arte, no se detectó en el análisis de los 20 años de trayectoria de la campaña ninguna iniciativa real de trabajo interdisciplinario, a excepción de la confección del tarjetón informativo en conjunto con la SAD.

En síntesis, la figura del paciente es la única que recibe una carga de responsabilidad en las entrevistas analizadas; en paralelo, el paciente no es mencionado por los oftalmólogos como interlocutor válido al momento de plantear estrategias de lucha contra la ceguera en la diabetes.

7.3 Campaña de bien público vs. campaña publicitaria

Tal como se detalló en el capítulo dedicado al análisis de la campaña, el miedo a la ceguera es el elemento comunicacional dominante de la campaña. A nivel de los entrevistados, existe una aceptación general del uso de este recurso. Puede considerarse que la concepción de campaña

de bien público subyacente se enmarca en lo que Díaz Bordenave (1992) clasifica como propio del marketing social.

“Impacta, sirve, los moviliza. No es bueno; sería bueno no tener que hablar en términos tan negativos, pero también moviliza a la prensa para darle el espacio. (...) Termina siendo una apelación que es negativa realmente, pero que influye en la gente para que se movilice (M, 51, prensa y difusión).

“Haciendo hincapié en que la enfermedad puede llegar a la ceguera, eso tiene mucho más impacto que los problemas menores que la enfermedad puede traer en períodos menos avanzados del enfermo” (G, 58, oftalmólogo).

Estos comentarios se contradicen con lo que los propios oftalmólogos manifestaron detectar en sus consultorios: la recurrente llegada tardía de los pacientes a la atención médica necesaria (fruto, posiblemente, de la desinformación con la que cuentan sobre los estadios intermedios de la patología que los aqueja).

“Muchos pacientes no quedan bien o quedan sin visión. (...) Cuando les hacés el tratamiento que teóricamente hay que hacerles, los resultados son pobres, pero no por el tratamiento en sí, sino por lo avanzado de la enfermedad” (G, 58, oftalmólogo).

Díaz Bordenave (1992) plantea dudas respecto de la compatibilidad entre el enfoque del marketing social y “la construcción de una sociedad democrática y participativa”. En este caso, la reducción del mensaje solapa la existencia de distintos grados de disminución de la visión en el paciente diabético como paso previo a la pérdida total de la vista.

Contraponiéndose a este enfoque, uno de los entrevistados hizo referencia a la posibilidad de avanzar hacia un estado de campaña permanente:

“Algo para trabajar más a lo largo del año, es pensar en reforzar conceptos acerca de la enfermedad. ¿Eso para qué? Para los periodistas, para que comprendan realmente de qué se trata la enfermedad, pero también para el público en general. Sería interesante, tal vez, que, durante el año, en algún

momento, con cierta anticipación, se hablara de la enfermedad” (M, 51, prensa y difusión).

“Lo primero es que las creencias limitantes se pueden modificar. (...) Uno de los mitos es que la insulina produce ceguera. (...) Y de mitos tenemos un montón” (J, 56, asociación de pacientes).

En síntesis, una campaña con mayor presencia a lo largo del año podría colaborar en la educación de los pacientes diabéticos al ampliar la masa de información provista y, así, socavar los mitos y las creencias limitantes que circulan entre ellos.

7.4 Actor, sujeto, participación

Al analizar las entrevistas realizadas al grupo oftalmológico, no se detectan indicios sobre una concepción del rol del sujeto/paciente que pueda enmarcarse en el concepto de autonomía descrito por Castoriadis (ver en Kornblit *et al.*, 2007). Tal como se analizó en el Estado del arte, la campaña no propició hasta hoy la existencia de espacios de escucha y participación relacionados con este actor social. En paralelo, cuando el grupo oftalmológico hace referencia a la interacción con otros actores, suele obviar al paciente, o describirlo como un ente pasivo:

“Muchos oftalmólogos de renombre buscan dar presentaciones para tener estos proveedores de pacientes, y muchos endocrinólogos buscan tener un oftalmólogo para derivarle los pacientes, no como proveedores, sino para trabajar en sinergia. (...) Son colegas que están buscando lo mismo que nosotros: mejorar la salud del paciente” (P, 52, oftalmólogo).

“[Los pacientes] llegan enterados de que está la campaña y quieren saber qué se hace en el momento, en el día de la campaña. Les explicamos que es un examen visual, incluido un fondo de ojo. (...) [Todo] está muy claro el folleto que recibimos junto con la cartulina que ponemos en el hospital en los servicios, yo creo que está bien. Es suficiente” (R, 61, oftalmólogo).

“Tenés que hacer un relevamiento (...). Después tenés que hacer una campaña de educación de los médicos que tratan a los pacientes (...). Y después hay que largar una campaña nacional (...). Y entonces, si querés, hacés después un día

una campaña nacional donde se atiendan los pacientes, y de acuerdo a lo que tiene el paciente (...), lo dirigís a un determinado centro donde le van a hacer el tratamiento” (G, 58, oftalmólogo).

Por otra parte, vale remarcar que ninguno de los pacientes entrevistados recuerda haber recibido un folleto informativo o una devolución verbal clara sobre su estado de salud tras su paso por la campaña:

“No, no me dieron ningún folleto ni ningún póster. A lo mejor porque llegué tarde. (...) “No, no, sí, sí, me dijo que son propensos los diabéticos y que vaya a ver a un oculista” (L, 60, paciente).

“Yo no me acuerdo de que me hayan dado algún papelito. Fue verbal nomás. (...) No, me dijo que, por lo menos una vez por año, me tenía que hacer un fondo de ojo” (A, 81, paciente).

“No, no, no, fue todo verbal” (E, 52, paciente).

Más allá de lo limitado de nuestra muestra, resulta preocupante que los pacientes arriben a los consultorios médicos con poca información y se retiren con tan sólo un informe verbal de su situación médica y de la relación entre diabetes y salud visual. Por otra parte, vale recordar que existen deficiencias en el material informativo provisto por la campaña, cuyo diseño no provee un contraste eficiente para la lectura de personas con presbicia u otros problemas de agudeza visual. Además, detectamos indicios de que el interés de los pacientes por la patología desborda lo que la campaña plantea. Es así que, durante las entrevistas, se recibieron preguntas constantes sobre temáticas que excedían los tópicos planteados en la charla:

“Por ejemplo, los turnos que da PAMI para los viejitos. Yo bueno, tengo 60, pero hay muchos abuelos a los que les cuesta mucho ir. Es como que juegan mucho con los adultos. (...) O sea, estamos un poco desprotegidos en eso, aunque sean PAMI. Ya te digo, pido un turno y me dan un turno de aquí a tres meses, y si te hablan de la doctora cabecera, que siempre está tomándose vacaciones” (L, 60, paciente).

“Necesitamos que los alimentos para diabéticos sean más baratos. (...) Si uno quiere comprar un paquete de fideos para diabéticos, es caro. Para uno que es jubilado. A lo mejor para otra persona que tiene plata no es ningún problema” (L, 60, paciente).

“Porque acá vienen dos especialistas de Santa Fe que atienden por el PAMI, pero es un desastre... Porque a lo mejor en cinco minutos pasan seis personas. Entonces le hacen una revisión pésima y yo no sé cómo sigue estando esa gente aquí en Ceres” (A, 81, paciente).

Más allá de que estos comentarios sean o no relevantes, queda claro que la búsqueda de información por parte del paciente excede la cuestión de la ceguera. Entonces, la campaña del CAO podría obtener argumentos comunicacionales valiosos en el proceso de rastreo de esas necesidades latentes.

En función de lo analizado hasta aquí, consideramos que las estrategias llevadas a cabo por la institución organizadora para integrar el punto de vista del paciente en la organización de la campaña fueron inexistentes o se redujeron, como mucho, a acciones que Beltrán (2010) encuadra dentro de la idea de pseudo-participación, cuyas características principales son la asistencia y la domesticación.

Comprobamos, finalmente, que existen otros puntos de vista entre los entrevistados:

“Todos los años, en el mes de agosto, nosotros hacemos un encuentro nacional de personas con diabetes, donde tenemos desde bebitos a nuestros adultos muy mayores. Somos cerca de 800 personas. Si nunca han participado de esto, yo los invito” (J, 56, asociación de pacientes).

“Cuando vamos y nos sentamos en alguna reunión, lo que proponemos son acciones en conjunto (...). No sólo estar sentados esperando que la colaboración llegue, ni que la colaboración se haga para luego entonces” (J, 56, asociación de pacientes).

“Suenan muy feo (...) cuando uno va a pedir ayuda, va a pedir colaboración, va a pedir lo que sea, a una empresa o sponsor. En nuestro caso lo que hacemos es:

‘la Federación se puede involucrar de esta manera en una acción como esta. ¿Ustedes en qué nos pueden ayudar?’ O ‘necesitamos ayuda para poder llevar adelante esta acción puntual’” (J, 56, asociación de pacientes).

Las iniciativas detalladas por este entrevistado se alejan de la lógica mencionada anteriormente, pues apuntan a la participación genuina de diversos actores.

7.5 Factores motivacionales

El análisis de los factores que motivan a cada actor social nos brindará información vital para sustentar la búsqueda de nuevas estrategias de comunicación para la campaña.

Consultados respecto a lo que los motiva a participar, los oftalmólogos apelaron recurrentemente a la idea de “brindar servicio”, o “cumplir con el servicio”:

“El CAO invierte estos recursos porque considera que la campaña tiene un doble fin: concientización de los pacientes, detección de patología y servicio a la comunidad de parte de los médicos oftalmólogos” (P, 52, oftalmólogo).

“Para convencer a los colegas, realmente todas las campañas que son *ad honorem* nosotros recurrimos a lo que es la concientización del servicio por parte de los oftalmólogos, recordamos que esta es una profesión de servicio, y dentro de eso está el servicio a la comunidad, el servicio al otro” (P, 52, oftalmólogo).

“Está bien, porque es una actividad voluntaria (...). Eso depende de la voluntad de cada servicio y de la conciencia que debe tener cada servicio de brindar algo a la comunidad. El servicio se lo brinda a la comunidad a través del CAO, y es totalmente voluntario, no tiene por qué obligar a otros servicios que no quieran participar (R, 61, oftalmólogo).

Dos oftalmólogos mencionaron también una motivación ulterior, relacionada con la obtención de un rédito de tipo económico:

“Uno, básicamente es la vocación de servicio a la comunidad (...). Y después también por el rédito. Tiene un doble rédito; tiene un rédito social, en el sentido de que participo de la campaña, y eso mejora mi imagen, y también tiene un rédito económico. Porque los pacientes que concurren, de alguna manera, después vuelven” (G, 58, oftalmólogo).

“Los colegas, si no les importa desde el punto de vista beneficioso económico, no mueven un dedo. (...) Yo creo que es muy importante el papel [se refiere al diploma de participación en la campaña]. En el caso personal, a mí me parece que al oftalmólogo le sirve. Para mí, en esta zona [se refiere a una provincia del interior del país] vale mucho la chapa, el coordinador, entonces eso vale” (J, 56, oftalmólogo).

Siguiendo a Maslow (1991), puede afirmarse que a los oftalmólogos los motiva una necesidad doble: en primer lugar, la necesidad de estima, tanto estima alta (auto-respeto en la idea del “servicio”, el cumplimiento con un “deber ser”), como estima baja (respeto recibido por los demás, “la chapa”); y, en segundo lugar, la necesidad de seguridad (lo económico, la promesa de un rédito ulterior).

A nivel del grupo de pacientes, sólo se detectaron referencias escuetas acerca de los factores que los empujan a asistir a la campaña. Se puede asumir que el factor dominante es el cuidado de la propia salud, es decir, una necesidad de seguridad. Sin embargo, existen referencias de entrevistados de otros grupos que pueden arrojar luz sobre otras necesidades latentes:

“Entonces, si nosotros logramos que los diabéticos se involucren y participen de estas campañas, lograríamos realmente un factor importante, así como [sucede con] la enfermedad de Stargardt: los que mayormente empujan y se ocupan son los pacientes y familiares (P, 52, oftalmólogo).

“Entonces, ¿cómo llegar al paciente? Esa es una de las formas, que tiene que ver con los grupos que se van formando y los grupos en formación, como llamamos nosotros, que se terminan constituyendo en asociaciones” (J, 56, asociación de pacientes).

La primera cita hace referencia a la Asociación de Pacientes y Padres de Niños con Enfermedad de Stargardt (Stargardt APNES), una entidad que convocó al CAO a colaborar en su búsqueda de modificar determinadas leyes que limitan la atención a pacientes con esa patología, y la segunda hace referencia al proceso de formación de asociaciones de pacientes diabéticos. En ambos casos se detecta la existencia de una necesidad de autoprotección (seguridad) y de reconocimiento de derechos (tanto seguridad como reconocimiento/estima de tipo bajo). En esta misma línea se sitúa el comentario de uno de los pacientes, quien reclama una relación de equidad y respeto entre el médico y el paciente:

“Primero, la información. Tratar de informarle al paciente de su enfermedad, de su situación y que él tome conciencia, y entre el profesional y el paciente (inaudible). Es un conjunto entre el profesional y el paciente” (E, 56, paciente).

Esta búsqueda de reconocimiento, tal vez cercana al orgullo personal, no es cubierta por el enfoque de miedo a la ceguera que sugiere la línea comunicacional de la campaña.

Finalmente, un oftalmólogo hace referencia a la gratuidad y la autoprotección como factores motivacionales de los pacientes. Ambos se enmarcan en la necesidad de seguridad.

“Uno es la posibilidad de recibir atención gratuita, y dos, la necesidad de información, y sobre todo en aquellos pacientes que no pueden acceder a la consulta de otra manera, la posibilidad de tener una consulta en un centro que está dedicado a eso y que tiene voluntad de participar” (G, 58, oftalmólogo).

Resta analizar entonces los factores motivacionales de la prensa y de las empresas sponsor. A nivel del primero:

“Tiene que haber un cronograma anual donde se evalúen en conjunto los temas que son de importancia (...), estar siempre con alguna comunicación, generar un vínculo. Invitar a algunos periodistas, almuerzo (...), acercarlo a la entidad, que vea cómo se está trabajando (...). El periodista sabe adónde acudir sobre todo cuando conocen más las entidades” (M, 51, prensa y difusión).

“Los medios ahí son un poco egoístas para darles lugar a las enfermedades más raras. Pero sí generar un cronograma permanente de difusión y un vínculo con

los periodistas de salud, que cada vez son menos, eso también es una contra que estamos teniendo, cada vez menos espacio en los medios más importantes” (M, 51, prensa y difusión).

“Hacer una selección de voceros, pasarles algunas pautas antes, de cuáles son los mensajes que se quieren transmitir, ayudarlos. (...). Que sepan ‘bueno, en esta campaña lo que queremos destacar es esto, esto y aquello’. De manera tal que tengan como un ayuda-memoria en el momento de la entrevista (M, 51, prensa y difusión).

Se repite entonces el esquema que viene manifestándose en este análisis: por un lado, el periodista precisa información para trabajar (necesidad de seguridad), y por el otro, busca ser reconocido como interlocutor válido por su entorno, recibir atención personalizada y comprobar que existe un interés real en facilitar su trabajo (necesidad de reconocimiento, estima baja).

En último lugar, analizaremos los factores motivacionales involucrados en la participación de las empresas. En principio, los entrevistados hicieron referencia a necesidades que oscilan entre sociales y de reconocimiento/estima baja:

“[Nosotros] apoyamos las campañas que hace el Consejo fundamentalmente por un tema de acción social, ¿no? De parte de nuestra empresa, de a poquito, encontramos en las campañas del CAO un lugar donde poderlo desarrollar con alguien que también entiende, más que nosotros si se quiere, y eso nos impulsó a generar este apoyo” (J, 55, sponsor).

“Si vendiéramos otra cosa, ayudaríamos en la campaña, no sé, contra la tuberculosis, pero como estamos en oftalmología, nos interesa tener mínimamente una ayuda, y confiamos en la institución que lo hace, ¿no? Entonces nos interesa participar también desde lo social” (S, 48, sponsor).

Sin embargo, luego de dialogar unos minutos, los representantes de empresas comenzaron a reconocer la presencia de factores económicos en su toma de decisiones:

“Después, el año pasado, teníamos un aparato que detectaba algo en la diabetes. Si tuviera un equipo que ayuda en el diagnóstico de la diabetes,

obviamente ayudo a que utilicen ese equipo, pero también a que los médicos lo conozcan” (S, 48, sponsor).

Vale destacar que sólo dos laboratorios del rubro oftalmológico comercializan drogas o productos directamente relacionados con el tratamiento de pacientes diabéticos. Dado que el resto de las empresas carece de líneas de productos para la diabetes y/o el tratamiento directo de la patología, el factor del beneficio económico posterior se vuelve difuso, o inexistente, para ellas. En paralelo, un oftalmólogo relata que tampoco existe un beneficio directo para los dos laboratorios mencionados:

“[Las empresas] invierten en la medida que consideran que forma parte del paquete económico que tienen que invertir para apoyar las actividades de la sociedad. Esto no les trae [un beneficio] directamente a las empresas que venden equipos, o que venden cosas relacionadas. (...) No les trae un rédito económico directo porque, por participar en la campaña, no van a vender más aparatos” (G, 58, oftalmólogo).

La ausencia de un beneficio económico posterior por parte de las empresas de la industria oftalmológica explica en gran parte las dificultades de financiación que afronta la institución cada año. Como corolario, explica la dificultar para afrontar gastos de prensa y difusión superiores a los invertidos cada año. En resumen, las empresas consideran que la inversión en la campaña es meramente un gasto de *marketing*.

“Lo primero que se mira es los gastos de *marketing*. (...) Entre hacer un folleto de promoción para que el visitador entregue al médico y la campaña, lamentablemente termino cortando la campaña (...). Salvo que no estén definitivamente decididos, como nos pasó a nosotros en otro tiempo, de disponer un presupuesto para acciones más de tipo social” (J, 55, sponsor).

“Es más [un tema de] de imagen. No hay nada tangible en ese sentido. (...) Vos sabés que en lo nuestro existen las auditorías médicas, donde el trabajo en el consultorio, ir todos los meses, llevar la muestra, dejar la información, se puede medir en una consulta o una auditoría de recetas. En una campaña es mucho más difícil esto (J, 55, sponsor).

Sin embargo, este mismo responsable de marketing esbozó una estrategia de trabajo en relación a esta falencia: la posibilidad de transformar la inversión en imagen en una contrapartida tangible, desde el punto de vista empresarial.

“Desde pedirte becas para cursos hasta un descuento en esas becas, no digo el 100% bonificadas (...). Se podría pensar en un combo donde nosotros podríamos obtener algún tipo de beneficio a cambio de nuestro auspicio. Se me ocurre en este momento porque es algo tangible” (J, 55, sponsor).

En paralelo, otro de los sponsors analizó la posibilidad de encarar estrategias de personalización de la comunicación en relación a los directivos de las empresas.

“Por ahí, una atención al dueño de la empresa, algo más personal en todo caso, como una atención personal por algo, como diciendo ‘sabemos que nos apoyan año a año’. No tanto por lo económico, ¿no?, sino como, no sé, algo que vos que decís ‘se dan cuenta que estamos apoyando en eso’ (S, 48, sponsor).

En sintonía con este comentario, el organizador no médico reconoció que la institución organizadora aún no ha encarado un trabajo de personalización del contacto con personajes clave.

“Quizás los que contactamos no son los capos y no deciden ellos, entonces tienen que esperar. Eso lo elevan y hasta que tienen la autorización y demás es todo un proceso. O quizás evalúan si ponen plata acá o en otro lado y no les conviene tanto a ellos como empresa, no sé” (N, 41, organizador no médico).

Estos aportes brindan indicios de una necesidad latente de reconocimiento/estima baja por parte de los tomadores de decisiones en las empresas.

Finalmente, un entrevistado propone una estrategia de trabajo distinta: plantear alianzas o acciones en conjunto a las empresas.

“Las empresas tienen también sus propios desafíos que tienen que ver con que los números les cierran. Pero estuve escuchando mucho que las empresas tienen sus propias áreas de educación. En aquellas donde hay áreas de

educación, o áreas encargadas de educación, ya la forma de trabajar en conjunto es diferente: no se habla tanto de cerrar los números” (J, 56, prensa y difusión).

A modo de cierre de este apartado, afirmamos que detectamos la presencia de pares casi idénticos de necesidades para los distintos actores involucrados:

- Oftalmólogos: necesidad de seguridad; necesidad de reconocimiento (estima alta y baja).
- Pacientes: necesidad de seguridad; necesidad de reconocimiento (estima baja).
- Periodistas: necesidad de seguridad; necesidad de reconocimiento (estima baja).
- Empresarios: necesidad de seguridad; necesidad de reconocimiento (estima alta y baja).

Vale recordar una vez más qué se entiende por el conjunto de necesidades en juego para esta campaña:

1. Necesidad de seguridad: necesidad de sentirse seguro y protegido a nivel físico, de salud, moral, de recursos (empleo, dinero, etc.) y de vivienda.
2. Necesidad de reconocimiento, estima alta: necesidad relacionada con el auto-respeto (necesidad de sentir confianza, independencia, libertad y obtener logros).
3. Necesidad de reconocimiento, estima baja: necesidad relacionada con el respeto recibido de parte de los demás (necesidad de sentir aprecio, reconocimiento, atención, reputación, estatus, fama, gloria, dignidad, dominio).

En función de la presencia de estas necesidades, concluimos que las recomendaciones para el rediseño de la campaña deben tener en cuenta los siguientes vectores estratégicos:

- A nivel de los oftalmólogos, la necesidad de seguridad parece ser accesorio, pues ya se encuentra cubierta (no necesitan participar de la campaña para subsistir). Por su parte, la necesidad de reconocimiento (estima alta y baja) puede ser explotada por la organización: recordemos que la única contrapartida que reciben de parte del CAO es un diploma digital. En síntesis, y recurriendo a las palabras de uno de los entrevistados, la campaña debe ofrecer “chapa” a los oftalmólogos que participan.

- A nivel de los pacientes, ambas necesidades parecen ir fuertemente de la mano, ya que la necesidad de obtener información y/o atención médica no parece ser suficiente para atraerlos por sí sola, como posiblemente tampoco la satisfacción de la necesidad de ser tenidos en cuenta. Sin embargo, tampoco queda del todo claro, en base al material recolectado, cuál debe ser la estrategia a encarar. Todo indica que será necesario propiciar instancias de escucha profunda de la voz del paciente para detectar un punto correcto para realizar, desde lo comunicacional y lo organizativo, el cruce entre la necesidad de seguridad y la de reconocimiento/ estima baja. Posiblemente, el enfoque deba alejarse del tono comunicacional de “miedo” o “víctima” actual para situarse en un punto más cercano al control personal y al orgullo (el “paciente activo”).
- A nivel de los periodistas, la necesidad de seguridad parece estar cubierta, debido a que difícilmente un medio de comunicación ponga en juego su existencia ante la falta de una noticia oftalmológica. Sin embargo, el acoplamiento de esta necesidad con aquella de reconocimiento/estima baja puede traducirse en una oferta de material de alta calidad periodística, atención personalizada y predisposición a colaborar en cualquier momento del año. En síntesis, el CAO debe ser mostrarse servicial, profesional y transformarse en la voz de la oftalmología cuando el periodista lo necesite.
- A nivel de los empresarios, la necesidad de seguridad aparece como dominante, pues no está cubierta por la propuesta de la campaña. Por otra parte, la necesidad de reconocimiento/estima alta y baja no es atendida correctamente. En síntesis, el CAO debe encarar estrategias que vuelvan tangible lo intangible, que apunten la atención de las necesidades de reconocimiento y que diversifiquen su búsqueda de sponsors.

8. Recomendaciones para el rediseño de la campaña

8.1 Modificar la estructura organizativa de la campaña

En función de los datos relevados durante el ciclo de entrevistas, consideramos que difícilmente se cumplirá con los objetivos si no se cuenta con la presencia de una persona capacitada para cumplir con el rol de facilitador de los cambios, debido a la dominancia de opiniones de tono verticalista, propias del denominado Modelo Médico Hegemónico, fundamentalmente a nivel de la organización de la campaña. Este facilitador deberá trabajar en los siguientes ejes:

- Proponer, testear y definir los mensajes clave de la campaña.
- Posibilitar que todos actores sociales adquieran un status de interlocutores válidos en el planeamiento, la organización, la evaluación, la ejecución y el análisis posterior de la campaña.
- Propiciar que la interacción con dichos actores tenga en cuenta la existencia de factores motivacionales específicos de cada uno de ellos.
- Propiciar el establecimiento de objetivos claros y medibles a través de la creación de un Manual de Campaña.
- Propiciar el aumento de la captación de recursos económicos a través de la detección de factores motivacionales específicos de las empresas, diversificación en la búsqueda de sponsors, etc.
- Propiciar el crecimiento de los niveles de involucramiento de las autoridades de la entidad organizadora.
- Diseñar nuevas estrategias de incentivo a la participación de los oftalmólogos.
- Diseñar estrategias de contacto, apoyo, participación y co-sponsoreo de actividades en relación a sociedades de pacientes y sociedades científicas relacionadas con la diabetes.

A su vez, a nivel organizativo general, es necesario que:

- Se aumente el nivel de control de actividad de las sedes.
- Se incluya en los análisis estadísticos la medición de variables relacionadas con niveles de conocimiento sobre diabetes y RD, frecuencia de la asistencia al oftalmólogo, etc.
- Se aumenten los niveles de información provistos a los pacientes, tanto a quienes asisten a la campaña como a quienes entran en contacto con la propuesta general.

- Se realicen reuniones periódicas antes, durante y después de la campaña.
- Se analice la abolición de la inscripción tardía, debido a la reducción en la calidad del servicio ofrecido a los pacientes.
- Se optimice la llegada de las cajas a las sedes inscriptas.

8.2 Redefinir los mensajes clave y crear nuevos

En relación a los pacientes: El argumento comunicacional más fuerte de la campaña actual es el miedo a la ceguera. Es un mensaje de impacto, dirigido a captar rápidamente la atención del paciente diabético, y válido, pero consideramos que existen varios aspectos en su contra, desde el punto de vista de la promoción de la salud:

- Oculta (o, por lo menos, no lleva a la luz) que existen estadios intermedios de retinopatía diabética que son mucho más frecuentes que la ceguera, ya que esta última sólo representa el 5% de los casos.
- No hace foco en uno de los aspectos más importantes de la RD: en sus inicios, no suele presentar síntomas.
- Sólo hace foco en una de las dos necesidades detectadas de parte de los pacientes, la de seguridad, y se desentiende de la de reconocimiento/estima baja.
- Le asigna un rol pasivo al paciente: el de víctima.
- Oculta el rol educativo de la campaña.

Consideramos que la búsqueda de nuevos mensajes debe apuntar, también, a que el paciente se sienta partícipe de su proceso de enfermedad/salud/atención.

No detectamos en las entrevistas ningún rastro fuerte que nos permita ofrecer hipótesis para redefinir este mensaje. Entendemos, sin embargo, en base a las consideraciones recolectadas en el Marco teórico, que este trabajo debe llevarse a cabo con la participación de un grupo de pacientes en todas las instancias de su ejecución: escucha, propuesta, testeo, circulación y análisis de resultados.

A modo informativo, y en base a la información analizada en el Estado del arte, detallamos a continuación algunos mensajes que deben estar presentes:

- A nivel médico, existen 5 estadios posibles de la diabetes en relación a la RD: sin RD, con RD no proliferativa, con RD proliferativa, con edema macular diabético, con ceguera.
- Existen 5 factores de riesgo modificables de la RD: alimentación, actividad física, tabaquismo, visita regular al médico.
- La RD no suele presentar síntomas en sus inicios.
- El paciente debe realizarse fondos de ojo una vez al año para detectar precozmente una RD.
- Es necesario un tratamiento precoz de la RD para reducir el riesgo de una pérdida visual.
- No hay posibilidad de recuperar la visión ya perdida por RD.
- Un tratamiento adecuado de la diabetes es la única forma de prevenir la RD.
- Es inevitable desarrollar RD tras cierta cantidad de años de diabetes, independientemente del nivel de adherencia del paciente a los tratamientos.
- El paciente diabético tiene un riesgo 25 veces mayor de ceguera que un no diabético.
- Es inevitable que aparezca cierto grado de RD después de cierto tiempo, más allá del grado de adherencia que haya tenido el paciente en relación a los tratamientos y a las conductas recomendadas.
- Los tipos de tratamiento más comunes para la RD son: láser, inyecciones intravítreas de antiangiogénicos y cirugía de vitrectomía.

Ejemplos de posicionamientos posibles y detalle de sus beneficios:

- “Todos contra la retinopatía diabética” permite alejarse del “miedo” a la ceguera, desde un enfoque activo (vs. pasivo, de víctima), contiene un lenguaje motivador e incluye una convocatoria a actores múltiples en igualdad de condiciones.
- “Ojo con la diabetes” introduce en una frase breve los dos aspectos médicos que motivan a esta campaña, diabetes y salud visual, y también habilita, a nivel de diseño publicitario, la creación de resoluciones visuales simples.

Las hipótesis de trabajo, entre las cuales pueden utilizarse las dos que se mencionaron en el párrafo anterior, deben ser pensadas, discutidas, seleccionadas y testeadas por los distintos actores involucrados, con coordinación del facilitador.

En relación a los oftalmólogos: Actualmente, la campaña se contacta con el oftalmólogo siguiendo un tono meramente informativo. Consideramos que de esta manera se

desaprovecha la posibilidad de atraer su atención de una manera más íntima, personal, que responda a la necesidad latente de reconocimiento/estima alta y baja que se detectó en el análisis de las entrevistas (valoración recibida de parte de los demás y la sensación del deber cumplido).

La captación de sedes es un punto clave para sostener la campaña, y el nivel de involucramiento del coordinador es esencial para lograr un buen nivel de asistencia de pacientes: es necesario prestigiar el rol de ese colaborador.

En función de los *insights* recolectados durante las entrevistas, proponemos, por ejemplo, una línea de trabajo que reúna las ideas de “servicio” con la de “chapa” (orgullo) sin dejar de tener en cuenta la búsqueda de un horizonte de comunicación participativa.

Debido a que la idea de servicio se relaciona con ideas como deber ser, cumplimiento y desinterés, existe una cierta incompatibilidad con la idea de “chapa”, más cercana a una búsqueda de un interés posterior. Sugerimos entonces una línea de trabajo que reúna ambos conceptos con sutileza: la “chapa” nunca debe ser mencionada, pero debe estar a la vista.

En relación a los sponsors: Actualmente, no existe un mensaje destinado a este actor. Las empresas son contactadas con el único objetivo de cubrir una cuota económica que permita su organización.

En función del material recolectado en las entrevistas, y en su cruce con el análisis de los factores motivacionales, consideramos que el mensaje a transmitir debe poder resumirse a través de la idea de “utilidad”: más allá de toda referencia a cuestiones emocionales o de pertenencia, el receptor de todo mensaje enviado por la campaña debe tener en claro que la participación de su empresa en la campaña le aportará beneficios tangibles.

Será tarea del facilitador y del representante comercial detectar cómo se puede transformar la actual participación “intangible” de las empresas en la campaña en una participación que pueda cuantificarse desde el punto de vista de sus directivos.

Debido al perfil de la búsqueda, consideramos que el trato con el sponsor debe ser esencialmente personalizado (reuniones presenciales, llamadas telefónicas y emails directos), reemplazando el formato actual, que es esencialmente impersonal (newsletters masivos).

En relación a la prensa: La institución organizadora debe tomar el control de las piezas comunicacionales emitidas hacia la prensa. En ellas, es conveniente que se muestre como una “entidad servicial”, dispuesta a atender las necesidades de los distintos medios de comunicación, tales como la presencia de oftalmólogos capacitados para responder en los días y horarios necesarios; el ofrecimiento de brochures informativos claros y concisos, provistos de estadísticas y casos testigo; la organización de encuentros presenciales, etc.

En relación a las sociedades de pacientes y sociedades científicas: La institución organizadora debe buscar alianzas y colaboración de las sociedades de pacientes diabéticos y de las sociedades científicas relacionadas con la diabetes. El mensaje principal a transmitir es el de ayuda mutua: tal como se desprende de las entrevistas, estas sociedades no sólo podrían posicionarse como oferentes de colaboración, co-sponsorio, *endorsement*, *expertise*: también necesitan de la oftalmología para llevar a cabo sus actividades. Es posible que estas sociedades cuenten con bases de datos propias de pacientes diabéticos, cuyo uso podría ser más eficaz, en términos de impacto en el público objetivo, que las acciones de prensa general. La alianza estratégica con estas instituciones es fundamental para el crecimiento de la campaña.

8.3 Jerarquizar los canales de comunicación actuales y crear nuevos

En relación a los oftalmólogos: En líneas generales, los canales de comunicación actuales entre la organización de la campaña y los oftalmólogos es óptima, pues fueron diseñados para brindar información sobre el resto de las actividades de la institución organizadora y su funcionamiento es fluido, además de estar nutrido por una muy buena base de datos.

En función del material analizado, consideramos que el contacto crítico con el oftalmólogo debe darse a partir del comienzo de la organización de la campaña. Sugerimos:

- Confeccionar una base de datos de hospitales y clínicas argentinos con residencias de oftalmología. El objetivo será detectar los nombres y contactos de los directivos del hospital, de los jefes de servicio de oftalmología y, en caso de ser posible, de los sectores administrativos de cada establecimiento. Con esta información, el anuncio de la inscripción a la campaña podría llegar de manera más efectiva a los tomadores de decisiones y a sus cuerpos de trabajo permanente (no médicos).

- Mantener los demás canales de comunicación actuales: *newsletter*, redes sociales, revista impresa, web.
- Crear piezas audiovisuales explicativas de las tareas que debe cumplir el coordinador: con el objetivo de mejorar la comunicación con los coordinadores y mejorar la asistencia al paciente, la institución organizadora debería facilitar instructivos de campaña. Estas piezas deberían relatar los siguientes aspectos: pedido de permisos en los establecimientos a utilizar; planeamiento del recorrido que los pacientes deberán realizar para llegar al lugar de atención; búsqueda de contactos con medios de prensa locales; búsqueda de contacto con sociedades de pacientes y sociedades científicas locales, relacionadas con la diabetes; capacitación de los colaboradores; uso de la planilla de recolección de datos; medios de contacto con el CAO, en caso de dudas y consultas; entrega de las planillas; información ideal a transmitirle al paciente; etc.

En relación a los pacientes:

- Jerarquizar la web de la campaña: actualmente, el evento posee una página dentro de la web institucional, lo que le quita protagonismo al evento que se desea comunicar, pues obliga a conservar una imagen de cabecera y una botonera principal que no están destinadas a cubrir los objetivos de la campaña. Es recomendable encarar una de estas dos opciones: generar una web totalmente nueva o llevar la página actual a un formato de *landing page*. Por *landing page* entendemos página que puede permanecer dentro de la estructura de otra web pero que tiene una presentación visual distinta: logos, colores, estructura y botonera principal personalizadas. Cualquiera de estas dos opciones permitiría maximizar el logro de objetivos (denominados “conversiones” en el campo del marketing digital, es decir, objetivos medibles).
- Crear cuentas de redes sociales exclusivas para la campaña: dado que las cuentas de redes sociales del CAO están dirigidas mayormente al público médico, es conveniente que se genere una estructura paralela y exclusiva, destinada a pacientes diabéticos. De esta manera, se podrá optimizar la inversión realizada en difusión en redes sociales y se generará un canal de contacto permanente con el paciente.
- Destinar recursos económicos para motorizar las publicaciones en redes sociales: las redes son un medio de difusión masivo, transversal y barato, en comparación a las campañas de prensa en medios de comunicación tradicionales. Al día de hoy, existen dos modos de denominar el tráfico generado en redes sociales: orgánico y pago. El

primero es el que se obtiene mediante los circuitos virales propio de las redes (compartir, comentar, interactuar), y el segundo es el que se obtiene gracias a la inversión de dinero en las herramientas publicitarias propias de las redes. El uso de las publicaciones pagas puede colaborar en el proceso de viralización de la noticia, aumento del tráfico en web y redes sociales y crecimiento de los niveles de asistencia a la campaña.

- Crear nuevas piezas gráficas y audiovisuales destinadas a la difusión en redes sociales: actualmente sólo se adaptan piezas diseñadas para un formato impreso. Las nuevas piezas podrían estar destinadas a explicar los objetivos y formatos de la atención durante la campaña, a educar al paciente sobre RD, a ofrecer información sobre factores de riesgo modificables, etc.
- Generar piezas de difusión en formatos descargables e imprimibles.
- Generar una base de datos de pacientes diabéticos: incluir en la web un formulario para que los interesados en recibir información sobre la campaña (notificaciones, mapa de sedes, información extra) puedan suscribirse al servicio. De esta manera, podría generarse un canal de comunicación directo con el paciente interesado en asistir, vía *newsletter*.
- Folleto de cierre de campaña: el paciente debe retirarse del consultorio con algún folleto, talonario o similar, que le indique su diagnóstico, los pasos a seguir y un espacio de búsqueda de más información.
- Teléfono de consulta post campaña: debido a la importancia de la comunicación verbal, es recomendable que exista un medio de consulta directo para que los pacientes que tengan dudas tras su paso por la campaña puedan despejarlas.
- Establecer estructuras anuales de comunicación con el paciente diabético: se debe compartir contenidos regularmente, y no sólo en los meses previos a la campaña. De esta manera, se colaborará en el proceso de educación de los pacientes.

En relación a la prensa:

- Capacitar a oftalmólogos para la atención a la prensa: seleccionar profesionales de distintos puntos del país y capacitarlos para que comprendan las necesidades de la prensa y transmitan correctamente los mensajes que la campaña debe difundir.

- Jerarquizar la gacetilla: incluir información sobre la presencia de oftalmólogos capacitados para responder a la prensa y disponibles para entrevistas de todo tipo; destacar el logo y el rol de la entidad organizadora; ofrecer atención personalizada.
- Generar espacios de contacto directo con la prensa, como por ejemplo, almuerzos de trabajo. El objetivo es que conozcan la misión de la institución, que sepan que cuentan con voces autorizadas disponibles para cuando las necesiten y que puedan expresar sus necesidades.
- Crear una base de datos propia de prensa: el CAO debe diseñar su propia base de datos de periodistas y medios de prensa para ampliar el contacto y ganar independencia sobre el trabajo de la empresa especializada.
- Envío de gacetillas de manera periódica: para consolidar la relación, el CAO debe enviar información periódicamente sobre RD y otras patologías.
- Comunicar los resultados: una vez que se realizan los informes estadísticos de la campaña, el CAO debe comunicarlos a la prensa.

En relación a los sponsors:

- Contacto personalizado: se debe encarar una estrategia de trato personalizado para detectar a quienes toman las decisiones en cada empresa. En este proceso se deben rastrear, también, las necesidades latentes de las empresas.
- Nueva base de datos: como resultado del punto anterior, se debe actualizar la base de datos de empresas para garantizar la llegada de los emails y *newsletters* a los receptores clave de cada compañía.
- Contacto frecuente por vía telefónica y correo electrónico: con el objetivo de mantener un diálogo frecuente con los sponsors, sería ideal que se los contacte regularmente, para mantenerlos informados sobre los avances de la campaña y para fortalecer el vínculo entre las instituciones.
- Contacto regular cara a cara.

Teniendo en cuenta que sigue vigente la tarea de volver tangible el aporte realizado en función del punto de vista de las empresas, y sabiendo que la manera correcta de detectar esos aspectos es a través de espacios de contacto con los responsables de dichas empresas, se ofrece un punteo de ideas que podrían servir de puntos de partida para el diálogo:

- Ofrecer mayor espacio a los logos dentro de las piezas impresas.
- Registrar y comunicar todas las menciones recibidas por la prensa. De esta manera, se demostrará al sponsor el impacto de la campaña y la cantidad de veces que el logo de su empresa es publicado.
- Entregar reconocimientos a las empresas durante el congreso anual.
- Ofrecer los salones del CAO para el uso de reuniones empresariales o científicas de los sponsors.
- Ofrecer el co-sponsoreo de cursos y ateneos realizados durante el año, sin cargo extra.
- Ofrecer becas para cursos, ateneos y congresos, sin cargo extra.

En relación a las sociedades de pacientes y sociedades científicas: Debido a que actualmente no se cuenta con un contacto directo con estos actores, será necesario, en primer lugar, detectarlos y contactarlos. Luego, será necesario crear lazos personalizados a través de reuniones y demás formas de contacto personalizadas y no públicas. Una vez que los canales se formen, se podrá proponer la creación de nuevos canales, esta vez públicos. Estimamos que el rol de los médicos directivos de la sociedad organizadora y coordinadores de la campaña será fundamental en la formación de estos nuevos contactos institucionales. Consideramos que la creación de protocolos de interacción con pacientes diabéticos, en el caso de las sociedades de tipo científico (SAD, por ejemplo), puede ser un muy buen foco para el comienzo de las negociaciones (ejemplo: qué preguntas debe hacer un endocrinólogo en relación a la salud visual del paciente, y viceversa, y en qué casos deben recomendar la visita al colega de la otra especialidad médica).

8.4 Modificar, fortalecer y proyectar los rasgos identitarios de la campaña

- Rediseñar por completo la estética de la campaña: es necesario plantear un rediseño integral, una vez que se confirmen los mensajes clave a utilizar para cada actor. Sería ideal la creación de un manual de diseño para garantizar la aplicación de las decisiones tomadas más allá de posibles cambios en las personas que las ejecuten.
- Utilizar el logo internacional de la diabetes: dado que el objetivo de la campaña se enmarca en una lucha más amplia, la de la diabetes en general, consideramos que es necesario incluir este logo, debido a que es reconocido por los pacientes diabéticos en todo el mundo y a que facilitaría, y aceleraría, la correcta contextualización de las piezas de difusión producidas, por parte de quienes interactúen con ellas.

- Prestar atención a la visibilidad y el contraste de las piezas producidas: debido a que la RD es más frecuente en personas mayores de 40 años, cuando comienzan a manifestarse signos de presbicia; y a que los destinatarios de la campaña pueden presentar una calidad visual disminuida a causa de la RD, es necesario que las piezas se diseñen teniendo en cuenta estos detalles. Los flyers de la campaña actual presentan letras blancas con fondos anaranjados, lo cual no provee un contraste ideal para casos como los detallados anteriormente. Además, el tamaño de tipografía es más pequeño de lo recomendable para un público con las características mencionadas.
- Rediseñar el certificado para participantes: actualmente, detectamos dos aspectos a mejorar. El primero es el diseño defectuoso del certificado (vertical, pixelado y poco agradable, a nivel visual), y el segundo es la indiferenciación entre roles (desde el punto de vista de la campaña, el rol del coordinador es mucho más importante que el del colaborador). En tal sentido, consideramos que se debe rediseñar por completo el certificado y se debe ofrecer uno distinto para ambos roles, buscando la manera de que el de los coordinadores se destaque por encima del otro (cucardas, diseño especial, etc.). La palabra clave para el rediseño de esta pieza es “prestigio”.
- Generar nuevas piezas para redes sociales: actualmente, no existen piezas específicas para redes, sino que se comparten versiones digitales de piezas creadas para el mundo impreso. La campaña podría beneficiarse con la creación de piezas que sigan las reglas y los formatos de las redes. También se puede, por ejemplo, reutilizar las imágenes enviadas por las sedes para convertirlas en piezas de difusión de la campaña, antes, durante y después del día en el que se desarrolla (generar marcos prehechos, con logos y tipografías de campaña, para insertar imágenes grupales y compartir el resultado en redes, etc.).
- Ofrecer espacio destacado a *endorsements* y sponsoreos: debido a que las piezas actuales fueron diseñadas para el mundo impreso, los logos de los sponsors son casi ilegibles en web y redes sociales. Es necesario prestigiar el rol de estos actores.
- Generar instancias de reconocimiento durante el congreso anual (entrega de placas, diplomas o reconocimientos; inclusión de distintivos en las credenciales identificatorias del congreso, etc.).
- Modificación del tono informativo a motivador: tal como se señaló en repetidas ocasiones en este trabajo, creemos que el uso de un tono informativo está más relacionado con la falta de una discusión sobre el enfoque que debe adoptar la comunicación, más que por una decisión de tipo editorial. También, en función de los

resultados de las encuestas, consideramos que el tono comunicacional debe dejar de ser meramente informativo para empezar a utilizar rastros de motivación, emoción, etc.

9. Conclusiones

9.1 Hallazgos empíricos, consideraciones estratégicas y propuesta para un nuevo enfoque de campaña

Como se señaló al principio de este trabajo, la diabetes es una patología que crece en todo el mundo, con el agravante de que se considera que más del 50% de las personas que la padecen desconocen su estado. Este panorama alarmante repercute en una de las complicaciones que esta patología genera, la retinopatía diabética. En paralelo, se considera que es hasta 50 veces más caro tratar la RD que prevenirla, y 20 veces más barato tratarla de forma temprana que tardía. En este contexto, es imperioso que asociaciones como el Consejo Argentino de Oftalmología, la Sociedad Argentina de Diabetes y las distintas sociedades de pacientes diabéticos intenten llevar esta problemática de salud a un campo de discusión más amplio.

Por otra parte, a nivel de la investigación epidemiológica, vale destacar que existen diferencias, incompatibilidades y hasta contradicciones en los criterios de recolección de datos, tanto desde el punto de vista metodológico como a nivel de la selección de muestras y la elección de los aspectos a medir, al menos, en la bibliografía médica de habla hispana que se ha analizado. Es necesario que las sociedades médicas de la región construyan un consenso en relación a estas variables estadísticas y que midan aspectos como los niveles de educación con los que cuentan los pacientes en relación a diabetes y RD, los niveles socioeconómicos de los encuestados y las de últimas visitas al oftalmólogo realizadas. También es necesario que se apunte a obtener datos epidemiológicos a nivel de poblaciones generales. Todas estas variables son fundamentales para una lucha más profunda contra la problemática general de la RD.

Por otra parte, como resultado general del análisis realizado en este trabajo, consideramos que es necesario que las sociedades médicas, y todos los actores sociales relacionados con la medicina, realicen un esfuerzo activo por superar los enfoques del Modelo Médico Hegemónico y se abran a un trabajo interdisciplinario que vaya más allá de la creencia que postula la enfermedad como un hecho aislable y externo al proceso salud/enfermedad. Sin ese aporte de su parte, es menos probable que las iniciativas de salud emprendidas sean exitosas desde el punto de vista de las comunidades donde se aplican.

La bibliografía abordada también destaca que la diabetes es una patología cuyas características son ideales para el planteo de estrategias de tamizaje a nivel de grandes poblaciones.

En función de todas estas consideraciones, opinamos que las instituciones médicas como el CAO deben intentar influir en las distintas dependencias gubernamentales de salud para lograr que se creen planes nacionales de trabajo en relación a patologías como la diabetes y la RD.

El estado actual de la campaña, desde nuestro punto de vista, cuenta con varios aspectos que podrían ser mejorados sensiblemente con tan sólo realizar un cambio de enfoque en el trabajo entre los actores involucrados. Hoy por hoy, la campaña parece ser más una repetición de prácticas que tradicionalmente ha adoptado la institución organizadora que un evento destinado a operar sobre una problemática de salud. Esta consideración se realiza al detectar que no existen reuniones periódicas de análisis, evaluación y planteo de mejoras estratégicas u organizativas, así como tampoco existe un documento que resuman los objetivos propios del emprendimiento.

La propuesta realizada por esta tesina se concentra en fortalecer el rol de los distintos actores sociales involucrados en su ejecución a través de conceptos como participación genuina y motivación.

Como resultado, consideramos que se pueden lograr grandes cambios en la organización y el alcance de la campaña, siempre y cuando los actores clave para su desarrollo se muestren permeables a la modificación de la estructura verticalista que actualmente la sostiene.

9.2 Cuestiones metodológicas propias de este trabajo

A medida que avanzamos en la redacción de este trabajo, detectamos aspectos podrían haber colaborado en la obtención de un caudal mayor de datos; los detallamos a continuación, con el objetivo de ofrecer una guía a quienes puedan tomarlo como punto de partida para sus investigaciones.

Consideramos que hubiera sido ideal contar con una muestra mayor de pacientes. Tratándose de un trabajo que apunta a proponer mejoras en el diseño de una campaña de bien público, el aporte y la opinión de este actor social es fundamental para la detección de *insights* que permitan orientar el rediseño. Además, tras la realización de las entrevistas a pacientes,

detectamos que las respuestas recolectadas fueron escuetas en varios de los ámbitos medidos, posiblemente debido a que su nivel de conocimiento sobre la campaña era escaso. Es posible que la utilización de otras técnicas de recolección de datos, tales como los grupos focales, hubieran permitido una retroalimentación de los informantes, lo cual podría haber generado un caudal mayor de opiniones, datos y propuestas.

Otro aspecto a tener en cuenta es el rol de las asociaciones de pacientes. A raíz de las entrevistas, comprobamos que no sólo se trataba de un actor social relevante para analizar la problemática general, sino que el nivel de conocimiento que cuenta sobre el campo de los beneficiarios de la campaña está incluso por encima de que cuentan los propios pacientes. Sugerimos a quienes encaren futuras investigaciones que hagan foco en el aporte que este tipo de instituciones puede brindar.

9.3 Aportes al campo de la Comunicación

En los últimos 10 años, el campo de la comunicación en Argentina atravesó dos hechos que lo modificaron sensiblemente. En primer lugar, la explosión de las redes sociales, un fenómeno a nivel global que permitió la ampliación del campo de trabajo para muchos de los que nos desarrollamos en esta área. A partir de esta explosión, empresas, instituciones, áreas de gobierno, partidos políticos, personajes públicos, clubes, asociaciones y todo tipo de organizaciones e individuos tuvieron la necesidad de comunicarse día a día con los demás en un mundo con reglas nuevas, donde ya no podían ejercer un control ajustado de su imagen por intermedio de la inversión de dinero en campañas publicitarias o propagandísticas, sino que se veían enfrentados a potenciales ejércitos de desconocidos que encontraban un nuevo poder en el reclamo, la burla o la indignación mancomunada, pero que también podían potenciar y mejorar esa imagen en reconocimiento de actitudes, éxitos o simplemente la habilidad de influir en el humor de sus seguidores. En segundo lugar, a nivel local, el conflicto abierto entre los presidentes Kirchner y el principal grupo de medios de nuestro país, el Grupo Clarín, llevó la discusión sobre el rol de los medios en general, y el de los comunicadores sociales en particular, a plataformas y espacios de todo tipo. Como resultado de la contienda, es posible que una parte importante de la sociedad ya no crea en la neutralidad o inocencia de los medios y comunicadores, como ya desde antes descreía en la neutralidad o inocencia de los políticos.

En este contexto de crisis (en el sentido del surgimiento abrupto de nuevas reglas en un campo que se mantuvo relativamente idéntico a sí mismo durante algunas décadas), la formación un

tanto ecléctica ofrecida por la carrera de Comunicación de la Universidad de Buenos Aires ha sido de gran utilidad para sus alumnos: la pluralidad de contenidos y enfoques ofrecidos, la búsqueda de análisis en profundidad, la desconfianza hacia teorías dominantes, el favorecimiento del pensamiento crítico, el ofrecimiento de contenidos no dirigidos exclusivamente a la inserción en el campo laboral, etc., han generado profesionales con capacidad de insertarse en tareas y situaciones múltiples.

A su vez, teniendo en cuenta las experiencias de inserción reales en distintas áreas de comunicación de entidades de todo tipo, consideramos que aún se mantiene un rol predominantemente subalterno del comunicador, en tanto ejecutor de decisiones políticas y económicas tomadas en reuniones en las que no suele participar.

Opinamos que el comunicador debe ganar un espacio diferente en los distintos ámbitos donde se desempeña. Creemos que, para lograrlo, deberá integrar en su caja de herramientas una formación que le permita sumarse en discusiones en las que hoy no suele participar, relacionadas con gestión de procesos administrativos, análisis de costos y cuestiones económicas.

Gran parte de lo que se ha planteado en este trabajo implica inversiones económicas que no han sido cotizadas y modificación de creencias y prácticas de instituciones y personas que no han sido sondeadas al respecto. ¿Qué tan factible es la aplicación de las recomendaciones propuestas en esta tesina? ¿Se podrá ir más allá de una primera reunión con los directivos? ¿Es realmente factible que los sponsors aumenten sus niveles de inversión basados en la idea abstracta de colaborar en la construcción de una sociedad más democrática?

El reconocimiento de la existencia de factores motivacionales propios de cada actor social, los cuales pueden estar en conflicto entre sí, o incluso parecer contrapuestos con los objetivos generales de un proyecto, puede servir como punto de partida para alejarse de cierto idealismo, o introspección puramente académica, y llevar nuestras propuestas desde una hoja de papel (que puede ser aplaudida en público pero desdeñada y bloqueada en privado) a una ejecución práctica y sostenida a lo largo del tiempo.

El comunicador social puede ganar el espacio de acción directa sobre su entorno que tanto parece desear, pero para hacerlo, deberá reconocer las reglas del campo en el que se mueve, y ser capaz de influir en ellas.

VI. Referencias bibliográficas

Albardonedo, M. (2014). *Comunicación en la formación médica: ¿necesidad o moda? Un estudio de caso bajo la perspectiva del análisis crítico del discurso.* Ponencia.

Araújo de Soares, I., Cuberli, M. (2015). Comunicación y salud en América latina: un campo en permanente movimiento. En *La contribución de América Latina al campo de la comunicación Historia, enfoques técnicos, epistemológicos y tendencias de la investigación.*

Barrenechea et al., 2015: Barrenechea, R., De la Fuente, I., Plaza, R., Flores, N., Segovia, L., Villagómez, Z., Camarero, E., Zepeda-Romero, L., Lansing, V., Limburg, H., Silva, J., “Encuesta nacional de ceguera y deficiencia visual evitable en Argentina, 2013”, en *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2015.

Barría von-Bischhoffshausen, 2007: Barría von-Bischhoffshausen, F., “Desafío en oftalmología: ¿cómo reducir la ceguera evitable?”, en *Archivos Chilenos de Oftalmología*, Vol. 64, número 1, 2007.

Barría von-Bischhoffshausen, 2008: Barría von-Bischhoffshausen, F.; “Diabetes mellitus: Una epidemia mundial”, en *Archivos Chilenos de Oftalmología*, Vol. 65, 2008.

Barría von-Bischhoffshausen et al., 2011: Barría von-Bischhoffshausen, F., Martínez Castro, F., “Guía práctica clínica de retinopatía diabética para latinoamérica”, 2011.

Beltrán, 2011: Beltran, L.; “Comunicación para la salud del pueblo”, en *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 2011.

Briggs, 2005: Briggs, C.; “Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales”, en *Revista de Antropología Social*, Año 14, 2005.

Cabrera-Pivaral et al., 2002: Cabrera-Pivaral, C.; Ninel Mayari, C.; Arredondo Trueba, J.; González Pérez, G.; Vega López, M.; Valadez Figueroa, I.; Alderete Rodríguez, M.; “Evaluación de dos estrategias de educación nutricional vía radio en Guadalajara, México”, en *Cadernos de Saúde Pública*, Vol.18, número 5, 2002.

CAO, 2015: Consejo Argentino de Oftalmología, “Consejo Argentino de Oftalmología”, www.oftalmologos.org.ar/institucional, 2015.

CAO, 2016a: Consejo Argentino de Oftalmología, “Folleto informativo sobre diabetes, salud ocular y ceguera”, www.oftalmologos.org.ar/files/pacientes/diabetes/2016/DBT2016-triptico-definitivo.pdf, 2016.

CAO, 2016b: Consejo Argentino de Oftalmología, “Compromiso CAO/Coordinadores de sede”, www.oftalmologos.org.ar/diabetes2016, 2016.

Carrasco et al., 2013: Carrasco, M.; Iribarren, G.; Zeolite, C.; Badía, J.; Bafalluy, J.; Bar, J.; Bastien, A.; Donato, O.; Lavaque, A.; Martínez Cartier, M.; Nano M.; Paris, V.; Waisman, V.; Zas, M.; Zeolite, I.; Gallarreta, M.; “Cuidado ocular del paciente con diabetes: opiniones y recomendaciones de la Sociedad Argentina de Retina y Vítreo (SARyV)”, *Revista Oftalmología Clínica y Experimental*, Vol. 6, número 4, 2013.

Castellanos, 1990: Castellanos, P.; “Sobre el concepto de salud enfermedad”, en *Revista Boletín Epidemiológico*, Vol. 19, número 4, 1990.

Chous, 2009: Chous, P.; “Diabetes y enfermedades visuales: lo que necesitan saber las personas con diabetes y los profesionales sanitarios”, en *Revista Diabetes Voice*, Vol. 54, número 3, 2009.

Cuberli, 2015: Cuberli, M: “La significación social de una práctica diagnóstica: el test de VIH en los escenarios sanitarios y mediáticos”, Tesis de Doctorado, sin publicar, 2015.

De Souza Minayo, 1995: De Souza Minayo, M., Ferreira Deslandes, S., Cruz Neto, O. (2003). *Investigación social. Teoría, método y creatividad*. Lugar Editorial.

Deguer y Trunzo, 2010: Deguer, C.; Trunzo, G.; “Promoción de la salud y comunicación”, en *Cuadernos de las Jornadas Nacionales de Fortalecimiento de comunicación en salud*, 2010.

Díaz Bordenave, J. *La campaña como intervención social*. En *Revista Latinoamericana de Comunicación Chasqui*. Número 41, página 66 a 69, 2002.

Febo, 2015: Febo, H., “Rol de la adherencia en el tratamiento de la diabetes mellitus”, en *Revista Galenus* S/N, Puerto Rico, 2015.

Fernández Carral, 2012: Fernández Carral, S.; “Apuntes de comunicación y salud”, 2012.

FID, 2010: Federación Internacional de Diabetes, “Plan mundial contra la diabetes, 2011-2021”, 2010.

García-Serrano et al., 2007: García-Serrano, J., Serrano-Laborda, D., López-Pozas, M., Cabello-Aparicio, c., Castro-Rosales, L., “Estudio Granada sobre retinopatía diabética. Cribado de 8244 pacientes diabéticos 1”, en *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología*, 2007.

Goldaracena et al., 1998: Goldaracena, M; Escudero, J.; Arrondo, A.; Villarubia, A; Aramendia, B.; Iturralde, R; “Prevalencia de retinopatía diabética en una población diabética registrada en atención primaria”, en *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología*, Vol. 73, 1998.

Gutiérrez Espinosa y Gil Gutiérrez, 2006: Gutiérrez Espinosa, A., Gil Gutiérrez, A., “Día mundial de la visión: campaña contra la ceguera por retinopatía diabética. Octubre de 2004, Guayaquil, Ecuador”, en *Revista Medicina*, Vol. 12, número 4, 2006.

Hoehmann et al., 1986: Hoehmann, R., Villagrán, F., Sanhueza, H., Ponce, L., Canelas, M., Borja, F., Vargas, K., Casanova, D., “Prevención de ceguera en la población diabética semirural”, en *Archivos Chilenos de Oftalmología*, Vol. 43, número 2, 1986.

Iborra Oquendo, 2013: Iborra Oquendo, M.; “Programa de Detección Precoz de la Retinopatía Diabética en Andalucía”, en *Revista Diabetes Práctica*, 2013.

Kornblit et al., 2007: Kornblit, A.; Mendes Diz, A., Di Leo, P.; Camarotti, A.; “Entre la teoría y la práctica: algunas reflexiones en torno al sujeto en el campo de la promoción de la salud”, en *Revista Argentina de Sociología*, Año 5, número 8, 2007.

La Nación, 2012: Diario La Nación, “Dos millones y medio de argentinos tienen diabetes”, 2012, www.lanacion.com.ar/1526223-dos-millones-y-medio-de-argentinos-tienen-diabetes.

La Nación, 2015: Diario La Nación, “La mitad de los diabéticos nunca recibió información sobre sus problemas de visión”, 2015, www.lanacion.com.ar/1829007-solo-uno-de-cada-5-diabeticos-sabe-que-puede-perder-la-vista.

Lacé et al., 2002: Lacé, A., Mora, C, García, M, “Tamizaje de retinopatía diabética en diabéticos tipo 2 en un área de salud del área metropolitana”, en *Acta Médica Costarricense*, Vol. 44, número 2, 2002.

Leavell, H., Clark, E. (1976). *Medicina Preventiva*. Mcgraw Hill.

Ledón Llanés, 2014: Ledón Llanés, L.; “La comunicación en el campo de la diabetes mellitus, algunas pautas para su acción efectiva”, en *Revista Cubana de Endocrinología*, Vol. 25, número 2, 2014.

Lewis, 2012: Lewis, K.; “Si alguien me lo hubiese dicho...”, en *Revista Salud Ocular Comunitaria*, Vol. 5, número 10, 2012.

Lima-Gómez et al., 2000: Lima-Gómez, V., Rojas-Dosal, J., “Estrategia de detección masiva de retinopatía diabética. El día ‘D’ en el Hospital Juárez de México”, en *Revista Cirugía y Cirujanos*, Vol. 68, número 2, 2000.

Lima-Gómez y Rojas-Dosal, 2001: Lima-Gomez, V., Rojas-Dosal, J., “Organización de campañas de detección de retinopatía diabética”, en *Revista Mexicana de Oftalmología*, Vol. 75, número 3, 2001.

Lois, 2011: Lois, I.; “Una experiencia de comunicación y salud para mujeres indígenas”, en *Feminismos y Poscolonialidad*, 2011.

Lois, 2013: Lois, I.; “Notas sobre las perspectivas, límites y desafíos de la comunicación y salud”, en *cuadernos de las X Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*, 2013.

Maslow, 1991: Maslow, A.; “Motivación y personalidad”, 1991.

Mellado Melo et al., 1989: Mellado Melo, V., Verdaguer, J., Lechuga, M., Schmidt, A., Houluigi, J., Rojas, B., Carpentier, C., “Campaña de prevención de ceguera diabética en el área metropolitana del norte de Santiago”, en *Archivos Chilenos de Oftalmología*, Vol 46, número 2, 1989.

Méndez Sánchez et al., 1996: Méndez Sánchez, T.; López Cardet, R.; Rosales Quiñones, C.; Seuc, A.; “Prevalencia de retinopatía diabética en un área de salud del municipio Marianao”, en *Revista Cubana de Oftalmología*, Vol. 9, 1996.

Menéndez, 2003: Menéndez, E.; “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, en *Revista Ciencia & Saúde Coletiva*, número 8, 2003.

MSAL, 2010: Ministerio de Salud de la Nación, “Comunicación y Salud desde una perspectiva de derechos”, 2010.

MSAL, 2015: Ministerio de Salud de la Nación, “Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles”, 2015.

OMS, 2013: Organización Mundial de la Salud, “Salud ocular universal: un plan de acción mundial para 2014-2019”, 2013.

OMS, 2016: Organización Mundial de la Salud, Notas descriptivas del Centro de prensa, 2016, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es.

OMS, 2016b: Organización Mundial de la Salud, Notas descriptivas del Centro de prensa, 2016, www.who.int/topics/obesity/es.

OPS, 2009: Organización Panamericana de la Salud, “Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables”, 2009.

Ortega et al., 1999: Ortega, E.; Rodríguez Hurtado, F; Jiménez Monleón, J.; Bueno Cavanillas, A.; “Prevalencia de la retinopatía en diabéticos de más de diez años de evolución en la zona norte de Granada”, en *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología*, Vol. 74, 1999.

Petracci et al., 1998: Petracci, M.; Quevedo, L.; Vacchieri, A.; “Los modelos político-comunicativos del SIDA y el cólera en la Argentina. 1991-1993”, en *Revista de Estudios de Comunicación*, número 4, 1998.

Petracci et al., 2010: Petracci, M.; Cuberli, M.; Palópoli, A.; “Comunicar salud: una propuesta teórica y práctica”, en cuadernos del Concurso en honor de la educadora Haydée de Luca, CAESPO, 2010.

Petracci y Waisbord, 2011: Petracci, M.; Waisbord, S. (comp); “Comunicación y salud en Argentina”, 2011.

Petracci, M (1992): “Las campañas... ¿De interés público?”, en *El medio es la TV*, Adriana Vacchieri (ed), Buenos Aires: La Marca Editora.

Polack et al., 2012: Polack, S., Yorston, D., López-Ramos, A., Lepe-Orta, S., Baia, R., Alves, L., Grau-Alvidrez, C., Gomez-Bastar, P., Kuper, H., “Rapid assessment of avoidable blindness and diabetic retinopathy in Chiapas, Mexico”, en *Revista Ophthalmology*, Vol. 119, número 5, 2012.

Restrepo y Málaga, 2001: Restrepo, H.; Málaga, H; “Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable”, 2001.

Rodríguez Gómez et al., 1996: Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., García Jiménez, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Ediciones Aljibe. Granada (España).

Santos Bueso et al., 2005: Santos Bueso, E.; Fernández-Vigo, J.; Fernández Pérez, C.; Macarro Merino, A.; Fernández Perianes, J.; “Prevalencia de retinopatía diabética en la comunidad autónoma de Extremadura. 1997-2001 (Proyecto Extremadura para prevención de la ceguera)”, en *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología*, Vol. 74, 2005.

Santos-Bueso et al., 2007: Santos-Bueso, E, Fernández-Pérez, C., Macarro, A., Fernández-Vigo, J., “Prevalencia de la retinopatía diabética en la ciudad de Badajoz 2002”, en *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología*, Vol. 82, 2007.

Stocco, 2007: Stocco. I.; “Campañas de Bien Público y Salud reproductiva: cómo lograr la adopción de conductas preventivas”. Tesina de grado, carrera de Ciencias de la Comunicación, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 2007.

Rodríguez Rodríguez et al., 2015: Rodríguez Rodríguez, B., Rodríguez Rodríguez, V., Ramos López, M., Velásquez Villares, Y., Alemañi Rubio, E., González Días, R., Chiang Rodríguez, C., “Estrategia para la prevención de ceguera por retinopatía diabética”, en *Revista Cubana de Oftalmología*, Vol. 28, número 1, 2015.

Sender Palacios et al., 2015: Sender Palacios, M., Vernet Vernet, M., Maseras Bové, M. Playa, A., Battle, L., Ondategui Parra, J., Jovell Fernández, E., “Oftalmopatía en la diabetes mellitus: detección desde la atención Primaria de salud”, en *Revista Atención Primaria*, 2011.

Sigler Villanueva et al., 1996: Sigler Villanueva, A.; Jiménez Barredo, J.; Gómez Carro, R.; Rodríguez Sánchez, L.; Posada Fernández, P.; Maqueira Roque, J.; Rey Bravo, R.; Guevara López, M.; “Análisis de algunas variables clínicas en relación con la retinopatía diabética”, en *Revista Cubana de Oftalmología*, Vol. 9, 1996.

Tobar, 2001: Tobar, F.; “Breve historia de la prestación de servicio de salud en Argentina”, 2001.

Teruel Maicas et al., 2005: Teruel Maicas, C., Fernández-Real, J., Ricart, W., Valent Ferrer, R., Vallés Prats, M., “Prevalencia de la retinopatía diabética en la población de diabéticos diagnosticados en las comarcas de Girona. Estudio de los factores asociados”, en *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología*, Vol. 80, número 2, 2005.

Vargas Sánchez et al., 2011: Vargas-Sánchez, C., Maldonado-Valenzuela, J, Pérez-Durillo, F.; González-Calvo, J; Pérez-Milena, A; “Cribado de retinopatía diabética mediante retinografía midriática en atención primaria”, en *Revista Salud Pública de México*, Vol. 53, número 3, 2011.

Verdaguer et al., 1989: Verdaguer, T., Mellado, V., Vicencio, C., Holuigue, J., Cánepa, S., “Estrategias de prevención de la ceguera diabética”, en *Archivos Chilenos de Oftalmología*, Vol. 46, 1989.

Winter y Yorston, 2012: Winter, I.; Yorston, D.; “Retinopatía diabética: un asunto de todos”, en *Revista Salud Ocular Comunitaria*, Vol. 5, número 10, 2012.

VII. Anexo I: Tesinas de la Carrera de Comunicación (FSOC-UBA) relacionados con la temática de la salud

Formato de disposición de la información: número interno, año, autor, título, tutor, palabras clave.

32. 1992. Ana María Moreno. Medicamentos y mercado. Tutor: Jorge Lípetz. Palabras clave: Opinión Pública y Publicidad. Marketing. Salud.

40. 1991. Susana Cataldi. Comercialización de medicamentos. Tutor: Jorge Lípetz. Palabras clave: Opinión Pública y Publicidad. Comercialización. Salud.

98. 1995. Laura Chertkoff-Frayssinet. Poder el cuerpo. Una mirada desde la comunicación y a través de la salud. Tutor: Sergio Caletti. Palabras Clave: SO. Cuerpo. Salud.

131. S/F. Anabella I. Saks. Interrogantes y sugerencias para la elaboración de un proyecto comunicacional educativo de prevención en salud. Tutora: Edith Litwin. Palabras Clave: Educación y procesos educativos. Salud. Estrategias comunicacionales.

140. 1993. Amalia María Eizayaga. Homeopatía y salud. Tutor: Carlos Campolongo. Palabras Clave: Periodismo. Revista. Salud.

197. 1995. Adriana A. Ghitia. Discurso médico. Cómo se construye la relación médico-paciente. Tutora: María Rosa Del Coto. Palabras Clave: Políticas y planificación. Salud.

198. 1995. Esther Liliana Vainstub. El peso de la mujer La delgadez como valor social, político, cultural y económico. Tutora: Mónica Silberman. Palabras Clave: Opinión pública y publicidad. Publicidad. (Salud).

290. 1991. Laura Alejandra Soto. La salud en nuestras manos. Campaña educativa preventiva. S-T. Palabras Clave: Comunicación comunitaria. Campañas. Salud.

411. 1997. Lucía Minervino y Georgina González Gartland. Comunicación y salud. Aproximación a un abordaje crítico. Tutora: Sandra Carli. Palabras Clave: Políticas y planificación. Salud.

499. 1997. María Beatriz Cremona y Marina Román. Diagnóstico de Comunicación: el caso de una organización hospitalaria. Tutora: Laura Moreno. Palabras Clave: Comunicación organizacional. Salud.

560. 1998. Ma. Gabriela Maulu. Lineamientos para abordar estrategias de comunicación en el Ministerio de Salud y Acción Social de la Provincia de Neuquén: Revista Institucional Trabajando con la Gente (1996-1997). Tutor: Juan R. Rithner. Palabras Clave: Comunicación organizacional. Instituciones públicas.

617. 1998. Constanza Chattah. Tecnología y salud. La telemática como propuesta comunicacional. Tutora: Claudia Kozak. Palabras Clave: Comunicación y salud. Tecnología.

844. 2000. Karina Leone y Karina Duchein. Bien Público: Investigación y lineamientos sobre la comunicación de los métodos de detección precoz del cáncer de mama. Tutor: Daniel Panaro. Palabras Clave: Comunicación y Salud.

1058. 2002. Gabriela Wald. Comunicación y salud: Trama relacional de parejas serodiscordantes. Acceso, uso y apropiación de la información sobre VIH-SIDA. Tutor: Roberto Montes.

1312. 2003. Roxana Umansky. La salud reproductiva en la prensa gráfica. De derechos, ausencias y silencios. Tutora: Alejandra Oberti.

1324. 2003. Valeria Campos, Silvina Fanelli y Mariana Reyes. Periodismo y salud: 20 años de SIDA en la prensa gráfica argentina. Tutor: Roberto Montes.

1427. 2004. Tomás G. Jalles. Comunicación entre un centro de la salud y su comunidad. Tutora: María José Acevedo.

1439. 2004. Julieta Suris Alvarado y María Eugenia González Crapanzano. La calidad de la atención durante el intercambio comunicativo entre profesionales y usuarios/as del Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas. ¿Es un factor de influencia directo para mejorar los niveles de información sobre prevención de salud sexual y reproductiva? Tutora: Mónica Petracci.

1486. 2004. Mario Andrés Álvarez. Comunicación y salud. Tutor: Roberto Montes.

1496. 2004. Leonardo José Del Río. La salud y la medicina en la prensa gráfica argentina. Tutor: Rubén Levenberg.

1497. 2004. Verónica Tobeña. Condiciones de producción de las representaciones sociales sobre el adolescente entre un grupo de profesionales dedicados a la salud ¿una cuestión de abordaje disciplinar? Tutora: Mónica Petracci.

1503. 2004. Cynthia Romero. Políticas públicas y comunicación en salud. Diagnóstico y planificación de la comunicación en el CAPS Zeballos II. S/T.

1510. 2004. María Florencia Ivanoff y Jimena Navatta. Diagnóstico y planificación de comunicación en un centro de salud comunitario. Tutora: Adriana Ghitia.

1515. 2004. María Carolina Cicotello. Procesos de construcción de un discurso de promoción de la salud comunitaria. Tutora: Lic. María Mercedes Gagneten.

1802. 2007. Laura Mariana Casareto. Hablan los actores. Sexualidad y salud sexual en el escenario educativo. Experiencias y discursos de dos comunidades educativas en torno a la introducción de la Educación Sexual en el currículo escolar. Tutora: Claudia Risé.

1848. 2007. Ivon Francisco Stocco. Campañas de Bien Público y Salud reproductiva: cómo lograr la adopción de conductas preventivas. Tutor: Jorge Lípetz. Co-tutor: Pablo Costa.

1997. 2008. María Eugenia Skobala. Nuevas herramientas de biopoder: cuerpo bello y salud perfecta. Una mirada biopolítica acerca de dos conceptos contemporáneos. Ejemplos con piezas publicitarias. Tutora: Margarita Martínez.

2020. 2008. Vanesa Paola López. La salud mediatizada. Un estudio sobre la relación entre contenidos, fuentes y publicidad en los medios gráficos. Tutor: Marcelo Pereyra.

2082. 2008. Natalia Giordano. Análisis del programa sobre salud sexual y reproductiva de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tutora: María Alicia Gutiérrez.

2158. 2009. Leandro Berubi. La profesionalización del cuerpo: deporte y salud en la revista El Gráfico (1925-1935). Tutora: Alejandra Ojeda.

2171. 2009. Fernanda Pascual y Pablo Nogueira. Comer, comunicar, culpar: la creación mediática de la "alimentación saludable". Un análisis comunicacional de las representaciones del cuerpo y las tecnologías de la alimentación, lo light y lo saludable como matrices de sentido. Tutora: Shila Vilker.

2209. 2009. Agustina Mai. El imperativo de la salud en la prensa digital argentina entre 1998-2007. Un análisis de las representaciones de bulimia, anorexia y obesidad. Tutora: Flavia Costa.

2347. 2010. María Victoria Beherengaray Calvo y Gabriela Laura Martínez. La ciudad asexualada. Diagnóstico y plan comunicacional del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Tutor: Nelson Cardoso.

2358. 2010. Leandro Hernán Chico y Noelia Silvina Socolovsky. Las sexualidades no heteronormativas en el discurso de estudiantes de medicina de la UBA. Grupos de riesgo, estigma y normalidad como articuladores de las nociones de salud y sexualidad. Tutor: Rafael Blanco.

2375. 2010. Federico De Francisco. Signos vitales. Los conceptos de vida, cuerpo y salud en el Plan Nacional de Vida Saludable. Una lectura desde la biopolítica. Tutor: Pablo Rodríguez. Co-tutora: Flavia Costa.

2426. 2010. Lucila Zangone. Debates en torno a la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable: representaciones sociales de sexualidad, mujer, aborto y pobreza. Tutora: María Eugenia Contursi Co-tutora: Valentina Nobila.

2451. 2010. Mariana Verónica Mei. Informar sobre salud en televisión. Reflexiones sobre la construcción de las noticias sanitarias en los noticieros argentinos. Tutor: Mariano Besada.

2562. 2011. Paula Rodríguez Zoya. Medicalización y salud perfecta: la doble cara del nuevo paradigma de la salud. Análisis del discurso de la industria farmacéutica a través de spots publicitarios de productos de venta libre, (2009). Tutor: Pablo Rodríguez.

2594. 2011. Ángela Andrea Demasi. Emprendimientos sociales de salud mental. Ensayo sobre una práctica antimanicomial como forma de resistencia de las personas con padecimiento mental. Tutor: Pedro Cerruti.

2813. 2012. Ignacio Andrés García y Andrea Paola Trenti. El juego como dispositivo comunicacional para la promoción de la salud, desde una perspectiva alternativa. Tutor: Nelson Cardoso.

2820. 2012. Virginia Dorado y Analí López Almeyda. Comunicación y salud. Abrir la ventana: la percepción del riesgo de intoxicación por monóxido de carbono. Tutora: Ianina Lois.

2847. 2012. Laura Carral. La sala de espera: espacio de promoción y prevención de la salud. Tutor: Nelson Cardoso.

2994. 2013. Gerardo Giri y Gustavo Lastra. Comunicación organizacional en instituciones que brindan servicios de salud: El caso de la Clínica de Ojos Doctor Nano. Tutora: Marina Mattioli.

3023. 2013. María Beatriz Alvarez y Ana Courtalon. Actividades recreativas y culturales para los adultos mayores: el caso del Centro de Salud nro. 39, Plaza Colombia y los Centros de jubilados "Juan de Dios Filiberto y Quinquela Martín". Tutora: Adriana Ghitia.

3157. 2013. Ariana Grillo y Mauro Parra. Análisis del estado de situación actual de las acciones de difusión del Plan Nacional de sangre del Ministerio de Salud de la Nación. Tutora: Ianina Lois.

3164. 2013. Chiurazzi, Lourdes Mariel. La construcción de la salud y el bienestar en la revista Saber Vivir y el suplemento Buena Vida (2008-2009). Tutor: Paula Guitelman.

3165. 2013. Ana Laura Ixtaina y Mercedes Miño. Salud: palabras cruzadas. Modalidades de construcción discursiva de la salud en publicidades televisivas de alimentos funcionales y medicamentos de venta libre. Tutor: Claudio Centocchi.

3269. 2014. Alejandra Livschitz. Estar Conectados: usando las TIC para fomentar el trabajo colaborativo en las ONG. El caso de Salud sin daño y GGHH Connect. Tutor: Ignacio Uman.

3297. 2014. Caludio Yapura. Análisis de las representaciones sociales sobre la salud y las I.T.S.
Tutor: Roberto Montes.

3455. 2014. María Laura Arroyo y Sabrina Anabel Bettini. Los medios de comunicación y el aumento de la automedicación. La construcción de la salud y los medicamentos de venta libre en los discursos mediáticos. Tutor: Pedro Cerruti.

VIII. Anexo II: Documentos varios

Documento 1: Gacetilla de prensa 2011, página 1

INFORMACIÓN DE PRENSA

Se agradece su difusión



Consejo Argentino de Oftalmología

CAMPAÑA NACIONAL DE PREVENCIÓN DE CEGUERA POR DIABETES

El Consejo Argentino de Oftalmología anuncia una nueva edición de su tradicional campaña dirigida a pacientes diabéticos con el fin de detectar una enfermedad que puede ser causal de ceguera.

El viernes 25 de noviembre de 2011 se realizará la Campaña Nacional de Prevención de Ceguera por Diabetes que organiza el Consejo Argentino de Oftalmología sin interrupciones desde el año 1999. Médicos oftalmólogos de todo el país atenderán durante ese día a pacientes diabéticos en forma gratuita para detectar posibles cuadros de retinopatía diabética, una enfermedad nociva para la salud visual que puede ser causal de ceguera. La campaña se realizará en distintos centros oftalmológicos públicos y consistirá en la realización de fondos de ojo, un examen rápido e indoloro que comprueba la existencia o no de esta patología.

¿Qué es la retinopatía diabética?

Es una complicación de la diabetes causada por el deterioro de las arterias y venas que irrigan la retina, una capa de nervios que recubre al ojo por dentro y cuya función es percibir la luz e imágenes que llegarán al cerebro. El daño en los vasos sanguíneos puede disminuir la visión o distorsionar las imágenes. Generalmente no presenta síntomas y los riesgos de desarrollarla aumentan con el avance de la enfermedad y con el mal control de la glucemia.

¿Cómo se diagnostica?

El oftalmólogo examina el fondo de ojo, (la retina, la mácula y el nervio óptico), generalmente con la dilatación de las pupilas, aplicando gotas. Es un proceso rápido e indoloro. Si se comprueba la presencia de retinopatía diabética, se pueden efectuar otros estudios para determinar si requiere tratamiento.

¿Por qué es importante la prevención?

La diabetes es la segunda causa de ceguera en los países industrializados, y la principal en personas de 25 a 74 años. En la Argentina hay alrededor de 1.500.000 diabéticos (entre el 4 y 5% de la población), de los cuales la mitad ignora que padece esta enfermedad. Casi todos ellos desarrollarán algún grado de retinopatía diabética a lo largo de su vida.

Desde el año 2001 se han realizado 7525 consultas de pacientes diabéticos en forma gratuita. El 40% presentaba lesiones de Retinopatía Diabética y el 9% mostraba formas avanzadas de la enfermedad los cuales fueron derivados para su tratamiento correspondiente. Los pacientes que presentaban ceguera por diabetes eran del 1%.

Es necesario informar a la población de pacientes afectados por esta enfermedad sobre la necesidad de realizar controles oftalmológicos con examen del fondo de ojo al menos 1 vez por año.

La detección precoz de la enfermedad ocular permite realizar el tratamiento indicado y disminuir el porcentaje de pacientes que llegan a la ceguera por Retinopatía Diabética.

Para mayor información sobre este y otros temas relacionados con la salud visual, no dude en consultarnos.

*El Consejo Argentino de Oftalmología le recuerda a la población que el tratamiento de la enfermedad del hombre, su detección, prevención y la protección y promoción de la salud son objeto de la Medicina y que **el Médico Oftalmólogo es el único** profesional con la capacitación suficiente para realizar esta tarea dentro de su área de incumbencia.*

Para solicitar información adicional, por favor escriba a
prensa@oftalmologos.org.ar
① Tte. Gral. J. D. Perón 1479, P.B.
Buenos Aires, CP: C1037ACA
Teléfono (54-11) 4374-5400 (líneas rotativas)
www.oftalmologos.org.ar



Información de prensa

CAMPAÑA NACIONAL DE PREVENCIÓN DE CEGUERA POR DIABETES 2016

El Consejo Argentino de Oftalmología anuncia una nueva edición de su campaña gratuita destinada a pacientes diabéticos cuyo fin es detectar o descartar la presencia de una patología que puede causar ceguera.

RESUMEN

- ¿Qué es? Es una campaña nacional de prevención de ceguera por diabetes.
- ¿A quién está dirigida? A pacientes diabéticos, exclusivamente.
- ¿Quién la organiza? El Consejo Argentino de Oftalmología, la institución que nuclea a todos los oculistas del país.
- ¿Desde cuándo se organiza esta campaña? Desde 1999, una vez por año. Ya se atendieron 30.000 pacientes diabéticos.
- ¿Cuántos días dura? Uno solo, el viernes 18 de noviembre de 2016.
- ¿En qué sedes y horarios? Habrá sedes en casi todas las provincias argentinas. La lista se publica en www.ofthalmologos.org.ar/diabetes2016.
- ¿Tiene algún costo para los pacientes? No, es absolutamente gratuito.
- ¿El paciente debe pedir un turno? No, las sedes atienden por orden de llegada.
- ¿En qué consiste el examen? Se realiza un fondo de ojo, un examen indoloro que dura un par de minutos.
- ¿Qué sucede como resultado del examen? Se le comunica al paciente si está desarrollando una patología o no. También se le brinda información sobre diabetes y ceguera.

El viernes 18 de noviembre de 2016, el Consejo Argentino de Oftalmología (CAO) organizará la 18ª edición anual y consecutiva de la Campaña Nacional de Prevención de Ceguera por Diabetes.

Durante ese día, centenares de médicos oftalmólogos de todo el país atenderán a pacientes diabéticos de forma gratuita para detectar o descartar la presencia de retinopatía diabética, una enfermedad nociva para la salud visual que puede causar de ceguera. La acción consistirá en la realización de fondos de ojo, un examen rápido e indoloro que sirve para detectar rápidamente la presencia de esta patología.

CONSEJO ARGENTINO
DE OFTALMOLOGÍA

Tte. Gral. Perón 1479, PB
[C1037ACA], Buenos Aires
[+5411] 4374-5400, líneas rotativas
secretaria@ofthalmologos.org.ar

WWW.OFTALMOLOGOS.ORG.AR



La campaña se realizará en distintos centros oftalmológicos públicos y privados y contará con la coordinación del Dr. Guillermo Iribarren, jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Alemán e integrante de la Comisión de Acción Social y Prevención de la Ceguera del CAO.

¿Qué es la retinopatía diabética?

Es una complicación de la diabetes causada por el deterioro de las arterias y venas que irrigan la retina, una capa de nervios que recubre al ojo por dentro y cuya función es percibir la luz e imágenes que llegarán al cerebro. El daño en los vasos sanguíneos puede disminuir la visión o distorsionar las imágenes. Generalmente no presenta síntomas y los riesgos de desarrollarla aumentan con el avance de la enfermedad y con el mal control de la glucemia.

¿Cómo se diagnostica la retinopatía diabética?

El oftalmólogo examina el fondo de ojo (retina, mácula y nervio óptico), generalmente recurriendo a la dilatación de las pupilas, lo que se logra mediante la aplicación de gotas. Es un proceso rápido e indoloro. Si se comprueba la presencia de retinopatía diabética, se pueden efectuar otros estudios para determinar si el caso requiere tratamiento.

¿Por qué es importante la prevención?

La diabetes es la segunda causa de ceguera en los países industrializados y la principal en personas de 25 a 74 años. En la Argentina hay alrededor de 1.500.000 diabéticos (entre el 4 y 5% de la población, y se estima que la mitad de ellos ignora que padece esta enfermedad). Casi todos los pacientes diabéticos desarrollarán algún grado de retinopatía a lo largo de su vida.

Desde el año 2001 se han atendido más de 12.000 pacientes diabéticos en forma gratuita. El 40% de ellos presentaba lesiones compatibles con retinopatía diabética y el 9% mostraba formas avanzadas de la enfermedad, los cuales fueron derivados para su tratamiento correspondiente. También se comprobó que el 1% de los pacientes presentaba ceguera por diabetes.

Es necesario informar a la población diabética sobre la necesidad de realizar controles

CONSEJO ARGENTINO
DE OFTALMOLOGÍA

Tte. Gral. Perón 1479, PB
[C1037ACA], Buenos Aires
[+5411] 4374-5400, líneas rotativas
secretaria@oftalmologos.org.ar

WWW.OFTALMOLOGOS.ORG.AR



oftalmológicos con examen del fondo de ojo al menos 1 vez por año. La detección precoz de la enfermedad ocular permite realizar el tratamiento indicado y disminuir el porcentaje de pacientes que llegan a la ceguera por retinopatía diabética.

Para mayor información sobre este y otros temas relacionados con la salud visual, no dude en consultarnos.

El Consejo Argentino de Oftalmología le recuerda a la población que el tratamiento de la enfermedad del hombre, su detección, prevención y la protección y promoción de la salud son objeto de la Medicina y que el médico oftalmólogo es el único profesional con la capacitación suficiente para realizar esta tarea dentro de su área de incumbencia.

Para solicitar información adicional, por favor escriba a comunicacion@oftalmologos.org.ar
Tte. Gral. J. D. Perón 1479, P.B.
Buenos Aires, CP: C1037ACA
Teléfono (54-11) 4374-5400 (líneas rotativas)

CONSEJO ARGENTINO
DE OFTALMOLOGÍA

Tte. Gral. Perón 1479, PB
C1037ACA, Buenos Aires
(+5411) 4374-5400, líneas rotativas
secretaria@oftalmologos.org.ar

WWW.OFTALMOLOGOS.ORG.AR



Información de prensa

Prevenir la ceguera por diabetes es posible

Médicos oftalmólogos de todo el país atenderán gratuitamente a pacientes diabéticos, con el fin de detectar posibles cuadros de retinopatía diabética.

Buenos Aires, noviembre de 2016.- El **viernes 18 de noviembre** se realizará la 18° edición de la **Campaña Nacional de Prevención de Ceguera por Diabetes**, que organiza el **Consejo Argentino de Oftalmología (CAO)**, dirigida a pacientes diabéticos con el fin de detectar o descartar la presencia de una patología que puede causar ceguera.

Esta campaña, que cuenta con el apoyo de **Transitions Optical**, se llevará a cabo en **165** centros oftalmológicos públicos y privados de todo el país. Estará a cargo del **Dr. Guillermo Iribarren**, Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Alemán e integrante de la Comisión de Acción Social y Prevención de la Ceguera del CAO.

El exámen es **totalmente gratuito** y consiste en un **fondo de ojos**, no duele, es rápido y en pocos minutos se obtiene el resultado.

El listado de las sedes adheridas ya está disponible en www.oftalmologos.org.ar/diabetes2016

El **Dr. Guillermo Iribarren**, coordinador de la acción, explica que *"la retinopatía diabética es una complicación de la diabetes que puede ocasionar una pérdida severa de la vista, e incluso ceguera. La enfermedad, generalmente en su inicio, no presenta síntomas y los riesgos de desarrollarla aumentan con su avance y con el control inadecuado de la glucemia"*.

Además, el especialista advierte que *"en Argentina hay alrededor de 1.500.000 diabéticos (entre el 4 y 5% de la población) y se estima que la mitad de ellos ignora que padece esta enfermedad"*. Por eso, es fundamental que el paciente diabético asista al oftalmólogo al menos una vez por año.

Desde la primera edición de la campaña, año 1997, ya se han atendido a más de 23.000 pacientes diabéticos en forma gratuita. El 40% de ellos presentaba lesiones compatibles con retinopatía diabética y el 9% mostraba formas avanzadas de la enfermedad, los cuales fueron derivados para su tratamiento correspondiente. También se comprobó que el 1% de los pacientes presentaba ceguera por diabetes.

Para mayor información de Prensa, favor contactarse con: Mariel Guzmán/Karina Balanda de AssetComm SRL

Tel.: 54 (011) 5689-5927 - E-mail: kbalanda@asset-comm.com.ar



RESUMEN

- ¿Qué es?** Es una campaña nacional de prevención de ceguera por diabetes.
- ¿A quién está dirigida?** A pacientes diabéticos, exclusivamente.
- ¿Quién la organiza?** El Consejo Argentino de Oftalmología, la institución que nuclea a todos los oculistas del país.
- ¿Desde cuándo se organiza esta campaña?** Desde 1998, una vez por año. Ya se atendieron 23.000 pacientes diabéticos.
- ¿Cuántos días dura?** Uno solo, el viernes 18 de noviembre de 2016.
- ¿En qué sedes y horarios?** Habrá sedes en casi todas las provincias argentinas. La lista se publica en www.ofthalmologos.org.ar/diabetes2016.
- ¿Tiene algún costo para los pacientes?** No, es absolutamente gratuito.
- ¿El paciente debe pedir un turno?** No, las sedes atienden por orden de llegada.
- ¿En qué consiste el examen?** Se realiza un fondo de ojo, un examen indoloro que dura un par de minutos.
- ¿Qué sucede como resultado del examen?** Se le comunica al paciente si está desarrollando una patología o no. También se le brinda información sobre diabetes y ceguera.

De esta manera Transitions Optical advierte, y lo manifiesta en el apoyo que brinda a estas acciones, que el examen regular de la vista es esencial para una detección precoz que asegurará un tratamiento adecuado al paciente.

Acerca de Transitions Optical

Transitions Optical es el proveedor líder en lentes fotosensibles (adaptables) plásticos para la industria óptica en el mundo. Después de haber sido, con éxito, el primero en la fabricación y comercialización de lentes adaptables de plástico en 1990, y como resultado de su inversión incesante en la investigación, el desarrollo y la tecnología, Transitions Optical ofrece una amplia variedad de productos, estableciendo nuevos estándares de rendimiento avanzado para proporcionar cada vez mayor confort visual y protección contra los rayos UV. El liderazgo del producto, su enfoque en el consumidor y la excelencia a nivel operacional han hecho de Transitions® una de las marcas de consumo más reconocidas en el sector óptico. Para obtener más información sobre la compañía y los lentes Transitions, visite Transitions.com

*Para mayor información de Prensa, favor contactarse con: Mariel Guzmán/Karina Balanda de AssetComm SRL
Tel.: 54 (011) 5689-5927 - E-mail: kbalanda@asset-comm.com.ar*

Documento 8: Tarjetón hasta 2014, frente

CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DE LA CEGUERA POR DIABETES

Retinopatía Diabética

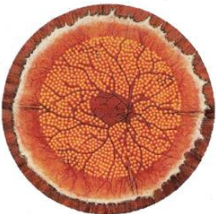
Cortesía Dr. L. A. Irarrázaval

Eliminando la ceguera prevenible

- A los 10 años de diagnosticada la diabetes, hasta el 5% de los pacientes quedan ciegos, y hasta el 33% disminuyen su visión a la mitad. Estas cifras empeoran notablemente con la duración de enfermedad.
- El paciente diabético debe realizar controles diarios de glucemia y, cada 2 a 3 meses, de hemoglobina glicosilada.
- Con hemoglobina glicosilada A1c mayor de 9%, casi siempre hay complicaciones; con menor de 7% casi nunca
- El control estricto de la glucemia, evita el desarrollo o disminuye la progresión de la retinopatía diabética en más del 60%.
- El examen de fondo de ojo debe ser efectuado con pupila dilatada, estudiando el polo posterior y la periferia.
- La angiografía fluoresceínica no siempre da la información necesaria para un correcto estudio de la retinopatía.
- La panfotocoagulación aplicada en el momento oportuno previene la pérdida visual severa en cerca del 90% de los casos

Panfotocoagulación

Un tratamiento completo con láser, debe constar como mínimo de 1200 a 1600 disparos de 500 µm de diámetro, separados por un espacio equivalente a la mitad de un disparo, cubriendo la retina desde las arcadas temporales hasta el ecuador (vorticosas). Se debe continuar el tratamiento hasta lograr una regresión o estabilización de la retinopatía.



Conducta Sugerida en Retinopatía Diabética

Evolución

International Clinical Diabetic Retinopathy Disease Severity Scale

Estadio y lesiones	Control	Láser
Ausente: Sin retinopatía aparente.	Anual	No
Leve: Solo escasos microaneurismas.	Anual	No
Moderada: Microaneurismas/hemorragias más abundantes, con rosario venoso y/o IRMA leves (más que solo microaneurismas pero menos que la forma no proliferativa severa)	6 a 12 meses	No
Severa (antes llamada preproliferativa): Esta forma se define por alguna de las siguientes características: 1. más de 20 hemorragias intrarretinales en cada uno de los 4 cuadrantes 2. zorroamiento venoso evidente en 2 o más cuadrantes 3. anomalías vasculares intrarretinales evidentes en 1 o más cuadrantes 4. Sin signos de retinopatía proliferativa.	4 meses	Panfotocoagulación
Presencia de neovasos del disco o de retina. Hemorragia vítrea o prerretinal.	Según evolución	¡Panfoto coagulación urgente!
Edema Macular Presente: Focal	2 a 4 meses	Control metabólico Fotocoagulación focal
Difuso	2 a 4 meses	Esteroides Antiangiogénicos Drogas en estudio
Tracción vitreomacular	2 a 4 meses	Vitrectomía

Examen Oftalmológico

Edad al diagnóstico	Primer examen oftalmológico	Control
0-30 años	Dentro de los 5 años del diagnóstico.	Anual
31 años o mayor	No hay retinopatía antes de pubertad.	Anual
Embarazo	Con el diagnóstico.	Trimestral
	Antes de la concepción o con el diagnóstico.	

Reunión de consenso
Sociedad Argentina de Diabetes - Sociedad Argentina de Retina y Vítreo

Bausch&Lomb.

Documento 9: Tarjetón hasta 2014, dorso

CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DE LA CEGUERA POR DIABETES

Puntos Claves en la Evolución de la Retinopatía Diabética

Cortesía Dr. L. A. Irarrázaval

Eliminando la ceguera prevenible

Retinopatía Diabética No Proliferativa Severa

Preproliferativa: más de 50% de proliferación en un año

Definición: Uno o más de las siguientes (regla del 4-2-1):

- Microhemorragias y/o Microaneurismas severos en los 4 cuadrantes (foto 1).
- Rosario Venoso en al menos 2 cuadrantes (foto 2).
- IRMA (anomalía microvascular intra retinal) en al menos 1 cuadrante (foto 3).

Aspecto sucio y desordenado del fondo de ojo, pero sin neovasos.

Conducta: Panfotocoagulación en todos los casos. Antes de este estadio no se debe panfotocoagular, salvo caso excepcional.

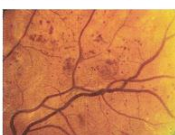
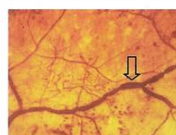
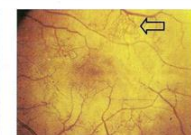




Foto 1

Foto 2

Foto 3

Retinopatía Diabética Proliferativa

35% con ceguera legal en 2 años

Definición: Uno o más de las siguientes:

- Cualquier neovascularización, tanto del disco como de la retina (foto 4 y 5).
- Hemorragia prerretinal o intravítrea (foto 6).

Conducta: ¡Panfotocoagulación urgente y completa en todos los casos!! Ningún paciente debe llegar a, o pasar de esta etapa sin ser panfotocoagulado.

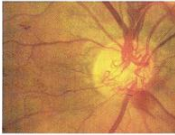
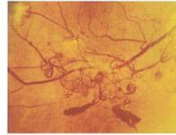




Foto 4

Foto 5

Foto 6

Edema Macular Presente

Causa más frecuente de disminución de visión en diabéticos, aunque no produzca ceguera (foto 7).

Definición:

Leve: Engrosamiento de retina y/o exudados duros en el polo posterior distantes de la fóvea

Moderado: Engrosamiento de retina y/o exudados duros cercanos pero no en el centro foveal

Severo: Engrosamiento de retina y/o exudados duros que compromete la fóvea. El edema macular puede ser focal o difuso.



Foto 7

La identificación y el tratamiento con láser de los pacientes que han llegado a los estadios de riesgo de la retinopatía, o de los con edema macular, puede reducir la pérdida visual hasta un 90%. La vitrectomía también puede salvar la visión en muchos casos de hemorragia vítrea, desprendimiento de retina o edema macular.

PUNTOS CLAVES EN LA EVOLUCIÓN DE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA

RETINOPATÍA DIABÉTICA NO PROLIFERATIVA SEVERA
Preproliferativa: más de 50% de proliferación en un año
Definición: uno o más de las siguientes (regla del 4-2-1).

- Microhemorragias y/o microaneurismas severos en los cuatro cuadrantes (ver Foto 1).
- Rosario venoso en al menos dos cuadrantes (ver Foto 2).
- IRMA (Anomalía microvascular intra retinal) en al menos un cuadrante (ver Foto 3).

Aspecto del fondo de ojo: sucio y desordenado, pero sin neovasos.
Conducta: panfotocoagulación en todos los casos. Antes de este estadio no se debe panfotocoagular, salvo caso excepcional.

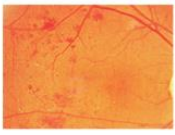
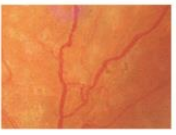
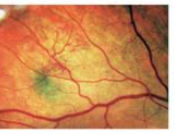
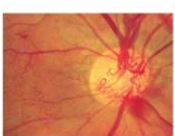




FOTO 1
FOTO 2
FOTO 3

RETINOPATÍA DIABÉTICA PROLIFERATIVA
35% con ceguera legal en 2 años
Definición: uno o más de las siguientes.

- Cualquier neovascularización, tanto del disco como de la retina (ver Fotos 4 y 5).
- Hemorragia prerretinal o intravítrea (ver Foto 6).

Conducta: panfotocoagulación urgente y completa en todos los casos. Ningún paciente debe llegar a esta etapa, o atravesarla, sin ser panfotocoagulado.



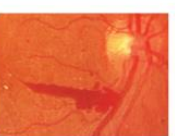
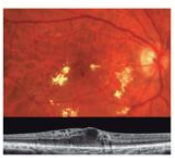


FOTO 4
FOTO 5
FOTO 6

EDEMA MACULAR CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO
Causa más frecuente de disminución de visión en diabéticos. Se debe tratar antes de que disminuya la visión (preventivo).
Definición: engrosamiento de retina y/o exudados duros que afectan o amenazan la fovea (ver Foto 7).
Conducta:

- Edema focal: láser de los microaneurismas que filtran.
- Edema difuso: tratamiento clínico intensivo combinado con antiangiogénicos intravítreos hasta que mejore el edema.
- Edema traccional: tratamiento con vitrectomía.



La identificación y el tratamiento con láser de los pacientes que han llegado a los estadios de riesgo de la retinopatía, o de los con edema macular, puede reducir la pérdida visual en más del 90% de los casos. La vitrectomía también puede salvar la visión en muchos casos de hemorragia vítrea, desprendimiento de retina o edema macular.

FOTO 7

PUNTOS CLAVES EN LA EVOLUCIÓN DE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA

DATOS IMPORTANTES

- A los 10 años de diagnosticada la diabetes, hasta el 5% de los pacientes es ciego y el 33% disminuye su visión a la mitad. Estas cifras empeoran con la duración de enfermedad.
- Todos los diabéticos tienen riesgo de ceguera, pero en el 99% de los casos se puede prevenir.
- El paciente diabético debe realizar controles diarios de glucemia (varios por día, de ser necesario) y, cada 2 a 3 meses, controles de hemoglobina glicosilada.
- Con hemoglobina glicosilada A1c mayor de 9%, casi siempre hay complicaciones; con menor de 7%, casi nunca.
- El control estricto de la glucemia evita el desarrollo o disminuye la progresión de la retinopatía diabética en casi todos los casos.
- El examen de fondo de ojo debe ser efectuado con pupila dilatada, estudiando el polo posterior y la periferia.
- La angiografía fluoresceínica no siempre brinda la información necesaria para un correcto estudio de la retinopatía, pero es muy útil.
- La panfotocoagulación aplicada en el momento oportuno previene la pérdida visual severa en más del 90% de los casos.

PANFOTOCOAGULACIÓN

Un tratamiento completo con láser debe constar como mínimo de 1200 a 1600 disparos de 500 µm de diámetro, separados por un espacio equivalente a la mitad de un disparo, cubriendo la retina desde las arcadas temporales hasta el ecuador (vorticosas) o más adelante.

Se debe continuar el tratamiento hasta lograr una regresión o estabilización de la retinopatía.



CONDUCTA SUGERIDA EN RETINOPATÍA DIABÉTICA

EVOLUCIÓN
International Clinical Diabetic Retinopathy Disease Severity Scale

Estadio y lesiones	Control	Láser
RD ausente: Sin retinopatía aparente.	Anual	No
Leve: Solo escasos microaneurismas.	Anual	No
Moderada: Microaneurismas/ hemorragias más abundantes, con rosario venoso y/o IRMA leves.	9 meses	No
Severa: Microaneurismas/ hemorragias severos en 4 cuadrantes o rosario venoso en 2 cuadrantes, o IRMA severo en uno.	4 meses	Panfotocoagulación (PFC) siempre
RD proliferativa: Presencia de neovasos del disco o de retina. Hemorragia vítrea o prerretinal.	Según evolución	Panfotocoagulación (PFC) urgente
Edema macular clínicamente significativo: Puede estar presente en cualquier estadio y presentarse como focal, difuso o cistóideo.	2-4 meses	Láser en focal; anti-angiogénicos seriados en casi todos los casos

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

Edad al diagnóstico	Primer examen oftalmológico	Control
0-30 años	Dentro de los 5 años del diagnóstico No hay retinopatía antes de pubertad.	Anual
31 años o mayor	Con el diagnóstico.	Anual
Embarazo	Antes de la concepción o con el diagnóstico.	Trimestral

Esta pieza informativa se realizó gracias al valioso aporte del Dr. Arturo Irrazábal.

CAO

112

Versión online [aquí](#).

NEWSLETTER CAO



Inscripción a la Campaña de Diabetes 2014

El Consejo invita a los oftalmólogos argentinos a participar de la Campaña Nacional de Prevención de la Ceguera por Diabetes 2014.

La campaña se desarrollará el viernes **21 de noviembre de 2014** en todo el país, bajo la coordinación del Dr. Guillermo Iribarren.

La inscripción estará disponible desde hoy, miércoles 3 de septiembre, **hasta el lunes 22 de septiembre**, inclusive.

Los interesados en coordinar una sede deberán leer atentamente los **requisitos y compromisos** y luego completar el formulario online.

Detalles e inscripción

Copyright © 2014 Consejo Argentino de Oftalmología.

[Anular mi suscripción](#) [Actualizar mi suscripción](#)



Versión online [aquí](#).

NEWSLETTER CAO



Inscripción a la Campaña de Diabetes 2015

El Consejo invita a los oftalmólogos argentinos a participar de la Campaña Nacional de Prevención de la Ceguera por Diabetes 2015.

La inscripción de sedes estará disponible hasta el miércoles 30 de septiembre, inclusive.

La campaña se desarrollará el viernes 27 de noviembre de 2015 en todo el país, bajo la coordinación del Dr. Guillermo Iribarren.

Los interesados en coordinar una sede deberán leer atentamente los requisitos y compromisos y luego completar el formulario online.

Condiciones generales

- La campaña se desarrollará únicamente el viernes 27 de noviembre de 2015. Las actividades que se organicen en otros días y horarios no contarán con el aval de la institución.
- Se denomina Coordinador de sede a la persona que inscribe una sede.
- En caso de que dos personas inscriban una misma sede, el Consejo se comunicará con ellas para que resuelvan la situación. En caso de falta de acuerdo, se adjudicará la sede a quien haya realizado la inscripción en primer lugar.
- La campaña se puede desarrollar en hospitales públicos, clínicas privada, consultorios, etc.

Compromiso del Coordinador de sede

- Garantizar la atención en el día, dirección y horario pautado.
- Garantizar que cuenta con la autorización necesaria para coordinar la actividad en la sede que propone.
- Comunicar a la administración del establecimiento elegido, al personal de recepción y a todas las personas que sea necesario, la realización del evento, con el objetivo de dirigir correctamente a los pacientes.
- En caso de ser necesario, comunicar al Consejo, con una anticipación superior a las 72 hs., la suspensión de la atención en su sede.

Durante la campaña, deberá:

- Preocuparse por la correcta llegada de los pacientes al lugar de atención.
- Controlar que los médicos que colaboren en su sede completen correctamente las fichas de pacientes.

Una vez finalizada la campaña, deberá:

- Remitir las planillas al Consejo antes del viernes 4 de diciembre a Tte. Gral. Perón 1479, PB, (1037), Buenos Aires (en papel); o a administracion@oftalmologos.org.ar (digital).
- En ese mismo envío, deberá detallar el nombre y apellido de los médicos que colaboraron, para que se puedan expedir los certificados correspondientes.

Compromiso del Consejo con los Coordinadores de sede

- Mantenerlos informados.
- Enviarles materiales de campaña.
- Enviar certificados de participación a todos los médicos que figuren en su informe como colaboradores.

[Inscripción »](#)
Versión online [aquí](#).

18ª EDICIÓN

Campaña de Diabetes 2016: inscripción



Desde hoy y hasta el lunes 12 de septiembre estará disponible la inscripción online de sedes para participar en la Campaña Nacional de Prevención de la Ceguera por Diabetes 2016.

La campaña se realizará el viernes 18 de noviembre bajo la coordinación del Dr. Guillermo Iribarren.

Los interesados en coordinar una sede deberán leer atentamente los requisitos y compromisos y luego completar el formulario online.

Condiciones generales

- La campaña se desarrollará únicamente el viernes 18 de diciembre de 2016. Las actividades que se organicen en otros días y horarios no contarán con el aval de la institución.
- Se denomina Coordinador de sede a la persona que inscribe una sede.
- En caso de que dos personas inscriban una misma sede, el Consejo se comunicará con ellas para que resuelvan la situación; en caso de no haber acuerdo, se adjudicará la sede a quien haya realizado la inscripción en primer lugar.
- La campaña se puede desarrollar en hospitales públicos, clínicas privada, consultorios, etc.

Compromiso del Coordinador de sede

- Garantizar que cuenta con la autorización necesaria para coordinar la actividad en la sede que propone.
- Garantizar la atención en el día, dirección y horario pautado.
- Comunicar a la administración del establecimiento elegido, al personal de recepción y a todas las personas que sea necesario, la realización del evento, con el objetivo de dirigir correctamente a los pacientes.
- En caso de ser necesario, comunicar al Consejo, con una anticipación superior a las 72 hs., la suspensión de la atención en su sede.

Durante la campaña, deberá:

- Velar por la correcta llegada de los pacientes al lugar de atención.
- Controlar que los médicos que colaboren en su sede completen correctamente las fichas de pacientes.

Una vez finalizada la campaña, deberá:

- Remitir las planillas al Consejo en formato digital (preferentemente) o en papel antes del viernes 16 de diciembre. Planillas digitales: administracion@oftalmologos.org.ar (digital). Planillas en papel: Consejo Argentino de Oftalmología, Tte. Gral. Perón 1479, PB, (1037), Ciudad de Buenos Aires.
- Detallar el nombre y apellido de los médicos que colaboraron, para que se puedan expedir los certificados correspondientes.

Compromiso del Consejo con los Coordinadores de sede

- Mantenerlos informados.
- Enviarles materiales de campaña.
- Enviar certificados de participación a todos los médicos que figuren en su informe como colaboradores.

Si está de acuerdo con estos compromisos, por favor inscribise en el siguiente enlace:

[Inscripción de Sedes »](#)

Documento 15: Ficha de pacientes 2010

Número	Nombre y Apellido	Dirección	Localidad	Teléfono	Edad	Sexo	Antigüedad DBT	Dieta	Hipog orales	Insulina	No tto	Ultimo Ex Oftalm	Fotocoagui previa	Sin retinopatía	RD no prol leve mod	RD no prol severa	RD proliferante	Edema macular	Ceguera x DBT	Otras patolog ocular	Próximo Control	Indicación Fotocoag	Otros
1	RIOS ANASTACIO	RIVADAIA 112 EMP LOBOS	LOBOS		67	M	5	SI	NO	SI	SI	2010,00	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	6 MESES	NO	NO
2	COLETA FRANCISCO	CUARTEL SEGUNDO	LOBOS		54	M	5	SI	SI	NO	NO	2010,00	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1 AÑO	NO	NO
3	ESTEVEZ ANA MARIA	VILLEGAS 3751	SAN JUSTO		62	F	10	SI	NO	SI	SI	2009,00	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1 AÑO	NO	NO
4	PICONE LEOPOLDO	LAGUNA DE LOBOS	LOBOS		84	M	20	SI	SI	NO	NO	2010,00	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	6 MESES	NO	NO
5	PAREA ROSA ESTHER	PIPO 243	GRAL LAS HERAS		51	F	10	SI	NO	SI	NO	2009,00	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1 AÑO	NO	NO
6	GARCIA HORACIO	LIBERTAD 555	MONTE		58	M	10	SI	NO	SI	SI	2009,00	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	6 MESES	NO	NO
7	GALVAN ELSA	AVELLANEDA 1245	MARCOS PAZ		55	F	2	SI	NO	SI	NO	2010,00	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	1 AÑO	NO	NO
8	FERNANDEZ JUAN	LAGUNA DE LOBOS	LOBOS		84	M	30	SI	SI	SI	NO	2009	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	6 MESES	NO	NO
9	TERAN ANGELA	DEL VALLE 169	LOBOS		84	F	30	SI	SI	NO	NO	2009,00	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	6 MESES	NO	NO
10	GOMEZ LEONEL	BRAGADO SIN NUMERO	GONZALEZ CATAN		20	M	3	NO	NO	SI	SI	2010,00	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1 AÑO	NO	NO
11	CORTEZ MARIA JOSE	CUARTEL CUARTO	LOBOS		15	F	2	SI	SI	NO	NO	2010,00	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1 AÑO	NO	NO
12	MIRI CELESTINO	LAMADRID 564 EMPALME LOBOS	LOBOS		54	M	10	SI	SI	NO	NO	2010,00	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	1 AÑO	NO	NO
13	ACOSTA JORGELINA	SAN VICENTE 1041	CAÑUELAS		78	F	20	SI	SI	NO	NO	2009,00	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	6 MESES	NO	NO
14	CASTILLO OLGA	CALLE 24	GRAL LAS HERAS		57	F	15	NO	NO	SI	SI	2009,00	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	6 MESES	NO	NO
15	ZEVALLES PEDRO	EMPALME LOBOS	LOBOS		78	M	20	SI	NO	SI	SI	2009,00	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	6 MESES	NO	NO
16																							

Documento 16: Planilla de pacientes 2014

Campaña DBT año..... Provincia..... Centro/hospital.....				Número de hoja.....																
CÓDIGOS	X	Letras	Años (redondear)	Complete con SI- NO según corresponda										n°	Meses o años					
				Tratamientos				Sobre ROP			Patologías					Trat. antiangiogénico	Iniciación fotocoagulación			
				SIN TRATAMIENTO	Dieta	Hipoglucemiantes orales	Insulina	Fotocoagulación previa	Vitrectomía previa	SIN RETINOPATÍA	RD no prolif. leve- mod	RD no prolif. severa	RD proliferante	Edema macular	Ceguera x DBT			Otras patolog. oculares	Corticoides intravítreos	
EJEMPLO	EJ	FG	M	59	20	2	Último examen. oftalm.	SIN TRATAMIENTO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	3 MESES
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

Por favor complete todas las casillas.

Utilice solamente los códigos que figuran en la fila de **CÓDIGOS**

No agregar datos que no sean solicitados en esta planilla.

Completar con letra clara y legible.

[illegible]



Buenos Aires, 28 de marzo 2012.

El **CONSEJO ARGENTINO DE OFTALMOLOGIA** certifica que la

Dr. Emiliano Florian

ha participado activamente en las jornadas gratuitas para el diagnóstico preventivo en el marco de:

**CAMPAÑA NACIONAL DE PREVENCIÓN DE CEGUERA POR
RETINOPATÍA DIABÉTICA
(Noviembre, 2011)**

Dr. Ernesto Ferrer
Presidente



Buenos Aires, 10 de diciembre 2015.

El CONSEJO ARGENTINO DE OFTALMOLOGIA certifica que el

Dr. Matias Haffar

ha participado activamente en las jornadas gratuitas para el diagnóstico preventivo en el marco de:

***CAMPAÑA NACIONAL DE PREVENCIÓN DE
LA CEGUERA POR DIABETES
(Noviembre, 2015)***

Dr. Pablo Daponte
Presidente del Consejo