



NACIONAL



RESOLUCIÓN 1156/2014
MINISTERIO DE SALUD (M.S.)

Apruébase el “PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS”.

Del: 23/07/2014; Boletín Oficial 28/07/2014.

VISTO el Expediente 2002-12844/14-1 del registro del MINISTERIO DE SALUD, la [Ley N° 23.753](#) y sus modificatorias, el [Decreto N° 1271](#) del 23 de octubre de 1998, la Resolución de la ex-SECRETARIA DE SALUD N° 45 del 24 de enero de 1994, las Resoluciones Ministeriales N° [301](#) del 16 de abril de 1999, N° [2271](#) del 17 de diciembre de 2010, y

CONSIDERANDO:

Que por [Ley N° 23.753](#) se asigna la función a este MINISTERIO DE SALUD de coordinar la planificación de acciones tendientes a asegurar a los pacientes diabéticos los medios terapéuticos y de control evolutivo.

Que el artículo 5°, incorporado por la [Ley N° 26.914](#), dispone que este Ministerio como autoridad de aplicación debe establecer las Normas de Provisión de Medicamentos e Insumos, las que deberán ser revisadas y actualizadas como mínimo cada dos años.

Que el [Decreto N° 1271/98](#) señala que deberán disponerse las medidas necesarias para garantizar a los pacientes con diabetes el aprovisionamiento de los medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol que se estimen como elementos indispensables para un tratamiento adecuado, según lo establecido en PROGRAMA NACIONAL DE DIABETES (PRONADIA) y las normas técnicas aprobadas por autoridad competente en el orden nacional.

Que por [Resolución N° 301](#) del 16 de abril de 1999 se aprobó el PROGRAMA NACIONAL DE DIABETES (PRONADIA) y las Normas de provisión de medicamentos e insumos.

Que la [Resolución N° 2271](#) del 17 de diciembre de 2010 pone en cabeza de la DIRECCION DE PROMOCION DE LA SALUD Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES la misión de coordinar los programas dirigidos a la prevención y control de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.

Que la DIRECCION DE PROMOCION DE LA SALUD Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES ha elaborado una propuesta de modificación del Programa Nacional de Diabetes, PRONADIA.

Que asimismo, considerando las modificaciones realizadas a la [Ley N° 23.753](#) a partir del dictado de la [Ley N° 26.914](#), la DIRECCION DE PROMOCION DE LA SALUD Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES ha elaborado en conjunto con la Sociedad Argentina de Diabetes, la Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo, el Centro de Endocrinología Experimental y Aplicada, la Federación Argentina de Diabetes, y la Liga de Protección al Diabético, una propuesta de actualización a las Normas de Provisión de Medicamentos e Insumos.

Que la SUBSECRETARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS y la SECRETARIA DE PROGRAMAS SANITARIOS han prestado la debida conformidad.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se dicta en ejercicio de las facultades conferidas por la “Ley de Ministerios” T.O. 1992, la [Ley N° 23.753](#) y el [Decreto N° 1271/98](#).

Por ello,

El Ministro de Salud resuelve:

Artículo 1°.- Apruébase el “PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS” que como ANEXO I forma parte de la presente.

Art. 2°.- El “PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS” funcionará en el ámbito de la SECRETARÍA DE PROMOCIÓN Y PROGRAMAS SANITARIOS, bajo la órbita de la DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.

Art. 3°.- Apruébanse las “NORMAS DE PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PERSONAS CON DIABETES” que como ANEXO II forma parte de la presente.

Art. 4°.- Apruébase el “MODELO DE CERTIFICADO PARA LA ACREDITACIÓN DE PERSONAS CON DIABETES” que como ANEXO III forma parte de la presente. Las Obras Sociales (Leyes N° [23.660](#) y N° [23.661](#)) y las Entidades de Medicina Prepaga ([Ley N° 26.682](#)) podrán, en cumplimiento de lo establecido por la [Ley N° 23.753](#) y sus modificatorias, y a los fines de garantizar el acceso de la cobertura y evitar barreras, expedir la certificación a través de sus efectores. Esta certificación se hará al momento del diagnóstico y seguirá vigente mientras el paciente revista el carácter de enfermo crónico.

Art. 5°.- Los ANEXOS I, II y III de la presente resolución pasarán a integrar el Sistema de Prestaciones Médicas Obligatorias (PMO).

Art. 6°.- Abróguese la [Resolución N° 301](#) del 16 de abril de 1999 de este MINISTERIO DE SALUD.

Art. 7°.- Las Obras Sociales Nacionales, las entidades de medicina prepaga y los demás actores del Sistema Nacional de Seguro de Salud deberán establecer los procedimientos administrativos necesarios a fin de garantizar la provisión de medicamentos e insumos acorde lo estipulado en el ANEXO II de la presente norma. Se invita a las jurisdicciones provinciales y a la CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES a instrumentar los mecanismos necesarios tendientes a garantizar la cobertura a las personas que no estén comprendidas en el Sistema Nacional de Seguro de Salud.

Art. 8°.- Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

Dr. Juan Luis Manzur, Ministro de Salud.

ANEXO I:

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DIABETES MELLITUS (PRONADIA)

A-INTRODUCCIÓN

B-JUSTIFICACIÓN

C-ANTECEDENTES

D-PRINCIPIOS ORIENTADORES DEL PROGRAMA

E-PROPOSITOS

F-OBJETIVOS

G-ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

1. Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes
2. Fortalecer la capacidad de los servicios de salud para la prevención y el control de las personas con Diabetes Mellitus y sus factores de riesgo.
3. Incrementar la prevención y detección temprana de la Diabetes Mellitus
4. Mejorar la educación diabetológica, el grado de adhesión al tratamiento y el automanejo de las personas con Diabetes Mellitus
5. Fortalecer la vigilancia epidemiológica de la Diabetes Mellitus y sus factores de riesgo

H-BIBLIOGRAFÍA

A-INTRODUCCIÓN

En Argentina, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se relacionan con más del 65% de las muertes, y hemos comenzado un proceso de transición epidemiológica. Dentro de las ECNT, las enfermedades cardiovasculares explican una gran proporción de esa mortalidad.

En las dos Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo (ENFR)¹ realizadas en Argentina en 2005 y 2009, se midieron los principales indicadores asociados a diabetes y obesidad entre adultos de 18 años y más, tales como: de realización de mediciones de glucemia, autorreporte de diabetes o glucemia

elevada y prevalencia de obesidad.

En relación a diabetes, los resultados de la segunda ENFR mostraron que la prevalencia de realización de mediciones de la glucemia tuvo un significativo incremento cercano al 9% (75,7%), respecto de la primera encuesta (69,3%). Asimismo, el autoreporte de diabetes o glucemia elevada se incrementó en forma significativa en 5 años: mientras que en la primera ENFR fue de 8,4%, en 2009 el indicador ascendió a 9,4%.

Por su parte, la segunda ENFR evidenció que la prevalencia de obesidad a nivel nacional también manifestó un aumento importante en 4 años, ascendiendo de 14,6% en 2005 al 18% en 2009.

Nuestro país cuenta también con datos de obesidad en adolescentes de 13 a 15 años, surgidos de las Encuestas Mundiales de Salud Escolar (EMSE), realizadas en 2007 y 2012 a nivel nacional. El análisis de las mismas, evidencia que entre jóvenes también se registró un avance significativo de la prevalencia de obesidad, ascendiendo de 4,4% en 2007 a 5,9% en 2012.

La diabetes es una de las principales causas de enfermedad y muerte prematura en la mayoría de los países. Es el tercer factor de riesgo de importancia, en relación a la mortalidad, atribuible a nivel global. Se estima que en el mundo, el número total de individuos que padecen diabetes se elevará de 171 millones de personas en el año 2000 a 366 millones en el año 2030.²

La Federación Internacional de la Diabetes (IDF), estimó en 2012 que 371 millones de personas padecían diabetes en el mundo y que 4,8 millones de adultos murieron por causas atribuibles a la misma, esto equivale a una muerte cada 7 segundos.³ La diabetes produce alteraciones microvasculares que determinan complicaciones graves como retinopatía, causante del 7% de las cegueras en nuestro país⁴. Según datos del Registro Argentino de Diálisis Crónica, la neuropatía diabética constituye la 1ra. causa de diálisis, representando el 35,5% de casos incidentes y 25,6% de los casos prevalentes.⁵

Por otra parte, los trastornos macrovasculares (aterosclerosis) determinan proximalmente el 13% de los infartos de miocardio.⁶

En nuestro país, la diabetes tiene una carga importante. En 2009, fue la séptima causa de muerte con una tasa de mortalidad de 19,2 por cada 100.000 habitantes, y representó 1.328.802 años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos en la población adulta. La mayor parte de esta carga afecta a mujeres y personas de más de cincuenta años de edad⁷. Según el Estudio Nacional de la Carga de Enfermedad, la diabetes fue la novena y undécima causa de años de vida perdidos por mujeres y hombres, respectivamente. En cuanto a los AVAD, la diabetes también ocupa el sexto lugar en mujeres y el séptimo en hombres.⁸

En 2010, se estimó que la diabetes representó el 8% del gasto en salud. Su creciente prevalencia y las complicaciones asociadas, especialmente las cardiovasculares, representan una amenaza para la sostenibilidad de los sistemas de salud.⁹

Para un correcto abordaje de esta problemática, es necesario abarcar los distintos niveles de acción (comunitario, provincial y nacional) y en diversos sectores (salud, educación, desarrollo urbano, producción, recreación y deportes, etc.).¹⁰

La relevancia de los factores de riesgo (FR) de las ECNT se evidencia a través de la aprobación, por parte de la Organización Mundial de la Salud, de la Estrategia para Alimentación Saludable y Vida Activa¹¹; y de la aprobación, por la Asamblea Mundial de la Salud, de la Estrategia Mundial para las Enfermedades No Transmisibles.¹² Ambos documentos revisan la evidencia sobre la asociación entre FR y ECNT, y se define una estrategia general para la implementación de políticas a nivel nacional.

La detección temprana de diabetes y su correcto control es de suma importancia para evitar o retrasar las complicaciones de la misma, y mejorar la calidad de vida de las personas que presentan esta enfermedad. Son muchos e importantes los desafíos que debemos afrontar en relación a la calidad de los cuidados en diabetes, tal como lo demuestra el estudio PRODIACOR.¹³

B-JUSTIFICACION

La evolución de los determinantes y condiciones de la aparición de la obesidad y de la Diabetes Mellitus (DM), pronostican un aumento de la incidencia y prevalencia de factores de riesgo (FR) como el envejecimiento poblacional, la alimentación no saludable, el sedentarismo y el consumo de tabaco. Además, condicionan una mayor mortalidad y carga de enfermedad, generando una creciente necesidad de uso de recursos del sistema de salud para la atención de ECNT. A su vez, los recursos necesarios suelen requerir de una mediana a alta complejidad asistencial (unidades de cuidados críticos, etc.).

La DM y sus FR se asocian con una elevada carga de enfermedad y utilización de recursos. La hipertensión arterial a nivel global causa el 13% del total de las muertes, y constituye, para algunas regiones como la nuestra, el principal factor de riesgo de mortalidad. La presión arterial elevada explica el 62% de la enfermedad cerebrovascular y el 49% de la enfermedad coronaria, aun dentro de niveles considerados normales, presenta una relación continua con los eventos cardiovasculares.¹⁴

Los FR importantes como el sobrepeso y la obesidad, relacionados con la alimentación no saludable y el sedentarismo, son prevalentes en nuestro país (sobrepeso 35.4%, obesidad 18%).¹⁵

La obesidad no sólo se asocia con mayor riesgo de diabetes, también condiciona otras enfermedades crónicas y un mayor uso de recursos del sistema de salud y fuera de él (por ejemplo ausentismo laboral).¹⁶

La estrategia más costoefectiva, sostenible y financiable para afrontar esta epidemia mundial es el abordaje poblacional de promoción y prevención primaria adoptando una estrategia basada en factores de riesgo.¹⁷

Los cuidados adecuados en todos los niveles de atención sanitaria son fundamentales en la mejoría de resultados en salud cardiometabólica. Desde la prevención en el primer nivel de atención, reorientando los servicios de salud, hasta el cuidado especializado, deben reunir estándares mínimos de calidad, garantizar prestaciones básicas apoyadas en la mejor evidencia disponible y trabajar en forma articulada en redes de atención.

C-ANTECEDENTES

En el marco del Ministerio de Salud de la Nación se han desarrollado programas y normativas relacionados a la prevención y control de las ECNT en general y a la DM en particular:

- Programa Nacional de Diabetes (PRONADIA), aprobado por Resolución Ministerial 301/1999.

- Programa Nacional de Control del Tabaco, creado por la Resolución Ministerial 1124/2006. Y Comisión Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, aprobada por la misma Resolución.

- Ley N° 23.753 de divulgación de la problemática derivada de la enfermedad diabética y sus complicaciones, y su Decreto Reglamentario N° 1271/98.

- Creación de la Comisión Permanente Asesora de Diabetes por Resolución Ministerial N° 45/94 ex Secretaría de Salud.

- En 2009, se aprobó mediante la Resolución Ministerial 1083/09, la Estrategia Nacional para La Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, asignando la ejecución de sus acciones a la Dirección de Promoción y Protección de la Salud, que brinda el marco para las acciones de promoción, prevención y control de las ECNT.

Dentro de esta estrategia, se lanzó formalmente el Plan Nacional Argentina Saludable que integra al Programa Nacional de Control del Tabaco, con la promoción de la alimentación saludable y la vida activa.

Es en este contexto, se realizan acciones dirigidas a la prevención de la obesidad, la eliminación de las grasas trans y reducción de sodio de la industria alimentaria, habiéndose constituido para tal fin una Comisión intersectorial e interministerial.

Por otra, parte en 2009 se aprobó la “Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2” para el Primer Nivel de Atención. La misma, fue incorporada al Programa Nacional de Diabetes y al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (Resolución 695/2009).

Asimismo, a mediados de 2013 se aprobó el “Programa Nacional de Lucha contra el Sedentarismo”, mediante la Resolución Ministerial 578/13.

En noviembre de 2013 el Congreso Nacional sancionó la Ley 26.914 que introduce modificaciones al artículo 1 de la Ley Nacional 23.753 de Diabetes Mellitus e incorpora los artículos 5, 6 y 7.

Artículo 1º: Será autoridad de aplicación de la presente Ley el Ministerio de Salud de la Nación, que dispondrá a través de las áreas pertinentes el dictado de las normas necesarias para la divulgación de la problemática derivada de la enfermedad diabética y sus complicaciones, de acuerdo a los conocimientos científicamente aceptados, tendiente al reconocimiento temprano de la misma, su tratamiento y adecuado control. Llevará su control estadístico, prestará colaboración científica y técnica a las autoridades sanitarias de todo el país, a fin de coordinar la colaboración de acciones. Garantizará la producción, distribución y dispensación de los medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol a todos los pacientes con diabetes, con el objeto de asegurarles el acceso a una terapia adecuada de acuerdo a los conocimientos científicos y farmacológicos aprobados, así como su control

evolutivo.

Artículo 5: La Autoridad de Aplicación de la presente establecerá Normas de Provisión de Medicamentos e Insumos, las que deberán ser revisadas y actualizadas como mínimo cada 2 (dos) años, a fin de poder incluir en la cobertura los avances farmacológicos y tecnológicos, que resulten de aplicación en la terapia de la diabetes y promuevan una mejora en la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

La cobertura de los medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol de los pacientes con diabetes, será del 100% (cien por ciento) y en las cantidades necesarias según prescripción médica.

Para acceder a lo establecido en el párrafo anterior, sólo será necesaria la acreditación, mediante certificación médica de una institución sanitaria pública, de la condición de paciente diabético.

Esta certificación se hará al momento del diagnóstico y seguirá vigente mientras el paciente revista el carácter de enfermo crónico. La Autoridad de Aplicación no podrá ampliar los requisitos de acreditación para acceder a la cobertura.

La Autoridad de Aplicación deberá llevar a cabo campañas nacionales de detección y de concientización de la enfermedad, a fin de lograr un adecuado conocimiento en la sociedad de esta patología, que permita una mayor integración social de los pacientes. Asimismo, deberá articular con las jurisdicciones locales y las instituciones educativas en todos los niveles programas formativos que permitan el acceso de alumnos y docentes a un conocimiento adecuado de la problemática.

Artículo 6: El Ministerio de Salud de la Nación deberá realizar la primera revisión y actualización dentro de los 30 (treinta) días de sancionada la presente ley.

Artículo 7: La presente ley es de orden público, debiendo la Autoridad de Aplicación celebrar los convenios necesarios con las jurisdicciones provinciales y la Ciudad de Buenos Aires, a fin de consensuar los mecanismos de implementación de lo establecido en la presente.

D-PRINCIPIOS ORIENTADORES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DIABETES MELITUS.

- 1) Coordinación desde el Ministerio de Salud es esencial para promover y articular todas las acciones.
- 2) Articulación con otros programas (Plan Nacional Argentina Saludable, Programa de Prevención y Control de Enfermedades Cardiovasculares, Programa Nacional de Control de Tabaco, Programa Nacional de Lucha Contra el sedentarismo, Programa REMEDIAR, Programa REDES, Programa SUMAR, etc.) y organizaciones no gubernamentales, sociedades científicas y de profesionales, y otros organismos del estado.
- 3) Coordinación estratégica nacional a través del Consejo Federal de Salud (COFESA).
- 4) Articulación con los diferentes niveles de gestión política: nacional, provincial y municipal.
- 5) Estudios e investigaciones para el diseño e implementación de intervenciones.
- 6) Políticas dirigidas, prioritariamente, a los sectores sociales más vulnerables y más afectados.
- 7) Formación y capacitación de recursos humanos en los distintos niveles de gobierno y no gubernamentales en diferentes sectores.
- 8) Comunicación social. Diseño e implementación de una estrategia comunicacional para dar sostenimiento a las acciones del Programa.
- 9) Evaluación y monitoreo sistemático del desempeño e impacto de las políticas a través de un sistema de vigilancia de ENT.

E-PROPOSITO

Mejorar la calidad y esperanza de vida de las personas diabéticas, evitar o disminuir las complicaciones por esta patología y procurar el descenso de sus costos directos e indirectos, a través de un programa prioritariamente preventivo y de control con intervenciones adecuadas sobre factores de riesgo de esta enfermedad y sus complicaciones.

F-OBJETIVOS

1. Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes.
2. Fortalecer la capacidad de los servicios de salud para la prevención y el control de las personas con DM y sus factores de riesgo.
3. Incrementar la prevención y detección temprana de la DM.
4. Mejorar la educación diabetológica, el grado de adhesión al tratamiento y el automanejo de las personas con DM.
5. Fortalecer la vigilancia epidemiológica de la DM y sus FR.

G-ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

OBJETIVO 1: Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes

Líneas de acción

a. Fortalecimiento institucional

A partir de la sanción de la Ley Nacional N° 23.753, en 1989, se impulsó el desarrollo de acciones para el abordaje del problema en las distintas jurisdicciones. Actualmente, todas las provincias de nuestro país cuentan con programas de diabetes y acciones de prevención y control.

Sin embargo, las capacidades provinciales no son homogéneas para realizar intervenciones sistemáticas de promoción de la salud, reorientación de servicios y estrategias de evaluación, monitoreo y vigilancia, recomendadas para la prevención y el control de esta enfermedad. Esto genera la necesidad de una mayor integración para optimizar el funcionamiento de los servicios en las diferentes provincias.

Por otra parte, no todas las jurisdicciones cuentan con una dirección o área que aborde de manera integrada la prevención y el control de las ECNT, y articule las acciones del programa de diabetes con otros programas relacionados para implementar una estrategia poblacional.

La estrategia poblacional de promoción y prevención primaria es considerada la estrategia más costo-efectiva, sostenible y financiable para afrontar esta epidemia. La adopción de una estrategia basada en factores de riesgo para la prevención de Enfermedades No Transmisibles (ENT) es un desarrollo importante ya que orienta las intervenciones en política sanitaria. Existen varios Programas a nivel nacional que incluyen acciones destinadas a la prevención de la Diabetes.

Es necesario que los pacientes con diabetes tengan acceso a una atención de alta calidad, reciban educación y los tratamientos necesarios para poder controlar su enfermedad, esto disminuye las complicaciones, la mortalidad, los costos y mejora la calidad de vida de los pacientes con diabetes.^{18 19 20}

Finalmente, aunque algunos programas reportan realizar actividades de evaluación, en muchos casos estas actividades no son sistemáticas y no cuentan con recursos específicos ni indicadores estandarizados que permitan monitorear su implementación. Esto se evidencia en estudios que evaluaron programas públicos para la población con diabetes.^{21 22 23}

Actividades:

- Capacitación a los equipos de gestión provincial en estrategias de prevención y control de ECNT, incluyendo la reorientación de los servicios de salud para atención de personas con diabetes y otras enfermedades crónicas.
- Asistencia técnica a las distintas jurisdicciones en la implementación de un modelo de atención de personas con enfermedades crónicas.
- Asistencia técnica para el fortalecimiento de programas provinciales de diabetes.
- Realización de jornadas nacionales y regionales para el intercambio de experiencias en la implementación de programas.

Indicadores de evaluación:

- Equipos de gestión capacitados
- Asistencias técnicas realizadas
- Jornadas realizadas

b. Estandarización de los procesos asistenciales

Estadísticas nacionales y estudios científicos demuestran que existe una variabilidad inadecuada en la calidad de los cuidados que se brindan a personas con diabetes. Es necesario desarrollar e implementar guías de práctica clínica que estandaricen los procesos asistenciales para mejorar la calidad de atención de la persona con diabetes.

Además, en el sector de atención público y privado y en los sistemas de obras sociales y medicina prepaga, existen oportunidades para mejorar. A través de la comunicación, difusión, diseminación e implementación de guías de práctica clínica (GPC) y capacitación de profesionales de la salud, pueden generarse cambios favorables en este sector.

Actividades:

- Elaboración y actualización periódica, impresión y difusión de la GPC Nacional sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus 2 para el primer nivel de atención.
- Elaboración de versiones abreviadas y herramientas para facilitar la aplicación de las recomendaciones de la GPC Nacional.
- Elaboración de un plan de implementación de las recomendaciones formuladas.

- Actualización de las normas de provisión de medicamentos e insumos.

Indicadores de evaluación:

- Guía elaborada y actualizada, impresa y distribuida.
- Materiales elaborados.
- Plan elaborado.

c) Evaluación de la calidad de atención

El objetivo de la evaluación es determinar la efectividad y el impacto de las intervenciones implementadas para mejorar la calidad de atención de personas con DM. En nuestro país, se han utilizado diferentes instrumentos e indicadores. 24 25

Con respecto a los indicadores de proceso, existen datos que muestran que la ausencia de información, tales como los registros en la historia clínica de la toma de la presión arterial, los niveles de hemoglobina glicosilada (A1c) y los niveles de colesterol LDL, constituyen predictores de riesgo importantes e independientes de eventos cardiovasculares a largo plazo.

La información para construir los indicadores proviene de datos administrativos especialmente de los indicadores de proceso, y de datos en la historia clínica; para los indicadores de resultado los datos se obtienen de las hospitalizaciones. Por esto, es importante disponer de un sistema de información clínico que permita registrar la información del paciente.

Los siguientes dominios se proponen para medir la calidad de atención brindada a la población de diabéticos.

- a. Monitoreo de A1c,
- b. Monitoreo de LDL-c,
- c. Realización de fondo de ojo anual,
- d. Realización del examen del pie,
- e. Medición de la presión arterial,
- f. Control glucémico: meta de A1c < 8%
- g. Control lipídico: meta de LDL < 130 mg/dl
- h. Seguimiento por el médico de atención primaria
- i. Educación diabetológica

Actividades

- Elaboración de una guía y herramientas para la evaluación de programas de salud para personas con enfermedades crónicas.
- Elaboración de un set de indicadores para la evaluación de la calidad de atención de las personas con diabetes.
- Capacitación de los equipos de microgestión provinciales en la evaluación de la calidad de atención.

Indicadores de evaluación:

- Cantidad de talleres y capacitaciones realizadas, número de participantes capacitados.
- Materiales elaborados, impresos, distribuidos y accesibles en formato digital desde la página web.
- Inclusión y reporte de matriz de indicadores para la medición de calidad de atención en las salas de situación provinciales.

OBJETIVO 2: Fortalecer la capacidad de los servicios de salud para la prevención y el control de las personas con DM y sus factores de riesgo.

La organización del sistema de salud en Argentina y en la región ha estado orientado principalmente a la atención de la población materno-infantil y la resolución de patologías agudas.

Estudios realizados en centros de salud de nuestro país en distintas jurisdicciones han puesto en evidencia la necesidad de mejorar el sistema para la atención de ECNT.

La atención de las personas con diabetes u otras enfermedades crónicas, requiere contar con equipos de salud preparados y un modelo de atención proactivo y planificado, centrado en la persona y su contexto, que garantice una buena calidad de atención, y facilite el seguimiento longitudinal; que favorezca la participación activa del paciente, y que promueva la adherencia al tratamiento.

Por esto, desde hace varios años se lleva adelante un conjunto de acciones tendientes a reorientar los servicios de salud para la atención de personas con enfermedades crónicas. Estas acciones contribuyen a fortalecer las capacidades de los mismos para la prevención y el control de la diabetes. La reorientación de la atención debe promover y facilitar que el equipo de atención pueda realizar:

- controles periódicos,
- ajustes al tratamiento,

- indicación de medidas preventivas,
- educación para el auto manejo.

Actividades

a) Actividades de capacitación a equipos de salud

- Talleres provinciales de reorientación de los servicios de salud e implementación de las guías de la práctica clínica nacional.
- Capacitaciones presenciales a equipos de salud en diferentes temáticas del abordaje de la diabetes.
- Capacitación a equipos de salud en el modelo de atención de enfermedades crónicas.
- Desarrollo e implementación de cursos virtuales tutorados y autoadministrados vinculados a la temática.
- Talleres de insulinización en el primer nivel de atención.

Indicadores de evaluación:

- Talleres y capacitaciones realizadas. N° de participantes capacitados.
- Cursos elaborados y dictados. N° de participantes que aprobaron los cursos.
- Talleres de insulinización realizados. Jurisdicciones capacitadas.

b) Elaboración de herramientas para la consulta

- Historia clínica ambulatoria para la atención del adulto.
- Planilla de monitoreo para la atención de personas con diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular.
- Elaboración y diseminación de la guía breve de prescripción de actividad física para personas con diabetes.

Indicadores de evaluación:

- Materiales elaborados, impresos, distribuidos y accesibles en formato digital desde la página web.

c) Incentivos para la reorientación de los servicios de salud

Certificación de Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) adecuados para la atención de enfermedades crónicas que reúna las siguientes condiciones:

- Provisión de servicios: Acceso a turnos programados, turnos protegidos, historia clínica para la atención del adulto, hoja de seguimiento de personas con diabetes e hipertensión.

Acceso a medicamentos para ECNT, exámenes complementarios esenciales y un mecanismo de referencia/contrarreferencia con el segundo nivel de atención. Sistema de citación activa.

- Equipos de salud preparados que implementen GPC.
- Oferta de talleres educativos y otras acciones para favorecer el automanejo de la persona con diabetes.
- Sistema de información clínica para la organización de los datos de los pacientes y de la población de referencia. Los sistemas de información clínica deben contener:

- información demográfica del paciente,
- historial de consultas,
- medicamentos,
- recordatorios con intervenciones pendientes (por ejemplo: fondo de ojo anual, examen del pie, etc.),
- resultados de laboratorio y otras medidas,
- indicadores de proceso y resultados para la mejora continua de la calidad y control clínico y metabólico,
- una nómina o padrón de pacientes diabéticos que permita la creación de un sistema de registro provincial que facilite la optimización de recursos y la provisión de medicamentos según la norma vigente.

- Articulación con asociaciones de pacientes y otros recursos comunitarios. Desempeñan un papel importante como aliados en favor de políticas de promoción de la salud, prevención de las enfermedades y mejoran la asistencia de las personas con enfermedades crónicas.

Indicadores

- Número de CAPS certificados por provincia que poseen las características propicias para la atención de personas con diabetes y sus FR.

OBJETIVO 3: Incrementar la prevención y detección temprana de la DM

La mala alimentación, la falta de actividad física, el sobrepeso y la obesidad, son los principales FR para el desarrollo de diabetes, éstos se encuentran el aumento. Se estima que aproximadamente el 80% de los casos de diabetes mellitus tipo 2, su forma más prevalente, pueden prevenirse. Una vez

desarrollada la enfermedad, suele mantenerse asintomática por varios años, y se estima que la mitad de las personas que presentan diabetes desconocen su condición. Es necesario implementar acciones para incrementar la prevención y detección temprana de la DM.

a) Documentos y materiales gráficos

Actividades:

- Elaboración de materiales gráficos sobre alimentación saludable, actividad física y prevención de la diabetes dirigidos a la población general.
- Participación en la elaboración y actualización de las guías alimentarias nacionales.
- Difusión y disseminación del Manual Director de Actividad Física.
- Articulación con el Plan Argentina Saludable.

Indicadores de evaluación:

- Materiales elaborados, impresos, distribuidos y accesibles desde la página web.

b) Regulación de la oferta de productos y servicios

Estudio y análisis de marcos normativos regulatorios sobre la oferta de alimentos y bebidas.

c) Comunicación social

- Campañas de prevención y detección temprana de diabetes.
- Participación en medios de comunicación masiva para la concientización de la población.

Indicadores de evaluación:

- Campañas realizadas.
- Participaciones efectuadas.

d) Prevención de la diabetes y detección temprana en los servicios de salud

- Elaboración y disseminación de materiales educativos para la prevención y detección temprana de la diabetes y sus FR dirigidos a los efectores de salud.
- Disseminación de la guía breve de prescripción de actividad física en los servicios de salud.
- Capacitación a promotores y enfermeros del PNA en prevención de la diabetes e identificación de personas con factores de riesgo para su desarrollo.
- Articulación con los programas REMEDIAR y REDES para la detección temprana y seguimiento de la persona con diabetes.

Indicadores de evaluación:

- Materiales elaborados, impresos, distribuidos y accesibles en formato digital desde la página web.
- Número de promotores y enfermeros capacitados.
- Estadísticas del componente Redes sobre personas con diabetes en seguimiento.

OBJETIVO 4: Mejorar la educación diabetológica, el grado de adhesión al tratamiento y el fomentar el automanejo

Las personas que padecen enfermedades crónicas pasan la mayor parte del tiempo fuera de las instituciones de salud, por ello, pacientes y familias son los principales proveedores de cuidados.

La educación sistemática y el empoderamiento permiten a los pacientes adquirir la capacidad para manejar por sí mismos su condición y prevenir complicaciones, en la medida de lo posible. Es necesario implementar medidas tendientes a fomentar el automanejo de los pacientes y mejorar la adherencia al tratamiento de la diabetes.

Actividades:

- Elaboración y disseminación de materiales educativos para el automanejo de la diabetes.
- Implementación de una libreta de cuidados para la persona con diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular.
- Elaboración de un manual sobre los cuidados de personas con DM tipo 2 y otros factores de riesgo cardiovascular para el equipo de salud.
- Elaboración del curso virtual autoadministrado para fomentar el automanejo de la diabetes, dirigido al equipo de salud.
- Participación en los medios de comunicación masivos (radio, nota en diarios, T.V.) para la difusión de mensajes sobre los cuidados que requieren las personas con diabetes.
- Capacitaciones al equipo de salud en modelo de atención centrado en la persona, entrevista motivacional e intervención breve para favorecer la adherencia a los tratamientos.
- Certificación de CAPS que implementen un dispositivo para el automanejo (ver objetivo 2).

Indicadores de evaluación:

- Materiales elaborados, impresos, distribuidos y accesibles en formato digital.

- Curso elaborado. Número de participantes que aprobaron el curso.
- CAPS que realizan curso de automanejo.
- Capacitaciones realizadas.
- Participaciones realizadas.

OBJETIVO 5: Fortalecer la vigilancia epidemiológica de la DM y sus FR

Actividades:

- Desarrollar encuestas poblacionales para tener estimaciones de la prevalencia de la DM y sus FR y poder evaluar el desarrollo de las políticas nacionales.
- Incluir en las encuestas indicadores de calidad de atención y contribuir a la evaluación de la misma.
- Analizar datos de mortalidad y morbilidad de nuestro país relacionados con DM y sus FR.
- Difundir información proveniente de la vigilancia para la toma de decisiones en los distintos ámbitos.
- Introducir a la temática de la DM en la sala de situación provincial.

Indicadores de evaluación:

- Encuestas realizadas
- Publicaciones realizadas.
- Provincias que incorporan la DM en su sala de situación.

H-BIBLIOGRAFIA

- 1 Ministerio de Salud de la Nación. Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Primera edición 2011.
- 2 WHO. Global Health Risk: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva 2009.
- 3 FID. Diabetes Atlas. http://www.idf.org/sites/default/files/5E_IDFAtlasPoster_2012_Es.pdf Update 2012. Segundos.
- 4 Resnikoff S, Pascolini D, Etya'ale D, Kocur I, Pararajasegaram R, Pokharel GP ea. Global data on visual impairment in the year 2002 2004. nefropatía diabética, principal causa de diálisis.
- 5 INCUCAI. Registro Argentino de Diálisis Crónica 2009-2010. Informe 2011.
- 6 Lanas F, Avezum A, Bautista LE, et al. Risk factors for acute myocardial infarction in Latin America: the INTERHEART Latin American study. *Circulation*. Mar 6 2007;115(9):1067-1074.
- 7 Caporale, J.E., J.F. Elgart, and J.J. Gagliardino, Diabetes in Argentina: cost and management of diabetes and its complications and challenges for health policy. *Global Health*, 2013. 9(1): p. 54.
- 8 Borrueal MA, Mas IP, and Borrueal GD. Estudio de carga de enfermedad. Argentina. 2010 [cited; Available from: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/remediarredes/files/2012/09/Estudio-decarga-de-enfermedad-FESP-Argentina-2010.pdf> (acceso 24/03/2014).
- 9 Zhang P, et al., Economic Impact of Diabetes, I.D.A.f. edition, Editor. p. 1-28.
- 10 Centers for Disease Control and Prevention. Promising Practices in Chronic Disease Prevention and Control: A Public Health Framework for Action. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services, 2003.
- 11 Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 57a Asamblea Mundial de la Salud. WHA 57.17, 22 de mayo de 2004. Disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-sp.pdf
- 12 Action Plan for Prevention and Control of Noncommunicable diseases. Disponible en http://www.who.int/mediacentre/events/2008/wha61/issues_paper2/en/index.html
- 13 Gagliardino JJ, Lapertosa S, Villagra M, et al. PRODIACOR: a patient-centered treatment program for type 2 diabetes and associated cardiovascular riskfactors in the city of Corrientes, Argentina: study design and baseline data. *Contemp Clin Trials*. Jul 2007;28(4):548-556.
- 14 Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R; Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002 Dec 14;360(9349):1903-13. 15 Idem 1
- 16 The World Health Report 2002. Chapter 4: Quantifying Selected Major Risks to Health, disponible en http://www.who.int/entity/whr/2002/en/whr02_ch4.pdf
- 17 Brownson et al. Chronic Disease Epidemiology and Control. Secan Edition 1998. American Public Health Association.
- 18 Gagliardino JJ, Olivera E, Etchegoyen GS, et al. PROPAT: a study to improve the quality and reduce the cost of diabetescare. *Diabetes Res Clin Pract*. Jun 2006;72(3):284-291.
- 19 Gagliardino JJ, Etchegoyen G. A model educational program for people with type 2 diabetes: a

cooperative Latin American implementation study (PEDNID-LA). *Diabetes Care*. Jun 2001;24(6):1001-1007.

20 Perman G, Beratarrechea A, Aliperti V, et al. Mortality in an elderly type 2 diabetic patients cohort who attended a self-management educational workshop. *Prim Care Diabetes*. Oct 2011;5(3):175-184.

21 Marín GH, Canas M, Homar C, M. P. Utilización de medicamentos del Programa Remediar en la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Latin America Journal of Pharmacy*. 2008;27(4):535-542.

22 Doménech M. Programa de prevención de diabetes de la Provincia de Buenos Aires. *Boletín PROAPS REMEDIAR* 2004.

23 Elorza M, Moscoso N, Ripari N. Evaluación de políticas públicas de provisión de fármacos para diabetes mellitus tipo 2 en Argentina: estudio de caso Salud Colectiva. 2012;8(1):35-45.

24 Lombrana MA, Capetta ME, Ugarte A, et al. [Quality of care in diabetic patients receiving pharmacologic treatment]. *Medicina (B Aires)*. 2007;67(5):417-422.

25 Commendatore V, Dieuzeide G, Faingold C, Fuente G, Luján D, Aschner P, Lapertosa S, Villena Chávez J, Elgart J, Gagliardino JJ; DIFAR Academic Committee. Registry of people with diabetes in three Latin American countries: a suitable approach to evaluate the quality of health care provided to people with type 2 diabetes. *Int J Clin Pract*. 2013 Dec;67(12):1261-6. doi: 10.1111/ijcp.12208.

ANEXO II:

Normas de Provisión de Medicamento e Insumos para Personas con Diabetes.

A) MEDICAMENTOS E INSUMOS COMPRENDIDOS:

Medicamento/ Insumos básicos	Cantidad de Referencia (1) y descripción del insumo.	
1) COMPRENDE AQUELLAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CON INSULINAS	TRATAMIENTO NO INTENSIFICADO SOLO O COMBINADO CON ANTI-DIABÉTICOS ORALES	TRATAMIENTO INTENSIFICADO*
<ul style="list-style-type: none"> INSULINAS 	<ul style="list-style-type: none"> Concentración de: U-100, U-80 y U-40 Origen: <ul style="list-style-type: none"> Bovinas, Porcinas, Humanas: Regular, NPH, Lenta, Premezclas y Ultraenta. Según Prescripción Médica. Análogos de la insulina: a) rápidos: Lispro, Aspártica, Glulisina, b) de acción prolongada: Detemir/Glargina, c) premezclas. Según Prescripción Médica Especializada** 	
<ul style="list-style-type: none"> ERINGAS DESCARTABLES PARA INSULINA 	100 anuales	200 anuales
	La graduación se establece en diferentes unidades: U 40, U 80 o U 100 (Unidades)	
<ul style="list-style-type: none"> AGUJAS DESCARTABLES P/USO SUBCUTÁNEO 	150 anuales	200 anuales
<ul style="list-style-type: none"> LANCETAS DESCARTABLES PARA PUNCIÓN DIGITAL 	100 anuales	200 anuales
<ul style="list-style-type: none"> PROVISIÓN DE TIRAS REACTIVAS PARA AUTOMONITOREO GLUCÉMICO (AMG) 	400 anuales	1500 anuales 1800 anuales Situaciones especiales (***)
<ul style="list-style-type: none"> TIRAS REACTIVAS PARA ACETONA EN SANGRE Y ORINA 	50 anuales	
<ul style="list-style-type: none"> TIRAS REACTIVAS PARA GLUCOSA EN ORINA 	100 por año	
<ul style="list-style-type: none"> BOMBA DE INFUSIÓN CONTINUA PARA INSULINA Y SUS INSUMOS DESCARTABLES**** 	Según Prescripción Médica Especializada**	
2) COMPRENDE A AQUELLAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CON ANTI-DIABÉTICOS ORALES: Biguanidas y Sulfonamidas, urea derivados	Biguanidas: clorhidrato de metformina Según Prescripción Médica	Sulfonamidas, urea derivados: glibendamicina – gliptida – glipeptida Según Prescripción Médica
<ul style="list-style-type: none"> PROVISIÓN DE TIRAS REACTIVAS PARA GLUCOSA EN SANGRE 	50 anuales	100 anuales
<ul style="list-style-type: none"> LANCETAS DESCARTABLES PARA PUNCIÓN DIGITAL 	50 anuales	
REFLECTÓMETRO PARA LA LECTURA DE LAS TIRAS REACTIVAS PARA GLUCOSA EN SANGRE	1 cada 2 años Todas las personas con diabetes.	

(1) Cantidades de referencia: son aquellos establecidos para dar respuesta adecuada la gran mayoría de los pacientes en los diferentes esquemas terapéuticos recomendados. Pueden ser modificadas ante casos particulares debidamente documentados mediante historia clínica y registro semanal de glucemias.

(*) Tratamiento intensificado: consiste en administración de insulina basal (NPH dos a tres veces al día, insulina detemir dos veces al día o insulina glargina, una vez al día), más insulina adicional de acción rápida en relación a las ingestas (insulina regular o análogos rápidos), o bomba de infusión continua subcutánea.

(**) Prescripción médica especializada: Médicos especialistas en Endocrinología y/o Nutrición, y aquellos especialistas en Clínica Médica, Medicina General y Pediatría, que acrediten capacitación en Diabetes (Especialización Universitaria a través de carreras de especialización y/o maestrías, capacitación en sociedades científicas afines) y un mínimo de cinco años de trabajo en un Servicio acreditado donde se traten pacientes con esta patología.

(***) Situaciones especiales: Tratamiento intensificado con riesgo frecuente de hipoglucemias o bomba de insulina o gestantes con diabetes pregestacional o gestacional con insulina o mujer con

diabetes que planifica su embarazo.

(****) Bomba de infusión: Ante indicación expresa y fundamentada de profesional especializado, su otorgamiento deberá ser evaluado y aprobado por la auditoría de la institución que corresponda, utilizando como referencia las normas que al respecto ha establecido la Sociedad Argentina de Diabetes y que formarán parte del Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica.

B) PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y OTROS INSUMOS

Las obras sociales y las empresas de medicina prepaga establecerán los procedimientos administrativos necesarios a fin de garantizar la provisión de medicamentos e insumos de la presente norma a las personas con diabetes comprendidas en dichos subsistemas. Para aquellos pacientes no pertenecientes a estas dos modalidades de cobertura anterior, cada jurisdicción provincial y la ciudad autónoma de Buenos Aires podrá instrumentar los mecanismos necesarios teniendo en cuenta el domicilio de la persona con diabetes, el diagnóstico con certificado médico otorgado por establecimiento público o servicio asistencial estatal en que tendrá que estar registrado y al cual concurriría para control y tratamiento. Dicho procedimiento estará a cargo de profesionales habilitados por la autoridad competente. Dicho certificado deberá contener los datos correspondientes al formulario de acreditación para personas con diabetes. (Anexo III)

Cancelación de beneficios

La cancelación de los beneficios a que se refiere la presente normativa operará en los siguientes casos:

- Renuncia del titular del beneficio.
- Radicación del beneficiario fuera del país.
- Abandono del control médico periódico regular en el establecimiento donde esté registrado.
- Incompatibilidad con otros beneficios

ANEXO III: MODELO DE CERTIFICADO PARA LA ACREDITACION DE LA CONDICION DE PERSONA CON DIABETES

DATOS FILIATORIOS:

Nombre y apellido:.....

Edad:..... Sexo: F M DNI: .

Tipo de Diabetes: tipo 1 Tipo 2..... Gestacional..... Otros tipos de diabetes.....

Años de antigüedad: Antecedentes Familiares de Diabetes.....

DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

Peso: Talla: IMC: CC:

COMPLICACIONES:

1. Presenta hipoglucemias: SI NO En caso afirmativo responda:

Grado: Leve Moderada Con pérdida conocimiento Frecuencia semanal veces

2. Retinopatía: SI NO 4. Neuropatía SI NO

3. Nefropatía: SI NO 5. Macrovascular SI NO

DATOS REFERIDOS AL TRATAMIENTO:

Fármaco	Dosis	Mg/día	Antigüedad
Metformina			
Glibenclamida			
Glicazida			
Insulina NPH			
Insulina CORRIENTE			
OTROS			

LABORATORIO Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

1. HbA1c (dos últimos valores):

2. Glucemia de ayuno: (Últimos 2 valores)

3. Fondo de ojo:

4. Función renal:

Creatinina

Urea

Clearence de creatinina:

Microalbuminuria:

5. Exámen de pie

