RESOLUCION 301/1999
MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL (M.S. y A.S.)

Apruébase el Programa Nacional de Diabetes (PRONADIA) y las normas de provisión de medicamentos e insumos.
del 16/04/1999; Boletín Oficial 03/05/1999

VISTO el Expediente Nº 1-2002-3520/99-6 del registro de este Ministerio, la Ley Nº 23.753 y el Decreto Nº 1271 del 23 de octubre de 1998, y
CONSIDERANDO:
Que por Ley Nº 23.753 a este Ministerio se le asigna la función de coordinar la planificación de acciones tendientes a "asegurar a los pacientes diabéticos los medios terapéuticos y de control evolutivo de acuerdo a la reglamentación que se dicte".
Que por Decreto Reglamentario Nº 1271/98, el Poder Ejecutivo Nacional designa a este Ministerio "como Autoridad de Aplicación de la Ley y su reglamentación" instando a "la adhesión de las provincias y eventualmente de otras jurisdicciones al régimen de la Ley".
Que el citado Decreto Reglamentario en su articulado 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 el Programa Nacional de Diabetes y las normas técnicas aprobadas por autoridad competente en el orden nacional".
Que por Resolución Nº 45/94 Ex-Secretaría de Salud del 24-1-94, se constituye la Comisión Permanente Asesora de Diabetes, la que ha elaborado un proyecto de Programa Nacional de Diabetes, PRONADIA, con intervención de las áreas técnicas dependientes de la Secretaría de Programas de Salud.
Que la DIRECCION NACIONAL DE MEDICINA SANITARIA, ha elevado la presentación del Programa Nacional de Diabetes y sus Anexos.
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 Nº 23.753 y el Decreto Nº 1271/98.
Por ello;
EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL
RESUELVE:

Artículo 1º - Apruébase el Programa Nacional de Diabetes, PRONADIA y Normas de provisión de medicamentos e insumos, que como ANEXO I forman parte de la presente.
Art. 2º - Facúltase a la SECRETARIA DE PROGRAMAS DE SALUD, SUBSECRETARIA DE ATENCION COMUNITARIA, a realizar a través de la DIRECCION NACIONAL DE MEDICINA SANITARIA toda gestión conducente al cumplimiento de objetivos y metas del PRONADIA.
Art. 3º - El Programa aprobado en el Artículo 1º de la presente Resolución pasa a integrar el sistema de Prestaciones Médicas Obligatorias, P.M.O.
Art. 4º - Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

Alberto Mazza.

PROGRAMA NACIONAL DE DIABETES - PRONADIA

I. CONSIDERACIONES PRELIMINARES

I.1. INTRODUCCION

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica considerada como problema para la salud pública, tanto en los países desarrollados como en desarrollo. En muchos países es una causa importante de muerte, discapacidad y altos costos de la atención de la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la DM afecta a millones de personas -y afectará aún más a corto plazo- en todo el mundo, muchas de las cuales no tienen acceso a un tratamiento eficaz contra su enfermedad.

En 1989, reconociendo que la diabetes es un problema de salud pública internacional, la 42º Asamblea Mundial de la Salud adoptó unánimemente una resolución, solicitando a todos los Estados miembros la medición y evaluación de la mortalidad nacional por DM y la implementación de medidas para su prevención y control, así como para compartir con otras naciones las iniciativas de entrenamiento y educación. Para las naciones en desarrollo -que comprenden la mayoría de la población mundial- cumplir con la resolución significa un gran desafío, ya que en estos momentos encaran una doble lucha contra las enfermedades crónicas infecciosas y contra las enfermedades crónicas no transmisibles.

Posteriormente, representantes de la OMS, de la Federación Internacional de Diabetes (IDF), de los Ministerios de Salud de los países de la comunidad, y de la comunidad de personas con DM se reunieron dando origen a la Declaración de St. Vincent, en la cual se planteó la necesidad de implementar un plan de acción para disminuir las complicaciones crónicas de la DM y su costo socioeconómico. En nuestra región, la Declaración de las Américas, suscrita por los Ministerios de Salud de todos los países del continente americano, asumió un compromiso similar.

La DM es una enfermedad metabólica heterogénea y compleja, caracterizada por una elevación permanente de los niveles de glucosa en sangre, debida a una menor producción y/o acción de insulina, que tiene como resultado la incapacidad del organismo para metabolizar los nutrientes adecuadamente. Varios factores genéticos y ambientales condicionan la etiología y evolución de la diabetes, habiéndose descripto importantes diferencias entre distintos países y grupos étnicos o culturales, respecto a prevalencia de la enfermedad y frecuencia de sus complicaciones.

La DM incluye diversas formas clínicas tales como la DM tipo 1 (insulinodependiente), la DM 2 (no insulinodependiente), y la DM gestacional. Hay también personas que manifiestan una disminución de su capacidad para metabolizar adecuadamente la glucosa, intolerancia a la glucosa, y que poseen un riesgo mayor que la población general para el desarrollo de la DM. Los términos y definiciones utilizados utilizadospara clasificar y diagnosticar la enfermedad fueron unificados y adoptados en 1979-1980, actualizados en 1985 y modificados en 1997 a propuesta de la Asociación Americana de Diabetes. Esta última modificación, que incluye un cambio importante en los criterios de diagnóstico de la DM, está a punto de ser refrendada por la OMS.

La DM tipo 2 es la forma más común de DM y su prevalencia aumenta a partir de la tercera década de vida, y en la séptima década su prevalencia específica para la edad es, por lo general, tres a cuatro veces mayor que la prevalencia general observada en adultos.

En muchas comunidades la mitad de las personas con DM, casi exclusivamente los portadores de DM tipo 2, desconocen su enfermedad y en los países en desarrollo los casos no diagnosticados pueden exceder los diagnosticados.

En las comunidades europeas y norteamericanas la prevalencia de DM tipo 2 se estima en 3-5% de la población, mientras que en los países en desarrollo, es muy rara en poblaciones autóctonas con asentamientos tradicionales, pero es muy común (>10% en los adultos) en muchas comunidades urbanas (1,3,6). Se piensa que numerosos grupos étnicos, incluyendo asiáticos, indígenas norteamericanos y de las islas del Pacífico, tienen una mayor predisposición genética a la DM tipo 2 que los caucásicos (1,5,6). En ausencia de

intervenciones efectivas, la prevalencia de la DM tipo 2 en todas las poblaciones probablemente aumente, debido al envejecimiento y a la menor mortalidad por enfermedades infecciosas de la población, y al aumento en la prevalencia de factores de riesgo como la obesidad, la falta de actividad física regular y la dieta inapropiada. Hasta la fecha las investigaciones no han podido demostrar la asociación entre la DM tipo 2 y marcadores genéticos específicos, a pesar de lo cual es una enfermedad altamente familiar.

En las comunidades occidentales, la prevalencia de la DM tipo 1 es aproximadamente 1/10 respecto de la DM tipo 2. Su aparición clínica es más común durante la infancia, con un pico de incidencia en la pubertad, pero su comienzo no está limitado a la infancia y actualmente se considera que pueden existir picos secundarios de incidencia en la edad adulta.

La mayoría de los estudios epidemiológicos muestran una incidencia mayor de DM tipo 1 en otoño e invierno y en Europa se ha detectado un crecimiento importante de la incidencia de esta forma de DM de sur a norte, que aún debe ser confirmado. La red mundial de registro de diabetes en la infancia (Estudio WHO-DIAMOND - Diabetes Mondiale) está mejorando rápidamente el conocimiento de la epidemiología de esta enfermedad.

La susceptibilidad a la DM tipo 1 está asociada con ciertos marcadores genéticos, y aunque el o los factores desencadenantes de la enfermedad en sujetos susceptibles no han sido completamente identificados, se sabe que las infecciones virales y las toxinas pueden hacerlo.

La DG, definida como la DM detectada durante el embarazo, ocurre aproximadamente en el 2-5% de los embarazos y se considera la complicación médica más común durante la gestación. Se presume que es el resultado del estrés metabólico del embarazo y requiere una reclasificación post partum. La DG implica un riesgo de complicaciones neonatales que excede el observado en mujeres no diabéticas. Las mujeres con DG están en riesgo de desarrollar ulteriormente una DM tipo 2 y sus hijos tienen riesgo de desarrollar obesidad. La mujer con DG requiere monitoreo y regulación durante todo el embarazo, para evitar los posibles riesgos adversos.

La intolerancia a la glucosa es un estadio previo al de las dos formas clínicas descriptas y quienes la padecen forman parte de las poblaciones de riesgo para el desarrollo de DM. Un porcentaje variable (1-5%) de esas personas pasa a tener DM tipo 2. El tratamiento de estas personas, consiste en un cambio del plan de alimentación y la práctica regular de la actividad física, logra disminuir significativamente esos porcentajes, lográndose así una prevención primaria de la DM tipo 2.

Las personas con DM desarrollan complicaciones agudas y crónicas, con distinta cronología y severidad. Las complicaciones agudas son de tipo metabólico y comprenden la cetoacidosis diabética, la hipoglucemia y el coma hiperosmolar. Las principales complicaciones crónicas son la nefropatía, la retinopatía, la neuropatía y las enfermedades cardiovasculares (coronaria, cerebrovascular y vascular periférica). Mientras que a las tres primeras se las asocia con la lesión de los pequeños vasos (microangiopatía), las complicaciones cardiovasculares implican a los grandes vasos (macroangiopatía). La frecuencia y gravedad de las complicaciones microangiopáticas puede disminuirse significativamente manteniendo los valores de glucemia próximos a los hallados en personas sin DM. No es tan clara la relación de los niveles glucémicos con las manifestaciones macroangiopáticas de la enfermedad.

Debido a su carácter discapacitante, la aparición y progresión de todas estas complicaciones afecta seriamente la calidad de vida de las personas con DM, aumenta los costos de su atención y disminuye la capacidad productiva de la comunidad. Dado que las complicaciones de la DM son prevenibles en un alto porcentaje mediante el empleo de diversas estrategias e intervenciones terapéuticas, es primordial promover su implementación para lograr una prevención efectiva de su desarrollo y progresión. Aun cuando en muchos países no se dispone de información cuantitativa confiable, se acepta que los costos directos (costos de atención de las personas con DM) e indirectos (ausentismo, jubilaciones prematuras y muerte) de la DM son altos, tanto en los países desarrollados como en desarrollo.

En Gran Bretaña el 4-5% del presupuesto de salud de 1986-1987 se gastó en DM y se estima que en los países el porcentaje del presupuesto de salud dedicado a atender a las personas con DM oscila entre el 5 y el 10%. En 1996 en EEUU el costo promedio de atención de una persona con diabetes fue de alrededor de U$S 12.500/año. La financiación de las internaciones hospitalarias, que es más frecuente y prolongada y demanda mayor utilización de prestaciones costosas que las de la población no diabética, representa en general más de la mitad de los costos directos ocasionados por la DM. La atención ambulatoria del paciente también consume una considerable cantidad de recursos de salud, tanto humanos como materiales. Información proveniente de países desarrollados sugiere que el 8% del total de las consultas ambulatorias de personas mayores de 55 años es ocasionado por la DM.(24).

I.2. ANALISIS DE SITUACION A NIVEL NACIONAL Y LOCAL. EL PROBLEMA DE LA DIABETES EN NUESTRO PAIS

I.2.1. Prevalencia, diagnóstico y grado de control.

Diversos estudios de la prevalencia de la DM en nuestro país mostraron valores que oscilan alrededor del 6% de la población general (25). De las personas identificadas sólo aproximadamente la mitad conocen y tratan su enfermedad. Por otra parte alrededor del 30% de las personas que conocen su enfermedad no hacen ningún tipo de tratamiento y el 66% de las que lo hacen tienen un grado de control metabólico pobre (25, 26, 27). En consecuencia, 2/3 de las personas con diabetes padecen complicaciones crónicas de la enfermedad (27, 28).

Los Ministerios de Salud de la mayor parte de las provincias argentinas disponen en su territorio de una estructura suficiente como para cumplir con lo mencionado en el párrafo anterior. Se requiere, sin embargo, la sistematización de programas de atención que permitan optimizar el uso de los recursos disponibles oficiales y privados en beneficio de las personas con DM. En este sentido es importante la experiencia adquirida en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires mediante la implementación de su Programa de Prevención, Control y Tratamiento de Diabetes (PRODIABA), basado en las pautas establecidas por la OMS (55).

La posición favorable de las entidades políticas y de las de financiamiento de salud en nuestro país han quedado documentadas en dos publicaciones recientemente publicados en nuestro país (39,40). El primer ejemplo de esa posición es la decisión del Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires (IOMA) de incluir todas esas acciones y estrategias dentro de su Programa de Prevención, Control y Tratamiento de las Personas con DM-(PROPAT).

La Sociedad Argentina de Diabetes (SAD) ha desarrollado varios documentos sobre el manejo de técnicas de diagnóstico y control de la DM (45), plan de alimentación (46), de la DM tipo 2 (47), manejo de las complicaciones agudas del diabético infanto-juvenil (48), clasificación, diagnóstico y tratamiento de la neuropatía diabética (49) y de la retinopatía diabética (50), del control y tratamiento de las personas con DM en hemodiálisis (51), DM y embarazo (52) e hipertensión arterial (53). Igualmente el Centro de Endocrinología Experimental y Aplicada CENEXA, (UNLP Y CONICET), con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y la SAD, editó un manual para la atención de las complicaciones de la DM a nivel primario (54).

El Programa de Capacitación de Médicos Generalistas (PROCAMEG) implementado por la SAD a través de sus Capítulos, contribuirá a cubrir estas necesidades.

I.2.2. Morbilidad y discapacidades.

La aparición de complicaciones crónicas micro y macroangiopáticas de la DM otorga a la DM su carácter de enfermedad con alto grado de morbilidad y discapacidad.

En nuestro medio, la diabetes es causa del 48% de las amputaciones no traumáticas de miembros inferiores (25), del 15% de los casos de infarto agudo de miocardio (29), del 13% de los pacientes en tratamiento sustitutivo renal (30), es la primera causa de ceguera no traumática del adulto (31), y ocupa un lugar importante como causal de accidentes cerebrovasculares (25). Es también responsable de la ocupación de alrededor del 8% de las camas de los hospitales públicos con estadías más prolongadas y costosas que las ocupadas

por personas sin DM (31-33).
Por otra parte, la aparición de complicaciones cónicas de la DM produce un aumento significativo del ausentismo laboral y ubica a la enfermedad entre las primeras cinco causas de jubilaciones prematuras por discapacidad en los empleados de la Administración Pública de la Provincia de Buenos Aires (34).
I.2.3. Mortalidad.
Las cifras de mortalidad por diabetes a nivel mundial, basada en el análisis de los certificados de defunción, son imprecisas debido a la forma deficiente con que son completadas. En nuestro país la DM está presente en aproximadamente el 5% de las defunciones anuales (35). Aun cuando las causas de muerte en la población diabética y no diabética son las mismas, su frecuencia relativa varía significativamente (35, 36).
I.3. FUNDAMENTACION.
I.3.1. Programas de atención y tratamiento de personas con diabetes. Aun cuando la diabetología argentina ha alcanzado un desarrollo importante y sus especialistas están entre los líderes de la región latinoamericana, no existe aún un programa nacional para el control y tratamiento de la DM.
Tampoco existe a nivel nacional un registro preciso de personas con DM, ni una red de información entre centros de especialidad y sistemas de monitoreo de la calidad de su atención. Cabe mencionar que un sistema basado en el DiabCare europeo (44) se está implementando a prueba en la Provincia de Buenos Aires tanto a nivel de subsector público (PRODIABA) como del privado (PROPAT). Este sistema de registro se hace en colaboración con el DiabCare de Francia y la experiencia adquirida servirá para transferirla, con el auspicio de la OPS/OMS, al resto del país y a otros países de la Región.
La DM es una enfermedad que compromete la totalidad del organismo. Ello hace necesario la colaboración del diabetólogo y del clínico con diversos especialistas (oftalmólogo, cardiólogo, nefrólogo, obstetra), el laboratorio y algunas técnicas modernas no invasivas para el diagnóstico, control y tratamiento de la enfermedad y sus complicaciones.
Los antecedentes descriptos definen claramente el problema que enfrentan las instituciones de salud Pública para el control y tratamiento de las personas con DM. Igualmente señalan la necesidad reconocida por entidades como la OMS de implementar programas que permitan modificar el curso natural de la DM, disminuyendo su costo socioeconómico (55). Finalmente, siendo la DM una enfermedad trazadora de enfermedades crónicas, las estrategias utilizadas para mejorar la calidad de su control y tratamiento y la experiencia adquirida puede ser transferida a otras enfermedades no transmisibles.
Precisamente para potenciar el control multifactorial de las enfermedades no transmisibles, la OMS/OPS propone la implementación de Proyectos CARMEN-CINDI.
I.3.2. Legislación actual y programas de atención.
Diversos países han establecido, por ley, programas de DM que atienden en diverso grado la provisión de medicamentos e insumos, como así también las estrategias para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad.
En nuestro país se aprobó en el año 1989 la Ley Nacional Nº 23.753 y recientemente ha sido reglamentada por el Decreto del Poder Ejecutivo Nacional Nº 1271/98.
En la provincia de Buenos Aires, se ha promulgado la Ley Nº 11.620 -del diabético- y el Ministerio de Salud tiene implementado un Programa de Diabetes (PRODIABA) que apunta a sistematizar y mejorar la calidad de las personas con DM, su educación y la capacitación de integrantes del equipo de salud, para optimizar el uso de los recursos humanos y económicos e incorporar estrategias de prevención en todos sus niveles. La elaboración y el control de la implementación del PRODIABA está a cargo del CENEXA (Centro de Endocrinología Experimental y Aplicada (UNLP-CONICET)), siguiendo las pautas establecidas por la OMS (55) e implica la aplicación del criterio de SILOS (Sistema Locales de Salud) para la atención de las personas con diabetes. Siguiendo este ejemplo, otras provincias como Corrientes y Chaco, han puesto en marcha diversas iniciativas como provisión gratuita de insulina para estos pacientes en tratamiento ambulatorio.
I.3.3. Costos de la diabetes.
Ya se ha mencionado que la DM tiene un costo social elevado consecutivo a la aparición de

sus complicaciones crónicas y a su frecuente asociación con otros factores de riesgo. Dichas complicaciones pueden ser prevenidas en un alto porcentaje de casos mediante un control adecuado de dismetabolismo diabético y de los factores de riesgo asociados a la DM.

En nuestro medio el estudio comparativo del costo anual de atención de las personas con DM sin complicaciones versus el de la atención de episodios en varias complicaciones, demostró que toda inversión destinada a mejorar la atención y prevenir las complicaciones tiene una elevada y conveniente relación costo/beneficio (56).

Desde el punto de vista de los costos indirectos, se ha demostrado que es la aparición de las complicaciones crónicas de la DM la responsable del elevado ausentismo laboral adjudicado a las personas con DM, las que muestran un comportamiento laboral similar al de la población no diabética cuando dichas complicaciones no se han manifestado (34). Ese mismo estudio demostró que la DM, siempre a través de sus complicaciones, ocupa un lugar destacado en las causas de jubilaciones prematuras en el subsector público de la Provincia de Buenos Aires.

La implementación de pautas de atención tendientes a mejorar su calidad y promover la prevención de complicaciones pueden modificar sustancialmente estos valores y tendencias.

II. PROPUESTA PROGRAMATICA

II.1. 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.

II.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

A) Orientados a la aplicación de la Ley y la ejecución del Programa:

Lograr la adhesión de las provincias a la ley nacional y una propuesta programática adecuada a la situación de las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Lograr una organización operativa que permita dar cumplimiento a lo dispuesto por la Ley Nacional Nº 23.753 y al Decreto del Poder Ejecutivo Nacional Nº 1271/98 y evaluar su impacto.

Incluir en el SINAVE (SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA) la Vigilancia Epidemiológica de la DM.

Crear los mecanismos de supervisión, auditoría y evaluación que permita medir el impacto de la aplicación de la ley y ajustar los insumos.

Promover la participación de los distintos sectores sociales involucrados en esta problemática, en todos los niveles de gestión del programa.

B) Orientados a modificar la evolución de la DM:

Prevenir el desarrollo de la DM, en la medida de lo posible, en individuos y comunidades susceptibles. Implementar la educación diabetológica a todos los niveles:

• Educación Comunitaria
• Personas con DM y su familia
• Equipos de salud

Prevenir las complicaciones de la DM y, consecuentemente, disminuir la morbilidad, la mortalidad y los costos de la enfermedad.

Organizar un sistema de registros y control de tratamientos y su impacto.

Promover la investigación científica clínica y preventiva de la DM.

Detectar en forma temprana la DM especialmente en sujetos de alto riesgo.

Asegurar el tratamiento y seguimiento de los casos detectados.

II.3. ESTRATEGIAS

II.3.1. Estrategias básicas

Las estrategias básicas consideradas pertinentes para el logro del propósito u objetivo general son:

* Abordaje interdisciplinario.
* Articulación intersectorial.
* Participación social y grupal de personas con DM.
* Incorporar los objetivos y actividades del Programa dentro de la estrategia de la Atención

Primaria de la Salud.
II.3.2. Estrategias operacionales
* Desarrollo de programas de educación comunitaria destinadas prioritariamente a grupo de riesgo.
* Promoción de la consulta médica preventiva de individuos con carga genética y factores de riesgo.
* Desarrollo orgánico y sistemáticos de programas de capacitación del paciente diabético y sus familiares para lograr el autocuidado de la salud, el control de su enfermedad y sus posibles complicaciones.
* Implementación de un sistema de capacitación, perfeccionamiento y actualización de los integrantes del equipo de salud.
* Incorporación al sistema de atención médica de las normas de atención, control y tratamiento de la DM.
Provisión a personas según lo establecido por ley y su decreto reglamentario de medicamentos e insumos para el tratamiento y control específico de esta patología.
* Promoción de un sistema interdisciplinario, interinstitucional y social cuyos representantes intervengan en la evaluación del PRONADIA y aporten propuestas que optimicen su rendimiento.
* Promover estudios epidemiológicos que permitan:
• Disponer de un diagnóstico de situación actualizado; de la estructura, procedimientos y resultados de la atención diabetológica.
• Contar con la identificación de sus inconvenientes y aciertos y
• Proponer nuevos indicadores que permitan evaluar cambios en la calidad de dicha atención, así como en los costos directos e indirectos de la DM.
II.4. ACCIONES
II.4.1. Promover y facilitar la adhesión de las provincias a la Ley Nacional y su implementación Programática.
• Presentar en la próxima reunión del Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA.) la Ley, el Decreto Reglamentario y el Programa Nacional para consideración y adhesión de las máximas autoridades de salud provinciales.
• Apoyo técnico para la programación e implementación de Programas Provinciales.
• Apoyo financiero a la ejecución de los Programas Provinciales.
II.4.2. Facilitar el acceso a la información diabetológica:
* Organización de una base de datos.
* Actualización de material bibliográfico.
* Distribución.
II.4.3. Elaborar y difundir programas de Educación para la Salud en los medios de comunicación masivos, (radio, nota en diarios, T.V.) y cartillas educativas, distribuidas en diferentes medios y ámbitos (colegios, clubes, sociedades):
• Elaboración, redacción, discusión y selección del material correspondiente.
• Preparación de material educativo y distribución (gacetillas, posters, folletos ilustrados) adecuado a las particularidades socioculturales de las distintas regiones del país.
II.4.4. Capacitar a los prestadores de salud, en especial a nivel de médicos generalistas para lograr un control efectivo de la DM y la prevención de sus complicaciones.
* Capacitación de integrantes del equipo de salud para desarrollar programas de educación a personas con DM y sus familiares.
* Realizar actividades con la modalidad de seminarios y de capacitación continua para el perfeccionamiento de todos los integrantes del equipo de salud en la atención de la DM.
II.4.5. Provisión controlada de insulina, hipoglucemiantes orales, jeringas, agujas, lancetas y tiras reactivas y paciente en tratamiento.
II.4.6. Organización e implementación de un sistema unificado de Vigilancia Epidemiológica de la DM:
* Implementación y seguimiento de registros de personas con DM mediante la adopción de formulario de registro de datos (clínicos, metabólicos, terapéuticos y otros) del DiabCare para evaluar la calidad de atención, definir estrategias efectivas de tratamiento e identificar

grupos clínicos de referencia.
* Desarrollo de una base de datos para el manejo de información y el monitoreo del PRONADIA.
II.4.7. Implementación de programas de investigación epidemiológica que contribuyan al diagnóstico de situación y a la evaluación de los cambios operados en el perfil demográfico y epidemiológico de la población, en relación con la DM, sus factores de riesgo y la evolución.
II.5. ACTIVIDADES PRIORITARIAS
II.5.1. Educación de las personas con diabetes.
Como en toda enfermedad crónica, el control exitoso del curso de la DM depende en gran medida de la participación activa del paciente. Ello requiere de un paciente conocedor de su enfermedad, de su forma de tratamiento y fuertemente motivado para ser un miembro activo del equipo de salud. Tales condiciones se logran mediante la educación de las personas con DM.
Aun cuando esta educación era ya promovida, recién en la década del 70' dicho proceso alcanzó una difusión importante (37). Ello trajo aparejado una disminución de los costos socioeconómicos de la diabetes y una mejoría de la calidad de vida de las personas con diabetes (37).
En nuestro país, la SAD, la Federación Argentina de Entidades de Lucha contra la Diabetes (FAD) y diversos grupos de trabajo han promovido la educación diabetológica de las personas con DM y su familia. Con esos objetivos se han producido documentos que dan pautas generales para su desarrollo (38) y de la conveniencia de incorporar la educación como un componente esencial del control y tratamiento de la DM (39, 40). Consecuentemente, se han puesto en marcha diversos programas de educación individual y grupal tendientes a documentar la factibilidad y realidad de este objetivo. En este sentido existen evidencias objetivas publicadas a nivel nacional e internacional de las ventajas y conveniencias de la implementación de la educación de las personas con diabetes para mejorar el control metabólico de la enfermedad y disminuir su costo socioeconómico (21, 41, 43).
La SAD, a través de su Grupo de Trabajo de Educación, participa de un estudio multicéntrico latinoamericano que utiliza el modelo de educación grupal de personas con DM tipo 2 (42, 43), cuyo objetivo es agregar elementos de juicio objetivos sobre el impacto de la educación sobre el control clínico, metabólico, terapéutico y de costos de la enfermedad.
Finalmente, la SAD auspicia el Programa de Capacitación de Educadores que desarrollan desde hace varios años el CENEXA y el Centro "Bernardo A. Houssay" (designado Centro Colaborador de la OMS para Diabetes) y que brindará en breve el Departamento de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata. Cabe mencionar la experiencia adquirida en la implementación de este tipo de capacitación de educadores y de cursos de educación de modalidad grupal para personas con diabetes, en establecimientos del sector público a través del PRODIABA en la Provincia de Buenos Aires.
II.5.2. Prevención clínica
Implantar en el sistema médico asistencial la consulta preventiva que registre los factores de riesgo para la DM y asuma su estudio, tratamiento y seguimiento considerando como principales factores de riesgo los siguientes:
* Individuos mayores de 40 años de edad.
* Obesos.
* Antecedentes de familiares consanguíneos diabéticos.
* Mujeres con historia clínica obstétrica sospechosa de diabetes.
* Hipertensión.
* Sedentarismo.
* Antecedentes cardiovasculares en edades tempranas.
Igualmente, se requieren estímulos que privilegien las acciones de prevención -caso de la educación - reconociéndolas como prestaciones médicas que permitan desarrollar

estrategias de seguimiento a largo plazo y el registro cuidadoso de los eventos ocurridos en el transcurso de la enfermedad.

II.5.3. Accesibilidad a la insulina, a los agentes hipoglucemiantes orales y a los insumos necesarios para el tratamiento y control de la diabetes.

Desde el punto de vista del tratamiento farmacológico se requiere insulina e hipoglucemiantes
orales.

Entre los insumos indispensables se requieren jeringas y agujas descartables para la aplicación de insulina, tiras reactivas para la determinación de glucosa en sangre y orina, para cuerpos cetónicos en orina y lancetas para extracción de sangre capilar.

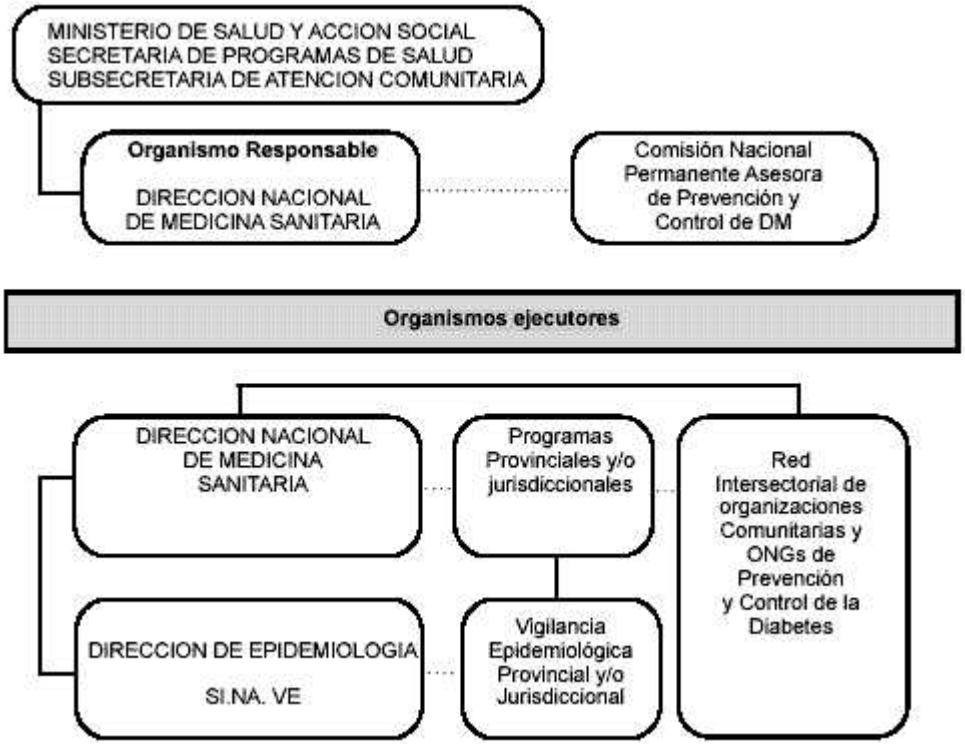
La Ley Nacional Nº 23.753, en su decreto reglamentario Nº 1271/98, designa como autoridad de aplicación al Ministerio de Salud y Acción Social por intermedio de la Secretaría de Programas de Salud y de las Areas técnicas de su dependencia.

II.6. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL PROGRAMA

El PRONADIA requiere de una planificación adecuada y un grupo asesor interdisciplinario e intersectorial, que incluya representantes de los distintos sectores involucrados.

Este grupo ha sido constituido por Resolución Ministerial Nº 45/94 como Comisión Nacional Permanente Asesora de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus con funciones de asesoramiento para la formulación del Programa, su puesta en marcha y la evaluación de sus resultados.

La Comisión incluirá representantes Interministeriales, de las organizaciones científicas, representantes de las provincias y de las actividades productivas afines, de las organizaciones de personas con DM y ONGs. El cuadro siguiente resume dicha organización:



• Area Propuesta

II.7. ORGANISMOS QUE INTEGRAN PERMANENTE U OPERATIVAMENTE LA COMISION NACIONAL ASESORA DE PREVENCION Y CONTROL DE LA DM

II.7.1. Instituciones Gubernamentales:

* Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y representantes provinciales.
* Ministerio de Economía y Obras Públicas.
* Ministerio de Educación y Cultura.
* Ministerio de Trabajo.
* Ministerio de Justicia.
* Representantes de comisiones Afines del Poder Legislativo.

* Otros.
* Otros.
II.7.2. Instituciones científicas:
* Facultades de Medicina a través de AFACIMERA.
* Sociedad Argentina de Diabetes.
* OPS/OMS.
* Sociedades Científicas de especialidades afines.
II.7.3. Otras Organizaciones:
* Entidades colegiadas de profesionales de la salud.
* Entidades intermedias.
* Otras.
II.7.4. Asociaciones de personas con diabetes.
II.7.5. Representantes de la industria farmacéutica.
II.7.6. Representantes de los medios de comunicación.
II.7.7. Asesores internacionales
II.8. FUNCIONES DE LA COMISION NACIONAL PERMANENTE ASESORA DE PREVENCION
CONTROL DE LA DM
* Asesorar en la elaboración e implementación del Programa Nacional.
* Proponer normas de prevención y protocolos de atención y de rehabilitación de pacientes.
* Colaborar en el diseño del sistema de registros de datos.
* Organizar un sistema de evaluación de necesidades insumos, stock, provisión y control.
* Proponer indicadores de evaluación.
* Cooperar en la evaluación de los Programas Provinciales.
* Promover y orientar la investigación.
* Difundir los avances técnicos terapéuticos y la actualización bibliográfica.
* Participar en el monitoreo del programa.
II.9. ESTRATEGIAS DE EVALUACION.
Las estrategias de evaluación estarán prioritariamente dirigidas a medir.
• Grado de aplicación de la Ley Nacional Nº 23.753.
• Impacto sanitario y económico de las políticas de prevención, de las intervenciones sobre factores de riesgos y del tratamiento y control evolutivo de la DM.
II.9.1. Instrumentos de Evaluación
a) Informes provinciales sobre la implementación del Programa.
* De Organización.
* De Desarrollo.
* De Aplicación de Estrategias.
b) Informes de Supervisión de actividades del programa (semestral).
c) Informes de datos estadísticos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (semestral).
d) Informes de la Comisión Permanente Asesora sobre impacto y/o dificultades presentadas en la aplicación de la Ley y su Decreto Reglamentario (semestral).
II.9.2. Indicadores de cumplimiento de metas de actividades programadas
a) De organización
Nº de Responsables provinciales X 100
Total de Provincias
Nº de Programas Provinciales en implementación X 100
Total de Provincias
Total de insumos utilizados según normas X 100
Total de Insumos Asignados
b) De proceso por Provincia y/o Jurisdicción
Total de Actividades de Capacitación de equipos de salud realizadas
Total de Actividades de Capacitación de equipos de salud programadas
Total de personas con DM integrados a grupos de autocontrol X 100
Total de Diabéticos registrados
Total de Provincias integradas al SINAVE en DM X 100

Total de Provincias adheridas al Programa
c) De Situación
* Prevalencia de DM por Jurisdicción
Total de personas con DM registrados al año X 100
Total de población para el mismo período de tiempo
* Tasas de mortalidad y morbilidad por patologías asociadas a la DM (por sexo - edad - provincia) (*).(*)
Total de defunciones por D.M al año X 100.000
Total de defunciones para el mismo período
Total de internaciones de cada patología asociada a D.M al año X 100.000
Total de internaciones de cada patología para el mismo período
Principales patologías que se asocian a la D.M.
• Nefropatías.
• Enfermedades Cardiovasculares
• Diabetes Gestacional
• Amputaciones no traumáticos
• Ceguera
d) De efecto
* Modificación de la prevalencia de DM en cohortes de tiempo, por Provincia.
* Modificación de las tareas de mortalidad por DM y complicaciones.
* Estudios de costo beneficio y costo efectividad.
Gastos en actividades de prevención DM
Gasto en la atención médica de pacientes con DM (**)
Gasto de internación por atención de DM al año
Gasto total por internaciones.
(*) Los datos de patologías asociadas a DM se extraerán de los registros de morbi-mortalidad disponibles en cada jurisdicción (egresos hospitalarios y Estadísticas Vitales).
(**) Podría incluirse en el estudio de costo-beneficio y de costo efectividad, los costos secundarios (ausentismo laboral, jubilaciones prematuras) de disponer el sector salud de esos datos.
II.10 CUADRO OPERATIVO
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCION, ATENCION Y TRATAMIENTO DE PERSONAS CON DIABETES (PRONADIA)

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	ACCIONES	METAS	INDICADORES
Elaborar un programa Nacional de prevención y control de la Diabetes	Determinar punto focal nacional Identificar los asociados institucionales	Formar un grupo consultivo Realizar reuniones regionales para acordar con funcionarios provinciales la implementación del Programa en las distintas Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Programa Nacional consensuado con las provincias. Disponer de programas provinciales Disponer de programas estratégicos con funciones, recursos y actividades presupuestadas.	Resolución Nº de creación Comisión Nac. Resolución de aprobación del Programa. % de Provincias que presentan programa Programas operativos presupuestados
Disponer de un diagnóstico de la carga que representa la diabetes en la mortalidad, utilización de asistencia sanitaria por esa enfermedad o sus complicaciones	Organizar un sistema nacional de información de utilización de servicios asistenciales por esta patología.	Implementar progresivamente en las provincias áreas piloto incorporadas al sistema de información nacional.	Areas pilotos del Sistema Nacional en las provincias.	% de provincias con áreas piloto funcionando. Nº de áreas piloto por provincia.
Prevenir el desarrollo de la diabetes en la medida de lo posible, en individuos y comunidades susceptibles.	Desarrollo de programas de educación comunitaria con promoción de la consulta médica precoz de individuos con carga genética y factores de riesgo.	Normatización de la consulta preventiva sobre factores de riesgo, detección precoz y control de la DM. Implementación en la estrategia de Atención Primaria de la Salud.	Implementación Progresiva de los Programas de Educación comunitaria y de la consulta preventiva en los sistemas de salud provinciales	% de Provincias y la Ciudad Autónoma de Bs. As., o áreas programáticas con ejecución de educación comunitaria y consulta médica preventiva normalizada.
MANTENER Y MEJORAR LA SALUD Y CALIDAD LA VIDA DEL DIABETICO MEDIANTE SU EDUCACION DIABETOLOGICA Y ATENCION EFECTIVA.	Implementación de programas de educación para el diabético y su familia.	• Preparación del material educativo (gacetillas, posters, folletos ilustrados) • Capacitación de médicos de cabecera o sus colaboradores para desarrollar el Curso de Educación del Diabético No Insulinodependiente. • Puesta en marcha del Curso de Educación del Diabetico Insulinodependiente (Centro "Bernardo A. Houssay", La Plata).	Satisfacer al 100% de las demandas provinciales sobre material educativo y cursos de capacitación.	% de demandas satisfechas = distribución de material educativo/ Material solicitado Cursos de capacitación realizados/Cursos de capacitación solicitados
PROMOVER LOS CAMBIOS NECESARIOS EN LAS ESTRUCTURAS Y PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE ATENCION PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LAS PRESTACIONES.	Desarrollo de un sistema de capacitación, perfeccionamiento y actualización de los integrantes del equipo de salud	• Organización y desarrollo periódico de seminarios y cursos con participación de especialistas. • Provisión de material educativo selecciones bibliográficas. • Facilitar el acceso a la bibliografía especializada. • Estimular, mediante gratificaciones, el tiempo dedicado al perfeccionamiento y actualización tanto individual como del sistema que sostiene el Programa.		
PREVENIR LAS COMPLICACIONES CRONICAS DE LA DIABETES Y CONSECUENTEMENTE DISMINUIR LA MORBILIDAD, MORTALIDAD Y COSTO DE LA ENFERMEDAD.	Estacionamiento de estándares de atención primaria, control y tratamiento del diabético. Provisión de medicamentos e insumos al paciente ambulatorio.	• Elaboración, redacción, discusión y distribución del material correspondiente. • Provisión gratuita controlada de Insulina, hipoglucemiantes orales, jeringas, agujas, punzones y tiras reactivas. • Organización e implementación del registro de diabéticos.	Protocolos de atención primaria, control y tratamiento de las personas diabéticas acordados, redactados y aplicados. Provisión de insumos según demandas provinciales programadas. Un registro de diabéticos en cada jurisdicción	
ESTIMULAR Y SOSTENER LA INVESTIGACION DEDICADA A LA PREVENCION Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS	Desarrollo de proyectos epidemiológicos que permitan un diagnóstico de situación de la estructura, procedimientos y resultados de la atención diabetológica actual, identificación de indicadores que permitan evaluar cambios en la calidad de dicha atención y evaluar los costos directos e indirectos de la diabetes	• Diseñar formularios que permitan un registro fácil respecto a estructura y procedimiento de las prestaciones y de los acontecimientos ocurridos en la evolución y tratamiento del paciente. • Desarrollar un Programa de clasificación y archivo de la información que permita elaborar una base de datos. • Establecer un monitoreo continuo de la base de datos para evaluar el curso y resultados del Programa. • Implementación de programas de investigación epidemiológica en el que participen integrantes de CENEXA y de diferentes niveles operativos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.		

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	ACCIONES	METAS	INDICADORES
GENERAR UN MECANISMO DE INTEGRACION REAL ENTRE LOS DISTINTOS SECTORES AFECTADOS AL PROGRAMA.	Desarrollo de un programa interdisciplinario e intersectorial, donde los representantes expongan su opinión sobre el Programa y puedan introducir modificaciones que optimicen su rendimiento.	• Establecer un Comité Asesor con representantes de organizaciones que nucleen a médicos, bioquímicos nutricionistas, farmacéuticos, enfermeras y otros profesionales de salud, asociaciones de pacientes diabéticos, industria farmacéutica y sociedades científicas, así como entidades oficiales nacionales y extranjeras. • Comunicar y discutir periódicamente con ese Comité sobre la marcha y resultados de PRONADIA		
INCLUIR EN EL SINAVE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA DM	Organizar un sistema nacional de información de datos epidemiológicos de DM	Apoyo técnico a las Provincias en la organización e implementación de un sistema único de datos de Vigilancia Epidemiológica de DM	Sistema de Vigilancia epidemiológica de DM en cada una de las Provincias adheridas al Programa	% provincias incluidas en el SINAVE % de provincias con información de datos regular

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCION Y CONTROL DE DIABETES
NORMAS DE PROVISION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS COMPRENDIDOS

1. - MEDICAMENTOS E INSUMOS COMPRENDIDOS

Acorde con la Ley 23.753/89 y el Decreto Reglamentario 1271/98, quedan comprendidos dentro de sus disposiciones los medicamentos e insumos básicos y cobertura mínima inicial, para el control y tratamiento del paciente con Diabetes Mellitus.

Medicamentos/Insumos básicos	Cobertura (*)	Cantidad (**)
1. Comprende pacientes diabéticos tipo 1 (ID) • Insulina Concentración U-100 Tipos: Lispro, Corriente, NPH, Lenta, Ultralenta. Origen: Bovino, Porcino, Humano, Análogos	100%	Según prescripción
• Jeringas descartables para insulina U-100	100%	24 por año
• Agujas descartables p/uso subcutáneo	100%	100 por año
• Lancetas descartables para punción digital	70%	50 por año
• Digitopunsor automático	70%	1 cada 2 años
• Tiras reactivas para glucosa en sangre	70%	400 por año
• Tiras reactivas para acetona en orina	70%	50 por año
• Tiras reactivas para glucosa en orina Puede considerarse el uso de tiras combinadas para glucosa y acetona en orina	70%	100 por año
• Bomba de infusión continua para insulina	(***)	(***)
1. Comprende pacientes diabéticos tipo 2 (NID) • Antidiabéticos orales	70%	Según prescripción
• Tiras reactivas para glucosa en sangre	70%	50 por año
• Tiras reactivas para glucosa en orina	70%	100 por año
1. Reflectómetro para la lectura de las tiras reactivas para glucosas en sangre se otorgarán a mujeres diabéticas embarazadas o personas con alteraciones visuales de los colores. Previa autorización de la Auditoría Médica correspondiente		

Notas:

(*) Porcentaje establecido en el Decreto 1271/98. Cuando se especifica porcentaje inferior al 100% se entiende que se trata de cobertura mínima inicial a incrementarse progresivamente de acuerdo a los recursos con que se cuente en cada jurisdicción.

(**) Dación mínima por pacientes diabéticos.

(***) Ante indicación expresa y fundamentada de profesional especializado, su otorgamiento deberá ser evaluado y aprobado por la auditoría de la institución que corresponda, teniéndose en cuenta 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.

2. - PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y OTROS INSUMOS ESTABLECIDOS EN EL AREA DE LA SALUD PUBLICA

Las Provincias y del gobierno de la Ciudad Autónoma de la Buenos Aires se cubrirán la demanda correspondiente a pacientes diabéticos carentes de cobertura médico social y

recursos, de acuerdo a las siguientes disposiciones:
2.1. Requisitos socioeconómicos
Residencia en territorio de la República Argentina. Se utilizará como constancia de domicilio, el registrado en el Documento Nacional de Identidad, Libreta de Enrolamiento o Libreta Cívica.
Carecer de cobertura médico social y de recursos propios y/o familiares para solventar los gastos de los medicamentos y otros insumos establecidos. Según declaración jurada que tendrá validez anual, refrendada por el Servicio de Asistencia Social de la institución de que se trate.
2.2. Procedimiento para la gestión de los medicamentos y otros insumos establecidos.
El paciente diabético iniciará la gestión en el establecimiento o servicio asistencial estatal en el que está registrado y al que concurre para control y tratamiento.
La prescripción de los medicamentos y otros insumos establecidos deberá ser realizada en recetarios de profesionales médicos de los servicios de diabetes, endocrinología, nutrición, medicina interna, pediatría y de atención primaria de la salud de establecimientos del área estatal o, eventualmente, reconocidos oficialmente por la misma.
En los recetarios correspondientes el profesional médico deberá completar los datos filiatorios y clínicos básicos y prescribir la cantidad de medicamentos e insumos que se requieran para un trimestre de tratamiento.
Con la documentación antedicha, el establecimiento o servicio de salud correspondiente solicitará a través de la dependencia que se estableciera a tal efecto, la cantidad necesaria de medicamentos e insumos para un período de tres meses de tratamiento.
Cada provincia o jurisdicción podrá adaptar a su propia modalidad el procedimiento referido en tanto no se modifique el sentido ni la esencia del mismo.
2.3. Cancelación de beneficios
La cancelación de los beneficios a que se refieren la presente normativa operará en los siguientes casos:
* Renuncia del titular del beneficio.
* Radicación del beneficiario fuera del país.
* Cese de la condición socioeconómica informada.
* Abandono del control médico periódico regular en el establecimiento donde esté registrado.
* Incompatibilidad con otros beneficios.

LEGISALUD ARGENTINA

Copyright © BIREME Contáctenos