



PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA
DIABETES MELLITUS
2013-2018

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD

Versión electrónica, en proceso su
publicación impresa

ÍNDICE GENERAL

DIRECTORIO	5
MENSAJE DE LA C. SECRETARÍA DE SALUD	7
MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	9
INTRODUCCIÓN	11
I. MARCO CONCEPTUAL	13
II. MARCO JURÍDICO	17
III. DIAGNÓSTICO.....	21
III.1 Antecedentes	23
III.2 Situación Actual y Problemática	25
III.3 Avances 2006-2012	29
III.4 Retos 2013-2018	29
IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES	31
IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018	33
IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.....	35
V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA.....	39
V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción	41
V.2 Estrategias Transversales.....	42
VI. INDICADORES Y METAS.....	43
VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD	53
VIII. TRANSPARENCIA	61
BIBLIOGRAFÍA	65
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....	67
GLOSARIO DE TÉRMINOS	69
ANEXOS	73

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

María de las Mercedes Martha Juan López
SECRETARIA DE SALUD

Eduardo González Pier
SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Pablo Antonio Kuri Morales
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Marcela Guillermina Velasco González
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Fernando Gutiérrez Domínguez
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS

Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
TITULAR DE LA COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Manuel Mondragón y Kalb
COMISIONADO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Ernesto Héctor Monroy Yurrieta
TITULAR DE LA UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Nelly Aguilera Aburto
TITULAR DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO

Mikel Andoni Arriola Peñaloza
COMISIONADO FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

José Meljem Moctezuma
COMISIONADO NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Manuel Hugo Ruíz de Chávez Guerrero
PRESIDENTE DEL CONSEJO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

Gabriel O'Shea Cuevas
COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Leobardo Ruíz Pérez
SECRETARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Jesús Felipe González Roldán
DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

José Antonio González Anaya
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Laura Ibernia Vargas Carrillo
TITULAR DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Emilio Ricardo Lozoya Austin
PETRÓLEOS MEXICANOS

Salvador Cienfuegos Zepeda
SECRETARIO DE LA DEFENSA NACIONAL

Vidal Francisco Soberón Sanz
SECRETARIO DE MARINA

MENSAJE DE LA C. SECRETARIA DE SALUD

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud, establecen de manera prioritaria que las instituciones del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en su conjunto debemos “Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud”, con el propósito de alcanzar la Meta Nacional de un México Incluyente.

Ello es posible, mediante la consolidación de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria y el fomento de la participación de la sociedad.

Las premisas descritas nos permitirán cerrar las brechas existentes entre los diferentes grupos sociales y regionales del país, para asegurar la consolidación y el uso efectivo de los recursos destinados a la salud.

En la actualidad los retos epidemiológicos y demográficos son de una magnitud mayor a aquellos a los que se hizo frente en lustros pasados, de ahí que el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud sea cada vez más complejo.

Por ello, reconocemos la imperiosa necesidad de que las instituciones de salud adecúen sus esquemas operativos con el fin de responder al desafío de construir un Sistema Nacional de Salud más eficiente y de calidad para hacer frente a las crecientes necesidades de la población.

Las instituciones públicas de Salud trabajan hoy en día para que mujeres y hombres dispongan de mejores opciones, acceso a servicios de salud con perspectiva de género, interculturalidad y respeto a los derechos humanos.

En México y en el mundo, enfrentamos desafíos como son el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y otras enfermedades no transmisibles, entre las que destacan las cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer y las que afectan la salud mental. Esta situación es resultado por una parte del cambio demográfico de la población mexicana, así como de la adopción de estilos de vida no saludables como son los asociados al sedentarismo, la alimentación incorrecta, el tabaquismo y el consumo de alcohol.

Ello nos impone la necesidad de una respuesta integral y articulada para reducir los factores de riesgo a través de la promoción de estilos de vida saludables que implican el cambio conductual de la población.

Para llevar a México a su máximo potencial, tal como está previsto en el actual Plan Nacional de Desarrollo, una de las prioridades en la agenda de la salud pública es instrumentar políticas públicas dirigidas a proteger la salud de las niñas, niños, adolescentes, mujeres y mujeres embarazadas. Para ello, en los Programas de Acción Específico se incluyeron acciones efectivas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, entre ellas, lactancia materna, vacunación, planificación familiar, educación sexual y reproductiva con énfasis en adolescentes, que contribuyen a un mejor desarrollo de las personas, familias y la comunidad, así como a obtener mejores niveles de calidad de vida de las nuevas generaciones de nuestro país.

Por otro lado, seguimos comprometidos en consolidar e incrementar la vigilancia epidemiológica, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles como VIH, Sida, tuberculosis, influenza y dengue; expandir esquemas efectivos para la prevención de accidentes y atender oportunamente a la población ante emergencias epidemiológicas, brotes y desastres.

Ante este escenario complejo, se requiere de la participación decidida y coordinada de todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, de los diferentes órdenes de gobierno, de la iniciativa privada y de la sociedad civil. Los Programas de Acción Específico de Prevención y Promoción de la Salud, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y del Programa Sectorial de Salud, son la herramienta de coordinación, evaluación y seguimiento de las estrategias, líneas de acción e indicadores que nos permitirán medir nuestro desempeño.

Agradezco a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a las instancias académicas y de la sociedad civil que participaron en la elaboración de estos documentos, mediante el cual se impulsan de manera transversal y sectorial, las estrategias y líneas de acción para la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; necesarias para lograr las metas y objetivos a los que nos hemos comprometido.

El paso hacia un Sistema Universal de Salud requiere de la acción de todos los actores involucrados, para que desde la salud podamos contribuir con nuestro aporte al logro de un México más sano e incluyente.

Dra. María de las Mercedes Martha Juan López

MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

México atraviesa una marcada transición poblacional y epidemiológica, la cual ha impactado de forma importante el perfil de la salud de la población. Muestra de ello es la epidemia de las enfermedades no transmisibles, las cuales han ascendido a los primeros sitios de morbilidad y mortalidad. Por otra parte, las enfermedades transmisibles siguen presentes acentuando la inequidad social.

Lo anterior constituye un importante reto para todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, por lo que se requiere sumar esfuerzos para que la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades graviten en la reducción de la carga de enfermedad y contribuya a mejorar la calidad de vida de los mexicanos.

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen el eje fundamental de la salud pública, por ello, son componentes esenciales del modelo de atención a la salud en México. Un elemento sustantivo de la promoción de la salud es su carácter anticipatorio, el cual busca atender, no a la enfermedad directamente, sino a los determinantes sociales de la salud. Se trata de crear y fortalecer determinantes positivos y delimitar o eliminar los negativos.

Los Programas de Acción Específico retoman los principios enunciados, por lo que están enfocados a impulsar acciones que proporcionen a la población los medios necesarios para lograr una mejor salud, con ese fin contienen acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, así como para dotarlos de las herramientas que les permitan modificar sus condiciones sociales y ambientales.

El presente Programa contiene estrategias que buscan fortalecer y hacer eficientes las prácticas que han mostrado efectividad. Adicionalmente se incorporan intervenciones innovadoras para contribuir a preservar y mantener la salud de la población, con especial énfasis en los grupos en situación de desigualdad, buscando de manera proactiva el fortalecimiento del tejido social.

La operación de este Programa apunta hacia la formulación de acciones con la participación intersectorial, exhortando a las entidades federativas a generar vínculos de trabajo con las diferentes dependencias e instituciones y promoviendo la transversalidad de la salud en todas las políticas.

En este documento se consideraron las estrategias y acciones que lograron un impacto significativo en diferentes grupos de la población en los últimos años, por ello es importante aplicar un enfoque de prevención combinada (intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales) en un marco de derechos humanos, perspectiva de género e interculturalidad.

El Programa que aquí se presenta, contiene las estrategias, líneas de acción, indicadores y metas que permitirán su instrumentación, seguimiento y evaluación para todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud y las entidades federativas; asimismo, en él se promueve el acompañamiento y la participación del personal de salud y de la sociedad civil, que son indispensables para el logro de los objetivos planteados.

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), principalmente las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas, constituyen la principal causa de muerte en el mundo; ¹son además la causa de la mayor parte de los costos evitables de la atención en salud. En el desarrollo de las ECNT, ejercen influencia los determinantes sociales de la salud como son los ingresos, la educación, el empleo, las condiciones de trabajo, el grupo étnico y el género.²

La epidemia de las ECNT está impulsada por la globalización, la urbanización, la situación económica y demográfica y los cambios del modo de vida; estas enfermedades están causadas principalmente por un conjunto de factores de riesgo comunes como un régimen alimentario poco saludable, la inactividad física, la obesidad, el consumo nocivo de alcohol y el tabaquismo entre otros.^{2,3} Las fuerzas culturales y del sector privado también desempeñan un papel importante. Por lo tanto, las ECNT constituyen un complejo problema de salud pública y un reto para el desarrollo económico, requieren intervenciones tanto del Sistema Nacional de Salud (SNS), así como de otros sectores del gobierno, la sociedad civil y el sector privado.

La diabetes se ha convertido en una de las principales causas de muerte y discapacidad a nivel mundial, expertos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), señalan que la carga de esta enfermedad crecerá sustancialmente en las próximas dos décadas. En la región de las Américas la prevalencia de diabetes en adultos es más alta en los países del Caribe de habla inglés, seguido por poblaciones que viven en ambos lados de la frontera entre Estados Unidos y México.⁴

En México, la diabetes ocupa los primeros lugares en número de defunciones por año, tanto en hombres como en mujeres y las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente;⁵ asimismo, el número de casos se incrementa anualmente. Debido a lo anterior ha sido necesario actualizar las políticas y estrategias de prevención y control bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, con la finalidad de permitir la conjunción de esfuerzos y organización de los servicios en los distintos órdenes de las instituciones del SNS, para dar una respuesta con mayor impacto. La prevención y control de la diabetes representa un reto para los responsables de la salud pública del país, ya que al igual que otras enfermedades crónicas, es el resultado de estilos de vida no saludables como los hábitos de alimentación incorrecta y el sedentarismo.

A nivel nacional, en 2013 se lanza en México la "Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes"⁶ que plantea la integración de tres pilares y seis ejes rectores, que contienen ejes estratégicos, componentes y actividades. Instrumenta un programa nacional multisectorial, con actividades, metas e indicadores definidos para coadyuvar a disminuir la incidencia de las ECNT y a la vez fortalece los sistemas de vigilancia, homologándolos, e integrándolos en base a las necesidades de información. Establece un modelo único de prevención de las ECNT y sus complicaciones, con enfoque a grupos poblacionales bien definidos, con el fin de incrementar su impacto mediante acciones multidisciplinarias que incrementen la cobertura efectiva y la calidad en la atención primaria sobre estas enfermedades, sin dejar al lado las campañas de forma permanente de promoción de la salud y prevención de enfermedades no transmisibles.

El objetivo primordial de la misma es mejorar los niveles de bienestar de la población mexicana y contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional al desacelerar el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, a fin de revertir la epidemia de las enfermedades crónico no transmisibles.

En el marco de esta Estrategia, se presenta este Programa que se divide en diferentes rubros que incluyen principalmente: un diagnóstico situacional que considera la problemática actual con avances y retos; el marco conceptual y jurídico para su desarrollo y su vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018. Asimismo, establece objetivos y estrategias e incluye además, los indicadores específicos de evaluación que posibilitan el seguimiento y permiten informar con transparencia los resultados de los compromisos establecidos para el periodo mencionado.



I. MARCO CONCEPTUAL

I. MARCO CONCEPTUAL

Las ECNT son en gran medida enfermedades prevenibles, sin embargo, se considera que es necesario mayor investigación sobre algunos aspectos de los mecanismos que las relacionan. Los datos científicos actualmente disponibles proporcionan una base sólida para justificar la adopción de medidas de prevención, tratamiento médico y no farmacológico. Se considera que el enfoque de salud pública de la prevención es la acción más económica, asequible y sostenible para hacer frente a estas enfermedades a nivel mundial. La adopción de un enfoque basado en los factores de riesgo comunes para prevenir las ECNT, representa un avance importante de las ideas favorables a una política sanitaria integrada.

La prevalencia de estas enfermedades se ve acelerada por factores específicos que afectan a las regiones del mundo: el envejecimiento demográfico, la urbanización rápida y no planificada y la globalización de modos de vida inadecuados (como la problemática implícita en los factores de género).

Las ECNT son de larga duración y por lo general su evolución es lenta, afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes.

La diabetes mellitus es una enfermedad frecuente en todos los países del mundo y si no se establecen programas eficaces de prevención y control, la carga seguirá en aumento.

En nuestro país, ocupa el segundo lugar dentro de las principales causas de mortalidad y registra un incremento de más de 75 mil muertes al año; además cada año se registran más de 400,000 casos nuevos. Los factores de riesgo que inciden en la distribución y frecuencia de la diabetes mellitus y sus complicaciones son bien conocidos, no obstante y a pesar de que México cuenta con un programa de acción de prevención y control, aún existen limitaciones que impiden la contención efectiva de este padecimiento.

Para mejorar la situación de la diabetes se necesita una respuesta multisectorial y de la sociedad en su conjunto. Se necesitan intervenciones dirigidas al desarrollo de políticas y alianzas, la reducción de factores de riesgo, la respuesta del Sistema Nacional de Salud y la vigilancia e investigación, a fin de lograr un efecto positivo sobre la incidencia, prevalencia y mortalidad de esta enfermedad. Realizar estas intervenciones tendrá un impacto sobre los costos de los servicios de salud, la productividad y el crecimiento económico. Las acciones se deben centrar en promover entornos saludables, fomentar una alimentación sana, aumentar la práctica de actividad física y la reducción del consumo de sal y el azúcar en los alimentos, grasas saturadas y grasas trans-fabricadas a nivel industrial.



II. MARCO JURÍDICO

II. MARCO JURÍDICO

Este Programa de Acción Específico (PAE) Prevención y Control de la Diabetes Mellitus, se encuentra alineado a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, además de las Leyes, Reglamentos, Normas Oficiales Mexicanas y la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

En su Artículo 4º correspondiente al Derecho a la Salud, en los párrafos tercero y sexto se sintetiza: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.⁷

Leyes

- Ley General de Salud

TÍTULO PRIMERO. Disposiciones Generales.

CAPÍTULO ÚNICO

En su Artículo 3 señala que es materia de salubridad general, fracción XII. La prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y aquellas atribuibles al tabaquismo” y en la fracción “XVI. La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes;

TÍTULO SEGUNDO. Sistema Nacional de Salud.

CAPÍTULO I. Disposiciones Comunes

Artículo 6. El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:

I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés

en la promoción, implementación e impulso de acciones de atención integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas;

IX. Promover el desarrollo de los servicios de salud con base en la integración de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de atención a la salud.

TÍTULO TERCERO. Prestación de los Servicios de Salud

CAPÍTULO III. Prestadores de Servicios de Salud.

Artículo 37. Son servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social los prestados por éstas a las personas que cotizan o a las que hubieren cotizado en las mismas conforme a sus leyes y a sus beneficiarios, los que con sus propios recursos o por encargo del Ejecutivo Federal presten tales instituciones a otros grupos de usuarios.

Estos servicios se regirán por lo establecido en las disposiciones legales que regulan la organización y funcionamiento de las instituciones prestadoras y por las contenidas en esta Ley, en lo que no se oponga a aquéllas.

Dichos servicios, en los términos de esta Ley y sin perjuicio de lo que prevengan las leyes a las que se refiere el párrafo anterior, comprenderán la atención médica, la atención materno-infantil, la planificación familiar, la salud mental, la promoción de la formación de recursos humanos, la salud ocupacional y la prevención y control de enfermedades no transmisibles y accidentes.

TÍTULO SÉPTIMO. Promoción de la Salud.

CAPÍTULO III. Nutrición

Artículo 115. La Secretaría de Salud tendrá a su cargo:

I. Establecer un sistema permanente de vigilancia epidemiológica de la nutrición.

II. Normar el desarrollo de los programas y actividades de educación en materia de nutrición, prevención, tratamiento y control de la desnutrición y obesidad,

encaminados a promover hábitos alimentarios adecuados, preferentemente en los grupos sociales más vulnerables.

TÍTULO OCTAVO. Prevención y Control de Enfermedades y Accidentes.

CAPÍTULO III.- Enfermedades no Transmisibles

Artículo 158. La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, realizarán actividades de prevención y control de las enfermedades no transmisibles que las propias autoridades sanitarias determinen.

Artículo 159. El ejercicio de la acción de prevención y control de las enfermedades no transmisibles comprenderá una o más de las siguientes medidas, según el caso de que se trate:

- I. La detección oportuna de las enfermedades no transmisibles y la evaluación del riesgo de contraerlas;
- II. La divulgación de medidas higiénicas para el control de los padecimientos;
- III. La prevención específica en cada caso y la vigilancia de su cumplimiento;
- IV. La realización de estudios epidemiológicos;
- V. La difusión permanente de las dietas, hábitos alimenticios y procedimientos que conduzcan al consumo efectivo de los mínimos de nutrimentos por la población general, recomendados por la propia Secretaría;
- VI. Las demás que sean necesarias para la prevención, tratamiento y control de los padecimientos que se presenten en la población.

Artículo 160. La Secretaría de Salud coordinará sus actividades con otras dependencias y entidades públicas y con los gobiernos de las entidades federativas, para la investigación, prevención y control de las enfermedades no transmisibles.⁸

Reglamentos

Se Incluyen los publicados y actualizados en el Diario Oficial de la Federación conforme a lo siguiente:

- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud,⁹ DOF 18-01-2004. Actualizado 29-11-2006.

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado el 14-05-1986.¹⁰

- Reglamento de Insumos para la Salud,¹¹ DOF 04-02-1988. Actualizado el 19-10-2003.

- Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sistema Nacional de Salud,¹² DOF 28-05-1997. Actualizado 27-05-2003.

Normas Oficiales Mexicanas

Publicadas y actualizadas en el Diario Oficial de la Federación conforme a lo siguiente:

- Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.¹³
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.¹⁴
- Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud.¹⁵
- Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998, Para la atención integral a personas con discapacidad.¹⁶
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.¹⁷
- Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.¹⁸
- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.¹⁹
- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.²⁰
- Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.²¹
- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.²²

Otros documentos

Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.¹¹



III. DIAGNÓSTICO

III. DIAGNÓSTICO

III.1 Antecedentes

Las ECNT son la principal causa de enfermedad y muerte prematura que se puede evitar.²³ Su pesada carga social y económica, especialmente el marcado aumento de los gastos asociados al tratamiento, menoscaba el bienestar individual y familiar.

Aun cuando se han realizado grandes avances tanto en la prevención como el control de la diabetes y de otras ECNT, éstas siguen planteando retos importantes como el fortalecimiento de políticas que permitan llevar a cabo intervenciones eficaces en función de los costos y basadas en evidencia científica.

Anteriormente, se establecieron Programas de Acción Específico, para hacer frente al problema de salud pública que representa la diabetes mellitus.

Como parte del Programa Nacional de Salud 2001-2006²⁴ se establece el Programa de Acción para la Prevención y Control de la Diabetes Mellitus.²⁵ En este documento, se considera como eje central la promoción de la salud y la detección temprana de la diabetes. El objetivo fue proteger la salud o retardar la aparición de esta enfermedad y las complicaciones de mayor prevalencia entre la población adulta y adulta mayor, así como elevar la calidad de vida de este grupo poblacional.

Uno de los propósitos de este Programa fue constituir los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) dirigida a la población en riesgo de desarrollar diabetes mellitus o población que ya la padece. Además, en este periodo se logró un incremento en el tamizaje de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes y la hipertensión, que han incidido en una mayor cobertura de diagnóstico oportuno respecto a años anteriores.

En el PAE 2007-2012 de Diabetes Mellitus²⁶ el principal objetivo fue prevenir, controlar y en su caso, retrasar la aparición de la diabetes mellitus y sus complicaciones en la población mexicana, así como elevar la calidad de vida de las personas que presentan este padecimiento.

Dentro de sus estrategias se fortaleció la infraestructura en el ámbito estatal y local, innovación para la mejora continua en la prestación de servicios de salud, establecimiento de mecanismos para la detección y diagnóstico temprano de diabetes mellitus como el fortalecimiento del componente educativo dirigido a la comunidad, las personas que la padecen, sus familias y la población en riesgo, incorporación de intervenciones costo-beneficio, basadas en las mejores prácticas y evidencia científica, acreditación permanente de la Red Nacional de GAM y el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de información, vigilancia epidemiológica y seguimiento para la toma de decisiones.

Como resultado del análisis de las acciones realizadas, se crearon las Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEME EC), que brindan atención clínica con acciones de educación para la salud, prevención en la población y tratamiento y control metabólico en enfermos por ECNT.

Asimismo, los GAM de enfermedades crónicas no transmisibles se vieron fortalecidos con la instrumentación del Sistema de Vigilancia y Seguimiento de Grupos de Ayuda Mutua (SIVEGAM).

Además de lo anterior, las autoridades de salud en México, han diseñado marcos regulatorios para la prevención y atención de distintos padecimientos crónicos aplicables en el sector público y privado, como es la “Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus” NOM-015-SSA2-2010.

Como parte de otras experiencias gerenciales para la mejora continua de los programas de prevención y control de diabetes mellitus y otras ECNT, se han establecido mecanismos de seguimiento e indicadores específicos que han probado su utilidad para medir la efectividad de las acciones de prevención y control. Ejemplo de esto es el modelo de evaluación y seguimiento “Caminando a la Excelencia” que ha contribuido al seguimiento de resultados y la toma de decisiones en el marco del PAE Diabetes Mellitus.

Por otra parte, a través de las encuestas nacionales de salud, se ha podido reportar la prevalencia de la diabetes en los distintos grupos de la población; sin embargo, se reconoce la necesidad de mejorar los mecanismos de información y vigilancia epidemiológica para un mejor conocimiento de la misma. La vigilancia epidemiológica se ha visto favorecida por la Red Nacional de Grupos de Ayuda Mutua a través del SIVEGAM.

Se ha logrado incrementar la cobertura de atención de la diabetes mellitus en la población de 20 años y más a través del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), en todos los estados del país. Asimismo, respecto a la atención de la población con esta patología, las UNEME EC a través de su modelo de prevención clínica, han contribuido a mejorar la calidad de la atención y la prevención de complicaciones. Otros modelos de atención integral se han desarrollado de manera sectorial en el IMSS mediante los Programas Integrados de Salud (PREVENISMSS) que tienen como propósito general la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas con la promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición la prevención, detección y control de enfermedades, salud sexual y reproductiva y atención médica, ordenándolas por grupos de edad y el Programa Institucional para la Prevención y Atención de la Diabetes (DIABETIMSS) enfocada a la prevención secundaria del paciente diabético y evitar las complicaciones derivadas de este padecimiento, en el ISSSTE mediante el Manejo Integral de Diabetes por etapas (MIDE) y en PEMEX llevan a cabo las acciones integrales en el Laboratorio de Salud.

Dado que las ECNT son un problema de salud pública, es necesario contar con un cuerpo colegiado del más alto nivel, que impulse las acciones que se deben de adoptar en cada una de las instituciones para prevenirlas y promover mejores prácticas nutricionales entre la población. Para dar respuesta a la problemática, en 2010 surge el "Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles" como una instancia de coordinación permanente en materia de prevención y control de las ECNT de mayor prevalencia en la población mexicana y sus factores de riesgo.

Finalmente en 2013 se desarrolla la "Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes"⁶ la cual plantea unificar todas las acciones del SNS para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades crónicas no transmisibles y plantear objetivos que involucren a los mismos actores y dependencias gubernamentales. Esta Estrategia es una oportunidad para fortalecer la atención médica en calidad y acceso, ya que implementa un modelo de atención integral con base en la prevención activa, el suministro eficiente de insumos y medicamentos, la capacitación del personal y la incorporación de las innovaciones en tecnologías de la información.

Pilares de la Estrategia

1. Salud pública: vigilancia epidemiológica, promoción de la salud y comunicación educativa y prevención;
2. Atención Médica: calidad y acceso efectivo a los Servicios de Salud, mejora de las competencias y la capacidad resolutoria del personal de salud, infraestructura y tecnología, abasto de medicamentos y pruebas de laboratorio, monitoreo de la cadena de suministro, centro de atención a la diabetes, cirugía bariátrica e investigación y evidencia científica;
3. Regulación Sanitaria y política fiscal: etiquetado, publicidad y política fiscal.

Además consta de seis ejes rectores:

1. Investigación y evidencia científica
2. Corresponsabilidad
3. Transversalidad
4. Intersectorialidad
5. Evaluación
6. Rendición de cuentas

Diagnóstico

De acuerdo con la OMS, las ECNT son la principal causa de mortalidad y en el año 2008 representaron el 63% del total de las defunciones a nivel mundial. Tan sólo en el último año, este tipo de padecimientos causaron 3 millones de defunciones en todo el planeta; 80% de estas muertes se registraron en países de ingresos medianos y bajos y en población adulta de 30 a 70 años ²⁷ se estima que para el año 2013 la diabetes mellitus sea la responsable del 50% de los fallecimientos.

En México, durante las últimas décadas, se ha incrementado el número de personas que padecen diabetes y actualmente figura entre las primeras causas de muerte en el país. Dentro de las complicaciones de la diabetes, se tiene que la diabetes es la principal causa de ceguera, insuficiencia renal y amputación de miembros inferiores de tipo no traumático.²⁸

Además de su creciente impacto en las condiciones de salud de la población mexicana, se calcula que la atención de este padecimiento absorbe el 15% de los recursos totales del sistema mexicano de salud.

De acuerdo a las estimaciones hechas para México en la atención de la diabetes, los proveedores calcularon un

costo de 707 dólares por persona al año. Para 2012, el costo se elevaría a 3,872 millones de dólares para el manejo de este padecimiento; esto representa un incremento del 13% en relación a la cifra estimada para el año 2011.²⁹ Para contextualizar esta cifra, este monto es superior a los 3,790 millones asignados al Seguro Popular en 2010. Se estima un costo de 500 billones de dólares en 2010 y de 745 billones de dólares en 2030.³⁰

III.2 Situación Actual y Problemática

De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)³¹ 2012, de los 6.4 millones de la población adulta que padece diabetes, el 9.2% tenía un diagnóstico previo. Se estima que el total de la población adulta que la padece podría ser incluso el doble, por la evidencia previa del porcentaje de la población adulta que no conoce su condición.

Del total de la población que se identificó con este padecimiento en la ENSANUT 2012, 16% (poco más de un millón) pertenece al grupo que reporta no contar con protección en salud; el 42% (2.7 millones) son derechohabientes del IMSS; 12% (800 mil) de otras instituciones de seguridad social y 30% (1.9 millones) refieren estar afiliados al SPSS.

Por condición de aseguramiento, el porcentaje de la población con diagnóstico previo de diabetes es de alrededor del 6% entre los que no cuentan con protección, cerca de 15% entre los derechohabientes de las instituciones de seguridad social diferentes al IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR y entre los afiliados al SPSS es de 8.2%.

Del total de pacientes diagnosticados, 14.2% (poco más de 900 mil), comentaron no haber acudido al médico para el control de la enfermedad en los 12 meses previos a la entrevista; es decir, se puede considerar que no se encuentran en tratamiento y por lo tanto, están retrasando acciones de prevención de complicaciones.

Este porcentaje representa una importante variación por condición de aseguramiento: 4% de los que reportaron contar con aseguramiento privado no se atiende; el 27.5% de la población que padece diabetes no cuenta con protección en salud (cerca de 280 mil personas) y no ha acudido para atenderse este padecimiento durante al menos un año; respecto, a los afiliados al SPSS, el porcentaje es de 13% (256 mil personas); y 11% (378 mil personas) para los que se atienden en la seguridad social.

De la población que se atiende, el 39% acude al IMSS; 11.4% a otras instituciones de seguridad social; 28% a servicios financiados por el SPSS; y 21.3% se atiende en el sector privado; de éstos últimos, se identifica a 12% de los que cuentan con IMSS y con otros esquemas de seguridad social y 20% de los afiliados al SPSS.

El 47% de la población con diagnóstico médico de diabetes, también ha recibido un diagnóstico de hipertensión. Esto es, del total de la población de 20 años o más en México, 4.3% (cerca de 3 millones), padecen diabetes e hipertensión.

En la población que reporta diagnóstico previo 47.6% (3 millones) presentan visión disminuida; 38% (2.4 millones) ardor, dolor o pérdida de sensibilidad en los pies; 13.9% (889 mil) daños en la retina. Por gravedad 2% (128 mil) reportaron amputaciones; 1.4% (89 mil) diálisis; y 2.8% (182 mil) infartos. Del total de 89 mil personas que reportaron diálisis, 21 mil son afiliados al SPSS; 43 mil derechohabientes del IMSS; y 15.8 mil pertenecen a instituciones de seguridad social.

En relación a la incidencia de este padecimiento, en el año 2012, se presentaron 417,632 casos nuevos en todo el SNS. Para el 2013, se presentaron 390,358 (cifras preliminares). En el siguiente cuadro se muestra la incidencia de 1995-2013.³²

Cuadro 1. Incidencia por diabetes mellitus. México, 1995-2013

Año	Diabetes Mellitus	
	Casos	Tasa*
1995	272,308	297.2
1996	249,774	268
1997	312,892	330.3
1998	336,967	350
1999	284,198	290.2
2000	287,180	288.3
2001	294,198	291.2
2002	315,948	308.6
2003	380,332	364.9
2004	404,562	384
2005	397,387	373.3
2006	394,360	366.7
2007	404,770	382.6
2008	396,374	371.5
2009	345,802	321.05
2010	420,032	387.4
2011	427,125	391
2012	417,362	358.84
2013	390,358	353.88***

*Por cada 100,00 habitantes

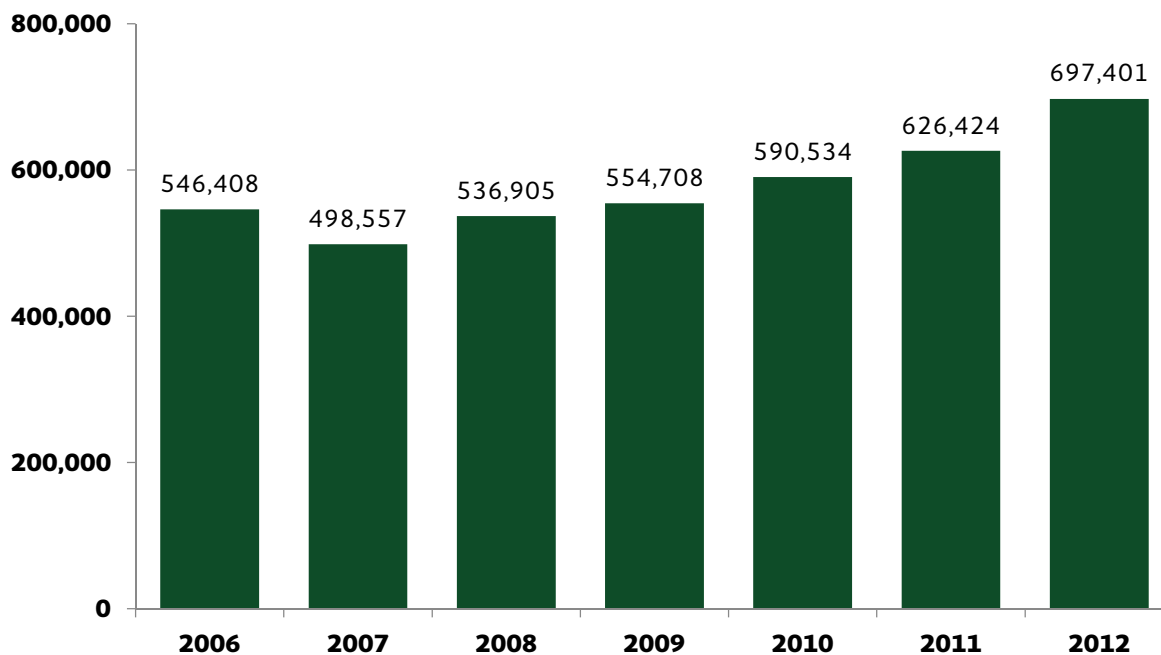
**Incluye el grupo de ignorados

*** Cifras preliminares

Fuente: SSA-EPI-1-95, SUIVE/DGE/SSA

Respecto a los casos de diabetes mellitus en tratamiento, en la Secretaría de Salud y durante el periodo 2006-2012, se observa un promedio de 578,705 personas. Esto muestra un incremento del 21.7%. En la siguiente Gráfica, se indica cuántos pacientes han estado en tratamiento por año.

Gráfica 1. Casos de diabetes mellitus en tratamiento en unidades de Secretaría de Salud. México, 2006-2012



Fuente: Sistema de Información de Salud. SSA.

En la misma institución, en el periodo 2006-2012, el rango de porcentajes en control fluctuó de 37.4% a 42.2%.³³ El siguiente cuadro muestra el porcentaje de control de pacientes durante este periodo.

Cuadro 2. Porcentaje de control en pacientes con diabetes mellitus en la Secretaría de Salud. México, 2006-2013

Año	Porcentaje en control
2006	38.6
2007	37.4
2008	37.9
2009	38.5
2010	40.2
2011	41.4
2012	42.2
2013*	41.9

Fuente: SIS/DGIS/SSA

*Cifras preliminares

Con relación a la atención de la diabetes mellitus y de acuerdo a la ENSANUT 2012, se muestra que ha habido un progreso importante en la atención de este padecimiento con un incremento en el porcentaje de pacientes con diagnóstico previo que lograron el control; de 5.29% en el 2006 a 24.5% en el 2012. No obstante, esta cifra indica que aún tres de cada cuatro pacientes con esta enfermedad requieren mayor control del padecimiento que permita reducir las complicaciones que se presentan.

Mortalidad

La trascendencia y magnitud de la enfermedad se incrementó paralelamente al proceso de transición demográfica y epidemiológica que afectó al país en las últimas décadas del siglo pasado; empezó a formar parte de las principales causas de muerte en el país. En 1980 y en 1990, las tasas de mortalidad por diabetes mellitus se incrementaron de 21.8% a 31.7% defunciones por cada 100,000 habitantes, ocupando el noveno y cuarto lugar, respectivamente.³⁴

A partir del año 2000, la diabetes mellitus fue la primera causa de muerte en las mujeres y en los hombres, la segunda después de la cardiopatía isquémica, padecimiento asociado frecuentemente a la diabetes. En 2006, la diabetes representó el 13.8% del total de

defunciones ocurridas en el país con una edad promedio al morir de 66 años.

El análisis de las tasas de mortalidad de 20 años y más para diabetes fue de:

- En 2000; hombres 76.0 y mujeres 88.3;
- En 2006, hombres de 101.3 y mujeres 105.2;
- En 2010, hombres 119.5 y mujeres 118.8;
- En 2013, hombres 115.5 y mujeres 111.9.

La relación entre hombre-mujer ha tenido variaciones desde el 2000 hasta el 2013. Siendo el año 2010 donde se registran cifras similares.

La diabetes mellitus, es un padecimiento complejo que lleva implícita una serie de determinantes que comprometen el control en los pacientes y favorece el desarrollo de complicaciones, incide también en la calidad de vida, muertes prematuras e incremento en los costos de atención y altas tasas de hospitalización.

Al igual que en otros países, México continúa enfrentando problemas diversos que limitan la eficacia de los programas institucionales para la contención de esta enfermedad.



Destacan por su relevancia, el insuficiente abasto de medicamentos y equipo en las unidades de primer nivel de atención; la baja cobertura de exámenes de laboratorio; deficiencias en el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes; limitaciones de los servicios de apoyo psicológico y nutricional; baja promoción de actividad física y adherencia terapéutica.

Aunado a lo anterior, existe en la población una percepción inadecuada y desconocimiento del riesgo para desarrollar diabetes mellitus. Esto da lugar a que no se realice un diagnóstico oportuno y no se inicie el tratamiento a tiempo.

Se debe enfatizar también en la asociación de altas tasas de comorbilidad que inciden en la gravedad de este padecimiento, la presencia cada vez mayor de complicaciones micro y macro vasculares por la falta de diagnóstico y tratamiento oportunos, así como de seguimiento a los pacientes.

Factores involucrados ante la problemática de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Los factores involucrados que interfieren en la calidad en la atención de los pacientes con diabetes mellitus y en el efecto esperado para propiciar el control metabólico, representan un serio problema. La diabetes mellitus, es un padecimiento que exige un adecuado control glucémico y metabólico para evitar una serie de complicaciones en la salud que incrementan la demanda de atención específica en unidades de segundo y tercer nivel de atención. Existen factores tanto personales como institucionales que limitan la efectividad de la atención a esta población. Entre los primeros se puede mencionar la baja adherencia al tratamiento por parte de los pacientes; mientras que entre los segundos destacan el aumento de la demanda de atención clínica, el poco personal capacitado para brindarla, el insuficiente abasto de medicamentos, el equipo inadecuado para la atención, la inaccesibilidad a exámenes de laboratorio específicos, deficiencias en el sistema de referencia y contra referencia, limitaciones en la atención integral al paciente diabético (apoyo psicológico y nutricional) y la baja promoción para realizar actividad física. Como resultado de estos factores relacionados, en la población mexicana hay un precario control metabólico y con ellos la aparición frecuente de complicaciones clínicas derivadas de este padecimiento.³⁵ Es por ello que con los pilares, ejes estratégicos y líneas de acción que plantea la Estrategia se pretende brindar una atención de calidad.

III.3 Avances 2006-2012

En el periodo de 2006-2012, el SNS se ha enfocado en la reducción de la morbilidad, en el establecimiento de lineamientos homogéneos para el diagnóstico y manejo de los casos detectados y la reducción de las complicaciones para así tener un efecto favorable en la mortalidad causadas por las ECNT. Todo esto se logró gracias a las campañas de difusión y comunicación educativa para el autocuidado de la salud, campañas de detección activa donde se aplicaron encuestas para el tamizaje de factores de riesgo en personas de 20 y más años y por último durante este periodo se logró una capacitación del personal de salud para atender al paciente con estos padecimientos.

Existe por parte del SNS una respuesta ante la importancia que tiene la diabetes mellitus y otras ECNT en los usuarios de los servicios y población en general; funcionan 7,059 GAM de enfermedades crónicas de la Secretaría de Salud, con un total de 172,595 integrantes. Los GAM acreditados fueron de 2,116 con un promedio de 50,784 beneficiarios. Se implementó el Modelo de Atención Integrada gracias a las UNEME EC, para 2012 se inauguraron 100 unidades en 29 entidades federativas.

III.4 Retos 2013-2018

1. Uno de los mayores retos a enfrentar en la prevención y atención de la población que padece diabetes mellitus y comorbilidad es lograr la participación de diferentes sectores como educación, economía y fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud a través del Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (CONACRO).
2. A través de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, continuar con el fortalecimiento de acciones interinstitucionales de manera homogénea para lograr la detección oportuna de los principales factores de riesgo de diabetes mellitus en la población mexicana, así como promover cambios de estilos de vida saludables, a través de la realización de actividad física y alimentación correcta.
3. Lograr que en el primer nivel de atención se otorgue una detección integral de ECNT así como los factores de riesgo y en aquellas detecciones positivas el ingreso a tratamiento farmacológico y no farmacológico, que incluya la realización de actividad física y la orientación nutricional.

4. Fomentar las redes de atención de la población con diagnóstico de ECNT con la participación activa de las UNEME EC, con la finalidad de dar continuidad al cuidado del paciente con diabetes y otras enfermedades crónicas de acuerdo a sus necesidades clínicas.
5. Fortalecer la Red Nacional de los Grupos de Ayuda Mutua de ECNT de la Secretaría de Salud, a través de la estrategia educativa que ofrece el personal de salud en las unidades de primer de atención. En los GAM, la población con diagnóstico de diabetes mellitus recibe la educación necesaria para su autocuidado y al mismo tiempo brindar información sobre la enfermedad a la familia para lograr en base a este conocimiento cambios en los integrantes de la misma.



IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

El mandato constitucional que otorga a la población residente en la República Mexicana el derecho a la protección de la salud, en correspondencia al PND 2013-2018 y con el PROSESA 2013-2018, establece la necesidad de democratizar la atención de la salud de la población mexicana, sin importar su preferencia política, la religión que practiquen, su origen étnico, su condición de género o lugar donde vivan. El PND en su Meta Nacional, México Incluyente establece que se debe garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población dónde la salud es un aspecto relevante para la equidad social y el bienestar de las familias, debe asegurar el acceso a los servicios de salud, ampliar el acceso a la seguridad social y proveer un entorno adecuado para el desarrollo de una vida digna. En este contexto, es importante también la participación de la población para asumir la responsabilidad del autocuidado de la salud.

En materia de salud, la Secretaría de Salud es la responsable de establecer y conducir la política nacional en asistencia social, servicios médicos y salubridad general; coordina los programas de servicios a la salud, funciones y programas afines. También está a cargo de coordinar la participación responsable del SNS en su ámbito público, social y privado; atender a la población con los diversos programas sociales e impulsar la mejora en las condiciones de salud; privilegiar a la población vulnerable y comunidades marginadas para que adicional a una mejor salud, se contribuya al combate de la pobreza y al desarrollo social del país.

Para llevar a cabo estos objetivos, se integra el PAE Prevención y Control de la Diabetes Mellitus 2013-2018, el cual privilegia las acciones de prevención y promoción de la salud con el propósito de atenuar la carga de enfermedad en los distintos grupos de la población.

Cuadro 3. Alineación con el PND 2013-2018

Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategias del Objetivo de la Meta Nacional	Objetivo del PAE
2. México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.	2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.	1. Implementar esquemas proactivos de prevención y detección oportuna de casos para tratar, controlar y prevenir la diabetes y sus complicaciones. 2. Fortalecer las acciones que permitan incrementar la cobertura de pacientes con diabetes mellitus en control.
		2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad.	3. Mejorar los estándares de calidad en el primer nivel de atención en cuanto a abasto de insumos y personal de salud capacitado para la atención del paciente con diabetes mellitus.
		2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.	4. Propiciar en entidades federativas la atención integral de pacientes para desacelerar la morbilidad de la diabetes mellitus.



IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018

La salud es una condición indispensable para el bienestar de las personas y uno de los componentes fundamentales del capital humano al permitir que la población desarrolle todo su potencial a lo largo de la vida. Por ello, la salud es crucial para cumplir con las metas nacionales definidas en el PROSESA 2013 - 2018.

Para alcanzar un México Incluyente, deben atenderse las diferencias innecesarias, evitables e injustas que todavía existen en nuestro país. Para contribuir a cumplir estas Metas Nacionales trazadas por el gobierno, se debe impulsar una transformación del SNS.

Sin embargo, desde entonces, se han producido cambios sociales, económicos, epidemiológicos, demográficos, tecnológicos y ambientales que plantean enormes desafíos expresados en una mayor concentración de población en zonas urbanas, un número importante de personas viviendo en la pobreza y que emigra para buscar mejores condiciones de vida; una población que gradualmente envejece y padece crecientemente de enfermedades crónicas.

Las estrategias y líneas de acción que se plantean reconocen que hay avances significativos en algunos temas y que sólo se requieren estrategias para consolidar los logros hasta ahora obtenidos. También incluyen estrategias para hacer más eficaz la acción gubernamental en aspectos cuyos resultados de años pasados no han sido los esperados o el contexto obliga su adaptación. El PAE Prevención y Control de la Diabetes Mellitus 2013- 2018 se vincula con el PROSESA 2013-2018 pues se encuentra inmerso en las estrategias y líneas de acción.

Cuadro 4. Alineación con el PROSESA 2013-2018

Objetivo del PROSESA	Estrategias del PROSESA	Líneas de acción del PROSESA	Objetivo del PAE
1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.	1.2. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.	1.2.1. Desarrollar campañas educativas permanentes sobre la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles con cobertura nacional, estatal y local.	4. Propiciar en entidades federativas la atención integral de pacientes para desacelerar la morbilidad de la diabetes mellitus.
		1.2.2. Fomentar la alimentación correcta a nivel individual, familiar, escolar y comunitario a través de estrategias innovadoras de mercadotecnia social.	
		1.2.3. Promover la actividad física a nivel individual, familiar, escolar y comunitario.	
		1.2.4. Promover la creación de espacios para la realización de actividad física.	
		1.2.5. Adecuar los sistemas de vigilancia para diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemias, sobrepeso y obesidad.	
		1.2.6. Establecer mecanismos de difusión oportuna de la información epidemiológica sobre obesidad y diabetes.	
		1.2.7. Impulsar acciones de detección oportuna de sobrepeso y obesidad en entornos escolares, laborales y comunitarios.	

Objetivo del PROSESA	Estrategias del PROSESA	Líneas de acción del PROSESA	Objetivo del PAE	
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.	2.1. Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral.	2.1.1. Promover un modelo de atención integral a la salud común para todo el SNS.	3. Mejorar los estándares de calidad en el primer nivel de atención en cuanto a abasto de insumos y personal de salud capacitado para la atención del paciente con diabetes mellitus.	
	2.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud del SNS.	2.1.2. Actualizar los mecanismos y modalidades de prestación de servicios que favorezcan el acceso efectivo a los servicios de salud.	2.1.3. Fortalecer los recursos para la salud que permitan mejorar la capacidad resolutive en las unidades de atención.	2. Fortalecer las acciones que permitan incrementar la cobertura de pacientes con diabetes mellitus en control.
		2.2.1. Impulsar acciones de coordinación encaminadas a mejorar la calidad y seguridad del paciente en las instituciones de salud.	2.2.4. Consolidar el proceso de acreditación de establecimientos de salud para asegurar calidad, seguridad y capacidad resolutive.	
		2.2.6. Fomentar el uso de las NOM, guías de práctica clínica, manuales y lineamientos para estandarizar la atención en salud.	2.3.1. Fortalecer las unidades médicas de primer nivel como el eje de acceso a las redes de servicios.	
	2.3. Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales.	2.6.1. Fortalecer la cadena de suministro de medicamentos e insumos en las instituciones públicas de salud.	3. Mejorar los estándares de calidad en el primer nivel de atención en cuanto a abasto de insumos y personal de salud capacitado para la atención del paciente con diabetes mellitus.	
	2.6. Garantizar el acceso a medicamentos e insumos para la salud de calidad.	2.6.3. Implementar programas de distribución de medicamentos que alineen los incentivos de las instituciones de todos los participantes.	1. Implementar esquemas proactivos de prevención y detección oportuna de casos para tratar, controlar y prevenir la diabetes y sus complicaciones.	
	2.7. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.	2.6.4. Fomentar el uso racional de la prescripción de medicamentos.		2.7.1. Fortalecer la detección temprana y el control de pacientes con ECNT.
		2.7.2. Fomentar la detección oportuna en poblaciones de riesgo.		2.7.3. Instrumentar el Modelo Clínico Preventivo Integral.
		2.7.4. Capacitar continuamente a los profesionales de la salud de primer contacto.	2.7.5. Asegurar el abasto oportuno y completo de medicamentos e insumos.	

Objetivo del PROESA	Estrategias del PROESA	Líneas de acción del PROESA	Objetivo del PAE
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.	4.3. Fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad.	4.3.2. Fortalecer la red de atención primaria a la salud con énfasis en unidades móviles de salud.	4. Propiciar en entidades federativas la atención integral de pacientes para desacelerar la morbilidad de la diabetes mellitus.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.	5.1. Fortalecer la formación y gestión de recursos humanos en salud.	5.1.10. Promover la contratación de recursos humanos alineados con un modelo enfocado en la atención primaria.	3. Mejorar los estándares de calidad en el primer nivel de atención en cuanto a abasto de insumos y personal de salud capacitado para la atención del paciente con diabetes mellitus.
	5.4. Impulsar la innovación e investigación científica y tecnológica para el mejoramiento de la salud de la población.	5.4.1. Incrementar la inversión pública en investigación científica, innovación y desarrollo tecnológico en salud.	
6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.	6.4. Integrar un sistema universal de información en salud.	6.4.1. Consolidar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.	4. Propiciar en entidades federativas la atención integral de pacientes para desacelerar la morbilidad de la diabetes mellitus.
		6.4.2. Fortalecer la rectoría para el Sistema Nacional de Encuestas.	
		6.4.3. Fomentar la adopción y uso de sistemas de información de registro electrónico para la salud (SIREs).	
		6.4.4. Instrumentar el Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud.	
		6.4.5. Implementar mecanismos para incrementar la oportunidad, cobertura, integridad, validez, veracidad y consistencia de la información en salud.	



V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción

Objetivos:

1. Implementar esquemas proactivos de prevención y detección oportuna de casos para tratar, controlar y prevenir la diabetes y sus complicaciones.
2. Fortalecer las acciones que permitan incrementar la cobertura de pacientes con diabetes mellitus en control.
3. Mejorar los estándares de calidad en el primer nivel de atención en cuanto a abasto de insumos y personal de salud capacitado.
4. Propiciar en entidades federativas la atención integral de pacientes para desacelerar la morbilidad de la diabetes mellitus.

Objetivo 1. Implementar esquemas proactivos de prevención y detección oportuna de casos para tratar, controlar y prevenir la diabetes y sus complicaciones.

Los esquemas proactivos de prevención y detección oportuna de casos al implementarlos nos ayudarán a mejorar los niveles de bienestar de la población mexicana; se contribuye a la sustentabilidad del desarrollo nacional al desacelerar el incremento de la prevalencia de diabetes mellitus y revertir la tendencia de las enfermedades no transmisibles. Siendo la detección temprana y la adherencia terapéutica una vía para mejorar la calidad de vida de los pacientes y evitar complicaciones.

Estrategia 1.1. Impulsar la prevención de diabetes mellitus y riesgos específicos, enfocados a grupos poblacionales con perspectiva de género para elevar su impacto mediante acciones coordinadas.

Líneas de acción:

- 1.1.1. Reforzar acciones de prevención, detección, seguimiento y control de la diabetes mellitus con participación intrasectorial e intersectorial.

Objetivo 2. Fortalecer las acciones que permitan incrementar la cobertura de pacientes con diabetes mellitus en control.

El número de pacientes con diabetes mellitus controlados con hemoglobina glucosilada, se puede alcanzar mediante esfuerzos compartidos de manera intrainstitucional e intersectorial, garantizando el acceso a insumos, aunado a la capacitación del personal y la incorporación de las innovaciones en tecnologías, tendremos pacientes controlados con hemoglobina glucosilada menor al 7%.

Estrategia 2.1. Instrumentar acciones de información, educación y comunicación a pacientes con diabetes mellitus y sus familias.

Líneas de acción:

- 2.1.1. Otorgar orientación/consejería de diabetes mellitus.
- 2.1.2. Fomentar el autocuidado de las personas con diabetes mellitus.
- 2.1.3. Promover la corresponsabilidad de la familia en el cuidado de las personas con diabetes mellitus.
- 2.1.4. Realizar un evento que conmemore el día mundial de la diabetes mellitus a fin de concientizar sobre la problemática que representa esta enfermedad.

Estrategia 2.2. Consolidar la atención integral a la población con diabetes mellitus en las unidades del primer nivel de atención.

Líneas de acción:

- 2.2.1. Proporcionar la atención integral de diabetes mellitus.

2.2.2. Impulsar el control metabólico de las personas que presentan diabetes.

2.2.3. Promover la orientación nutricional y actividad física en la atención primaria.

2.2.4. Monitorear la notificación de casos nuevos y evaluación de diabetes mellitus.

Objetivo 3. Mejorar los estándares de calidad en el primer nivel de atención en cuanto a abasto de insumos y personal de salud capacitado para la atención del paciente con diabetes mellitus.

Es necesario mejorar las competencias para la atención de las ECNT a los recursos humanos incorporando la prevención y control de estas enfermedades en la formación de todo el personal sanitario, poniendo énfasis en la atención primaria de salud; para lograr el control metabólico aunado a contar con personal capacitado para la atención de este padecimiento es importante realizar la gestión de abasto oportuno y suficiente de medicamentos para el control de la diabetes, lo que busca fortalecer la eficiencia, efectividad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud en las unidades del primer nivel de atención.

Estrategia 3.1. Promover en las unidades de primer nivel de atención el abasto suficiente y oportuno de insumos y medicamentos para la atención de la diabetes mellitus.

Líneas de acción:

3.1.1. Proporcionar el recurso para la compra de insumos necesarios para la atención con calidad al paciente diabético.

3.1.2. Supervisar el abasto oportuno y suficiente de medicamentos e insumos.

Estrategia 3.2. Proporcionar las herramientas para la capacitación al personal de salud que permita una mejora de competencias para la atención de la diabetes mellitus.

Líneas de acción:

3.2.1. Capacitar continuamente a los profesionales de la salud de primer contacto en el manejo del paciente con diabetes mellitus.

3.2.2. Gestionar los medios necesarios para realizar las capacitaciones al personal de salud en las unidades de primer nivel de atención.

Objetivo 4. Propiciar en entidades federativas la atención integral de pacientes para desacelerar la morbilidad de la diabetes mellitus.

La transición epidemiológica se expresa en la prevalencia de enfermedades no transmisibles como principal factor de morbilidad y mortalidad en el país, teniendo una responsabilidad compartida, por lo que es necesaria la concurrencia y coordinación intersectorial, de los tres órdenes de gobierno, así como la activa participación de la sociedad civil y del sector privado para enfrentar con éxito la atención integral, que incluya la impartición de conocimientos, adopción de conductas saludables, para que las futuras generaciones no vean reducida su esperanza de vida, acumulada históricamente. La diabetes es un problema complejo y multifactorial, cuya naturaleza involucra a los sectores público, privado y social, así como al individuo, tratándose de un problema compartido por todos.

Estrategia 4.1. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.

Líneas de acción:

4.1.1. Fortalecer la detección temprana y control de pacientes con diabetes mellitus.

4.1.2. Fomentar la detección oportuna en población de riesgo.

4.1.3. Sistematizar el seguimiento y referencia de pacientes entre los niveles de atención.

4.1.4. Difundir los procedimientos de prevención, detección, tratamiento, control y complicaciones de las ECNT.

V.2 Estrategias Transversales

El presente Programa contribuye al cumplimiento de la Estrategia Transversal de Perspectiva de Género del PND 2013-2018 al enfocar las acciones de alimentación y actividad física saludables en mujeres y hombres reconociendo sus diferencias biológicas, físicas y sociales.



VI. INDICADORES Y METAS

VI. INDICADORES Y METAS

Para dar cumplimiento a la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes y al PAE Prevención y Control de la Diabetes Mellitus 2013-2018; las Instituciones que integran al SNS, propiciarán procesos y actividades en la población de responsabilidad, en donde se medirá resultados de corto y largo alcance a través de los siguientes indicadores elaborados en consenso.

Elemento	Características						
Indicador 1	Porcentaje de detecciones de diabetes mellitus en población de 20 años y más, responsabilidad del SNS.						
Objetivo del PAE	Implementar esquemas proactivos de prevención y detección oportuna de casos para tratar, controlar y prevenir la diabetes y sus complicaciones.						
Descripción general	Se refiere al porcentaje de detecciones de diabetes mellitus en población de 20 años y más en el SNS.						
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de detecciones de diabetes mellitus realizadas en la población de 20 años y más, responsabilidad en el SNS / Denominador: Total de detecciones de diabetes mellitus programadas en la población de 20 años y más, responsabilidad en el SNS por 100. Se considera que de manera anual se realizará el 33%.						
Periodicidad	Trimestral.						
Fuente	Sistema de Información Institucional.						
Referencias adicionales	CENAPRECE						
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
	33%	33%	33%	33%	33%	33%	
Línea base 2012				Meta Sexenal			
23%				33% Anual			

Elemento	Características						
Indicador 2	Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus en tratamiento al que al menos se le realizó una medición anual con hemoglobina glucosilada (HbA1c) en población de 20 años y más, responsabilidad del SNS.						
Objetivo del PAE	Propiciar en entidades federativas la atención integral de pacientes para desacelerar la morbilidad de la diabetes mellitus.						
Descripción general	<p>El indicador identifica a los pacientes con diabetes mellitus y medición anual con hemoglobina glucosilada (HbA1c) en población de 20 años y más, responsabilidad del SNS.</p> <p>Se considera incrementos anuales, mismos que se visualizan en la parte de abajo; estos se irán acumulando en comparación de la basal institucional hasta alcanzar el 33%.</p>						
Observaciones	Método de cálculo: Numerador Número de pacientes de 20 años y más con diabetes mellitus en tratamiento y medición anual con hemoglobina glucosilada (HbA1c) responsabilidad en el SNS / Denominador: Número de personas de 20 años y más, a los que se les programó medición anual de hemoglobina glucosilada, responsabilidad del SNS por 100.						
Periodicidad	Trimestral.						
Fuente	Sistema de Información Institucional.						
Referencias adicionales	CENAPRECE						
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
	1.65%	4.95%	9.9%	16.5%	24.8%	33%	
Línea base 2012				Meta Sexenal			
NA				33%			

Elemento	Características					
Indicador 3	Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus en tratamiento, que alcanzan el control con hemoglobina glucosilada (HbA1c) por debajo del 7% en población de 20 años y más en el SNS.					
Objetivo del PAE	Fortalecer las acciones que permitan incrementar la cobertura de pacientes con diabetes mellitus en control.					
Descripción general	<p>Se refiere al porcentaje de pacientes con diabetes mellitus en tratamiento en el primer nivel de atención que alcanzan el control con hemoglobina glucosilada (HbA1c) menor del 7%.</p> <p>Se considera incrementos porcentuales anuales respecto a la línea base, mismos que se visualizan en la parte de abajo; estos se irán acumulando en comparación de la basal institucional hasta alcanzar el 33%.</p>					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de pacientes con diabetes mellitus en control con hemoglobina glucosilada (HbA1c) por debajo del 7%, en población de 20 años y más, responsabilidad del SNS / Denominador: Número de pacientes con diabetes mellitus en seguimiento con HbA1c de 20 años y más, responsabilidad del SNS por 100.					
Periodicidad	Trimestral.					
Fuente	Sistema de Información Institucional.					
Referencias adicionales	CENAPRECE					
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	1.65%	4.95%	9.9%	16.5%	24.8%	33%
Línea base 2012			Meta Sexenal			
NA			33%			

Elemento	Características						
Indicador 4	Formación de Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas en el SNS.						
Objetivo del PAE	Implementar esquemas proactivos de prevención y detección oportuna de casos para tratar, controlar y prevenir la diabetes y sus complicaciones.						
Descripción general	<p>Se refiere a la formación de los Grupos de Ayuda Mutua EC y que se encuentren bajo los lineamientos Institucionales.</p> <p>Se considera un incremento anual de 605 grupos de ayuda mutua con los requisitos bajo los lineamientos internos de las instituciones distribuidos por: SSA 450, IMSS 70, ISSSTE 50, IMSS-OPORTUNIDADES 10, PEMEX 15, SEDENA 5, SEMAR 5.</p>						
Observaciones	Método de cálculo: Número de GAM formados que cuenten con los requisitos bajo los lineamientos internos de las Instituciones en el SNS.						
Periodicidad	Trimestral.						
Fuente	Sistema de Información Institucional.						
Referencias adicionales	Cada institución de salud será la encargada de reportar el avance ante el CENAPRECE.						
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
	605	1,210	1,815	2,420	3,025	3,630	
Línea base 2012				Meta Sexenal			
NA				3,630			

Elemento	Características						
Indicador 5	Formación de Grupos Preventivos de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en el SNS.						
Objetivo del PAE	Implementar esquemas proactivos de prevención y detección oportuna de casos para tratar, controlar y prevenir la diabetes y sus complicaciones.						
Descripción general	Se refiere a la formación de los Grupos Preventivos EC bajo los lineamientos institucionales. Se considera un incremento anual de 160 grupos preventivos distribuidos por institución: SSA 65, IMSS 35, ISSSTE 25, IMSS-OPORTUNIDADES 10, PEMEX 15, SEDENA 5, SEMAR 5.						
Observaciones	Método de cálculo: Número de grupos preventivos EC en el SNS.						
Periodicidad	Trimestral.						
Fuente	Sistema de Información Institucional.						
Referencias adicionales	CENAPRECE						
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
	160	320	480	640	800	960	
Línea base 2012			Meta Sexenal				
NA			960				

Elemento	Características						
Indicador 6	Porcentaje del personal de salud que fue actualizado en el primer nivel de atención y aprobó la capacitación de enfermedades crónicas no transmisibles en el SNS.						
Objetivo del PAE	Mejorar los estándares de calidad en el primer nivel de atención en cuanto a abasto de insumos y personal de salud capacitado para la atención del paciente con diabetes mellitus.						
Descripción general	<p>El indicador mide el número de personal de salud que se capacitó y aprobó en acuerdo a los lineamientos internos institucionales, en enfermedades crónicas no transmisibles dentro del SNS.</p> <p>Se considera incrementos anuales, mismos que se visualizan en la parte de abajo; estos se irán acumulando en comparación de la basal hasta alcanzar el 80%.</p>						
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Personal de salud que se capacitó/actualizó en enfermedades crónicas no transmisibles en el SNS / Denominador: Personal de salud a recibir la capacitación en enfermedades crónicas no transmisibles en el SNS por 100.						
Periodicidad	Trimestral.						
Fuente	Sistema de Información Institucional.						
Referencias adicionales	CENAPRECE						
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
	4%	12%	24%	40%	60%	80%	
Línea base 2012				Meta Sexenal			
NA				80%			

Elemento	Características						
Indicador 7	Porcentaje de unidades de primer nivel de atención con abasto oportuno y suficiente de medicamentos e insumos para controlar la diabetes mellitus.						
Objetivo del PAE	Mejorar los estándares de calidad en el primer nivel de atención en cuanto a abasto de insumos y personal de salud capacitado para la atención del paciente con diabetes mellitus.						
Descripción general	<p>Se refiere al número de unidades de salud de primer nivel de atención con abasto oportuno y suficiente de medicamentos e insumos para el control de la diabetes mellitus entre el total de unidades de salud de primer nivel de atención.</p> <p>Se considera incrementos anuales, mismos que se visualizan en la parte de abajo; estos se irán acumulando en comparación de la basal hasta alcanzar el 90%.</p>						
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de unidades con abasto oportuno y suficiente de medicamentos para el control de la diabetes mellitus / Denominador: Total de unidades de salud de primer nivel de atención por 100.						
Periodicidad	Trimestral.						
Fuente	Sistema de Información Institucional.						
Referencias adicionales	CENAPRECE						
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
	3.5%	10%	27%	45%	67.5%	90%	
Línea base 2012			Meta Sexenal				
NA			90%				



VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

La participación conjunta implica una responsabilidad, entendida como la capacidad de ofrecer una respuesta pertinente, congruente y oportuna ante las necesidades o problemas que las ECNT demandan. En este sentido se estaría hablando de una corresponsabilidad entre las Instituciones de Salud que brindan intervenciones de prevención de las ECNT y la atención y en consecuencia la responsabilidad de las funciones y actividades correspondientes al cuidado de la salud.

Ante el actual panorama, es indispensable implementar acciones que permitan la participación coordinada de todos los interesados y medidas multisectoriales en favor de la salud.

Para el logro efectivo de las acciones es necesaria la creación de alianzas para promover la cooperación a todos los niveles entre los organismos gubernamentales y no gubernamentales, así como del sector privado, con objeto de fortalecer las iniciativas de prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

Matriz de Corresponsabilidad Externa

Objetivo 1		Implementar esquemas proactivos de prevención y detección oportuna de casos para tratar, controlar y prevenir la diabetes y sus complicaciones.								
Indicador 1	Porcentaje de detecciones de diabetes mellitus en población de 20 años y más, responsabilidad del SNS.	Meta 1	33%							
Indicador 4	Formación de Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas en el SNS.	Meta 4	3,630							
Indicador 5	Formación de Grupos Preventivos de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en el SNS.	Meta 5	960							
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	Observaciones
No.	Descripción									
1.1.1.	Reforzar acciones de prevención, detección, seguimiento y control de la diabetes mellitus con participación intrasectorial e intersectorial.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS

Objetivo 2		Fortalecer las acciones que permitan incrementar la cobertura de pacientes con diabetes mellitus en control.								
Indicador 2		Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus en tratamiento al que al menos se le realizó una medición anual con hemoglobina glucosilada (HbA1c) en población de 20 años y más, responsabilidad del SNS.						Meta 2	33%	
Indicador 3		Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus en tratamiento, que alcanzan el control con hemoglobina glucosilada (HbA1c) por debajo del 7% en población de 20 años y más en el SNS.						Meta 3	33%	
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	Observaciones
No.	Descripción									
2.1.1.	Otorgar orientación/consejería de diabetes mellitus.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2.1.2.	Fomentar el autocuidado de la personas con diabetes mellitus.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2.1.3.	Promover la corresponsabilidad de la familia en el cuidado de las personas con diabetes mellitus.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2.1.4.	Realizar un evento que conmemore el día mundial de la diabetes mellitus a fin de concientizar sobre la problemática que representa esta enfermedad.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2.2.1.	Proporcionar la atención integral de diabetes mellitus.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2.2.2.	Impulsar el control metabólico de las personas que presentan diabetes.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2.2.3.	Promover la orientación nutricional y actividad física en la atención primaria.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2.2.4.	Monitorear la notificación de casos nuevos y evaluación de diabetes mellitus.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

Objetivo 3		Mejorar los estándares de calidad en el primer nivel de atención en cuanto a abasto de insumos y personal de salud capacitado para la atención del paciente con diabetes mellitus.								
Indicador 6	Porcentaje del personal de salud que fue actualizado en el primer nivel de atención y aprobó la capacitación de enfermedades cónicas no transmisibles en el SNS.	Meta 6			80%					
Indicador 7	Porcentaje de unidades de primer nivel de atención con abasto oportuno y suficiente de medicamentos e insumos para controlar la diabetes mellitus.	Meta 7			90%					
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	Observaciones
No.	Descripción									
3.1.1.	Proporcionar el recurso para la compra de insumos necesarios para la atención con calidad al paciente diabético.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
3.1.2.	Supervisar el abasto oportuno y suficiente de medicamentos e insumos.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
3.2.1.	Capacitar continuamente a los profesionales de la salud de primer contacto en el manejo del paciente con diabetes mellitus.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
3.2.2.	Gestionar los medios necesarios para realizar las capacitaciones al personal de salud en las unidades de primer nivel de atención.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	



VIII. TRANSPARENCIA

VIII. TRANSPARENCIA

El monitoreo y evaluación de los Programas contribuye a la gobernabilidad mediante el fortalecimiento de rendición de cuentas y de transparencia en la gestión. Asimismo, impulsa el desarrollo de la cultura del desempeño en la administración pública capaz de sustentar una mejor formulación de políticas y una más eficiente toma de decisiones presupuestarias. En las últimas décadas nuestro país ha tenido una transición progresiva de la sociedad civil que han participado e intervenido para que esto suceda como agentes de cambio; no obstante aún quedan retos por resolver.

Para dar cumplimiento al acceso a la sociedad civil sobre el logro de metas, existen diversas fuentes de información de libre acceso disponibles en la página de la Secretaría de Salud: www.salud.gob.mx, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud: www.spps.gob.mx, del CENAPRECE: www.cenaprece.salud.gob.mx y a través del enlace de contacto en el sitio web.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS. "Estrategia y plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles". 150 Sesión del comité ejecutivo. Junio 2012.
2. World Health Organization. Preventing chronic diseases: WHO global report. 2005. Primera edición. Génova, Suiza.
3. Organización de las Naciones Unidas. ONU. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. 2011. Cumbre del Milenio.
4. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS. La diabetes muestra una tendencia ascendente en las Américas. 2012. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7453&Itemid=259&lang=es
5. Secretaría de Salud. Principales causas de mortalidad general. 2008. SINAIS. DGIS.
6. Secretaría de Salud. Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. 2013. [Internet], México, D.F. Disponible en: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf
7. Estados Unidos Mexicanos. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 1917. [Internet], México, D.F. Disponible en: <http://www.dof.gob.mx/index.php?year=1917&month=02&day=05>
8. Estados Unidos Mexicanos. Ley General de Salud. 1984. [Internet], México, D.F. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
9. Estados Unidos Mexicanos. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. 1986. [Internet], México, D.F. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5174301&fecha=10/01/2011
10. Estados Unidos Mexicanos. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. 1986. [Internet], México, D.F. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmpsam.html>
11. Estados Unidos Mexicanos. Reglamento de Insumos para la Salud. [Internet], 1988. México, D.F. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/ris.html>
12. Estados Unidos Mexicanos. Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sistema Nacional de Salud. 2011. [Internet], México, D.F. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/r270503.html>
13. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. 1999. [Internet], México, D.F. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/167ssa17.html>
14. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. 2012. [Internet], México, D.F. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012
15. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. 2012. [Internet], México, D.F. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280847&fecha=30/11/2012
16. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998, para la atención integral a personas con discapacidad. 1998. [Internet], México, D.F. Disponible en:

- http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/173_ssa18.html
17. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica. 2012. [Internet], México, D.F. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5288225&fecha=19/02/2013
 18. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. 2010. [Internet], México, D.F. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010
 19. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. 2010. [Internet], México, D.F. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010
 20. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. 2009. [Internet], México, D.F. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5144642&fecha=31/05/2010
 21. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias. 2012. [Internet], México, D.F. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5259329&fecha=13/07/2012
 22. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. 2012. [Internet], México, D.F. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013
 23. Secretaría de Salud. Declaración Ministerial para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. 2011. [Internet], México, D.F. Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/convenios/2011/Declaración_Ministerial.pdf
 24. Estados Unidos Mexicanos. Programa Nacional de Salud. 2001-2006. [Internet], México, D.F. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pns_2001-2006/pns2001-006.pdf
 25. Secretaría de Salud. Programa de acción para la prevención y control de la diabetes. Primera edición 2001. [Internet], Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/diabetes_mellitus.pdf
 26. Secretaría de Salud. Programa de acción específico 2007-2012. Diabetes Mellitus. Primera edición 2008. [Internet], Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/diabetes_mellitus.pdf
 27. Organización Mundial de la Salud. OMS. 10 Datos sobre las Enfermedades No Transmisibles. Marzo 2013. [Internet], México, D.F. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/index.html
 28. Hernández Ávila M, Gutiérrez JP. Diabetes mellitus: la urgencia de reforzar la respuesta en políticas públicas para su prevención y control. ENSANUT 2012.
 29. Secretaría de Salud. Estados Unidos Mexicanos. Incidencia diabetes mellitus. 1995-2013. Epi-1-95, SUIVE. DGE. SSA.
 30. Bloom, Chisholm, D., Jané-Llopis, E., Prettner, K., Stein, A. & Feigl, A. (2011). From Burden to "Best Buys": Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries. Geneva: WorldEconomicForum.
 31. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Disponible en: <http://www.ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
 32. Secretaría de Salud. Mortalidad/SINAIS/DGIS/SSA. 1980-2010.
 33. Carrasco Alcántara D, Puentes Rosas E, Pineda Pérez D. Evaluación del Modelo de atención al paciente Diabético de las Unidades de Especialidades Médicas de enfermedades Crónicas (UNEME-EC) en México. Tesis para obtener el grado de Especialista de Epidemiología 2012, Secretaría de Salud. Distrito Federal: 2013 pp 3.
 34. Estados Unidos Mexicanos. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. [Internet], México, D.F. 2013. Disponible en: <http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/PND.pdf>
 35. Estados Unidos Mexicanos. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. [Internet], México, D.F. 2013. Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/programa-sectorial-2013-2018.html>

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

ANSA	Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria
CENAPRECE	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
CONACRO	Consejo Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles
DGE	Dirección General de Epidemiología
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DGPS	Dirección General de Promoción de la Salud
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
GAM	Grupos de Ayuda Mutua
HbA1c	Hemoglobina glucosilada
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
MIDE	Manejo Integral de Diabetes por Etapas
NOM	Norma Oficial Mexicana
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAE	Programa de Acción Específico
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS

SEMAR	Secretaría de Marina
SESA	Servicios Estatales de Salud
SIVEGAM	Sistema de Vigilancia y Seguimiento de Grupos de Ayuda Mutua
SIS	Sistema de Información en Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPPS	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SSA	Secretaría de Salud
UNEME EC	Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Actividad física. Al movimiento corporal producido por la contracción esquelética que incrementa el gasto de energía por encima del nivel basal.

Adherencia terapéutica. A la observación estricta de las indicaciones médicas, por parte del paciente para la prevención y control de su enfermedad.

Alimentación. Al conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita, así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena (Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria. Criterios para Brindar Orientación).

Alimentación correcta. A los hábitos alimentarios que de acuerdo con los conocimientos aceptados en la materia, cumplen con las necesidades específicas en las diferentes etapas de la vida, promueve en los niños y las niñas el crecimiento y desarrollo adecuados y en los adultos permite conservar o alcanzar el peso esperado para la talla y previene el desarrollo de enfermedades.

Atención primaria a la salud. A los servicios que se otorgan al individuo, la familia y la comunidad para preservar la salud y atender las enfermedades en sus etapas iniciales de evolución.

Capacitación. A la adquisición de conocimientos técnicos, teóricos y prácticos que van a contribuir al desarrollo del individuo en el desempeño de una actividad.

Comorbilidad. A las enfermedades y problemas de salud que tienen su origen o son agravados por el sobrepeso y la obesidad.

Comunicación Educativa. Al proceso y desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación, sustentado en técnicas de mercadotecnia social, que permiten la producción y difusión de mensajes de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos relativos a la salud y promover conductas saludables en la población.

Detección o tamizaje. A la búsqueda activa de personas con diabetes no diagnosticada, o bien con alteración de la glucosa.

Diabetes. A la enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

Diabetes mellitus Tipo 2. Al tipo de diabetes en la que se presenta resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa. Los pacientes suelen ser mayores de 30 años cuando se hace el diagnóstico, son obesos y presentan relativamente pocos síntomas clásicos.

Diagnóstico. Al análisis que se realiza para determinar cualquier situación y cuáles son las tendencias. Esta determinación se realiza sobre la base de datos y hechos recogidos y ordenados sistemáticamente, que permiten juzgar mejor qué es lo que está pasando.

Dieta. Al conjunto de alimentos, que se consumen al día.

Dislipidemias. A la alteración de la concentración normal de los lípidos en la sangre.

Educación para la Salud. Al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual y colectiva.

Ejercicio. Es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objeto relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física.

Enfermedades Crónicas No Transmisibles. A las enfermedades de etiología incierta, habitualmente multicausales, con largos períodos de incubación o latencia; largos períodos subclínicos, con prolongado curso clínico, con frecuencia episódica; sin tratamiento específico y sin resolución espontánea en el tiempo.

Entorno laboral. Al ambiente formado por diversas condiciones, tanto físicas como sociales, culturales y económicas que inciden en la actividad dentro de una oficina, fábrica, empresa, clínica, etc.

Entorno saludable. A los grupos de poblaciones en espacios específicos transitando hacia la conquista de la equidad en salud.

Estilo de vida saludable. Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Estrategia. Deriva del latín *strategia*, que a su vez procede de dos términos griegos: *stratos* (“ejército”) y *agein* (“conductor”, “guía”). Por lo tanto, el significado primario de estrategia es el arte de dirigir las operaciones militares, también es el proceso seleccionado a través del cual se prevé alcanzar un cierto estado futuro.

Evaluación. Proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia y eficiencia, con que han sido empleados los recursos destinados a alcanzar los objetivos previstos, posibilitando la determinación de las desviaciones y la adopción de medidas correctivas que garanticen el cumplimiento adecuado de las metas presupuestadas.

Factor de riesgo. Al atributo o exposición de una persona, una población o el medio, que están asociados a la probabilidad de la ocurrencia de un evento.

Grupos de Ayuda Mutua. A la organización en grupo de los propios pacientes, para facilitar su educación y autocuidado de la salud en las unidades del SNS.

Hábitos alimentarios. Al conjunto de conductas adquiridas por un individuo, por la repetición de actos en cuanto a la selección, la preparación y el consumo de alimentos. Los hábitos alimentarios se relacionan principalmente con las características sociales, económicas y culturales de una población o región determinada. Los hábitos generalizados de una comunidad suelen llamarse costumbres.

Hiperglucemia en ayuno. A la elevación de la glucosa por arriba de lo normal (>110 mg/dl), durante el periodo de ayuno. Puede referirse a la glucosa alterada en ayuno, o a la hiperglucemia compatible con diabetes, dependiendo de las concentraciones de glucosa según los criterios especificados en esta Norma.

Hemoglobina glucosilada. A la prueba que utiliza la fracción de la hemoglobina que interacciona con la glucosa circulante, para determinar el valor promedio de la glucemia en las cuatro a ocho semanas previas.

Lineamientos. Al conjunto de acciones específicas que determinan la forma, lugar y modo para llevar a cabo la política en materia de obra y servicios relacionados con la misma.

Manejo integral. Al establecimiento de metas del tratamiento, manejo no farmacológico y farmacológico, educación del paciente, seguimiento médico y vigilancia de complicaciones.

Meta. A los procesos que deben seguir y terminar para poder llegar al objetivo.

Microalbuminuria. A la excreción urinaria de albúmina, entre 20 y 200 $\mu\text{g}/\text{min}$, o bien de 30 a 300 mg durante 24 horas en más de una ocasión, en un paciente sin traumatismo o infección renal y fuera del periodo menstrual.

Obesidad. A la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un IMC (índice de masa corporal) igual o mayor a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$. En la población menor de 19 años, la obesidad se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentila 95 en adelante, de las tablas de IMC para edad y sexo de la OMS. Peso corporal, de acuerdo con el IMC se clasifica de la siguiente manera: $\text{IMC} >18$ y <25 peso recomendable, $\text{IMC} >25$ y <27 sobrepeso e $\text{IMC} >27$ obesidad.

Población. Grupo de personas que viven en un área o espacio geográfico.

Prevención. A la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias negativas tanto físicas, psicológicas y sociales.

Primer nivel de atención. A las unidades de primer contacto del paciente con los servicios de salud, que llevan a cabo las acciones dirigidas al cuidado del individuo, la familia, la comunidad y su ambiente. Sus servicios están enfocados básicamente a la promoción de la salud, a la detección y al tratamiento temprano de las enfermedades.

Promoción de la salud. Al proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y la conservación de un adecuado estado de salud individual y colectiva mediante actividades de participación social, comunicación educativa y educación para la salud.

Síndrome metabólico. A las diversas manifestaciones y entidades con una característica común: resistencia a la insulina. Dentro de estas entidades se encuentran: hipertensión, obesidad, dislipidemias, hiperuricemia, diabetes o intolerancia a la glucosa, elevación de fibrinógeno, microalbuminuria, elevación del factor de von Willebrand, elevación de ferritina y aumento del PAI-1.

Sobrepeso. Al estado caracterizado por la existencia de un IMC igual o mayor a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ y menor a $29.9 \text{ kg}/\text{m}^2$ y en las personas adultas de estatura baja, igual o mayor a $23 \text{ kg}/\text{m}^2$ y menor a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$. En la población menor de 19 años, el sobrepeso se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentila 85 y por debajo de la 95, de las tablas de edad y sexo de la OMS.

ANEXOS

Matriz de Corresponsabilidad Interna

Objetivo 1	Implementar esquemas proactivos de prevención y detección oportuna de casos para tratar, controlar y prevenir la diabetes y sus complicaciones.							
Indicador 1	Porcentaje de detecciones de diabetes mellitus en población de 20 años y más, responsabilidad del SNS.	Meta 1	33%					
Indicador 4	Formación de Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas en el SNS.	Meta 4	3,630					
Indicador 5	Formación de Grupos Preventivos de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en el SNS.	Meta 5	960					
Línea de acción		SESA	SPPS	CENAPRECE	DGE	DGPS	COFEPRIS	Observaciones
No.	Descripción							
1.1.1.	Reforzar acciones de prevención, detección, seguimiento y control de la diabetes mellitus con participación intrasectorial e intersectorial.	✓		✓		✓		

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS

Objetivo 2		Fortalecer las acciones que permitan incrementar la cobertura de pacientes con diabetes mellitus en control.							
Indicador 2		Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus en tratamiento al que al menos se le realizó una medición anual con hemoglobina glucosilada (HbA1c) en población de 20 años y más, responsabilidad del SNS.				Meta 2		33%	
Indicador 3		Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus en tratamiento, que alcanzan el control con hemoglobina glucosilada (HbA1c) por debajo del 7% en población de 20 años y más en el SNS.				Meta 3		33%	
Línea de acción		SESA	SPPS	CENAPRECE	DGE	DGPS	COFEPRIS	DGIS	Observaciones
No.	Descripción								
2.1.1.	Otorgar orientación/consejería de diabetes mellitus.	✓		✓		✓			
2.1.2.	Fomentar el autocuidado de la personas con diabetes mellitus.	✓		✓		✓			
2.1.3.	Promover la corresponsabilidad de la familia en el cuidado de las personas con diabetes mellitus.	✓		✓					
2.1.4.	Realizar un evento que conmemore el día mundial de la diabetes mellitus a fin de concientizar sobre la problemática que representa esta enfermedad.	✓		✓					
2.2.1.	Proporcionar la atención integral de diabetes mellitus.	✓		✓					

Línea de acción		SESA	SPPS	CENAPRECE	DGE	DGPS	COFEPRIS	DGIS	Observaciones
No.	Descripción								
2.2.2.	Impulsar el control metabólico de las personas que presentan diabetes.	✓		✓					
2.2.3.	Promover la orientación nutricional y actividad física en la atención primaria.	✓		✓		✓			
2.2.4.	Monitorear la notificación de casos nuevos y evaluación de diabetes mellitus.	✓		✓	✓			✓	

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS

Objetivo 3		Mejorar los estándares de calidad en el primer nivel de atención en cuanto a abasto de insumos y personal de salud capacitado para la atención del paciente con diabetes mellitus.							
Indicador 6		Porcentaje del personal de salud que fue actualizado en el primer nivel de atención y aprobó la capacitación de enfermedades crónicas no transmisibles en el SNS.				Meta 6		80%	
Indicador 7		Porcentaje de unidades de primer nivel de atención con abasto oportuno y suficiente de medicamentos e insumos para controlar la diabetes mellitus.				Meta 7		90%	
Línea de acción		SESA	SPPS	CENAPRECE	DGE	DGPS	COFEPRIS	SPSS	Observaciones
No.	Descripción								
3.1.1.	Proporcionar el recurso para la compra de insumos necesarios para la atención con calidad al paciente diabético.	✓		✓				✓	
3.1.2.	Supervisar el abasto oportuno y suficiente de medicamentos e insumos.	✓	✓	✓				✓	
3.2.1.	Capacitar continuamente a los profesionales de la salud de primer contacto en el manejo del paciente con diabetes mellitus.	✓		✓					
3.2.2.	Gestionar los medios necesarios para realizar las capacitaciones al personal de salud en las unidades de primer nivel de atención.	✓	✓	✓					



PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA
DIABETES MELLITUS

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD 2013-2018

Primera edición, xxx 2014

D.R. Secretaría de Salud
Lieja 7, Col. Juárez
06696, México, D.F.