

lunes, 28 de julio de 2014

Resolución 1156/2014 MSAL: aprobación del Programa Nacional de Prevención y Control de Personas con Diabetes Mellitus



Resolución 1156/14 - Ministerio de Salud de la Nación

Título: Salud Pública. Programa Nacional de Prevención y Control de Personas con Diabetes Mellitus. Aprobación.

Fecha B.O.: 28-jul-2014

Texto de la norma:

Visto el Expediente 2002-12844/14-1 del registro del MINISTERIO DE SALUD, la Ley Nº 23.753 y sus modificatorias, el Decreto Nº 1271 del 23 de octubre de 1998, la Resolución de la ex-SECRETARIA DE SALUD Nº 45 del 24 de enero de 1994, las Resoluciones Ministeriales Nº 301 del 16 de abril de 1999, Nº 2271 del 17 de diciembre de 2010, y

CONSIDERANDO:

Que por Ley Nº 23.753 se asigna la función a este MINISTERIO DE SALUD de coordinar la planificación de acciones tendientes a asegurar a los pacientes diabéticos los medios terapéuticos y de control evolutivo.

Que el artículo 5, incorporado por la Ley Nº 26.914, dispone que este Ministerio como autoridad de aplicación debe establecer las Normas de Provisión de Medicamentos e Insumos, las que deberán ser revisadas y actualizadas como mínimo cada dos años.

Que el Decreto Nº 1271/1998 señala que deberán disponerse las medidas necesarias para garantizar a los pacientes con diabetes el aprovisionamiento de los medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol que se estimen como elementos indispensables para un tratamiento adecuado, según lo establecido en PROGRAMA NACIONAL DE DIABETES (PRONADIA) y las normas técnicas aprobadas por autoridad competente en el orden nacional.

Que por Resolución Nº 301 del 16 de abril de 1999 se aprobó el PROGRAMA NACIONAL DE DIABETES (PRONADIA) y las Normas de provisión de medicamentos e insumos.

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

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

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

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

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

Que la presente medida se dicta en ejercicio de las facultades conferidas por la "Ley de Ministerios" T.O. 1992 , la Ley N° 23.753 y el Decreto N° 1271/98.

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE:

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

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

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

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

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

Artículo 6.- Abróguese la Resolución N° 301 del 16 de abril de 1999 de este MINISTERIO DE SALUD.

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

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

Dr. JUAN LUIS MANZUR, Ministro de Salud.

ANEXO I: PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DIABETES MELLITUS (PRONADIA)

A-INTRODUCCION

B-JUSTIFICACION

C-ANTECEDENTES

D-PRINCIPIOS ORIENTADORES DEL PROGRAMA

E-PROPOSITOS

F-OBJETIVOS

G-ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

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

H-BIBLIOGRAFIA

A-INTRODUCCION

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

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

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

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

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

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

La Federación Internacional de la Diabetes (IDF), estimó en 2012 que 371 millones de personas padecían diabetes en el mundo y que 4,8 millones de adultos murieron por causas atribuibles a la misma, esto equivale a una muerte cada 7 segundos.³ La diabetes produce alteraciones microvasculares que determinan complicaciones graves como retinopatía, causante del 7% de las cegueras en nuestro país⁴. Según datos del Registro Argentino de Diálisis Crónica, la nefropatía

diabética constituye la 1ra. causa de diálisis, representando el 35,5% de casos incidentes y 25,6% de los casos prevalentes.⁵

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

En nuestro país, la diabetes tiene una carga importante.

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

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

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

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

La detección temprana de diabetes y su correcto control es de suma importancia para evitar o retrasar las complicaciones de la misma, y mejorar la calidad de vida de las personas que presentan esta enfermedad.

Son muchos e importantes los desafíos que debemos afrontar en relación a la calidad de los cuidados en diabetes, tal como lo demuestra el estudio PRODIACOR.¹³

B-JUSTIFICACION

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

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

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

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

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

Los cuidados adecuados en todos los niveles de atención sanitaria son fundamentales en la mejoría de resultados en salud cardiometabólica.

Desde la prevención en el primer nivel de atención, reorientando los servicios de salud, hasta el cuidado especializado, deben reunir estándares mínimos de calidad, garantizar prestaciones básicas apoyadas en la mejor evidencia disponible y trabajar en forma articulada en redes de atención.

C-ANTECEDENTES

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

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

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

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

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

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

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

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

Por otra, parte en 2009 se aprobó la "Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2" para el Primer Nivel de Atención.

La misma, fue incorporada al Programa Nacional de Diabetes y al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (Resolución 695/2009).

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

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

Artículo 1.- Será autoridad de aplicación de la presente Ley el Ministerio de Salud de la Nación, que dispondrá a través de las áreas pertinentes el dictado de las normas necesarias para la divulgación de la problemática derivada de la enfermedad diabética y sus complicaciones, de acuerdo a los conocimientos científicamente aceptados, tendiente al reconocimiento temprano de la misma, su tratamiento y adecuado control. Llevará su control estadístico, prestará colaboración científica y técnica a las autoridades sanitarias de todo el país, a fin de coordinar la colaboración de acciones.

Garantizará la producción, distribución y dispensación de los medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol a todos los pacientes con diabetes, con el objeto de asegurarles el acceso a una terapia adecuada de acuerdo a los conocimientos científicos y farmacológicos aprobados, así como su control evolutivo.

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

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

Para acceder a lo establecido en el párrafo anterior, sólo será necesaria la acreditación, mediante certificación médica de una institución sanitaria pública, de la condición de paciente diabético. Esta certificación se hará al momento del diagnóstico y seguirá vigente mientras el paciente revista el carácter de enfermo crónico. La Autoridad de Aplicación no podrá ampliar los requisitos de acreditación para acceder a la cobertura.

La Autoridad de Aplicación deberá llevar a cabo campañas nacionales de detección y de concientización de la enfermedad, a fin de lograr un adecuado conocimiento en la sociedad de esta patología, que permita una mayor integración social de los pacientes.

Asimismo, deberá articular con las jurisdicciones locales y las instituciones educativas en todos los niveles programas formativos que permitan el acceso de alumnos y docentes a un conocimiento adecuado de la problemática.

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

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

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

- 1) Coordinación desde el Ministerio de Salud es esencial para promover y articular todas las acciones.
- 2) Articulación con otros programas (Plan Nacional Argentina Saludable, Programa de Prevención y Control de Enfermedades Cardiovasculares, Programa Nacional de Control de Tabaco, Programa Nacional de Lucha Contra el sedentarismo, Programa REMEDIAR, Programa REDES, Programa SUMAR, etc.) y organizaciones no gubernamentales, sociedades científicas y de profesionales, y otros organismos del estado.
- 3) Coordinación estratégica nacional a través del Consejo Federal de Salud (COFESA).

- 4) Articulación con los diferentes niveles de gestión política: nacional, provincial y municipal.
- 5) Estudios e investigaciones para el diseño e implementación de intervenciones.
- 6) Políticas dirigidas, prioritariamente, a los sectores sociales más vulnerables y más afectados.
- 7) Formación y capacitación de recursos humanos en los distintos niveles de gobierno y no gubernamentales en diferentes sectores.
- 8) Comunicación social.

Diseño e implementación de una estrategia comunicacional para dar sostenimiento a las acciones del Programa.

- 9) Evaluación y monitoreo sistemático del desempeño e impacto de las políticas a través de un sistema de vigilancia de ENT.

E-PROPOSITO

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

F-OBJETIVOS

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

G-ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

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

Líneas de acción

a. Fortalecimiento institucional

A partir de la sanción de la Ley Nacional N° 23.753, en 1989, se impulsó el desarrollo de acciones para el abordaje del problema en las distintas jurisdicciones. Actualmente, todas las provincias de nuestro país cuentan con programas de diabetes y acciones de prevención y control. Sin embargo, las capacidades provinciales no son homogéneas para realizar intervenciones sistemáticas de promoción de la salud, reorientación de servicios y estrategias de evaluación, monitoreo y vigilancia, recomendadas para la prevención y el control de esta enfermedad.

Esto genera la necesidad de una mayor integración para optimizar el funcionamiento de los servicios en las diferentes provincias.

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

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

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

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

Actividades:

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

Indicadores de evaluación:

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

b. Estandarización de los procesos asistenciales

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

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

Actividades:

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

Indicadores de evaluación:

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

c) Evaluación de la calidad de atención

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

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

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

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

- a. Monitoreo de A1c,
- b. Monitoreo de LDL-c,
- c. Realización de fondo de ojo anual,
- d. Realización del examen del pie,
- e. Medición de la presión arterial,

f. Control glucémico: meta de A1c

ANEXO II: Normas de Provisión de Medicamento e Insumos para Personas con Diabetes.

A) MEDICAMENTOS E INSUMOS COMPRENDIDOS:

Medicamento/ Insumos básicos	Cantidad de Referencia (1) y descripción del insumo	
1) COMPRENDE AQUELLAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CON INSULINAS	TRATAMIENTO NO INTENSIFICADO SOLO O COMBINADO CON ANTIDIABÉTICOS ORALES	TRATAMIENTO INTENSIFICADO*
<ul style="list-style-type: none"> INSULINAS 	- Concentración de U-100, U-80 y U-40 - Origen: <ul style="list-style-type: none"> Bovinas, Porcinas, Humanos: Regular, NPH, Lente, Premixadas y Ultralente. Según Prescripción Médica. Extracción de la cascara: a) rápidos: Lispro, Asparto, Glargina, b) de acción prolongada: Detemir/S arg no. c) premezclas. Según Prescripción Médica Especializada** 	
<ul style="list-style-type: none"> JERINGAS DESCARTABLES PARA INSULINA 	300 anuales	200 anuales
<ul style="list-style-type: none"> AGUJAS DESCARTABLES PUNZO SUBCUTÁNEO 	La graduación se establece en diferentes unidades: U-10, U-80 o U-100 (Unidades)	
<ul style="list-style-type: none"> LANCETAS DESCARTABLES PARA PUNCIÓN DIGITAL 	100 anuales	200 anuales
<ul style="list-style-type: none"> PROVISIÓN DE TIRAS REACTIVAS PARA AUTOMONITOREO GLUCÉMICO (AMG) 	400 anuales	1500 anuales 1800 anuales Situaciones especiales (***)
<ul style="list-style-type: none"> TIRAS REACTIVAS PARA ACETONA EN SANGRE Y ORINA 	50 anuales	
<ul style="list-style-type: none"> TIRAS REACTIVAS PARA GLUCOSA EN ORINA 	100 por año	
<ul style="list-style-type: none"> BOMBA DE INFUSIÓN CONTINUA PARA INSULINA Y SUS INSUMOS DESCARTABLES**** 	Según Prescripción Médica Especializada**	
2) COMPRENDE A AQUELLAS PERSONAS EN TRATAMIENTO CON ANTIDIABÉTICOS ORALES: Biguanidas y Sulfonamidas, urea derivados	Biguanidas: etidiroato de metformina Según Prescripción Médica	Sulfonamidas, urea derivados: glibenclamida – glicipida – gliclazida Según Prescripción Médica
<ul style="list-style-type: none"> PROVISIÓN DE TIRAS REACTIVAS PARA GLUCOSA EN SANGRE 	50 anuales	100 anuales
<ul style="list-style-type: none"> LANCETAS DESCARTABLES PARA PUNCIÓN DIGITAL 	70 anuales	
REFLECTÓMETRO PARA LA LECTURA DE LAS TIRAS REACTIVAS PARA GLUCOSA EN SANGRE	1 cada 2 años Todas las personas con diabetes.	

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

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

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

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

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

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

Las obras sociales y las empresas de medicina prepaga establecerán los procedimientos administrativos necesarios a fin de garantizar la provisión de medicamentos e insumos de la presente norma a las personas con diabetes comprendidas en dichos subsistemas. Para aquellos pacientes no pertenecientes a estas dos modalidades de cobertura anterior, cada

jurisdicción provincial y la ciudad autónoma de Buenos Aires podrá instrumentar los mecanismos necesarios teniendo en cuenta el domicilio de la persona con diabetes, el diagnóstico con certificado médico otorgado por establecimiento público o servicio asistencial estatal en que tendrá que estar registrado y al cual concurriría para control y tratamiento. Dicho procedimiento estará a cargo de profesionales habilitados por la autoridad competente. Dicho certificado deberá contener los datos correspondientes al formulario de acreditación para personas con diabetes. (Anexo III)

Cancelación de beneficios

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

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

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

DATOS REFERIDOS AL TRATAMIENTO:

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

LABORATORIO Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

1. HbA1c (dos últimos valores):

2. Glucemia de ayuno: (Últimos 2 valores)

3. Fondo de ojo:

4. Función renal:

Creatinina

Urea

Clearance de creatinina:

Microalbuminuria:

5. Exámen de pie