



Resolución Ministerial

Lima, 19 de JUNIO del 2020

Visto, el Expediente N° 19-150397-001, que contiene el Informe N° 071-2019-CPCDNT-DENOT-DGIESP/MINSA de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública; y, el Informe N° 189-2020-OGAJ/MINSA de la Oficina General de Asesoría Jurídica;



V. ZAMORA

CONSIDERANDO:

Que, el numeral 1 del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud es competente en la salud de las personas;



N. Zepa

Que, el artículo 4 de la precitada Ley establece que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;



L. CUEVA

Que, los literales b) y h) del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161, modificado por el Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades, señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de las enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud, tecnologías en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; así como, dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de la política nacional y políticas sectoriales de salud;



N. HUAMANI

Que, la Ley N° 28553, Ley General de Protección a las Personas con Diabetes, establece las disposiciones orientadas a la prevención, el diagnóstico, la atención integral de salud y rehabilitación de las personas que padecen diabetes; encargando al Ministerio de Salud la elaboración de su Reglamento, el mismo que fue aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-2008-SA;

Que, mediante la Ley N° 30867, se incorpora el Capítulo V a la Ley N° 28553 y se dispone la adecuación del Reglamento de esta última a las disposiciones de la Ley N° 30867;

Que, el artículo 63 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA y modificatorias, establece que la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, competente para dirigir y coordinar las intervenciones estratégicas de Salud Pública en materia de prevención y control de enfermedades no transmisibles, raras y huérfanas; asimismo, según el literal b) del artículo 64 del indicado Reglamento, dicha Dirección General tiene como función proponer, evaluar y supervisar la implementación de políticas, normas, lineamientos y otros documentos normativos en materia de intervenciones estratégicas de Salud Pública;

Que, mediante el documento del visto, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, a través de la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas, presenta el proyecto de Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 28553, Ley General de Protección a las Personas con Diabetes, modificada por la Ley N° 30867, así como su Exposición de Motivos y el proyecto del precitado Reglamento, recomendando su publicación por el plazo de quince (15) días calendario, a fin de recibir las sugerencias y comentarios de las entidades públicas o privadas, y de la ciudadanía en general;



N. Zerpa

Que, el numeral 1 del artículo 14 del Reglamento que establece disposiciones relativas a la Publicidad, Publicación de Proyectos Normativos y Difusión de Normas Legales de Carácter General, aprobado por Decreto Supremo N° 001-2009-JUS, ha previsto que las entidades públicas dispondrán la publicación de los proyectos de normas de carácter general que sean de su competencia en el Diario Oficial El Peruano, en sus Portales Electrónicos o mediante cualquier otro medio, en un plazo no menor de treinta (30) días antes de la fecha prevista para su entrada en vigencia, salvo casos excepcionales; dichas entidades permitirán que las personas interesadas formulen comentarios sobre las medidas propuestas;



L. CUEVA

Que, en este sentido, es necesario publicar el mencionado proyecto de Decreto Supremo, el Reglamento que aprueba y su Exposición de Motivos;



V. ZAMORA

Con el visado de la Directora General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y de la Viceministra de Salud Pública;



N. HUAMANI

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud y por el Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades; y, el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado mediante los Decretos Supremos N° 011-2017-SA y N° 032-2017-SA;



Resolución Ministerial

Lima, 19 de JUNIO del 2020



N. Zerpa

SE RESUELVE:



L. CUEVA

Artículo 1.- Disponer que la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General efectúe la publicación del proyecto de Reglamento de la Ley N° 28553, Ley General de Protección a las Personas con Diabetes, modificada por la Ley N° 30867, el Decreto Supremo que lo aprueba y su Exposición de Motivos, en el Portal Institucional del Ministerio de Salud, durante el plazo de quince (15) días calendario, a efectos de recibir las sugerencias y comentarios de las entidades públicas o privadas, y de la ciudadanía en general, a través del correo electrónico webmaster@minsa.gob.pe.



N. HUAMANI

Artículo 2.- Encargar a la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública la recepción, procesamiento y sistematización de las sugerencias y comentarios que se presenten, así como la elaboración de la propuesta final.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

VÍCTOR M. ZAMORA MESÍA
Ministro de Salud



Decreto Supremo

(PROYECTO)

**DECRETO SUPREMO QUE APRUEBA EL REGLAMENTO DE LA LEY N° 28553,
LEY GENERAL DE PROTECCIÓN A LAS PERSONAS CON DIABETES,
MODIFICADA POR LA LEY N° 30867**

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, los artículos 7 y 9 de la Constitución Política del Perú señalan que todas las personas tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa, estableciendo que el Estado determina la política nacional de salud y que el Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación, y es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud;

Que, el numeral II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 123 de la Ley General de Salud, modificado por el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, señala que el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud de nivel nacional y, como organismo del Poder Ejecutivo, tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de salud, actuando como la máxima autoridad normativa en materia de salud;

Que, el numeral 1 del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, señala que el Ministerio de Salud es competente en la salud de las personas; asimismo, los literales b) y h) del artículo 5 del precitado dispositivo, modificado por el Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades, señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de las enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud, tecnologías en salud y



buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; así como, dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de la política nacional y políticas sectoriales de salud;

Que, la Ley N° 28553, Ley General de Protección a las Personas con Diabetes, establece las disposiciones orientadas a la prevención, el diagnóstico, la atención integral de salud y rehabilitación de las personas que padecen diabetes; encargando al Ministerio de Salud la elaboración de su Reglamento, el mismo que fue aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-2008-SA;

Que, mediante la Ley N° 30867 se incorpora el Capítulo V a la Ley N° 28553 y se dispone la adecuación del Reglamento de esta última a las disposiciones de la Ley N° 30867;

Que, en este contexto, es necesario aprobar el nuevo Reglamento de la Ley N° 28553, Ley General de Protección a las Personas con Diabetes, modificada por la Ley N° 30867;

De conformidad con lo dispuesto en el numeral 8 del artículo 118 de la Constitución Política del Perú, y en la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo;

DECRETA:

Artículo 1.- Aprobación del Reglamento de la Ley N° 28553

Aprobar el Reglamento de la Ley N° 28553, Ley General de Protección a las Personas con Diabetes, modificada por la Ley N° 30867, el mismo que consta de un (1) Título Preliminar, tres (3) Títulos, diez (10) Capítulos, treinta y nueve (39) artículos y una (1) Disposición Complementaria Final.

Artículo 2.- Refrendo

El presente Decreto Supremo es refrendado por el Ministro de Salud, la Ministra de Trabajo y Promoción del Empleo y el Ministro de Educación.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA DEROGATORIA

ÚNICA.- Derógase el Decreto Supremo N° 009-2008-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 28553, Ley General de Protección a las Personas con Diabetes.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los



REGLAMENTO DE LA LEY N° 28553, LEY GENERAL DE PROTECCIÓN A LAS PERSONAS CON DIABETES, MODIFICADA POR LA LEY N° 30867

TÍTULO PRELIMINAR DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.- Finalidad del Reglamento

El presente Reglamento tiene por finalidad implementar estrategias de promoción de la salud y prevención en el desarrollo de la diabetes, para formar estilos de vida saludable; así como garantizar la adecuada atención, control y tratamiento de las personas con diabetes, evitando sus complicaciones y/o secuelas, y procurando su integración social y económica, contando para ello con la participación activa de la familia, comunidad, instituciones de salud públicas y privadas, los sectores e instituciones del Estado Peruano, entre ellos, educación, trabajo y promoción del empleo, y los gobiernos regionales y locales en el marco de sus competencias.

Artículo 2.- Objeto del Reglamento

El presente Reglamento tiene por objeto establecer las normas de aplicación, interpretación, ejecución y competencias de la Ley N° 28553, Ley General de Protección a las Personas con Diabetes, modificada por la Ley N° 30867, Ley que incorpora el Capítulo V a la Ley N° 28553.

Artículo 3.- Objetivos

Los objetivos del presente Reglamento son los siguientes:

- a) Implementar estrategias educativas dirigidas a la población en general, según curso de vida y ámbito de su desarrollo, para la promoción de estilos de vida saludable y el favorecimiento de los entornos saludables en todos los escenarios de intervención, con énfasis en la prevención de los factores relacionados al desarrollo de la diabetes mellitus en un contexto familiar y comunitario con intervención de diversos sectores.
- b) Aplicar el cuidado integral con pertinencia cultural en la persona con diabetes, considerando la detección temprana, tratamiento oportuno y control para evitar complicaciones, con la participación activa de la persona, familia, comunidad, instituciones educativas y entidades empleadoras, así como las intervenciones para reducir los índices de morbimortalidad.
- c) Desarrollar y evaluar las prestaciones incluidas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud y sus planes complementarios, que se ofrezcan a las personas en riesgo de diabetes, diagnosticadas o con alguna complicación y/o secuela de diabetes, en base a la evidencia científica disponible y costo efectiva, que le permita una mejor calidad de vida, y de aplicación en todas las instituciones de salud públicas y privadas.
- d) Fortalecer el Registro Nacional de Pacientes con Diabetes, a fin de contar con indicadores actualizados de proceso y resultado del cuidado integral de la persona con diabetes, como producto de las actividades de promoción de la salud, prevención y educación; y con los registros de las personas con diabetes en las instituciones educativas y entidades empleadoras públicas y privadas; asimismo, permitirá conocer información del monitoreo de los determinantes sociales que afectan la equidad en el cuidado integral de las personas con diabetes.



Artículo 4.- Ámbito de aplicación

El presente Reglamento es de aplicación al Sector Salud, así como a las instituciones educativas, los centros laborales, la sociedad civil organizada, y aquellas

organizaciones sociales e institucionales involucradas directa o indirectamente en la atención de las personas en riesgo de diabetes, diagnosticadas o con alguna complicación y/o secuela de diabetes.

Artículo 5.- Del Ente Rector

5.1 El Ministerio de Salud es el Ente Rector encargado de normar y cautelar los procesos y acciones que potencien y promuevan el cuidado integral de las personas en riesgo de diabetes, diagnosticadas o con alguna complicación y/o secuela de diabetes, así como de implementar, ejecutar y monitorear las políticas y planes para el control de la diabetes en forma coordinada y concertada con otras instituciones públicas y privadas.

El Ministerio de Salud establece redes de coordinación a nivel intersectorial que posibiliten la prevención y control de la diabetes de manera continua, según las competencias sectoriales establecidas para cada caso.

5.2 El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, es responsable de proponer la relación de medicamentos e insumos para el tratamiento de la diabetes que son inafectos del pago de derechos arancelarios y del Impuesto General a las Ventas.

Artículo 6.- Definiciones

Para efectos de la aplicación de la Ley N° 28553, modificada por la Ley N° 30867, y del presente Reglamento, se establecen las siguientes definiciones:

- a) Institución educativa: es la primera y principal instancia de gestión del sistema educativo descentralizado, en la cual tiene lugar la prestación del servicio educativo; comprende los centros de Educación Básica, los de Educación Técnico-Productiva y las instituciones de Educación Superior.
- b) Diabetes: es un trastorno metabólico de causas diversas, caracterizado por hiperglucemia crónica y trastornos del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas como consecuencia de anomalías de la secreción o del efecto de la insulina; incluye la diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2, diabetes gestacional y cualquier otro tipo de diabetes mellitus.
- c) Acciones de prevención: son el conjunto de intervenciones orientadas a reducir la incidencia de la diabetes mediante intervenciones concretas y puntuales basadas en los conocimientos científicos aportados por las ciencias médicas; se clasifican en prevención primaria (acciones dirigidas a la identificación oportuna y al control de los factores de riesgo), prevención secundaria (acciones dirigidas a la detección precoz y al cuidado integral de las personas diagnosticadas con diabetes), prevención terciaria (acciones orientadas a evitar las complicaciones o multimorbilidad derivadas de la diabetes) y prevención cuaternaria de la atención de salud (acciones orientadas a disminuir los efectos negativos de la atención de la persona). Estas acciones consideran la participación activa de las personas que padecen la enfermedad, la familia y la comunidad, destinada a reducir el impacto individual, social y económico de la diabetes para el país.
- d) Estrategias educativas en salud: son el conjunto de actividades orientadas a la prevención, promoción y educación sobre los factores protectores y de riesgo para fomentar el autocuidado y lograr el empoderamiento en la práctica de hábitos saludables.
- e) Cuidado Integral de Salud: comprende las intervenciones sanitarias de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación en salud en torno a la persona, familia y comunidad, así como las intervenciones intersectoriales e intergubernamentales sobre los determinantes sociales de la salud.



- f) Equipo de cuidado integral en diabetes: es el personal de salud encargado del cuidado de la persona con diabetes según el marco normativo vigente.
- g) Comunidad Saludable: es el conjunto de personas empoderadas de su desarrollo que deciden intervenir y abordar los determinantes sociales para mejorar las condiciones de vida y de salud de cada uno de sus integrantes, de manera inclusiva y solidaria, con proyección hacia su desarrollo personal, familiar y social.

TÍTULO PRIMERO PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ACCIONES DE PREVENCIÓN

CAPÍTULO I DESARROLLO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Artículo 7.- Del eje fundamental del aprendizaje

La familia es el eje fundamental para el aprendizaje y seguimiento sostenido de la promoción de las prácticas y entornos saludables para cada uno de sus integrantes, que permiten una vida saludable y plena según curso de vida, disminuyendo los riesgos para tener diabetes y sus complicaciones y/o secuelas.

Artículo 8.- De la comunidad saludable

La comunidad se organiza y participa de manera activa y efectiva en el desarrollo de acciones que favorecen las condiciones de vida, a través de:

- a) La promoción de prácticas y entornos saludables.
- b) La participación de líderes comunales informados en aspectos de salud, educación y desarrollo.
- c) La movilización de recursos comunitarios.
- d) La formación de grupos de ayuda mutua de personas con diabetes y sus familiares.
- e) La participación de la comunidad educativa (directivos, docentes, familias, estudiantes, asociaciones de padres de familia, y otros) en acciones de promoción en el marco de la salud escolar, así como en actividades concernientes a la prevención y control de la diabetes.
- f) La participación de las comunidades de Educación Superior.
- g) Participación del sector empresarial y estatal, en conjunto con sus trabajadores en las actividades educativas.

Artículo 9.- Del Estado

El Estado, en todos sus niveles de decisión e intervención, tiene como prioridad garantizar en todo su contexto las acciones de promoción de la salud y las acciones de prevención de los factores de riesgo de las enfermedades, con énfasis en el control y manejo de las personas diagnosticadas con diabetes y el tratamiento y manejo de las complicaciones y secuelas, fortaleciendo las capacidades institucionales, mediante la elaboración de los documentos de gestión de cada entidad, los cuales deben contemplar el monitoreo, supervisión y evaluación de cada una de las acciones programadas.

Artículo 10.- Centros laborales

Los centros laborales deben evitar la discriminación en el acceso al empleo, así como en la relación laboral por razón de diabetes, permitiendo la aplicación de las sanciones contempladas en la Ley N° 26772, que dispone que las ofertas de empleo y acceso a medios de formación educativa no pueden contener requisitos que constituyan discriminación, anulación o alteración de igualdad de oportunidades o de trato,



N. HUAMANI

modificada por la Ley N° 27270, Ley Contra Actos de Discriminación, y por la Ley N° 30709, Ley que prohíbe la discriminación remunerativa entre varones y mujeres.

CAPÍTULO II DESARROLLO DE ACCIONES DE PREVENCIÓN

Artículo 11.- Establecimientos de salud como espacios de intervención de prevención y atención

Los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, del Seguro Social de Salud (EsSalud), de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, de los gobiernos regionales y locales, y los establecimientos de salud privados, deben contribuir a la adopción de estilos de vida saludable, a la identificación y control de los factores de riesgo de la diabetes en el curso de vida de la persona, con participación de la familia y comunidad a través de las acciones de prevención.

Artículo 12.- Acciones de prevención y promoción en las entidades empleadoras

Las entidades empleadoras deben desarrollar en el marco de sus actividades, acciones orientadas a la prevención de la diabetes, mediante intervenciones de promoción de la salud como el expendio de agua, frutas y productos saludables en sus comedores institucionales y otras instalaciones, el desarrollo y cumplimiento de políticas de alimentación saludable, así como el desarrollo de campañas comunicacionales en redes, circuito cerrado u otro sistema de información.

Artículo 13.- Campañas de prevención

El Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, a través de EsSalud, promueve intervenciones de identificación de factores de riesgo a fin de determinar e identificar estados pre mórbidos y personas con diabetes, y gestionar la continuidad de la atención en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) a las que pertenecen.

TÍTULO SEGUNDO DEL CUIDADO INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON RIESGO DE DIABETES MELLITUS Y DE LAS DIAGNOSTICADAS CON DIABETES MELLITUS

CAPÍTULO I ASPECTOS GENERALES

Artículo 14.- De las modalidades de atención

Las modalidades de atención comprenden:

- a) El cuidado integral de la salud con pertinencia cultural por curso de vida y niveles de atención, según el modelo de cuidado integral vigente u otras estrategias del cuidado.
- b) Atenciones de prevención de diabetes, a través de módulos educativos y mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación, promoviendo el autocuidado, control nutricional y estilos de vida saludable.
- c) Atención diferenciada para la diabetes en las unidades de cuidado de enfermedades crónicas, a través de acciones que fortalecen el autocuidado, seguimiento y control.
- d) Atención de la persona con diabetes a través de Telesalud para el autocuidado, seguimiento y control.
- e) Equipo multidisciplinario y gestor de caso que permita un cuidado integral e integrado.



- f) Organización y conformación de grupos organizados de ayuda mutua.

Artículo 15.- De los lugares de intervención

Los lugares de intervención comprenden:

- a) Establecimientos de salud públicos y privados.
- b) Instituciones educativas públicas y privadas.
- c) Instituciones de formación profesional en salud.
- d) Asociaciones de personas con diabetes y grupos de ayuda mutua.
- e) Organismos Gubernamentales y Organizaciones no Gubernamentales.
- f) Entidades empleadoras.

CAPÍTULO II ESTRATEGIAS Y ORGANIZACIÓN

Artículo 16.- De las estrategias

Las estrategias básicas para el logro de los objetivos del presente Reglamento incluyen:

- a) Articulación intersectorial e intergubernamental, a través del enfoque de salud en todas las políticas.
- b) Fortalecimiento de la responsabilidad social de las entidades empleadoras.
- c) Participación social activa de las personas con diabetes, de su familia y de la comunidad.
- d) Organización de la comunidad para el empoderamiento de las personas con diabetes en el cuidado de su salud.
- e) Abordaje interdisciplinario con pertinencia cultural según el modelo de cuidado integral vigente o adecuado a su realidad local.

Artículo 17.- De la organización de la implementación

Para la implementación de la promoción, prevención, atención y control de personas con diabetes es necesario:

- a) La definición de una oferta básica para la atención, con fundamento en las necesidades prioritarias de salud de las personas con diabetes.
- b) El establecimiento de un plan local estratégico, como eje del proceso de implementación con participación de los involucrados, de acuerdo a cada nivel de atención para la movilización de los recursos humanos, técnicos y financieros.
- c) La asignación de un equipo de salud con responsabilidades bien definidas para la atención de las personas con diabetes en un espacio geográfico-poblacional claramente delimitado, con atención preventiva domiciliaria.
- d) El escalonamiento de la oferta de servicios, según niveles de atención adecuadamente establecidos e interconectados por el sistema de referencia y contrareferencia.
- e) El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud y sus planes complementarios incorporan el financiamiento para la prestación de la atención de la diabetes, sus complicaciones y multimorbidades, así como la cobertura de las consultas, procedimientos, medicamentos, insumos y dispositivos médicos de monitorio de la glicemia, según la evaluación de tecnologías sanitarias.
- f) Las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS), Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) y Gerencias Regionales de Salud (GERESA) crean las condiciones necesarias para incrementar la oferta de servicios de cuidado integral a las personas con diabetes en los establecimientos de salud de su ámbito.
- g) La organización de la comunidad según los diversos sectores.



CAPÍTULO III CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA CON DIABETES

Artículo 18.- De las actividades de salud

Las actividades que se desarrollen en torno a la atención de las personas con diabetes deben ser organizadas, conducidas y evaluadas por personal de salud capacitado y en base a las Guías de Práctica Clínica aprobadas por el Ministerio de Salud con intervenciones diferenciadas por curso de vida.

Artículo 19.- Unidades de Cuidado de Enfermedades Crónicas

Los establecimientos de salud del primer nivel, según corresponda a su capacidad resolutive, implementan Unidades de Cuidado de Enfermedades Crónicas, incorporando prestaciones diferenciadas para la persona con diabetes a través del fortalecimiento de la prevención de complicaciones, autocuidado, seguimiento y control.

Artículo 20.- De la disponibilidad de medicamentos, insumos y dispositivos de monitoreo de glicemia

- 20.1 La provisión de medicamentos, insumos y dispositivos de monitoreo de glicemia, debe basarse fundamentalmente en las Guías de Práctica Clínica vigentes, en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud y en el Petitorio Nacional Único de Dispositivos Médicos Esenciales para el Sector Salud. El Ministerio de Salud promueve el uso racional de los mismos.
- 20.2 Los establecimientos de salud, bajo responsabilidad, disponen permanentemente de medicamentos, insumos y dispositivos de monitoreo de glicemia desde el primer nivel de atención, en forma sostenida, preferentemente, de aquellos hipoglicemiantes de mayor demanda entre sus usuarios y/o poblaciones asignadas.
- 20.3 Los médicos especialistas de los establecimientos de salud del primer nivel deben disponer de los medicamentos, insumos e instrumental necesarios para el cuidado integral y tratamiento de las personas con diabetes, según se establece en las Guías de Práctica Clínica vigentes.
- 20.4 Los médicos cirujanos pueden prescribir medicamentos hipoglicemiantes orientados por las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y su formación universitaria básica.

Artículo 21.- Del Cuidado Integral en Salud

21.1 Como parte del cuidado integral de las personas con diabetes, en el Sector Salud se brindan acciones de:

- a) Promoción de estilos de vida saludable, hábitos alimentarios, actividad física, ambientes libres de humo de tabaco, control de la obesidad, según curso de vida.
- b) Prevención de la diabetes, sus multimorbilidades y complicaciones.
- c) Detección precoz de la diabetes, de acuerdo a lo establecido en las Guías de Práctica Clínica.
- d) Diagnóstico y tratamiento oportunos de la diabetes.
- e) Rehabilitación.
- f) Cuidados paliativos.



21.2 Estas prestaciones son brindadas según el curso de vida: niño, adolescente, joven, adulto y adulto mayor, por el personal de salud de los establecimientos de salud.

Artículo 22.- De las acciones de las instituciones públicas y privadas

22.1 Las instituciones públicas y privadas en general, según sus competencias, deben realizar las siguientes acciones:

- a) Apoyar en la difusión de la información y del conocimiento científico técnico que brinde el Ministerio de Salud sobre aspectos vinculados al cambio hacia los comportamientos saludables que disminuyan el riesgo para adquirir diabetes.
- b) Impulsar acciones en beneficio de los consumidores, dando a conocer el contenido de los componentes de los productos en las etiquetas y en la publicidad correspondiente.

22.2 Las instituciones públicas y privadas que realizan actividades comprendidas en el Sector Educación, deben realizar las siguientes acciones:

- a) Promover estrategias de identificación y actividades de prevención, promoción, educación y atención sobre la diabetes, dirigidas a los alumnos de todo nivel, dentro de un contexto familiar y educativo.
- b) Promover estrategias de prevención y promoción de estilos de vida y entornos saludables para la lucha contra la diabetes en las instituciones educativas de educación básica y de educación superior.
- c) Promover la incorporación del control de los factores de riesgo y autocuidado de la diabetes en el plan curricular de todas las Instituciones de Educación Superior que formen profesionales y técnicos de la salud.
- d) Desarrollar y promover la formación médica especializada en el manejo y control de la diabetes mellitus.

22.3 Las instituciones públicas y privadas que realizan actividades comprendidas en el Sector Trabajo y Promoción del Empleo, deben realizar acciones de prevención y promoción para la lucha contra la diabetes en los trabajadores de los sectores públicos y privados, bajo cualquier régimen laboral o modalidad de contratación; asimismo, deben asegurar el acceso a programas de prevención y campañas de descarte de la diabetes, en el marco de la programación establecida en sus presupuestos y planes operativos.

CAPÍTULO IV PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD

Artículo 23.- De la finalidad de las acciones

La comunidad organizada en coordinación con el equipo de salud, a través de sus organizaciones sociales y/o agentes comunitarios, realizan las siguientes acciones de implementación:

- a) Fomentar la conciencia y sensibilización de los distintos actores sociales respecto a la prevención de la diabetes en la población.
- b) Participar en la formulación de los planes y proyectos integrales locales a favor de la atención de la persona con diabetes.
- c) Fomentar la participación de la familia y comunidad en la formación de grupos de ayuda mutua para la atención de la persona con diabetes.



- d) Todas las acciones que se realicen deben estar acorde con los documentos de gestión de las organizaciones e instituciones participantes, lo que debe incluir los informes y las evaluaciones periódicas.
- e) Las acciones e intervenciones que se desarrollen deben estar alineadas a la normatividad del Ministerio de Salud.

Artículo 24.- De los responsables sociales

Los responsables sociales en la comunidad son:

- a) Los Agentes Comunitarios de Salud o Promotoras(es) de Salud.
- b) Los Comités Comunales o Locales de Salud.
- c) Los organismos y organizaciones capacitados en acciones preventivas y de promoción en salud (bomberos, Cruz Roja, etc.) u otros actores sociales.

Artículo 25.- De la participación de los responsables sociales

Los responsables sociales participan en las siguientes labores:

- a) Enviar o acompañar a la persona con diabetes al establecimiento de salud cuando presente signos de peligro y/o alarma, factores de riesgo y/o daño(s) en salud.
- b) Coordinar e informar la referencia y contrareferencia de la persona con diabetes al puesto o centro de salud asignado.
- c) Solicitar apoyo al puesto o centro de salud de referencia, en caso que la condición de salud de la persona con diabetes lo requiera.
- d) Reportar problemas o limitaciones identificadas en la referencia de la persona con diabetes al centro de salud.

Artículo 26.- De la participación de las personas con diabetes

La participación de las personas con diabetes, sus familiares y actores sociales de la comunidad, se efectúa a través de la conformación de Grupos de Ayuda Mutua, los mismos que cuentan con sus documentos de gestión, acorde a la normatividad establecida por el Ministerio de Salud.

CAPÍTULO V DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Artículo 27.- De la comunicación social para prevención de diabetes

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública y de la Oficina General de Comunicaciones, o quienes hagan sus veces, establece un plan para promover las estrategias y acciones de comunicación social y educación para la salud en la difusión de mensajes sobre el control de los factores de riesgo para la diabetes, incluyendo a las instituciones educativas y centros laborales.

TÍTULO TERCERO REGISTRO NACIONAL DE PACIENTES CON DIABETES

CAPÍTULO I ASPECTOS GENERALES

Artículo 28.- Del contenido

El Registro Nacional de Pacientes con Diabetes (RNPD) recoge información del paciente nuevo o continuador a nivel nacional. Debe registrarse a todas las personas con diagnóstico reciente o antiguo de diabetes al momento de su primera atención y



durante el diagnóstico, tratamiento, seguimiento, rehabilitación y cuidados paliativos, e incluirlas en el Sistema de Notificación de la Vigilancia Epidemiológica de la Diabetes.

Artículo 29.- Del objetivo

El RNPD dispone de información estadística actualizada de la morbilidad y mortalidad por diabetes en un territorio definido, con la cual se da a conocer las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad, la distribución geográfica y por grupos poblacionales, las complicaciones y el estado del control metabólico de la persona diabética a través de la vigilancia epidemiológica, orientando la planificación y el control de las acciones sanitarias, y conllevando al abordaje multisectorial e intergubernamental de los determinantes sociales de la diabetes que afectan a las personas en riesgo, diagnosticadas o con alguna complicación y/o secuela de esta enfermedad.

Artículo 30.- De la implementación del RNPD

30.1 El RNPD se implementa en los establecimientos de salud, utilizando instrumentos que permiten consignar registros de las prestaciones en consulta externa, hospitalización, emergencia, así como registros de los procedimientos y defunciones, recogidos a través del Sistema de Información de Salud - HIS/MINSA, Historia Clínica Electrónica o la que haga sus veces.

30.2 El RNPD se implementa, además, a través del Sistema de Notificación de la Vigilancia Epidemiológica de la Diabetes en los establecimientos de salud con capacidad para brindar diagnóstico, tratamiento y seguimiento a las personas con diabetes, utilizando instrumentos que sirven para obtener registros de datos, tales como:

- a) Ficha epidemiológica de captación y seguimiento del caso de diabetes.
- b) Portal web para el registro on-line de los casos de diabetes.

Artículo 31.- Integración de la información

El RNPD integra las diferentes fuentes de información de la atención sanitaria de las personas con diabetes de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, de EsSalud, de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, de los gobiernos regionales y locales, los establecimientos de salud del sector privado, y los servicios de salud de las universidades públicas y privadas y de los establecimientos penitenciarios; permitiendo visualizar el listado de personas con diabetes de manera individualizada y el seguimiento del cuidado integral recibido en cualquier establecimiento de salud a nivel nacional; asimismo, integra fuentes administrativas de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) y fuentes secundarias establecidas según normatividad vigente.

Artículo 32.- Análisis de datos

Los datos debidamente analizados por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades permiten la elaboración de los cuadros gerenciales, los indicadores de gestión y las tendencias epidemiológicas que sirven para cuantificar la cobertura de la atención, la producción de los servicios, la programación de los recursos, así como los rendimientos y costos de la atención por diabetes en el país.

Artículo 33.- Almacén de datos

Los datos se registran en forma manual, en libros de registros (formatos impresos), historia clínica y otros documentos auxiliares, constituyendo el archivo físico de datos. A través del Sistema de Información de Salud - HIS/MINSA o el que haga sus veces



en las demás instituciones, se realiza el registro de atenciones, la historia clínica electrónica y las bases de datos de la vigilancia epidemiológica.

CAPÍTULO II DE LOS NIVELES DE INFORMACIÓN DEL SECTOR SALUD

Artículo 34.- Del nivel local

El nivel local de información está constituido por el establecimiento de salud, el cual se define como la unidad básica de registro y procesamiento de información para el RNP, a través del Sistema de Notificación de la Vigilancia Epidemiológica de la Diabetes; realiza la captación de los casos de esta enfermedad para el registro on-line, elabora mensualmente un informe y lo remite trimestralmente al nivel inmediato superior. Dentro de este nivel se encuentran considerados los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

Artículo 35.- Del nivel regional

En este nivel se recibe los informes para consolidarlos en forma trimestral, los que posteriormente son remitidos bajo responsabilidad al nivel central.

Artículo 36.- Del nivel nacional

- 36.1 El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades es responsable del funcionamiento del Sistema de Notificación de la Vigilancia Epidemiológica de la Diabetes, manteniendo actualizados los documentos normativos para el desarrollo de la vigilancia epidemiológica de diabetes y manteniendo operativo y seguro el portal web on-line. Asimismo, es responsable de realizar la supervisión de la calidad de los datos, en coordinación con la DIRIS/DIRESA/GERESA y demás instituciones involucradas, así como analizar la información, establecer la definición de los indicadores y la redacción de los informes epidemiológicos trimestrales que deben ser publicados en el portal institucional.
- 36.2 La Oficina General de Tecnologías de la Información realiza el control de calidad de los datos recogidos a través del Sistema de Información de Salud - HIS/MINSA, Historia Clínica Electrónica o la que haga sus veces, y remite trimestralmente información de morbilidad al Componente de Prevención y Control de Daños No Transmisibles o el que haga sus veces, para la evaluación de las intervenciones sobre los pacientes con diabetes. Adicionalmente, remite la precitada información al Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades para su análisis y posterior publicación de resultados.

CAPÍTULO III RESPONSABILIDADES EN EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN

Artículo 37.- Del registro de los datos

El profesional de salud responsable de la atención y el personal de epidemiología o quien haga sus veces, están obligados a registrar los datos de las personas con diabetes en el Sistema de Información de Salud - HIS/MINSA, o el que corresponda en los establecimientos de salud de EsSalud, Fuerzas Armadas y Policiales, y en los establecimientos de salud privados, así como en el Sistema de Notificación de la Vigilancia Epidemiológica de la Diabetes, debiendo registrar el tipo de diabetes, el estado de las complicaciones, el tratamiento indicado, el estado del control metabólico del paciente, el cumplimiento del tratamiento y las variables establecidas en el procedimiento de integración.



Artículo 38.- Flujo de la información

- 38.1 El informe de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud debe ser publicado por el responsable del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, en coordinación con el Componente de Prevención y Control de Daños No transmisibles, o el que haga sus veces.
- 38.2 La Gerencia Central de EsSalud, las Direcciones de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, los servicios de salud de las universidades públicas y privadas y de los establecimientos penitenciarios, así como los establecimientos del sector privado, deben reportar al Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, bajo responsabilidad, la información de la captación y seguimiento de las personas con diabetes atendidas.

Artículo 39.- Del RNPD

Son responsables de la administración del RNPD, la Oficina General de Tecnologías de la Información del Ministerio de Salud y el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, en el marco de lo establecido en el artículo 36 del presente Reglamento.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

ÚNICA.- Del Programa Nacional de Prevención y Atención de Pacientes con Diabetes y de la aprobación de disposiciones

Mediante Resolución Ministerial del Sector Salud, se establecen las normas complementarias que conlleven al cumplimiento del objeto del Programa Nacional de Prevención y Atención de Pacientes con Diabetes, creado por el artículo 2 de la Ley N° 28553, y las acciones del Ministerio de Salud y de los gobiernos regionales y locales, establecidas en el artículo 10 de la Ley N° 28553, incorporado por la Ley N° 30867.

Asimismo, por Resolución Ministerial correspondiente a cada sector, se aprueban las disposiciones que faciliten el desarrollo de las actividades de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de la diabetes.



N. HUAMANÍ

**DECRETO SUPREMO QUE APRUEBA EL REGLAMENTO DE LA LEY N° 28553,
LEY GENERAL DE PROTECCIÓN A LAS PERSONAS CON DIABETES,
MODIFICADA POR LA LEY N° 30867**

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Los artículos 7 y 9 de la Constitución Política del Perú reconocen que todos tienen derecho a la protección de su salud, del medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa; pero que es el Estado quien determina la política nacional de Salud; recayendo sobre el Poder Ejecutivo la función de normar y supervisar su aplicación, siendo responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizada para facilitar a todas las personas, el acceso equitativo y sin discriminación a los servicios de salud.

Bajo dicho marco constitucional se emitió la Ley N° 26842, Ley General de Salud, la misma que en los numerales I, II y XIV de su Título Preliminar, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo responsabilidad del Estado regular, vigilar y promover la protección de la salud, precisando además que la información en salud es de interés público, en tal sentido, toda persona está obligada a proporcionar a la Autoridad de Salud la información que le sea exigible de acuerdo a ley, y la que el Estado tiene en su poder es de dominio público, con las excepciones que establece la ley.

En concordancia con las normas antes mencionadas, mediante la Ley N° 28553, Ley General de Protección a las Personas con Diabetes, se establece el régimen legal de protección a las personas con diabetes, para la respectiva prestación de servicios en salud de atención, control y tratamiento de su enfermedad, así como para dotarles de cultura de prevención e integración social y económica. De acuerdo con su Segunda Disposición Complementaria y Final, se encarga al Ministerio de Salud para que elabore el Reglamento de la precitada Ley.

Mediante el Decreto Supremo N° 009-2008-SA, se aprueba el Reglamento de la Ley N° 28553, Ley General de Protección a las Personas con Diabetes, y se establecen las normas de aplicación, interpretación, ejecución y competencias de dicha Ley, constituyendo la base para la atención de salud en los establecimientos del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, y que se encuentra vigente hasta la actualidad.

La necesidad de aprobar el nuevo Reglamento de la Ley General de Protección a las Personas con Diabetes surge en atención a la emisión de la Ley N° 30867, Ley que incorpora el Capítulo V a la Ley N° 28553, Ley General de Protección a las Personas con Diabetes, la cual establece el deber de adecuar el precitado reglamento a las disposiciones de la Ley N° 30867. En atención al Capítulo V - Acciones de Prevención, incorporado por la Ley N° 30867, corresponde señalar que la prevención determina una serie de intervenciones según la historia natural de la diabetes, y que las referidas acciones se desarrollan en los establecimientos de salud, en la familia y en la comunidad, requiriéndose para esta última de la coordinación con el Ministerio de Educación y el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.

Aunado a lo anterior, los cambios en el sistema de salud como resultado de la aprobación de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud; la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad,



derogado recientemente por el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI), aprobado por Resolución Ministerial N° 030-2020/MINSA; así como la aplicación del Decreto de Urgencia N° 017-2019, que establece medidas para la Cobertura Universal de Salud; las actualizaciones de los sistemas de registro de la atención de salud (Historia Clínica Electrónica) y la aplicación de la vigilancia epidemiológica de la diabetes mellitus, establecen la necesidad de generar modificaciones estructurales al contenido del Reglamento de la Ley N° 28553.

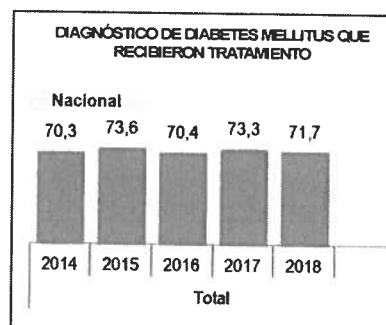
Por ello, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, en su calidad de instancia técnica competente del Ministerio de Salud respecto al tema, inició el proceso de adecuación del Reglamento de la Ley N° 28553 a la Ley N° 30867, culminando con la presentación de la presente propuesta que inicialmente fue elaborada por el Comité de Trabajo conformado por representantes de la Dirección de Promoción de la Salud, la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral, la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud y la Oficina General de Gestión Descentralizada (todos ellos del Ministerio de Salud), del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, así como por representantes del Seguro Social de Salud - EsSalud, Ministerio de Educación y Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.

Análisis Situacional

La diabetes mellitus es una de las enfermedades no transmisibles más frecuentes en la población peruana. Las complicaciones macro vasculares y micro vasculares derivadas de la hiperglucemia crónica son causa importante de muerte prematura y discapacidad. La diabetes mellitus constituye la cuarta sub categoría con mayor carga de enfermedad representando el 3.7% del total de años de vida saludable perdidos en el país¹.

Por otro lado, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, del 2015 al 2018, el porcentaje de personas de 15 y más años de edad con diagnóstico médico de diabetes se ha incrementado en 0.7 puntos porcentuales y en promedio el 72% toma medicación para su enfermedad.

La población femenina fue más afectada (3,9%) con respecto a la masculina (3,3%). Asimismo, por región natural, en el 2018, el mayor porcentaje de personas con diabetes se encuentran en Lima Metropolitana (4,4%) y Resto Costa (4,0%), y menor porcentaje en la Sierra (2,1%) y Selva (3,3%)².



N. HUAMANI Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018, INEI

¹ Carga de enfermedad en el Perú: Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016

² Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2018. INEI

Recientemente, según el reporte PERUDIAB, realizado en personas de 25 años a más del área urbana y suburbana, en el país existiría una prevalencia de diabetes mellitus de 7% (IC 95%; 5.3% - 8.7%) de los que el 4.2% (60%) refirieron que un médico o una enfermera les mencionó tener diabetes o utilizaban medicación para tratarla (antidiabéticos orales o insulina)³.

Según el Sistema de Notificación de la Vigilancia Epidemiológica de la Diabetes, entre enero y junio de 2018, se reportaron 8 098 casos de diabetes, notificados por 99 hospitales, 95 centros de salud y 62 puestos de salud. El 84% de los registros proceden de hospitales, 14% de los centros de salud y el 2% de los puestos de salud. Según el sexo, el 61,8% (4 955 casos) corresponden a mujeres. El 0,6% de los casos de diabetes se concentran en el grupo de menores de 20 años, el 13,1% en el grupo entre 20 y 44 años, el 50,9% entre los 45 y 64 años y el 35,5 % entre los 65 años y más. El 71,4 % de los casos de diabetes presentaron exceso de peso (sobrepeso u obesidad), de estos, el 31,7% presentan obesidad (IMC $\geq 30,0$ kg/m²). En las mujeres esta proporción es de 31,0 % en comparación con el 26,1 % observado en los hombres.

En relación al control metabólico, el 27,7% de los casos nuevos presentan niveles “deseables” de glicemia: (valores entre 70 y 129 mg/dL), el 71,9% presenta niveles de glicemia de 130 mg/dL o superiores (Insuficiente control metabólico), y el 0,5% de los casos nuevos presenta hipoglicemia en el momento de la evaluación. Por su parte, entre los casos prevalentes (casos antiguos), el 33,6% presenta niveles de glicemia “deseados” (entre 70 y 129 mg/dL), el 65,3 % presenta niveles de 130 mg/dL o superiores (insuficiente control metabólico), y el 1,1 % se encuentra en hipoglicemia (<70 mg/dL)⁵.

Las complicaciones de la diabetes mellitus están relacionadas con los elevados niveles de glicemia que dependen del adecuado tratamiento hipoglicemiante y de la conducta del paciente. Es de esperar que las complicaciones sean más frecuentes de acuerdo a la duración de la diabetes. Entre los casos de diabetes del I semestre de 2018, se encontró que las complicaciones más frecuentes son la polineuropatía (13,4%), el pie diabético (5,2%), y la nefropatía (3,8%)⁴.

Se describe que las complicaciones renales en diabetes son diversas. La enfermedad renal crónica secundaria a una nefropatía diabética se refiere a anomalías de la función renal o estructural por más de 3 meses, con implicancias en la salud. Las características de estas anomalías son una tasa de filtración glomerular menor a 60 ml/min/1.73 m² en al menos dos ocasiones separadas por un periodo de al menos 90 días. En las personas con diabetes la presencia de microalbuminuria luego macroalbuminuria y/o retinopatía diabética son hallazgos muy relacionados a la presencia de enfermedad renal crónica⁵.

La complejidad del cuidado de pacientes con multimorbilidad y diabetes ha sido previamente reconocida y atribuida a varias razones. Primero, las combinaciones específicas de diabetes y multimorbilidad pueden afectar la capacidad de los pacientes para realizar actividades de autocontrol, lo que resulta en un control subóptimo de la diabetes. Segundo, las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de desarrollar afecciones de salud mental. Las tasas de depresión son dos veces mayores para las

³ Seclen SN, Rosas ME, Arias AJ, et al. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in Peru: report from PERUDIAB, a national urban population based longitudinal study. *BMJ Open Diabetes Research and Care* 2015;3: e000110.

⁴ Boletín Epidemiológico del Perú SE 36-2018 (del 02 al 08 de setiembre del 2018)

⁵ Análisis de la Situación de la enfermedad renal crónica en el Perú - 2015



personas con diabetes en comparación con las de la población general. Las combinaciones de afecciones de salud mental y somática pueden afectar la función física e interferir con el cumplimiento del régimen de estilo de vida y medicación. Tercero, el enfoque en enfermedades individuales puede perder la interacción entre enfermedades y las complejidades de la polifarmacia. Cuarto, los adultos mayores con diabetes y multimorbilidad de larga data pueden variar sustancialmente de aquellos con enfermedad recién diagnosticada, complicando aún más los algoritmos de tratamiento. Para los adultos mayores con diabetes, es común tener al menos una enfermedad crónica concurrente adicional. Más del 80% de los pacientes con diabetes tienen multimorbilidad, y el número de enfermedades coexistentes aumenta con la edad⁶.

Se observó para el período 2010-2014 una tendencia ascendente de los casos nuevos de diabetes atendidos en consulta externa (HIS-MINSA; 2010-2014). Así, en comparación con el año 2010, en el año 2014 los casos nuevos de diabetes se incrementaron en un 62.04%. Para el período 2007-2011, la tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus pasó de 18.7 defunciones por 100,000 habitantes el año 2007 a 17.7 defunciones por 100,000 habitantes el año 2011. Sin embargo, existió un incremento del número de defunciones a nivel nacional por diabetes mellitus; así, de un total de 4,580 defunciones el año 2007 se pasó a 5,115 el año 2011. De acuerdo a los datos de las defunciones estimadas el año 2011, 12 departamentos presentaron una tasa ajustada de mortalidad por diabetes por encima del valor nacional; los cinco departamentos con mayor tasa ajustada de mortalidad por diabetes fueron Tumbes (49.8 defunciones por 100,000), Loreto (36 por 100,000), Moquegua (35.8 por 100,000), San Martín (33.4 por 100,000) y Madre de Dios (26 por 100,000).

En el año 2010, en EsSalud, el promedio de edad de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en EsSalud fue de 60.49 años (± 14.36). El 25% de ellos tenían menos de 52 años y el 75% tenían menos de 71 años. Se atendieron 79 varones por cada 100 mujeres. Además, se atendieron 134 pacientes mayores de 60 años por cada 100 pacientes entre los 20 y 59 años. La distribución demográfica determina un índice de Friz de 8.06, lo cual refleja una población envejecida. En el año 2018 el promedio de edad de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en EsSalud fue de 62.51 años (± 13.03). El 25% de ellos tenían menos de 53 años y el 75% tenían menos de 72 años. Se atendieron 80 varones por cada 100 mujeres. Además, se atendieron 155 pacientes mayores de 60 años por cada 100 pacientes entre los 20 y 59 años. La distribución demográfica determina un índice de Friz de 4.9, lo cual refleja una población más envejecida respecto a la atendida en el año 2010.

Los datos señalados previamente denotan la imperiosa necesidad de considerar el abordaje desde la promoción de la salud, la prevención de la diabetes y sus complicaciones, bajo las consideraciones antes mencionadas. En este sentido, el Reglamento plantea, entre otros aspectos, lo siguiente:

- El cuidado integral de las personas con diabetes requiere de un abordaje que incluya acciones de promoción de la salud y acciones de prevención. Las acciones de promoción de la salud orientan sus intervenciones a través de la identificación de sinergias, para lo cual, aplica el enfoque de salud en todas las políticas, integrando acciones desde el gobierno y la sociedad⁷. Por tal razón, el Reglamento



N. HUAMANI

⁶ Quiñones, A.R., Markwardt, S. & Botosaneanu, A. Diabetes-Multimorbidity Combinations and Disability Among Middle-aged and Older Adults. *J GEN INTERN MED* 34, 944–951 (2019).

⁷ Rudolph, L., Caplan, J., Ben-Moshe, K., & Dillon, L. (2013) *Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments*. Washington, DC and Oakland, CA: American Public Health Association and Public Health Institute

establece acciones para alcanzar una comunidad saludable, y determina el rol del estado y de los centros laborales en relación a las personas con diabetes.

Por otro lado, las acciones de prevención como el conjunto de intervenciones orientadas a reducir la incidencia de la diabetes mediante intervenciones basadas en los conocimientos científicos aportados por las ciencias médicas, se clasifican en prevención primaria (acciones dirigidas a la identificación oportuna y al control de los factores de riesgo), prevención secundaria (acciones dirigidas a la detección precoz y al cuidado integral de las personas diagnosticadas con diabetes), prevención terciaria (acciones orientadas a evitar las complicaciones o multimorbilidad derivadas de la diabetes) y prevención cuaternaria de la atención de salud (acciones orientadas a disminuir los efectos negativos de la atención de la persona). La implementación de las acciones de prevención debe realizarse en los establecimientos de salud, como espacios de intervención de prevención y atención, así como, en las entidades empleadoras, a través de campañas para la identificación oportuna de la enfermedad.

- El Reglamento desarrolla el cuidado integral de la salud, según la Resolución Ministerial N° 030-2020-MINSA, que aprueba el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad, por lo cual, se establecen las modalidades de atención, los lugares de intervención, las estrategias y organización del cuidado de la persona con diabetes; y se establece la prestación diferenciada en unidades de cuidado de personas con enfermedades crónicas, a cargo de un equipo de recurso humano multidisciplinario, para la prevención de complicaciones, autocuidado, seguimiento y control.
- Para el adecuado control de las personas con diabetes, el Reglamento establece que se debe garantizar los medicamentos, procedimientos y dispositivos médicos para el control de la glicemia, según Guías de Práctica Clínica aprobadas y vigentes y/o evaluación de tecnologías sanitarias, desde el primer nivel de atención, contribuyendo de esta forma a la disminución de complicaciones y referencia oportuna para la atención especializada.
- Se regulan disposiciones relacionadas al Registro Nacional de Pacientes con Diabetes, al Sistema de Notificación de la Vigilancia Epidemiológica de la Diabetes, a los niveles de información del sector salud, así como a las responsabilidades en el manejo de esta información.

La atención de las personas con diabetes debe enfocar sus intervenciones a la persona y otras enfermedades crónicas presentes, no necesariamente complicaciones, bajo un enfoque de multimorbilidad. Hay una alta prevalencia de multimorbilidad en las personas con diabetes tipo 2 y los resultados sugieren que el adecuado control glucémico está relacionado con la conciencia de los pacientes de sus otras afecciones crónicas. La variedad de condiciones enfatiza la complejidad del manejo de la enfermedad y la importancia de mantener un enfoque generalista y multidisciplinario para su atención clínica⁸.

El actual Reglamento de la Ley General de Protección a las Personas con Diabetes no prevé las distinciones que amerita el abordaje de la diabetes mellitus, en función a datos de mortalidad y de un sistema de vigilancia epidemiológica especializada que



⁸ Teljeur C, Smith SM, Paul G, Kelly A, O'Dowd T. Multimorbidity in a cohort of patients with type 2 diabetes. Eur J Gen Pract. 2013 Mar; 19(1):17-22.

permitan conocer los indicadores de la población de personas con diabetes que reciben atención de los servicios de atención primaria y atención de alta complejidad con la posibilidad de hacer un seguimiento a esta población; situación que limita la formulación de estrategias eficientes para las acciones en salud que se requieren ante dicha enfermedad, máxime cuando el incorporado Capítulo V de la Ley N° 28553 establece la obligación de desarrollar actividades de identificación, prevención, promoción, educación y atención (incluyendo seguimiento) sobre la diabetes.

ANÁLISIS COSTO BENEFICIO

➤ Valorización cualitativa de los beneficios de la intervención:

La implementación del Reglamento de la Ley N° 28553 modificada por la Ley N° 30867, generará diversos beneficios en el Sistema de Salud, entre los cuales se encuentran:

- Se logrará un aprovechamiento más racional y eficiente de los recursos físicos, tecnológicos y clínicos disponibles para el diagnóstico y tratamiento de personas afectadas de diabetes mellitus.
- La prevención primaria, secundaria o terciaria, que destacan por ser altamente coste-eficaz, la educación de la diabetes orientada al autocuidado, la buena formación del personal de salud, así como la mejor coordinación entre los distintos niveles responsables de la atención de la persona con diabetes.
- Algunos trabajos que han analizado cómo se beneficiarían los pacientes de un programa de educación sanitaria han estimado que por cada dólar que se invierta en educación se ahorran por término medio 3-4 dólares⁹.
- Los costos que representan la implementación del Reglamento de la Ley N° 28553 modificada por la Ley N° 30867, se encuentran cubiertos en los presupuestos operativos de los establecimientos de salud, toda vez que existe el Presupuesto por Resultados, por lo tanto, su implementación no acarrea un costo adicional. Asimismo, la diabetes es una condición asegurable dentro del Plan de Beneficios del PEAS (Plan Esencial de Aseguramiento en Salud) y planes complementarios.

➤ Identificación de impacto económico, ambiental y social:

No existe impacto negativo económico y ambiental como consecuencia de la implementación del Reglamento de la Ley N° 28553 modificada por la Ley N° 30867, por tratarse de una norma que regula la práctica clínica en las personas con diabetes en los establecimientos de salud de los niveles de atención y establece acciones preventivas y de promoción de la salud, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y el Ministerio de Educación. Por consiguiente, la implementación de la aprobación del Reglamento de la Ley N° 28553 modificada por la Ley N° 30867, no afecta la salud de los trabajadores, no afecta la salud de los usuarios o sus acompañantes y no afecta el bienestar de la comunidad.



⁹ JA. Rubioa, J. Álvarez. Costes económicos de la diabetes mellitus: revisión crítica y valoración coste-eficacia de las estrategias propuestas para su reducción. Vol. 22. Núm. 4.

➤ Valorización de costos:

Costos de capital: La implementación del Reglamento de la Ley N° 28553, Ley General de Protección a las Personas con Diabetes modificada por la Ley N° 30867, no requiere de costos de capital, por el contrario, brinda recomendaciones de prevención de la enfermedad.

Costos de operación: La implementación del Reglamento de la Ley N° 28553, Ley General de Protección a las Personas con Diabetes modificada por la Ley N° 30867, no demandará costos adicionales de operación, pues lo que busca la norma es mejorar la aplicación, interpretación, ejecución y competencias en la diabetes mellitus. Por el contrario, este ordenamiento optimizará los costos de los servicios de salud para pacientes afectados con diabetes mellitus a través de un control de la enfermedad evitando o retrasando el inicio de complicaciones.

Costos de control: La implementación de la normas de aplicación, interpretación, ejecución y competencias no demandará costos adicionales para las acciones de control, supervisión y asistencia técnica, y se incluirán en los presupuestos de los planes operativos de los Establecimientos de Salud, las DIRIS, DIRESA, GERESA, y del componente de Prevención y Control de Daños No Transmisibles de la Dirección de Prevención de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud.

ANÁLISIS DE IMPACTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente iniciativa normativa se fundamenta en el contenido de los artículos 7 y 9 de la Constitución Política del Estado Peruano, los cuales se refieren a la protección de la salud, del medio familiar y de la comunidad como un derecho fundamental, y la determinación de la política nacional de salud; sustentándose además en la Ley N° 26842, Ley General de Salud y en la Ley N° 28553, Ley General de Protección a las Personas con Diabetes, modificada por la Ley N° 30867.

Asimismo, deroga el Decreto Supremo N° 009-2008-SA que aprueba el Reglamento de la Ley N° 28553, Ley General de Protección a las Personas con Diabetes, y establece en su reemplazo las normas de aplicación, interpretación, ejecución y competencias de la Ley N° 28553, Ley General de Protección a las Personas con Diabetes, modificada mediante Ley N° 30867, convirtiéndose en la nueva y mejorada base para la atención de salud en los establecimientos del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud frente a la diabetes mellitus.



La derogación del Decreto Supremo N° 009-2008-SA se precisa toda vez que, la adecuación a las disposiciones establecidas en la Ley N° 30867, Ley que Incorpora el Capítulo V a la Ley N° 28553, modifica el objeto y alcance del Reglamento aprobado por dicho Decreto, afectando su coherencia interna; aunado a ello, se tiene que el Capítulo III de la Ley N° 28553 "Registro de pacientes" no logró ser implementado totalmente, situación que actualmente se complementa en el marco de la Ley a través de la Resolución Ministerial N° 961-2014-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 060-MINSA/ADGE-V.01 "Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de la Diabetes en Establecimientos de Salud", cuyo contenido se incorpora en la propuesta de Reglamento.

En ese sentido, la iniciativa normativa propuesta le otorgará operatividad a la Ley N° 28553, Ley General de Protección a las Personas con Diabetes, modificada por la Ley N° 30867, que tiene como finalidad establecer un régimen legal de protección a las personas con Diabetes, brindándoles atención, control y tratamiento de su enfermedad, así como dotarles de cultura de prevención, e integración social y económica.



N. HUAMANI