

# Estrategia Nacional para la Prevención y Control de la Diabetes Mellitus en el Perú

---

Lic. María Núñez Robles  
*Directora del Programa ECNT MINSA*  
*Coordinadora y Gerente de la Estrategia Nacional para la Prevención de Daños Crónicos del*  
*Ministerio de Salud.*

---

Apreciando las pirámides poblacionales que teníamos en el Perú alrededor del año 50 y las pirámides que se nos vienen para el 2030 y 2050, nos muestran que vamos a tener más adultos mayores, menos niños y menos adolescentes por lo que nuestros servicios tienen que estar preparados para la carga de enfermedad de estos grupos etarios. Las tasas brutas de mortalidad y de natalidad han disminuido, sobre todo la de mortalidad; pero luego van a empezar a incrementarse y básicamente por el grupo de enfermedades no transmisibles que afectan a los adultos. La tendencia al envejecimiento poblacional que ya empezó y continuará por muchos años más. Los datos de la ENDES, muestran que entre el 2014 al 2016 las cifras se mantienen en un 53.8% de sobrepeso y obesidad, pero si no tenemos prevenciones tempranas en lo que es atención primaria, educación a la población sobre todo con el consumo de azúcar, bebidas azucaradas, alimentos no saludables, actividad física; estos números o se van a incrementar o se van a mantener, la idea es trabajar mucho en lo que es prevención primaria.

Vamos a ver lo que hemos estado trabajando en los últimos años en la estrategia de daños no transmisibles. Se han elaborado guías de práctica clínica basadas en evidencia y también en documentos normativos. Entre el 2015-2017 se ha aprobado cuatro guías de práctica clínica para el primer nivel de atención en lineamientos de políticas y estrategias para intervención de enfermedades no transmisibles y un documento de consejería nutricional. Los lineamientos de políticas y

estrategias de prevención de daños no transmisibles, se aprobó el 2016, esto ha sido muy importante porque nos da todo el marco de intervención y en base a esto se va a formular el plan de prevención de daños no transmisibles. La guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de diabetes mellitus el 2015, la guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de hipertensión, la guía de práctica clínica para el pie diabético el 2016, la guía de práctica clínica para el diagnóstico, manejo y control de dislipidemia y complicaciones renales y oculares en personas con diabetes mellitus tipo 2, ésta es reciente de enero del 2017, y bueno, el documento técnico de consulta nutricional para la prevención y control de la diabetes en persona joven, adulta joven y mayor que se trabajó en el CENAN.

Son hechos a destacar porque después de muchos años se aprobó una guía de diabetes y en cascada vinieron las otras guías. Es una ventaja grande porque a raíz de estos documentos normativos uno puede asignar presupuesto. Nosotros lo que hemos hecho a partir de estos documentos normativos, es actualizar los instrumentos de gestión del programa presupuestal. Hemos actualizado el programa HIS que se utiliza a nivel nacional del módulo de enfermedades no transmisibles. Ha habido nuevos códigos CPTs, se han incorporado incluso nuevos códigos, que no estaban siendo utilizados en los anteriores manuales. Se han empezado a ver las producciones del personal de salud. Esto en redundancia, en la asignación de recursos, porque si uno

no visualiza la producción y las consultas y tratamientos o los diagnósticos, no va a haber inyección de dinero para los programas. Se han actualizado las definiciones operacionales, los criterios de programación y todos los instrumentos de gestión del programa presupuestal. Se ha actualizado el KIT para la correcta entrega de los productos en lo que es valoración clínica en diabetes, hipertensión y complicaciones en los servicios. El KIT es un estado de medicamentos insumos. Entonces, todo lo que son medicamentos e insumos que estaban en las guías se han actualizado y se han puesto en este instrumento que tenemos en el programa presupuestal y con ello las Regiones pueden programar.

Se ha elaborado e implementado el tablero de control para el monitoreo de indicadores de desempeño, los resultados, los financieros. También se han hecho estudios de costos. Cuánto cuesta no tratar a un paciente con diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Se trabajó conjuntamente con OPS. Era importante para poder adelantar fondos para invertir más en tratar a pacientes con diabetes, hipertensión que tratar obviamente una enfermedad renal crónica que es una consecuencia real y próxima en un paciente no tratado con diabetes e hipertensión.

Resultado en la implementación de estos documentos normativos; Se están capacitando a gestores, planificadores, coordinadores y profesionales de la salud en el primer nivel de atención con énfasis en este nivel de atención. Se está capacitando a profesionales de la salud de hospitales, pero nuestro foco está en el primer nivel de atención.

Las capacitaciones se han realizado a implementadores de guías de prácticas clínicas. Se ha formado profesionales de la salud para que hagan las capacitaciones en cascada. Se ha tenido varios talleres macro-regionales. En lo que viene del 2017 estamos ya dando los talleres macro-regionales donde capacitamos a profesionales clínicos en los contenidos y la aplicación de las guías de prácticas clínicas y a los gestores en todo lo que es la programación, asignación y entrega de recursos para las correctas prestaciones en los servicios. Se han desarrollado talleres macro-regionales en Lima, en oriente, en el centro, en el sur y prácticamente ya para este año solamente nos falta la macro-regional del norte que la aplazamos por el

tema de las inundaciones. Entonces, se han capacitado a todos los profesionales que van a hacer las réplicas en cascada tanto en la aplicación de guías de práctica clínica como para la gestión, 77 en Lima, 67 en oriente, 73 en Huancayo y 102 en Arequipa. No es fácil, son eventos que duran aproximadamente 5 días, porque capacitar en una guía de práctica clínica toma bastante tiempo. Hay que hacer las prácticas, están los médicos dan la teoría la práctica y hay otro grupo de gestores que están trabajando en los instrumentos de gestión del programa presupuestal. Las capacitaciones para la implementación de las guías para práctica clínica en el 2015-2016 fueron a 453 profesionales y en el segundo semestre del 2016 se realizaron las réplicas logrando capacitar a 4514 profesionales de la salud.

Bueno, este es un tablero de control donde nosotros medimos el porcentaje del cumplimiento de las metas. Por ejemplo, esta es una Región, digamos Loreto. Cuántos pacientes se ha programado para lo que es la valoración clínica y también el tamizaje laboratorial y cuánto se ha logrado. Y así, cuántos pacientes con hipertensión sin complicaciones se ha programado y cuantos se va logrando. Cuántos pacientes con diabetes no complicados se ha programado y cuántos se va logrando. Cuántos pacientes con diabetes complicada se ha programado y cuántos van logrando. Esto se controla mes a mes y se va viendo el avance de las metas de cada Región. Las Regiones pueden también aplicar esto a nivel de redes y establecimientos de salud para medirse ellos mismos.

Se implementó el monitoreo y seguimiento de la calidad de gasto en la entrega de productos a los beneficiarios finales que son los pacientes. Esto se hizo con una metodología de la OMS. Porque el problema de nuestro país en realidad no es el dinero, nosotros hemos identificado que el problema es la gestión, es la calidad de gasto, la falta de programación. Porque si uno programa bien, hay asignación de recursos, pero si no programa bien no les van a asignar los recursos y muchos programan y el dinero lo gastan en otra cosa. Si no hay monitoreo de la calidad del gasto en los Gobiernos Regionales, van a gastarlo en otra cosa. Entonces, eso es lo que ha estado pasando en años anteriores, lo han estado asignando a otra cosa. En todos los productos de la estrategia tenemos el análisis de la calidad de gasto.

El año pasado hicimos un análisis de la calidad de gasto para el 2015, y eso nos ha permitido enviar informes a nivel de las Regiones y los hospitales, ahora 2017, estamos haciendo la evaluación para el 2016 y ya no estamos viendo tanto problema. El problema del año pasado ha sido un desabastecimiento de insumos porque se recortó el presupuesto para todo el sector salud. Las razones realmente no las conozco, pero sí hubo un déficit presupuestal.

En lo que es tratamiento y control a pacientes con diabetes, tenemos las estadísticas del Minsa, donde estamos viendo cómo desde el 2011 al 2016 se ha incrementado el tratamiento y control a pacientes. En el 2011 teníamos 11 031 pacientes tratados y el 2016 tenemos 55 mil que han sido tratados. Al primer semestre del 2017, ya tenemos 75 mil pacientes con tratamiento en lo que corresponde a diabetes. Lo que es valoración clínica y factores de riesgo en enfermedades no transmisibles, se pone en los establecimientos de salud una meta, es decir, a un porcentaje de la población que acude al establecimiento de salud, su población asignada, le tienen que hacer peso, talla, perímetro abdominal, control de la presión arterial. Esto es un producto que sí o sí se da en el primer nivel de atención para identificar tempranamente a los pacientes, y a los que tienen riesgo, es decir, sobrepeso y obesidad siendo menores o mayores de 40 años.

Bueno, se han identificado también brechas de presupuesto y de programación. Déficit presupuestales que estamos gestionando para que se reasignen y podamos cubrir el tratamiento y control a los pacientes. Las guías de prácticas clínica son basadas en evidencia, no lo ha trabajado un grupo de investigadores, la mayoría médicos muy buenos felizmente que ya no tenemos tanta fuga de investigadores en el país como antes. Hemos logrado consolidar un equipo que trabaja por consultorías y nos apoyan en lo que es la elaboración de guías de prácticas clínica.

Bueno, el tema es que hemos identificado también las brechas presupuestales. A nivel Regional se trabaja con ellos de la mano porque hay mucha diferencia presupuestal. Por ejemplo, se asigna a Piura para el 2015 para estos 3 productos: hipertensión, diabetes y valoración clínica 26 millones, a Callao 11 millones, a Lima 7 millones, y por ejemplo Moquegua 119 mil soles. Realmente qué hacen con 119 mil soles. Para el 2016 se han hecho algunos

ajustes, para el 2017 seguimos haciendo los ajustes. Por ejemplo, para lo que es valoración clínica, ¿cuánto cuesta hacer una valoración clínica?, en Ucayali menos de un sol, y en Huánuco 30 soles, ello es básicamente mala programación. Estamos trabajando, corriendo con ellos esto y con el MEF porque ustedes saben que cada área ejecutora ahora es autónoma. Lo que nosotros hacemos es ayudarles a gestionar ante el MEF la corrección de sus metas y su presupuesto.

Tenemos acciones prioritarias a implementar, son retos. Se han hecho guías se han puesto metas, nuestra unidad de medida es número de controles a cada paciente, es paciente hipertenso controlado, qué significa igual que niño protegido con tanto número de vacunas. El paciente hipertenso controlado es el aquel paciente que logra la meta de sus niveles de presión arterial. Paciente diabético controlado es paciente que logra sus metas de control de glicemia, no es número de controles realizados.

Bueno, tenemos retos, acciones prioritarias a implementar. Hemos priorizado tres guías para diabetes en el embarazo ya sabemos y tenemos claro, la evidencia nos dice que hay programación fetal. La mamá con hiperglicemia va a tener un bebé con mucha probabilidad y mucho más riesgo de tener diabetes. Guías de práctica clínica para infarto de miocardio, accidente cerebro vascular y guía para la insulino terapia, porque tenemos inconvenientes en el manejo de insulina en los pacientes que manejan insulina.

Tenemos proyectos de ley en lo que son políticas, planes y gestión para que se faculte al Minsa a cumplir con varios artículos de la Constitución que es básicamente, el de proteger la salud de las personas ante cualquier interés comercial o económico, tenemos ese problema, lo hemos visto con la ley de la alimentación saludable que prácticamente no le han dado independencia al Ministerio de Salud para actuar, lo han decidido a otros niveles. Elaborar el plan sectorial para la prevención y control de los daños no transmisibles que abarque el quehacer de otros sectores porque en salud en este momento estamos contando gente que se enferma. El tema de las no transmisibles es evitar que la gente se enferme, es un tema de educación, es un tema de deporte, alimentación y esto se trabaja a nivel de otros sectores, de escuelas, comunicación, educación a la población general, trabajo, actividad física, etc.

Vinculación de las políticas con los derechos humanos, proyectos de ley también tenemos con nuestro comité de expertos. Tenemos que elaborar también el programa presupuestal transectorial para ver los productos de los otros sectores, niños educados, en alimentación saludable, etc. Y bueno conseguir actualizando cuando sale una nueva guía, tenemos que actualizar lo que es el manual HIS, instrumentos de gestión, tenemos que capacitar. Esto es un trabajo continuo porque nosotros nos hemos dado cuenta que el personal rota, entonces las actividades de capacitación, de fortalecimiento de capacidades tienen que ser continuas. Entonces, no podemos capacitar este año y el año siguiente no, tiene que ser permanente. Bueno, también con los lineamientos estamos aplicando el documento de declaración de conflicto de intereses en todos los espacios donde se generen documentos normativos y políticas porque hay muchos intereses ajenos a la salud pública, ¿no?

Bueno, continuamos con las actividades que se les describió, monitoreo y seguimiento de cumplimiento de metas, programación, talleres de capacitación, asistencia técnica in situ. Tenemos un aula virtual, si gustan pueden inscribirse es como crear un correo electrónico y allí tenemos colgadas todas las guías de práctica clínica los lineamientos de política, todas las carpetas de capacitación de los talleres macro-regionales, las carpetas del material de difusión de cada evento que hacemos, entonces, siempre la compartimos para el que quiera hacer las réplicas o quiera informarse tenga todo el material a disposición. Este es un espacio en realidad gratuito, simplemente hemos pedido la autorización del Ministerio de Salud, nos la ha dado y nos ha resultado muy bueno, sobre todo para el tema de las capacitaciones, cuando quieran pueden acceder desde su teléfono móvil y tener a la mano cualquier guía de práctica clínica o cualquier PPT para hacer las réplicas de las capacitaciones o para la atención clínica.

En lo que es vigilancia e investigación, estamos sacando una directiva para vigilancia, el INS está haciendo una directiva para el control de calidad interna y externa de laboratorios que se va a aprobar este año porque teníamos una gran deficiencia en lo que es la calidad

en resultados de laboratorio. Un paciente podía dar una muestra y podía salir diabético en un lado, tener glucosa baja en otro y normal en otros. Y esto lo hemos visto en muchos laboratorios, así es que hemos trabajado bastante en lo que es control de calidad. Este año se están capacitando casi el 80% de profesionales de laboratorio en lo que es control de calidad interna y externa y se va a sacar el manual también. Tenemos proyectos de cooperación, tenemos el proyecto de cooperación Diana. El año pasado aplicamos a un financiamiento a la World Diabetes Foundation de Dinamarca y logramos un financiamiento de 710 mil dólares básicamente para el fortalecimiento de capacidades del primer nivel de atención. Ese proyecto nos ha permitido empezar este año a construir en base a las guías de práctica clínica y a los instrumentos de gestión un diplomado, módulos educativos para armar un diplomado y esto se hace con la Universidad Cayetano Heredia. La Universidad Cayetano Heredia está ejecutando este diplomado que ya empezó el 7 de agosto. Se está capacitando a 830 profesionales del primer nivel de atención, más aproximadamente cuarenta y tantos tutores que se van a capacitar y van a tener su diploma de post grado de la Universidad Cayetano Heredia, entonces es un estímulo para los profesionales de la salud. Hasta un pequeño cartón siempre es un estímulo y esto es algo más para ellos. Esperamos poder en los próximos años tener financiamiento para seguir con las capacitaciones y bueno, motivando al personal.

Luego se viene realizando un estudio con OMS-OPS-Washington. Es un caso de pre-inversión a favor de las no transmisibles. Es un estudio grande que se ha hecho en Barbados y ahora en Sudamérica, en Perú. Nosotros tenemos prácticamente los datos, las ENDES que se hacen en el país casi no se hacen en otros países de Sudamérica. Tenemos datos y hemos provisto de datos para hacer este estudio y están viniendo misiones en setiembre y en noviembre, para empezar a hacer los análisis de datos y hacer la propuesta de incremento de inversión a favor de las enfermedades no transmisibles.

Esto es lo que se está haciendo en la estrategia y queda mucho por hacer, pero es lo que se ha priorizado.

## Preguntas y Discusión

### Dr Claudio Lanatta

Una de las cosas que quisiera preguntar licenciada Núñez es cuan factible es el uso de los medios de comunicación masivo en el Perú. Vemos que actualmente la televisión e internet deforman más que informa a la población, tienen mucha influencia en la población, entonces, pasar anuncios en la televisión ya sea estatal o particular sobre las enfermedades crónicas, sobre obesidad, sobre mejorar los hábitos alimenticios, hacer más ejercicio físico, funciona como se ha visto en otros sitios. No sé cuál es el costo, o si en el presupuesto que tienen ustedes está contemplado involucrar a los medios de comunicación masiva. Es todo un tema que involucra aspectos económicos de grandes empresas transnacionales en realidad, el de educar a la población sobre no consumir Coca Cola, comida chatarra, como la que vende Mc Donalds, Burguer King, Kentucky es entre comillas enfrentarse con monstruos. Entonces, lo que han hecho en otros países es justamente hacer un plan a mediano y largo plazo y comprometer a todo lo que es el sector industrial, y justamente, una de las acciones que ha iniciado este cambio de pensamiento en muchos países de Europa han sido estos estudios de costos. ¿Cuánto te va a costar invertir a ti en favor de las no trasmisibles? tanto en educación masiva en actividad física, en ciertas restricciones, en fomentar hábitos saludables a la población a mediano y largo plazo. ¿Cuánto vas a ahorrar en diálisis?, en costo social y en muchos otros aspectos, si es que no inviertes ahora. Y eso es justamente lo que estamos haciendo con el equipo de Washington, ya vienen pronto, estamos brindando datos ahorita. Inmediatamente ustedes van a ver cómo funcionan los medios de comunicación. O sea, si alguien sale a educar que no coman o tienen programa para alimentación saludable, o eviten el consumo de bebidas azucaradas, lo desaparecen. Porque viene otro interés que tiene más dinero y dice simplemente sáquenlo del medio. Y eso es lo que está pasando y lo que va a pasar mientras el país no tenga el compromiso y no se le demuestre con números que es más costo efectivo invertir en prevenir que en curar.

Se me ha ocurrido, a propósito de la propuesta del Dr. Villena que ahora el uso de teléfonos inteligentes, sobre todo en las personas jóvenes, las personas menores de 40 años en todos los estratos sociales, usan teléfonos inteligentes y las elecciones políticas ya no se ganan por la televisión, los periódicos o las revistas, sino se ganan por las redes sociales y en los estudios de intervención que yo estuve revisando muchos de ellos usan las redes sociales y los teléfonos inteligentes, podríamos acceder a la población de esa forma también.

### Lic. María Nuñez,

Sí, hay muchas estrategias, es una muy buena estrategia para considerarla e implementarla a gran escala. Estamos en otra época y otra tecnología también, es una buena alternativa.

#### Pregunta:

Una pregunta le puedo hacer a la licenciada, porque el Dr. Villena mencionó que tenemos pocos educadores que han recibido una educación, valga la redundancia, formal y he visto que ustedes tienen una red de educadores para hacer su intervención. Quien entrena a esos educadores, o ellos ya han recibido una educación formal.

### Lic. María Nuñez,

Bueno, tenemos un pequeño equipo en la estrategia y ellos hacen la capacitación a tutores. Se les hace toda una serie de sesiones y prácticas y ellos son los replicadores en sus Regiones, hacen las réplicas tanto en lo que es la parte clínica como en la de gestión, y el diplomado va a ser algo similar. Ya se formó a los tutores y ellos van a hacer el acompañamiento, porque las clases del diplomado van a ser semi presenciales. Bueno, esta es la estrategia que nos está funcionando y al menos queremos continuarla.

El otro aspecto que está conexo a esto es que no hay plazas para educadores en diabetes en el Ministerio de Salud ni en la Seguridad Social. Hay algunas clínicas privadas y seguros que ya han instaurado sus programas crónicos, se han dado cuenta de que el tratamiento farmacológico no es pues la única medida terapéutica. Tan importante y efectiva es controlar en la población sus hábitos de alimentación y físicos, y eso lo han hecho porque les ahorra gasto en presupuesto. Entonces los seguros privados tienen programas crónicos de hipertensión, programas crónicos de diabetes. Algunas clínicas lo están haciendo y parte muy importante pues son los educadores, gente que esté en contacto con la población, ya sea a través del teléfono. Pero no hay plazas en la Seguridad Social que reconozca esta función, una cosa que debería instaurarse para el mejor control de los diabéticos.

### Dr. Jaime Villena,

Lo otro en que quisiera hacer hincapié es que revisando las estadísticas es que hay mucha información publicada por parte del Ministerio de Salud. Estadísticas por parte de los institutos armados hay menos. Deben tenerlas obviamente pero no están publicadas. De la Seguridad Social también, hay menos publicaciones, deben tener estadísticas para manejar sus costos, pero no son publicadas, del aspecto privado también no hay mucha información sobre gastos en diabetes, por ejemplo, por qué se hospitalizan los diabéticos

en la clínica Anglo-Americana, en la Ricardo Palma, en la Delgado, que deben ser diferentes a las causas por las cuales se hospitalizan los diabéticos en el hospital Cayetano Heredia o en el Loayza.

**Dr. Rafael Doig**

Si, en primer lugar, felicitar al panel, realmente ha sido completo y profunda su presentación sobre el estado de la diabetes en el Perú. Yo quisiera señalar un detalle en particular sobre esta conciencia que tenemos todos los médicos respecto del papel de la mujer, o participación de la mujer en cada uno de estos factores de riesgo. He conocido, por ejemplo, que la hipertensión en el grupo mujer, sobre todo mujer de raza negra es un grupo de riesgo bástate alto. El tema de la dislipidemia relacionado con la obesidad, ya nos han presentado números hoy día, que están muy estrechamente ligados al hecho de que la mujer tiene mayor incidencia de obesidad respecto del hombre en el grupo general. Sabemos, así mismo, que si la mujer fuma tiene mucha más probabilidad de hacer enfermedad coronaria, que de hacer cáncer. Entonces, vamos sumando características que son propias de la mujer. Pero a todos estos factores de riesgo, cuando le sumamos el factor diabetes y los cruzamos con ello, resulta que se llega a quintuplicar la incidencia de hipertensión en la mujer diabética, se llega a quintuplicar la incidencia de dislipidemia, etc. Entonces, comenzamos a configurar un grupo poblacional, que tiene un factor de riesgo global que se agrava por la diabetes. Entonces mi pregunta va al panel en el sentido de qué estrategias podemos diseñar, espero la respuesta por parte del MINSA, qué estrategias podemos desarrollar formalmente, oficialmente, para este grupo de riesgo tan singular que es la mujer y que está subregistrado y que además está subvaluado en este riesgo.

**Dr. Jaime Villena,**

Si, tiene razón en este aspecto la diabetes trata peor a la mujer que al hombre. Lo que tú has dicho es cierto. El riesgo es mayor, en algunas zonas hay disparidad de género en la atención, como en Latino América pudiera haber. Yo creo que es una de las cosas que tenemos que favorecer, que todas las mujeres tengan acceso a los derechos de salud y cumplan las metas de tratamiento, porque a veces uno es más incisivo en el control de metas con los varones, con el jefe de la familia, con el que aporta, y la mujer no va tanto al médico, entonces eso, evitar la disparidad de género en la atención y obviamente un mejor control de la glucosa alcanzando las metas propuestas.

**Licencia María Nuñez,**

Bueno no les había comentado de Ostimas. Una es de financiamiento de medicamentos y otro es de una guía, la guía de valoración clínica y tamizaje laboratorial, que no

está aprobada aún pero ya está terminada, incluye la parte alimentaria, actividad física, todo lo que es tratamiento no farmacológico que se aplica a una persona que tiene sobrepeso y obesidad y a una persona que también tiene diabetes e hipertensión. Para controlar los factores de riesgo y que potencien la adherencia al tratamiento, sobre todo al no farmacológico. Esta guía ya está terminada. No está aprobada todavía, pero esperemos que ya en los próximos meses tengamos la aprobación, va a mejorar todo lo que es la parte de adherencia al tratamiento y la parte educativa, porque no solamente está dirigida a lo que es consulta nutricional, sino que incluye la consejería nutricional que puede ser dada por cualquier profesional de la salud capacitado. Apuntamos a eso, implementar cobertura, sino que el otro tema que quería mencionar es el de financiamiento. A partir del 2018, toda la población asegurada y no asegurada va a tener acceso al tratamiento gratuito, estamos empezando con tres medicamentos: con Losartán en presentación de 50 mg, en sus dos presentaciones y Glibenclamida de 5 mg, ya se hicieron las programaciones, tenemos el presupuesto y se van a hacer las compras centralizadas y también vamos a tener medicamentos para hipertensión, para diabéticos, como lo teníamos para el programa de VIH. Esperemos que para el 2019 se incluyan más medicamentos y no solamente medicamentos sino también servicios universales. Es un proceso, de no tener nada al 2015 y ahora tener guías e instrumentos de gestión y capacitaciones, es un proceso. Hay retos, y nosotros hemos trabajado con las sociedades científicas y con equipos de investigadores. La idea es ir sumando. Si alguien tiene recomendaciones las hacen llegar y nosotros la tomamos y trabajamos en equipo.

**Dr. Luis Varela,**

Excelente presentación. Uno de los parámetros clínicos para medir riesgo cardio metabólico es el perímetro abdominal, como lo mencionan todas las revisiones. El tema está en que el ATP III puede dar un corte, 102, 90. Los asiáticos ponen 90, 80 hombre, mujer. En el Perú, o América Latina cuál debería ser el corte de perímetro abdominal en hombres y mujeres, porque ese es un método muy sencillo que podemos hacerlo, pero contra quienes comparamos, para tener un parámetro determinado. Otro tema es el estudio de la Clínica Mayo sobre pacientes que tienen alteración de glucosa en ayunas y en 10 años progresan 40% pueden estar más de 110 o inaudible la glucosa, ¿existen algunos factores asociados, por qué algunos progresan y otros no progresan?. ¿Porque no todos progresan?. Ahora con la medicina relacional que está tan en boga en estos momentos donde determinan ya factores genéticos que podría determinar por qué unos van y otros no van, para la toma de decisiones. Se ha avanzado más en ello y hay estudios en el Perú en cómo progresan estos prediabéticos en el Perú, hay experiencia de ello en nuestra realidad.

### **Dr. Sandro Corigliano**

En realidad, nos faltan estudios, no tenemos estudios para tener un valor de perímetro abdominal no solo peruano sino latinoamericano. Se recomendó, que usemos los valores asiáticos, pero nosotros no somos tan chiquitos como los asiáticos de repente y tenemos un crisol de razas que supera esos valores probablemente. Los europeos, los puntos de corte europeo es 94, 96 y de los americanos 102. Quizás son muy extremos para nosotros. Deberíamos tener un estudio bien hecho. No sé si el Dr. Pajuelo o alguien ha hecho alguno, pero tengo entendido que no tenemos, no solo los peruanos en general los latinoamericanos, podemos hacer un estudio a gran escala que además debería ser muy fácilmente y rápido, sería cuestión de ponernos de acuerdo. Con respecto a los factores de riesgo para que unas personas progresen o no hacia la diabetes, bueno, primero está la condición genética, luego está la capacidad del sujeto de tener una mejor célula beta o no. Estas son las que van más fácilmente hacia la deficiencia de secreción de insulina, otro punto es la edad, a mayor edad mayor chance de progresión. Las razas también, y los migrantes, las personas que han migrado del campo a la ciudad. En Estados Unidos, por ejemplo, los migrantes de sociedades menos desarrolladas económicamente al de los Estados Unidos. Entonces, allí hay varios criterios. Y por último, como hemos mencionado, las otras enfermedades vasculares o metabólicas asociadas. Los sujetos que en la consulta sabemos que tienen hipertensión, obesidad, hiperuricemia, así como hígado graso cuya prevalencia es enorme en nuestra población casi igual probablemente que la de sobre peso y obesidad, entonces esos criterios son predictores. La Dra. Iris Jacky de Sosa que es una estudiosa de esto mencionaba justamente eso, en los sujetos el nivel de transaminasas es un gran predictor, por ejemplo, para desarrollar diabetes en el futuro.

### **Dr. Eduardo Pretell**

Licenciada Núñez muy buenas noches, creo que un aspecto importantísimo en la gestión es involucrar a la población víctima de las consecuencias de todo esto. Y tengo la impresión que la mayor información que tenemos sobre datos epidemiológicos, sobre consecuencias, sobre tratamiento, circula en un profesional, a un nivel científico, a un nivel académico. Tengo mis dudas si la población general está enterada o se le informa adecuadamente sobre todos estos datos para hacerlo un factor participante en la prevención. Yo tengo la experiencia de un programa que ha tenido éxito en la lucha contra la deficiencia de yodo. Esta tuvo como principales aliados a la población escolar, antes, yo no sé si siga existiendo o no, había el problema de salud escolar, las escuelas, el Ministerio de Salud, era un asociado que, a través de los alumnos, que es una población cautiva, se les informaba de todos estos problemas y ellos llevaban estos mensajes a sus hogares, los Clubs de Madres, en fin.

La población en general requiere en lenguaje accesible a ellos, estar informada de todos estos problemas para ellos convertirse en principales actores sobre todo en la prevención.

### **Dr. Alberto Villalobos,**

Bueno, ante todo felicitar al panel por esta realmente ilustrativa exposición. El Dr. Corigliano, el Dr. Villena y acaba de decir el Dr. Pretel lo importante que es la información. Es importante informar a la población y prevenirlos. Pero lamentablemente, hay una diferencia, sobre todo en la información sobre insuficiencia de yodo y la información sobre cosas más complejas como la diabetes. Por ejemplo, sobre la deficiencia de yodo, le tengo que decir a la población si le falta yodo has tal cosa. Pero aquí tenemos otros factores y tenemos una competencia terrible en la información interesada de medios de comunicación y promoción que no tienen la cultura ni la disposición para decir la verdad. Por ejemplo, para la obesidad, se hace una propaganda sobre la comida chatarra y se dice que la hamburguesa no es comida chatarra. Claro que es una comida chatarra en manos de Mc Donalds, porque la hamburguesa Mc Donalds tiene 20%, 30% de carne y el resto es grasa y una serie de cosas hasta trapos, que se yo. Pero si yo la hago en mi casa, compro buena carne la muelo y hago una hamburguesa, esa es una comida de calidad. Entonces no es verdad. Segundo, la invasión de lo vegetariano, de los veganos y todos los que hablan de la comida sana. ¿Hay comida sana? La comida sana, ¿qué es prácticamente la comida vegetariana? He visto una lonchera preparada sin ninguna proteína animal, y la deficiencia de vitamina B12, es el inaudible para los vegetarianos. No hay B12 en los vegetales, y la B12 es indispensable. Después hay informaciones tergiversadas, por ejemplo, hay algo que se tendría que aclarar, y que podría ser motivo de un Simposio, los niveles de colesterol, dirán los cardiólogos, los laboratoristas han impuesto la medida del colesterol. Colesterol a tener 200 mg/ml. Ese es el colesterol ideal. Pero una persona que no tiene factores de riesgo, por ejemplo, yo. No soy hipertenso, no soy diabético, no tengo colesterol elevado, hago ejercicio, soy saludable, no me duele nada, ¿yo tengo que tener 200? Tengo 200, pero puedo tener hasta 239 que es lo normal. Entonces se ha puesto el colesterol normal al colesterol ideal y se ha filtrado eso como una idea. A parte de eso también hay ideas complejas que tenemos nosotros los médicos como científicos y no la tienen los de la población general, y no se pueden decir porque son información compleja. Por ejemplo, alguien sabe, se promueve la toma de la leche. Hay que tomar leche. La leche tiene proteína muy compleja, los que tienen deficiencia de lactosa es impasable. Casi no tiene hierro, o sea, el que toma pura leche va a ser una anemia brutal. Ya se ha dicho que la lactosa acorta la esperanza de vida y aparte de ello tiene una gran cantidad de sodio, los hipertensos no pueden tomar leche en grandes cantidades y una cosa muy complicada que no sabe la gente. Si yo tomo leche y

estoy comiendo una comida rica en hierro, la leche bloquea la absorción de hierro. Entonces, estamos ante un panorama a veces desolador, que la información que a veces tenemos que dar, es una información tan sofisticada que está cubierta por informaciones parásitas, desacertadas, convenientes y a veces interesadamente inconvenientes y tenemos que descubrir eso. Finalmente, hay ideas también que se dicen dentro del medio no aceptables, no son realmente 100% verdad. Por ejemplo, la licenciada ha dicho, qué no es la falta de presupuesto, sino la mala colocación de éste. Eso es cierto, se agrava. Pero si pensamos por ejemplo en el SIS, el SIS en el Perú, por cada peruano en el SIS son 71 soles al año y en Chile son 1700 soles. Eso es inadecuada colocación o falta de presupuesto. Hay falta de presupuesto y esta falta de presupuesto se agrava con la colocación inadecuada.

**Dr. Rolando Calderón,**

Bueno, en primer lugar, felicitar a los ponentes por la magnífica exposición ajustada al tiempo. Y hablando de este problema después de esta exposición, hay que entender que la diabetes por ejemplo es una enfermedad muy compleja, tan es así que cada día se descubre nuevos tratamientos, pero cuando se descubre un nuevo tratamiento, no solamente hay que ver el efecto sobre la glicemia sino el efecto sobre la diabetes en general. En la última diapositiva del Dr. Corigliano ustedes ven que el estudio sobre la librosasina estaba todo bien, excepto que había más accidentes cerebrovasculares, entonces la diabetes tiene que ser entendida como una enfermedad que hay que tratar la glicemia, los lípidos y sobre todo la hipertensión arterial. Si no se hace así un tratamiento triple los resultados nunca van a ser buenos, sin contar con la micro vasculatura de la retina y otros problemas. Entonces, como les digo, el tratamiento tiene que ser integral y obligar al paciente a que venga a sus controles y reciba la medicación.

**Dr. Claudio Lanatta,**

Dos reflexiones frente a lo que se viene diciendo. El tema de qué está comiendo la población y cómo eso está influyendo en diabetes y en obesidad. Creo que hay bastante mala información, y particularmente recomiendo, no pelearse pensando que es la industria la causante. Todos los estudios que hemos hecho, hay un estudio representativo de todos los colegios de Lima que hemos hecho del Instituto de Investigación Nutricional, del Newton hasta el último estratificado por nivel socio-económico hasta el último colegio de Lima, 80 colegios escolares y miramos qué hacen los obesos contra los no obesos en cada uno de estos colegios, tanto en ingesta como en... medimos calorías según la semana con un acelerómetro para ver qué actividad física hacían. ¿Qué concluimos? Que no es comida chatarra, esa es una idea que se está tratando de traer de afuera, y cuando acá tu miras, el obeso come lo mismo que el no obeso pero más. Y qué comen, más arroz, más papas, más fideos, más

hidratos de carbono. Entonces, es una comida obesogénica. Entonces, si nos vamos a pelear que es correcto, la industria tiene una oferta excesiva de azúcares para pensar que por allí vamos a tener impacto, yo predigo que va a tener cero impacto casi. Lo que tenemos es que cambiar hábitos y hay mucho por hacer en ese aspecto. Entonces, mi llamado es para está bien tratar de regular, pero vamos a tocar con el reglamento y su implementación un porcentaje ínfimo de lo que va a ser realmente el condicionante de obesidad en las dietas que estamos mirando. Y nadie está diciendo qué es lo que debería comer el peruano, cual es la dieta ideal. Estados Unidos se equivocó hace 50 años dando después la recomendación de una dieta de bajas grasas, bajas calorías y hemos visto que esa es una muy mala dieta. Entonces, cuál es la dieta que debería comer el peruano y el MINSA, este es el tipo de alimentación al que deberíamos ir y no traer ese mal concepto de chatarra. La proporción de población urbano-marginal que come hamburguesas es ínfima, y la coca cola y el azúcar son caras. Sí comen azúcar en limonadas, en otros productos. El otro tema, por ejemplo, mirando mujeres encontramos que los Comedores Populares son 100% obesogénicos. La comida que se distribuye para que tengan en comedores se la comen las propias madres que trabajan y participan y los que vienen todos son obesos. Y que comen, cualquier cantidad de hidratos de carbono. Entonces, allí el Estado tiene un rol, porque está subsidiando ese tipo de alimento y no está realmente controlando este problema de obesidad. Eso es, por un lado.

El otro comentario que quería participar es que entiendo, aprecio y felicito el esfuerzo de las guías, capacitaciones, pero tampoco van a cambiar realidades, eso lo hemos visto en años. Yo tuve la suerte de dirigir el programa de capacitación materno-infantil del PCMI, Proyecto 2000, y aprendimos que la calidad de los servicios de salud no cambia por falta de conocimientos. Cambia porque tienen una mala organización allí. Hay conflictos serios de intereses en algunos de los ejecutores y la forma en cómo cambiamos esa realidad en año y medio, fue a través de una acreditación de servicios, con un equipo que venía de afuera. Sacaba una muestra al azar de los practicantes, los calificas y jalas al hospital y le cae un roche político, porque eso es nada más, jalaste. Mientras que el del costado pasó. Y se cambió la realidad. Todos se pusieron de acuerdo para mejorar, tanto en la parte clínica como en la gestión, uso de insumos, uso de estadísticas para toma de decisiones. Se cambió, las quejas bajaron y triplicaron recursos propios, porque la gente estaba feliz de pagar cuando se mejoraron los servicios.

Entonces, yo pienso que por allí hay que ir, hay que tener las guías, hay que tener cuál es el norte, pero las capacitaciones con una población que cambia espectacularmente, no va a tener el impacto que se está esperando. Entonces, mi recomendación sería que se elabore dentro del MINSA una



estrategia de acreditación de servicios integrando no solo las crónicas, sino integrando digamos todo el producto de salud que debe estar produciéndose.

### Respuesta de los expositores.

Bueno, gracias al Dr. Lanatta. Efectivamente, en algún momento de la exposición dije que teníamos lineamientos, falta un plan lo estamos elaborando, para nosotros estamos trabajando a nivel de servicios, porque yo pertenezco a servicios, es recibir pacientes, y no es el tema el prevenir, evitar que estos vengan y en algún momento mencione que es trabajo en escuelas, es trabajo en establecimientos, en el Ministerio de Trabajo, en el Ministerio de Educación y “n” sectores, familias. No solamente obviamente el tema de la industria y los medios de comunicación. Queremos un plan integral y un programa presupuestal transectorial con productos claros para todos los sectores y para este plan ya tenemos avances con el comité de expertos, pero justamente vamos a pedir a alguien que nos ayude a terminarlo porque estamos en mil cosas y no nos sentamos a terminarlo y es increíble porque muchas guías también nos han tomado bastante tiempo por no terminarlo, entonces vamos a invitar allí a expertos como el Dr. Lanatta y al que quiera sumarse para aportar a este plan. Esperamos también de parte de CENAM las guías alimentarias poblacionales, que cuantos años las están elaborando, 10 o 20. Bueno en realidad es un jalón de orejas para todos ¿no?, pero tenemos que empezar por algo y continuar el trabajo, y si la Academia nos puede ayudar en estos espacios a hacernos ver realmente que nos falta cosas, bienvenido, ¿no?

Hay un área de promoción de la salud me hubiera gustado y encantado que esté presente, pero igual, si la Academia puede hacer conclusiones de esta reunión al Ministerio de Salud, nos ayudaría mucho porque de esta forma nosotros también visualizamos necesidades ante las autoridades del más alto nivel para poder abordar ciertos temas que de pronto en nuestra área no están, ¿no?

Bueno, había dos preguntas más. El Doctor mencionaba que, si se ha involucrado a la población en lo que es la educación y todo lo relacionado. Le comento que las guías que hicimos y la última que es de identificación y manejo de factores de riesgo básicamente no farmacológico, las otras también que son de hipertensión, diabetes y complicaciones como el pie diabético, ha seguido todo un proceso de elaboración de guías de práctica clínica con estándares internacionales. Y sí se ha incluido a la población adulta al momento de validar cada guía. O sea, se ha incluido a profesionales de la salud, para validar se ha incluido a la población porque a veces pareciera que entre el profesional de la salud y el paciente no hay una comunicación porque el profesional se sienta en su escritorio y habla y habla, y el paciente no le entiende.

Entonces sí ha habido un proceso de validación para que los mensajes y recomendaciones lleguen claros y el paciente se lleve las indicaciones claras, ¿no? Porque las metas, justamente en las guías se habla de metas, las metas son en equipo tanto el médico como el paciente o del profesional de la salud que lo atiende en un área, las metas son en equipo. Y en los controles vienen a ver cómo han avanzado las metas de acuerdo a su realidad.

Y bueno, no recuerdo la pregunta que hizo el Dr Villalobos, fue un comentario, bueno.

No quiero cansar al auditorio, pero quiero decir solamente que los puntos más fuertes para desarrollar una sociedad son la educación y la salud. Y no solamente tenemos uno de los presupuestos más bajos en salud sino a propósito de esta huelga de maestros sabemos que también uno de los presupuestos más bajos en educación en la Región. Entonces, la alianza entre el sector educativo y el sector salud es crucial. Si educamos a la madre que va a tener un hijo, a los chicos que están en la escuela que van a llevar información a su vez a sus casas, yo creo que ese es el punto más fuerte. Los debemos educar en querer cuidar su salud, en que deben evitar la obesidad, en tener hábitos de alimentación saludable en que tienen que desarrollar actividad física, es muy sencillo. Respecto a los hábitos de alimentación, las intervenciones de los doctores son totalmente ciertas. O sea, nos guiamos por las modas de comida vegana, de que el gluten hace daño, de que no se debe comer carne. Y nada de eso es correcto. La población más pobre, qué consume en su casa gran cantidad de carbohidratos y eso es lo que tenemos que enseñar a la población que tenga una alimentación de mejor calidad y como sociedad debemos darle por ejemplo, somos uno de los primeros productores mundiales de pescado y nuestra población no come pescado ¿no? Y no producimos tanto arroz ni trigo y sin embargo eso es lo que más comemos ¿no? Entonces, yo creo que es crucial y eso nos va a evitar la enfermedad, bueno, no tenemos presupuesto, pero si tuviéramos la educación adecuada para la población nos evitaríamos muchos riesgos ¿no?

Finalmente, yo quería hacer una reflexión. Realmente no sabemos cuál es la mejor dieta. Ha habido mucho en los últimos 30, 40 años, probablemente la mejor dieta haya sido la que se servía en el Olimpo que hacía a los dioses eternos. Realmente no sabemos, pero lo que sí es cierto e incontrastable es que tenemos que disminuir el tamaño de las porciones. La dieta puede ser variada. El que quiere tomar leche tomará, pero la cantidad de las porciones sí se tiene que reducir. Las porciones a través de estos años se han incrementado. Y por otra parte, nuestra comida, la comida peruana, nuestro plato de bandera el lomo saltado es tremendamente hiper calórico. Por lo tanto, el tamaño de las porciones es importante. Eso es lo que debemos enseñar

a la gente y es lo que decía el catecismo, la moderación en la comida y en otros aspectos de la vida. Y lo otro importante es la actividad física que lamentablemente, por la desorganización en que vivimos, por el tráfico, es cada vez menor. Pasamos dos, tres horas en transporte pasivo, esa es una de las cosas que tenemos que mejorar.

#### **Licenciada Norma Payco,**

Soy enfermera de la Universidad Federico Villareal. Yo quería hacer una pregunta a la licenciada. Si bien es cierto, se ha hablado, todos hemos hablado y concordamos en la parte de prevención, educación al primer nivel, ¿no es cierto? Yo quisiera saber, he escuchado también, la parte de educación, comenzamos del colegio yo quisiera saber si el Ministerio de Salud o la estrategia que ustedes manejan, están haciendo conversaciones con el Ministerio de Educación, ya que la parte de educación, salud, la información que nosotros queremos llevar, es a los colegios para comenzar desde allí la prevención. Sería interesante, es mi punto de vista, interesante también involucrar en esa parte para que tanto los colegios nacionales, el Ministerio de Salud ve solamente la parte de colegios nacionales pero la parte de lo que son colegios privados prácticamente están alejados de la información que le brindan. Quería saber si había una conversación para poder, el Ministerio de Educación también apoye en la implementación de la educación en lo que son alimentos saludables, actividad física y todo eso. Y otra, yo sé que el Ministerio de Salud hay universidades saludables, yo quisiera saber si a través de eso están llegando por ejemplo con lo que es control de diabetes, hipertensión, a las universidades. Nosotros como universidad teníamos un programa y nos gustaría trabajar estos temas, conocer más sobre esta información para poder hacer llegar a la población para nosotros cautiva. Son tanto los trabajadores, alumnos que nosotros encontramos con presión elevada. A veces jovencitos de 18, 19 años está con colesterol y alguno de los doctores ya ha creado en este caso, por ejemplo, el programa de diabetes-hipertensión en la universidad, porque se han visto casos de jovencitos que están haciendo hipertensión y la obesidad. Quisiera saber en esta parte del programa de la estrategia si están saliendo... yo sé que están capacitando a los profesionales de salud y todo eso, para poder hacer réplica de estos temas. Pero no solamente a los profesionales de salud, sino a la población como replicadores del tema.

#### **Licenciada María Nuñez,**

Si, lo hemos comentado, que tenemos un ordenamiento de políticas y estrategias que involucra el trabajo con universidades, escuelas, familias, trabajo. Los sectores involucrados incluso deportes en lo que es el manejo de los factores de riesgo. Y lo que tenemos es que aterrizarlo en un plan y en un programa presupuestal transectorial, porque como ustedes saben el programa del municipio es comunidades-familias, escuelas

saludables existe hace muchos años. El tema es que no hay productos claramente definidos y costeados, o sea, qué es lo que le van a entregar, que educación le van a entregar, qué van a hacer, cómo lo van a seguir, qué metas van a tener. Eso no hay, o sea, las metas no están claras. Y cómo una estrategia que hemos visto, porque nos está funcionando a nosotros a nivel de servicios es hacer un programa estratégico transectorial con productos definidos en todos los sectores. Pero eso trasvasa los límites de MINSA. Entonces, cómo lo tenemos que hacer, con un plan aprobado a nivel de Decreto Supremo no con una RM y hacer el programa transectorial. Ustedes van a seguir escuchando municipios saludables, comunidades saludables, escuelas saludables, universidades saludables, pero si es que no tenemos productos específicos y presupuestos y guías: o sea, en qué le vas a educar, cómo lo vas a educar, cómo lo vas a monitorear, cómo lo vas a seguir, cómo lo vas a controlar, cuáles son las metas. O sea, si tú no tienes ese paquete no vamos a lograr nada, y si no tienes el presupuesto para eso, vamos a seguir con el discurso de hace muchos años de todo saludable, ¿no? Eso queremos hacerlo con un plan multisectorial y se los había comentado, estamos en camino.

### **Palabras del Vicepresidente de La Academia Nacional de Medicina**

#### **AN. Dr. Nelson Raúl Morales Soto**

Nuevamente buenas noches. Les hago llegar el cordial saludo de nuestro Presidente el Dr. Oswaldo Zegarra. Hemos disfrutado realmente hoy de un Simposio con magníficas características de preparación. Debo agradecer al Dr. Jaime Villena, al Dr. Sandro Coriliano, a la Dra. María Núñez Robles por las presentaciones. Han sido realmente magníficas. Hemos revisado aspectos de una enfermedad que tiene muy alto costo sanitario, social, material pero también psicológico. Entonces es importante la intervención. La Academia tiene gran interés en este tema y ya en el año 2014-2015 hicimos un Simposio sobre el tema metabolismo y endotelio, presidido por el Dr. Rolando Calderón, este documento está pendiente de publicación. Pienso que podríamos aunar los dos Simposios para poder sacar conclusiones y recomendaciones. Uno de los problemas centrales que existe en el país y se mantiene es la fragmentación, sociedad fragmentada, opiniones fragmentadas, las acciones también. Hay una gran discontinuidad, una poca coordinación de esfuerzos. Creo que hemos escuchado magníficas noticias hoy día sobre el sector, nos alegra muchísimo. Con la expectativa de tener pronto un documento impreso sobre la opinión institucional, nos despedimos de ustedes agradeciéndoles a todos su presencia y participación.

Se levanta la sesión