



DIABOLUTION

De la enfermedad a las personas

Documento de Consenso

para la actualización y reactivación del
abordaje multifactorial de la atención a la
persona con diabetes *mellitus* 2

Con el aval de:



AGRADECIMIENTOS

El trabajo que a continuación se presenta ha sido posible gracias a la colaboración del Comité Asesor del proyecto. Queremos agradecer especialmente sus valiosas aportaciones, así como su tiempo e implicación en el proyecto.

Sin duda esperamos que el trabajo resulte de utilidad, especialmente en estos momentos de dificultad para todos los profesionales del Sistema Nacional de Salud. Desde aquí también queremos expresar todo nuestro reconocimiento por su esfuerzo para continuar mejorando la calidad de la asistencia, aun en situaciones adversas.

Este proyecto cuenta con el apoyo de Boehringer Ingelheim, firmemente comprometido con la mejora de la calidad de vida de las personas con diabetes *mellitus* tipo 2.

COMITÉ ASESOR

Al inicio del proyecto se creó un Comité Asesor (CA) del proyecto, coordinado por el Dr. Antonio Pérez y conformado por un grupo multidisciplinar de cinco expertos relacionados con el abordaje multifactorial de la diabetes *mellitus* tipo 2: endocrinología, medicina de familia y comunitaria y gestión, tanto en Atención Primaria (AP) como en Atención Hospitalaria (AH).

Antonio Pérez Pérez

Director de la Unidad del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, profesor de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), miembro del CIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM) y presidente de la Sociedad Española de Diabetes (SED).

M.^a Asunción Martínez Brocca

Jefa del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, directora del Plan Integral de Diabetes de Andalucía, coordinadora del Grupo de Trabajo de Gestión Sanitaria, miembro del Grupo de Trabajo de Tecnologías aplicada a la Diabetes de la SED y profesora asociada de la Universidad de Sevilla.

Flora López Simarro

Médico de Medicina Familiar en el Área Básica de Salud de Martorell (Barcelona) y miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y del grupo de trabajo de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen).

Rita Tristancho Ajamil

Jefa del Servicio de Evaluación de la Calidad Asistencial y Sistemas de Información del Servicio Canario de la Salud, coordinadora de la Estrategia de Abordaje de la Diabetes *Mellitus* en Canarias y vocal de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Directivos de la Atención Primaria (SEDAP).

Conrado Domínguez Trujillo

Director del Servicio Canario de la Salud y vocal de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA).

ÍNDICE

Resumen ejecutivo	5
Objetivos, alcance y metodología de DIABOLUTION	8
Impacto de la DM2 en España	10
Evolución y claves de impulso de la atención a la DM2	13
Reactivación de la atención presencial y uso adecuado de la atención no presencial	18
Hacia un abordaje multifactorial e integrado de la persona con DM2	21
Anexos	27

RESUMEN EJECUTIVO



DIABOLUTION - Documento de Consenso para la actualización y reactivación del abordaje multifactorial de la atención a la persona con diabetes

Objetivos, alcance y metodología

El objetivo del proyecto DIABOLUTION es **impulsar la transición hacia una gestión de la DM2 centrada en la persona**. Así, se trata de una iniciativa de ámbito nacional focalizada en la reactivación de la atención a la persona con diabetes y en la identificación de áreas de mejora en el abordaje de la atención a la persona con DM2 desde una perspectiva multifactorial.

El proyecto se sustenta en **2 pilares**:

- Por un lado, la **visión multidisciplinar**, para lo que se ha contado con un Comité Asesor (CA) integrado por miembros de diferentes sociedades científicas y de gestión relacionadas con la DM2 y cuya visión, experiencia y conocimiento se ha recabado a través de un cuestionario *online* y sesiones de trabajo que han dado lugar al actual Documento de Consenso.
- Por otro lado, la **adaptación territorial**, que será protagonista de una **jornada de trabajo** en la que participarán profesionales y gestores sanitarios de diversas comunidades autónomas para valorar la aplicabilidad de las recomendaciones a escala autonómica.

El Documento de Consenso actual se estructura en:

- ▶ **Impacto de la DM2 en España**, tanto en términos de morbilidad como de impacto económico.
- ▶ **Evolución y claves para el impulso de la atención a la DM2** sobre el progreso en las diferentes dimensiones del abordaje de la DM2, la situación actual y la utilidad de diversas iniciativas para la mejora de las fases de la atención, desde la promoción de la salud hasta el tratamiento y seguimiento.
- ▶ **Reactivación de la atención presencial y uso adecuado de la atención no presencial**, que incluye los condicionantes sobre el empleo de uno y otro modelo en la atención a la persona con DM2 y en qué circunstancias el empleo de cada uno de ellos puede ser más adecuado.
- ▶ **Hacia un abordaje multifactorial e integrado de la persona con DM2**, con los 7 principales retos en el abordaje de la DM2 de acuerdo con la visión del CA, así como las 33 recomendaciones planteadas para ello y enfocadas tanto a servicios regionales como a organizaciones sanitarias.

Impacto de la DM2 en España

La **DM2 es uno de los principales retos para la salud en España**, con una incidencia anual de 11,6 casos por cada 1.000 habitantes y una prevalencia del 13,8%, 5,3 millones de personas en total. Además, unos 2 millones de personas no están diagnosticadas, lo que supone un infradiagnóstico del 43%.

La alta morbilidad de la enfermedad impacta de forma directa en el gasto que supone para el SNS. El coste directo total anual de la DM en España se estima en 5.809 M€, representando el 8,2% del gasto sanitario del SNS, siendo el gasto farmacéutico el coste directo más relevante (2.232 M€), aunque en una magnitud similar a los costes hospitalarios (1.934 M€) y de atención primaria (1.643 M€). **El 37% de los costes directos está relacionado con el abordaje de complicaciones de la DM2.** Al coste directo se le deben sumar 2.800 M€ anuales de costes indirectos, lo que eleva el **coste total anual de la DM2 en España hasta los 8.609 M€.**

Aunque históricamente la gestión del abordaje de la DM2 se había focalizado en el control de glucosa en sangre, la evidencia clínica ha demostrado que para lograr unos resultados en salud y una calidad de vida óptima **es necesario un abordaje holístico de la DM2, con especial foco en la disminución del riesgo de morbimortalidad cardiovascular y de enfermedad renal.**

Evolución y claves para el impulso de la atención a la DM2

Se ha valorado en un 3,25 sobre 5 la evolución de la atención a la DM2 en España en los últimos años (pre COVID-19), con un claro consenso respecto al **progreso en el ámbito terapéutico, si bien se considera que la incorporación de los nuevos fármacos a la práctica clínica es lenta.** Por otro lado, la prevención y la educación en salud se encuentran entre los ámbitos con un menor progreso.

Si bien la pandemia de la COVID-19 ha traído consigo una aceleración de nuevas herramientas y la innovación en el seguimiento de la persona con DM2, el impacto de esta sobre la DM2 ha sido eminentemente negativo. Así, **el aumento de la presión asistencial por actividad no abordada y las condiciones de atención a la población, en muchas ocasiones obligatoriamente no presencial, han empeorado el control e imposibilitado el despistaje de complicaciones, una adecuada valoración de comorbilidades y en general la reevaluación de la persona con DM2,** contribuyendo a una alta inercia terapéutica y a un mayor número de complicaciones tanto presentes como en el futuro.

Se ha valorado la situación actual e identificado claves para el impulso y mejora de la atención:

- ▶ **Promoción de la salud y prevención de la DM2:** se considera que este área tiene un mayor recorrido de mejora estructural, en **búsqueda de un desarrollo transversal** (más allá del sistema sanitario) **y a lo largo de toda la vida de las personas** basado en la promoción de hábitos de vida saludables y en la detección y abordaje precoz de factores de riesgo.
- ▶ **Detección y diagnóstico de la DM2:** la lenta recuperación de la actividad asistencial no COVID, por el impacto acumulado de la pandemia sobre el sistema, mantiene **prácticamente paralizado el cribado y está dificultando la detección** de personas con factores de riesgo, así como el diagnóstico temprano de la DM2, por lo que su reactivación es una prioridad.
- ▶ **Tratamiento y seguimiento:** el **desarrollo del abordaje multifactorial de la persona con DM2 es clave para asegurar un tratamiento y seguimiento adecuados** a su situación y evolución, tanto desde el punto de vista farmacológico como no farmacológico, lo que requiere el desarrollo o la implementación de “modelos” de valoración integral de la persona y de los protocolos de actuación coordinada entre profesionales, de acuerdo con la visión del CA.

Reactivación de la atención presencial y uso adecuado de la atención no presencial

Una atención adecuada a la persona con DM2 requiere de la reactivación de la atención presencial de forma estructural, velando en cualquier caso por la seguridad de los pacientes y personal sanitario.

Entre las actividades de abordaje de la DM2, **se considera que deben ser presenciales las relacionadas con la valoración integral de la persona, tanto en el diagnóstico como en la reevaluación periódica** (necesaria para la actualización y adecuación del tratamiento), con indiferencia de si se trata de una persona con buen o mal control. Para la reactivación de la atención presencial y la superación de las barreras identificadas, se proponen diversas palancas y herramientas basadas en la mejora del acceso de las personas al sistema sanitario, el seguimiento del volumen de actividad presencial o la proactividad en su desarrollo.

Las herramientas de atención no presencial son de utilidad en la atención a la DM2 (especialmente la videoconsulta), siempre y cuando se utilicen de una forma adecuada, teniendo en cuenta tanto las características de la persona como los objetivos perseguidos en las distintas actividades que forman parte de la atención y la disponibilidad de herramientas por parte de las organizaciones sanitarias. Así, las consultas de seguimiento de la persona con DM2 con buen control (salvo las que impliquen la reevaluación integral de la persona) son actividades que pueden desarrollarse mayoritariamente de forma no presencial. Las citaciones y otros actos administrativos se consideran igualmente actividades objetivo que hay que realizar de forma no presencial.

Hacia un abordaje multifactorial e integrado de la persona con DM2

A partir de la reflexión previa, se considera que existen **7 retos principales** para la reactivación y desarrollo pleno de un abordaje multifactorial e integrado de la persona con DM2, para los cuales se plantean **33 recomendaciones de actuación distintas**, accionables ya sea desde los servicios de salud regionales como, en su caso, desde las organizaciones sanitarias, o incluso a nivel de profesional, en su caso, desde las organizaciones sanitarias o incluso a nivel de profesional.

- 1. Recuperar el seguimiento y el control** en aquellas personas con DM2 que debido al impacto de la COVID-19 han sufrido un desfase de su continuidad asistencial
3 recomendaciones.
- 2. Impulsar la prevención y promoción de hábitos saludables**, a lo largo de toda la vida con visión integral –no solo en el sistema sanitario, no solo desde Atención Primaria (AP)– como vía óptima de actuación en resultados y uso de recursos.
6 recomendaciones.
- 3. Detectar y diagnosticar de forma precoz la diabetes**, conteniendo así su evolución.
4 recomendaciones.
- 4. Involucrar a la persona con DM2 en el autocuidado desde su diagnóstico**, como vía más eficaz y eficiente de obtención de resultados.
6 recomendaciones.
- 5. Desarrollar el abordaje integral de la DM2** para maximizar los resultados, clarificando el rol de los profesionales, el uso de las diferentes vías de atención y la relación entre los dispositivos y profesionales implicados y con las personas con DM2, atendiendo a la mejor evidencia disponible y a la incorporación de las mejores innovaciones en materia de seguridad, eficacia, efectividad, utilidad y coste.
6 recomendaciones.
- 6. Lograr un acceso y explotación adecuada y eficaz de la información** por parte de todos los profesionales implicados para mejorar el abordaje.
4 recomendaciones.
- 7. Sensibilizar a población y administraciones del impacto de la DM** y la necesidad de una actuación temprana e integral para mejorar la salud, calidad de vida y sostenibilidad del sistema.
4 recomendaciones.

OBJETIVOS, ALCANCE Y METODOLOGÍA DE DIABOLUTION

La diabetes *mellitus* 2 (DM2) es una de las patologías con mayor impacto en la población española y, en consecuencia, en el Sistema Nacional de Salud. La combinación de alta prevalencia, bajo nivel de diagnóstico y elevada presencia de complicaciones crónicas y comorbilidades sitúan a la DM2 como un reto prioritario para la salud de la población española. Factores como el envejecimiento o el impacto de la COVID-19 sobre los hábitos de vida de la población y sobre la situación del propio sistema sanitario refuerzan la necesidad de un replanteamiento del abordaje de la DM2.

El proyecto DIABOLUTION es una iniciativa de ámbito nacional focalizada en la reactivación de la atención a la persona con diabetes y en la identificación de áreas de mejora en el abordaje de la atención a la persona con DM2 desde un abordaje multifactorial.

El **objetivo** del proyecto es **impulsar la transición hacia una gestión de la DM2 centrada en la persona**. Para ello, el proyecto se sustenta en **2 pilares**, protagonistas a su vez de cada una de las 2 fases de las que consta la metodología empleada:

Fases del proyecto DIABOLUTION

Fase 1. Elaboración del documento de consenso multidisciplinar sobre el abordaje de la DM2 en España

Fase 2. Jornada de trabajo para la adaptación territorial de las recomendaciones del documento de consenso

1. El primer pilar es la **visión multidisciplinar** de la situación del abordaje de la DM2 en España y de los retos, puntos clave y recomendaciones para su reactivación e impulso, desde una perspectiva de atención holística de la persona con DM2.

Para ello **se ha contado con un Comité Asesor (CA) multidisciplinar** integrado por miembros de diferentes sociedades científicas y de gestión. El CA ha participado en el proyecto mediante:

- Una sesión de trabajo para la revisión y validación del punto de partida del proyecto y las actividades a realizar.
- La respuesta a un cuestionario *online* para la valoración preliminar del diagnóstico de la situación de la DM2 en España, los retos prioritarios y el planteamiento de propuestas de actuación preliminares.
- Una sesión de trabajo para la validación de los resultados del cuestionario.

El resultado de estas actividades ha dado lugar a la elaboración del **presente Documento de Consenso** sobre las actuaciones prioritarias para la reactivación y desarrollo del abordaje integral de la persona con DM2.

2. El segundo pilar del proyecto DIABOLUTION es la **adaptación territorial** de las conclusiones del actual Documento de Consenso, que se llevará a cabo mediante una **jornada de trabajo** en la que se debatirán las conclusiones del presente documento y cómo puede llevarse a cabo su aplicación en los diferentes puntos de la geografía española.

El debate contará con la **participación de distintos responsables y profesionales sanitarios de las diferentes comunidades autónomas**, que aportarán su visión respecto a las recomendaciones recogidas en el presente documento, así como sobre los posibles condicionantes y factores de impulso que puedan existir a escala territorial para su aplicación. Como resultado de la **jornada de trabajo**, se procederá a una actualización del actual Documento de Consenso.

Así pues, el Documento de Consenso actual recoge la visión del CA sobre el abordaje de la DM2 en España y cómo impulsar su reactivación y desarrollo desde una perspectiva multifactorial. El documento se estructura en:

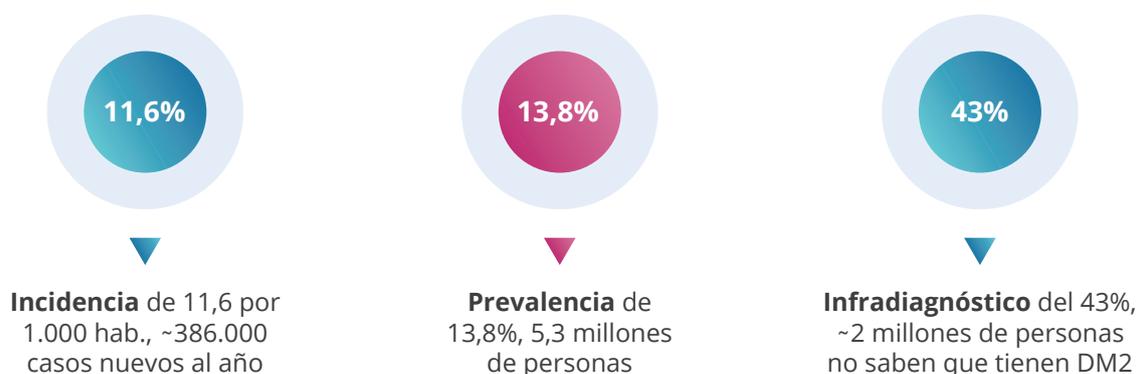
- 1 **Impacto de la DM2 en España**, tanto en términos de morbilidad como de impacto económico.
- 2 **Evolución y claves para el impulso de la atención a la DM2** sobre el progreso en las diferentes dimensiones del abordaje de la DM2, y la situación actual y la utilidad de diversas iniciativas para la mejora de las fases de la atención, desde la promoción de la salud hasta el seguimiento.
- 3 **Reactivación de la atención presencial y uso adecuado de la atención no presencial**, que incluye los condicionantes sobre el empleo de uno y otro modelo en la atención a la persona con DM2 y en qué circunstancias el empleo de cada uno de ellos puede ser más adecuado.
- 4 **Hacia un abordaje multifactorial e integrado de la persona con DM2**, con los 7 principales retos en el abordaje de la DM2 de acuerdo con la visión del CA, así como las 33 recomendaciones planteadas para ello y enfocadas tanto a servicios regionales como a organizaciones sanitarias.

IMPACTO DE LA DM2 EN ESPAÑA

Morbilidad y mortalidad

En España, la diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) se encuentra entre las 10 enfermedades crónicas con mayor prevalencia en España. La DM2 en España presenta una incidencia de 11,6 casos por cada 1.000 habitantes (alrededor de 386.000 casos nuevos cada año), una prevalencia del 13,8% (5,3 millones de personas) y una tasa de infradiagnóstico del 43%, lo que supone que alrededor de 2 millones de personas en España padecen DM2, pero lo desconocen¹.

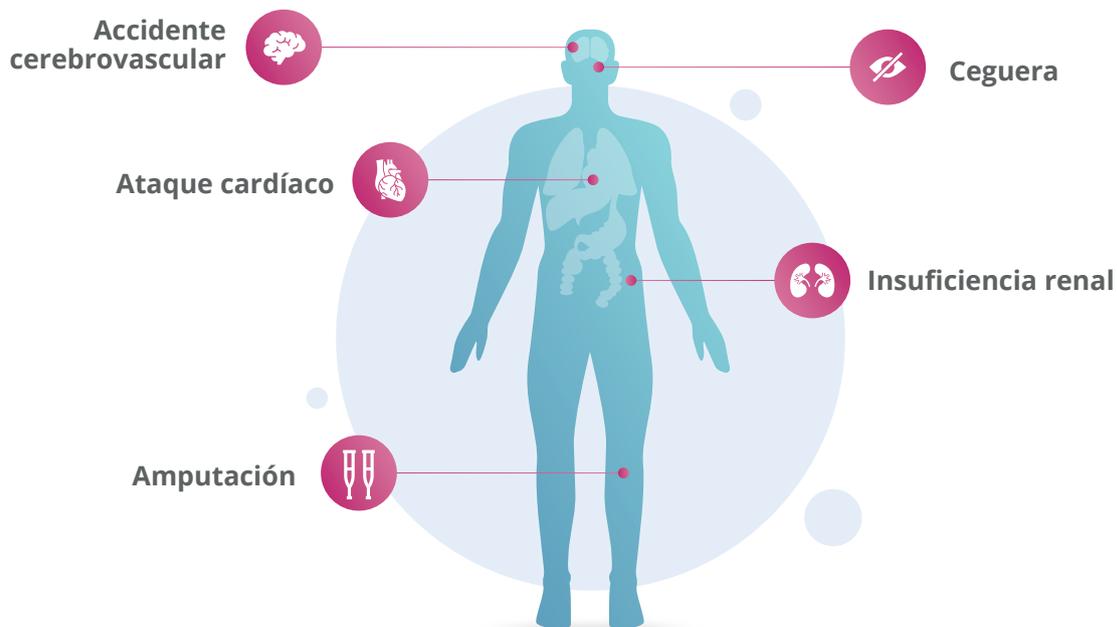
Morbilidad de la diabetes *mellitus* 2 en España



La DM2 es una patología con un gran número de comorbilidades asociadas. Con la progresión de la enfermedad, un mal control y falta de adherencia al tratamiento pueden aparecer **enfermedades coronarias, enfermedades vasculares cerebrales y enfermedades vasculares periféricas** (nefropatía, neuropatía, retinopatía) con un impacto significativo en la calidad y esperanza de vida. Así, **entre el 50% y el 80% de las personas con DM2 mueren por enfermedades de tipo cardiovascular** (ECV), mientras que un 44% de los nuevos casos de insuficiencia renal se observan en este tipo de pacientes².

1. Estudio Di@bet.es, realizado por el Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM) y el Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Ciencia e Innovación), en colaboración con la Sociedad Española de Diabetes (SED) y la Federación Española de Diabetes (FED).
2. Adaptado de CDC 2014 National Diabetes Fact Sheet: www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/2014-report-estimates-of-diabetes-and-its-burden-in-the-united-states.pdf.

Complicaciones asociadas a la DM2



Impacto económico

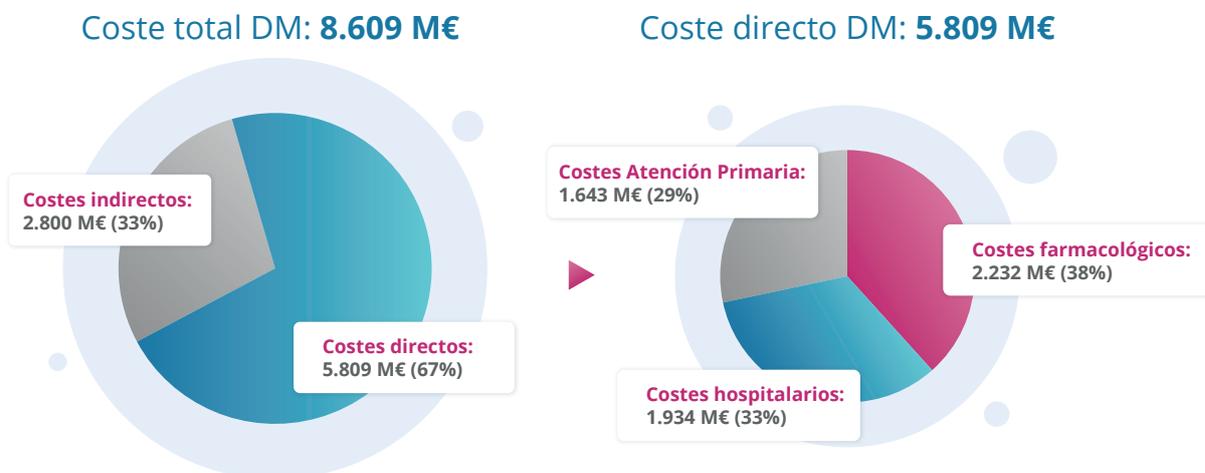
La alta incidencia y prevalencia de la DM2, su naturaleza crónica y su alto perfil de comorbilidades exige un alto uso de recursos del Sistema Nacional de Salud. En la actualidad, el **coste directo total anual** de la DM en España se estima en **5.809 M€**, representando el 8,2% del gasto sanitario total del SNS. Incluidos en los costes directos, el gasto farmacéutico es la categoría con mayor peso sobre el total, abarcando un 39% (2.232 M€), de los cuales el 24% corresponde a fármacos no antidiabéticos y el 15% a fármacos antidiabéticos. Por otra parte, los costes de atención hospitalaria (AH) representan el 33% de los costes totales, seguidos por los costes de atención primaria (AP), que representan el 29% del total. Debe destacarse que el **37% del total de los costes directos está vinculado al abordaje de las diversas complicaciones asociadas a la patología**³.

Adicionalmente a los costes directos, se estima que alrededor de 2.800 M€ están destinados a costes indirectos de la atención a la persona con DM. De este modo, el **coste total anual de abordaje** de la DM asciende a los **8.609 M€**⁴.

3. Costes directos de la diabetes *mellitus* y de sus complicaciones en España (estudio SECCAID: Spain estimated cost Ciberdem-Cabimer in Diabetes) (fundaciondiabetes.org).

4. Informe sobre el impacto económico de la diabetes tipo 2 en España (Federación Española de Diabetes).

Distribución de costes de la DM en España (millones de euros)



Evolución histórica de la atención a la DM2

Históricamente, la gestión del abordaje de la DM2 se ha focalizado en el control de glucosa en sangre, en que se ha avanzado significativamente en la rapidez, precisión, funcionalidad y capacidad de registro y obtención de información de los métodos diagnósticos y de control de la hemoglobina glicada (HbA1c), en el abordaje adecuado de hipo e hiperglucemias y en el conocimiento del efecto que niveles anormales de HbA1c pueden tener sobre la persona.

Historia del abordaje de la DM2



En este sentido, la evidencia clínica ha demostrado que para lograr unos resultados en salud y una calidad de vida óptima es necesario un abordaje holístico de las personas con DM2, con especial foco en la disminución del riesgo cardiorrenal como principal factor detrás de las complicaciones crónicas más habituales y de la mortalidad en personas con DM2.

EVOLUCIÓN Y CLAVES DE IMPULSO DE LA ATENCIÓN A LA DM2

Visión general de la situación actual

Se ha **valorado en un 3,25 sobre 5 la evolución de la atención a la DM2 en España en los últimos años (pre-COVID-19), con un claro consenso respecto al progreso en el ámbito terapéutico**, gracias, a su vez, a los avances logrados en los ámbitos científico y tecnológico. No obstante, **también destaca la capacidad de mejora en otros ámbitos, tales como el de la prevención, la educación en salud, el desarrollo de la continuidad asistencial o la incorporación de nuevos fármacos a la práctica clínica**. Por ello, se ha realizado una evaluación de la situación de la atención a la DM2 estructurada alrededor de las fases del abordaje, esto es:

- **Promoción de la salud y prevención**
- **Detección y diagnóstico**
- **Tratamiento y seguimiento**

La valoración en cada fase se ha centrado en dos aspectos. Por un lado, en el abordaje por grupos poblacionales de interés (población pediátrica, adultos con factores de riesgo, tercera edad) y desde el punto de vista general. Por otro lado, en la propuesta y valoración de la utilidad de diferentes medidas que podrían impulsar un abordaje adecuado de la fase correspondiente, así como en la identificación de barreras potenciales para ello.

Con carácter general, se considera que:

- ✓ **La actividad de promoción de la salud y prevención de la DM2 es el área con mayor recorrido de mejora estructural**, en búsqueda de un desarrollo transversal (más allá del sistema sanitario) y a lo largo de toda la vida de las personas basado en la promoción de hábitos de vida saludables y en la detección y abordaje precoz de factores de riesgo.
- ✓ La lenta recuperación de la actividad asistencial estructural no COVID, derivada del impacto acumulado de la pandemia sobre el sistema, mantiene prácticamente **paralizado el cribado** y está **dificultando significativamente la detección de personas con factores de riesgo y el diagnóstico temprano de la DM2**, lo que contribuye al riesgo para la salud de la población, por lo que su reactivación es una prioridad.
- ✓ **El desarrollo del abordaje multifactorial de la persona con DM2 es clave para asegurar un tratamiento y seguimiento adecuados a su situación y evolución**, tanto desde el punto de vista farmacológico como no farmacológico, lo que requiere el desarrollo de la valoración integral de la persona y de los protocolos de actuación coordinada entre profesionales.

Hacia un abordaje integrado e integral de promoción de hábitos saludables a lo largo de la vida de la persona

El ámbito de **promoción de la salud y la prevención** es el área en la que se evidencia mayor margen de mejora. Por grupos de población, es en la población infantil donde se considera que existe mayor capacidad de actuación. En particular, se echa en falta una mejor definición de las pautas de promoción de la salud y mayor énfasis en la **formación en hábitos saludables desde la infancia desde una perspectiva transversal, tanto desde el sistema de salud como desde otros ámbitos, y longitudinal, a lo largo de la vida de la persona**. Para ello, se determina como imprescindible el desarrollo de políticas intersec-

toriales que permitan cumplir los objetivos en materia de promoción de la salud y prevención en DM2, especialmente en colaboración y coordinación con el ámbito educativo.

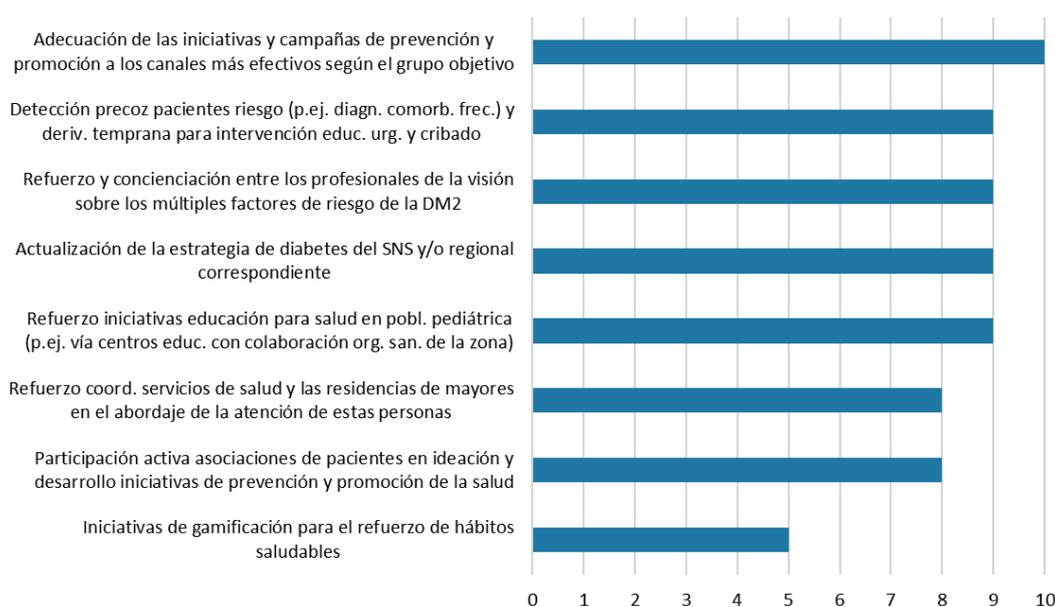
La ausencia de un marco estratégico actualizado (la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS data de 2013) y regulatorio desde el SNS, que articule y desarrolle una red de impulso de la promoción de la salud y la prevención, es una barrera relevante para un abordaje eficaz de esta actividad. **La actualización de las estrategias de DM2 de las comunidades autónomas y del propio Ministerio de Sanidad** se plantea igualmente como una medida útil, particularmente en los hábitos de vida de la población derivados de la pandemia de la COVID-19.

Se considera importante **reforzar la concienciación entre todos los agentes respecto a los múltiples factores de riesgo de la DM2**, así como al valor potencial para la salud de la población y para la sostenibilidad del sistema de actuaciones eficaces en promoción de la salud y prevención. A este respecto, se entiende que es importante **lograr mayor visibilidad de la diabetes como un problema grave de salud**, en particular en las estrategias y prioridades de actuación de organizaciones y autoridades sanitarias. Asimismo, se plantea el impulso de una participación más activa de las asociaciones de pacientes en la ideación y desarrollo de iniciativas de prevención y promoción de la salud, que contribuya a mejorar la efectividad de dichas iniciativas y a impulsar su visibilidad.

La **reactivación de las actuaciones de detección precoz de personas con DM2 de riesgo** (p. ej., vía diagnóstico de comorbilidades frecuentes) **y de cribado es una de las medidas consideradas como de mayor utilidad potencial**. Para ello, se cree necesario el refuerzo de la concienciación de los profesionales sanitarios sobre la importancia de dicha actividad, así como una formación adecuada para impartir educación diabetológica que permita incidir sobre el control y reducción del riesgo.

Por último, cabe destacar la necesidad de desarrollar la actuación coordinada con las residencias de mayores en el abordaje de la atención a los residentes, en las que el porcentaje de personas con factores de riesgo es muy elevado. Para ello, es clave alinear necesidades, procesos y recursos entre los ámbitos sanitario y social para asegurar una actividad preventiva y de promoción de hábitos saludables adecuada en este tipo de dispositivos.

Iniciativas con mayor utilidad potencial para la mejora de la promoción y prevención de la salud



0: utilidad inexistente / 10: máxima utilidad

Cribado estructural y sistémico tanto de la DM2 como de sus complicaciones y comorbilidades

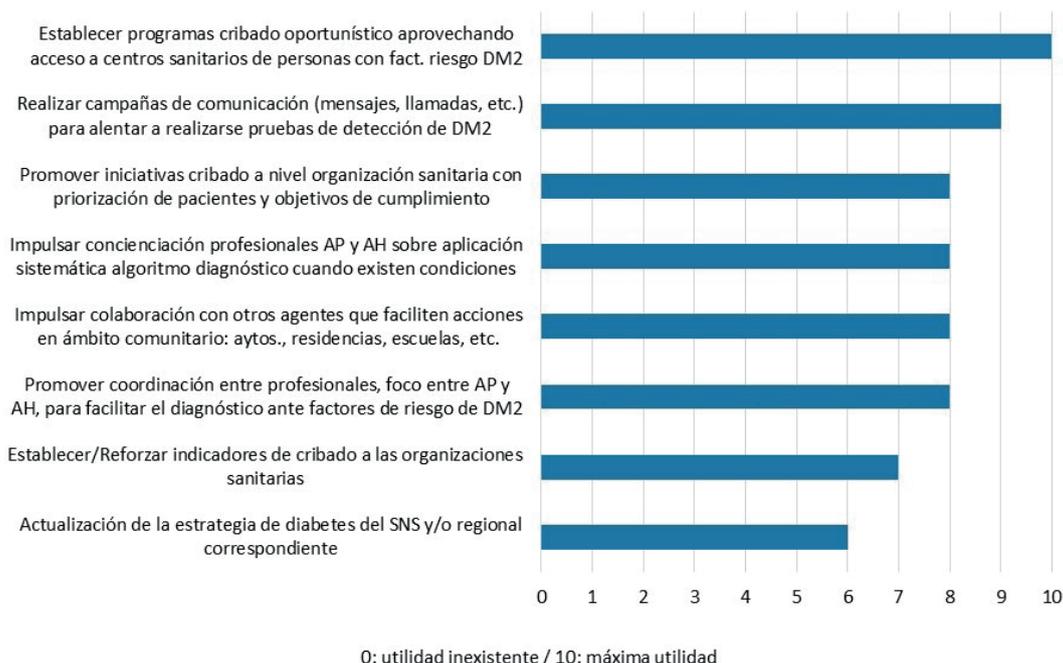
Se entiende que en materia de **detección y diagnóstico** es necesario impulsar también iniciativas de **cribado desde las organizaciones sanitarias mediante priorización de personas con DM2 según su estado y nivel de riesgo**, con objetivos de cumplimiento prefijados. A pesar de que la tasa de infradiagnóstico es elevada, cabe destacar que **en las organizaciones sanitarias no se emplea habitualmente la diferencia entre la prevalencia registrada y la real/estimada como un parámetro de valoración del grado de detección y control de la DM2 en la población de referencia.**

La colaboración con otros agentes en el ámbito comunitario (ayuntamientos, residencias, organizaciones educativas, etc.) puede igualmente contribuir a detectar casos de DM2 en la población, facilitando la efectividad en el diagnóstico. A este respecto, la coordinación entre profesionales sanitarios, y especialmente entre AP y los servicios de AH asociados con comorbilidades y complicaciones habituales (p. ej., cardiología, nefrología, etc.), puede facilitar el diagnóstico precoz de la DM2.

Se considera que este tipo de iniciativas debe contribuir a facilitar la detección y diagnóstico de la DM2, especialmente en la situación actual. Así, por ejemplo, se reconoce la dificultad en recuperar la actividad asistencial presencial pre-COVID en un contexto de alta presión asistencial, especialmente en AP. Todo ello limita la realización de diagnósticos oportunistas y dificulta la búsqueda activa de personas con factores de riesgo.

Por último, **se plantea que el impulso de las campañas de comunicación para alentar a la población a realizarse pruebas de detección de DM puede ser muy útil para mejorar el nivel de detección y reducir el infradiagnóstico.** En este sentido, debe tenerse en cuenta que existe parte de la población que accede poco al sistema sanitario, como es la población adulta en situación laboral activa, que dificulta notablemente la detección en dicho grupo.

Iniciativas con mayor utilidad potencial para la mejora del impulso de la detección y diagnóstico



Reactivación y desarrollo del seguimiento holístico de la persona con DM2 centrado en la prevención del riesgo

Se considera que se ha producido un amplio progreso en los últimos años en materia de **tratamiento y seguimiento**. La disponibilidad de nuevo y creciente arsenal terapéutico con efecto específico en la prevención cardiovascular y renal, y la disponibilidad de nuevos dispositivos de medición continua de la glucosa, nuevos fármacos hipoglucemiantes e insulinas con mayor eficacia clínica y mayor seguridad han sido los aspectos más destacados al respecto. Sin embargo, los resultados en salud evidencian que el margen de mejora es amplio. Así, por ejemplo, **también destaca una lenta incorporación de los nuevos fármacos a la práctica clínica**.

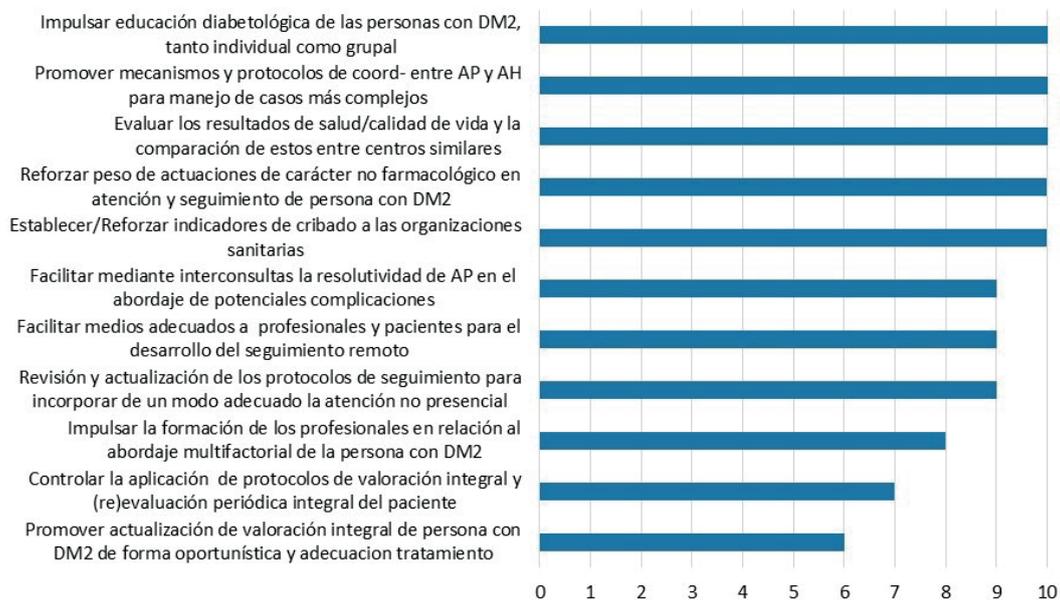
Algunas de las iniciativas con mayor utilidad potencial para el impulso del tratamiento y seguimiento se centran en la mejora y sistematización de la evaluación de los resultados en salud. Promover la comparativa de resultados de salud y calidad de vida en la población de referencia de centros similares facilitaría la identificación y adopción de mejores prácticas y reforzaría el foco de las organizaciones en la prevención, control y seguimiento.

En este sentido, **el desarrollo de un abordaje integral de la atención alrededor de la persona con DM2 se identifica como el elemento fundamental del desarrollo del tratamiento y seguimiento de la persona con DM2**. Aunque se valoran positivamente las distintas iniciativas puestas en marcha en diferentes comunidades autónomas, se considera que existe capacidad de mejora en la implantación, despliegue y evaluación de este tipo de medidas, como las rutas y los procesos asistenciales. De este modo, se identifican y valoran como potencialmente beneficiosas las siguientes medidas:

- ★ **Reactivar y promover la valoración integral de la persona con DM2**, y la actualización periódica de dicha valoración, como requisito necesario para asegurar la adecuación del plan de tratamiento a su situación y evolución y evitar la inercia terapéutica y la falta de adherencia.
- ★ **Impulsar la coordinación entre niveles y profesionales** sanitarios mediante mecanismos y protocolos actualizados, con el objetivo de mejorar la resolutivez desde AP y reforzar el abordaje integral de los casos de mayor complejidad.
- ★ **Aplicar de una forma adecuada la atención no presencial** a la situación y evolución de la persona con DM2 y a los objetivos de las diferentes acciones que se llevan a cabo en el abordaje de su atención, al tiempo que se asegura la disponibilidad de medios adecuada para su desarrollo.
- ★ **Reforzar las actuaciones de carácter no farmacológico.**
- ★ **Impulsar la educación diabetológica de las personas con DM2**, tanto en actividades individuales como grupales.

No obstante, se reconoce que existen dificultades objetivas para el impulso de este tipo de medidas. Así, por ejemplo, la rigidez del sistema sanitario público en aspectos como el organizativo contribuye a la fragmentación de la atención e impide desarrollar la continuidad asistencial. Las dificultades para dedicar recursos a la formación, tanto para formar como para ser formados, debido a la elevada presión asistencial complica la propia evolución del modelo de atención. Por último, se destaca también la priorización del gasto farmacéutico frente a otros gastos como un elemento clave que condiciona la toma de decisiones a distintos niveles en las organizaciones sanitarias.

Iniciativas con mayor utilidad potencial para la mejora del impulso del tratamiento y el seguimiento



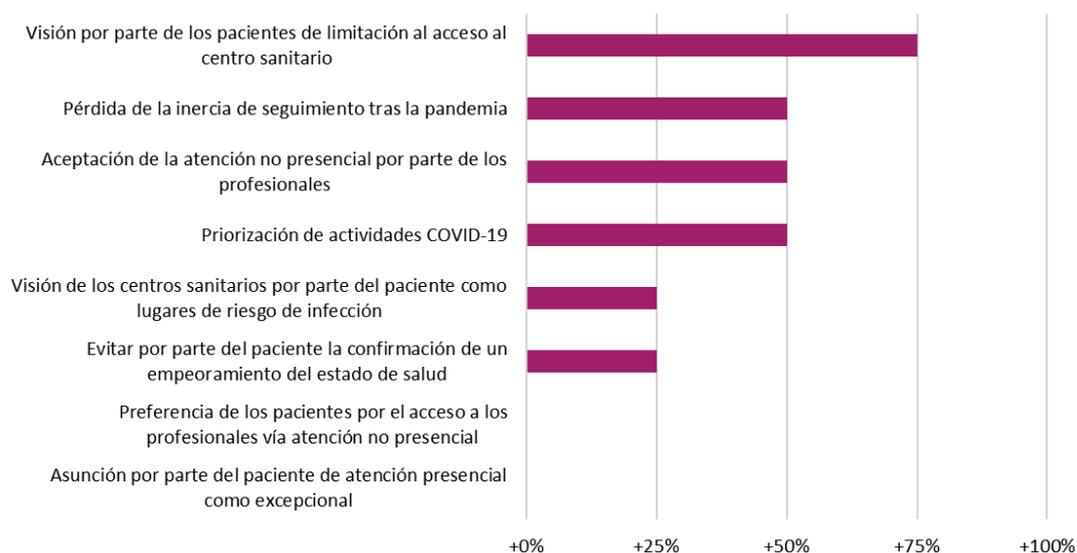
0: utilidad inexistente / 10: máxima utilidad

REACTIVACIÓN DE LA ATENCIÓN PRESENCIAL Y USO ADECUADO DE LA ATENCIÓN NO PRESENCIAL

Reactivación de la atención presencial a la persona con DM2

Una atención adecuada a la persona con DM2 requiere de la reactivación de la atención presencial de forma estructural, velando en cualquier caso por la seguridad de pacientes y personal sanitario. Para ello es necesario que las personas con DM2 no perciban que existen limitaciones de acceso al centro sanitario, al tiempo que se impulsa desde las organizaciones sanitarias dicha reactivación, incidiendo en el (re)impulso de las actividades de seguimiento y control presenciales.

Principales barreras para la reactivación de la atención presencial



+100%: unanimidad sobre consideración como barrera principal

Dentro del conjunto de actividades del abordaje de la DM2, son **consideradas necesariamente presenciales aquellas relacionadas con la valoración integral de la persona con DM2, tanto en el diagnóstico como en la reevaluación periódica (necesaria para la actualización y adecuación del tratamiento)**, con indiferencia de si se trata de una persona con buen o mal control. Las actuaciones relativas a la educación diabetológica tras el debut de la DM2 y el despistaje de complicaciones deben realizarse también de forma presencial en todas las personas con DM2. Igualmente, existe unanimidad en cuanto a la necesidad de un seguimiento presencial de la persona con DM2 de mal control (en buena medida orientado a reforzar la educación diabetológica), así como tras descompensación en todos los casos.

En conjunto, teniendo en cuenta lo anterior y el perfil de la población con DM2, se considera que en **AP la actividad presencial relacionada con DM2 debería representar alrededor del 65% del total, mientras que en AH la actividad presencial debería aumentar hasta un 75%.**

En pro de la reactivación de la atención presencial y la superación de las barreras identificadas, se proponen diversas palancas y herramientas basadas en la mejora del acceso de las personas al sistema sanitario, el seguimiento del volumen de actividad presencial o la proactividad en su desarrollo.

Palancas para la reactivación de la atención presencial



Mejorar el **acceso al sistema sanitario** y la **disponibilidad de recursos** en todos los niveles.



Incluir **indicadores tanto en materia de atención presencial como no presencial**, así como objetivos de porcentaje mínimos de consultas presenciales.



Reorganizar las agendas y cargas de trabajo en los equipos de AP, p. ej., concentración de actividad no presencial.



Revisar de forma recurrente las **peticiones de pacientes que pidieron seguimiento** para citarlos de forma presencial.



Fomentar la proactividad en **citación de pacientes con mayor riesgo clínico**, p. ej., morbilidad, edad, mayor tiempo desde la última evaluación.



Impulsar **actividades de formación de los profesionales y educación de los pacientes** en la consolidación de la atención presencial con la no presencial.

Uso de la atención no presencial adecuada a la situación y características de la persona con DM2

La pandemia de la COVID-19 ha traído consigo una aceleración de la digitalización de los servicios de salud y del uso de herramientas y dispositivos alternativos a la atención presencial para el desarrollo de la actividad asistencial. Se considera que las **diferentes herramientas de atención no presencial**, tanto las consultas telefónicas como los recursos de ayuda audiovisual de los portales de salud, las videoconsultas y las aplicaciones de apoyo en el control y el seguimiento de las pautas de tratamiento, **son de utilidad en la atención a la DM2, siempre y cuando se utilicen de una forma adecuada a los objetivos de las distintas actividades del abordaje y a las características y situación de la persona con DM2.**

Así, el uso de mecanismos de atención no presencial debería emplearse en ciertas actividades del abordaje, como **citaciones y aspectos administrativos**, las cuales son, además, algunas de las principales causas de la sobrecarga de trabajo en los diferentes niveles asistenciales, pero singularmente en AP. Adicionalmente, el **seguimiento de la persona con DM2 con buen control** es considerada como una actividad a desarrollar mayoritariamente de forma no presencial, **siempre y cuando se produzca periódicamente una actualización de la valoración integral de forma presencial**, p. ej., anual, que asegure que se mantiene un buen control del propio estado de salud.

Debe tenerse en cuenta que, si bien todas las herramientas tienen utilidad dentro del abordaje, **la considerada como más adecuada para el desarrollo de las actividades de control y seguimiento de la persona con DM2 es la videoconsulta**, cuya disponibilidad y uso actualmente en el sistema de salud es considerablemente menor a la de la llamada telefónica, de capacidades mucho más limitadas.

Por último, **se recomienda tener en cuenta en todo momento varios factores a la hora de abordar una actividad de forma no presencial, tanto desde el punto de vista de la organización sanitaria** (disponibilidad de herramientas, capacidad de manejo por parte de los profesionales) **como especialmente desde el punto de vista de las personas con DM2**, como son la capacidad de uso de las herramientas, la necesidad de apoyo familiar para realizar la consulta, la accesibilidad del centro de salud o la capacidad funcional de la propia persona.

Factores que considerar para el desarrollo de una atención no presencial adecuada



Brecha digital



Distancia hasta el centro de salud



Nivel sociocultural y apoyo familiar



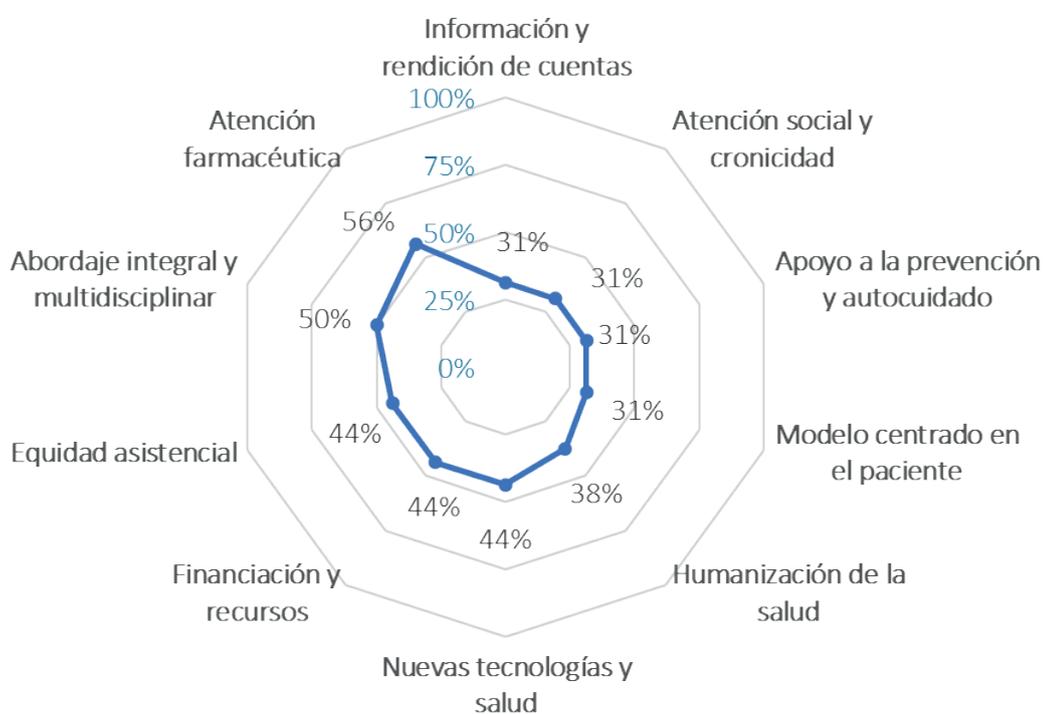
Capacidad funcional del paciente

HACIA UN ABORDAJE MULTIFACTORIAL E INTEGRADO DE LA PERSONA CON DM2

Valoración de la implantación actual del modelo de atención a la cronicidad en España

El abordaje multifactorial e integral de la persona con DM2 requiere consolidar el desarrollo de los diferentes componentes que conforman el modelo de abordaje de atención a la cronicidad. **El grado de desarrollo e implantación del modelo de atención a la cronicidad en España está, en el mejor de los casos, a medio camino.** La atención farmacéutica y el abordaje integral y multidisciplinar son los dos aspectos que se considera que cuentan en la actualidad con mayor implantación en el sistema de salud, si bien tienen un amplio margen de mejora. Sin embargo, aspectos como el desarrollo del modelo centrado en la persona con DM2, el apoyo a la prevención y autocuidado, la integración en el abordaje de la atención a las necesidades sociales de las personas con enfermedades crónicas o la información y rendición de cuentas que permita una evaluación universal de los resultados en salud, están aún en fases muy iniciales de desarrollo.

Nivel de implantación de las medidas que deberían componer un modelo de atención a la cronicidad desde la perspectiva de la DM2



+100%: unanimidad sobre implantación óptima

Retos prioritarios para la actualización y reactivación de la atención a la persona con DM2

A partir del estudio realizado y la reflexión efectuada en los diferentes ámbitos analizados, atendiendo a las distintas perspectivas que componen la atención a la DM2, se han identificado y consolidado **7 retos principales** para la reactivación y desarrollo pleno de un abordaje multifactorial e integrado de la persona con DM2:

-  **Reto 1.** Recuperar el seguimiento y el control en aquellas personas con DM2 que, debido al impacto de la COVID-19, han sufrido un desfase de su continuidad asistencial.
-  **Reto 2.** Impulsar la prevención y promoción de hábitos saludables, a lo largo de toda la vida, con visión integral –no solo en el sistema sanitario, no solo desde AP– como vía óptima de actuación en resultados y uso de recursos.
-  **Reto 3.** Detectar y diagnosticar de forma precoz la diabetes, conteniendo así su evolución.
-  **Reto 4.** Involucrar a la persona con DM2 en el autocuidado desde su diagnóstico, como vía más efectiva y eficaz de obtención de resultados.
-  **Reto 5.** Desarrollar el abordaje integral de la DM2 para maximizar los resultados, clarificando el rol de los profesionales, el uso de las diferentes vías de atención y la relación entre los dispositivos y profesionales implicados y con las personas con DM2, atendiendo a la mejor evidencia disponible y a la incorporación de las mejores innovaciones en materia de seguridad, eficacia, efectividad, utilidad y coste.
-  **Reto 6.** Lograr un acceso y explotación adecuada y eficaz de la información por parte de todos los profesionales implicados para la mejora del abordaje.
-  **Reto 7.** Sensibilizar a población y administraciones del impacto de la DM y la necesidad de una actuación temprana e integral para mejorar la salud, la calidad de vida y la sostenibilidad del sistema.

Recomendaciones de actuación

Para el abordaje de cada uno de los retos identificados, se han planteado una serie de **33 recomendaciones de actuación**. Dichas recomendaciones pretenden ser accionables tanto en el ámbito regional como, en su caso, de las distintas organizaciones sanitarias y de los profesionales sanitarios, facilitando la puesta en marcha de actuaciones que puedan contribuir a superar los retos planteados. Asimismo, se recogen al final de cada listado de recomendaciones específicas algunas iniciativas que, aunque pueden ser de ámbito estatal o con un perfil más tecnológico que organizativo o asistencial, son igualmente de interés para el impulso del abordaje multifactorial de la atención a la persona con DM2.

Reto 1. Recuperar el seguimiento y el control en aquellas personas con DM2 que, debido al impacto de la COVID-19, han sufrido un desfase de su continuidad asistencial.

-  Fijar objetivos de consultas de seguimiento para los diferentes perfiles implicados e incentivar su realización, con el foco en la valoración periódica integral y revisión de la adecuación del plan terapéutico.

- ✓ Priorizar la reactivación de consultas de reevaluación integral de la persona según subgrupos de población con mayor riesgo de mala evolución de su estado de salud, tanto general como en relación con las complicaciones crónicas, p. ej., revisión y contacto a personas con DM2 sin hemoglobina glicada desde hace uno o dos años o con valores de última hemoglobina glicada altos, personas con DM2 sin exploraciones complementarias con factores de riesgo, etc.
- ✓ Dotar a los profesionales sanitarios en general, pero sobre todo a los de AP, de criterios, organización, equipamiento y recursos para un uso adecuado de las vías de atención no presencial (p. ej., guías de actuación y recomendaciones).

Se recomienda impulsar la actualización de la estrategia de diabetes del SNS, así como de la estrategia para el abordaje de la cronicidad del SNS y de iniciativas similares a escala regional, para actualizar de este modo el diagnóstico de la situación e impulsar medidas para reactivar el seguimiento de la población.

Reto 2. Impulsar la prevención y promoción de hábitos saludables, a lo largo de toda la vida, con visión integral –no solo en el sistema sanitario, no solo desde AP– como vía óptima de actuación en resultados y uso de recursos.

- ✓ Priorizar la lucha contra la obesidad y el fomento de una nutrición correcta como objetivos prioritarios desde las organizaciones sanitarias como elemento clave de promoción de la salud y prevención de enfermedades, priorizando objetivos e indicadores relacionados, p. ej., a través de contratos programa y figuras equivalentes.
- ✓ Promover en organizaciones no sanitarias de interés (educativas, deportivas, sociales, empresas) la inclusión de objetivos y el impulso de actuaciones para la mejora de los hábitos de nutrición y la disminución de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad, impulsando actuaciones conjuntas en colaboración con el ámbito sanitario.
- ✓ Incorporar indicadores específicos en materia de resultados en salud en las organizaciones desde una óptica de transparencia y generación de *benchmarking* en el ámbito, al menos, regional.
- ✓ Reforzar la formación a los profesionales sobre detección, tratamiento y educación en salud a la persona con DM2 relativa a factores de riesgo de la DM2, y de sus complicaciones, especialmente en el ámbito de morbilidad cardiorenal (área con mayor margen de mejora), p. ej., mediante sesiones clínicas conjuntas.
- ✓ Impulsar iniciativas en colaboración con asociaciones de pacientes para la prevención y detección precoz, p. ej., iniciativas de concienciación en puntos de interés.
- ✓ Impulsar la implantación de modelos de éxito en resultados en salud desde una óptica de actuación preventiva y foco en el acercamiento y acceso del sistema a la persona con DM2 (p. ej., modelo Canterbury).

A escala estatal, se plantea promover la actualización de la estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS como vía de refuerzo e impulso de las actuaciones en este ámbito y promover un abordaje transversal desde el conjunto de la Administración Pública.

Reto 3. Detectar y diagnosticar de forma precoz la diabetes, conteniendo así su evolución.

- ✓ Impulsar el desarrollo de iniciativas de cribado oportunista presencial, facilitando a los profesionales la identificación de personas de interés entre el listado de consultas programadas, y actualizar a los profesionales sobre signos y factores de riesgo.
- ✓ Desarrollar desde las organizaciones sanitarias el cribado activo de la DM2, p. ej., revisión y contacto a personas con factores de riesgo de DM2, fijando objetivos anuales.
- ✓ Fijar objetivos de cribado en personas con DM2 de alto riesgo a nivel estructural/sistémico, así como de reducción de infradiagnóstico estimado.
- ✓ Promover la colaboración con otras entidades para el desarrollo de iniciativas de detección precoz, p. ej., entidades locales, asociaciones de pacientes, centros educativos, instituciones deportivas, etc.

El impulso y desarrollo de herramientas de soporte a la toma de decisiones puede contribuir a la mejora de la valoración del riesgo de la población de forma dinámica, añadiendo valor y eficacia a la actividad asistencial.

Reto 4. Involucrar a la persona con DM2 en el autocuidado desde su diagnóstico, como vía más efectiva y eficaz de obtención de resultados.

- ✓ Desarrollar e impulsar en las organizaciones sanitarias iniciativas de educación diabetológica individuales y grupales, facilitando la disponibilidad de recursos (p. ej., estructura de contenidos, material, etc.) y la dedicación de los profesionales.
- ✓ Capacitar a los profesionales, con especial foco en los equipos de AP, en la educación para la salud, mediante formación estructurada enfocada a la práctica real.
- ✓ Promover la disponibilidad en todas las organizaciones sanitarias de profesionales de enfermería consultores/educadores en diabetes.
- ✓ Impulsar iniciativas con la colaboración de asociaciones de pacientes en materia de prevención y detección precoz, p. ej., selección y capacitación de pacientes expertos.
- ✓ Elaborar recomendaciones y establecer estrategias para facilitar un abordaje homogéneo y comparable de la educación para la salud y del fomento del autocuidado de la persona con DM2, dentro de la necesaria adaptación a las necesidades individuales.
- ✓ Impulsar el registro de la actividad desarrollada en el ámbito de la educación diabetológica, definiendo un cuadro de indicadores de control de actividades y su seguimiento activo.

El refuerzo de un marco estandarizado y homogéneo del abordaje de la educación diabetológica a escala estatal podría contribuir a impulsar y mejorar el abordaje de esta actividad, al tiempo que facilitaría la comparabilidad de resultados y la evaluación del impacto de nuevas iniciativas.

Reto 5. Desarrollar el abordaje integral de la DM2 para maximizar los resultados, clarificando el rol de los profesionales, el uso de las diferentes vías de atención y la relación entre los dispositivos y profesionales implicados y con las personas con DM2, atendiendo a la mejor evidencia disponible y a la incorporación de las mejores innovaciones en materia de seguridad, eficacia, efectividad, utilidad y coste.

- ✓ Involucrar a profesionales del ámbito autonómico y local desde una perspectiva multidimensional en la elaboración de protocolos y rutas asistenciales, atendiendo a los distintos factores de riesgo, incluyendo las complicaciones crónicas y considerando las principales comorbilidades.
- ✓ Desarrollar una perspectiva transversal y longitudinal del abordaje de la DM2 con foco en las personas con DM2 con mayor riesgo/complejidad, como punto de partida y principal área de mejora de resultados para el desarrollo del abordaje integral de la DM2, identificando todos los recursos necesarios, tanto humanos (identificación de rol y tareas) como materiales y de sistemas de información, y optimizando la relación y colaboración entre ellos.
- ✓ Promover la participación de las personas con DM2 en el diseño y desarrollo de iniciativas de atención, a fin y efecto de integrar un modo adecuado en el abordaje de los objetivos de las propias personas con DM2 (p. ej., en materia de calidad de vida) y potenciar la efectividad de la atención (p. ej., adherencia al tratamiento, educación diabetológica, etc.).
- ✓ Impulsar la formación y actualización continua de los profesionales desde una perspectiva práctica y orientada a la resolución de las principales áreas de mejora en materia de abordaje de la DM2, p. ej., valoración de riesgo, despistaje de complicaciones crónicas, atención a comorbilidades más frecuentes, coordinación y continuidad asistencial.
- ✓ Reforzar la coordinación en tiempo y forma entre todos los profesionales, facilitando el desarrollo de iniciativas conjuntas y aprovechando las herramientas disponibles, p. ej., promoviendo e incentivando la generación de iniciativas locales de abordaje de retos existentes en la organización.
- ✓ Definir un cuadro de indicadores de DM2 y protocolos de evaluación de estos, e impulsar su medición y la incentivación de la consecución de los objetivos relacionados, p. ej., a través de contratos programa.

Es preciso el fomento de mecanismos eficaces, efectivos y dinámicos de evaluación de la atención sanitaria (p. ej., *living lab*) en el ámbito regional/estatal para la generación de propuestas de herramientas e innovaciones que incorporar en el abordaje integral de la DM2.

Reto 6. Lograr un acceso y explotación adecuada y eficaz de la información por parte de todos los profesionales implicados para la mejora del abordaje.

- ✓ Impulsar iniciativas basadas en nuevas tecnologías (p. ej., *big data*, IA) para facilitar la accesibilidad y explotación adecuada de la información disponible, así como dotar de capacidades de soporte a la toma de decisiones.
- ✓ Fomentar y potenciar desde las propias organizaciones sanitarias la concienciación en los profesionales de la necesidad de registro de información, facilitando formación práctica a la incorporación y de actualización durante la permanencia del profesional en la organización, así como valori-

zando para el profesional la información registrada (p. ej., impulsando su explotación por el propio profesional).

- ✓ Identificar e impulsar mejores prácticas en el registro, acceso y explotación de información a escala regional, p. ej., en experiencia de usuario por parte de los profesionales (facilidad de registro y explotación de los datos).
- ✓ Revisar y adecuar el nivel de accesibilidad a los datos sanitarios de las personas con diabetes por parte de los profesionales implicados en su abordaje, con perspectiva global a lo largo de la vida de la persona con DM2.

Se considera que debería ser posible el asegurar la disponibilidad en el plano estatal de la información de historia clínica como factor clave para garantizar plenamente el acceso a dicha información, con las garantías correspondientes, por parte de cualquier profesional que lo requiera.

Reto 7. Sensibilizar a población y administraciones del impacto de la DM y la necesidad de una actuación temprana e integral para mejorar la salud, la calidad de vida y la sostenibilidad del sistema.

- ✓ Generar sistemas y marcos de evaluación para el análisis de modelos de actuación a partir de los resultados en salud y en calidad de vida, así como en el uso de recursos.
- ✓ Promover la realización de análisis comparados como vía de impulso de la mejora y adopción de mejores prácticas.
- ✓ Incluir a las asociaciones de pacientes como canal para la sensibilización de parte de la sociedad.
- ✓ Implicar a agentes no sanitarios (p. ej., ayuntamientos) en actuaciones de concienciación.

La participación de los medios de comunicación, p. ej., para facilitar la difusión de estudios de impacto de la diabetes y de los factores de riesgo, y el uso de canales adecuados a los grupos de interés objetivo es clave para lograr la sensibilización de la población.

ANEXOS

Anexo I: Acrónimos

AP: Atención Primaria

AH: Atención Hospitalaria

CA: Comité Asesor

COVID-19: Enfermedad del Coronavirus de 2019

DM: Diabetes *mellitus*

DM2: Diabetes *mellitus* 2

SNS: Sistema Nacional de Salud

Anexo II: Bibliografía de referencia y fuentes de información

Bibliografía de referencia

- Incidence of diabetes mellitus in Spain as results of the nation-wide cohort di@bet.es study - PubMed (nih.gov)
- Costes directos de la diabetes *mellitus* y de sus complicaciones en España (estudio SECCAID: Spain estimated cost Ciberdem-Cabimer in Diabetes) (fundaciondiabetes.org)
- Complicaciones y comorbilidades más frecuentes en defunciones por covid-19 virus identificado y virus no identificado (sospechoso) según sexo. (ine.es)
- WHO. 10 Facts about Diabetes: www.who.int/features/factfiles/diabetes/en/
- Adapted from: CDC 2014 National Diabetes Fact Sheet: www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/2014-report-estimates-of-diabetes-and-its-burden-in-the-united-states.pdf

Fuentes de información

- INE
- Federación de Diabéticos Españoles (FEDE)
- Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBERDEM), Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculare (SEACV), Asociación Nacional de Amputados de España y London School of Economics
- Grupo Health Outcomes Research Europe, Barcelona, España
- Ministerio de Sanidad
- Mayo Clínic
- SEMERGEN
- redGPS
- Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN)
- Sociedad Española de Diabetes (SED)



DIABOLUTION

De la enfermedad a las personas



Boehringer
Ingelheim