

Propuesta para intervenir la diabetes mellitus tipo 2

Presentado por:

Martha Cecilia Acevedo

Angie Lizeth Gómez

María Helena Rodríguez

John Wilmer Cabrera

Gilber Alexis Ortega

Diplomado de profundización gestión de la salud publica

Presentado a:

Magda Gioanna Cruz Suarez

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Diciembre 12/2019

Tabla de Contenido

Presentación del problema	3
Fundamentación de la propuesta.....	6
Marco teórico	6
Análisis de situación	13
Objetivos de la propuesta.....	18
Objetivo General	18
Objetivos Específicos:.....	18
Actores/as.....	19
Estrategias.....	22
Estrategias Según Plan Decenal de Salud Pública (PDSP).....	25
Evaluación de logros de la intervención	31
Resultados esperados	31
Referencias.....	33

Implementación de estrategias de movilización social encaminadas a la prevención de las ENT (diabetes mellitus tipo 2) y el fomento de los hábitos y estilos de vida saludable, en la población de 45 a 69 años de la ciudad de Santiago de Cali, valle del cauca para el año 2019

Presentación del problema

La diabetes es una de las enfermedades que más afecta la salud de los seres humanos y en este siglo XXI es considerada un desafío para la salud mundial. Según datos y cifras presentadas por la OMS, la diabetes es una importante causa de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores. Según la OMS, “es una enfermedad crónica que se presenta cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza correctamente la insulina que produce”. Se distinguen tres tipos de diabetes: Diabetes Tipo 1, Diabetes Tipo 2 y Diabetes Gestacional, en donde la Diabetes tipo 2 es la más común, y representa aproximadamente del 85% a 90% de todos los casos. Se relaciona con factores de riesgo modificables como la obesidad o el sobrepeso, la inactividad física, y las dietas con alto contenido calórico de bajo valor nutricional. Según estimaciones de la OMS, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980.

La prevalencia mundial de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta (mayores de 18 años).

En América Latina no es distinto, la diabetes aumenta de forma alarmante. La prevalencia Nacional de la diabetes en América Latina varía notoriamente entre Países, siendo Perú el que registra la cifra más baja (4,3%) y Puerto Rico la más alta (15,4%). En el caso de Argentina, Chile, Colombia y México, los porcentajes son del 6,0%, el 10,3%, el 7,2% y el 11,7%, respectivamente (Agudelo & Dávila, 2015). En Colombia la prevalencia de diabetes mellitus 2

oscila entre el 4 y el 8%, en función del rango de edad de la población estudiada. En las zonas rurales es menor del 2%. El mestizaje, el envejecimiento y los factores asociados a la urbanización son los principales determinantes de la epidemia de diabetes que se observa en la región. Entre estos últimos destaca la alta frecuencia de sobrepeso (más del 30%) y de síndrome metabólico (entre 20 y 35%). Esta enfermedad se encuentra entre las primeras cinco causas de muerte en Colombia y su morbilidad también es considerable. (Epidemiología de la diabetes en Colombia, 2010).

Según la OMS la Diabetes Mellitus 2 se presenta con mayor frecuencia en países de ingresos medianos y bajos. Para el caso de Colombia, es posible decir que se debe al mal manejo de los recursos económicos del país por parte del Estado para financiar el Sistema de Salud y brindar tratamientos oportunos y eficaces. Adicionalmente, se considera que la ausencia de programas de promoción y prevención temprana de la enfermedad han influido en que aumente su presencia. De acuerdo con la OMS (2014), en su informe menciona que países desarrollados las tasas de adherencia de los tratamientos en enfermedades crónicas degenerativas se sitúan alrededor del 50%, esta cifra es considerablemente menor en países en vías de desarrollo.

Por ejemplo, el Valle del Cauca es uno de los departamentos de Colombia donde hay mayor presencia de diabetes. Según registros preliminares del Dane, en el 2014, 890 personas murieron por causa de la diabetes. La directora del Instituto Nacional de Salud, INS, Martha Lucía Ospina, indica que el sobrepeso, la obesidad, la falta de hábitos saludables y el sedentarismo son algunos de los factores que hacen que la enfermedad sea más recurrente (País, 2015).

Según explico Carlos Hernán Mejía, nefrólogo y asesor de la Secretaría de Salud Municipal, el Valle del Cauca es uno de los departamentos con mayor índice de sedentarismo, siendo este uno de los principales factores de riesgo. Estima que el 52 % de la población adulta tiene

sobrepeso u obesidad, a lo que se le suma que hay una tendencia más alta al consumo de alcohol, por lo que todo esto unido aumenta las posibilidades de que la enfermedad se desarrolle.

Por ello, se ve necesario renovar la atención a las políticas y las acciones e intervenciones eficaces en salud, basadas en el diagnóstico comunitario para mitigar los factores de riesgo que conllevan las ECNT, ampliar el alcance de estas intervenciones, obtener resultados de impacto que contribuyan en la disminución de las complicaciones que generan este tipo de enfermedades crónicas. De acuerdo con lo anterior se plantean estrategias de alto impacto para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, para lo cual es necesario caracterizar a la población a través de sus perfiles epidemiológicos, y trabajo comunitario a través de estrategias de movilización social y metodologías de aprendizaje significativo. Por lo tanto, consideramos necesario indagar sobre esta problemática, dando respuesta a la siguiente pregunta; ¿Porque a pesar de la existencia de diferentes proyectos, programas y estrategias de salud pública, encaminadas a la prevención de las ECNT y el fomento de los hábitos y estilos de vida saludable, se ha incrementado en los últimos años los casos de diabetes mellitus tipo II en la población de 45 a 69 años de la ciudad de Santiago de Cali, en el año 2019?

Fundamentación de la propuesta

Marco teórico

La institución estadounidense centros para el control y prevención de enfermedades (CDC, Centers for disease control and prevención), denomina la diabetes mellitus como una enfermedad crónica en la cual se presenta un déficit parcial o total de una hormona segregada por el páncreas (insulina), lo cual provoca que las cifras de sangre glucemias estén elevadas. Al ser una enfermedad crónica no es transmisible, pero si se presenta como un gran problema de salud pública teniendo altos índices de incidencia tanto a nivel mundial como en el país, pues según el Ministerio de Salud y Protección Social, esta enfermedad “se presenta más frecuentemente en la edad adulta y se debe a que el organismo no produce suficiente insulina o a que las células la ignoran. La Diabetes *Mellitus* 2 es la más frecuente en Colombia y se asocia a peso corporal excesivo y a la inactividad física. Los síntomas son parecidos a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. Hasta hace poco, este tipo de diabetes sólo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños”, por lo que se considera una enfermedad de *alto costo* (desviación del costo esperado, cronicidad o persistencia, posibilidad de gestión y distribución en la población) para el sistema público de salud. Por tanto, es necesario la implementación de programas efectivos que permitan cubrir en una mayor parte a las personas que la padecen.

Según la OMS, existen tres principales tipos de Diabetes:

Diabetes Mellitus Tipo 1: Puede aparecer en la infancia o adolescencia, aunque puede presentarse a cualquier edad, principalmente ocurre debido a que el páncreas no fabrica suficiente cantidad de insulina. Estos enfermos necesitan inyecciones de insulina durante toda la vida.

Síntomas: Excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. A veces se manifiesta por signos y síntomas graves, como estado de coma o cetoacidosis.

Causas: Se desconoce aún la causa de la diabetes de tipo 1 y no se puede prevenir con el conocimiento actual. Sin embargo, dentro de las posibles causas se encuentran factores genéticos, autoinmunidad y daño ambiental que corresponde a virus presentes en la comida.

Diabetes Mellitus Tipo 2: Se presenta regularmente en personas mayores de 40 años, aunque actualmente se manifiesta también en niños y adolescentes con problemas de obesidad, inactividad física y malos hábitos alimenticios. En este tipo de diabetes la capacidad de producir insulina no desaparece, pero el cuerpo presenta resistencia a esta hormona. De ordinario los enfermos no necesitan insulina de por vida y pueden controlar la glucemia con dieta y ejercicio solamente, o en combinación con medicamentos orales o insulina suplementaria.

Síntomas: Pueden presentar aumento de la frecuencia urinaria (poliuria), sed (polidipsia), hambre (polifagia) y baja de peso inexplicable. También pueden padecer entumecimiento de las extremidades, dolores (disestesias) de los pies y visión borrosa. Pueden sufrir infecciones recurrentes o graves. A veces la enfermedad se manifiesta por pérdida de la conciencia o coma.

Causas: Corresponde principalmente al factor genético donde la diabetes tipo 2 tiene mayor riesgo hereditario que el tipo 1, seguido del factor estilo de vida ya que en el 80% de las personas tienen obesidad. Está asociada con la obesidad, la poca actividad física y la alimentación malsana; además, casi siempre incluye resistencia a la insulina.

Diabetes Gestacional: se caracteriza por la intolerancia a la glucosa que se produce durante el embarazo que se puede derivar a distintas causas. Los riesgos que el trastorno plantea son anomalías congénitas, peso excesivo al nacer y riesgo elevado de muerte perinatal.

Síntomas: Suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales, más que porque el paciente refiera síntomas.

Causas: No se conoce bien el mecanismo, pero al parecer las hormonas del embarazo alteran el efecto de la insulina.

DIABETES MELLITUS TIPO 2

Sintomatología:



Factores de riesgo

Según The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, la probabilidad de que desarrolle Diabetes *Mellitus* tipo 2 depende de una combinación de factores de riesgo, como los genes y el estilo de vida. Aunque no se pueden cambiar ciertos factores de

riesgo como los antecedentes familiares, la edad o el origen étnico, sí se pueden cambiar los que tienen que ver con la alimentación, la actividad física y el peso.

De acuerdo con Martínez (2015), los factores de riesgo para Diabetes *Mellitus* Tipo 2 se pueden clasificar en:

Modificables:

Obesidad, sobrepeso y obesidad abdominal: La obesidad (índice masa corporal [IMC] \geq 30 kg/m²) y sobrepeso (IMC de 25-30 kg/m²) aumentan el riesgo de intolerancia a la glucosa y DM2 en todas las edades. Actúan induciendo resistencia a la insulina. Más del 80 % de los casos de DM2 se puede atribuir a la obesidad, y su reversión también disminuye el riesgo y mejora el control glucémico en pacientes con DM establecida.

Inactividad física: Un estilo de vida sedentario reduce el gasto de energía y promueve el aumento de peso, lo que eleva el riesgo de DM2. Entre las conductas sedentarias, ver la televisión mucho tiempo se asocia con el desarrollo de obesidad y DM.

Hipertensión arterial: Alrededor del 25% de los hipertensos menores de 60 años presentan resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, hiperinsulinemia, hipertrigliceridemia y descenso del colesterol ligado a las lipoproteínas de elevada densidad, lo que se conoce como síndrome metabólico X.

Hábitos alimenticios: Una dieta caracterizada por un alto consumo de carnes rojas o precocinadas, productos lácteos altos en grasa, refrescos azucarados, dulces y postres se asocia con un mayor riesgo de DM2 independientemente del IMC, actividad física, edad o antecedentes familiares (RR: 1,6; IC del 95 %: 1,3-1,9).

Tabaquismo: El consumo de tabaco se asocia a un mayor riesgo de DM2 dependiente dosis (cuantos más cigarrillos, mayor riesgo) (RR: 1,4; IC del 95 %: 1,3-1,6), según un metaanálisis de 25 estudios que analizan la relación. Dejar de fumar puede reducir el riesgo de DM.

No modificables:

Edad y Sexo: La prevalencia de DM2 aumenta a partir de la mediana edad, y es mayor en la tercera edad. Además se ha encontrado relación directa entre la edad y el sexo, predominado el sexo masculino en el grupo etáreo de 45 - 54 años en la mayoría de los países, no siendo así en el sexo femenino que es más frecuente entre los 54 – 64 años de edad (como cito Ramírez, 2007).

Raza: El riesgo de desarrollar DM2 es menor en individuos de raza caucásica que en hispanos, asiáticos, negros y grupos nativos americanos (indios, alaskaños, hawaianos, etc.), que además presentan una evolución más rápida a diabetes mellitus.

Antecedentes familiares de diabetes: Los individuos con padre o madre con DM2 tienen entre dos y tres veces (cinco o seis si ambos padres presentan la condición) mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.

Costos de la enfermedad

Costes personales

En el proceso de adaptación a la enfermedad aparecen diferentes reacciones emocionales y el tiempo en superarlas es muy variable según cada persona. La condición de diabético provoca un impacto en el estado anímico del paciente, en su entorno familiar, laboral y social. La importancia de este impacto dependerá fundamentalmente de tres cosas: la edad en el momento del diagnóstico, el apoyo del entorno familiar y la capacidad del individuo para afrontar los acontecimientos adversos.

Pensamientos más frecuentes

Conductas más frecuentes

Negación:

"Seguro que es un error, esto es un episodio pasajero", "Este médico no es especialista"

Duda de la competencia profesional del médico, búsqueda de otras opiniones o de medicinas alternativas con la esperanza de curación a corto plazo y poder olvidarse del tema.

Minimizar las acciones del tratamiento olvidando las limitaciones que impone la enfermedad y tendencia a comportarse como si no tuviera nada con el consecuente riesgo de descompensación aguda.

Resistencia:

- a. Búsqueda de culpables: *¿Por qué me ha sucedido esto precisamente a mí?*
- b. Hipervaloración del estado de salud previo: *Siempre me he encontrado bien, nunca he tenido nada, ¿cómo es posible que ahora...?*

En el caso de padres de niños con diabetes pueden darse conductas de super protección y mimo desmesurado, o de una disciplina casi tiránica. Como compensación de los sentimientos de culpabilidad y deseando evitar "males mayores"

Depresión reactiva, pasividad absoluta, tristeza, se cree que ya nada tiene sentido, alteración del sueño, tendencia al aislamiento.

Rebeldía:

¡No es justo, yo no me merezco esto!

La persona con diabetes hace valer su condición de "enfermo y desvalido" y se comporta con exigencia, a veces irascible.

Temor:

Acompañado de sensación de amenaza constante, genera ansiedad y angustia. *¿Y ahora que me va a pasar? ¡Ya no puedo hacer nada ni ir a ninguna parte!*

Se evitan situaciones de conflicto, disminución de las relaciones sociales, alerta constante al posible empeoramiento, llanto de impotencia o sobrecarga, trastornos del apetito...

Fuente: Autor

Costes sociales

Dentro de los costes sociales de la diabetes, estudiada ésta de forma objetiva y cuantificable, se incluyen: las pérdidas de productividad causadas por la incapacidad laboral y por las jubilaciones anticipadas, la mortalidad precoz del paciente, el tiempo empleado por familiares o acompañantes y el transporte en ambulancia, entre otros. Puede decirse que, en general, estos datos son los menos estudiados debido a la gran dificultad que supone medirlos, tanto en términos de tiempo, como de coste económico.

Costes Sanitarios

Se entiende por costes sanitarios (o costes directos) los derivados de hospitalizaciones, visitas ambulatorias, consumo de fármacos, consumibles como agujas tiras reactivas, dispositivos para el autocontrol, material para las bombas de insulina. La mayor parte del gasto total se debe a hospitalizaciones (en torno al 50-60 %). Luego vendrían los medicamentos (30-40 %), visitas médicas (10-15 %) y consumibles (2-12 %).

Instrumentos de Derechos Humanos (DH)

- Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las ENT 2013-2020
- Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, Santiago de Cali – Valle del Cauca.

Normatividad Colombiana en relación a la Diabetes

- Resolución 256 de 2016 (5 febrero) Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.
- Ley 1355 de 2009 (14 octubre) Congreso de Colombia. Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención.
- Resolución 6408 de 2016 (26 diciembre) Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).
- Resolución 412 de 2000 (25 febrero) Ministerio de Salud. por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de

las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

- Resolución 4003 de 2008 (21 octubre) Ministerio de Salud y Protección Social. Por medio del cual se adopta el Anexo Técnico para el manejo integral de los pacientes afiliados al Régimen Subsidiado en el esquema de subsidio pleno, de 45 años o más con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus Tipo 2.
- Resolución 2463 de 2014 (19 junio) Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se modifica la Resolución 4700 de 2008.
- Acuerdo 395 de 2008 (14 agosto). Ministerio de Salud - Ministerio de Hacienda. Por medio del cual se incluyen servicios ambulatorios especializados en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado para la atención de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión Arterial y se ajusta el valor de la UPC en el Régimen Subsidiado para el año 2008.

Análisis de situación

- Según ODC (2012), Valle del Cauca es el 3° departamento del país mas afectado por la diabetes, al indicar que por lo menos el 4,2% de la población adulta padece esta enfermedad.
- De acuerdo con proyecciones de población estimadas por el Dane, en el Valle existen 2.685.865 personas en edad adulta (entre los 20 y 60 años, en promedio). Esto significa que por lo menos 112.806 vallecaucanos (entre los 20 y 60 años) estarían sufriendo las consecuencias de esta dolencia.
- De acuerdo con el análisis de la ODC, en 2012 se registraron 85.356 casos de diabetes mellitus tipo 2, de ellos 68 mil diagnósticos se presentaron en pacientes afiliados al

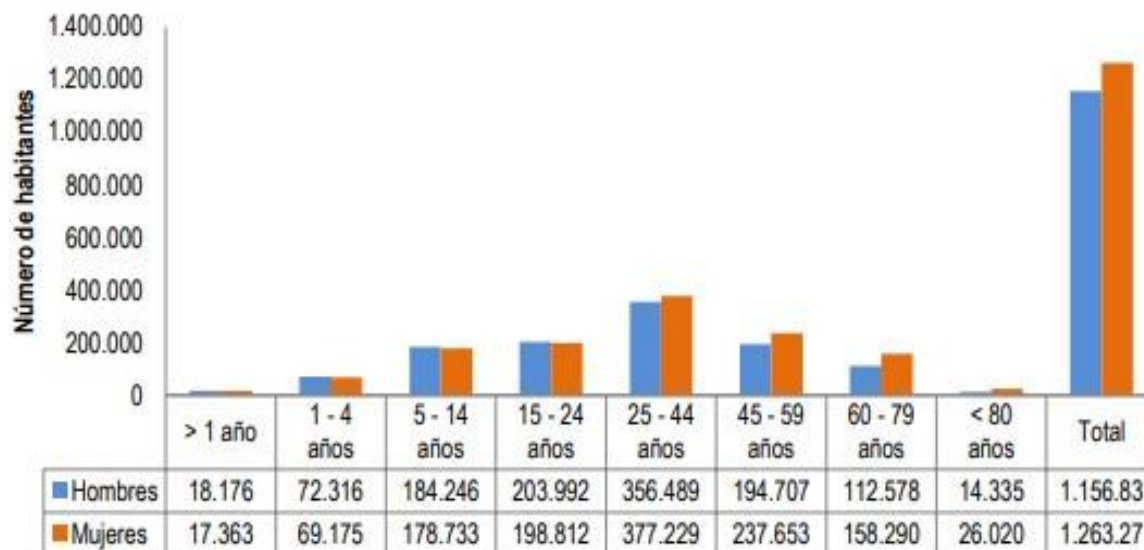
régimen contributivo. Por cuenta de la diabetes se registran 19 muertes por cada 100 mil habitantes en el Valle del Cauca, según las cifras.

Proporción de la población por grupo etario Municipio Santiago de Cali 1985, 1993, 2017 y 2020.

Grupos de edad	Volumen (número de personas)				
	Años				
	1985	1993	2005	2017	2020
< 1 año	34127	37026	34406	35.539	36269
1 - 4 años	131147	146074	143950	141.491	142770
5 -14 años	297633	351947	388980	362.979	364377
15 - 24 años	302370	339264	390539	402.804	401306
25 - 44 años	379307	567690	649928	733.718	759956
45 - 59 años	156362	203665	308230	432.360	441627
60 - 79 años	108694	134428	176482	270.868	305623
> 80 años	8819	16017	27328	40.355	44514
Total	1418459	1796111	2119843	2.394.925	2496442

Fuente: Construido a partir de DANE. Cifras censales 1985,2005; Proyecciones Población por edades simples y grupos de Edad. 2005

Población por sexo y grupo de edad del Municipio de Santiago de Cali, 2017.



Fuente: DANE. Proyecciones Población por edades simples y grupos de Edad. 2005

Tasa de mortalidad ajustada por edad para las muertes por las demás causas en hombres del Municipio de Santiago de Cali, 2005 – 2015. (Tasa ajustada por cien mil habitantes)

TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES (Hombres)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES	44,06	37,73	33,66	38,35	35,22	29,68	30,04	26,87	30,08	28,19	34,46
DIABETES MELLITUS	35,32	32,13	29,40	28,18	22,14	22,56	27,87	23,54	24,34	23,96	24,17
ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	19,72	20,80	23,05	18,42	18,77	18,54	18,84	22,35	17,48	16,21	23,20
RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	22,58	22,38	21,05	22,22	21,29	21,73	21,88	16,34	20,74	16,82	18,45
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO MENINGITIS	5,00	4,70	6,43	5,68	10,75	8,91	10,76	10,13	7,51	10,75	13,00
RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	11,18	11,05	9,03	11,14	9,87	13,83	11,83	12,29	10,92	14,81	11,94
RESTO DE LAS ENFERMEDADES	10,44	12,64	14,47	13,93	12,47	14,08	14,35	10,20	12,85	10,46	10,76
CIRROSIS Y CIERTAS OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL HÍGADO	12,72	12,65	10,55	10,66	8,78	9,83	9,83	9,57	9,08	11,21	9,78
MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	5,74	6,92	5,75	9,00	5,23	8,70	4,67	5,14	5,53	4,75	6,10
DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIAS NUTRICIONALES	5,29	5,96	4,89	6,52	5,50	4,96	5,11	4,74	7,41	3,57	5,39
APENDICITIS, HERNIA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL Y OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	3,47	5,15	2,36	4,60	5,45	3,54	4,42	3,15	3,56	4,03	4,76
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO				0,32	0,12	0,36	0,36	0,53	0,54	1,67	4,05
HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA	1,40	1,07	1,98	1,15	2,12	1,94	0,58	1,14	2,16	2,32	1,42

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

Tabla 13. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las muertes por signos y síntomas mal definidos en hombres del Municipio de Santiago de Cali, 2005 – 2015.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SIGNOS, SÍNTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS (Hombres)	3,96	2,80	2,18	4,84	2,25	5,11	13,26	3,56	4,02	4,03	5,64

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

Tasa de mortalidad ajustada por edad para las muertes por las demás causas en mujeres del Municipio de Santiago de Cali, 2005 – 2015. (Tasa ajustada por cien mil habitantes)

TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES (Mujeres)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES	26,68	24,37	22,07	21,33	18,14	18,61	15,60	17,01	19,51	19,25	22,56
DIABETES MELLITUS	25,16	24,49	24,03	23,62	21,92	21,11	22,02	18,13	18,19	19,42	20,89
RESTO DE LAS ENFERMEDADES	11,75	15,66	17,21	19,48	17,17	19,99	16,08	14,31	17,07	14,19	15,52
ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	14,97	16,70	14,86	14,73	13,10	14,45	12,84	12,93	14,28	13,11	15,24
RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	17,02	16,68	16,91	16,36	17,34	15,34	15,66	15,82	13,08	13,24	13,44
RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	6,38	7,33	6,45	8,54	7,09	8,01	9,08	7,55	8,10	8,61	10,12
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO MENINGITIS	3,39	3,62	4,72	5,82	5,94	5,88	5,96	5,62	7,03	8,05	8,72
CIRROSIS Y CIERTAS OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL HÍGADO	7,24	6,30	5,57	5,00	6,58	4,99	5,70	5,91	5,48	4,47	6,48
APENDICITIS, HERNIA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL Y OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	3,92	3,65	2,58	2,76	3,79	2,77	4,13	2,90	3,08	3,35	3,90
MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	4,22	6,76	6,84	6,39	5,50	6,21	5,38	6,01	3,73	4,54	3,85
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	0,19	0,09				0,24	0,44	0,93	1,43	1,90	3,71
DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIAS NUTRICIONALES	4,69	3,92	3,70	3,87	5,06	3,46	3,64	4,47	4,42	3,21	3,23
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	1,80	1,38	1,29	1,10	0,92	1,14	1,39	1,71	0,55	1,29	0,89

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

Tabla 14. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las muertes por signos y síntomas mal definidos en mujeres del Municipio de Santiago de Cali, 2005 – 2015.

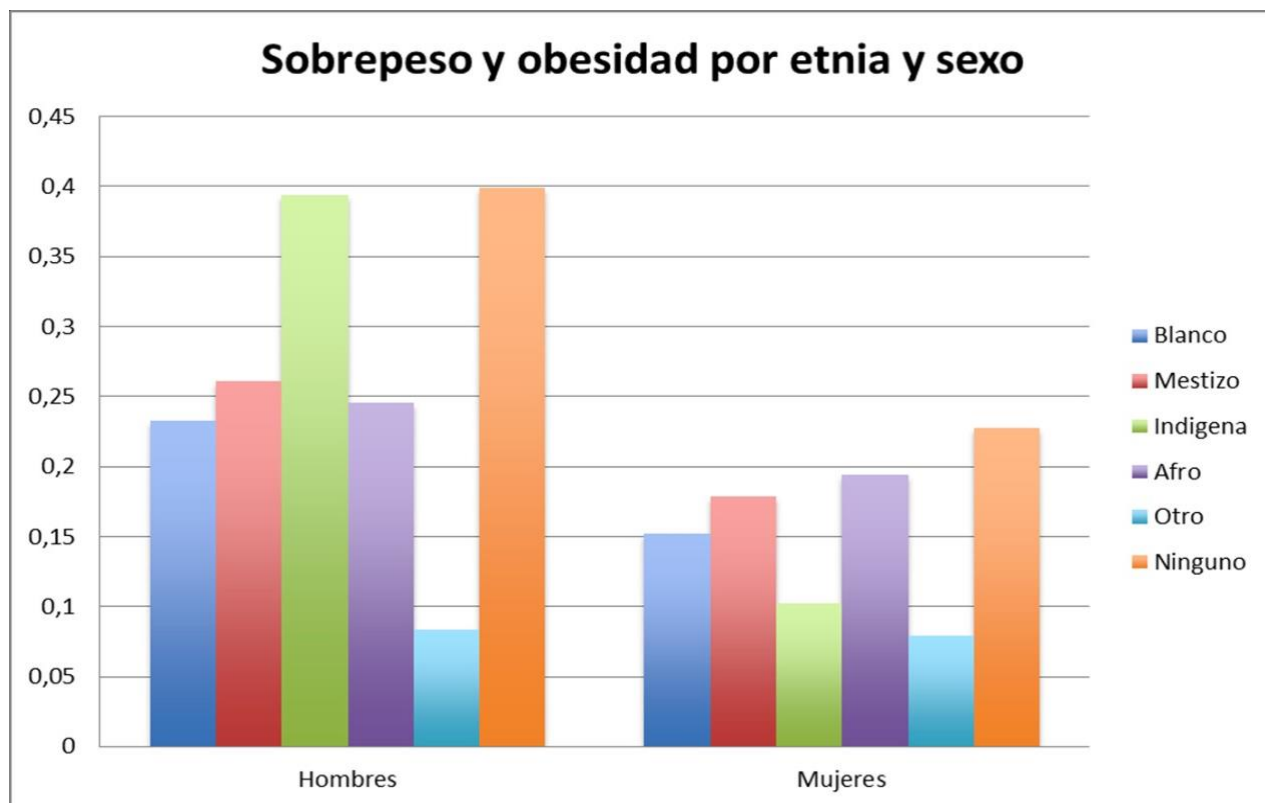
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SIGNOS, SÍNTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS (Mujeres)	1,47	1,64	2,97	2,56	1,13	2,46	5,22	2,89	2,58	1,79	2,63

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

Tabla 15. Semaforización de Mortalidad PDSP para el Municipio de Santiago de Cali año 2015.

Causa de muerte	Valle del Cauca 2015	Cali 2015	Comportamiento										
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	20,02	18,98	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	14,82	16,09	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	7,89	8,00	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	18,80	22,17	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	11,54	12,70	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	20,97	22,29	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-inflingidas intencionalmente	4,46	3,76	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	2,75	3,86	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	56,64	61,21	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por malaria	0,04	0,00	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	-	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades infecciosas (A00-A99)	39,45	44,18	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por exposición a fuerzas de la naturaleza	0,20	0,09	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.



La gráfica muestra el porcentaje de personas con problemas de sobrepeso y obesidad, según raza y sexo, ajustada por edad. La barra que sobresale entre los hombres es la de los indígenas, lo cual es corroborado en el análisis estadístico con una diferencia estadísticamente significativa de 16 puntos porcentuales en comparación con los que se auto declaran blancos. En contraste, para las mujeres, no existe ninguna etnia que esté asociada a problemas de sobrepeso u obesidad (ProesaCali, 2015).

Objetivos de la propuesta

Objetivo General

Establecer estrategias lúdico-pedagógicas de alto impacto encaminadas a la prevención de las ECNT (Diabetes Mellitus Tipo II) y el fomento de los hábitos y estilos de vida saludable dirigidas a la población entre los 45 y 69 años, en la ciudad de Santiago de Cali.

Objetivos Específicos:

Determinar los principales factores de riesgo y determinantes sociales asociados al incremento de Diabetes Tipo II en la población de 45 a 49 años, a través de la realización de un diagnóstico comunitario.

Realizar una encuesta de modos y medios, para definir la estrategia de educación y comunicación adecuado para intervenir la población de 45 a 49 años de la ciudad de Santiago de Cali.

Proponer acciones de Movilización Social, en la Dimensión de Vida Saludable y Enfermedades Crónicas No Transmisibles, encaminadas al fortalecimiento de programas, proyectos y estrategias de salud pública, que generen mayor impacto en la población de los 45 a 69 años de la ciudad de Santiago de Cali.

Actores/as

- **Gobernación del Valle del Cauca:** Gestionar o liberar recursos para la inversión social (salud, educación y deporte).
- **Alcaldes de los municipios del Valle del Cauca:** Contribuir en el diseño urbanístico favorable a la actividad física (parques para hacer ejercicio, ciclovía, etc).
- **Secretarías de salud del Valle del Cauca:** Promover programas comunitarios para fomentar la actividad física y las dietas saludables. Desarrollar estrategias para obtener entornos saludables en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud – EPS- y Administradoras de riesgos profesionales ARP, los sectores educativos, de cultura deporte y otros.
- **Instituto colombiano de bienestar familiar:** Supervisar que los centros educativos que suministren el servicio de alimentación de manera directa o a través de terceros cumplan con un programa de alimentación saludable, donde estén prevalezcan las frutas y verduras.
- **Instituciones hospitalarias:** Provisión de información y asesoramiento nutricional en la asistencia sanitaria. Promover la importancia de la actividad física y hábitos alimenticios saludables. Promover campañas de no al consumo de alcohol y no al tabaco.
- **Instituciones Educativas:** Permitir los espacios e infraestructura para dictar las charlas o capacitaciones. Programas escolares de actividad física para niños. Entornos nutricionales saludables en las escuelas. Restringir la publicidad de alimentos y bebidas con alto contenido de sal, grasas y azúcar sobre todo dirigida a los niños.
- **Empresas:** Programas dirigidos a los trabajadores para fomentar la actividad física y las dietas. Comercializar productos alimenticios con contenidos nutricionales y sus

implicaciones en la salud, esto para conocimiento de los consumidores. Promover campañas de no al consumo de alcohol y no al tabaco.

- **Familia:** Cambiar los malos hábitos alimenticios. Realizar planes familiares en días de descanso, donde se promueva la actividad física, ir de paseo, hacer ejercicio, montar bicicleta, entre otros. Enseñar a los hijos a consumir mucha fruta, verduras y agua, con el fin de prevenir problemas de salud. No consumir alcohol o fumar enfrente los hijos.
- **Individuo:** Concientizarse de la importancia de comer alimentos saludables y realizar algún tipo de actividad física. No obsesionarse con la enfermedad, pero si en la familia hay personas con Diabetes Mellitus 2, es recomendable visitar al médico y hacerse exámenes para estar prevenidos. No fumar y no consumir alcohol.

Línea operativa

Desde PDSP 2012- 2021 de la *línea operativa* que se establece para trabajar esta problemática será la promoción de la salud ya que reúne las acciones que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, para desarrollarlas por medio de proyectos dirigidos a la construcción o generación de condiciones capacidades medios necesarios para e los individuos las familias la sociedad en s con nto lo ren inter enir modificar los determinantes sociales de la salud en ese territorio así las condiciones de calidad de la vida, consolidando una cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones que permita lograr autonomía individual y colectiva que empodere para identificar y realizar elecciones positivas en salud en todos los aspectos de su vida, con respeto por las diferencias culturales de nuestros pueblos. Esta línea incluye acciones como:

- Formulación de políticas públicas
- Movilización social

- Generación de entornos saludables
- Generación de capacidades sociales e individuales
- Participación ciudadana
- Educación en salud

Enfoque

Se puede determinar que dicha problemática se la puede abordar desde *el Enfoque Determinantes Sociales de la salud*, según la OMS en su informe final (comisión sobre determinantes sociales de la salud) desarrolla un aspecto específico del concepto de salud es que la salud está estrechamente relacionada con las condiciones en las que la vida tiene lugar. Para la Comisión, la transformación de los resultados en salud de las personas no depende solo de la atención sanitaria sino de “las condiciones en las que las personas nacen, crecen y envejecen” y tiene que ver con el contexto social y político de los países y con las condiciones de vida de cada persona; también hace una síntesis de posiciones teóricas y presenta un modelo ampliado, que pretende resumir y organizar, en un solo marco integral, las categorías principales de determinantes sociales de la salud.

La salud familiar es una de las líneas de investigación que tiene como objetivo desarrollar estrategias de prevención y detección temprana de Diabetes *Mellitus* tipo 2, con impacto comunitario y familiar, a su vez se enfoca en el cuidado integral de las familias, preocupándose por la salud de las personas antes de que aparezca la enfermedad, entregando herramientas para su autocuidado. Se enfatiza en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. En caso de enfermar, se preocupa que las personas sean atendidas en las

etapas tempranas de la enfermedad, de modo de controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos.

Estrategias

Lo importante en general es frenar y revertir la tendencia en la incidencia de DM, mejorar la esperanza y calidad de vida de los pacientes y disminuir la mortalidad por DM; y por eso hablaremos de 3 líneas de estrategias:

Línea de Estrategia 1: Programas educativos

Para el control de la diabetes se deben realizar diferentes programas de intervención; charlas; folletos educativos, juegos didácticos y diferentes métodos de enseñanza; en caso de que el paciente se encuentre en riesgo de desarrollar diabetes, es posible que pueda evitarla o retrasarla. Nuestra idea es que todo el programa educativo se base en la persona y no en la enfermedad. (EEUU, 2018).

Es por eso que se debe enseñar a cambiar la mentalidad del paciente ya que la mayoría de las cosas que debe hacer implican un estilo de vida más saludable. Si realiza estos cambios, se puede mejorar la condición y además obtener otros beneficios de salud. Se pueden reducir el riesgo de otras enfermedades.

En dicho caso las estrategias serían diferentes capacitaciones y charlas como lo mencionamos anteriormente; lo que deberíamos presentar en estas charlas son los cambios que debe hacer cada paciente y serían los siguientes:

- Perder peso y mantenerlo. Es una de las partes más importantes ya que el control del peso es una parte importante de la prevención de la diabetes. Es posible que pueda prevenir o retrasar la diabetes al perder entre el cinco y el 10 por ciento de su peso actual.

Por ejemplo, si pesa 200 libras (90.7 kilos), su objetivo sería perder entre 10 y 20 libras (4.5 y 9 kilos). Y una vez que pierde el peso, es importante que no lo recupere

- Seguir un plan de alimentación saludable. Es importante reducir la cantidad de calorías que consume y bebe cada día, para que pueda perder peso y no recuperarlo. Para lograrlo, su dieta debe incluir porciones más pequeñas y menos grasa y azúcar. También debe consumir alimentos de cada grupo alimenticio, incluyendo muchos granos integrales, frutas y verduras. También es una buena idea limitar la carne roja y evitar las carnes procesadas
- Haga ejercicio regularmente. El ejercicio tiene muchos beneficios para la salud, incluyendo ayudarle a perder peso y bajar sus niveles de azúcar en la sangre. Ambos disminuyen el riesgo de diabetes tipo 2. Intente hacer al menos 30 minutos de actividad física cinco días a la semana. Si no ha estado activo, hable con su proveedor de salud para determinar qué tipos de ejercicios son los mejores para usted. Puede comenzar lentamente hasta alcanzar su objetivo
- No fume. Fumar puede contribuir a la resistencia a la insulina, lo que puede llevar a tener diabetes tipo 2. Si ya fuma, intente dejarlo
- Prevenir; ya que se puede establecer un plan con su médico de cabecera; para tomar diferentes opciones de prevención la diabetes tipo 2. Si tiene un alto riesgo, su proveedor puede sugerirle tomar algún medicamento para la diabetes

Línea de Estrategia 2: Diagnóstico Precoz

El diagnóstico de la Diabetes Mellitus se basa en la elevación anormal de la glucemia y se asocia a complicaciones características de la enfermedad; muchas veces en la vista; Los criterios

diagnósticos aceptados en la actualidad se basan en los puntos de corte de 4 parámetros; los cuales fueron establecidos por diferentes estudios a lo largo de los años; estos son indicadores glucémicos:

1. Glucemia plasmática en ayunas
2. Glucemia al azar
3. Sobrecarga oral de glucosa (SOG)
4. HbA1c99

Todos estos parámetros deben ser medidos en un segundo análisis realizado en un día diferente para confirmar el diagnóstico de diabetes, exceptuando la glucemia al azar.

El diagnóstico precoz es imprescindible para prevenir las complicaciones a largo plazo de la diabetes y permite implantar medidas correctoras que se han demostrado eficaces en la reducción de la morbimortalidad de la enfermedad con reducción de las complicaciones agudas y crónicas, de la mortalidad cardiovascular y total. (MINISTERIO DE SANIDAD, 2012)

Línea Estratégica 3. Asistencia integrada de las personas con diabetes

Esta línea estratégica que es la última y aborda desde una perspectiva global, el seguimiento y tratamiento de pacientes, la educación terapéutica (ET) y el autocuidado y la coordinación entre niveles asistenciales y especialidades, sin abordar las complicaciones de la enfermedad; cabe aclarar que ya nos referimos a los pacientes con la enfermedad. La ET es una prioridad a través de la que se forma a los pacientes para que sepan actuar eficazmente ante su patología, reduciendo las complicaciones y logrando una mejor calidad de vida. Enseñar a los pacientes y a sus familiares los fundamentos de la diabetes y mejorar su capacitación para la vida social se considera una de las medidas de mayor impacto para reducir las complicaciones de la

enfermedad y la inversión en estas acciones debe contemplarse, como una inversión de futuro.
(MINISTERIO DE SANIDAD, 2012)

Estrategias Según Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)

- La primera estrategia es la consulta y formulación del capítulo específico según el PDSP, con insumos regionales, después de esto formular, validar, adoptar el capítulo definido para la población víctima del conflicto en el marco del PDSP. (Social, 2013)
- Después de eso hablamos del PAPSIVI (Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto); promocionar la ruta PAPSIVI. Adecuación de la red de servicios; se debe articular la estrategia de formación y desarrollo de capacidades para la salud pública en los territorios; la diabetes es una de las enfermedades de mayor incidencia de Salud Pública según la OMS.

Tabla 9. Criterios diagnósticos de DM según OMS.

	Glucemia plasmática en ayunas	Sobrecarga Oral de Glucosa (SOG)	Glucemia al azar	HbA1c*
GBA	(110-125) mg/dl*	-	-	[5,7-6,4] % ([39-47] mmol/mol)
TAG	-	> 140 mg/dl		
DIABETES	≥ 126 mg/dl	≥ 200 mg/dl	≥ 200 mg/dl + síntomas cardinales	≥ 6,5 % (48 mmol/mol)

* En el caso de glucemia plasmática en ayunas la ADA considera el rango 100-125 mg/dl para la GBA.

- Después se debe fortalecer a nivel institucional y preparación específica del talento humano para garantizar la atención en salud con enfoque biopsicosocial de cada uno de los pacientes. Una de las estrategias que propone el Plan Decenal de Salud Pública es incrementar la inversión en infraestructura y tecnología sanitaria que garantice el acceso a los servicios de

salud.; además de eso se debe capacitar la asistencia humanitaria en casos de emergencia, de acuerdo con los pacientes, desde un enfoque psicosocial y diferencial.

- Después se instaura una estrategia investigativa la cual comprende hacer investigaciones y proyectos sobre la situación salud de los ancianos que sufran diabetes, buscando orientar acciones que mantengan la salud, para así prevenir la enfermedad y la determinación social asociada para su intervención.
- Seguido a esto se debe hacer el seguimiento y evaluación en salud de dichos pacientes, implementar y garantizar el desarrollo de la Fundación de Diabetes en Colombia. (MSPS M. d., Observatorio Nacional de Víctimas de Colombia, 2013).
- A nivel Gubernamental se formo la gestión para el fortalecimiento institucional y de los servicios de salud; en las cuales las acciones transversales son funciones indelegables del Estado, lideradas por la Nación y a través del Ministerio de Salud y Protección Social y su red de instituciones adscritas y mecanismos de gestión. (Social, 2013).
- En esto caso el ente territorial es la ciudad de Cali; a pesar de que en dichas leyes se representa en territorios por la máxima autoridad departamental, distrital y municipal, en este caso nos basaremos solo en esta población y lo que tenemos como propósito es garantizar el derecho a la salud y a la vida digna saludable. La gestión para el fortalecimiento institucional y de los servicios de salud promueve la corresponsabilidad de todos los sectores y actores para afectar positivamente los determinantes sociales y económicos de la salud, y propiciar condiciones de vida y desarrollo saludable y sostenible.

Todas estas leyes permiten que se cree el ejercicio de la planificación e integración de las acciones relacionadas con la producción social de la salud y con la promoción de la respuesta dentro y fuera del sector salud. Incluye la regulación, conducción, garantía del aseguramiento y provisión de los servicios, sostenibilidad financiera, fiscalización, movilización social y recursos

y las acciones colectivas e individuales de salud pública que se definen en el Plan, al interior de las siete dimensiones prioritarias para la vida. (Social, 2013)

Es por eso que las leyes que establecen las leyes de SALUD PÚBLICA

Ley 26.914 Ley N° 23.753. Modificación. Sancionada: noviembre 27 de 2013 promulgada de hecho: Diciembre 17 de 2013

Ley: ARTICULO 1° — Sustitúyase el artículo 1° de la ley 23.753, de Problemática y Prevención de la Diabetes, por el siguiente texto:

Artículo 1°- Será Autoridad de Aplicación de la presente Ley el Ministerio de Salud de la Nación, que dispondrá a través de las áreas pertinentes el dictado de las medidas necesarias para la divulgación de la problemática derivada de la enfermedad diabética y sus complicaciones, de acuerdo a los conocimientos científicamente aceptados, tendiente al reconocimiento temprano de la misma, su tratamiento y adecuado control. Llevará su control estadístico, prestará colaboración científica y técnica a las autoridades sanitarias de todo el país, a fin de coordinar la planificación de acciones. Garantizará la producción, distribución y dispensación de los medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol a todos los pacientes con diabetes, con el objeto de asegurarles el acceso a una terapia adecuada de acuerdo a los conocimientos científicos, tecnológicos y farmacológicos aprobados, así como su control evolutivo.

ARTICULO 2° — Incorpórese a la ley 23.753 como artículo 5° el siguiente texto:

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

autocontrol de los pacientes con diabetes, será del 100% (cien por ciento) y en las cantidades necesarias según prescripción médica. (Senado, 2013)

Diagnostico (MinSalud)

Existen diferentes tipos de exámenes orientados a hacer el diagnóstico en personas en las que se tiene sospecha de diabetes. Es probable que los exámenes que resulten positivos deban repetirse para confirmarse. Test disponibles:

- Glicemia en ayunas: este sencillo test mide la glucosa después de que no has comido ni tomado nada en 8 horas.
- Glucosa en plasma: es un examen que mide la glucosa o azúcar en plasma que no requiere ayuno previo.
- Tolerancia a la glucosa: este examen de sangre mide la glucosa después de que no has comido ni tomado nada en ocho horas y dos horas posteriores a una comida o bebida rica en azúcar

Luego de que el medico realice el diagnóstico de diabetes, es importante saber el tipo de diabetes, basándose en los síntomas que se presentan, peso corporal y otros exámenes de sangre.

Tratamiento (MinSalud)

Medicamentos para el tratamiento de la diabetes tipo 2

A veces la dieta y ejercicio no son suficientes para controlar los niveles de glucemia o azúcar en la sangre, por lo que el profesional de la salud puede considerar importante la adición de medicamentos orales o de insulina para el manejo de la diabetes tipo 2. Estos medicamentos son

útiles para el tratamiento y es frecuente que en la receta médica haya la combinación de más de uno de estos medicamentos:

- Los inhibidores de la alfa-glucosidasa (acarbose).
- Las biguanidas (metformina).
- Los medicamentos inyectables (como exenatida, mitiglinida, pramlintida, sitagliptina y saxagliptina).
- Las meglitinidas (que incluyen repaglinida y nateglinida).
- Las sulfonilureas (como glimepirida, gliburida y tolazamida).
- Las tiazolidinedionas (como rosiglitazona y pioglitazona). La rosiglitazona puede aumentar el riesgo de problemas cardíacos, por lo que se debe consultar con el médico.

Nutrición

Es importante consultar con un grupo de profesionales de la salud cuáles son los gustos, necesidades y requerimientos para hallar la mejor opción de alimentación. También es relevante conocer qué tantos carbohidratos (papa, arroz, plátano) y azúcares (postres, dulces, gaseosa), alimentos que proveen energía, se consumen en cada comida. Esto ayudará a determinar la dosis de insulina que debe usarse, para mantener un control adecuado de glucosa en la sangre.

Hay otros dos componentes importantes de la comida que se ingieren diariamente: proteínas y grasas. Estos dos tipos de nutrientes también pueden cambiar los niveles de glucosa en la sangre, aunque el efecto no es tan inmediato como el de los azúcares y los carbohidratos.

Actividad física

El ejercicio es una parte importante del manejo de la diabetes. Antes de empezar a practicar deporte se recomienda hacerse una glucometría para saber si es necesario comer un alimento o no antes de hacer ejercicio.

Si es de las personas que no tienen como costumbre hacer ejercicio, pensar en maneras inteligentes de cómo incorporar el ejercicio al estilo de vida. Por ejemplo se puede empezar con 10 minutos diarios de ejercicio, como una caminata rápida, tres veces a la semana e ir incrementándolo hasta que se hagan sesiones de 15 minutos, dos veces al día, diariamente. Una estrategia que se puede implementar es hacer que las actividades de la vida diaria cuenten como ejercicio. Por ejemplo, se puede caminar distancias cortas desde la universidad hasta la casa o trabajo, no usar el ascensor, si no las escaleras, hacer ejercicio mientras se ve televisión, elegir videojuegos que tengan algún tipo de actividad física entre otros.

Evaluación de logros de la intervención



Resultados esperados

El modelo teórico planteado en el programa que queremos brindar es el de educación en diabetes pero centrado en la persona y no en la enfermedad; el cual se basará en los principios de la participación interactiva y el apoyo del grupo a la toma de decisiones individuales, lo cual se espera que sea un programa eficaz buscando el incremento de la comprensión sobre la enfermedad, en el desarrollo de habilidades para afrontar el tratamiento y en el cambio de los comportamientos.

El algoritmo de trabajo que partió de la práctica cotidiana hacia el desarrollo teórico para regresar nuevamente a la práctica y transformarla permitió un avance en espiral desde el producto inicial hasta su generalización a todo el Sistema Nacional de Salud, y también ha sido útil a otros países de la región; ya que nos basamos en un programa cubano el cual comenzó aproximadamente hace 25 años. (Rosario Garcia, 2007).

Teniendo en cuenta de que una de las causas de la problemática es la escasa educación sobre la enfermedad en la población objeto de estudio se espera como resultado un proyecto en el que

se generen todas las herramientas, metodologías y técnicas que se van a usar para educar y concientizar a las personas sobre la importancia de la preservación de la salud y cuidados adecuados por parte de ellas

- Un informe en donde se encuentren determinadas y descritas las principales caracterizaciones de la enfermedad Diabetes Mellitus II, en la población objeto de estudio.
- Teniendo en cuenta la magnitud de la problemática se espera que se definan las alternativas de comportamientos saludables que permitan mitigar los efectos de la enfermedad y/o en su defecto el padecimiento de la misma.
- Se espera a través de las reuniones establecidas con la comunidad afectada llegar a un acuerdo donde ellos contribuyan a través de actividades a recuperar el área afectada.
- Al finalizar el proyecto se espera que la comunidad tenga una perspectiva diferente sobre el cuidado de la salud y la implementación de estilos de vida saludable, y cambien todas las actividades que estaban desarrollando que perjudicaban la salud y podrían considerarse como factor determinante en el padecimiento de la enfermedad.
- Se espera como resultado un informe expuesto a los habitantes de la zona en el que les de toda la información necesaria de las actividades que deben realizar y las que deben dejar de hacer para preservar la salud y adquirir hábitos de vida saludable.

Referencias

- Agudelo, M & Dávila, C. (2015). Carga de la Mortalidad por diabetes mellitus en América Latina 2000-2011: Los Casos de Argentina, Chile, Colombia y México. *Gaceta sanitaria*, 29 (3), 172 -177. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.01.015>
- Carmen, L. M. (1991). *Efecto hipocluemiente de tres plantas*. Iztapalapa, México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Cabrera, D. (2018) Diabetes, enfermedad que se agudiza en Colombia. *Rcnradio.com* recuperado el 24 de noviembre de 2019 de: <https://www.rcnradio.com/salud/diabetes-enfermedad-que-se-agudiza-en-colombia>
- Eeuu, B. N. (28 de Octubre de 2018). *Medline Plus*. Recuperado el 22 de Noviembre de 2019, de Como prevenir la diabetes: <https://medlineplus.gov/spanish/howtopreventdiabetes.html>
- Fundación para la Diabetes, (2018). La diabetes en números *fundaciondiabetes.org* recuperado el 24 de noviembre de 2019 de: <https://www.fundaciondiabetes.org/general/84/veamos-suimportancia>
- García Arnaiz Mabel. La emergencia de las sociedades obesogénicas o de la obesidad como problema social. *Revista de nutrición* Vol 22 Nro 1. Enero/Febrero 2009. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732009000100001
- La opinión, (2018) en Colombia 4,5 millones de personas sufren de diabetes. *Laopinion.com* recuperado el 24 de noviembre de 2019 de: <https://www.laopinion.com.co/en-colombia-45millones-de-personas-sufren-de-diabetes-85713#OP>
- López María del Carmen, Efecto Hipoglucemiente de tres plantas. Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa. México. Septiembre 1991. Disponible en: <http://148.206.53.84/tesiuami/UAM7455.pdf>

Mabel, G. A. (2009). La emergencia de las sociedades obesogénicas o de la obesidad como problema social. *Revista de Nutricao Vol 22 No. 1*, 12-23.

Martínez, J. (2015). ¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2?. Guía de actualización en Diabetes. Recuperado el 25 de Noviembre de 2019, de <https://redgdps.org/gestor/upload/GUIA2016/P3.pdf>

Ministerio de Sanidad, S. S. (2012). Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud . *Actualización Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*, 1 - 108.

Mora C., Duque S., Perlaza G., Martinez G., Holguin J. Analisis de Situación Integrada de Salud de Santiago de Cali año 2017. Colombia: Secretaria de Salud Pública Municipal Cali.
Disponibile en:
http://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/33386/publicaciones_o_boletines/

Ramírez, L.M. (2007). *Factores de Riesgo Asociados a Diabetes Mellitus Tipo II en pacientes que asisten al programa de dispensarizados del Centro de Salud Adolfo Largaespada, San Carlos, Río San Juan, en el período comprendido de Abril a Diciembre del 2006*. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Restrepo Mesa Sandra Lucía y otros. ¿Contribuyen los programas de prevención y tratamiento de la hipertensión arterial al control de la enfermedad?. Publicado en *Perspectivas en Nutrición Humana*. ISSN 0124-4108 Vol 10 No. 1 Enero-Junio de 2008.
Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, pp 51-62.

Rivas Aleida. Diabetes y embarazo: acuerdos y controversias sobre el diagnóstico y tratamiento. *Salus* Vol 19 Num 1 abril 2015. Pp 29-35. Universidad de Carabobo. Bárbula Venezuela. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3759/375939029006.pdf>

Rodriguez, M. (2000). *Compendio de cirugía básica internado rotatorio de cirugía*. Buenos Aires: AFACIMERA.

Rosario Garcia, R. S. (2007). Resultados de la estrategia cubana de educación en diabetes tras 25 años de experiencia. *Revista cubana Salud Publica*, 33(2), 18.

Rodriguez Mario, Compendio de cirugía básica. Internado Rotatorio Cirugía. Facultad Medicina UNNE Corrientes. Argentina. 2000.