



Análisis del Costo Financiero de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en Pacientes Indígenas Chontales del Poblado Guaytalpa, Nacajuca, Tabasco

Dr. Armando Mayo Castro
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
mayo_castro_armando@hotmail.com

Dra. Beatriz Pérez Sánchez
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
beatrizperez10@hotmail.com

Recibido el 30 de agosto de 2018; aceptado el 16 de octubre de 2018; disponible en Internet el 31 de diciembre de 2018

Resumen:

La diabetes mellitus (DM) es uno de los principales problemas de salud mundial, entre otras razones por su elevada prevalencia, su importante coste económico y el número de muertes prematuras que provoca. Conocer el costo que conlleva un paciente diabético desde su control, tratamiento y sus complicaciones es una prioridad. La metodología fue: Se revisaron varios artículos relacionados, así como información proporcionada por la Secretaría de Salud en 2016.

Se realizó un análisis de una comunidad indígena chontal del Poblado Guaytalpa del municipio de Nacajuca. Donde la comunidad tiene un total de 2,469 habitantes, (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), 2010); en el 2016 hubo un total de 563 pacientes diabéticos de nuevo ingreso, control y tratamiento Sistema de Información de Salud (SIS), 2017. Datos por la Jurisdicción Sanitaria Nacajuca. Esto nos indica que 22.80 % de la población está afectada por la diabetes mellitus. Esto implica que por esta enfermedad se tiene un gasto catastrófico que aporta el sector salud. Se genera un monto total de \$84,863.00 pesos por paciente diabético.

Para solucionar este problema de salud pública se debe de trabajar en corresponsabilidad, paciente, familia, comunidad, personal de salud y gobierno. Hoy en día se ha enfocado a trabajar en atención primaria la salud de manera preventiva y hacer un lado lo curativo que años atrás se dio prioridad. Todos los sectores de salud han tomado un acuerdo sobre la universalización de salud para que no exista una desigualdad de atención.

Palabras Claves: Costo; Paciente; Gasto Público; Salud

Códigos JEL: I11, I12, I18

Analysis of the Financial Cost of Type 2 Diabetes Mellitus in Chontal Indigenous Patients from Guaytalpa Village, Nacajuca, Tabasco

Abstract:

Diabetes mellitus (DM) is one of the main problems of global health, among other reasons due to its high prevalence, its important economic cost and the number of premature deaths that causes. To Know the cost of a diabetic patient from their control, treatment and complications is a priority. The methodology was: Several related articles were reviewed, as well as information provided by the Secretary of Health.

An analysis of an indigenous Chontal community of the Guaytalpa Village of the municipality of Nacajuca was carried out. Where the community has a total of 2,469 inhabitants, (INEGI, 2010), in 2016 there were a total of 563 new diabetic patients, control and treatment (SIS Health Information System, 2017). Data by the Nacajuca Sanitary Jurisdiction. This indicates that 22.80% of the population is affected by diabetes mellitus. This implies that this disease has a catastrophic expenditure that contributes the health sector. A total amount of \$ 84,863.00 pesos is generated per diabetic patient.

In order to solve this public health problem, it is necessary to work in co-responsibility, patient, family, community, health personnel and government. Nowadays, it has focused on working in primary health care in a preventive way and to make a side of the curative that was given priority years ago. All health sectors have reached an agreement on the universalization of health so that there is no inequality of care.

Keywords: Cost; Patient; Public Spending; Health

JEL Codes: I11, I12, I18

1. Introducción

1.1 Antecedentes

La diabetes mellitus (DM) se puede considerar como uno de los principales problemas de salud mundial, entre otras razones por su elevada prevalencia, su elevado costo económico y el número de muertes prematuras que provoca. Desde el punto de vista clínico es un grupo heterogéneo de procesos cuya característica común es la hiperglucemia, como resultado de defectos en la secreción de la insulina, habitualmente por destrucción de las células betapancreáticas de origen autoinmunitario en la diabetes mellitus tipo 1 (DM1), o una progresiva resistencia a la acción periférica de la insulina, con o sin déficit asociado en la secreción, en la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) (Organización Mundial de la Salud, 2016).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el año 2002 existían en el mundo, por cada 100 000 habitantes, unas 3.000 personas con DM y se producían 190 nuevos casos al año. Las previsiones de la OMS para el año 2030 son de 366 millones de diabéticos en todo el mundo. La mayoría de ellos serán DM2; esta afección alcanzará dimensiones de auténtica epidemia en los países desarrollados. Este importante incremento se atribuye al crecimiento y el envejecimiento de la población, la mayor frecuencia de obesidad, la falta de ejercicio y la urbanización. Cuantificar la prevalencia y el número de personas afectadas por la diabetes es, por lo tanto, clave para la planificación y la distribución de recursos.

Las poblaciones que han cambiado su modo de vida tradicional por estilos de vida modernos tienen las tasas más elevadas. La DM2 es la punta del iceberg de un conjunto de factores de riesgo cardiovascular descritos como «síndrome del nuevo mundo» o síndrome metabólico. Altas

prevalencias de obesidad, diabetes e hipertensión, junto al tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y la alta ingesta de calorías son una clara consecuencia del proceso de modernización o «coca-colonización». Uno de estos estudios predice un cambio de tendencia en la esperanza de vida en el siglo XXI debido a la importancia que están tomando estos problemas de salud.

La diabetes, junto con sus devastadoras complicaciones macro y microvasculares, está suponiendo un alto coste socioeconómico, una carga para los niveles secundarios y terciarios de los servicios públicos de salud en los países pobres, y en los países ricos afecta sobre todo a los sectores más desfavorecidos. Para controlar las dimensiones que está tomando el problema de la DM2 se requieren cambios en la estructura de los servicios de salud: disponer de recursos suficientes, coordinación efectiva de todos los niveles de la administración sanitaria, equipos interdisciplinarios de salud y contar con los profesionales y las sociedades de autoayuda de diabéticos.

La declaración de Sant Vincent señaló la necesidad urgente de actualizar los conocimientos epidemiológicos sobre la diabetes en cada uno de los países europeos para establecer estrategias de prevención y tratamiento de sus complicaciones.

1.2 Desigualdades Sociales

El importante crecimiento en la última década en la prevalencia de esta enfermedad en todo el mundo ha estimulado el estudio de la posible existencia de desigualdades de tipo social, de sexo y/o de atención sanitaria a pacientes con DM2. La búsqueda de gradientes sociales se ha realizado desde distintas perspectivas, en la población general o en grupos específicos de población (minorías étnicas); en los factores de riesgo de esta enfermedad; en el acceso y la calidad de la atención sanitaria a los enfermos y en la morbilidad asociada a esta enfermedad.

Algunos estudios han demostrado la relación entre el nivel socioeconómico (NSE) y la frecuencia de enfermedades crónicas como la DM2, en el sentido de que los más desfavorecidos social y materialmente presentan una prevalencia mayor de la enfermedad.

La provisión y la calidad de los servicios de atención primaria a los pacientes con DM puede ser importante para reducir el impacto de las desigualdades. En este ámbito se ha podido constatar que pobres, mujeres y minorías étnicas reciben una atención de peor calidad, hallazgo por otra parte, repetidamente observado en otras afecciones.

En las últimas décadas, el mundo ha sido testigo de incrementos significativos en indicadores de morbilidad, mortalidad y económicos por la diabetes mellitus, cuya prevalencia pasó del 4.7% en 1980 al 8.5% en 2014. Este comportamiento de la diabetes mellitus se atribuye a diversas causas, pero en gran parte se relaciona con el rápido aumento del sobrepeso, la obesidad y la inactividad física, que afectan principalmente a los países de ingresos medios y bajos, donde cada siete segundos muere una persona a causa de esta enfermedad. En México, la prevalencia de la diabetes mellitus estimada en 2012 fue del 9.2%, y la tasa de mortalidad fue de 70 por 100.000 habitantes, lo que ubica a este padecimiento como la principal causa de muerte en el país. Se estima que la atención de la diabetes mellitus representa el 15% de los recursos invertidos por las instituciones de salud en México. De estas, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) produjo el 45.5% del total de egresos hospitalarios reportados por el sistema público de salud del país entre los años 2008 y 2017, lo que hace suponer que fue esta institución la mayor ejecutora de recursos económicos por esta causa. La diabetes mellitus puede producir afectación en cualquier parte del organismo y es causa de una alta proporción de muertes prematuras. Entre sus complicaciones más frecuentes se encuentran problemas cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, amputación de piernas, pérdida de la visión y daños neurológicos. Durante el embarazo, aumenta el riesgo de muerte fetal y produce otras

complicaciones. La atención de las complicaciones de la diabetes mellitus repercute de manera importante en las economías individuales y colectivas (las personas y sus familias, los sistemas de salud y las economías de los países), por los costos médicos directos y la pérdida productiva asociada a mermas laborales.

Los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) son una herramienta de gestión que permite, entre otras cosas, estimar el costo directo hospitalario de forma agrupada. Es un método ampliamente utilizado en el ámbito internacional. Dentro de sus bondades se encuentra el que considera todos los recursos utilizados por las instituciones en la atención hospitalaria para distintas afecciones, es decir, que incluye todos los centros de costos e insumos que participan en el proceso de producción de los servicios de atención a la salud. Adicionalmente, se espera que los GRD, en contextos de carencia de recursos, contribuyan a universalizar la cobertura de la atención a la salud y al intercambio de servicios entre instituciones. México está considerado como un país con una baja proporción de recursos destinados a la salud (6.2%) y con un gasto en salud, en proporción al producto interior bruto, por debajo del promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (9.3%)¹³ e incluso de otros países con características similares, como Colombia (7.2%), Chile (7.8%), Brasil (8.3%) o Costa Rica (9.3%)¹⁴. Se desconoce qué tantos más recursos se requerirían para dar cumplimiento a las necesidades de salud. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es una de las principales instituciones proveedoras de atención hospitalaria por diabetes en México (46% de los egresos, correspondientes a trabajadores del sector formal de la economía), superando incluso a la Secretaría de Salud (38%), que atiende a la población sin seguridad social. El IMSS ha diseñado sus propios GRD que permiten clasificar a sus pacientes en grupos clínicamente coherentes y con un similar consumo de recursos, según la información registrada en las historias clínicas de sus usuarios y la posibilidad de utilizarla como herramienta de costos y de gestión

hospitalaria. Se registraron 411 302 egresos hospitalarios por diabetes mellitus, con un costo de 1563 millones de dólares. El 52.44% correspondieron a hombres y el 77.26% fueron por diabetes mellitus tipo 2. El mayor costo es atribuible a las complicaciones circulatorias periféricas (34.84%) y a las personas con 45-64 años de edad (47.1%). En el periodo analizado, los egresos disminuyeron un 3.84% y los costos totales un 1.75%. Las complicaciones que provocaron mayor variación de los costos fueron la cetoacidosis (50.70%), las oftálmicas (22.6%) y las circulatorias (18.81%). (Salas, et. al., 2016).

En el 2016 en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales a los Trabajadores del Estado (ISSSTE) la prevalencia fue 13.4% costo por persona es \$2,648 costo complicaciones \$84,863.

El control de las personas con diabetes se ha convertido en uno de los problemas sanitarios de mayor complejidad en el mundo, y compromete la forma como las autoridades sanitarias desarrollan y aplican estrategias, políticas, programas y recursos asignados para su atención. Una de las funciones esenciales que han sido identificadas como críticas para la práctica de la salud pública en los países de las Américas es la garantía de calidad de los servicios de salud. Dentro de los elementos básicos que permiten medir su alcance, está la utilización de la evaluación de las intervenciones de salud con el mayor nivel de rigor científico. La evaluación de las intervenciones de salud en la diabetes mellitus es un tema al que están asociados diferentes factores y, en especial, elementos que forman parte esencial de lo que sienten, quieren, padecen y esperan las personas. Por estas razones, ya se ha estudiado acerca de la atención en diabetes mellitus a partir de las perspectivas del paciente y el equipo de salud, entendidas como el punto de vista acerca del control del padecimiento, lo que piensan, sienten y esperan de los servicios de salud y el papel de sí mismos, empleando técnicas cualitativas, particularmente la teoría fundamentada. El presente estudio se ha orientado a conocer las perspectivas de los familiares de los pacientes, como una manera de abordar todos los componentes para tener una

visión integral de un problema sanitario que alcanza proporciones de gran magnitud. La familia es y será el primer recurso ante cualquier crisis o problema de salud de sus integrantes; el propósito de una familia es proveer de un contexto que apoye los logros necesarios para todos sus miembros. El apoyo familiar repercute en la enfermedad, su evolución y desenlace; se considera elemento fundamental para desarrollar conductas de salud y autocuidado, así como en la adhesión del enfermo al tratamiento médico. El objetivo alternativo es identificar las perspectivas de los integrantes de la familia de los pacientes en la calidad el control de la diabetes mellitus y el costo que lleva en las complicaciones de su enfermedad.

1.3 El contexto social y organizativo

Dentro de las perspectivas expresadas por los familiares de los pacientes con diabetes mellitus, destacan la invisibilidad del paciente ante la sociedad y el contexto que les rodea, llámese gobierno, instituciones, políticas en salud y empresas expendedoras de alimentos adecuados para los pacientes o personas que desean cuidar su salud. Si consideramos la capacidad económica o adquisitiva que tiene un paciente promedio en México, difícilmente puede acceder a establecimientos donde los platillos sean agradables, bien presentados y que cumplan con sus requerimientos nutricionales. Lograr un buen control de la enfermedad no solo depende del paciente o los prestadores de la atención médica; los familiares también son un recurso indispensable a incluir dentro de las estrategias e intervenciones de salud. Los resultados de este estudio revelan discordancia entre las perspectivas de los pacientes y las de sus familias, observadas también en otras investigaciones. Es necesario asumir la necesidad de búsqueda de soluciones, en las cuales se pueden considerar 4 grandes aspectos, siendo uno de ellos la atención sanitaria, ya que la forma como está diseñada no es coherente para este tipo de pacientes. Por otra parte, las personas con diabetes están sometidas a sus propios temores e indefensión, a los del medio y, como se aprecia en este trabajo, a los de su propia familia. El contexto es entendido como

todo aquello que no pertenece a los pacientes con diabetes, a sus familias, ni a los prestadores que los atienden, pero están de alguna manera relacionados. Tal es el caso de las estrategias, programas, políticas, sistema de organización y operación, así como la legislación sanitaria y los establecimientos de comida utilizados por los pacientes. Las familias también hacen referencia a este grupo en sus discursos, y son críticos en cuanto a que no toman en cuenta el problema real que enfrentan las personas con diabetes. El contexto en general, para ellos, resulta agresivo y frustrante (Avalos et. al., 2013).

Los integrantes de la familia son la red de apoyo más cercana para el paciente y un recurso inapreciable para los servicios de salud en la búsqueda de alternativas para alcanzar una mejor calidad de vida. Se debe dar un paso más para la gestión, que propicie la acción conjunta de las instituciones sanitarias, sectores gubernamentales, empresas, organismos, familia y sociedad en general. Todo lo anterior plantea la necesidad de reformular la salud pública, bajo nuevos conceptos que realmente asuman de manera sistémica, no solo los problemas de financiación, sino también aquellos determinantes sociales, psicológicos, relacionales y contextuales que la condiciona (Cifuentes & Yefi, 2005).

1.4 Envejecimiento poblacional

El envejecimiento de la población, va a ser un desafío demográfico para muchas entidades federativas en los próximos cincuenta años. Sus implicaciones para los sistemas socioeconómicos, como los sistemas de pensiones, la atención en salud o las estructuras de parentesco y de hogares, pueden ser considerables. Las proyecciones muestran que esta no es una realidad actual, pero es probable que se alcancen niveles significativos de envejecimiento poblacional hacia mediados de este siglo a pesar de que la magnitud, la velocidad y el tiempo tienden a variar. La disminución progresiva de los bajos

niveles de fecundidad y el descenso de la mortalidad, así como la prolongación de la vida entre las personas de mayor edad, resulta en el envejecimiento de la población.

Los flujos migratorios netos positivos o negativos tienden a atenuar o intensificar los procesos de envejecimiento de los países.

El reto principal del envejecimiento demográfico radica en la necesidad de implementar políticas públicas referentes a los servicios de salud, dado que habrá una demanda creciente de atención por enfermedades crónico-degenerativas, sin dejar de lado la atención a los otros grupos de edad. El envejecimiento poblacional puede tener impactos económicos, pues cada vez veremos más personas de 65 y más años de edad pasar a la inactividad económica, sumados al contingente de población que por distintas razones se encuentra sin empleo. Si relacionamos con este hecho la notoria reducción de los grupos de edad jóvenes, veremos igualmente una merma de la capacidad productiva en la sociedad que inevitablemente afectará la capacidad de transferencias intergeneracionales para los cuidados y servicios públicos que se habrán de requerir a la edad de retiro.

El aumento de población de adultos mayores necesitará del desarrollo de programas y estrategias que estén orientados a incrementar la cobertura en seguridad social, al acceso a servicios de salud y al apoyo a las familias para que junto con las instituciones puedan enfrentar este proceso.

Durante el horizonte de proyecciones de población 2010-2030, se prevé que el crecimiento total de la población seguirá siendo positivo, si bien cada vez menor año con año. La mortalidad general pasará de 11.5 defunciones por cada 1000 habitantes en el año 2010 a 17.2 en 2030, claramente asociada con la transición epidemiológica y el aumento de las enfermedades crónico degenerativas.

En el mismo periodo, la natalidad mantendrá la tendencia a la baja al pasar de 47 nacimientos por cada 100 habitantes a 42 nacimientos, lo que refuerza la evidencia del envejecimiento por la reducción de la base en la pirámide poblacional.

El paso de una población joven a una envejecida implica un cambio en el peso relativo que tienen los grupos más jóvenes respecto de los más envejecidos, en este caso ganando terreno los segundos. La dependencia total en el periodo de 2010-2030 se prevé que pase de 55.2 a 48.8 personas dependientes por cada 100 personas en edad productiva; en cuanto al grupo infantil, pasará de 47.2 a 34.6 dependientes por cada 100 y; en relación con el grupo adulto mayor, pasará de 0.8 a 1.4 por cada 100 personas en edad productiva.

El avance del envejecimiento en la entidad, visto como la relación entre las generaciones más jóvenes y las más viejas, se espera que sea paulatino. En el año 2010 habían 17 adultos mayores por cada 100 jóvenes, 19 en 2013 y para el año 2030 se estima que habrán casi 41 adultos mayores por cada 100 jóvenes, situación que al compararse con el nacional ubica a Tabasco en el lugar 26 en el proceso de envejecimiento poblacional del país.

2. Resultados y propuestas

Es por eso que se realizó una investigación referente a la enfermedad de diabetes mellitus debido que es un problema de salud pública donde se buscara las perspectivas de los familiares diabéticos y el costo que lleva en tener esta enfermedad. Ya que aún no hemos logrado la corresponsabilidad del auto cuidado donde en la figura 1 se muestra las categorías y contenidos considerados en la investigación que se llevara a cabo en la población indígena del municipio de Nacajuca.

Figura 1. Categorías y contenidos considerados en la investigación



Fuente: *Elaboración Propia.*

En el municipio de Nacajuca tiene en tabla 1 muestra la cantidad total de la población así como la población indígena

Tabla 1. Población del Municipio de Nacajuca

NACAJUCA	POBLACIÓN TOTAL	POB. MASCULINO	POB. FEMENINO	POBLACIÓN INDÍGENA
<i>Total del Municipio</i>	115066	56593	58473	24282

Fuente: *Elaboración propia con base en INEGI 2010.*

Dentro de la investigación se muestra la tabla 2 de las localidades en que se ejecutó la investigación.

Tabla 2. Localidades en que se realizó la investigación

LOCALIDADES DE NACAJUCA	POBLACIÓN TOTAL	POB. MASCULINO	POB. FEMENINO	POBLACIÓN INDÍGENA
<i>Total</i>	19972	10052	9920	18153
<i>Guaytalpa</i>	2544	1247	1297	2469
<i>Mazateupa</i>	2304	1136	1168	1976
<i>Olcuatitán</i>	1732	869	863	1191
<i>Oxiacaque</i>	1928	1002	926	1716
<i>San Simón</i>	1131	591	540	1110
<i>San Isidro 1ra. Sección</i>	1094	549	545	1077
<i>Tecoluta 1ra. Sección</i>	1132	553	579	1131
<i>Tucta</i>	2015	1051	964	1600
<i>San Isidro 2da. Sección</i>	482	254	228	460
<i>Isla Guadalupe</i>	681	335	346	650
<i>San José Pajonal</i>	350	174	176	339
<i>Tecoluta 2da. Sección</i>	1689	851	838	1679
<i>Tapotzingo</i>	2890	1440	1450	2755

Fuente: *Elaboración propia con base en INEGI 2010.*

Dentro de la investigación en la tabla 3 se muestra las variables

Tabla 3. Variables del Estudio

Variables	
<i>Unidad Medica</i>	
<i>Genero</i>	
<i>Ámbito Geográfico</i>	se formara grupos focales
<i>Nivel de Estudios</i>	
<i>Parentesco</i>	
<i>Población Indígena Chontal</i>	

Fuente: *Elaboración propia.*

Referente al costo de la enfermedad de la diabetes Mellitus se realizó una investigación de una comunidad indígena chontal del Poblado Guaytalpa información proporcionada en la Jurisdicción Sanitaria Nacajuca, como el total de diabéticos correspondientes a los años 2013, 2014, 2015 y 2016. Datos que nos muestra el total de pacientes de ingresos así como de control y en tratamiento ver tabla 4.

Tabla 4. Pacientes Diabéticos

Poblado Guaytalpa				
Px Diabeticos	Nuevos Ingresos	Control	Tratamientos	Total
2013	2	230	28	260
2014	5	227	346	578
2015	3	89	382	474
2016	5	115	443	563

Fuente: Sistema de Información de Salud (SIS) 2017.

Si la población de Guaytalpa tiene 2,469 habitantes, pero en el 2016 muestra la tabla 4 de pacientes diabéticos hubo un total 563, vemos que el porcentaje de la población afectada en la diabetes mellitus es de 22% del total de la población. Observamos que la población afectada es muy alarmante. Debido que aún no se ha identificado el problema para darle a conocer a la población indígena la gravedad que enfrentamos y el alto costo de la enfermedad, la ven como algo normal, que no pasa nada.

Viendo desde la perspectiva del costo de un paciente diabético como se muestra en la tabla 5 revisando el costo del ISSSTE estiman el costo para el tratamiento de los diabéticos en su caso el costo de las complicaciones.

Tabla 5. Costo de la diabetes Mellitus

Pacientes de Diabetes	Costo
<i>control</i>	\$2,648.00
<i>complicaciones</i>	\$84,863.00

Fuente: ISSSTE, 2016 informe financiero.

Analizando la tabla 4 de los pacientes que por año de la comunidad indígena chontal de la localidad del Poblado Guaytalpa en el 2016 tiene un total de 563 diabéticos donde se muestra el total de gasto que tiene la Secretaría de Salud federal de mantener a estos diabéticos en control desconociendo si ya haya algún paciente con complicaciones como lo muestra la tabla 6.

Tabla 6. Costo del paciente diabético en el poblado Guaytalpa, Nacajuca, Tabasco.

Pacientes de Diabetes	Costo	Paciente diabético 2016	Costo total
<i>control</i>	\$2,648.00	563	\$1,490,824.00
<i>complicaciones</i>	\$84,863.00	?	?

Fuente: Elaboración propia.

2.1 Propuestas

La diabetes mellitus que enfrentamos hoy en día verdaderamente es un problema de salud pública, la administración financiera del costo de cada paciente diabético sin conocer la cantidad de diabéticos que presentan complicaciones, vemos que una de las enfermedades que le está costando al gobierno montos considerables- verdaderamente catastróficos debido que es una pandemia a nivel mundial y que hasta el momento no se ha podido frenar los casos nuevos cada año.

Para frenar esto debemos de trabajar de la siguiente manera:

- 1.- Dar a conocer a los diabéticos así como sus familiares que este problema se debe de asumir de manera de corresponsabilidad.

- 2.- Capacitar al personal de salud de tener a sus pacientes bien controlados ya que una complicación sería demasiado cara para el gobierno, que al final, es dinero del pueblo.
- 3.- Hacer más énfasis para la prevención de 1er Nivel de esta enfermedad.
- 4.- Empoderamiento de toda la población.
- 5.- Utilizar los recursos necesarios para la prevención de diabetes Mellitus.

3. Conclusión

Revisando el problema que enfrentamos a nivel mundial sin distinción de raza, población ni clase social. La catástrofe que le espera al país sobre esta enfermedad, es sumamente costosa, esto implica que se debe de trabajar en corresponsabilidad, paciente, familia, comunidad, personal de salud y gobierno sobre el gasto que genera esta problemática, hoy en día se ha enfocado a trabajar en atención primaria de la salud de manera preventiva y hacer un lado lo curativo que años atrás se dio prioridad. Todos los sectores de salud han tomado un acuerdo sobre la universalización de salud debida que existe una desigualdad de atención.

4. Referencias

- Avalos, M.I. López, H. Priego, R. Córdova, J. Morales, H. (2013) Barreras y perspectivas del personal de salud en el control de la diabetes mellitus en unidades médicas de la seguridad social de Tabasco: un estudio cualitativo. Horizonte sanitario. Volumen 12 No.3. Recuperado el 27 de marzo 2017, de <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/85/838>
- Cifuentes, R.J. & Yefi Q. (2005) La familia ¿apoyo o desaliento para el paciente diabético? Tendencias en salud pública: salud familiar y comunitaria. Recuperado el 27 de marzo 2017, de http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/La_Familia_y_el_paciente_diabetico.pdf

INEGI (2010) Censos de Población. Recuperado el 12 de enero 2017, de http://www.inegi.org.mx/sistemas/consulta_resultados/Iter2010.aspx?_file=FD_ITER_2010.pdf

ISSSTE (2011) Introducción al Programa de Manejo Integral de Diabetes por Etapas (MIDE). Recuperado el 20 de marzo 2017, de <http://sgm.issste.gob.mx/medica/diabetes/doctos/Curso%20de%20Induccion%20al%20MIDE/Introduccion%20al%20programa%20MIDE.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2016). Global report on diabetes. Recuperado el 28 de enero 2017, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf

Salas, I. Palacio, S. Arcena, B. Hernandez, A. & Nieto, S. (2016). Costos Directos de las Hospitalaciones por Diabetes Mellitus en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Gaceta Sanitaria No. 7, pp.1-7.

Secretaria de Salud (2016). Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud. Recuperado el 29 de marzo 2017, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/77385/ACUERDO_NACIONAL_FIRMADO_7_ABRIL_2016.pdf,