



María de Jesús Díaz Marmolejo

Ciudad de México a 09 de septiembre de 2025

SENADORA LAURA ITZEL CASTILLO JUÁREZ
PRESIDENTA DE LA MESA DIRECTIVA
SENADO DE LA REPÚBLICA.
PRESENTE.

Quien suscribe, **María De Jesús Díaz Marmolejo, Senadora integrante del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional** de la LXVI Legislatura del H. Congreso de la Unión, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 71, fracción II, 72 y 135 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; así como por los artículos 8, numeral 1, Fracción I; 163, fracción I; 164; 169, 171, numeral 1; 172 y demás aplicables del Reglamento del Senado de la República; sometemos a la consideración del Constituyente Permanente, la siguiente **Iniciativa con Proyecto de Decreto** por el que se expide la **Ley General Para La Prevención, Detección, Atención Integral y Control se la Diabetes y sus Complicaciones**, lo anterior, al tenor de la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

"La idea de que algunas vidas importan menos es la raíz de todo lo que está mal en el mundo."
Paul Farmer, médico y activista en salud global.

La diabetes mellitus constituye una amenaza para la salud pública en nuestro país, por su magnitud, letalidad evitable, costos sociales y financieros y por las brechas en prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento continuo y manejo de complicaciones, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022, la prevalencia combinada de diabetes diagnosticada y no diagnosticada en personas adultas alcanza 18.3%, en tanto que la prediabetes afecta a 22.1% de la población, evidenciando un enorme contingente

de riesgo que demanda intervención precoz y sostenida¹. Ensanut 2022 estima además millones de casos no reconocidos en la comunidad, lo que perpetúa el daño micro y macrovascular por diagnósticos tardíos y controles glucémicos subóptimos. Estas cifras, sumadas al comportamiento histórico ascendente de la prevalencia desde 2006, imponen al Estado la obligación de reorganizar su respuesta conforme al derecho a la protección de la salud consagrado en el artículo 4o. constitucional.²

El aumento en la tasa de mortalidad confirma la urgencia en implementar mecanismos de contención, según datos preliminares publicados el 8 de agosto de 2025, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía reporta que la diabetes mellitus ocupa el segundo lugar entre las causas de defunción a nivel nacional, solo detrás de las enfermedades del corazón;³ en 2023 se registraron 110 174 decesos por esta causa. Este patrón subraya que la enfermedad no es solo frecuente, sino letal y cada vez más concentrada a partir de la edad productiva, con consecuencias directas sobre productividad, ingreso de los hogares y finanzas públicas.

La diabetes es además el principal motor de complicaciones crónicas prevenibles como lo es la retinopatía, enfermedad renal crónica, pie diabético y eventos cardiovasculares cuyo tratamiento tardío resulta más costoso e inefectivo que las intervenciones oportunas. La evidencia regional y global recogida por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud documenta el exceso de riesgo de infarto y evento vascular cerebral, el papel de la neuropatía y la isquemia en la génesis de úlceras y amputaciones, y la retinopatía como causa relevante de ceguera evitable en personas en edad laboral⁴; el Pacto

¹ de artículo Prevalencia de prediabetes y diabetes en México: Ensanut 2022. <https://siid.insp.mx/documents/curriculum/articles/indicators/8lahtV4ADFoxSIPhtSmbIxZnX9M8QIWFPD6UL36B.pdf>

² f). Saludpublica.mx., de <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14832>

³ de Defunciones Registradas, E. (s/f). COMUNICADO DE PRENSA 117/25. Org.mx. Recuperado, de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/edr/EDR2024_CP_ene-dic.pdf

⁴ Diabetes. (s/f). Paho.org, de <https://www.paho.org/en/topics/diabetes>

Mundial sobre la Diabetes (Global Diabetes Compact)⁵ esta normativa internacional insta a los países miembros a garantizar acceso asequible a diagnóstico, insumos y tratamientos esenciales en un marco de cuidados integrales, estas directrices internacionales nos obligan a alinear nuestra normatividad y nuestras políticas sectoriales.

En términos económicos, la progresión de esta enfermedad cuando no es controlada genera gastos catastróficos para familias que cuentan con algún miembro que padece esta condición y las enfermedades ocasionadas por esta condición derivan en un aumento creciente en cuanto a gastos que terminan por representar costos directos al erario, tal es el supuesto en enfermedad renal crónica, donde el costo institucional anual de la hemodiálisis en el sistema público se ha estimado en el orden de cientos de miles de pesos por paciente⁶, con impactos presupuestarios significativos; en pie diabético, múltiples análisis han mostrado que las amputaciones mayores incrementan drásticamente los costos frente a estrategias de prevención y manejo integral, a la inversa, modelos de equipos multidisciplinarios para "salvar la extremidad" han demostrado reducciones sustantivas (reportadas en la literatura entre 39% y más de 50%) de amputaciones mayores cuando se adoptan rutas de atención coordinadas en tiempo y forma, estas pruebas económicas y clínicas justifican normar redes de atención, centros de pie diabético, y mecanismos de referencia contra-referencia con evaluación de resultados e incentivos por calidad⁷.

La población pediátrica y adolescente con diabetes tipo 1 enfrenta condiciones particulares como son, la dependencia absoluta de insulina, riesgo de hipoglucemias severas y cetoacidosis, y una vida escolar que exige apoyos razonables, la práctica clínica contemporánea recomienda la monitorización continua de glucosa (CGM, en tiempo real

⁵ *The WHO global diabetes compact.* (s/f). Who.int. Recuperado, de <https://www.who.int/initiatives/the-who-global-diabetes-compact>

⁶ *Costo institucional del paciente con enfermedad renal crónica manejada con hemodiálisis.* (s/f). Gob.mx, de https://revistamedica.imss.gob.mx/index.php/revista_medica/article/view/3690/4255

⁷ (S/f-b). Redalyc.org., de <https://www.redalyc.org/journal/3455/345551804005/html/>

o intermitente) como estándar de manejo, con meta-análisis y ensayos aleatorizados que evidencian mejoras en HbA1c y tiempo en rango, los organismos rectores actualizaron sus guías: en 2022, NICE en el Reino Unido recomendó ofrecer monitoreo continuo de glucosa a todas las personas con tipo 1, y el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido financia de forma universal estos dispositivos; la American Diabetes Association, en sus "Standards of Care in Diabetes 2025", reitera el papel de la tecnología en la mejora de resultados clínicos y de seguridad, este cuerpo de evidencia, además de experiencia comparada (Reino Unido y España con financiamiento público de sensores tipo "flash"), valida que México garantice Monitoreo Continuo de Glucosa (MCG) para todas las personas con tipo 1 y criterios clínicos en tipo 2, priorizando poblaciones vulnerables, y establezca protocolos escolares que incluyan planes individuales, capacitación de personal y disponibilidad de glucagón.⁸

En la diabetes tipo 2 del adulto, el enfoque debe trascender el control glucémico aislado e incorporar terapias con beneficio cardio-renal demostrado, las guías 2025 de la ADA recomiendan considerar inhibidores SGLT2 y agonistas de GLP-1 en personas con enfermedad cardiovascular establecida o riesgo alto y especialmente en quienes cursan con enfermedad renal crónica, por su efecto en la reducción de eventos y progresión renal más allá de la glucosa, la evidencia reciente sugiere, además, beneficios renales consistentes de los agonistas GLP-1, en este contexto, resulta procedente mandar por ley guías clínicas mexicanas vinculantes y listas de insumos esenciales que contemplen estas clases terapéuticas con criterios de costo-efectividad y protección financiera, así como farmacovigilancia activa y compra consolidada transparente.⁹

La retinopatía diabética y la neuropatía periférica

⁸ *Diabetes*. (s/f). Paho.org. de <https://www.paho.org/en/topics/diabetes>

⁹ Phillip, M., Achenbach, P., Addala, A., Albanese-O'Neill, A., Battelino, T., Bell, K. J., Besser, R. E. J., Bonifacio, E., Colhoun, H. M., Couper, J. J., Craig, M. E., Danne, T., de Beaufort, C., Dovc, K., Driscoll, K. A., Dutta, S., Ebekozien, O., Larsson, H. E., Feiten, D. J., ... DiMeglio, L. A. (2024). Consensus guidance for monitoring individuals with islet autoantibody-positive pre-stage 3 type 1 diabetes. *Diabetologia*, 67(9), 1731–1759. <https://doi.org/10.1007/s00125-024-06205-5>

requieren estrategias poblacionales de tamizaje y tratamiento oportunos. La literatura de la región y experiencias de telemedicina muestran que los programas de teleretinografía con lectura central y vías de referencia reducen retrasos diagnósticos y mejoran cobertura, siendo viables en sistemas con recursos limitados, normar el tamizaje anual de fondo de ojo con tecnologías validadas y estandarizar clínicas de pie diabético con podología, revascularización y control infeccioso es costo-efectivo y salva visión y extremidades.¹⁰

En el embarazo, la diabetes gestacional afecta de forma relevante a la salud materno-infantil. Materiales técnicos del Instituto Nacional de Salud Pública refieren que en México ocurre en torno a 14% de los embarazos, con efectos adversos prevenibles mediante tamizaje oportuno, seguimiento y metas de control. Por ello, la presente iniciativa integra un capítulo específico de detección y manejo durante la gestación y el puerperio, y de seguimiento posparto para prevenir transición a diabetes tipo 2.¹¹

Del lado de la prevención, la actividad física y una alimentación saludable desde edades tempranas son determinantes, la OMS recomienda para niñas, niños y adolescentes al menos 60 minutos diarios de actividad física moderada a vigorosa, y ha llamado a los países a fortalecer políticas fiscales y regulatorias como impuestos a bebidas azucaradas que han mostrado disminuir compras y consumo. México, pionero en 2014 con su impuesto a bebidas azucaradas, registró reducciones significativas en las compras de estos productos en evaluaciones publicadas; la presente ley articula estas políticas intersectoriales con la ruta clínica, conectando escuela, espacio público, etiquetado y servicios de salud.¹²

¹⁰ Vivanco-Rojas, O., López-Letayf, S., Londoño-Angarita, V., Magaña-Guerrero, F. S., Buentello-Volante, B., & Garfias, Y. (2023). Risk factors for diabetic retinopathy in Latin America (Mexico) and the world: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 12(20), 6583. <https://doi.org/10.3390/jcm12206583>

¹¹ Portal INSP. (s/f). Insp.mx., de <https://www.insp.mx/informacion-relevante/hablemos-de-diabetes-gestacional>

¹² Physical activity. (s/f). Who.int., de <https://www.who.int/initiatives/behealthy/physical-activity>

La continuidad terapéutica depende también de un suministro confiable de insumos y medicamentos, reportes periodísticos y de observación ciudadana señalan periodos recientes con recetas no surtidas, afectando fármacos esenciales indicados para diabetes¹³; a la par, la autoridad federal ha anunciado mejoras y una mega compra con avances en cobertura para 2025-2026, más allá de coyunturas, nos corresponde establecer mecanismos de alerta temprana, tableros públicos de abasto, compras abiertas con trazabilidad y sanciones por incumplimiento, para blindar la cadena de suministro de insulinas, tiras reactivas, sensores y medicamentos de eficacia probada.

En el plano normativo nacional, la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010¹⁴ fija procedimientos de prevención, tratamiento y control, pero su rango, limita capacidades para garantizar financiamiento, cobertura universal de insumos tecnológicos críticos, integración obligatoria de redes de servicios y evaluación con transparencia, la Ley General de Salud contiene bases generales, y diversas leyes secundarias tocan piezas del rompecabezas (educación, derechos de niñas, niños y adolescentes, movilidad y espacios públicos), sin un marco específico que coordine y obligue metas verificables para la diabetes como entidad de alto impacto. La presente iniciativa crea el **Sistema Nacional para la Prevención y Atención Integral de la Diabetes**, con participación concurrente de federación, entidades federativas y municipios, y establece: un **paquete garantizado** de insumos esenciales incluida Monitoreo Continuo de Glucosa (MCG) para tipo 1 y criterios clínicos para tipo 2, tamizajes obligatorios por grupo etario y condición, retinopatía, pie, nefroprotección y embarazo, **rutas de atención** con tiempos máximos, **centros de excelencia**, redes de referencia, **registro nacional** con

¹³ Gómez, E. (2025, abril 14). *Persiste desabasto; IMSS no surtió 11 millones de medicinas en 2024*. El Universal. <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/imss-no-surtio-11-millones-de-medicinas-en-2024/>

¹⁴ NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, *Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus*. (s/f). Gob.mx., de <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4215/salud/salud.htm>

indicadores comparables, **financiamiento etiquetado** y protección financiera, **transparencia y rendición de cuentas** en compras y abasto, así como derechos y corresponsabilidades de pacientes, cuidadores y escuelas, esto armoniza el mandato constitucional y alinea a México con el Pacto Mundial sobre Diabetes y las mejores prácticas internacionales.

La experiencia comparada demuestra viabilidad y resultados: el Reino Unido adoptó cobertura universal de monitorización continua y la extendió hacia sistemas de páncreas artificial para personas con tipo 1; España financia sensores "flash" en su Sistema Nacional de Salud con impacto favorable en control y satisfacción del paciente¹⁵, el diseño propuesto incorpora estos aprendizajes, adapta criterios de elegibilidad a la evidencia y a la realidad fiscal mexicana, y condiciona la actualización del catálogo de insumos a evaluaciones costo efectivas transparentes.

Finalmente, el enfoque de derechos exige que niñas, niños y adolescentes con diabetes puedan ejercer su vida educativa y recreativa en igualdad de condiciones, las declaraciones y guías técnicas recientes establecen la necesidad de planes individuales de manejo en escuelas, capacitación de personal docente, y disponibilidad de glucagón para emergencias hipoglucémicas; la iniciativa incorpora estos estándares como obligaciones mínimas para autoridades educativas y de salud en coordinación con madres, padres y tutores.¹⁶

Por todo lo expuesto, esta soberanía considera imprescindible elevar a rango de ley una respuesta integral basada en evidencia que prevenga nuevos casos, detecte tempranamente a quienes ya viven con la condición, garantice insumos y tratamientos que reducen

¹⁵ *El Sistema Nacional de Salud amplía la financiación de los sistemas de monitorización de glucosa con sensores (tipo flash) en los adultos con diabetes tipo 1.* (s/f). Gob.es., de <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad/paginas/2019/080519-salud.aspx>

¹⁶ (S/f-d). Diabetesjournals.org., de <https://diabetesjournals.org/care/article/47/12/2050/157411/Diabetes-Care-in-the-School-Setting-A-Statement-of>

María de Jesús Díaz Marmolejo

complicaciones y muerte prematura, y organice redes de atención con calidad y transparencia, la **Ley General Para La Prevención, Detección, Atención Integral y Control se la Diabetes y sus Complicaciones** que se propone no es solo un instrumento sanitario; es una política de Estado para proteger el proyecto de vida de millones de mexicanas y mexicanos, cerrar brechas de inequidad y asegurar el uso eficiente y honesto de los recursos públicos bajo metas y resultados verificables.

La presente iniciativa tiene por objeto **hacer efectivo el derecho a la protección de la salud** de las personas con diabetes niñez, adolescentes y adultos mediante un andamiaje jurídico que asegure continuidad de tratamiento, acceso oportuno y calidad en la atención. Conforme a sus **Disposiciones Generales** y al **Sistema Nacional de Diabetes**, se establece una coordinación obligatoria entre Federación, estados e instituciones de seguridad social para que las decisiones clínicas y de abasto se tomen con criterios uniformes, metas verificables e indicadores públicos. Con ello se traduce el mandato constitucional del artículo 4º en reglas claras que evitan la fragmentación y ponen a la persona en el centro de la política sanitaria.

Para materializar ese objetivo, la iniciativa **garantiza insumos y rutas de atención basadas en evidencia**. El **Catálogo Universal de Insumos para Diabetes (CUID)** y el **Sistema de Alerta Temprana de Desabasto** obligan a surtir, sin interrupciones, insulinas, tiras, medidores y tecnologías de monitoreo como el **Monitoreo Continuo de Glucosa** priorizado para **Diabetes Mellitus tipo 1**, mientras que la **receta electrónica interoperable** asegura trazabilidad y continuidad del tratamiento. A la par, se ordena el **tamizaje y manejo de complicaciones** con estándares nacionales: **teleretina** anual, **nefroprotección** con IECA/ARA2 Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina/ Antagonistas del Receptor de Angiotensina II tipo 1 y iSGLT2 Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa cuando proceda y **manejo integral del pie diabético** con protocolos y tiempos máximos de referencia,

María de Jesús Díaz Marmolejo

aprovechando la red existente, nadie debería perder la vista, una extremidad o la vida por falta de una tira reactiva, una insulina o una referencia a tiempo; esta ley convierte esa convicción ética en obligación legal.

Finalmente, la iniciativa **reconoce y tutela derechos concretos** para que vivir con diabetes no implique discriminación ni puertas cerradas, los **derechos de pacientes y cuidadores** acceso continuo a insumos, ajustes razonables en escuela y trabajo, información clara y participación en decisiones se complementan con medidas específicas para contextos críticos: el **tamiz universal de diabetes gestacional** y su seguimiento posparto y el programa **Escuelas que Cuidan la Glucosa** con planes individuales y disponibilidad de glucagón, la **vigilancia y sanciones**, junto con la transparencia del **informe anual e indicadores de calidad**, cierran el círculo de legalidad y rendición de cuentas. En suma, esta ley no sólo organiza mejor al sistema: **devuelve certeza y dignidad** a millones de familias, asegurando que el diagnóstico de diabetes no sea una condena sino un punto de partida para una vida plena.

Por lo anterior expuesto, me permito someter a la recta consideración del Pleno de esta Honorable Cámara de Senadores de los Estados Unidos Mexicanos, el siguiente:

PROYECTO DE DECRETO

ARTÍCULO ÚNICO. -se expide la **Ley General Para La Prevención, Detección, Atención Integral y Control de la Diabetes y sus Complicaciones**, para quedar como sigue:

TÍTULO PRIMERO **Disposiciones Generales**

Artículo 1. Objeto.

La presente Ley es de orden público, interés social y observancia general en todo el territorio nacional. Tiene por

objeto reconocer, garantizar y regular el derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud en materia de prevención, detección, atención integral y control de la diabetes mellitus y sus complicaciones, en un enfoque de curso de vida.

Artículo 2. Ámbito de aplicación.

Las disposiciones de esta Ley son obligatorias para las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y de las entidades federativas, los municipios y demarcaciones territoriales, así como para las instituciones de seguridad social, prestadores públicos, sociales y privados de servicios de salud.

Artículo 3. Principios.

La interpretación y aplicación de esta Ley se regirá por los principios de universalidad, progresividad, igualdad y no discriminación, interculturalidad, continuidad del tratamiento, calidad y seguridad del paciente, enfoque comunitario, participación social e interés superior de la niñez.

Artículo 4. Definiciones.

Para los efectos de esta Ley se entiende por:

- I. Diabetes tipo 1 (DM1): trastorno autoinmune con déficit absoluto de insulina;
- II. Diabetes tipo 2 (DM2): trastorno metabólico con resistencia a la insulina y déficit relativo;
- III. Otras formas: diabetes autoinmune latente del adulto, diabetes monogénica del joven y monogénicas;
- IV. Diabetes gestacional (DG): intolerancia a carbohidratos diagnosticada por primera vez en el embarazo;
- V. Prediabetes: estados intermedios de glucosa alterada;
- VI. Atención integral: acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos;
- VII. Insumos esenciales para diabetes: medicamentos, dispositivos y reactivos requeridos para el control y manejo, conforme a esta Ley y su Reglamento;
- VIII. Centros Comunitarios de Diabetes (CCD): unidades territoriales de apoyo ambulatorio definidas en esta Ley;

María de Jesús Díaz Marmolejo

IX. Monitoreo Continuo de Glucosa (MCG): tecnología de sensores para lectura intersticial;

X. Teleretina: retinografía digital con lectura remota.

Artículo 5. Concurrencia.

La Federación, las entidades federativas y los municipios ejercerán sus atribuciones de manera coordinada y concurrente para el cumplimiento de esta Ley, sin perjuicio de las competencias establecidas en otros ordenamientos.

Artículo 6. Autoridad rectora.

La Secretaría de Salud será la autoridad rectora de la política nacional en la materia y presidirá el Sistema que crea esta Ley, sin perjuicio de las atribuciones de las instituciones de seguridad social.

Artículo 7. Perspectivas transversales.

Las políticas derivadas de esta Ley incorporarán de manera transversal las perspectivas de género, edad, discapacidad, derechos de los pueblos y comunidades indígenas y afroamericanas, así como accesibilidad e inclusión.

Artículo 8. Reglamentación y Normas.

El Ejecutivo Federal expedirá el Reglamento de esta Ley y actualizará las Normas Oficiales Mexicanas aplicables para su debido cumplimiento.

TÍTULO SEGUNDO

Sistema Nacional de Diabetes

Artículo 9. Creación.

Se crea el Sistema Nacional de Diabetes (SND) como instancia permanente de coordinación interinstitucional e intergubernamental para la planeación, ejecución y evaluación de la política pública en la materia.

Artículo 10. Integración.

El SND se integrará por la Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, IMSS-Bienestar, DIF, Secretaría de Educación Pública, Secretaría del

María de Jesús Díaz Marmolejo

Trabajo y Previsión Social, Comisión Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y por las autoridades estatales homólogas.

Artículo 11. Consejo Consultivo.

El SND contará con un Consejo Consultivo honorífico con representación de colegios profesionales, academia, organizaciones de pacientes, sector productivo y pueblos indígenas, el cual emitirá recomendaciones no vinculantes.

Artículo 12. Facultades del SND.

Son facultades del SND:

- I) aprobar el Programa Nacional de Diabetes;
- II) emitir guías de práctica clínica y rutas de atención;
- III) aprobar el Catálogo Universal de Insumos para Diabetes (CUID);
- IV) definir metas e indicadores nacionales;
- V) promover la armonización normativa.

Artículo 13. Programa Nacional de Diabetes.

La Secretaría de Salud someterá al SND, cada cinco años, el Programa Nacional de Diabetes con objetivos, metas, indicadores y presupuesto estimado.

Artículo 14. Convenios de coordinación.

La Federación celebrará convenios con entidades federativas y municipios para el cumplimiento de esta Ley, estableciendo aportaciones, metas físicas y financieras y mecanismos de evaluación.

Artículo 15. Transparencia y rendición de cuentas.

La Secretaría de Salud publicará anualmente un informe de resultados del SND con indicadores de cobertura, calidad, abasto e impacto en complicaciones y mortalidad.

Artículo 16. Participación social.

Las autoridades promoverán la participación de la sociedad civil, academia y sector privado en acciones de prevención,

detección y atención, sin menoscabo de la rectoría pública.

TÍTULO TERCERO

Prevención y Detección Oportuna

Artículo 17. Prevención poblacional.

La Secretaría de Salud y las autoridades locales implementarán acciones de promoción de alimentación saludable, actividad física, prevención del consumo nocivo de alcohol y tabaquismo, y regulación de entornos escolares y laborales saludables.

Artículo 18. Detección en personas adultas.

Las instituciones públicas realizarán tamizaje de riesgo y pruebas diagnósticas desde los treinta años o antes cuando existan factores de riesgo, con periodicidad y metodología definidas en el Reglamento.

Artículo 19. Prediabetes.

La detección de prediabetes conllevará oferta de intervención intensiva en estilo de vida y, cuando se indique, tratamiento farmacológico, con metas de reversión o contención.

Artículo 20. Escuelas que Cuidan la Glucosa.

La Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública pondrán en marcha el programa Escuelas que Cuidan la Glucosa, que incluirá: capacitación a personal docente, bebederos, lineamientos de alimentos saludables, sesenta minutos diarios de actividad física y protocolos para atención de hipoglucemias e hiperglucemias.

Artículo 21. Manejo escolar individual.

Las escuelas que cuenten con alumnado con DM1 deberán elaborar un Plan Individual de Manejo, con ajustes razonables y disponibilidad de glucagón en el botiquín escolar.

Artículo 22. Población indígena y rural.

Las acciones de prevención y detección incorporarán pertinencia cultural y traducción a lenguas indígenas, con

María de Jesús Díaz Marmolejo

participación comunitaria.

Artículo 23. Embarazo.

Toda embarazada tendrá tamiz de diabetes gestacional entre las semanas 24 y 28, y seguimiento posparto para prevenir Diabetes Mellitus tipo 2, conforme a guías oficiales.

Artículo 24. Personal laboral.

Las empresas con más de doscientos trabajadores implantarán programas de prevención y detección en el trabajo, sin discriminación y con confidencialidad.

Artículo 25. Comunicación social.

La Secretaría de Salud desarrollará campañas permanentes de alfabetización en salud metabólica y de prevención de la diabetes en medios tradicionales y digitales.

Artículo 26. Registros de detección.

Las unidades captarán y registrarán en el Sistema Nacional de Información los resultados de detección y diagnóstico, con datos anonimizados y desagregados.

TÍTULO CUARTO

Atención Integral por Grupo de Vida

Artículo 27. Enfoque de atención.

La atención integral se organizará por grupos de vida, con equipos interdisciplinarios y niveles de atención articulados.

Artículo 28. Diabetes Mellitus tipo 1 en niñas, niños y adolescentes.

Las instituciones garantizarán, sin costo para las personas sin seguridad social, el suministro continuo de insulinas basales y prandiales, jeringas o plumas, medidores y tiras reactivas.

Artículo 29. Tecnologías para Diabetes Mellitus tipo 1.

El **Monitoreo Continuo de Glucosa** será cubierto prioritariamente para personas con **Diabetes Mellitus tipo 1**

conforme a criterios clínicos de elegibilidad; las bombas de insulina se otorgarán en casos indicados por endocrinología pediátrica o de adultos.

Artículo 30. Educación terapéutica para Diabetes Mellitus tipo 1.

Toda persona con **Diabetes Mellitus tipo 1** contará con educación estructurada en conteo de carbohidratos, ajuste de dosis, manejo de días de enfermedad y prevención de cetoacidosis.

Artículo 31. Teleendocrinología.

Se implementará la teleendocrinología para seguimiento de **Diabetes Mellitus tipo 1** y **Diabetes Mellitus tipo 2** en localidades con acceso limitado a especialistas.

Artículo 32. Urgencias e hipoglucemia grave.

Las unidades de urgencias dispondrán de glucagón y protocolos para manejo de hipoglucemia grave y cetoacidosis diabética.

Artículo 33. Diabetes Mellitus tipo 2: plan de cuidado.

Toda persona con **Diabetes Mellitus tipo 2** contará con un plan personalizado de cuidado que establezca metas de HbA1c (hemoglobina glucosilada), presión arterial y perfil lipídico, con revisión periódica.

Artículo 34. Farmacoterapia en Diabetes Mellitus tipo 2.

La metformina será base del tratamiento salvo contraindicación. Las instituciones garantizarán acceso a iSGLT2 (inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2) y agonistas GLP-1 (péptido similar al glucagón tipo 1) a personas con alto riesgo cardio-renal conforme a criterios oficiales.

Artículo 35. Educación en diabetes para Diabetes Mellitus tipo 2.

Las instituciones asegurarán al menos dos sesiones anuales de educación en diabetes para personas con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus cuidadores.

Artículo 36. Atención domiciliaria y telemonitorización.

Se implementarán modelos de atención domiciliaria y telemonitorización para personas adultas mayores o con movilidad limitada.

Artículo 37. Manejo integral del pie en personas con diabetes.

Las instituciones públicas de salud organizarán la atención del pie en personas con diabetes mediante rutas, equipos funcionales y protocolos estandarizados, utilizando la infraestructura y plazas existentes, conforme a lo siguiente:

- I) Tamizaje sistemático en primer nivel. Toda persona con diabetes será evaluada al menos cada seis meses mediante inspección cutánea y ungueal, palpación de pulsos pedio y tibial posterior, pruebas de monofilamento 10 g y diapasón 128 Hz o equivalente, revisión de calzado y temperatura localizada. Los hallazgos se registrarán en el expediente clínico electrónico con estratificación de riesgo (0 a 3) y plan de seguimiento.
- II) Ventanillas de referencia con tiempos máximos.
 - a) Urgente-inmediata (≤ 24 h): celulitis extensa, sepsis, fascitis necrosante, gangrena o isquemia crítica con dolor en reposo.
 - b) Prioritaria (≤ 72 h): úlcera activa, infección localizada, sospecha de osteomielitis o isquemia sin sepsis.
 - c) Programada (≤ 14 días): pie en riesgo 2–3 sin lesión activa para valoración especializada de descarga y calzado.

Las unidades de primer nivel activarán la referencia a urgencias o segundo/tercer nivel según el caso.

- III) Descarga y curación avanzada en red. Toda unidad de primer o segundo nivel deberá contar, como mínimo, con una modalidad de descarga terapéutica (bota/neumática, férula removible, calzado postquirúrgico o equivalente) y con insumos de curación avanzada (apósitos modernos, apósitos de plata o hidrofibra cuando esté indicado). El uso de yeso de

María de Jesús Díaz Marmolejo

contacto total será opcional donde exista personal entrenado; en su defecto se emplearán alternativas prefabricadas.

- IV) Equipo funcional interdisciplinario. Cada jurisdicción integrará equipos funcionales con personal existente (medicina familiar, enfermería, nutrición; y por interconsulta, cirugía general/vascular, infectología, rehabilitación, podología donde exista y trabajo social). Estos equipos sesionarán al menos semanalmente, pudiendo hacerlo por teleconsulta cuando los integrantes se ubiquen en sedes distintas.
- V) Antibioterapia y procedimientos. La indicación de antibióticos se ajustará a la severidad clínica; se procurará cultivo antes de antibiótico cuando sea factible, desbridamiento inicial en ≤ 48 h, control metabólico intensivo y manejo del dolor. Se realizará radiografía simple ante sospecha de osteomielitis y se solicitarán estudios vasculares cuando proceda.
- VI) Acceso a revascularización. Las instituciones establecerán protocolos de evaluación (índice tobillo-brazo, doppler o equivalente) y derivación oportuna a cirugía vascular o intervencionismo. La isquemia crítica sin infección deberá valorarse para revascularización en ≤ 14 días; si coexiste infección grave, se priorizará control séptico y revascularización temprana según criterio especializado.
- VII) Calzado terapéutico y plantillas. Las personas con riesgo 2-3 y quienes egresen tras cierre de úlcera tendrán derecho a calzado terapéutico y/o plantillas conforme a criterios clínicos y disponibilidad del Catálogo Universal de Insumos para Diabetes (CUID).
- VIII) Educación y autocuidado. Las unidades garantizarán sesiones educativas a pacientes y cuidadores sobre inspección diaria del pie, higiene, recorte de uñas, señales de alarma, uso de descarga y calzado adecuado; se promoverá un canal telefónico o digital de orientación para signos de alarma.
- IX) Capacitación del personal. El personal de primer nivel recibirá al menos 8 horas anuales de capacitación en

María de Jesús Díaz Marmolejo

- valoración de riesgo, descarga y curación; el personal de urgencias y quirófano actualizará competencias en desbridamiento y manejo de infecciones de pie diabético.
- X) Abasto mínimo y CUID. Las instituciones asegurarán disponibilidad continua de monofilamentos, apósitos modernos, material de descarga y antibióticos de primera línea; estos insumos serán parte del CUID y se adquirirán mediante compras consolidadas con trazabilidad por lote.
- XI) Indicadores y mejora continua. La Secretaría de Salud publicará, por entidad y por institución, indicadores trimestrales: (a) proporción de personas con evaluación semestral documentada; (b) tiempo a desbridamiento; (c) proporción con descarga indicada y provista; (d) tasa de amputación mayor por 1 000 personas con diabetes; (e) reingreso a 30 días por infecciones del pie. Se implementarán planes de mejora cuando se superen umbrales de alerta.
- XII) Rehabilitación y continuidad. En casos de amputación, las instituciones garantizarán rehabilitación temprana, evaluación protésica y apoyo psicosocial, así como seguimiento estrecho para prevenir nuevas lesiones.

Artículo 38. Salud mental.

Se ofrecerá evaluación y apoyo psicosocial a personas con diabetes y sus familias, con referencia a servicios de salud mental cuando se identifiquen trastornos asociados.

Artículo 39. Otras formas de diabetes.

Las personas con sospecha de diabetes autoinmune latente del adulto, diabetes monogénica del joven u otras formas monogénicas tendrán acceso a diagnóstico confirmatorio y manejo especializado.

Artículo 40. Comorbilidades.

La atención integral incluirá manejo de obesidad, hipertensión, dislipidemias, apnea del sueño y salud bucal.

Artículo 41. Continuidad del tratamiento.

Las instituciones garantizarán el suministro continuo de insumos

María de Jesús Díaz Marmolejo

esenciales y evitarán interrupciones injustificadas; el Reglamento establecerá mecanismos de sustitución terapéutica segura.

Artículo 42. Enfoque intercultural.

Los servicios respetarán la medicina tradicional y prácticas de autocuidado culturalmente pertinentes, siempre que no contravengan la evidencia y la seguridad del paciente.

TÍTULO QUINTO

Complicaciones Crónicas y Rutas de Atención

Artículo 43. Retinopatía diabética.

Se implementará teleretina anual para **Diabetes Mellitus tipo 2** y desde el diagnóstico en **Diabetes Mellitus tipo 1**; los casos sospechosos serán derivados a oftalmología.

Artículo 44. Nefropatía diabética.

Se realizará evaluación anual de albuminuria y tasa de filtración; se indicarán IECA/ARA2 Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina/ Antagonistas del Receptor de Angiotensina II tipo 1 y iSGLT2 Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 según guías.

Artículo 45. Neuropatía y pie diabético.

Se practicará examen de pies semestral; se proporcionarán plantillas y calzado terapéutico cuando proceda.

Artículo 46. Riesgo cardiovascular.

Las instituciones garantizarán estatinas de alta o moderada intensidad según riesgo, antiagregación cuando proceda y rehabilitación cardiometabólica.

Artículo 47. Salud bucal.

Se integrará evaluación y tratamiento periodontal a la ruta de atención.

Artículo 48. Vacunación.

Las personas con diabetes tendrán acceso prioritario a

María de Jesús Díaz Marmolejo

esquemas de vacunación recomendados por la autoridad sanitaria.

Artículo 49. Embarazo y posparto.

Se establecerán rutas de atención específicas para Diabetes Gestacional y seguimiento posparto para prevención secundaria.

Artículo 50. Paliativos.

Las personas con complicaciones avanzadas tendrán acceso a cuidados paliativos integrales.

Artículo 51. Referencia y contrarreferencia.

Se establecerán criterios nacionales de referencia y contrarreferencia entre niveles de atención.

Artículo 52. Indicadores de calidad.

La Secretaría de Salud publicará anualmente indicadores mínimos de calidad: control glucémico, cobertura de teleretina, nefroprotección, amputaciones evitadas y tasas de DKA/hipoglucemia grave.

TÍTULO SEXTO

Insumos, Abasto y Calidad

Artículo 53. CUID.

Se crea el Catálogo Universal de Insumos para Diabetes (CUID), obligatorio para instituciones públicas y de seguridad social; será parte del Cuadro Básico sectorial.

Artículo 54. Insumos esenciales.

El Catálogo Universal de Insumos para Diabetes incluirá, al menos, insulinas, antidiabéticos orales e inyectables, Monitoreo Continuo de Glucosa, medidores, tiras reactivas, lancetas, jeringas, plumas, bombas de insulina, glucagón, material de curación y calzado terapéutico.

Artículo 55. Compras consolidadas.

María de Jesús Díaz Marmolejo

La Secretaría de Salud coordinará compras consolidadas y esquemas de abasto con trazabilidad por lote y fecha de caducidad.

Artículo 56. Alerta temprana de desabasto.

Se establecerá un Sistema de Alerta Temprana de Desabasto con tablero público y protocolos de reposición emergente.

Artículo 57. Receta electrónica.

Las instituciones deberán operar receta electrónica interoperable para mejorar continuidad y trazabilidad del tratamiento.

Artículo 58. Farmacovigilancia y tecnovigilancia.

Las instituciones reportarán eventos adversos y fallas de dispositivos al sistema nacional correspondiente.

Artículo 59. Calidad y seguridad.

Se adoptarán indicadores y estándares de calidad y seguridad del paciente, con auditorías clínicas periódicas.

Artículo 60. Participación del sector privado.

Los prestadores privados que deseen adherirse al Sistema Nacional de Diabetes podrán hacerlo mediante convenios, sujetándose a la verificación y estándares de esta Ley.

TÍTULO SÉPTIMO

Información, Investigación e Innovación

Artículo 61. Registro Nacional de Diabetes.

Se crea el Registro Nacional de Diabetes, con datos anonimizados y desagregados, interoperable con los sistemas de información en salud.

Artículo 62. Protección de datos.

El tratamiento de datos personales se sujetará a la legislación aplicable en la materia, garantizando confidencialidad y seguridad.

María de Jesús Díaz Marmolejo

Artículo 63. Evaluación y estudios.

El Instituto Nacional de Salud Pública coordinará evaluaciones de impacto y estudios de costo-efectividad de intervenciones.

Artículo 64. Innovación e industria nacional.

El Ejecutivo promoverá el desarrollo y producción nacional de insumos críticos para diabetes.

Artículo 65. Investigación clínica.

La investigación en personas con diabetes observará principios bioéticos y obtendrá las autorizaciones sanitarias correspondientes.

Artículo 66. Difusión del conocimiento.

La Secretaría de Salud publicará guías, materiales educativos y recomendaciones técnicas de acceso libre.

TÍTULO OCTAVO

Formación de Personal y Educación en Diabetes

Artículo 67. Certificación.

Los educadores en diabetes, personal de enfermería especializada y terapeutas deberán contar con certificación periódica conforme a estándares nacionales.

Artículo 68. Capacitación continua.

Las instituciones establecerán programas de capacitación continua en manejo integral de la diabetes para su personal.

Artículo 69. Participación comunitaria.

Se promoverán redes de apoyo comunitario y clubes de pacientes con supervisión profesional.

TÍTULO NOVENO

Derechos de las Personas con Diabetes y de sus Cuidadores

Artículo 70. Derechos.

Son derechos de las personas con diabetes:

María de Jesús Díaz Marmolejo

- I) acceso continuo y oportuno a insumos esenciales;
- II) trato digno y no discriminatorio en escuela, trabajo y deporte;
- III) información clara;
- IV) participación en decisiones terapéuticas.

Artículo 71. Ajustes razonables.

Las instituciones educativas y laborales deberán realizar ajustes razonables para permitir el control de la diabetes durante actividades ordinarias.

Artículo 72. Licencias y permisos.

Las instituciones de seguridad social y empleadores públicos federales otorgarán licencias o permisos para consultas y descompensaciones, en términos de disposiciones aplicables.

Artículo 73. Apoyo a cuidadores.

Las autoridades promoverán programas de apoyo psicosocial y capacitación para cuidadores principales.

TÍTULO DÉCIMO

Vigilancia, Medidas de Seguridad, Infracciones y Sanciones

Artículo 74. Vigilancia.

La Secretaría de Salud y las autoridades sanitarias estatales ejercerán funciones de inspección y verificación del cumplimiento de esta Ley, su Reglamento y las Normas Oficiales Mexicanas aplicables.

Artículo 75. Medidas de seguridad.

Cuando exista riesgo a la salud o incumplimiento grave, la autoridad sanitaria podrá imponer, según corresponda, amonestación con apercibimiento, aseguramiento y suspensión de productos o insumos, clausura temporal de establecimientos y demás previstas en la legislación aplicable.

Artículo 76. Infracciones administrativas.

Constituye infracción:

- I) interrumpir injustificadamente el suministro de insumos

María de Jesús Díaz Marmolejo

- esenciales a personas con tratamiento en curso;
- II) negar atención de urgencia;
 - III) incumplir estándares de calidad y seguridad;
 - IV) incumplir la obligación de reporte al Registro;
 - V) manipular o falsear registros de abasto o de pacientes.

Artículo 77. Sanciones.

Las infracciones serán sancionadas con multas de doscientas a diez mil Unidades de Medida y Actualización; en caso de reincidencia podrá duplicarse la multa y aplicarse clausura temporal. Lo anterior es sin perjuicio de las responsabilidades civiles, administrativas o penales que resulten conforme a otros ordenamientos.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

Primero. La presente Ley entrará en vigor a los ciento ochenta días naturales siguientes a su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

TRANSITORIO

ÚNICO. El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

ATENTAMENTE



MARÍA DE JESÚS DÍAZ MARMOLEJO
SENADORA

Ciudad de México a 09 de septiembre de 2025