

ATLAS de la **DIABETES** de la FID

6^a edición



Federación
Internacional
de Diabetes

ATLAS de la **DIABETES** de la FID

6^a edición



**Federación
Internacional
de Diabetes**



Índice de contenidos

| | | |
|-------------|--|------------|
| | Agradecimientos | 5 |
| | Prólogo | 7 |
| | Introducción | 9 |
| | Resumen | 11 |
| Capítulo 1: | ¿Qué es la diabetes? | 19 |
| | Diabetes tipo 1 | 22 |
| | Diabetes tipo 2 | 23 |
| | Diabetes gestacional | 23 |
| | La tolerancia anormal a la glucosa y la alteración de la glucosa en ayunas | 24 |
| | Complicaciones de la diabetes | 24 |
| | Otras complicaciones | 26 |
| Capítulo 2: | La carga mundial | 29 |
| | La diabetes y la tolerancia anormal a la glucosa | 32 |
| | 2.1 Diabetes | 34 |
| | 2.2 La diabetes no diagnosticada | 38 |
| | 2.3 Tolerancia anormal a la glucosa | 40 |
| | 2.4 La diabetes en los jóvenes | 42 |
| | 2.5 La hiperglucemia en el embarazo | 44 |
| | 2.6 Mortalidad | 46 |
| | 2.7 Gasto sanitario | 48 |
| Capítulo 3: | Resúmenes regionales | 51 |
| | Una perspectiva mundial | 54 |
| | 3.1 África | 56 |
| | 3.2 Europa | 58 |
| | 3.3 Oriente Medio y Norte de África | 60 |
| | 3.4 América del Norte y Caribe | 62 |
| | 3.5 América Central y del Sur | 64 |
| | 3.6 Sudeste Asiático | 66 |
| | 3.7 Pacífico Occidental | 68 |
| Capítulo 4: | Cuestiones globales sobre diabetes | 71 |
| | 4.1 Un examen mundial de la retinopatía diabética | 76 |
| | 4.2 Índices de cetoacidosis diabética en el momento del diagnóstico en jóvenes con diabetes tipo 1 | 78 |
| | 4.3 La diabetes en los pueblos indígenas | 80 |
| | 4.4 La diabetes en las comunidades rurales | 82 |
| Capítulo 5: | Vincular lo local a lo mundial | 85 |
| | 5.1 Impulsar la agenda global sobre la diabetes | 88 |
| | 5.2 Incluir la diabetes en el desarrollo | 90 |
| | 5.3 La Diabetes Scorecard | 92 |
| | 5.4 La formación de los profesionales de la salud en la diabetes | 94 |
| Capítulo 6: | Recursos y soluciones | 99 |
| | 6.1 La diabetes en las personas mayores | 102 |
| | 6.2 Programas y campañas de la FID | 104 |
| | 6.3 Las directrices clínicas y las declaraciones de posición | 106 |
| | 6.4 Acerca de la Federación Internacional de Diabetes | 110 |
| | Anexos y bibliografía | 113 |
| | Tabla de resumen por países: cálculos para 2013 | 114 |
| | Tabla de detalles sobre diabetes por países: cálculos para 2013 | 128 |
| | Abreviaturas y acrónimos | 142 |
| | Glosario | 143 |
| | Bibliografía | 146 |
| | Lista de cuadros y cifras | 153 |

© Federación Internacional de Diabetes, 2013

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, traducida o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio, sin el permiso previo por escrito de la Federación Internacional de Diabetes.

Primera edición, 2000

Segunda edición, 2003

Tercera edición, 2006

Cuarta edición, 2009

Quinta edición, 2011

Sexta edición, 2013

Versión online del *Atlas de la Diabetes de la FID*: www.idf.org/diabetesatlas

ISBN: 2-930229-80-2

Diseño y maquetación: De Visu Digital Document Design

Fotos de la cubierta: © istockphoto.com – © Tim Nolan

Traducción: Data Translations International

Agradecimientos

Atlas de la Diabetes, comité de la sexta edición

Nam Han Cho (Presidente), David Whiting (Vicepresidente), Leonor Guariguata, Pablo Aschner Montoya, Nita Forouhi, Ian Hambleton, Rui Li, Azeem Majeed, Jean Claude Mbanya, Ayesha Motala, KM Venkat Narayan, Ambady Ramachandran, Wolfgang Rathmann, Gojka Roglic, Jonathan Shaw, Martin Silink, DRR Williams, Ping Zhang

Equipo editorial

Leonor Guariguata, Tim Nolan, Jessica Beagley, Ute Linnenkamp, Olivier Jacqmain

Colaboradores

La Federación Internacional de Diabetes (FID) desea agradecer la colaboración de las siguientes personas:

Florencia Aguirre, Alex Brown, Nam Han Cho, Gisela Dahlquist, Sección Consultiva de la FID sobre Educación Diabética (DECS), Sheree Dodd, Trisha Dunning, Sir Michael Hirst, Christopher Hwang, Dianna Magliano, Chris Patterson, Courtney Scott, Jonathan Shaw, Gyula Soltész, Juliet Usher-Smith

Otros colaboradores

Carlos Aguilar Salinas, Riyadh Alshamsan, Tabassum Ambia, Carmen Gloria Aylwin, Caroline Baan, Juliana Chan, Adel A El-Sayed, Laercio Franco, Juan José Gagliardino, Jody Grundman, Lucy Hadley, Christian Herder, Hak C Jang, Pili Kamenju, Andre Pascal Kengne, Tawfik Khoja, Mandana Kooijmans, Silvia Lapertosa, Kerry Lydon, Ronald Ching Wan Ma, Lydia Makaroff, Chris Millett, Graham Ogle, Martijn Parker, Nasheeta Peer, Lorenzo Piemonte, Salman Rawaf, Joachim Rosenbauer, Segundo Seclén, Chamukuttan Snehalatha, Anne Mieke Spijkerman, Teresa Tamayo, Sean Taylor, Sara Webber, Sarah H Wild, Mary Vinocour, Bernard Zinman

Los patrocinadores corporativos

La FID desea expresar su agradecimiento a los siguientes patrocinadores por su generoso apoyo a la sexta edición:



Lilly Diabetes



Merck and Co, Inc.



Novo Nordisk A/S – Con el apoyo de una subvención ilimitada de la iniciativa de Novo Nordisk Changing Diabetes®



Pfizer, Inc.



Sanofi Diabetes

Seguimiento de la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado los informes presentados a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud, relativos a las enfermedades no transmisibles;¹

Recordando la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles,² en la que se reconoce que la carga y la amenaza mundial de las enfermedades no transmisibles constituyen uno de los principales obstáculos para el desarrollo en el siglo XXI, y en la que se pide asimismo que se elabore un marco mundial de vigilancia integral que incluya un conjunto de indicadores, que se formulen recomendaciones sobre un conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria, y se presenten opciones que permitan fortalecer y facilitar medidas multisectoriales destinadas a prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles por conducto de una alianza de colaboración efectiva;

Acogiendo con satisfacción el documento final de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río de Janeiro, 20-22 de junio de 2012), titulado «El futuro que queremos»,³ en la que se expresa el compromiso de fortalecer los sistemas de salud para proporcionar una cobertura equitativa y universal y promover el acceso asequible a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con las enfermedades no transmisibles, en particular el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, así como el compromiso de establecer políticas nacionales multisectoriales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles o reforzar las existentes;

Tomando nota con reconocimiento de todas las iniciativas regionales emprendidas para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles, incluida la Declaración de los Jefes de Estado y de Gobierno de la Comunidad del Caribe, titulada «Uniting to stop the epidemic of chronic non-

¹ Documentos A66/8 y A66/9.

² Resolución 66/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

³ Resolución 66/288 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Prólogo

Es un placer agrisado presidir la Federación Internacional de Diabetes durante el lanzamiento de esta sexta edición del *Atlas de la Diabetes de la FID*. La evidencia publicada en este documento de los millones de personas afectadas por la pandemia de diabetes justifica los incansables esfuerzos de la Federación por promover soluciones a esta crisis de salud en todo el mundo. Las anteriores ediciones del Atlas fueron una herramienta crucial para el éxito de la campaña por una Resolución de la ONU sobre la diabetes, y nuestras cifras fundamentaron la posterior declaración política sobre las enfermedades no transmisibles. Hemos logrado mucho: la diabetes es ahora una de las cuestiones prioritarias en las agendas de las instituciones que toman las decisiones. Pero, las cifras de esta edición son un duro recordatorio de lo mucho que queda por hacer.

Hoy en día hay 382 millones de personas que viven con diabetes. Más de 316 millones sufren tolerancia anormal a la glucosa y corren un riesgo elevado de contraer la enfermedad; un alarmante número que se prevé que alcance los 471 millones en 2035. La diabetes aumenta en todo el mundo y los países luchan para no verse desbordados. Algunos todavía piensan que la diabetes es “una enfermedad de ricos”, lo cual es perjudicial para los fondos que se necesitan desesperadamente para luchar contra la pandemia. Pero la evidencia publicada en el *Atlas de la Diabetes de la FID* refuta ese error: sorprendentemente, un 80% de las personas con diabetes vive en países de ingresos medios y bajos, y los socialmente menos afortunados de cualquier país son los más vulnerables a la enfermedad. Los actuales puntos calientes emergentes de la diabetes incluyen a los países de Oriente Medio, Pacífico Occidental, África Subsahariana y Sudeste Asiático, donde el desarrollo económico ha transformado los estilos de vida. Estas rápidas transiciones están provocando unas inéditas tasas de obesidad y diabetes. Los países en vías de desarrollo se enfrentan a muchos problemas de salud con recursos insuficientes para proteger a su población.

A finales de 2013, la diabetes habrá causado 5,1 millones de muertes y un coste de 548.000 millones de USD en gasto sanitario. Sin una acción concertada para prevenir la diabetes, en menos de 25 años habrá 592 millones de personas que vivirán con la enfermedad. La mayoría de estos casos podrían evitarse. Pero, sin un enfoque multisectorial de toda la sociedad, las inquietantes previsiones de esta edición del *Atlas de la Diabetes de la FID* se materializarán.

A pesar del sombrío panorama pintado por las nuevas cifras, ya tenemos el conocimiento y la experiencia para empezar a crear un futuro mejor para las generaciones venideras. Debemos aumentar la conciencia sobre la importancia de una dieta sana y el ejercicio físico, especialmente para los niños y adolescentes. Pero, es crucial que se creen entornos que sienten las bases para una vida sana. Estas medidas son más urgentes en los países de ingresos medios y bajos, precisamente los que están menos preparados para hacer frente a esta pandemia a gran escala y cuyo desarrollo mismo se verá obstaculizado. Es esencial que los profesionales de la salud, en particular los médicos de atención primaria, reciban una formación suficiente y adecuada para poder actuar con eficacia contra la diabetes en primera línea.

En los dos últimos años, se ha avanzado hacia un cambio político para la diabetes. Aprovechando el impulso de la Declaración Política de 2011 de la ONU sobre las enfermedades no transmisibles (ENT), en la 66ª Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2013 se aprobó por unanimidad de los Estados miembros un Plan de Acción Global voluntario para la prevención y el control de las ENT. La diabetes es ahora prioritaria en la agenda de salud mundial, con metas específicas para el acceso a los medicamentos esenciales y para detener el crecimiento de la obesidad y la diabetes. Pero, no debemos desaprovechar esta oportunidad. Los gobiernos y responsables políticos, los profesionales de la salud y los afectados por la enfermedad deben seguir comprometidos con la lucha, de modo que la FID pueda lograr su visión de vivir en un mundo sin diabetes.

Sir Michael Hirst
Presidente,
Federación Internacional de Diabetes



Introducción

Esta sexta edición del *Atlas de la Diabetes de la FID* fija una vez más las pautas de las pruebas sobre la epidemiología mundial de la diabetes. Las nuevas estimaciones se basan en lo establecido por las ediciones anteriores, y confirman el rápido crecimiento de la diabetes en los últimos años. Se estima que existen 382 millones de personas que tienen diabetes, lo cual es una cantidad pasmosa, y observamos que se producen unos incrementos dramáticos en países de todo el mundo. La abrumadora carga de la enfermedad sigue siendo asumida por los países de ingresos medios y bajos, donde viven cuatro de cada cinco personas con diabetes. Las personas desfavorecidas social y económicamente de todos los países acarrean la mayor carga de la diabetes y con frecuencia son las más afectadas económicamente.

Las nuevas estimaciones muestran una tendencia creciente de diabetes en personas cada vez más jóvenes, una tendencia que es muy preocupante para las futuras generaciones. De seguir los patrones demográficos actuales, más de 592 millones de personas estarán afectadas de diabetes en una generación. Esta cifra sólo tiene en cuenta los cambios en la población y los patrones de urbanización, y es casi seguro que se quedará corta. Las estimaciones de la diabetes tipo 1 en los jóvenes también muestran aumentos inexplicables y rápidos en varias regiones, junto con el aumento de la diabetes tipo 2 en poblaciones de más edad.

La carga de la diabetes no sólo se refleja en el creciente número de personas con diabetes, sino también en el creciente número de muertes prematuras debidas a la diabetes. En 2013, aproximadamente la mitad de todas las muertes debidas a la diabetes en adultos fue en personas menores de 60 años, y en las regiones menos desarrolladas como África Subsahariana esa proporción llegó al 75%. A medida que aumenta la esperanza de vida, mientras que la carga de las enfermedades infecciosas disminuye y el desarrollo impulsa cambios rápidos en los estilos de vida, las regiones en vías de desarrollo sufrirán los mayores cambios en la carga de la diabetes.

Por primera vez, el *Atlas de la Diabetes de la FID* ha ofrecido estimaciones de altos niveles de glucosa en el embarazo. Esta grave condición no denunciada está afectando a muchas mujeres y niños (se estima que 21,4 millones de nacidos vivos en 2013). La diabetes no sólo plantea una grave amenaza para la salud de la madre y su hijo, sino que además las pruebas muestran que los altos niveles de glucosa en sangre durante el embarazo pueden conducir a un mayor riesgo de diabetes tipo 2 más tarde en la vida del niño, lo que contribuye a aumentar una epidemia ya devastadora.

Para elaborar las estimaciones de esta edición del *Atlas de la Diabetes de la FID* se han utilizado más estudios de alta calidad que nunca. Sin embargo, se necesitan todavía más estudios para describir la carga de la diabetes con el fin de mejorar la precisión de las estimaciones y contribuir a demostrar que es fundamental impulsar una potente defensa de las personas con diabetes.

Profesor Nam Han Cho

Presidente,

Comité del *Atlas de la Diabetes de la FID*,
6ª edición

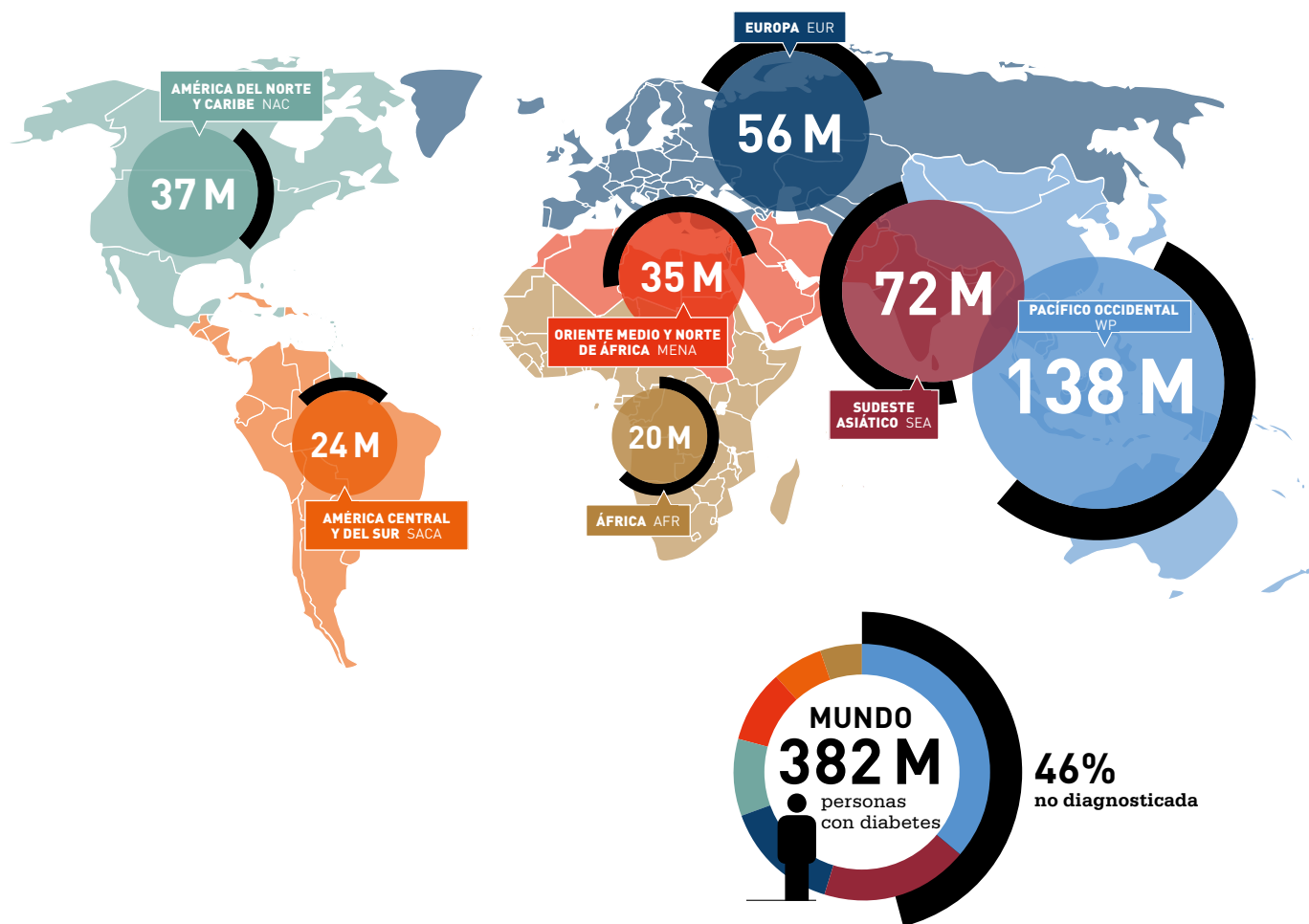


Resumen

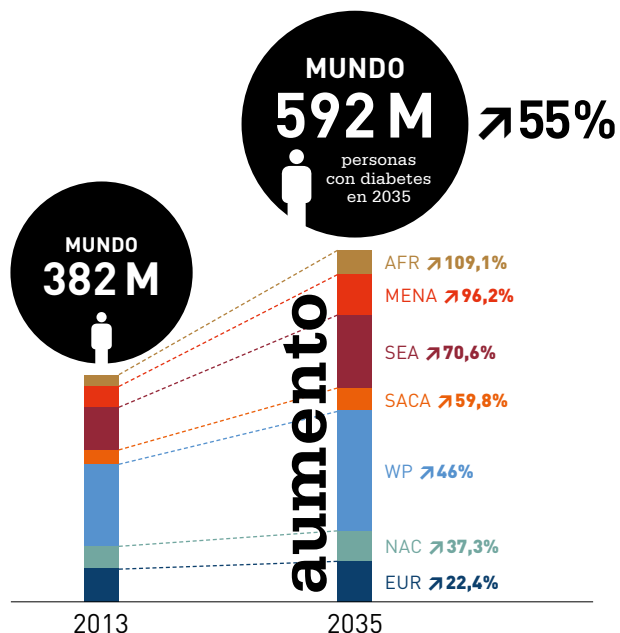
La diabetes en todas sus formas impone unos costes humanos, sociales y económicos inaceptablemente altos en países de todos los niveles de ingresos. Desde la publicación del primer *Atlas de la Diabetes* de 2000 de la Federación Internacional de Diabetes, sucesivas ediciones han proporcionado pruebas consistentes del continuo crecimiento de las tasas de incidencia y prevalencia de la diabetes en todo el mundo. Esta sexta edición aporta nuevas pruebas del mismo tipo, y lleva un mensaje amargo, pero inevitable: a pesar de la gran variedad de herramientas a nuestra disposición para hacer frente a la enfermedad –tratamientos farmacológicos eficaces, tecnología avanzada, estrategias educativas y preventivas que cada vez son mejores– se está perdiendo la batalla de proteger a las personas frente a la diabetes y sus complicaciones que producen discapacidad y riesgo para la vida.

Los cálculos más recientes de la FID indican que el 8,3% de los adultos –382 millones de personas– tienen diabetes, y el número de personas con la enfermedad se incrementará en más de 592 millones en menos de 25 años. Sin embargo, con 175 millones de casos no diagnosticados actualmente, una gran cantidad de personas con diabetes van a desarrollar progresivamente complicaciones de las que no son conscientes. Por otra parte, con el 80% del número total de afectados que viven en países de ingresos medios y bajos, donde la epidemia se está acelerando a un ritmo alarmante, las últimas cifras del *Atlas de la Diabetes de la FID* proporcionan una indicación preocupante del impacto futuro de la diabetes como una de las principales amenazas para el desarrollo mundial.

Número de personas con diabetes por Región de la FID, 2013



La diabetes es **un problema enorme y creciente**, y los costes para la sociedad son altos y van en aumento



¿Qué es la diabetes?

Los tres principales tipos de diabetes –diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 y diabetes gestacional– ocurren cuando el cuerpo no puede producir suficiente cantidad de la hormona insulina o no puede usar la insulina eficazmente. La insulina actúa como una llave que permite a las células del cuerpo absorber la glucosa y utilizarla como energía.

Las personas con diabetes tipo 1, que es el resultado de un proceso autoinmune con un inicio muy repentino, necesitan terapia de insulina para sobrevivir. La diabetes tipo 2, por su parte, puede pasar inadvertida y sin diagnosticar durante años. En tales casos, los afectados no son conscientes del daño a largo plazo

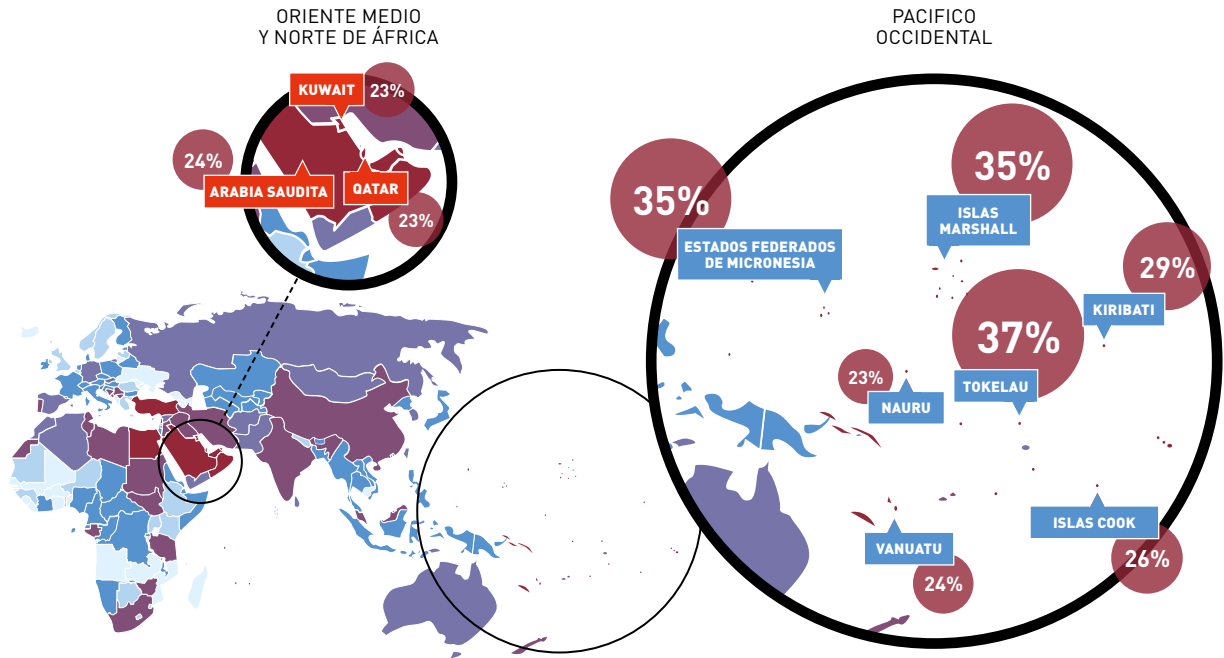
causado por su enfermedad. La diabetes gestacional, que aparece durante el embarazo, puede conducir a graves riesgos para la salud de la madre y su bebé y aumentar el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 más tarde en la vida.

Todos los tipos de diabetes requieren una estrecha colaboración entre los afectados y sus proveedores de atención médica con el fin de evitar una serie de costosas complicaciones peligrosas, que pueden provocar daños en los ojos, los riñones, los pies y el corazón, y, sin tratamiento, dar lugar a una muerte prematura.



Los 10 principales países/territorios de prevalencia* (%) de diabetes (20-79 años), 2013

* prevalencia comparativa



La carga mundial

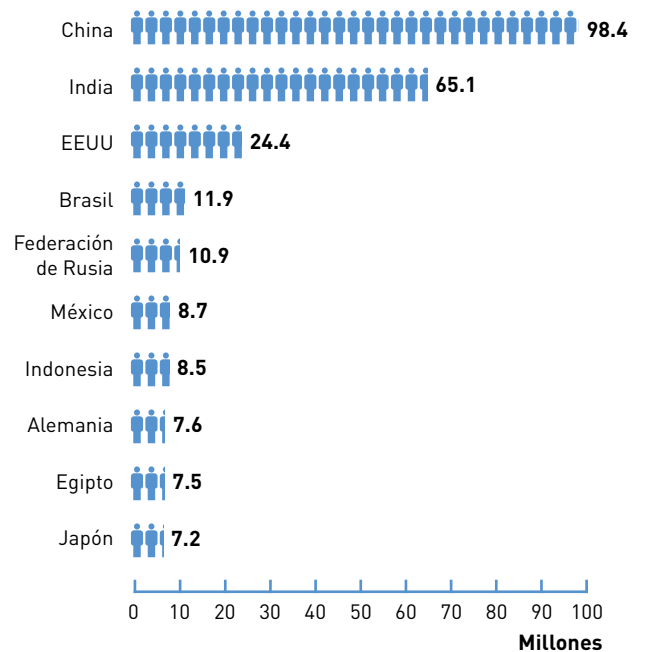
La mayoría de los 382 millones de personas con diabetes tiene entre 40 y 59 años, y el 80% de ellas vive en países de ingresos medios y bajos. Todos los tipos de diabetes aumentan, en particular la diabetes tipo 2: el número de personas con diabetes casi se duplicará en el año 2035.

Se estima que otros 21 millones de casos de altos niveles de glucosa en el embarazo contribuirán a la carga mundial de la diabetes. Las madres de 17% de nacidos vivos en 2013 tenían algún tipo de alto nivel de glucemia durante el embarazo.

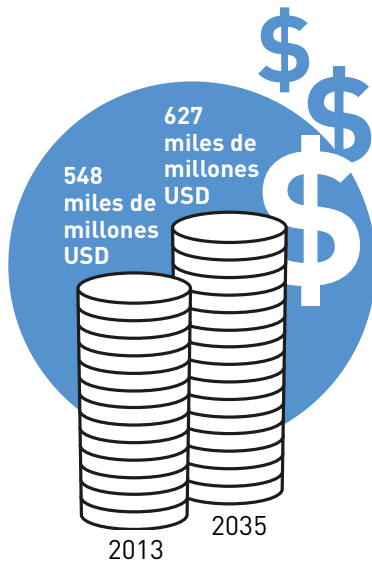
Tanto en términos humanos como financieros, la carga de la diabetes es enorme. Provoca 5,1 millones de muertes y ha representado unos 548.000 millones de dólares en gastos de salud (11% del gasto total en todo el mundo) en 2013.

Más de **21 millones** de niños nacidos vivos fueron afectados por la diabetes durante la gestación en 2013

Los 10 principales países/territorios por número de personas con diabetes (20-79 años), 2013



Gasto sanitario debido a la diabetes (20-79 años)



La diabetes causó **5,1 millones de muertes** en 2013. Cada seis segundos una persona muere de diabetes.

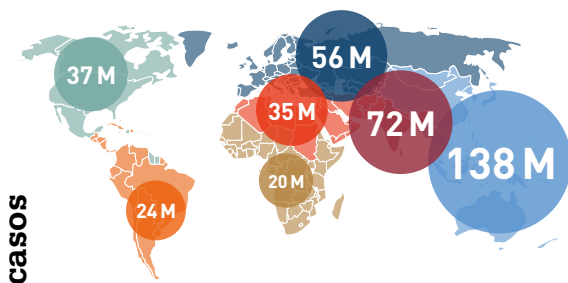
Miradas regionales

Las diferentes regiones están siendo afectadas en muy diferentes grados. Con más de 138 millones de personas afectadas, el Pacífico Occidental tiene más personas con diabetes que cualquier otra región. En el otro extremo del ranking regional de la diabetes, la población con diabetes de África es actualmente la más pequeña entre todas las regiones. Sin embargo, en el año 2035 será el doble, y lo que resulta nefasto para la capacidad de desarrollo de África es que más de tres cuartas partes de las muertes por diabetes en 2013 ocurrieron en personas menores de 60 años, es decir, en edad laboral.

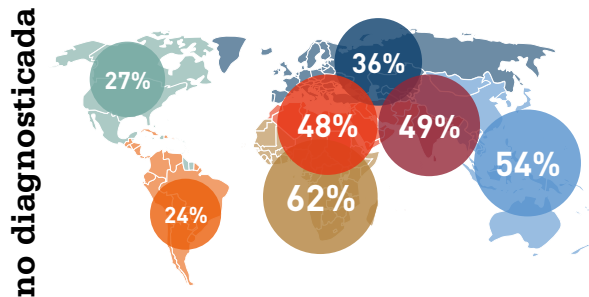
El panorama es igualmente preocupante en América Central y del Sur, donde se prevé que la población con diabetes aumente en un 60% en el año 2035. El rápido desarrollo ha conducido a una epidemia de la

diabetes de rápido crecimiento en el Sudeste Asiático, lo que representa cerca de una quinta parte del total de casos en todo el mundo. Del mismo modo, la riqueza y el desarrollo en Oriente Medio y Norte de África han conducido a una gran proporción de diabetes, y uno de cada diez adultos de la región tiene la enfermedad.

Una mirada a los gastos de salud en diabetes por región revela enormes diferencias en las respuestas a la epidemia. Dos regiones gastaron más en diabetes que el resto de las regiones juntas: América del Norte y Caribe, con unos 263.000 millones de USD estimados, el equivalente a casi la mitad de los gastos de salud en diabetes del mundo, y Europa con 147.000 millones de USD. A pesar de sus crecientes poblaciones con diabetes, el Sudeste Asiático y África dedican menos del 1% de su gasto total sanitario a la enfermedad.

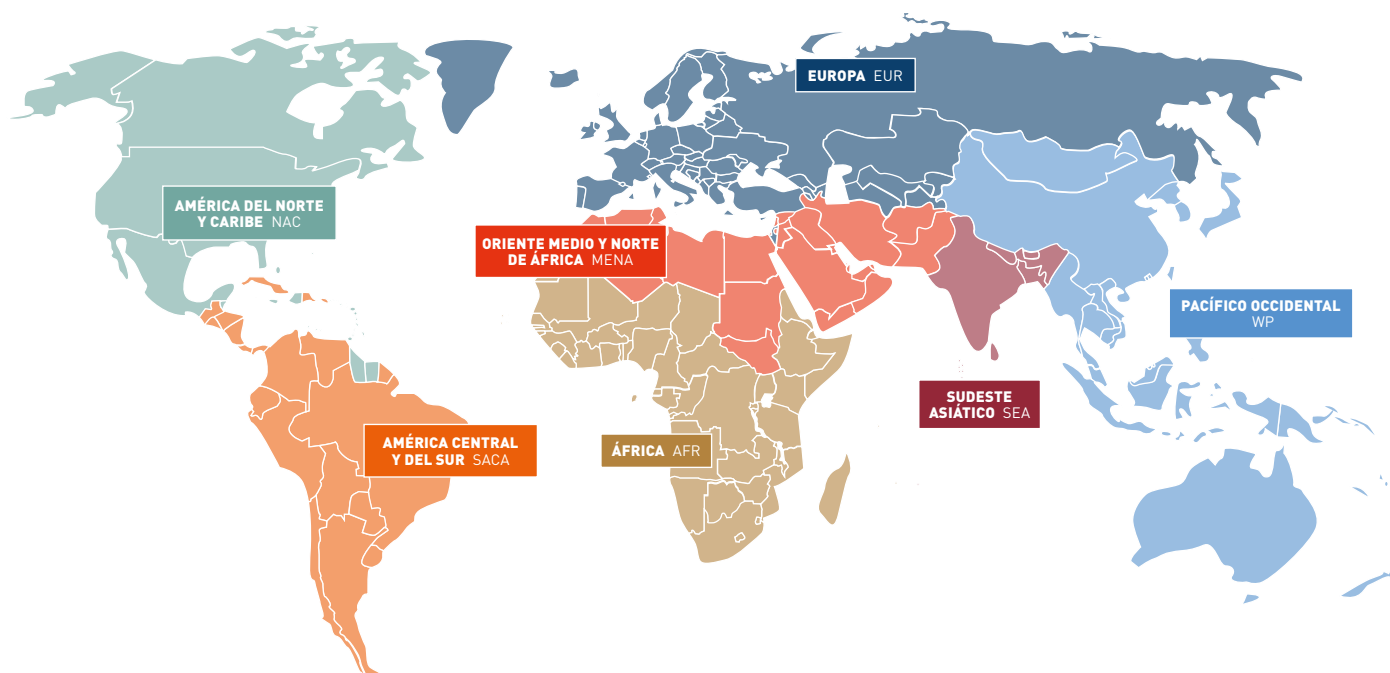


Numero de personas con diabetes (20-79 años), 2013



Proporción de diabetes (20-79 años) no diagnosticada, 2013

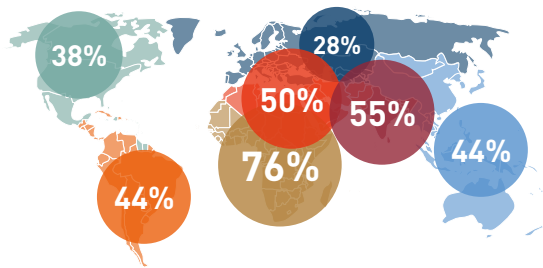
Regiones de la FID y proyecciones del número de personas con diabetes (20-79 años), 2013 y 2035



RESUMEN EJECUTIVO

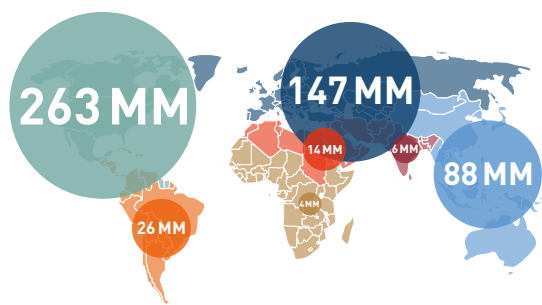
| REGIÓN DE LA FID | 2013 MILLIONES | 2035 MILLIONES | AUMENTO % |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|--------------|
| África | 19,8 | 41,4 | 109% |
| Oriente Medio y Norte de África | 34,6 | 67,9 | 96% |
| Sudeste Asiático | 72,1 | 123 | 71% |
| América Central y del Sur | 24,1 | 38,5 | 60% |
| Pacífico Occidental | 138,2 | 201,8 | 46% |
| América del Norte y Caribe | 36,7 | 50,4 | 37% |
| Europa | 56,3 | 68,9 | 22% |
| Mundo | 381,8 | 591,9 | 55% |

mortalidad <60



Proporción de muertes atribuibles a la diabetes en gente menos de 60 años, 2013

gastos



Gastos sanitarios (USD) por la diabetes (20-79 años), 2013

Cuestiones globales sobre la diabetes

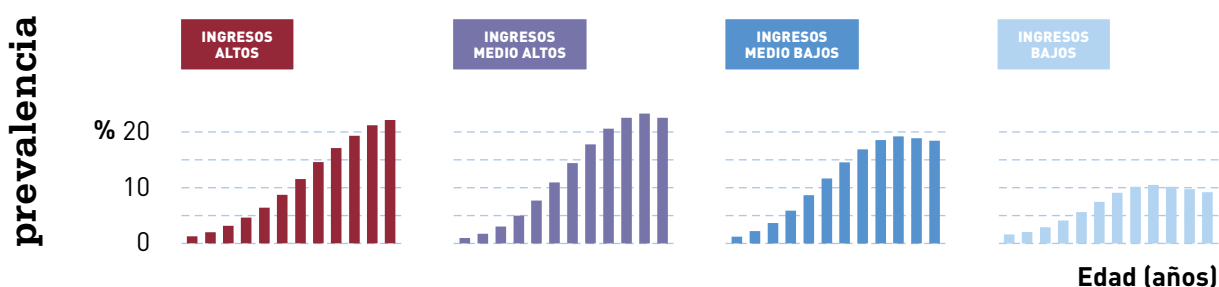
A pesar del impacto predominantemente urbano de la epidemia, la diabetes tipo 2 se está convirtiendo en un importante problema de salud en las comunidades rurales de los países de ingresos medios y bajos.

Ningún país escapa a la epidemia de diabetes, y en los estados y territorios de todo el mundo son los pobres y los desfavorecidos quienes más sufren. Las comunidades indígenas se encuentran entre los más vulnerables frente a la diabetes.

Los pueblos **indígenas** son especialmente vulnerables a la diabetes



Prevalencia (%) de diabetes (20-79 years) por nivel de ingresos y grupo etario



Todos los países – **ricos y pobres**, sufren el impacto de la epidemia de diabetes



Vincular lo local a lo mundial

La FID desempeña un papel fundamental en los esfuerzos por reducir exponencialmente el impacto mundial de la diabetes, catalizar el activismo de base, influir en la política de desarrollo de la salud mundial e impulsar la agenda global sobre la diabetes. La

La diabetes es más que un problema de salud y requiere una **acción política** concertada de muchos sectores

Federación reclama una meta específica de salud en el marco de trabajo del desarrollo post-2015 y dirige una campaña de enfoque de toda la sociedad para la prevención, atención y apoyo de la diabetes.

Como líder en el apoyo de personas y organizaciones que trabajan en la educación y cuidado de la diabetes, la FID ofrece recursos educativos diseñados para mejorar la experiencia de los educadores en diabetes y otros profesionales sanitarios. Las publicaciones de la FID se utilizan ampliamente en todo el mundo, y los programas, campañas y eventos de la Federación proporcionan una plataforma de sensibilización mundial para las personas con diabetes y aquellas en riesgo de sufrirla.



Recursos y soluciones

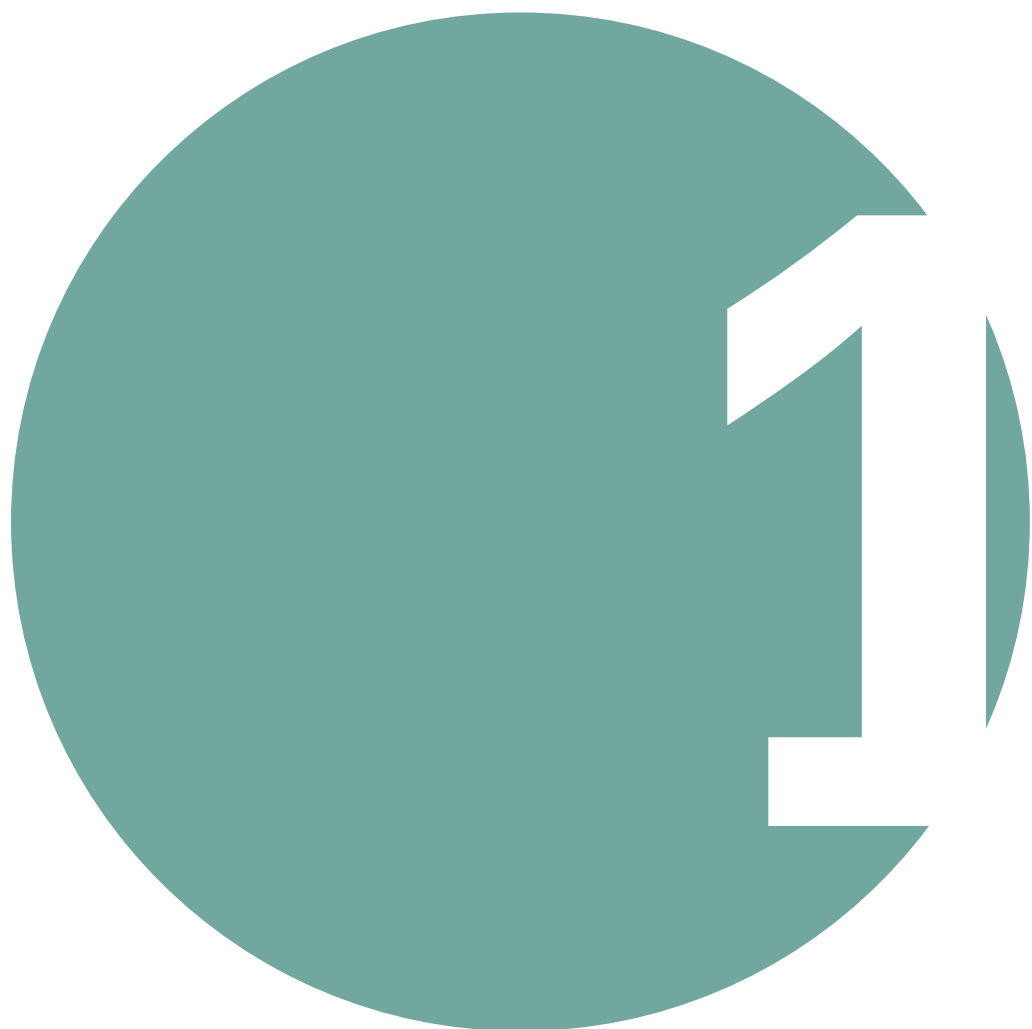
La Federación Internacional de Diabetes (FID) es una organización paraguas con más de 200 asociaciones nacionales de diabetes en más de 160 países. Representa los intereses del creciente número de personas con diabetes y de las que están en riesgo de padecerla. La Federación ha estado al frente de la comunidad mundial de la diabetes desde 1950. La misión de la FID es promover la asistencia, prevención y curación de la diabetes en todo el mundo.

La FID se compromete a promocionar mejores prácticas en la diabetes a través de directrices, declaraciones de posición y herramientas para profesionales sanitarios con el fin de mejorar la vida de las personas con diabetes.

Existen **soluciones** para gestionar y frenar la epidemia de la diabetes



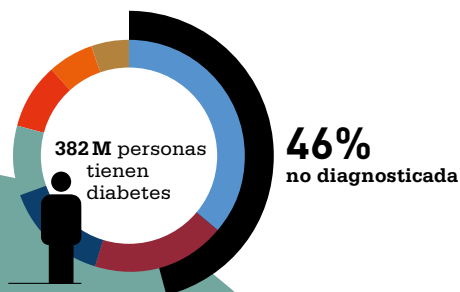




¿Qué es la diabetes?

Hay **3** tipos principales de diabetes:

- la diabetes tipo 1
- la diabetes tipo 2
- la diabetes gestacional



Un gran número de personas con diabetes tipo 2 permanecen **SIN DIAGNOSTICAR** durante muchos años, sin darse cuenta del **DAÑO A LARGO PLAZO** causado por la enfermedad

Las personas con diabetes tipo 1 sin insulina mueren



La gestión eficaz de la diabetes requiere una colaboración entre la persona con diabetes y los profesionales de la salud



La diabetes mal gestionada conduce a **COMPLICACIONES GRAVES** y a la **muerte prematura**

Las personas con diabetes corren el riesgo de desarrollar problemas de salud graves

1

¿Qué es la diabetes?

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el cuerpo no puede producir suficiente insulina o no puede usar la insulina eficazmente.¹ La insulina es una hormona producida en el páncreas que permite que la glucosa de los alimentos entre en las células del cuerpo, donde se convierte en la energía necesaria para que funcionen los músculos y los tejidos. Una persona con diabetes no absorbe adecuadamente la glucosa, y la glucosa sigue circulando por la sangre (una afección conocida como hiperglucemia), lo cual daña con el tiempo los tejidos del cuerpo. Este daño puede conducir a una discapacidad y a complicaciones de salud que pueden llegar a ser mortales.

Hay tres tipos principales de diabetes:

- La diabetes tipo 1
- La diabetes tipo 2
- La diabetes gestacional

Diabetes tipo 1

La diabetes tipo 1 es causada por una reacción autoinmune, en la que el sistema de defensa del cuerpo ataca las células beta productoras de insulina en el páncreas. Como resultado, el cuerpo ya no puede producir la insulina que necesita. No se sabe muy bien por qué ocurre esto. La enfermedad puede afectar a personas de cualquier edad, pero generalmente se presenta en niños o adultos jóvenes. Las personas con este tipo de diabetes necesitan insulina todos los días para controlar los niveles de glucosa en sangre. Sin insulina, una persona con diabetes tipo 1 muere.

La diabetes tipo 1 suele desarrollarse repentinamente y puede producir síntomas tales como:

- Sed anormal y sequedad de boca
- Micción frecuente
- Falta de energía, cansancio extremo
- Hambre constante
- Pérdida repentina de peso
- Heridas de cicatrización lenta
- Infecciones recurrentes
- Visión borrosa

Las personas con diabetes tipo 1 pueden llevar una vida normal y saludable a través de una combinación de terapia de insulina diaria, vigilancia estrecha, una dieta saludable y ejercicio físico regular.

El número de personas que desarrollan diabetes tipo 1 está aumentando. Las causas de esto aún no están claras, pero pueden deberse a cambios en factores de riesgo medioambientales, sucesos tempranos en el útero, la dieta en los primeros años de vida, o a infecciones virales.

Diabetes tipo 2

La diabetes tipo 2 es el tipo de diabetes más común. Por lo general ocurre en adultos, pero cada vez más aparece en niños y adolescentes. En la diabetes tipo 2, el cuerpo puede producir insulina, pero o bien esto no es suficiente o bien el cuerpo no puede responder a sus efectos, dando lugar a una acumulación de glucosa en sangre.

Muchas personas con diabetes tipo 2 no son conscientes de su enfermedad durante mucho tiempo, ya que los síntomas pueden tardar años en aparecer o ser reconocidos, pero durante este tiempo el cuerpo está siendo dañado por el exceso de glucosa en sangre. Estas personas suelen ser diagnosticadas sólo cuando las complicaciones de la diabetes ya se han desarrollado (ver Complicaciones de la diabetes).

Aunque todavía no se conocen las causas del desarrollo de la diabetes tipo 2, hay varios factores de riesgo importantes. Por ejemplo:

- La obesidad
- La mala alimentación
- La inactividad física
- La edad avanzada
- Los antecedentes familiares de diabetes
- El grupo étnico
- La alta glucosa en sangre durante el embarazo que afecta al feto

A diferencia de las personas con diabetes tipo 1, la mayoría de las personas con diabetes tipo 2 no requieren, por lo general, dosis diarias de insulina para sobrevivir. Muchas personas pueden controlar su enfermedad a través de una dieta sana y una mayor actividad física, y medicación oral. Sin embargo, si no son capaces de regular sus niveles de glucosa en sangre, puede que tengan que tomar insulina.

El número de personas con diabetes tipo 2 está creciendo rápidamente en todo el mundo. Este aumento está asociado al desarrollo económico, el envejecimiento de la población, la creciente urbanización, los cambios en la dieta, la poca actividad física y los cambios en otros patrones de estilo de vida.²

Diabetes gestacional

Las mujeres que desarrollan una resistencia a la insulina y, por tanto, una alta glucosa en sangre durante el embarazo se dice que tienen diabetes gestacional (también conocida como diabetes mellitus gestacional o DMG). La diabetes gestacional tiende a ocurrir tarde en el embarazo, por lo general alrededor de la semana 24. La condición se produce debido a que la acción de la insulina es bloqueada, probablemente por las hormonas producidas por la placenta, provocando insensibilidad a la insulina (también conocida como resistencia a la insulina).

Dado que la diabetes gestacional normalmente se desarrolla tarde en el embarazo, el feto ya está bien formado, pero sigue creciendo. Por tanto, el riesgo inmediato para el bebé no es tan grave como en el caso de que la madre tenga diabetes tipo 1 o diabetes tipo 2 antes del embarazo. Sin embargo, la diabetes gestacional no controlada puede tener graves consecuencias, tanto para la madre como para el bebé.

Una glucosa en sangre mal controlada durante el embarazo puede dar lugar a un bebé con un tamaño significativamente superior a la media (una condición conocida como la macrosomía fetal), lo que hace que un parto normal se convierta en difícil y de riesgo. El recién nacido correrá el riesgo de sufrir lesiones en los hombros y problemas respiratorios. En muchos casos, será necesaria una cesárea, poniendo en riesgo la salud de la madre, sobre todo en las comunidades de renta baja, donde el acceso a una buena atención médica es limitado. Para las mujeres que viven en zonas rurales alejadas, hay riesgo de muerte por parto obstruido y prolongado. También existe el riesgo de preeclampsia, una condición en la que la alta presión arterial repentina representa un peligro para la salud (y en algunos casos para la vida) de la madre y su bebé.

La diabetes gestacional en las mujeres normalmente desaparece después del nacimiento. Sin embargo, las mujeres que han tenido diabetes gestacional tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes gestacional en embarazos posteriores y de desarrollar diabetes tipo 2 más adelante en la vida. Los bebés que nacen de madres con diabetes gestacional también tienen un mayor riesgo de obesidad y diabetes tipo 2 en la adolescencia o en la edad adulta temprana.

Las mujeres con diabetes gestacional tienen que vigilar y controlar sus niveles de glucosa en sangre para reducir al mínimo los riesgos para el bebé. Normalmente, esto se puede hacer mediante la adopción de una dieta sana y ejercicio moderado, pero en algunos casos puede ser necesario también administrar insulina o medicación oral.

La tolerancia anormal a la glucosa y la alteración de la glucosa en ayunas

Las personas con altos niveles de glucosa en sangre que no la tienen tan alta como las personas con diabetes, se dice que tienen tolerancia anormal a la glucosa (comúnmente conocida como TAG) o alteración de la glucosa en ayunas (AGA). También se utiliza el término “prediabetes” para describir la condición de estas personas -, una “zona gris” entre los niveles normales de glucosa y la diabetes. La TAG se define como altos niveles de glucosa en sangre después de comer; mientras que la AGA se define como alta glucosa en sangre después de un período de ayuno.

Las personas con TAG también tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones. Como era de esperar, la TAG comparte muchas características con la diabetes tipo 2 y se asocia con la obesidad, la edad avanzada y la incapacidad del cuerpo para utilizar la insulina que produce. No todas las personas con TAG desarrollan la diabetes tipo 2: hay muchas evidencias de que los cambios en el estilo de vida –una dieta saludable y el ejercicio físico– son eficaces para prevenir la progresión a la diabetes.³

Complicaciones de la diabetes

Las personas con diabetes corren el riesgo de desarrollar una serie de problemas de salud que pueden provocar discapacidad o la muerte. Los constantemente altos niveles de glucosa en sangre pueden conducir a enfermedades graves que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios. Las personas con diabetes también tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones. En casi todos los países de renta alta, la diabetes es la principal causa de las enfermedades cardiovasculares, la ceguera, la insuficiencia renal y la amputación de miembros inferiores; y a medida que la prevalencia de la diabetes tipo 2 crece en países de renta baja y media, también lo hace el impacto de estas costosas complicaciones –tanto en términos humanos como económicos. El mantenimiento de los niveles normales de glucosa en sangre, presión arterial y colesterol puede ayudar a retrasar o prevenir las complicaciones de la diabetes. Las personas con diabetes requieren un seguimiento regular de las complicaciones.

La enfermedad cardiovascular

La enfermedad cardiovascular es la causa más común de muerte y discapacidad entre las personas con diabetes. Algunas de las enfermedades cardiovasculares que acompañan a la diabetes son la angina de pecho, el infarto de miocardio (ataque al corazón), la enfermedad arterial periférica y la insuficiencia cardíaca congestiva. En las personas con diabetes, la presión arterial alta, el colesterol alto, la alta glucosa en sangre y otros factores de riesgo contribuyen al aumento del riesgo de complicaciones cardiovasculares.

La enfermedad renal

La enfermedad renal (nefropatía) es mucho más común en personas con diabetes que en las personas sin diabetes; y la diabetes es una de las principales causas de enfermedad renal crónica. Esta enfermedad es causada por el daño a los pequeños vasos sanguíneos, que puede provocar que los riñones sean menos eficientes, o que fallen por completo. El mantenimiento de niveles normales de glucosa en sangre y presión arterial puede reducir en gran medida el riesgo de nefropatía.

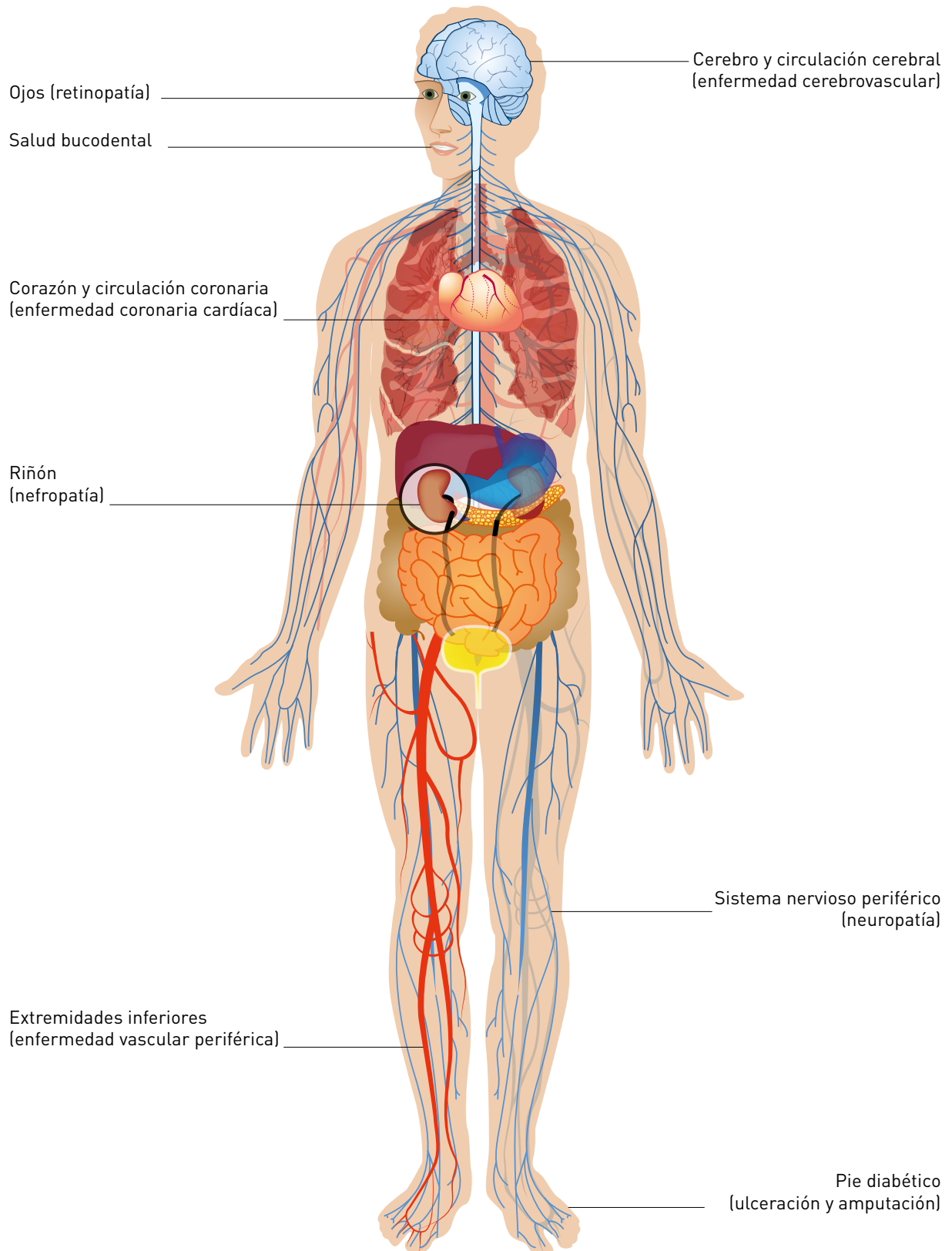
La enfermedad de los ojos

Muchas personas con diabetes desarrollan algún tipo de enfermedad de los ojos (retinopatía), que puede dañar la visión o provocar ceguera. La persistencia de altos niveles de glucosa en sangre, junto con la presión arterial alta y el colesterol alto, son la principal causa de retinopatía. La red de vasos sanguíneos que irrigan la retina puede bloquearse y dañarse en retinopatía, lo que lleva a la pérdida permanente de la visión. La retinopatía se puede tratar a través de controles regulares de los ojos y manteniendo unos niveles normales de glucosa.

El daño en el sistema nervioso

Cuando la glucosa en sangre y la presión arterial son demasiado elevadas, la diabetes puede provocar daño en el sistema nervioso de todo el cuerpo (neuropatía). Pueden producirse problemas con la digestión y la orina y disfunción eréctil, además de otras funciones, pero las zonas más comúnmente afectadas son las extremidades, particularmente los pies. Los daños en los nervios de estas zonas se llama neuropatía periférica, y puede conducir al dolor, hormigueo y pérdida de sensibilidad. La pérdida de sensibilidad es particularmente importante, ya que puede permitir que las lesiones pasen desapercibidas, dando lugar a infecciones graves y úlceras, enfermedad del pie diabético y amputaciones mayores.

Figura 1.1 Las principales complicaciones de la diabetes



El pie diabético

Las personas con diabetes pueden desarrollar una serie de problemas en los pies como consecuencia de los daños en los nervios y los vasos sanguíneos. Estos problemas pueden conducir fácilmente a la infección y ulceración, lo que aumenta el riesgo de amputación. Las personas con diabetes se enfrentan a un riesgo de amputación que puede ser más de 25 veces superior al de personas sin diabetes.⁴ Sin embargo, con un buen tratamiento, pueden prevenirse una gran parte de las amputaciones. Incluso cuando una persona sufre una amputación, la pierna que queda –y la vida de la persona– se pueden salvar con una buena asistencia de seguimiento de un equipo podológico multidisciplinar.⁴ Las personas con diabetes deben examinarse los pies de forma regular.

Complicaciones del embarazo

Las mujeres con cualquier tipo de diabetes durante el embarazo corren el riesgo de sufrir varias complicaciones si no vigilan con atención y controlan su enfermedad. Las mujeres con diabetes tipo 1 requieren una planificación detallada y una estrecha vigilancia antes y durante el embarazo para reducir al mínimo las complicaciones. Los altos niveles de glucosa en sangre durante el embarazo pueden conducir a cambios en el feto que le hagan desarrollar un tamaño y peso excesivos, además de producir exceso de insulina. Esto puede provocar problemas en el parto y lesiones en el bebé y en la madre, además de una caída repentina de azúcar en sangre (hipoglucemia) en el bebé después del nacimiento. Los niños que están expuestos durante mucho tiempo a altos niveles de glucosa en la matriz tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 más adelante en la vida.

Otras complicaciones

La salud oral

La diabetes puede ser una amenaza para la salud oral. Por ejemplo, hay un mayor riesgo de inflamación de las encías (gingivitis) en las personas con mal control de la glucosa. La gingivitis, a su vez, es una causa importante de pérdida de dientes y también puede aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

La apnea del sueño

La reciente investigación demuestra la probabilidad de una relación entre la diabetes tipo 2 y la apnea obstructiva del sueño. Las estimaciones sugieren que hasta el 40% de las personas con apnea del sueño tienen diabetes, aunque se desconoce la incidencia de nuevos casos de diabetes en personas con apnea del sueño.⁵ En las personas con diabetes tipo 2, la apnea del sueño puede tener efectos en su capacidad de controlar la glucosa en sangre.

Cuadro 1.1 Insulina

La insulina es una hormona que se produce en el páncreas. La insulina permite que la glucosa entre en las células del cuerpo, donde se convierte en energía.

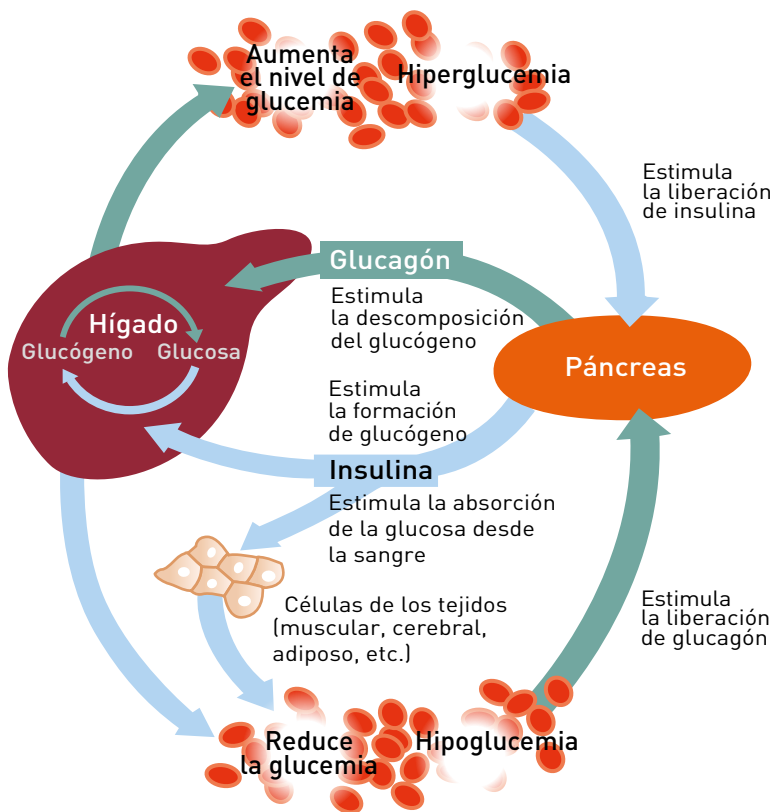
Las personas con diabetes tipo 1 no pueden sobrevivir sin las dosis diarias de insulina. Algunas personas con diabetes tipo 2 o diabetes gestacional también necesitan dosis de insulina junto con otros medicamentos.

En Canadá, en 1921, el científico Frederick Banting y el estudiante de medicina Charles Best aislaron una sustancia del páncreas de los perros a la que llamaron isletin y que ahora conocemos como insulina. En una serie de experimentos, descubrieron que un perro al que se le hubiera extirpado el páncreas podía mantenerse con vida con inyecciones de isletin. Al año siguiente, después de mucho trabajo de laboratorio para purificar la

insulina extraída de un ternero fetal, un niño de 14 años llamado Leonard Thompson se convirtió en la primera persona con diabetes en recibir una inyección de insulina, y su condición mejoró significativamente. Antes de la utilización de la insulina, a las personas con diabetes se las sometía a una dieta de hambre y no tenían esperanzas de sobrevivir.

Las noticias sobre el éxito de la insulina se extendieron muy rápidamente, y se disparó la demanda del fármaco en todo el mundo. Desde entonces, se han hecho grandes avances en investigación y desarrollo. Sin embargo, después de casi un siglo del descubrimiento de la insulina, en muchas partes del mundo hay personas con diabetes tipo 1 que no tienen acceso a este fármaco (ya sea porque no pueden permitirse pagarlo o porque no está disponible) y mueren poco después de desarrollar diabetes.

Figura 1.2 Producción y acción de la insulina







La carga mundial

382 millones de personas
tienen diabetes

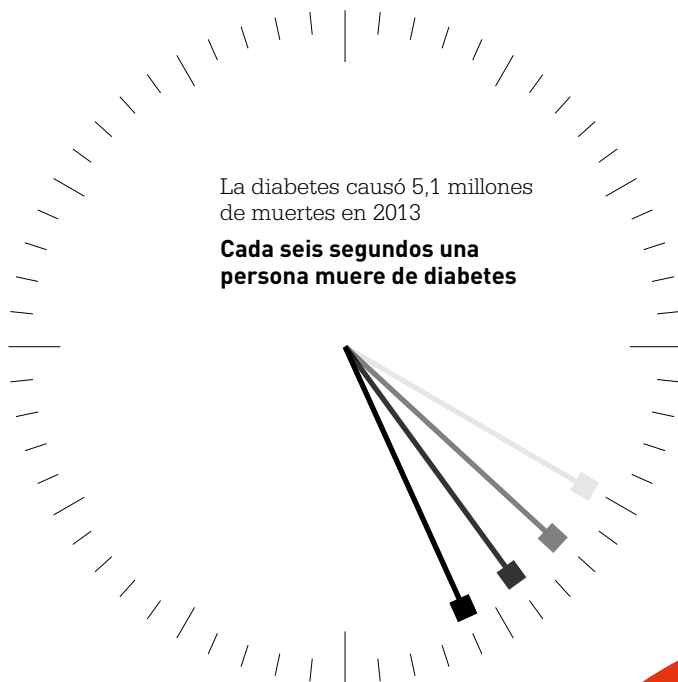
En **2035** esa
cifra aumentará a
592 MILLONES



El número de
personas con
diabetes tipo 2 está
aumentando en
todos los países

La mayoría de
las personas con
diabetes tiene
entre 40 y 59 años
de edad

175 millones de
personas con diabetes
**no están
diagnosticadas**



Más de **79.000 niños** desarrollaron diabetes tipo 1 en 2013

La diabetes costó como mínimo 548.000 millones de USD en gastos de salud en el 2013, el 11% del gasto total en adultos



Más de **21 Millones** de niños nacidos vivos fueron afectados por la diabetes durante la gestación en 2013

2

La carga mundial

La diabetes y la tolerancia anormal a la glucosa

La diabetes es una de las enfermedades no transmisibles más comunes. Es la cuarta o quinta causa de muerte en la mayoría de los países de ingresos altos, y hay pruebas sustanciales de que es una epidemia en muchos países en vías de desarrollo económico y de reciente industrialización.

La diabetes es sin duda uno de los problemas de salud más graves del siglo XXI.

Es extraordinario el número de estudios que describen las posibles causas y la distribución de la diabetes en los últimos 20 años. Estos estudios siguen confirmando que los países que se enfrentan a la mayor carga de la diabetes son los países de ingresos medios y bajos. Sin embargo, muchos gobiernos y planificadores de salud pública siguen siendo en gran parte inconscientes de la magnitud actual y del potencial futuro del aumento de la diabetes y sus complicaciones graves.

Los estudios poblacionales de diabetes muestran claramente que un porcentaje importante de las poblaciones que tienen diabetes no había sido previamente diagnosticado. Muchas personas no se diagnostican en gran medida porque se presentan pocos síntomas durante los primeros años de la diabetes tipo 2 o bien porque los síntomas pueden no ser reconocidos como relacionados con la diabetes.

Además de la diabetes, también es un importante problema de salud pública la tolerancia anormal a la glucosa (TAG), en la que los niveles de glucosa en sangre son más altos de lo normal pero no tan altos como en la diabetes. Las personas con TAG tienen un alto riesgo de desarrollar diabetes, así como un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares.

Prevalencia y proyecciones

En esta edición del *Atlas de Diabetes de la FID*, se hace una estimación de la prevalencia de la diabetes y la TAG para los años 2013 y 2035. Los datos proceden de 219 países y territorios, agrupados en las siete regiones de la FID: África (AFR), Europa (EUR), Oriente Medio y Norte África (MENA), América del Norte y Caribe (NAC), América Central y del Sur (SACA), Sudeste Asiático (SEA) y Pacífico Occidental (WP).

Los detalles completos de los métodos utilizados para generar las estimaciones de la prevalencia de la diabetes en los adultos y el porcentaje no diagnosticado, incluyendo cómo se evalúan y procesan las fuentes de datos, se pueden encontrar en el documento de métodos publicado en la revista *Diabetes Research and Clinical Practice* y en la página Web del *Atlas de Diabetes de la FID*: www.idf.org/diabetesatlas.

Complicaciones

Las complicaciones debidas a la diabetes (Capítulo 1) son una causa importante de discapacidad, disminución de la calidad de vida y muerte. Las complicaciones de la diabetes pueden afectar a diferentes partes del cuerpo, y se manifiestan de diferentes maneras en diferentes personas.

No hay normas acordadas a nivel internacional para el diagnóstico y la evaluación de las complicaciones de la diabetes. Debido a la variedad de métodos de estos estudios, es difícil hacer comparaciones entre diferentes poblaciones. Sin embargo, está claro que las complicaciones de la diabetes son muy comunes,

con al menos una presente en un gran porcentaje de personas con diabetes (50% o más en algunos estudios) en el momento del diagnóstico.

En esta edición del *Atlas de Diabetes de la FID*, no se incluyeron las estimaciones de las complicaciones debido a la falta de comparabilidad de los datos disponibles. Las normas internacionales para medir las complicaciones son esenciales para proporcionar estimaciones precisas de esta importante causa de discapacidad.

| EN UN VISTAZO | 2013 | 2035 |
|---|-------------|-------------|
| Población mundial total (miles de millones) | 7,2 | 8,7 |
| Población adulta (de 20 a 79 años, miles de millones) | 4,6 | 5,9 |

DIABETES Y TAG (20-79 AÑOS)

Diabetes

| | | |
|--|------------|-------------|
| Prevalencia global (%) | 8,3 | 10,1 |
| Prevalencia comparativa (%) | 8,3 | 8,8 |
| Número de personas con diabetes (millones) | 382 | 592 |

TAG

| | | |
|---------------------------------------|------------|------------|
| Prevalencia global (%) | 6,9 | 8,0 |
| Prevalencia comparativa (%) | 6,9 | 7,3 |
| Número de personas con TAG (millones) | 316 | 471 |

Tabla 2.1 Los 10 principales países/territorios de prevalencia* (%) de diabetes (20-79 años), 2013 y 2035

| PAÍS/ TERRITORIO | 2013 (%) | PAÍS/ TERRITORIO | 2035 (%) |
|---------------------------------|---------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tokelau | 37,5 | Tokelau | 37,9 |
| Estados Federados de Micronesia | 35,0 | Estados Federados de Micronesia | 35,1 |
| Islas Marshall | 34,9 | Islas Marshall | 35,0 |
| Kiribati | 28,8 | Kiribati | 28,9 |
| Islas Cook | 25,7 | Islas Cook | 25,7 |
| Vanuatu | 24,0 | Arabia Saudita | 24,5 |
| Arabia Saudita | 24,0 | Vanuatu | 24,2 |
| Nauru | 23,3 | Nauru | 23,3 |
| Kuwait | 23,1 | Kuwait | 23,2 |
| Qatar | 22,9 | Qatar | 22,8 |

*Prevalencia comparativa

Tabla 2.2 Los 10 principales países/territorios por número de personas con diabetes (20-79 años), 2013 y 2035

| PAÍS/ TERRITORIO | 2013 MILLONES | PAÍS/ TERRITORIO | 2035 MILLONES |
|---------------------------|------------------|---------------------------|------------------|
| China | 98,4 | China | 142,7 |
| India | 65,1 | India | 109,0 |
| Estados Unidos de América | 24,4 | Estados Unidos de América | 29,7 |
| Brasil | 11,9 | Brasil | 19,2 |
| Federación de Rusia | 10,9 | México | 15,7 |
| México | 8,7 | Indonesia | 14,1 |
| Indonesia | 8,5 | Egipto | 13,1 |
| Alemania | 7,6 | Pakistán | 12,8 |
| Egipto | 7,5 | Turquía | 11,8 |
| Japón | 7,2 | Federación de Rusia | 11,2 |

2.1 Diabetes

La diabetes se puede encontrar en todos los países. Sin programas de prevención y gestión eficaces, la carga continuará aumentando en todo el mundo.¹

La diabetes tipo 2 representa entre el 85% y el 95% del total de la diabetes en los países de ingresos altos, y puede representar un porcentaje aún mayor en los países de ingresos medios y bajos.¹ La diabetes tipo 2 es una afección común y un grave problema de salud global. En la mayoría de los países, la diabetes ha aumentado en conjunción con los rápidos cambios culturales y sociales: el envejecimiento de la población, la creciente urbanización, los cambios en la dieta, la poca actividad física y las conductas no saludables.¹

La diabetes tipo 1, aunque menos común que la diabetes tipo 2, está aumentando cada año en los países ricos y pobres. En la mayoría de los países de ingresos altos, la mayor parte de la diabetes en niños y adolescentes es la diabetes tipo 1.

La diabetes gestacional es común y, al igual que la obesidad y la diabetes tipo 2, está aumentando en todo el mundo.² El riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 es alto en las mujeres que han tenido diabetes gestacional. La prevalencia de la diabetes gestacional varía ampliamente entre las diferentes poblaciones de todo el mundo. Gran parte de la variabilidad es debida a las diferencias en los criterios de diagnóstico y las poblaciones de estudio.

Prevalencia

Se estima que tienen diabetes aproximadamente 382 millones de personas en el mundo, o el 8,3% de los adultos. Cerca del 80% vive en países de ingresos medios y bajos. Si siguen estas tendencias, para el año 2035 unos 592 millones de personas, o un adulto de cada 10, tendrán diabetes. Esto equivale a aproximadamente tres casos nuevos cada 10 segundos, es decir, casi 10 millones por año. Los incrementos más importantes tendrán lugar en las regiones donde son predominantes las economías en desarrollo.

Distribución por edades

Casi la mitad de todos los adultos con diabetes tienen entre 40 y 59 años de edad. Más del 80% de los 184 millones de personas con diabetes de este grupo de edad vive en países de ingresos medios y bajos.

Este grupo de edad seguirá incluyendo el mayor número de personas con diabetes en los próximos años. En 2035, se espera que este número aumente a 264 millones. Y también, más del 86% vivirá en países de ingresos medios y bajos.

Distribución por sexos

Hay una pequeña diferencia entre sexos en el número global de personas con diabetes en 2013 o 2035. Hay alrededor de 14 millones más de hombres que de mujeres con diabetes (198 millones de hombres frente a 184 millones de mujeres). Sin embargo, se espera que esta diferencia aumente hasta 15 millones (305 millones de hombres frente a 288 millones de mujeres) en 2035.

Distribución urbana/rural

Hay más personas con diabetes viviendo en zonas urbanas (246 millones) que en zonas rurales (136 millones), aunque las cifras de las zonas rurales aumentan. En los países de ingresos medios y bajos,

el número de personas con diabetes en el área urbana es de 181 millones, mientras que 122 millones viven en zonas rurales. Para 2035 se espera que la diferencia aumente con 347 millones de personas en zonas urbanas y 145 millones en zonas rurales.

Figura 2.1 Prevalencia* (%) de diabetes (20-79 años) por Región de la FID, 2013 y 2035

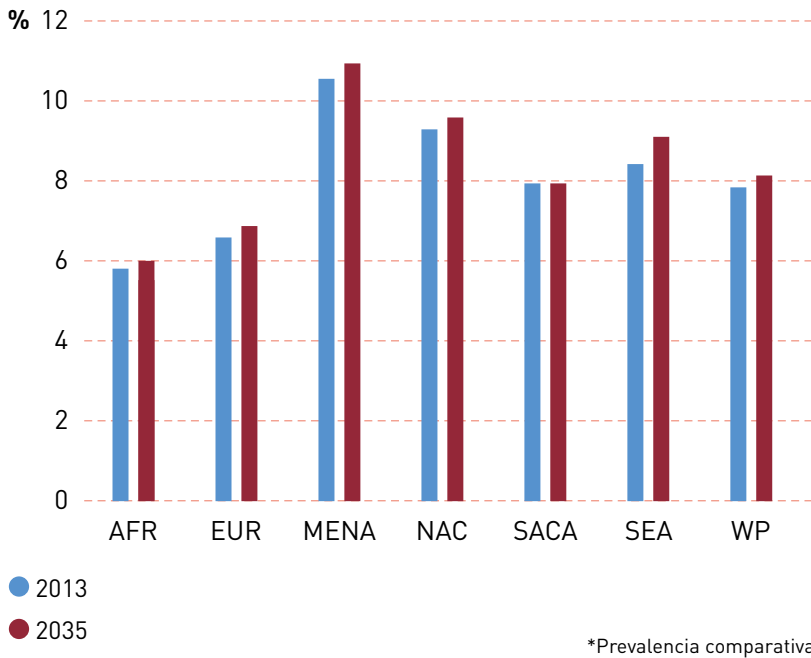
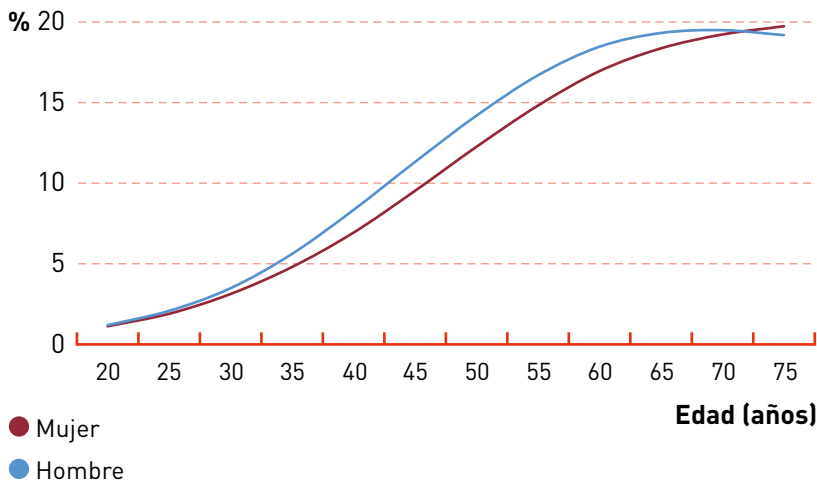
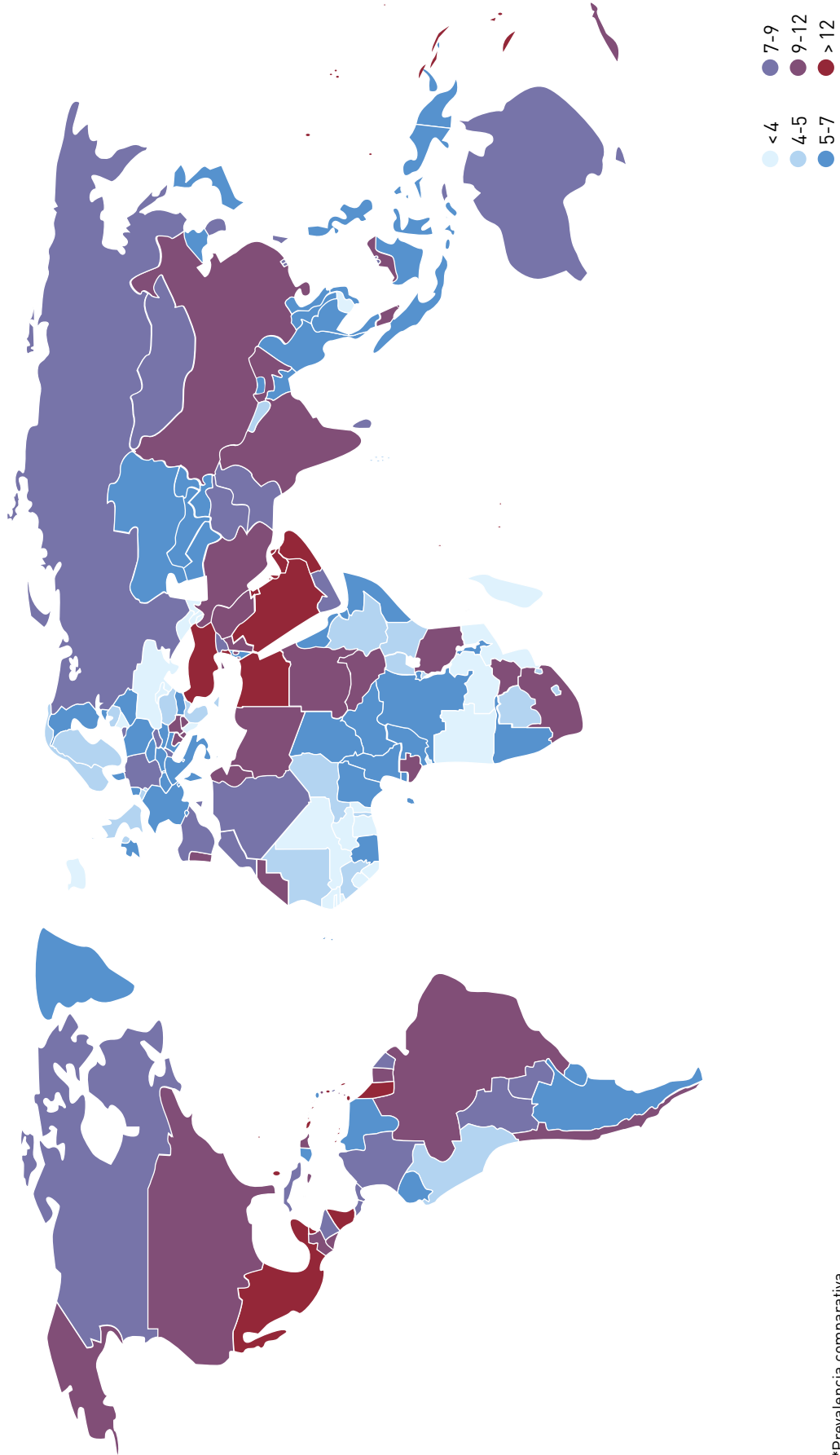


Figura 2.2 Prevalencia (%) de personas con diabetes por edad y sexo, 2013

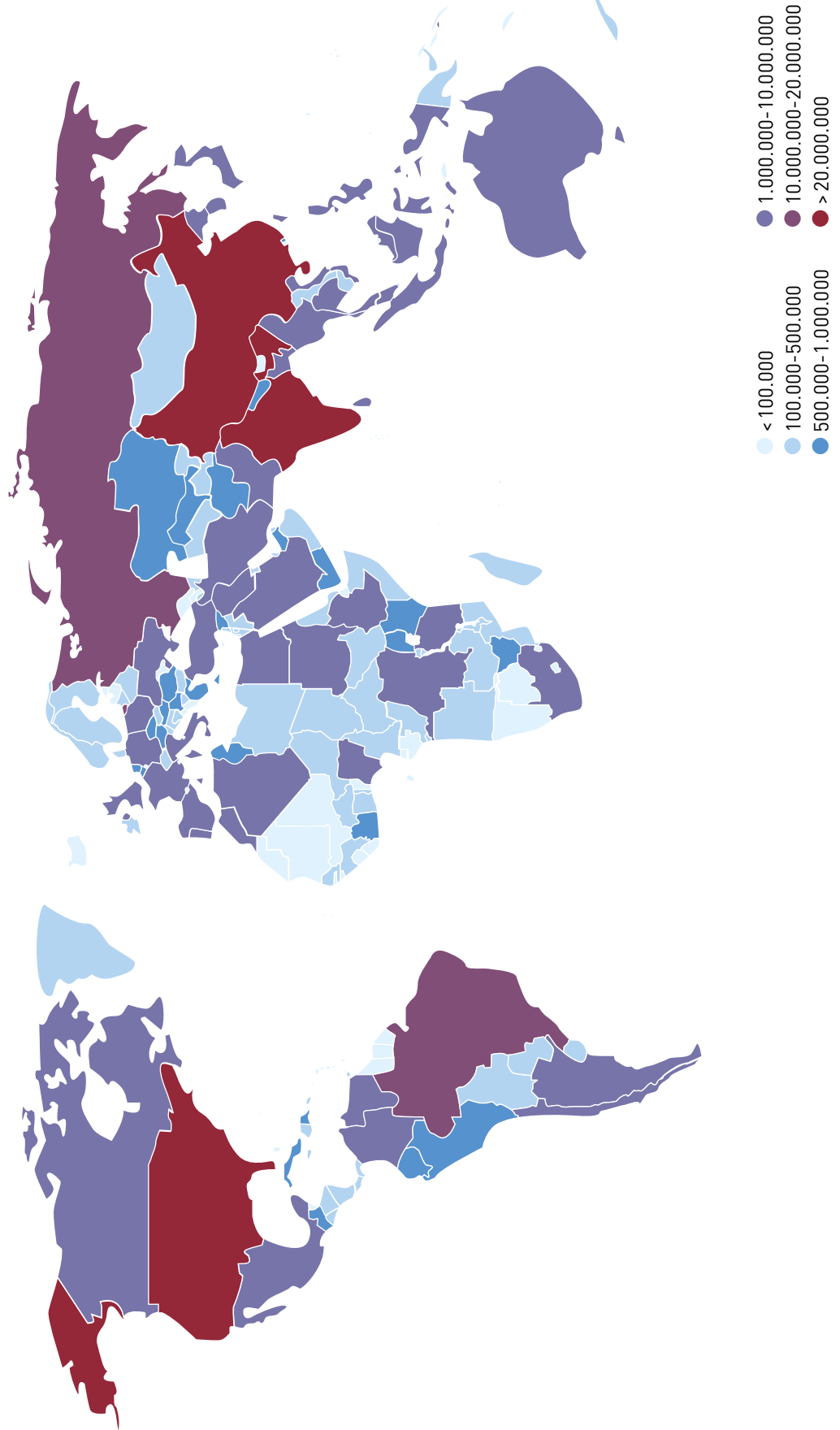


Mapa 2.1 Prevalencia* (%) de diabetes en adultos (20-79 años), 2013



*Prevalencia comparativa

Mapa 2.2 Número de personas con diabetes (20-79 años), 2013



2.2 La diabetes no diagnosticada

La FID estima que a nivel mundial unos 175 millones de personas, o cerca de la mitad de todas las personas con diabetes, no son conscientes de ello. La mayoría de estos casos son de diabetes tipo 2. Cuanto antes sea diagnosticada una persona y empiece su tratamiento, más posibilidades tiene de prevenir complicaciones perjudiciales y costosas. Por lo tanto, es urgente la necesidad de diagnosticar y prestar atención adecuada a las personas con diabetes.

Disparidades por Región

Ningún país ha podido diagnosticar a todas las personas que tienen diabetes. En el África subsahariana, donde a menudo faltan recursos y los gobiernos no pueden dar prioridad a la detección de la diabetes, la proporción de personas con diabetes sin diagnosticar se eleva al 90% en algunos países.¹ Incluso en los países de ingresos altos, aproximadamente un tercio de las personas con diabetes no han sido diagnosticadas. La Región del Sudeste Asiático (35,1 millones) y la Región del Pacífico Occidental (74,7 millones) representan en conjunto más del 60% de todas las personas con diabetes no diagnosticada. A nivel mundial, el 84% de todas las personas que están sin diagnosticar viven en países de ingresos medios y bajos.

Complicaciones

Una persona con diabetes puede vivir durante varios años sin mostrar ningún síntoma, pero durante este tiempo los altos niveles de glucemia están dañando silenciosamente su cuerpo y pueden desarrollarse complicaciones por la diabetes. Las complicaciones asociadas con la diabetes son tan variadas que incluso cuando los síntomas existen, puede que no se vea que la diabetes es la causa, a menos que se realicen pruebas precisas y apropiadas. Las personas no diagnosticadas no van a tomar medidas para controlar sus niveles de glucosa en sangre ni su estilo de vida. Los estudios han descubierto que muchas personas con diabetes no diagnosticada ya sufren complicaciones como la insuficiencia renal crónica y la insuficiencia cardíaca, la retinopatía y la neuropatía.²⁻⁴

Costes

Algunos de los costes asociados con la diabetes son un mayor uso de los servicios de salud, la pérdida de la productividad y la discapacidad, que pueden ser una carga considerable para las personas, las familias y la sociedad. Cuando las personas tienen diabetes no diagnosticada durante mucho tiempo, pierden las oportunidades y los beneficios potenciales del diagnóstico y tratamiento precoz. Por otra parte, los costes relacionados con la diabetes no diagnosticada son considerables. Un estudio realizado en los EEUU demostró que la diabetes no diagnosticada era la responsable de unos 18.000 millones de dólares adicionales en costes de salud en un año.⁵

Identificar a las personas con diabetes

La oportuna identificación de las personas con factores de riesgo por diabetes tipo 2 no diagnosticada es factible y rentable.⁶ Se han desarrollado calificaciones de riesgo y 'tick tests' con listas de factores de riesgo en muchos países, sobre la base de estudios epidemiológicos de las poblaciones locales, que están ampliamente disponibles. Aunque la diabetes no diagnosticada es un problema importante, la detección de la diabetes en una población amplia no es un sistema apropiado. Los países deben primero desarrollar sistemas de salud que puedan satisfacer las necesidades de las personas que viven con la enfermedad. Se debe dar prioridad a prestar una buena atención y tratamiento a las personas ya identificadas con diabetes. La detección selectiva de las personas con alto riesgo de diabetes no diagnosticada puede ser considerada una vez se aplique un sistema de trabajo para la asistencia.

Estimación de la diabetes no diagnosticada

Los estudios de población son la base para la estimación de la diabetes no diagnosticada. Se realiza una prueba de diabetes a una muestra de personas que viven en un área en particular, que identifica los casos conocidos y los no diagnosticados previamente. El *Atlas de Diabetes de la FID* estima la diabetes no diagnosticada mediante estudios poblacionales representativos que informan de la proporción de casos no diagnosticados previamente. Los resultados de estos estudios se combinan luego por Región y grupo de ingresos para generar una estimación que se aplica después a las estimaciones de prevalencia. Los detalles completos de los métodos y los resultados están disponibles en el documento publicado en www.idf.org/diabetesatlas.

Mapa 2.3 Prevalencia* (%) de diabetes no diagnosticada (20-79 años), 2013

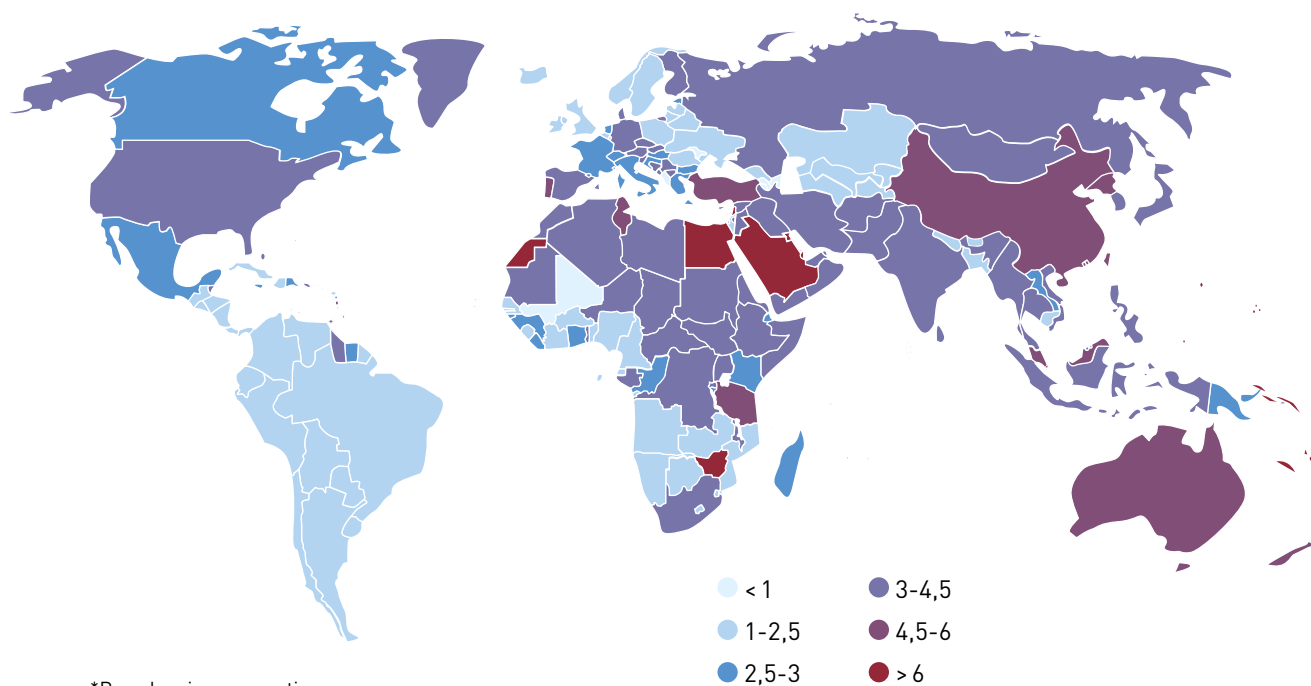


Tabla 2.3 Diabetes no diagnosticada (20-79 años) por Región de la FID y grupo de ingresos, 2013

| REGIÓN DE LA FID | PROPORCIÓN NO DIAGNOSTICADA % | CASOS MILLONES |
|--|-------------------------------|----------------|
| África | | 12,4 |
| Países de ingresos bajos | 75,1 | |
| Países de ingresos medios | 46,0 | |
| Europa | | 20,1 |
| Países de ingresos bajos | 29,3 | |
| Países de ingresos medios | 35,1 | |
| Países de ingresos altos | 36,6 | |
| Oriente Medio y Norte de África | | 16,8 |
| Países de ingresos bajos | 50,0 | |
| Países de ingresos medios | 50,0 | |
| Países de ingresos altos | 40,7 | |
| América del Norte y Caribe | | 9,9 |
| Países de ingresos bajos | 29,4 | |
| Países de ingresos medios | 25,0 | |
| Países de ingresos altos | 27,7 | |
| América Central y del Sur | | 5,8 |
| Países de ingresos medios | 24,1 | |
| Sudeste Asiático | | 35,1 |
| Países de ingresos bajos | 43,6 | |
| Países de ingresos medios | 49,1 | |
| Pacífico Occidental | | 74,7 |
| Países de ingresos bajos | 63,0 | |
| Países de ingresos medios | 54,1 | |
| Países de ingresos altos | 49,4 | |

2.3 Tolerancia anormal a la glucosa

La tolerancia anormal a la glucosa (TAG), junto con la alteración de la glucosa en ayunas (AGA), es reconocida como una etapa que precede a la diabetes cuando los niveles de glucosa en sangre son más elevados de lo normal. Por lo tanto, las personas con TAG corren un alto riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, aunque no todas las personas con TAG llegan siempre a desarrollar la enfermedad. En más de un tercio de las personas con TAG, los niveles de glucosa en sangre vuelven a la normalidad después de un periodo de varios años.¹

Los datos sobre la TAG se incluyen en este informe porque la TAG aumenta en gran medida el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2¹ y está vinculada con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.^{2,3} Además, algunas de las mejores pruebas sobre la prevención de la diabetes tipo 2 proviene de estudios con personas con TAG.

Prevalencia

Se estima que tienen TAG unos 316 millones de personas en el mundo, o el 6,9% de los adultos. La gran mayoría (70%) de estas personas viven en países de ingresos medios y bajos. Para 2035, se supone que el número de personas con TAG aumentará a 471 millones, o el 7,3% de la población adulta.

Distribución por edades

La mayoría de los adultos con TAG tienen menos de 50 años (153 millones) y, si no son tratados, corren un alto riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en el futuro. Este grupo de edad seguirá teniendo el mayor número de personas con TAG en 2035, llegando a 198 millones, tal como se muestra en la Figura 2.3. Es importante tener en cuenta que casi un tercio de todas las personas que actualmente tienen TAG están en el grupo de 20 a 39 años de edad, y por lo tanto son propensos a pasar muchos años con altos niveles de glucosa, si es que no desarrollan diabetes.

La prevalencia de la TAG es generalmente similar a la de la diabetes, pero algo mayor en las regiones de África y Europa, y ligeramente inferior en el Sudeste Asiático.

Figura 2.3 Número de personas con TAG por edad (20-79 años), 2013 y 2035

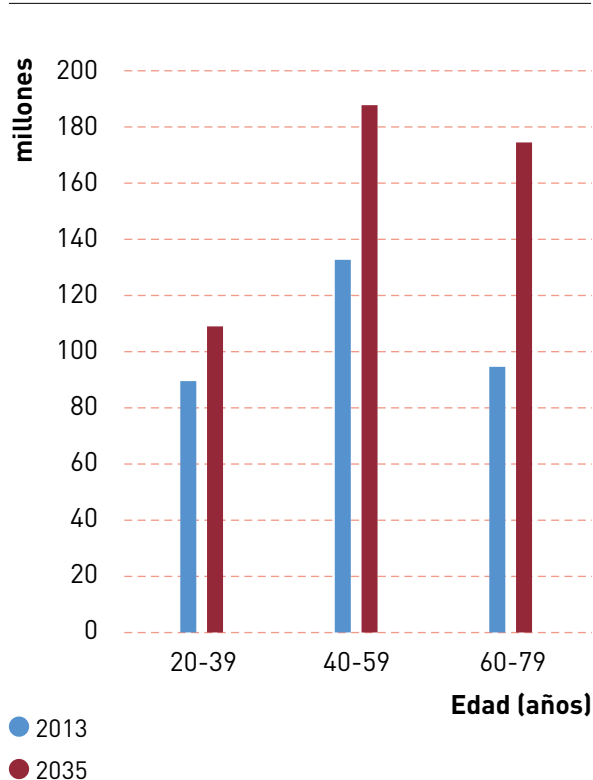


Figura 2.4 Prevalencia (%) de personas con TAG (20-79 años) por edad y sexo, 2013

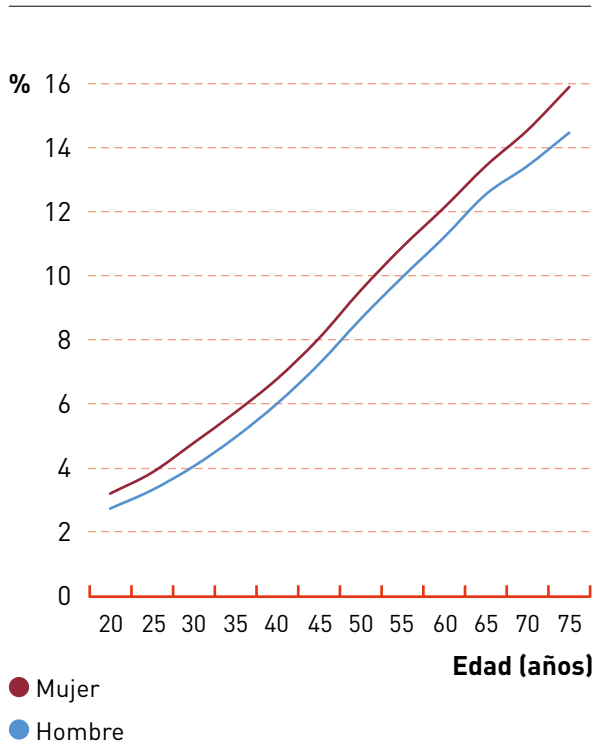
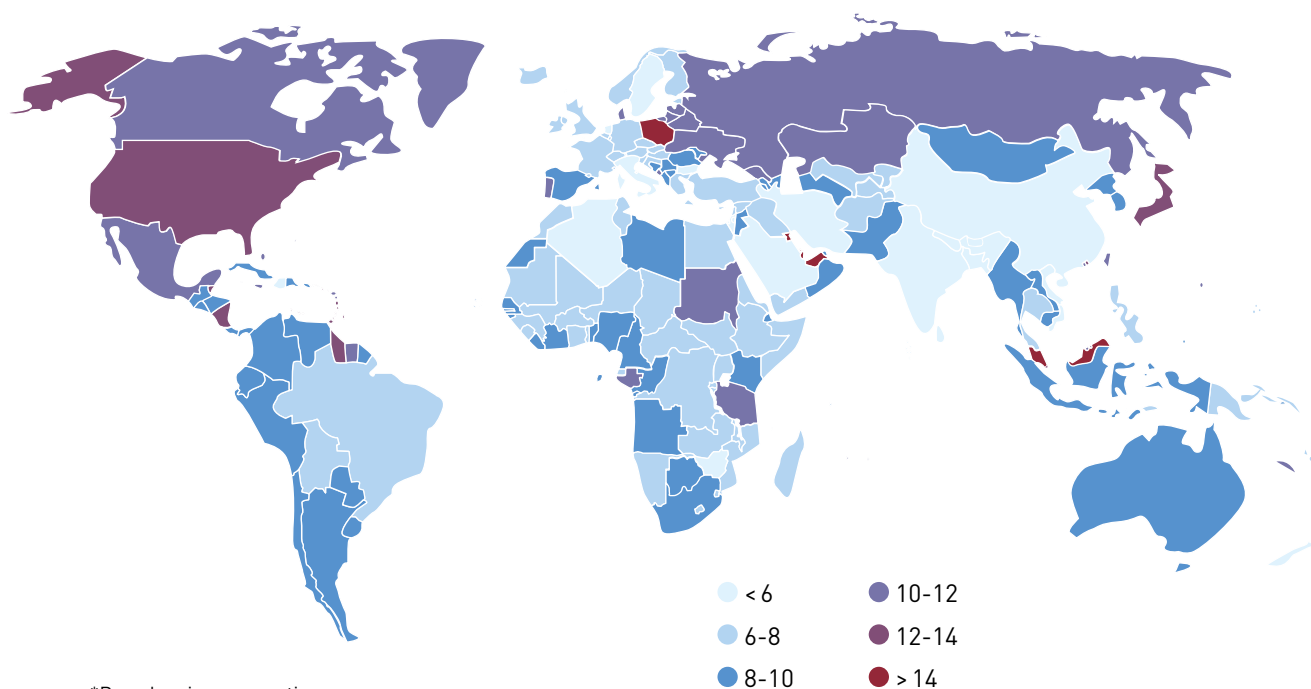


Tabla 2.4 Los 10 principales países/territorios por prevalencia* (%) de TAG (20-79 años), 2013 y 2035

| PAÍS/ TERRITORIO | 2013 (%) | PAÍS/ TERRITORIO | 2035 (%) |
|------------------------|-------------|------------------------|-------------|
| Kuwait | 17,9 | Polonia | 19,3 |
| Qatar | 17,1 | Kuwait | 18,1 |
| Emiratos Árabes Unidos | 16,6 | Qatar | 17,4 |
| Polonia | 16,5 | Emiratos Árabes Unidos | 17,0 |
| Bahrein | 16,3 | Bahrein | 16,7 |
| Malasia | 15,2 | Malasia | 15,3 |
| Hong Kong (RAE) | 13,3 | Hong Kong (RAE) | 13,2 |
| Nicaragua | 12,9 | Anguilla | 13,0 |
| Japón | 12,6 | Guadalupe | 13,0 |
| Singapur | 12,4 | Macao (RAE) | 12,9 |

*Prevalencia comparativa

Mapa 2.4 Prevalencia* (%) de tolerancia anormal a la glucosa (20-79 años), 2013



*Prevalencia comparativa

2.4 La diabetes en los jóvenes

La diabetes tipo 1 es una de las afecciones endocrinas y metabólicas más comunes en la infancia. El número de niños que desarrollan este tipo de diabetes está aumentando rápidamente cada año, especialmente entre los niños más pequeños. En un número creciente de países, también se diagnostica en niños la diabetes tipo 2.

Los retos

El tratamiento con insulina es necesario para la supervivencia y es para toda la vida. Una persona con diabetes tipo 1 tiene que seguir un plan de autocontrol estructurado, incluido el uso de insulina y el control de la glucosa en sangre, actividad física y una dieta sana. En muchos países, especialmente en familias de bajos ingresos, es limitado el acceso a herramientas de autocontrol, incluida la educación para el autocontrol, además de la insulina. Esto conduce a graves discapacidades y a la muerte prematura en niños con diabetes.

Muchos niños y adolescentes pueden tener dificultades para enfrentarse emocionalmente a su enfermedad. La diabetes puede dar lugar a discriminación y puede limitar las relaciones sociales. También puede tener un impacto en el rendimiento académico del niño. Los costes del tratamiento y los equipos de control, junto con las necesidades diarias de un niño con diabetes, pueden suponer una enorme carga económica y emocional para toda la familia.

Incidencia y prevalencia de la diabetes tipo 1 en los niños

Dos proyectos de colaboración internacionales, el estudio Diabetes Mondiale (DIAMOND)¹ y el estudio Europa and Diabetes (EURODIAB)², y, más recientemente en EEUU, el estudio SEARCH for Diabetes in Youth,³ han sido decisivos a la hora de monitorizar las tendencias de la incidencia (el número de personas que desarrolla diabetes en un año). Esto se ha hecho mediante la creación de registros de población regionales o nacionales, utilizando definiciones estandarizadas, formularios para la recopilación de datos y métodos de validación

La incidencia de diabetes tipo 1 en niños está en aumento en muchos países, al menos entre los menores de 15 años. Hay fuertes indicios de diferencias geográficas en las tendencias, pero el aumento anual total se estima en torno al 3%.^{1,2} Hay pruebas de que la incidencia está aumentando de forma más pronunciada en algunos países de Europa Central y del Este, en donde la enfermedad es menos frecuente. Además, varios estudios europeos han sugerido que, en términos relativos, el aumento es mayor entre los niños de más corta edad.

También hay evidencia de que existen tendencias similares en muchas otras partes del mundo, pero en el África Subsahariana los datos de incidencia son escasos o inexistentes. Se debe realizar un esfuerzo especial para recopilar datos, especialmente en los países en los que podría pasarse por alto el diagnóstico.

Se estima que unos 79.100 niños menores de 15 años desarrollan diabetes tipo 1 cada año en todo el mundo. De los aproximadamente 497.100 niños que viven con diabetes tipo 1, el 26% vive en la Región de Europa, donde disponemos de estimaciones más fiables y actualizadas de la incidencia, y el 22% en América del Norte y Caribe.

La diabetes tipo 2 en jóvenes

Existen pruebas de que en algunos países está aumentando la diabetes tipo 2 en niños y adolescentes. Sin embargo, los datos fiables son escasos.⁴ Al igual que con la diabetes tipo 1, muchos niños con diabetes tipo 2 corren el riesgo de desarrollar complicaciones en la edad adulta, lo que supondría una carga importante para la familia y la sociedad. Con el aumento de los niveles de obesidad e inactividad física entre los jóvenes de muchos países, la diabetes tipo 2 en la infancia puede convertirse en un problema mundial de salud pública que puede conducir a consecuencias graves para la salud. Se necesita urgentemente más información acerca de este aspecto de la epidemia de diabetes.

EN UN VISTAZO

2013

Población total infantil (0 a 14 años, miles de millones) **1,9**

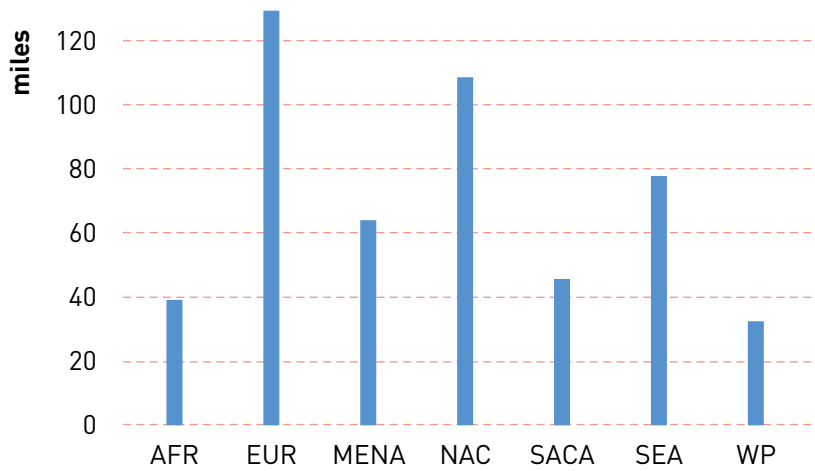
LA DIABETES TIPO 1 EN NIÑOS (0-14 AÑOS)

Número de niños con diabetes tipo 1 (miles) **497,1**

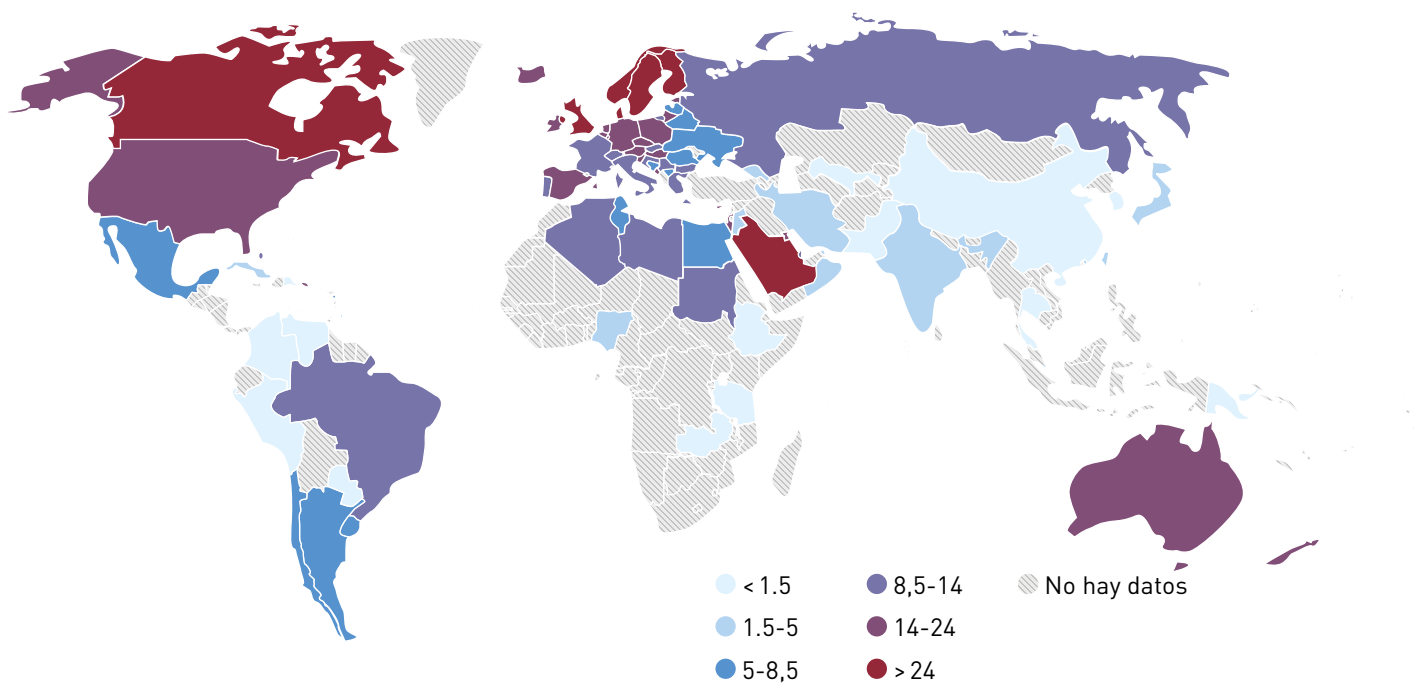
Número de niños por año (miles) **79,1**

Incremento anual de la incidencia [%]^{1,2} **3**

Figura 2.5 Número estimado de niños (0 a 14 años) con diabetes tipo 1 por Región de la FID, 2013



Mapa 2.5 Nuevos casos de diabetes tipo 1 (0 a 14 años por cada 100.000 niños por año), 2013



2.5 La hiperglucemia en el embarazo

El alto nivel de glucosa en sangre, o hiperglucemia, es uno de los problemas de salud más comunes del embarazo.¹ La hiperglucemia en el embarazo puede ser debida a una diabetes previamente existente en una mujer embarazada o al desarrollo de resistencia a la insulina durante el embarazo en una condición conocida como diabetes gestacional. A diferencia de la diabetes en el embarazo, la diabetes gestacional se resuelve una vez que termina el embarazo. La hiperglucemia en el embarazo se clasifica (véase el recuadro 6.1) como diabetes en el embarazo o diabetes gestacional, dependiendo de los valores de glucosa en sangre obtenidos durante el análisis.

Riesgos y complicaciones

Cualquier hiperglucemia no controlada durante el embarazo puede dar lugar a complicaciones en el parto que pueden afectar tanto a la madre como al bebé. A medida que la prevalencia de la obesidad y la diabetes en las mujeres en edad de procrear sigan aumentando en todas las regiones, también lo hará la prevalencia de la hiperglucemia durante el embarazo. Además, las mujeres que desarrollan diabetes gestacional tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.² Los bebés nacidos de madres que tienen hiperglucemia durante el embarazo también corren un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 más adelante en la vida.

Prevalencia

La FID estima que 21,4 millones o el 16,8% de los nacidos vivos en 2013 tenían algún tipo de hiperglucemia durante el embarazo. Se estima que el 16% de estos casos se deben a la diabetes en el embarazo y requieren un control riguroso durante el embarazo y un seguimiento post-parto.

Hay algunas diferencias regionales en la prevalencia (%) de la hiperglucemia en el embarazo. La Región del Sudeste Asiático tiene la mayor prevalencia con el 25% frente al 10,4% de la Región de América del Norte y Caribe. Un sorprendente 91,6% de los casos de hiperglucemia durante el embarazo estaba en países de ingresos medios y bajos, donde el acceso a la asistencia materna es a menudo limitado.

La prevalencia de la hiperglucemia en el embarazo aumenta rápidamente con la edad y es más alta en las mujeres mayores de 45 años (47,7%), aunque haya un menor número de embarazos en ese grupo de edad. Esto explica por qué sólo el 23% de los casos mundiales de hiperglucemia durante el embarazo se produjo en mujeres mayores de 35 años, a pesar de que el riesgo de desarrollar la enfermedad es mayor en estas mujeres.

Prevalencia estimada

Existe una gran diversidad en los métodos y criterios utilizados para identificar a las mujeres con hiperglucemia durante el embarazo, lo que aumenta la dificultad de hacer comparaciones entre los estudios y generar estimaciones sobre prevalencia.² Sin embargo, la reciente publicación de una guía de la Organización Mundial de la Salud sobre el diagnóstico de la hiperglucemia en el embarazo contribuirá a un enfoque estándar para la estimación de la prevalencia.³

Existen datos sobre la hiperglucemia en el embarazo a partir de estudios de 34 países de todas las regiones de la FID. Aunque cada una de las regiones están representadas, la mayoría de los estudios se han realizado en países de ingresos altos. Hay más información sobre los métodos utilizados para generar las estimaciones en www.idf.org/diabetesatlas.

EN UN VISTAZO

2013

Total nacidos vivos (20 a 49 años, en millones) **127,1**

HIPERGLUCEMIA DURANTE EL EMBARAZO EN LAS MUJERES (20-49 AÑOS)

Prevalencia global (%) **16,9**

Prevalencia comparativa (%) **14,8**

Número de nacidos vivos con hiperglucemia durante el embarazo (en millones) **21,4**

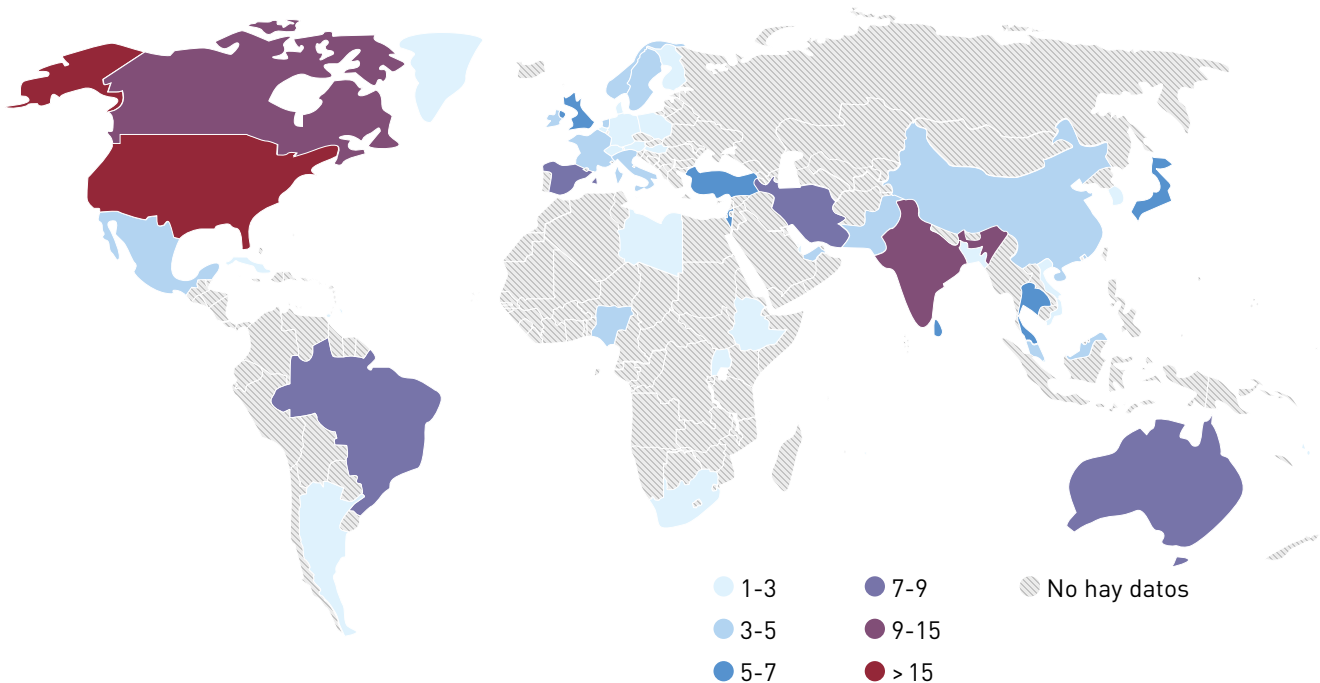
Proporción que puede ser debido a la diabetes en el embarazo (%) **16,0**

Tabla 2.5 Hiperglucemia en el embarazo (20-49 años) por Región de la FID, 2013

| REGIÓN DE LA FID | Casos en nacidos vivos MILLONES | Prevalencia* % | Proporción de casos que pueden ser debidos a la diabetes en el embarazo % |
|-------------------------|---|--------------------------|---|
| AFR | 4,6 | 14,4 | 19,6 |
| EUR | 1,7 | 12,6 | 10,9 |
| MENA | 3,4 | 17,5 | 17,7 |
| NAC | 0,9 | 10,4 | 24,9 |
| SACA | 0,9 | 11,4 | 17,3 |
| SEA | 6,3 | 25,0 | 9,5 |
| WP | 3,7 | 11,9 | 14,1 |

*Prevalencia comparativa

Mapa 2.6 Fuentes de datos que proporcionan información sobre la prevalencia de la hiperglucemia en el embarazo, 2013



2.6 Mortalidad

La diabetes y sus complicaciones son las principales causas de muerte prematura en la mayoría de los países. La enfermedad cardiovascular (véase el capítulo 1) es una de las principales causas de muerte entre las personas con diabetes. En algunas poblaciones, puede representar el 50% o más de las muertes por diabetes. La estimación del número de muertes debidas a la diabetes es un reto porque, por un lado, más de un tercio de los países aún no disponen de datos sobre la mortalidad relacionada con la diabetes, y por otro, porque las estadísticas de salud de rutina existentes subestiman el número de muertes por diabetes. Para proporcionar una estimación más realista de la mortalidad, el *Atlas de Diabetes de la FID* utiliza un enfoque de modelización para estimar el número de muertes atribuibles a la diabetes.³

Carga de la mortalidad

Aproximadamente 5,1 millones de personas de entre 20 y 79 años murieron a causa de la diabetes en 2013, lo que representa el 8,4 % de la mortalidad por todas las causas a nivel mundial entre las personas de este grupo de edad. El número estimado de muertes es similar en magnitud a las muertes combinadas de varias enfermedades infecciosas que son prioridades importantes de salud pública*, y equivale a una muerte cada seis segundos. Cerca de la mitad (48%) de las muertes por diabetes son de personas menores de 60 años. El mayor número de muertes por diabetes se produjo en los países con el mayor número de personas con diabetes: China, India, EEUU y la Federación Rusa.

Distribución por sexo

Hay muy poca diferencia entre hombres y mujeres en el número total de muertes por diabetes. Sin embargo, hay diferencias importantes en la distribución de estas muertes.

En todas las regiones menos la de Oriente Medio y Norte de África y la del Pacífico Occidental, la diabetes tiene una mayor proporción de muertes en las mujeres que en los hombres, lo que representa hasta un cuarto de todas las muertes en mujeres de mediana edad. Esta disparidad es probable que sea debida a las mayores tasas de mortalidad en los hombres por causas diferentes a las de las mujeres.

Tendencias

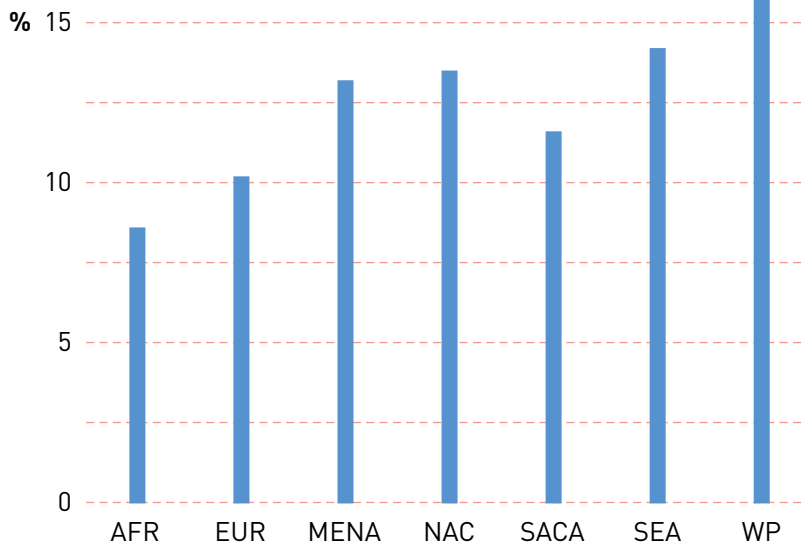
El número de muertes atribuibles a la diabetes en el año 2013 mostró un incremento del 11% respecto a las estimaciones para el año 2011.^{1,2} Este aumento se debió principalmente a los incrementos en el número de muertes por enfermedad en las regiones de África, Pacífico Occidental y Oriente Medio y Norte de África. Esto puede explicarse en parte por un aumento de la prevalencia de la diabetes en algunos países altamente poblados en cada Región. Si bien ha habido un descenso documentado de la mortalidad por algunas enfermedades no transmisibles en algunos países,³ no se ha informado de un descenso parecido en la diabetes.

Veracidad de los datos de mortalidad

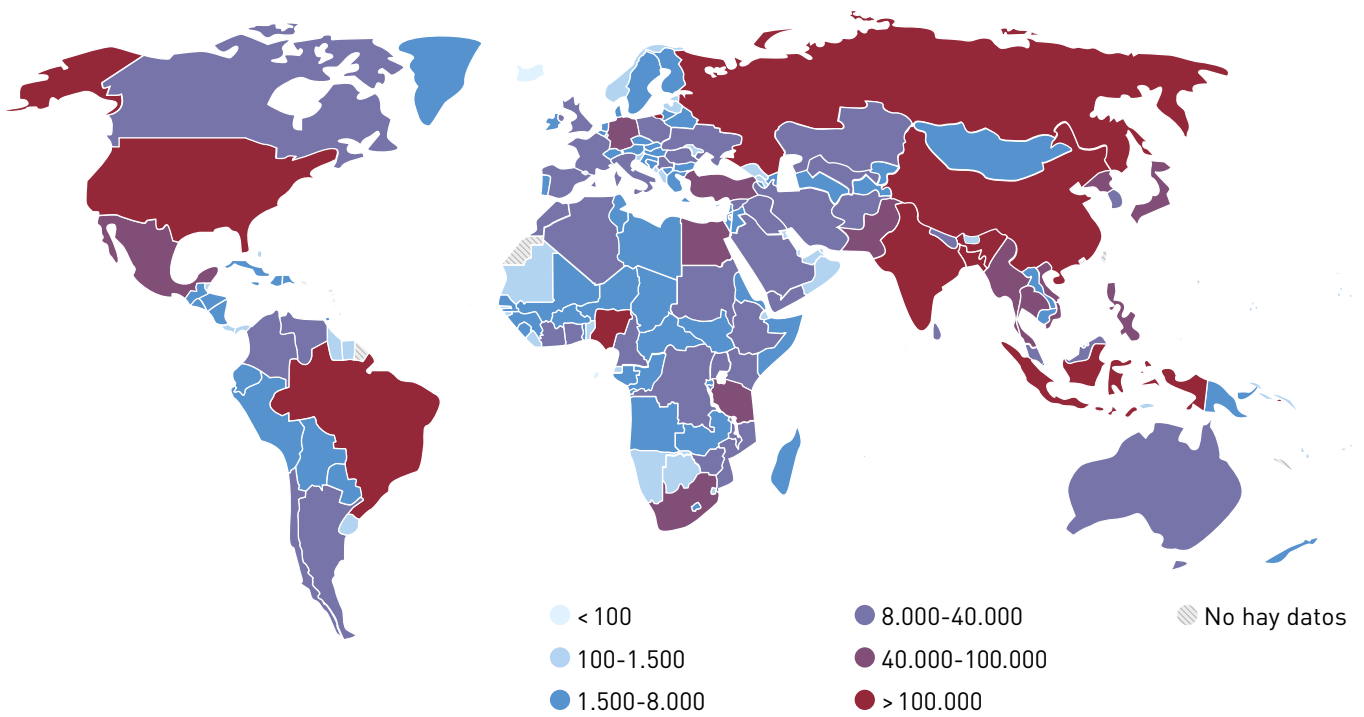
Las estimaciones de mortalidad deben interpretarse con cautela. Sin embargo, son probablemente más realistas que las estimaciones basadas en las fuentes habituales de las estadísticas de salud, que subestiman sistemáticamente la carga de la mortalidad por diabetes, en gran parte debido a que la diabetes a menudo se omite en los certificados de defunción como causa de muerte. Un porcentaje importante de estas muertes puede evitarse mediante acciones de salud pública dirigidas a la prevención de la diabetes y sus complicaciones y a las mejoras en la asistencia de todas las personas con diabetes.⁴

* En 2009 hubo 1,8 millones de muertes de por SIDA,⁵ 781.000 de por malaria⁶ y 1,3 millones de por tuberculosis.⁷

Figura 2.6 Muertes atribuibles a la diabetes como porcentaje de todas las muertes (20-79 años) por Región de la FID, 2013



Mapa 2.7 Muertes atribuibles a la diabetes (20-79 años), 2013



2.7 Gasto sanitario

La diabetes impone una gran carga económica para los individuos y las familias, los sistemas nacionales de salud y los países. El gasto sanitario por la diabetes representó el 10,8% del gasto sanitario total de todo el mundo en 2013. Alrededor del 90% de los países incluidos en este informe dedicaron entre el 5% y el 18% de su gasto total en salud a la diabetes. El gasto sanitario incluye el gasto médico por diabetes de los sistemas de salud, así como las personas que viven con la diabetes y sus familias.

Gasto sanitario mundial

El gasto sanitario mundial para tratar la diabetes y prevenir complicaciones totalizó al menos 548.000 millones de USD en 2013. Para 2035, se prevé que este número supere los 627.000 millones de USD. Expresado en dólares internacionales (ID), que corrige las diferencias en el poder adquisitivo, el gasto sanitario mundial por diabetes se estima como mínimo en 581.000 millones de ID en 2013 y 678.000 millones de ID en 2035. En 2013 se gastaron un promedio estimado de 1.437 USD (1.522 ID) por persona con diabetes a nivel mundial en el tratamiento y control de la enfermedad.

El gasto sanitario debido a la diabetes no se distribuye uniformemente por edades y sexos. Las estimaciones muestran que el 75% del gasto sanitario mundial por la diabetes en el año 2013 fue para las personas de entre 50 y 79 años de edad.

Las disparidades en el gasto sanitario

Hay una gran disparidad en el gasto sanitario por la diabetes entre regiones y países. Sólo el 20% del gasto sanitario mundial por la diabetes se realizó en países de ingresos medios y bajos, donde vive el 80% de las personas con diabetes. Como promedio, el gasto sanitario estimado debido a la diabetes fue de 5.621 USD (5.305 ID) por persona con diabetes en los países de ingresos altos, en comparación con 356 USD (545 ID) en los países de ingresos medios y bajos.

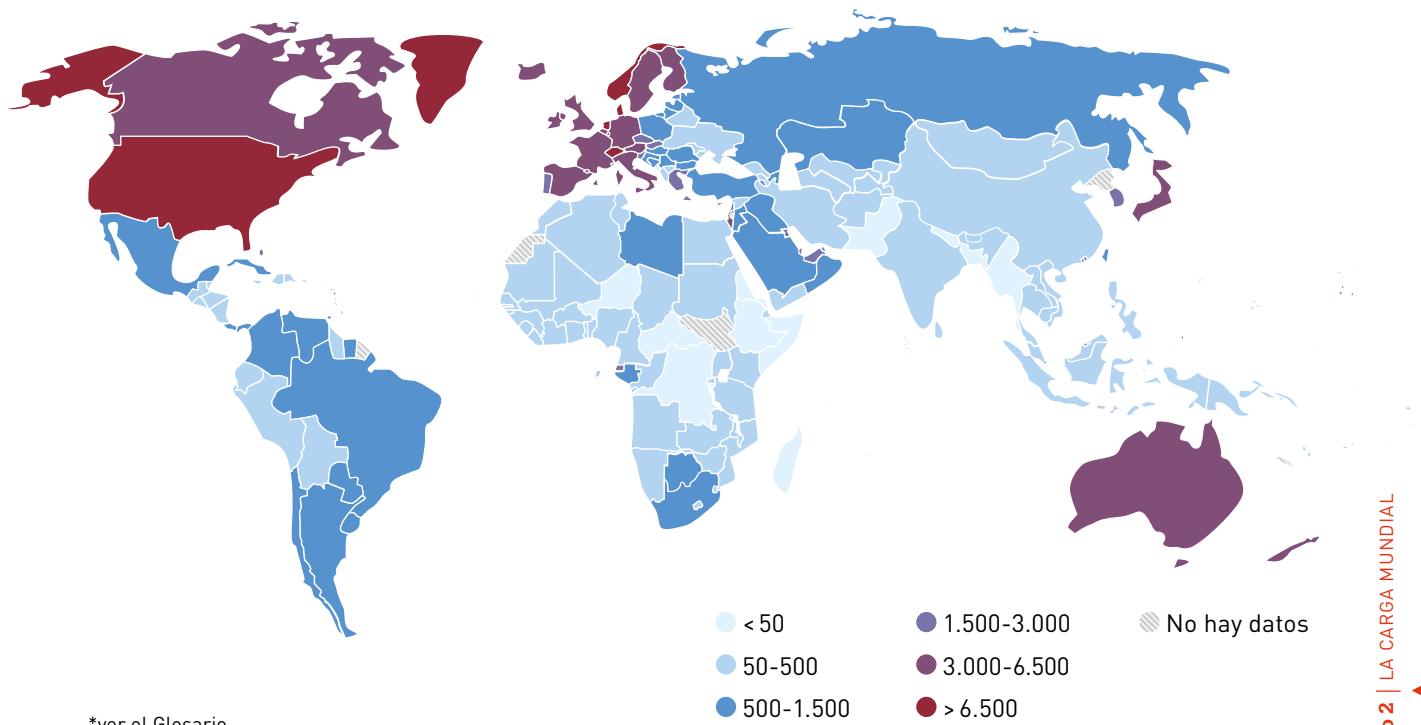
Los EEUU gastaron 239.000 millones de USD por la diabetes, o el 36% del gasto sanitario mundial. Mientras tanto, China, el país con la mayor cantidad de personas que viven con diabetes, gastó sólo 38.000 millones de USD, menos del 7% del total mundial. El gasto combinado de los tres primeros países, EEUU, Alemania y Japón, fue de más de la mitad de todo el gasto mundial sanitario por la diabetes en 2013. Del mismo modo, Noruega gastó un promedio de 10.368 USD por persona en la asistencia sanitaria a la diabetes, mientras que países como la República Centroafricana, Somalia y Eritrea gastaron menos de 30 USD.

Carga económica

En comparación con las personas que viven en países de ingresos altos, las que viven en países de ingresos medios y bajos pagan una proporción mayor del gasto sanitario, porque no tienen acceso al seguro de salud y los servicios médicos públicos. En América Latina, por ejemplo, las familias pagan entre el 40% y el 60% de los gastos médicos de su propio bolsillo.¹ En algunos de los países más pobres, las personas con diabetes y sus familias cargan con casi todo el coste de la atención médica.

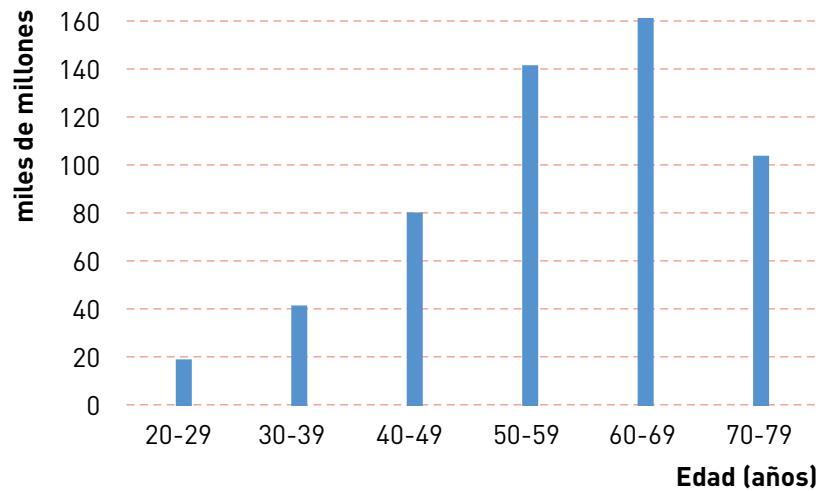
La aplicación de intervenciones de bajo coste y fáciles de usar puede reducir la enorme carga económica de la diabetes. Muchas de estas intervenciones son rentables y/o ahorran costes, incluso en los países en desarrollo.² Sin embargo, estas intervenciones no se aplican con frecuencia.

Mapa 2.8 Media de gastos sanitarios relacionados con la diabetes por persona con diabetes (20-79 años) (USD), R=2*, 2013



*ver el Glosario

Figura 2.7 Gasto sanitario debido a la diabetes por edad (USD, R=2), 2013







Resúmenes regionales

i/10

En Oriente Medio
y Norte de África,
1 de cada 10 adultos
tiene diabetes

En el Sudeste Asiático,
la mitad de las personas
con diabetes **no están
diagnosticadas**

\$
\$
\$

Se gastó más en atención
sanitaria para la diabetes
en América del Norte y
Caribe que en cualquier
otra Región

Europa tiene la mayor
prevalencia de **NIÑOS**
CON DIABETES TIPO 1



En el Pacífico Occidental,
138 millones
de adultos tienen diabe-
tes, el número más eleva-
do de cualquier Región



En África, el 76% de las muertes debidas a la diabetes son de **personas menores de 60 años**

3 Resúmenes regionales

Una perspectiva mundial

La mayoría de las personas con diabetes viven en las regiones económicamente menos desarrolladas del mundo. Incluso en África, la Región con la prevalencia más baja, se estima que alrededor de 522.600 personas murieron a causa de la diabetes en 2013. Las diferencias en la respuesta mundial a la epidemia son enormes: aunque el 80% de las personas con diabetes viven en países de ingresos medios y bajos, esos países sólo dedicaron el 20% del gasto sanitario mundial a esa enfermedad.

Es esencial tener una perspectiva mundial de la epidemia para comprender las verdaderas dimensiones de la carga de la diabetes y sus consecuencias. Este capítulo ofrece un resumen general de cada una de las siete regiones de la FID: África (AFR), Europa (EUR), Oriente Medio y Norte de África (MENA), América del Norte y Caribe (NAC), América Central y del Sur (SACA), Sudeste Asiático (SEA) y Pacífico Occidental (WP). Todas las regiones son muy diferentes en términos socioeconómicos y geográficos y en la prevalencia de la diabetes, las muertes relacionadas y el gasto en salud.

La prevalencia de la diabetes y la tolerancia anormal a la glucosa

Nada menos que 138 millones de personas viven con diabetes en el Pacífico Occidental, más que en cualquier otra Región de la FID. Con 19,8 millones de personas afectadas, África tiene la población diabética

más reducida en comparación con las otras regiones, aunque se prevé que se duplique para el año 2035. En cuanto a la prevalencia de adultos con diabetes, Oriente Medio y Norte de África tiene la prevalencia más alta, con el 10,9%. A Oriente Medio y Norte de África le sigue de cerca la tasa del 9,6% que encontramos en la Región de América del Norte y Caribe, mientras que en América Central y del Sur tienen diabetes el 8,2% de los adultos (Tabla 3.0).

El panorama es similar para la TAG. Se estima que la Región del Pacífico Occidental tiene el mayor número de personas con TAG, unos 110 millones, que por lo tanto corren un riesgo mucho mayor de desarrollar diabetes tipo 2, aunque América del Norte y Caribe tiene la prevalencia comparativa más alta con el 12,1% de la población adulta afectada. A nivel mundial, la prevalencia de la TAG es menor que la de la diabetes, pero existe un alto riesgo de que estas personas desarrollen diabetes si no se tratan a tiempo.

Muertes debidas a la diabetes

La mortalidad atribuible a la diabetes oscila desde el 8,6% de todas las muertes de adultos de edades comprendidas entre los 20 y los 79 años en la Región de África hasta casi el 15,8% en la Región del Pacífico Occidental. Al menos la mitad de todas las muertes por diabetes se produjeron en personas menores de 60 años. La diabetes es la principal causa de muerte en el mundo; es necesario y está justificado invertir para reducir esta carga.

El gasto sanitario

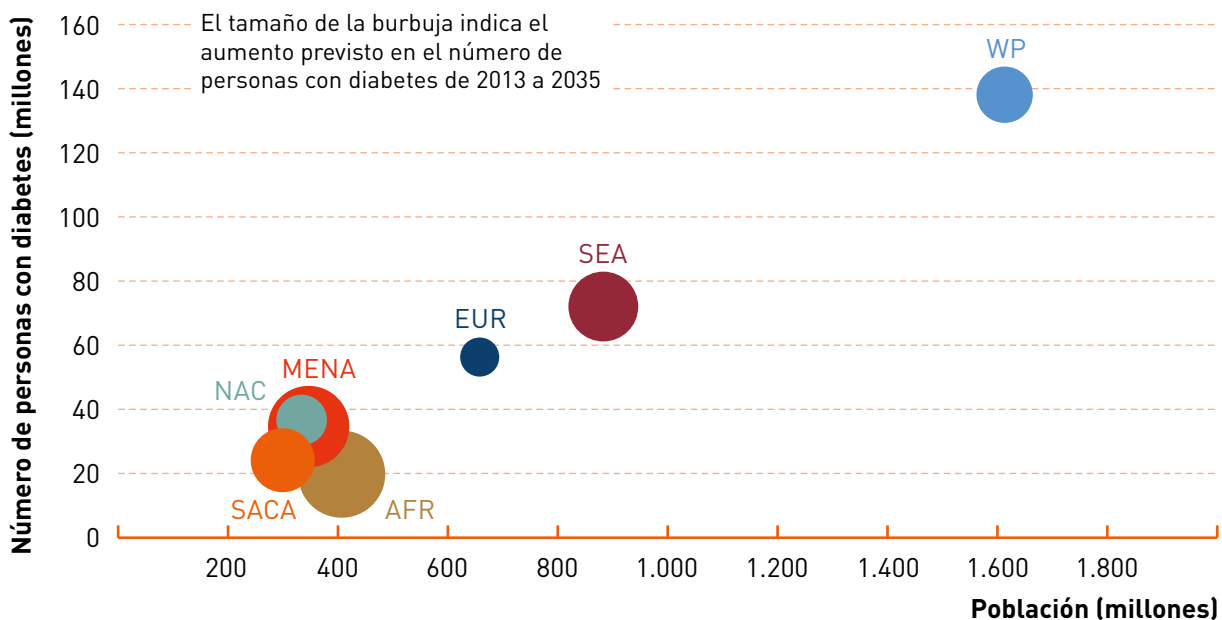
Las disparidades entre las regiones se pueden ver claramente en el gasto sanitario en diabetes. Se estima que la Región de América del Norte y Caribe gastó 263.000 millones de USD, el 48% del gasto sanitario mundial en diabetes. Europa gastó 147.000 millones de USD. El gasto de cada una de estas regiones en asistencia a la diabetes fue mayor que la del conjunto de las demás regiones. La Región

del Pacífico Occidental gastó sólo 88.000 millones de USD, a pesar de tener el mayor número de personas con diabetes. Las regiones de América Central y del Sur y Oriente Medio y Norte de África dedicaron cada una a la diabetes menos del 5% de su gasto sanitario total, mientras que las regiones del Sudeste Asiático y África gastaron menos del 1%.

Tabla 3.0 Las estimaciones regionales para la diabetes (20-79 años), 2013 y 2035

| REGIÓN DE LA FID | 2013 | | | 2035 | | | Aumento del número de personas con diabetes % |
|--------------------|--------------------|--|--|--------------------|--|--|---|
| | Población MILLONES | Número de personas con diabetes MILLONES | Prevalencia comparativa de la diabetes % | Población MILLONES | Número de personas con diabetes MILLONES | Prevalencia comparativa de la diabetes % | |
| AFR | 407,9 | 19,8 | 5,7 | 775,5 | 41,5 | 6,0 | 109,6 |
| EUR | 658,7 | 56,3 | 6,8 | 668,7 | 68,9 | 7,1 | 22,4 |
| MENA | 374,5 | 34,6 | 10,9 | 583,7 | 67,9 | 11,3 | 96,2 |
| NAC | 334,9 | 36,8 | 9,6 | 404,5 | 50,4 | 9,9 | 37,3 |
| SACA | 300,5 | 24,1 | 8,2 | 394,2 | 38,5 | 8,2 | 59,8 |
| SEA | 883,2 | 72,1 | 8,7 | 1.216,9 | 123,0 | 9,4 | 70,6 |
| WP | 1.613,2 | 138,2 | 8,1 | 1.818,2 | 201,8 | 8,4 | 46,0 |
| En el mundo | 4.572,9 | 381,8 | 8,3 | 5.861,8 | 591,9 | 8,8 | 55,0 |

Figura 3.0 Número de personas con diabetes por población (20-79 años) por Región de la FID, 2013



3.1 África

Durante generaciones, la agenda de salud en África Subsahariana ha estado dominada por la pobreza y las enfermedades infecciosas, como la malaria y el VIH/SIDA. Con la transformación de los estilos de vida, en los centros urbanos en expansión y, cada vez más, en las zonas rurales, la obesidad y la diabetes se han convertido en una nueva prioridad para la salud en el continente. Hoy en día, las estimaciones de prevalencia por edad de la diabetes en los pueblos y ciudades africanas a menudo alcanzan o exceden las que se encuentran en los países de ingresos altos. A medida que aumenta la urbanización y las poblaciones envejecen, la diabetes tipo 2 sigue planteando una amenaza cada vez mayor. La Región de África, por ejemplo, tiene la mayor proporción de diabetes sin diagnosticar, al menos un 63%. Se estima que en 2013 murieron en la Región unas 522.600 personas por causas relacionadas con la diabetes. Esto representa el 86% de las muertes por todas las causas. Los sistemas de inversión, investigación y salud son lentos en responder a esa carga y están principalmente enfocados en las enfermedades infecciosas. La Región de África representa menos del 1% del gasto sanitario mundial en diabetes.

Prevalencia

Actualmente, se estima que 19,8 millones de adultos en la Región de África tienen diabetes - una prevalencia regional del 4,9%. Los rangos de las cifras de prevalencia (%) entre los países reflejan las rápidas transiciones demográficas y socioeconómicas que enfrentan a las comunidades de toda la Región. La mayor prevalencia de la diabetes en la Región de África está en la isla de La Reunión (15,4%), seguida de Seychelles (12,1%), Gabón (10,7%) y Zimbabue (9,7%). Algunos de los países más poblados de África tienen el mayor número de personas con diabetes, como por ejemplo: Nigeria (3,9 millones), Sudáfrica (2,6 millones), Etiopía (1,9 millones) y la República Unida de Tanzania (1,7 millones). Más de la mitad de todas las personas con diabetes en la Región viven en sólo cuatro de esos países más poblados.

Los niños con diabetes tipo 1 en la Región a menudo no están diagnosticados. Incluso cuando reciben un diagnóstico a tiempo, pocos tienen los medios para obtener la insulina, jeringas y equipos de control, y como consecuencia, mueren. Estas muertes prematuras evitables son un factor clave en la baja prevalencia de la diabetes tipo 1 en la Región.

Mortalidad

Aunque sólo el 8,6% de todas las muertes en la Región de África se puede atribuir a la diabetes, en 2013 un asombroso 76,4% de esas muertes ocurrieron en personas menores de 60 años. Además, hubo más del 50% de muertes por diabetes en mujeres que en hombres. Esto en parte se debe a que los hombres tienen más probabilidades de morir por otras causas, como los conflictos armados, y porque en muchos casos las mujeres tienen poco acceso a la atención sanitaria.

El gasto sanitario

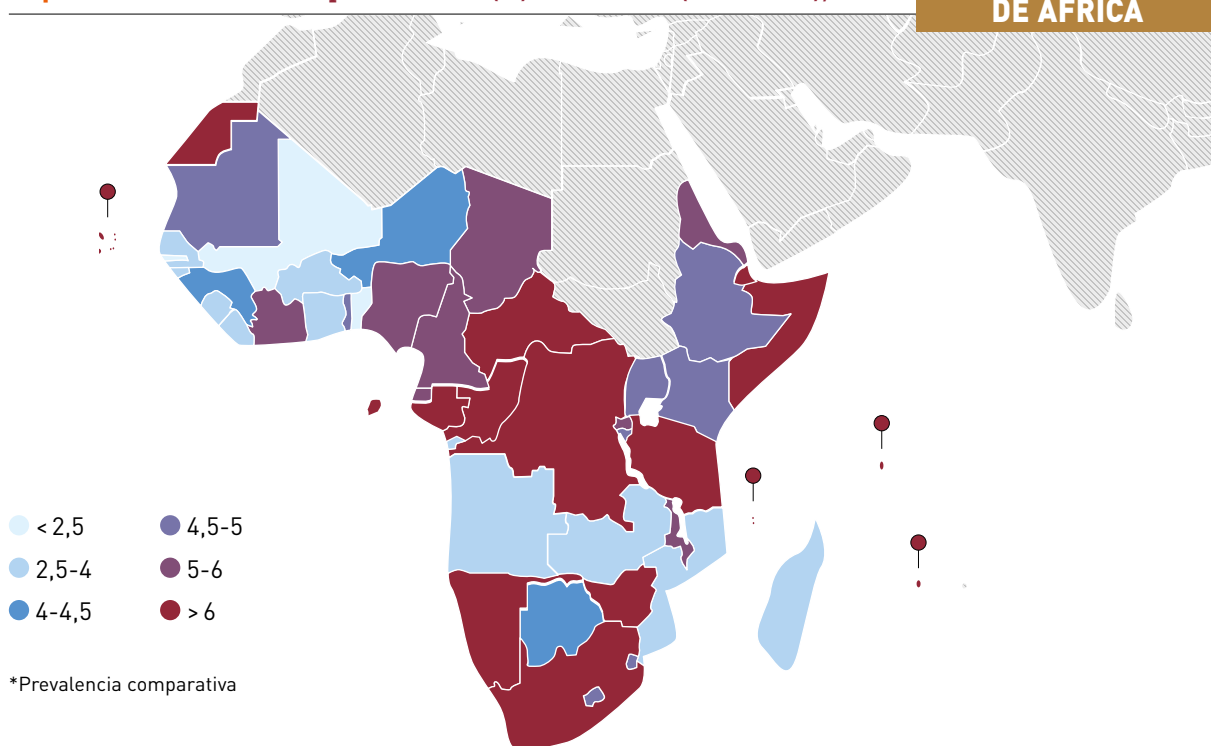
De acuerdo con estimaciones de la Región de África, en el año 2013 se gastaron por lo menos 4.000 millones de USD en atención a la diabetes, y se espera que el gasto aumente alrededor del 58% en 2035. En el mismo período de tiempo, se prevé que la prevalencia de la diabetes casi se doble. Con un gasto sanitario en diabetes que es el más bajo que cualquiera de las regiones de la FID, un aumento de dos veces la prevalencia de la diabetes sin el correspondiente aumento en el gasto es casi seguro que tendrá un impacto muy negativo en los índices de complicaciones y muerte de personas con diabetes en África.

Las fuentes de datos

El número de fuentes de datos que examinan la prevalencia de la diabetes en los adultos de África se ha incrementado sustancialmente en los últimos años. Para esta edición del *Atlas de Diabetes de la FID*, se consideraron 69 fuentes de 29 países, y se seleccionaron un total de 21 fuentes en 19 países. Sin embargo, los datos para estimar el número de niños con diabetes tipo 1 siguen siendo muy escasos. Hay una necesidad urgente de más investigación epidemiológica y de mejores sistemas de recogida de datos en todo el continente. Esto se refleja en parte en el alto porcentaje de diabetes que no se diagnostica y que se detecta sólo con los análisis.

Mapa 3.1 Estimaciones de prevalencia* (%) de diabetes (20-79 años), 2013

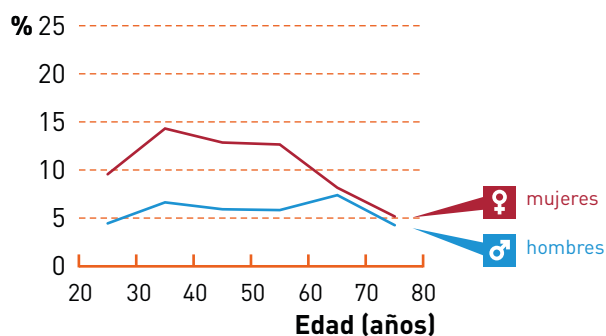
REGIÓN DE ÁFRICA



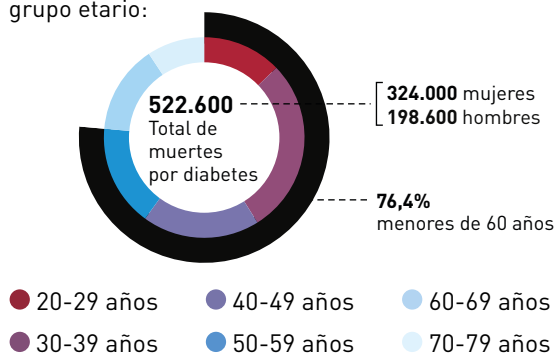
*Prevalencia comparativa

Figura 3.1 Muertes debidas a la diabetes, Región de África, 2013

Porcentaje de todas las causas de mortalidad debida a la diabetes por edad y sexo, Región de África, 2013



Muertes de debidas a la diabetes por grupo etario:



| EN UN VISTAZO | 2013 | 2035 |
|---|------|-------|
| Población total (en millones) | 888 | 1.511 |
| Población adulta (20 a 79 años, en millones) | 408 | 776 |
| DIABETES (20-79 AÑOS) | | |
| Prevalencia regional (%) | 4,8 | 5,3 |
| Prevalencia comparativa (%)* | 5,7 | 6,0 |
| Número de personas con diabetes (millones) | 19,8 | 41,5 |
| TAG (20-79 AÑOS) | | |
| Prevalencia regional (%) | 7,3 | 8,5 |
| Prevalencia comparativa (%)* | 8,3 | 9,3 |
| Número de personas con TAG (millones) | 29,7 | 66,0 |
| DIABETES TIPO 1 (0-14 AÑOS) | | |
| Número de niños con diabetes tipo 1 (miles) | 39,1 | - |
| Número de nuevos casos diagnosticados por año (miles) | 6,4 | - |
| GASTO SANITARIO DEBIDO A LA DIABETES (20-79 AÑOS, USD) | | |
| Gasto sanitario total, R=2*, (miles de millones) | 4,0 | 6,4 |

*ver el Glosario

3.2 Europa

Los 56 países y territorios de la Región de Europa comprenden diversas poblaciones con diferentes niveles de riqueza. El producto interior bruto (PIB) varía de más de 89.000 USD per cápita en Liechtenstein a menos de 8.500 USD en varios países de Europa del Este.¹

El envejecimiento de la población en la Región pondrá a un número creciente de personas en riesgo de diabetes y, en consecuencia, implicará una mayor carga en el coste de los sistemas sanitarios.

Prevalencia

Se estima que el número de personas con diabetes en esta vasta Región es de 56,3 millones, el 8,5% de la población adulta. Turquía tiene la mayor prevalencia (14,8%) y la Federación Rusa tiene el mayor número de personas con diabetes (10,9 millones). En cambio, Azerbaiyán tiene una prevalencia estimada de diabetes de sólo el 2,4%. Después de Turquía, los países con mayor prevalencia (%) son Montenegro (10,1%), Macedonia (10,0%), Serbia (9,9%) y Bosnia Herzegovina (9,7%). Los países con el mayor número de personas con diabetes están en su mayor parte en Europa Occidental, como Alemania, España, Italia, Francia y el Reino Unido.

La edad es un factor de riesgo importante para la diabetes tipo 2. En la Región de Europa, el 37% de la población tiene más de 50 años de edad, y se espera que aumente a más del 44% en 2035. En gran medida, la alta prevalencia de la diabetes tipo 2 y la TAG son una consecuencia del envejecimiento de la población en la Región.

Europa tiene el mayor número de niños con diabetes tipo 1 en comparación con las otras Regiones de la FID, aproximadamente 129.300. La Región también tiene una de las tasas más altas de incidencia de la diabetes tipo 1 en niños, con 20.000 nuevos casos por año. Los países con las cifras globales más elevadas de diabetes tipo 1 en jóvenes son el Reino Unido, Rusia y Alemania.

Mortalidad

Una de cada 10 muertes de adultos en la Región de Europa puede atribuirse a la diabetes (619.000 en 2013). La gran mayoría (90%) de estas muertes se produjeron en personas mayores de 50 años, lo que refleja en parte la distribución por edades de la población, pero también puede estar relacionado con la mejora de las tasas de supervivencia debido a los sistemas de salud más sensibles. La mortalidad por diabetes en las mujeres es ligeramente superior que en los hombres (329.000 frente a 289.000, respectivamente).

El gasto sanitario

Se estima que en 2013 se gastaron por lo menos 147.000 millones de USD en asistencia a la diabetes en la Región de Europa, lo que representa más de una cuarta parte del gasto sanitario mundial en diabetes. Al igual que hay grandes variaciones en la prevalencia de la diabetes en toda la Región, el nivel de gasto medio sanitario relacionado con la diabetes entre países también es grande: desde 10.368 USD por persona con diabetes en Noruega hasta sólo 87 USD por persona con diabetes en Tayikistán.

Las fuentes de datos

Se utilizaron un total de 49 fuentes en 35 de los 56 países para generar estimaciones de la diabetes en adultos de la Región, y 16 para las estimaciones de TAG. Sorprendentemente, faltan datos poblacionales sobre las pruebas de glucemia en ayunas o de tolerancia oral a la glucosa para la investigación en muchos de los países más desarrollados de la Región, a pesar de que estos países sean algunos de los más ricos del mundo. La Región dispone de los datos más completos y fiables para la diabetes tipo 1 en niños. Una gran parte de los países tienen registros que son o bien a nivel nacional o cubren varias partes diferentes de un país.

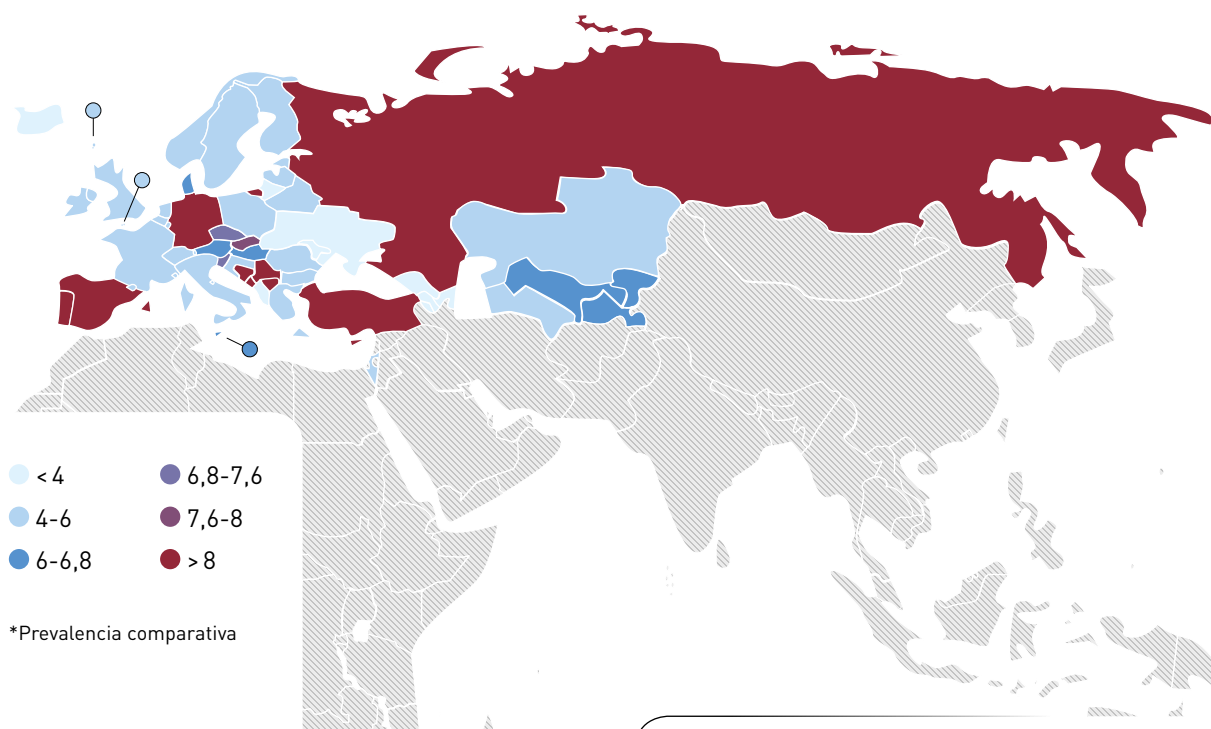
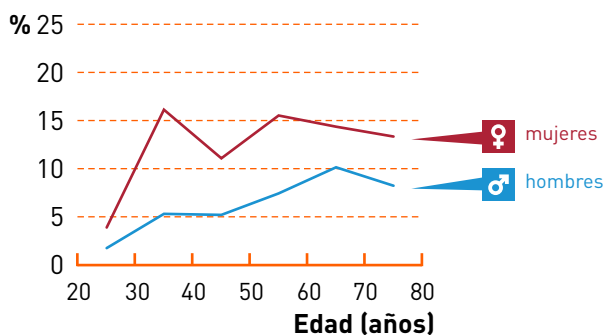
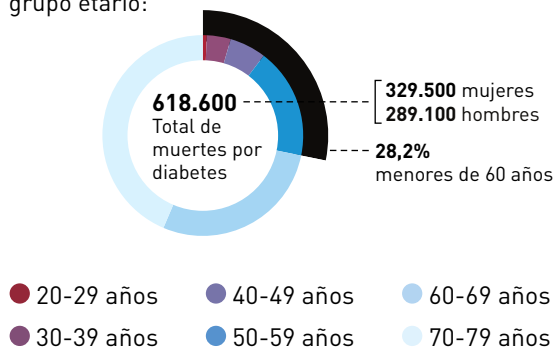


Figura 3.2 Muertes debidas a la diabetes, Región de Europa, 2013

Porcentaje de todas las causas de mortalidad debida a la diabetes por edad y sexo, Región de Europa, 2013



Muertes de debidas a la diabetes por grupo etario:



| EN UN VISTAZO | 2013 | 2035 |
|---|-------|-------|
| Población total (en millones) | 907 | 928 |
| Población adulta (20 a 79 años, en millones) | 659 | 669 |
| DIABETES (20-79 AÑOS) | | |
| Prevalencia regional (%) | 8,5 | 10,3 |
| Prevalencia comparativa (%)* | 6,8 | 7,1 |
| Número de personas con diabetes (millones) | 56,3 | 68,9 |
| TAG (20-79 AÑOS) | | |
| Prevalencia regional (%) | 9,2 | 11,0 |
| Prevalencia comparativa (%)* | 8,1 | 8,9 |
| Número de personas con TAG (millones) | 60,6 | 73,7 |
| DIABETES TIPO 1 (0-14 AÑOS) | | |
| Número de niños con diabetes tipo 1 (miles) | 129,4 | - |
| Número de nuevos casos diagnosticados por año (miles) | 20,0 | - |
| GASTO SANITARIO DEBIDO A LA DIABETES (20-79 AÑOS, USD) | | |
| Gasto sanitario total, R=2*, (miles de millones) | 147,2 | 158,6 |

*ver el Glosario

3.3 Oriente Medio y Norte de África

Tres de los 10 países del mundo con mayor prevalencia (%) de diabetes se encuentran en Oriente Medio y Norte de África: Arabia Saudita, Kuwait y Qatar. La Región tiene la mayor prevalencia comparativa de diabetes (10,9%). El rápido desarrollo económico junto con el envejecimiento de la población ha dado lugar a un aumento enorme en la prevalencia de la diabetes tipo 2.

Durante las últimas tres décadas, los grandes cambios sociales y económicos han transformado muchos de los países de la Región. Algunos de estos cambios son la rápida urbanización, la reducción de la mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida. Este desarrollo espectacular, sobre todo entre los Estados del Golfo muy ricos, ha traído consigo una serie de cambios en el estilo de vida y de conducta negativa relacionados con la nutrición de mala calidad y la poca actividad física, dando lugar a un aumento de la obesidad. Fumar, un factor de riesgo de complicaciones de la diabetes, sigue siendo un problema grave y creciente.^{1,2}

Prevalencia

Según nuestras últimas estimaciones, 34,6 millones de personas, o el 9,2% de la población adulta, tienen diabetes. Este número crecerá casi el doble hasta alcanzar los 67,9 millones en 2035. La explosión de la diabetes en la Región se debe a la abrumadora diabetes tipo 2. Es preocupante que la prevalencia (%) en la Región entre los grupos de edad más jóvenes sea sustancialmente más alta que el promedio mundial. Se estima que otros 25,2 millones de personas, o el 6,7% de la población, tienen TAG y, por lo tanto, corren un alto riesgo de desarrollar diabetes. También se espera que esta cifra casi se duplique para el año 2035.

Arabia Saudita tiene 14.900 niños con diabetes tipo 1, que con mucho es la mayor cantidad en la Región, y aproximadamente una cuarta parte del total de 64.000 de la Región.

Mortalidad

La diabetes mata a más del 10% de todos los adultos en la Región: 368.000 muertes en 2013, repartidas de forma desigual entre hombres (146.000) y mujeres (222.000). Casi la mitad de todas las muertes por diabetes en la Región se produjeron en personas menores de 60 años. Estas muertes prematuras pueden ser el resultado de una combinación de factores: la rápida evolución de los entornos y estilos de vida en la Región, el diagnóstico tardío y los sistemas de salud que no están preparados para soportar la creciente carga.

El gasto sanitario

A pesar de las estimaciones crecientes de prevalencia de la diabetes en toda la Región, en 2013 sólo se gastó un total de 13.600 millones de USD en atención a la diabetes. El gasto sanitario en diabetes en la Región representó sólo el 2,5% del gasto mundial en la enfermedad. Se espera que casi se duplique para el año 2035, pero no es probable que sea suficiente para frenar el rápido crecimiento de la epidemia.

Las fuentes de datos

Se utilizaron un total de 28 fuentes de 13 países para estimar la prevalencia de la diabetes en los adultos de la Región. También se dispuso de datos fiables para la diabetes tipo 1 en niños de varios países. Oriente Medio y Norte de África plantea un desafío particular para la estimación de la prevalencia de la diabetes debido a que un gran porcentaje de la población residente en muchos países está formada por inmigrantes. Como resultado, los estudios que incluyen sólo a los nacionales pueden hacer solamente una contribución limitada a la imagen global de la diabetes en todo el país. Sin embargo, es importante tener en cuenta que para muchos de estos países, la prevalencia de la diabetes (%) es aún mayor entre los nacionales que para el país en su conjunto.

Mapa 3.3 Estimaciones de prevalencia* (%) de diabetes (20-79 años), 2013

REGIÓN DE ORIENTE MEDIO Y NORTE DE ÁFRICA

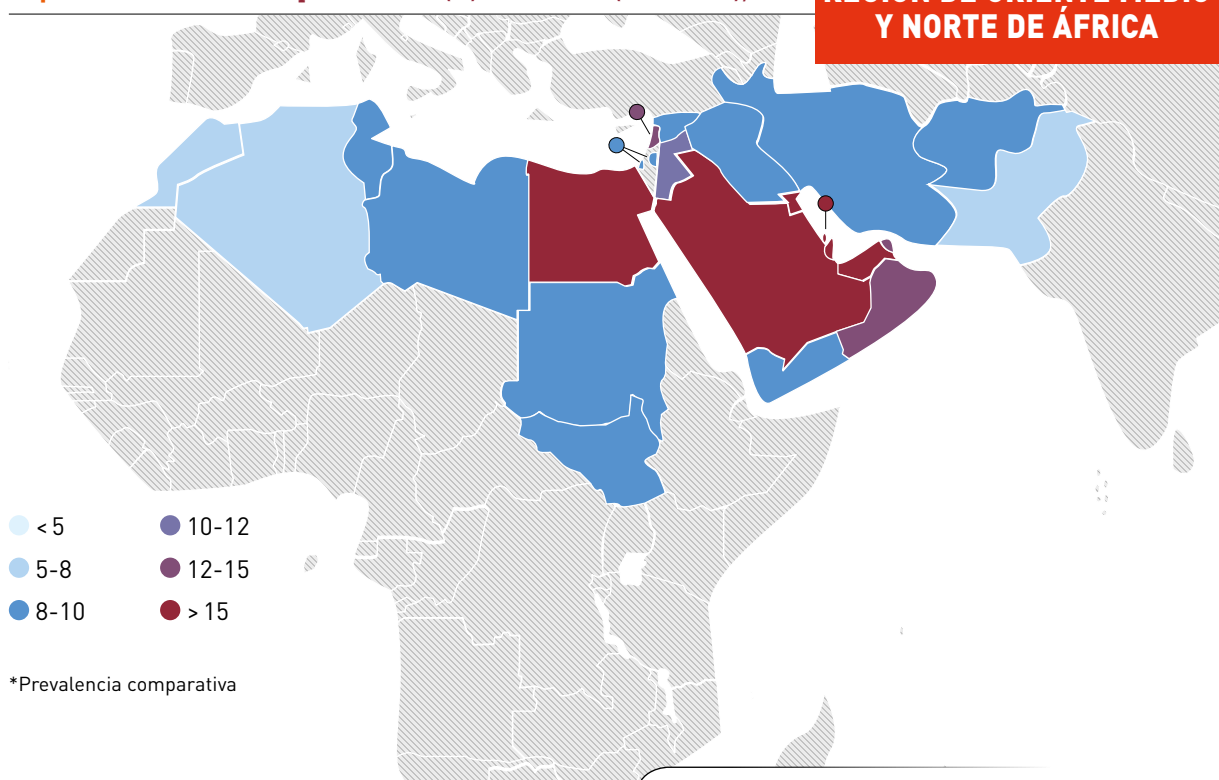
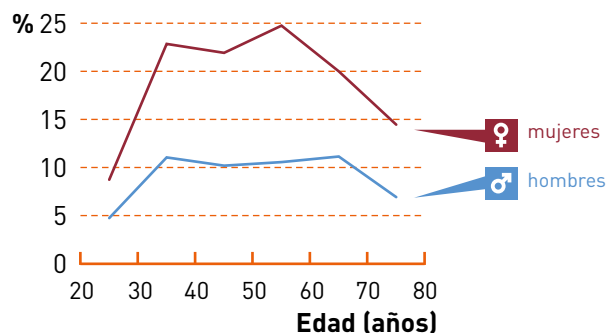
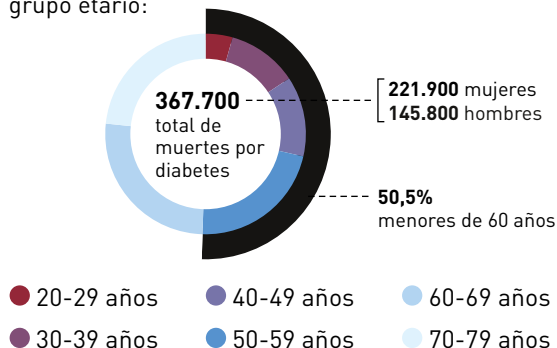


Figura 3.3 Muertes debidas a la diabetes, Oriente Medio y Norte de África Region, 2013

Porcentaje de todas las causas de mortalidad debida a la diabetes por edad y sexo, Oriente Medio y Norte de África, 2013



Muertes de debidas a la diabetes por grupo etario:



| EN UN VISTAZO | 2013 | 2035 |
|---|------|------|
| Población total (en millones) | 656 | 896 |
| Población adulta (20 a 79 años, en millones) | 375 | 584 |
| DIABETES (20-79 AÑOS) | | |
| Prevalencia regional (%) | 9,2 | 11,6 |
| Prevalencia comparativa (%)* | 10,9 | 11,3 |
| Número de personas con diabetes (millones) | 34,6 | 67,9 |
| TAG (20-79 AÑOS) | | |
| Prevalencia regional (%) | 6,7 | 7,5 |
| Prevalencia comparativa (%)* | 7,5 | 7,4 |
| Número de personas con TAG (millones) | 25,2 | 44,0 |
| DIABETES TIPO 1 (0-14 AÑOS) | | |
| Número de niños con diabetes tipo 1 (miles) | 64,0 | - |
| Número de nuevos casos diagnosticados por año (miles) | 10,7 | - |
| GASTO SANITARIO DEBIDO A LA DIABETES (20-79 AÑOS, USD) | | |
| Gasto sanitario total, R=2*, (miles de millones) | 13,6 | 24,7 |

*ver el Glosario

3.4 América del Norte y Caribe

Con el 10,7% de la población adulta afectada, la Región de América del Norte y Caribe tiene la segunda prevalencia comparativa más alta de diabetes. La mayor parte de la población de la Región vive en los EEUU, México y Canadá, que es también donde se encuentra la gran mayoría de las personas con diabetes. Sin embargo, la prevalencia (%) de diabetes entre los adultos de las islas del Caribe es generalmente alta y siempre por encima de la media global.

Prevalencia

Se estima que viven en la Región 36,8 millones de personas con diabetes, y para el 2035 se espera que el número aumente a casi la mitad hasta los 50,4 millones. Belice (15,9%), Guyana (15,9%), Curazao (14,5%) y Martinica (14,3%) tienen la mayor prevalencia (%) de diabetes. Mientras tanto, los EEUU, con 24,4 millones, tienen el mayor número de personas con diabetes, seguido de México, Canadá y Haití. Otros 44,2 millones de personas, o el 13,2% de los adultos de la Región, tienen TAG, lo que les pone en un alto riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. Se espera que este número aumente hasta los 58,8 millones en 2035.

Una gran parte de la carga de la diabetes y la TAG en los EEUU y Canadá se puede atribuir al envejecimiento de la población. Actualmente, el 39% de la población de la Región tiene más de 50 años, y se espera que aumente al 44% en 2035. Por el contrario, sólo el 27% de la población de México y el 29% de la del Caribe tienen 50 años o más. Sin embargo, se espera que la proporción de personas de más de 50 años de esos países aumente al 39% y el 34%, respectivamente, en 2035.

Se estima que hay 108.600 niños con diabetes tipo 1 en la Región. La estimación de EEUU representa casi el 80% del número total de nuevos casos de diabetes tipo 1 en niños, seguida de Canadá.

Mortalidad

La diabetes fue responsable del 13,5% de todas las muertes entre los adultos de la Región: murieron 293.000 personas por la diabetes. En 2013 murieron más hombres (150.000) que mujeres (143.000) por causas relacionadas con la diabetes en la Región. Casi dos tercios (62%) de todas las muertes por diabetes se produjeron en adultos mayores de 60 años. En los EEUU, más de 192.000 personas murieron a causa de la diabetes, una de las cifras más altas de muertes por diabetes de cualquier país del mundo.

El gasto sanitario

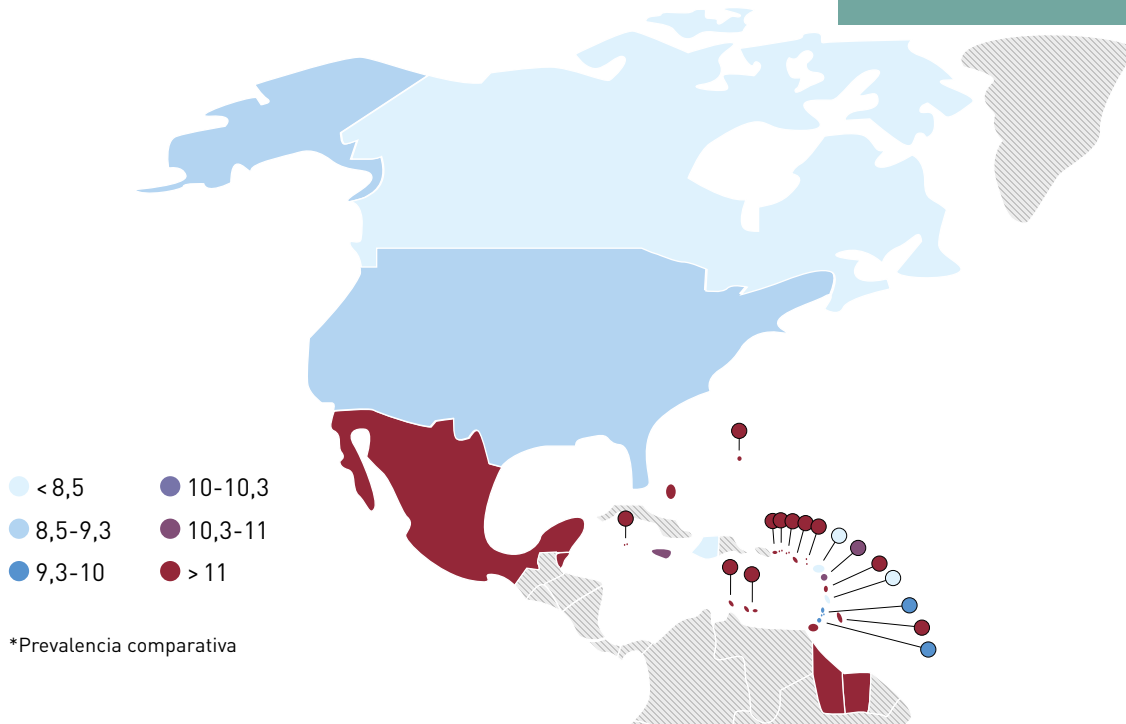
Se estima que el gasto sanitario en diabetes de la Región representa casi la mitad (42%) del gasto de asistencia sanitaria relacionada con la diabetes en el mundo. En 2013, sólo los EEUU gastaron la mayor parte de los 263.000 millones de USD de la Región. Aparte de los EEUU (9.800 USD) y Canadá (6.177 USD), el gasto medio relacionado con la diabetes por persona con diabetes fue bajo en casi todos los países de la Región. La mayoría de las islas del Caribe gastaron menos de 1000 USD en asistencia por persona con diabetes. Haití gastó sólo 92 USD. Se espera que el gasto sanitario debido a la diabetes aumente en un 20% para el año 2035, el incremento más bajo de todas las regiones.

Las fuentes de datos

Las estimaciones para la diabetes en los adultos fueron tomadas de 14 fuentes de datos en la Región, lo que representa 12 de los 27 países. Los grandes sistemas de recopilación de datos nacionales en los EEUU y Canadá proporcionan información representativa sobre el número de personas con diabetes. Sin embargo, la disponibilidad de fuentes de datos similares en el Caribe es deficiente, lo que conduce a una mayor incertidumbre y a la variabilidad en torno a las estimaciones para estos países.

Mapa 3.4 Estimaciones de prevalencia* (%) de diabetes (20-79 años), 2013

REGIÓN DE AMÉRICA DEL NORTE Y CARIBE

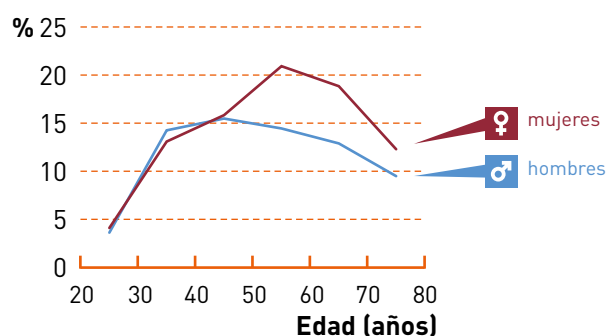


- < 8,5
- 8,5-9,3
- 9,3-10
- 10-10,3
- 10,3-11
- > 11

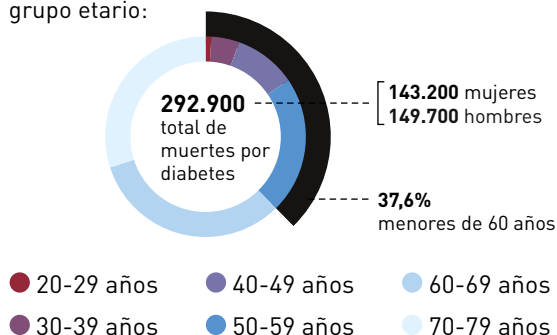
*Prevalencia comparativa

Figura 3.4 Muertes debidas a la diabetes, América del Norte y Caribe Region, 2013

Porcentaje de todas las causas de mortalidad debida a la diabetes por edad y sexo, América del Norte y Caribe, 2013



Muertes de debidas a la diabetes por grupo etario:



| EN UN VISTAZO | 2013 | 2035 |
|---|-------|-------|
| Población total (en millones) | 496 | 586 |
| Población adulta (20 a 79 años, en millones) | 335 | 405 |
| DIABETES (20-79 AÑOS) | | |
| Prevalencia regional (%) | 11,0 | 12,5 |
| Prevalencia comparativa (%)* | 9,6 | 9,9 |
| Número de personas con diabetes (millones) | 36,7 | 50,4 |
| TAG (20-79 AÑOS) | | |
| Prevalencia regional (%) | 13,2 | 14,5 |
| Prevalencia comparativa (%)* | 12,1 | 12,4 |
| Número de personas con TAG (millones) | 44,2 | 58,8 |
| DIABETES TIPO 1 (0-14 AÑOS) | | |
| Número de niños con diabetes tipo 1 (miles) | 108,6 | - |
| Número de nuevos casos diagnosticados por año (miles) | 16,7 | - |
| GASTO SANITARIO DEBIDO A LA DIABETES (20-79 AÑOS, USD) | | |
| Gasto sanitario total, R=2*, (miles de millones) | 263,1 | 295,8 |

*ver el Glosario

3.5 América Central y del Sur

La Región de América Central y del Sur incluye a 20 países y territorios, todos los cuales están en proceso de transición económica. Todos los países y territorios de la Región tienen perfiles similares de distribución por edad, y se estima que alrededor del 14% de la población tiene más de 50 años de edad. Se espera que esta cifra aumente al 25% en 2035. La Región tiene una distribución por edad marcadamente más joven que la mayor parte de América del Norte. A medida que la urbanización continúe y la población envejezca, la diabetes se convertirá en un problema de salud pública cada vez mayor en la Región.

Prevalencia

Se estima que 24,1 millones de personas, o el 8% de la población adulta, tienen diabetes. Para 2035, se espera que la cifra aumente en casi un 60% hasta unos 38,5 millones de personas. Por otra parte, las estimaciones actuales indican que otros 22,4 millones de personas, o el 7,4% de la población adulta, tienen TAG. Brasil tiene el mayor número de personas con diabetes (11,9 millones), seguido de Colombia (2,1 millones), Argentina (1,6 millones) y Chile (1,3 millones). Puerto Rico tiene la mayor prevalencia de diabetes en adultos (13%), seguido por Nicaragua (12,4%), República Dominicana (11,3%) y Guatemala (10,9%).

Se estima que unos 7.300 niños desarrollaron diabetes tipo 1 en 2013. En la Región en su conjunto, 45.600 niños menores de 15 años tienen diabetes tipo 1. La mayoría, unos 31.100 niños, viven en Brasil.

Mortalidad

En 2013, murieron 226.000 adultos a causa de la diabetes, el 11,6% de todas las muertes en la Región. Más de la mitad (56%) de estas muertes ocurrieron en personas mayores de 60 años, y más en hombres (121.000) que en mujeres (105.000). Brasil tuvo, con mucho, el mayor número de muertes con 122.000 - más de la mitad de todas las muertes debidas a la diabetes en la Región.

El gasto sanitario

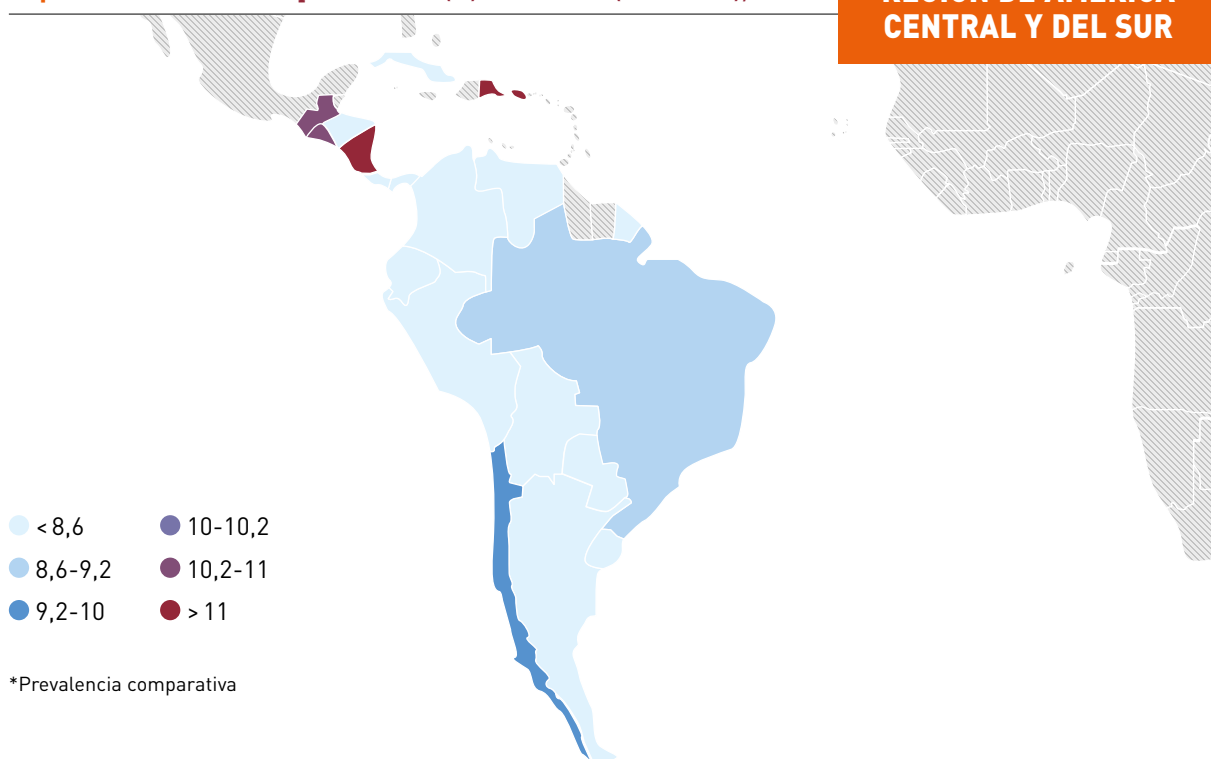
El gasto sanitario en diabetes de la Región se estima en 26.200 millones de USD, representando el 4,8% del total mundial. Este gasto se incrementará hasta los 34.800 millones de USD en 2035. La Región gasta en torno al 13% de su presupuesto sanitario total en adultos con diabetes.

Las fuentes de datos

Se han publicados nuevos estudios poblacionales de la diabetes en la Región en los últimos años que han contribuido sustancialmente a la mejora de las estimaciones. Como resultado de ello, se utilizaron 16 fuentes de 14 países para estimar la prevalencia de la diabetes. Sin embargo, hay pocas fuentes para el número de niños con diabetes tipo 1 en la Región.

Mapa 3.5 Estimaciones de prevalencia* (%) de diabetes (20-79 años), 2013

REGIÓN DE AMÉRICA CENTRAL Y DEL SUR

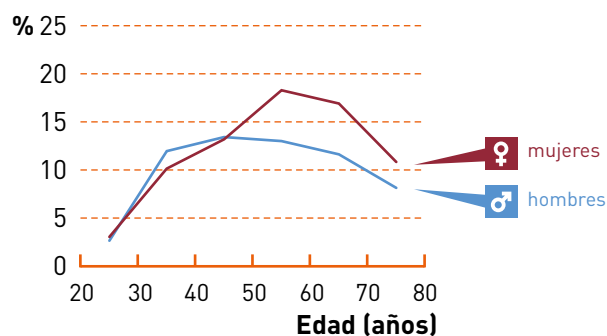


- <8,6
- 8,6-9,2
- 9,2-10
- 10-10,2
- 10,2-11
- >11

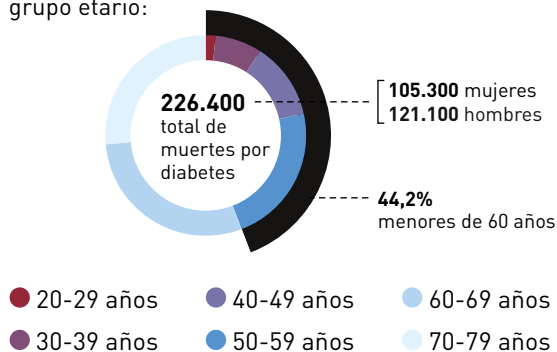
*Prevalencia comparativa

Figura 3.5 Muertes debidas a la diabetes, América Central y del Sur Region, 2013

Porcentaje de todas las causas de mortalidad debida a la diabetes por edad y sexo, América Central y del Sur, 2013



Muertes de debidas a la diabetes por grupo etario:



| EN UN VISTAZO | 2013 | 2035 |
|---|------|------|
| Población total (en millones) | 475 | 568 |
| Población adulta (20 a 79 años, en millones) | 301 | 394 |
| DIABETES (20-79 AÑOS) | | |
| Prevalencia regional (%) | 8,0 | 9,8 |
| Prevalencia comparativa (%)* | 8,2 | 8,2 |
| Número de personas con diabetes (millones) | 24,1 | 38,5 |
| TAG (20-79 AÑOS) | | |
| Prevalencia regional (%) | 7,4 | 6,5 |
| Prevalencia comparativa (%)* | 7,5 | 5,7 |
| Número de personas con TAG (millones) | 22,4 | 25,5 |
| DIABETES TIPO 1 (0-14 AÑOS) | | |
| Número de niños con diabetes tipo 1 (miles) | 45,6 | - |
| Número de nuevos casos diagnosticados por año (miles) | 7,3 | - |
| GASTO SANITARIO DEBIDO A LA DIABETES (20-79 AÑOS, USD) | | |
| Gasto sanitario total, R=2*, (miles de millones) | 26,2 | 34,8 |

*ver el Glosario

3.6 Sudeste Asiático

Aunque la Región del Sudeste Asiático comprende sólo siete países, es una de las regiones más pobladas. Sólo los adultos de la India ya representan el 86% de la población total de la Región de 883 millones. Hay una gran diferencia en el PIB per cápita, con Mauricio que tiene el más alto con 15.800 USD y Nepal el más bajo con 1.300 USD. India, por su parte, está experimentando una índice de crecimiento económico superado sólo por China.¹

Prevalencia

Cerca de una quinta parte de todos los adultos con diabetes del mundo viven en la Región del Sudeste Asiático. Las estimaciones actuales indican que el 8,2% de la población adulta, es decir 72,1 millones de personas, tiene diabetes, de los cuales 65,1 millones viven en la India. El número de personas con diabetes en la Región aumentará a 123 millones en 2035, el 10,1% de la población adulta. Otros 24,3 millones de personas tienen TAG, que aumentarán a 38,8 millones en 2035. Mauricio tiene la mayor prevalencia de diabetes entre los adultos en la Región con un 14,8%, seguido de India con el 9,1%. Las personas con diabetes en la India, Bangladesh y Sri Lanka constituyen el 98,8% de la población total de la diabetes en la Región.

El aumento estimado de la prevalencia de la diabetes regional al 10,1% en 2035 es consecuencia de la urbanización a gran escala y de la cada vez mayor esperanza de vida (en la India, se espera que la proporción de la población mayor de 50 años pase del 27% al 35% entre 2013 y 2035).

La Región del Sudeste Asiático tiene una de las estimaciones más altas de prevalencia de la diabetes tipo 1 en niños, con 77.900 afectados. En 2013, se estima que 12.600 niños menores de 15 años en la Región desarrollaron diabetes tipo 1.

India tiene la mayoría de los niños con diabetes tipo 1. La tasa de incidencia de la diabetes tipo 1 en la India se utiliza con frecuencia para extrapolar las cifras de otros países de la Región, y por lo tanto desempeña un papel fundamental en las estimaciones. La gran población de niños en la India y el uso generalizado de los datos de la India para la extrapolación tienen consecuencias importantes no sólo para el total regional, sino también para las estimaciones de todo el mundo.

Mortalidad

Con 1,2 millones de muertes en 2013, esta Región tuvo el segundo mayor número de muertes atribuibles a la diabetes de cualquiera de las siete regiones de la FID. Esa cifra representa el 14,2% de todas las muertes de adultos en la Región. Más de la mitad (55%) de estas muertes ocurrieron en personas menores de 60 años de edad y más de un cuarto (27%) en personas menores de 50 años de edad. India tiene el número más elevado de mortalidad regional, con 1,1 millones de muertes atribuibles a la diabetes.

El gasto sanitario

A pesar del gran número de personas con diabetes en la Región del Sudeste Asiático, se estima que el gasto sanitario en diabetes es sólo de 6.000 millones de USD, lo que representa menos del 1% del total mundial. Se estima que la India es la que ha gastado el porcentaje mayor.

Las fuentes de datos

Los siete países de la Región tenían fuentes de datos que se utilizaron para generar estimaciones de la diabetes en adultos. Se utilizó un total de 11 fuentes. Las estimaciones para la diabetes tipo 1 en los niños se basan en gran medida en los datos procedentes de la India.

Mapa 3.6 Estimaciones de prevalencia* (%) de diabetes (20-79 años), 2013

REGIÓN DEL SUDESTE ASIÁTICO

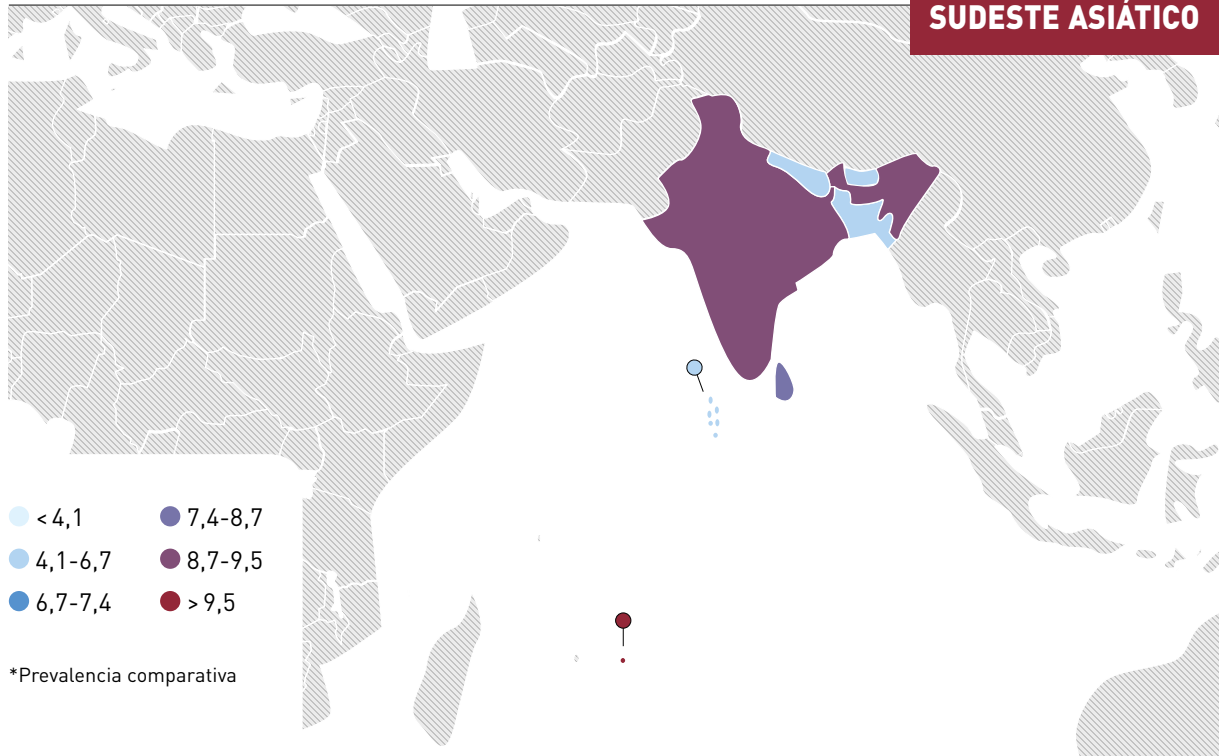
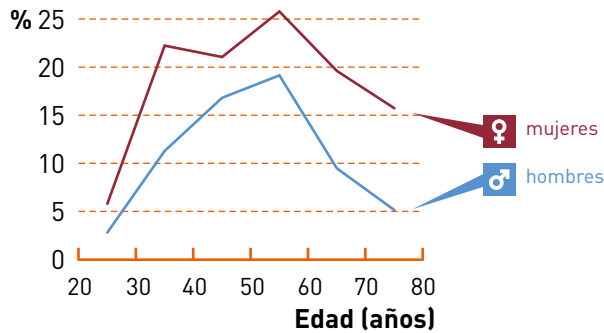
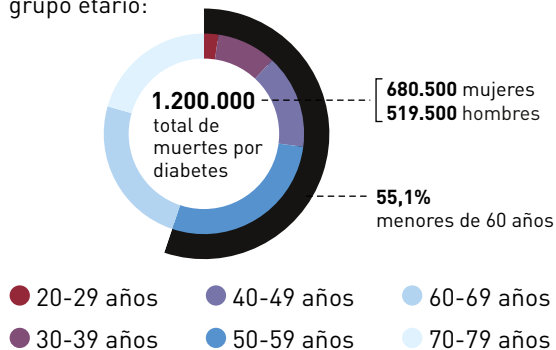


Figura 3.6 Muertes debidas a la diabetes, Región del Sudeste Asiático, 2013

Porcentaje de todas las causas de mortalidad debida a la diabetes por edad y sexo, Región del Sudeste Asiático, 2013



Muertes de debidas a la diabetes por grupo etario:



| EN UN VISTAZO | 2013 | 2035 |
|---|-------|-------|
| Población total (en millones) | 1.460 | 1.777 |
| Población adulta (20 a 79 años, en millones) | 883 | 1217 |
| DIABETES (20-79 AÑOS) | | |
| Prevalencia regional (%) | 8,2 | 10,1 |
| Prevalencia comparativa (%)* | 8,7 | 9,4 |
| Número de personas con diabetes (millones) | 72,1 | 123,0 |
| TAG (20-79 AÑOS) | | |
| Prevalencia regional (%) | 2,7 | 3,2 |
| Prevalencia comparativa (%)* | 2,9 | 3 |
| Número de personas con TAG (millones) | 24,3 | 38,8 |
| DIABETES TIPO 1 (0-14 AÑOS) | | |
| Número de niños con diabetes tipo 1 (miles) | 77,9 | - |
| Número de nuevos casos diagnosticados por año (miles) | 12,5 | - |
| GASTO SANITARIO DEBIDO A LA DIABETES (20-79 AÑOS, USD) | | |
| Gasto sanitario total, R=2*, (miles de millones) | 6,0 | 8,7 |

*ver el Glosario

3.7 Pacífico Occidental

La Región más poblada del mundo, el Pacífico Occidental, tiene 39 países y territorios con poblaciones previstas para 2013 que van desde 1.000 millones en China a menos de 1.000 en los pequeños países insulares del Pacífico de Niue y Tokelau. Del mismo modo, los perfiles económicos de los países varían de un PIB per cápita de más de 43.000 USD en Macao (Región Administrativa Especial), China, Singapur, Brunei Darussalam, Hong Kong (Región Administrativa Especial) y Australia, a menos de 3.000 USD en los países más pobres.¹

Prevalencia

Se estima que unos 138,2 millones de personas, o el 8,6% de la población adulta, tienen diabetes. Durante los próximos 20 años, se espera que el número aumente a 201,8 millones, el 11,1% de la población adulta. La Región del Pacífico Occidental tiene el 36% del número total de personas con diabetes del mundo. Hay una enorme variedad entre las estimaciones de la prevalencia (%) de diabetes en la Región: desde la más alta del mundo en la nación insular del Pacífico Tokelau (37,5%) hasta una de las más bajas en Camboya (2,9%). Las Islas del Pacífico tienen algunas de las tasas más altas de prevalencia de diabetes (%). Los Estados Federados de Micronesia (35,0%), las Islas Marshall (34,9%), Kiribati (28,8%) y las Islas Cook (25,7%) siguen de cerca a Tokelau como países con la más alta prevalencia (%) de la Región.

China está al borde de quedar desbordada por la diabetes. Cuenta con el mayor número de personas con diabetes (98 millones) del mundo, con una prevalencia del 9,6%. Si China sigue la tendencia prevista, el número de personas con diabetes alcanzará los 143 millones en 2035.

Se estima que 32.500 niños menores de 15 años en la Región tienen diabetes tipo 1. El mayor número vive en Filipinas (7.900), seguido de cerca por China (7.700). Australia tiene la tasa de incidencia estimada más alta de diabetes tipo 1 con 22,3 casos por cada 100.000 niños. En 2013, había 5.300 niños con diagnóstico reciente de diabetes tipo 1 en la Región del Pacífico Occidental.

Mortalidad

Con 1,8 millones de muertes entre los adultos, o más del 36% de mortalidad por diabetes, el Pacífico Occidental tiene el mayor número de muertes por diabetes de todas las regiones de la FID. Sólo en China murieron 1,3 millones de personas por la diabetes en 2013. En la Región murieron sustancialmente más hombres (1.008.000) que mujeres (790.000) de diabetes y el 44% de las muertes por diabetes se produjo en personas menores de 60 años.

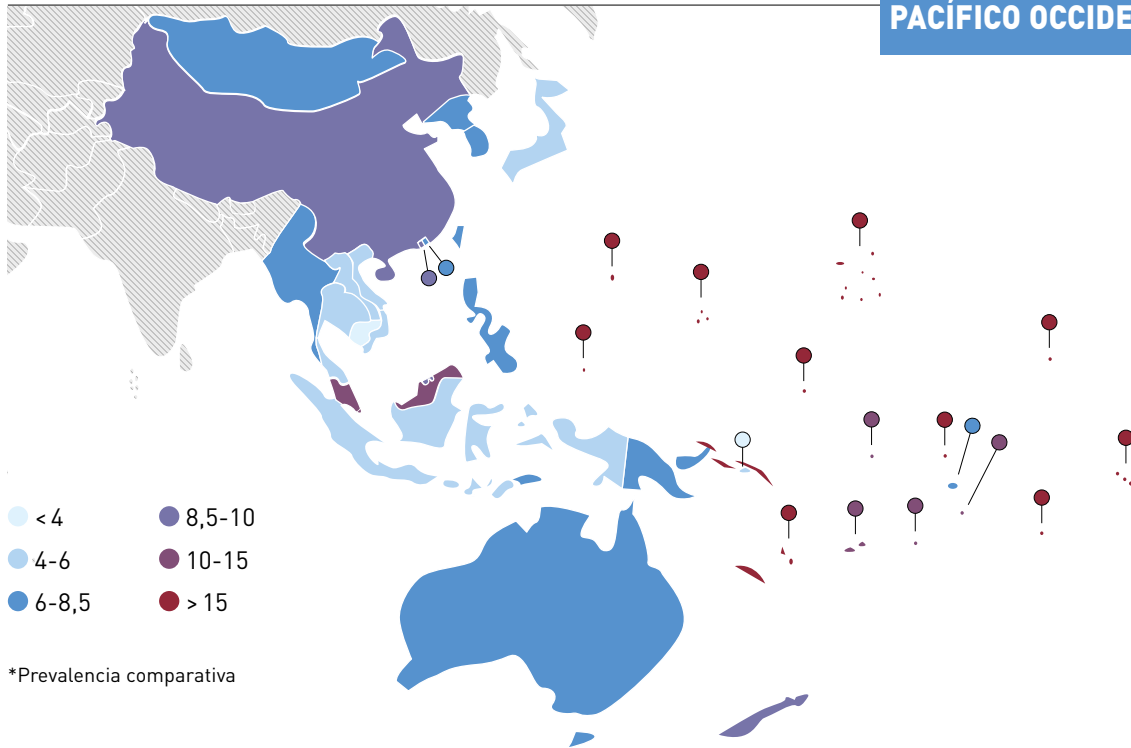
El gasto sanitario

El gasto sanitario de la diabetes en esta populosa Región representa aproximadamente el 16,1% del total mundial. En 2013 se destinaron como mínimo 88.000 millones de USD a la atención relacionada con la diabetes. El promedio de gasto sanitario relacionado con la diabetes por persona con diabetes varía mucho: desde más de 4.000 USD en Australia, Nueva Zelanda y Japón, hasta menos de 35 USD en Myanmar.

Las fuentes de datos

Se utilizaron treinta y siete fuentes de datos de 27 países para generar estimaciones de la diabetes en los adultos de la Región. Varios estudios recientes llevados a cabo en las islas del Pacífico se han sumado a la evidencia de una abrumadora carga de la diabetes en estos países. Las estimaciones para la diabetes tipo 1 en jóvenes se basaron en 10 estudios.

Mapa 3.7 Estimaciones de prevalencia* (%) de diabetes (20-79 años), 2013

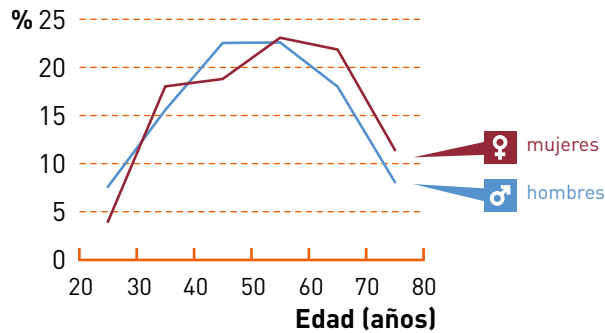


● < 4 ● 8,5-10
● 4-6 ● 10-15
● 6-8,5 ● > 15

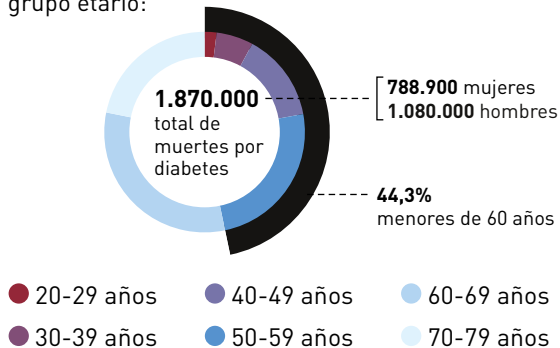
*Prevalencia comparativa

Figura 3.7 Muertes debidas a la diabetes, Región del Pacífico Occidental, 2013

Porcentaje de todas las causas de mortalidad debida a la diabetes por edad y sexo, Región del Pacífico Occidental, 2013



Muertes de debidas a la diabetes por grupo etario:



| EN UN VISTAZO | 2013 | 2035 |
|--|-------|-------|
| Población total (en millones) | 2.278 | 2.476 |
| Población adulta (20 a 79 años, en millones) | 1.613 | 1.818 |

| DIABETES (20-79 AÑOS) | | |
|--|-------|-------|
| Prevalencia regional (%) | 8,6 | 11,1 |
| Prevalencia comparativa (%)* | 8,1 | 8,4 |
| Número de personas con diabetes (millones) | 138,2 | 201,8 |

| TAG (20-79 AÑOS) | | |
|---------------------------------------|-------|-------|
| Prevalencia regional (%) | 6,8 | 9,0 |
| Prevalencia comparativa (%)* | 6,6 | 7,8 |
| Número de personas con TAG (millones) | 110,1 | 164,5 |

| DIABETES TIPO 1 (0-14 AÑOS) | | |
|---|------|---|
| Número de niños con diabetes tipo 1 (miles) | 32,5 | - |
| Número de nuevos casos diagnosticados por año (miles) | 5,3 | - |

| GASTO SANITARIO DEBIDO A LA DIABETES (20-79 AÑOS, USD) | | |
|--|------|------|
| Gasto sanitario total, R=2*, (miles de millones) | 88,4 | 98,4 |

*ver el Glosario



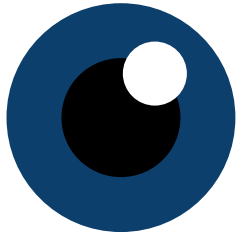


Cuestiones globales sobre diabetes

TODOS LOS PAÍSES RICOS Y POBRES

sufren el impacto de la
epidemia de diabetes

La diabetes afecta
duramente a las
personas social y
económicamente
desfavorecidas



La retinopatía es una complicación grave que afecta a una gran proporción de personas con diabetes

La cetoacidosis diabética es una de las complicaciones agudas más graves de la diabetes en **los jóvenes**

Los pueblos indígenas son especialmente vulnerables a la diabetes



La diabetes en las **COMUNIDADES RURALES** está aumentando rápidamente en los países de ingresos medios y bajos

4

Cuestiones globales sobre diabetes

La diabetes afecta de manera desproporcionada a los países de ingresos medios y bajos en términos de prevalencia, mortalidad y morbilidad. Hasta el 80% de las personas con diabetes viven en países en vías de desarrollo, donde los cambios rápidos del estilo de vida, el envejecimiento de la población y la transformación del entorno contribuyen al creciente ritmo de la epidemia. La mayoría de las personas con diabetes en países de ingresos medios y bajos son menores de 60 años que se encuentran en la cúspide de sus años productivos. La discapacidad prematura debida a la diabetes representa una debilitante y pesada carga no sólo para aquellas familias afectadas, sino también para las comunidades y las economías.

Los sistemas sanitarios de estos países luchan por afrontar esta creciente crisis de salud pública. La mayoría de las muertes por diabetes en los países de ingresos medios y bajos son personas menores de 60 años. Esto refleja la insuficiencia de los sistemas sanitarios, que aún no están preparados para identificar y atender a las personas con diabetes.

Complicaciones

Las personas con diabetes en los países en vías de desarrollo se enfrentan a una mayor amenaza de complicaciones por la diabetes que en los países más ricos. A modo de ejemplo, la prevalencia de la retinopatía entre las personas recién diagnosticadas con diabetes en Egipto es del 15,7% en comparación con Australia, donde es sólo del 6,2%. La sección 4.1 analiza en detalle la evidencia sobre los índices de retinopatía entre las personas con diabetes tipo 2 en diferentes partes del mundo.

No son sólo las personas con diabetes tipo 2 las que se ven afectadas por la falta de acceso a la salud; también los jóvenes con diabetes tipo 1 en los entornos con recursos limitados están en mayor riesgo de sufrir cetoacidosis diabética en el momento del diagnóstico. La cetoacidosis es una complicación potencialmente mortal en la que se acumulan en el cuerpo elementos químicos tóxicos y que es más probable que ocurra cuando no se reconocen los síntomas de la diabetes tipo 1. La sección 4.2 proporciona una visión general de los datos sobre los índices de cetoacidosis diabética entre los niños de todo el mundo.

Las poblaciones vulnerables dentro y fuera de las fronteras

Las estadísticas a nivel de país no proporcionan toda la verdad. Dentro de un país, algunas comunidades pueden ser más vulnerables a la diabetes por encontrarse en una situación de desventaja socioeconómica, por falta de acceso a la asistencia y por marginación de la mayoría de la población.

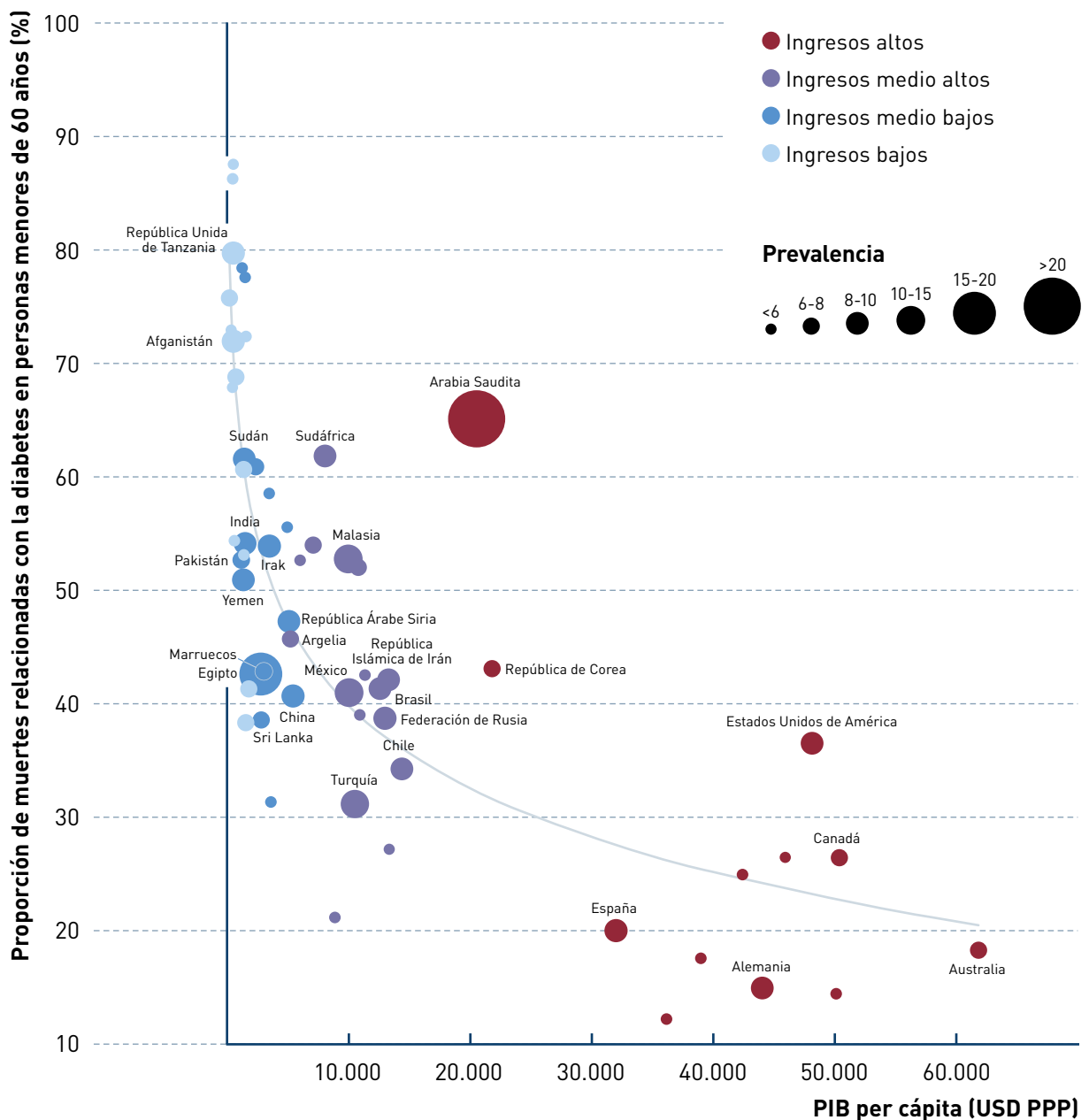
En todo el mundo, los estudios han demostrado consistentemente el impacto desproporcionadamente grave de la diabetes en muchos pueblos indígenas. Aunque la etnicidad pueda contribuir a esta mayor carga, son los determinantes sociales los causantes de muchos de los problemas crónicos de salud a los que se enfrentan estas comunidades. La sección 4.3 revisa la epidemiología de la diabetes en los pueblos indígenas, describe los factores que desencadenan la epidemia en estas comunidades y subraya soluciones para corregir las disparidades que tienen un impacto tan negativo en los pueblos indígenas.

Las comunidades rurales y los cambios rápidos

Mientras que el desarrollo urbano es un importante factor que favorece la epidemia de la diabetes en todo el mundo, las comunidades rurales pueden correr un riesgo mayor de lo que se pensaba antes. La sección 4.4 examina los índices de diabetes en las comunidades rurales y describe cómo los progresivos cambios en el estilo de vida están acercando la diferencia que había entre la prevalencia de la diabetes urbana y rural.

La figura 4.1 muestra una correlación significativa ($R^2=0,7$) entre el PIB per cápita (USD PPP) y las muertes debidas a la diabetes en personas menores de 60 años para los países con una gran población adulta. A medida que los países aumentan en riqueza y los sistemas sanitarios evolucionan, disminuyen las muertes prematuras debidas a la diabetes. Esta tendencia es en parte un resultado de los cambios demográficos: a medida que los países se desarrollan, la población envejece, la esperanza de vida aumenta y hay menos muertes prematuras. Sin embargo, el desarrollo de sistemas sanitarios puede conducir también a una mayor conciencia de la diabetes y a un mejor acceso a los servicios de asistencia vitales, todo lo cual reduce la proporción de muertes debidas a la diabetes en los adultos más jóvenes.

Figura 4.1 Muertes por diabetes en personas menores de 60 años (%) por PIB per cápita (USD PPP), 2013*



* Sólo se procesaron los países con una población superior a 10 millones de adultos

4.1 Un examen mundial de la retinopatía diabética

Aproximadamente un tercio de las personas con diabetes desarrollan retinopatía o algún grado de lesiones en los ojos relacionadas con la diabetes.¹ Esta complicación, que se caracteriza por lesiones en la retina provocadas por cambios microvasculares resultantes de la diabetes, puede conducir a la ceguera. De hecho, la retinopatía diabética se ha convertido en la principal causa de pérdida de visión y ceguera en adultos en edad de trabajar. A medida que aumenta la prevalencia mundial de la diabetes, también aumenta el número de personas con complicaciones relacionadas con la diabetes. Si no hay una adecuada asistencia a la diabetes ni un buen control metabólico, pueden aparecer altos índices de retinopatía y otras complicaciones.¹

El impacto de la deficiencia visual va más allá de los individuos; las comunidades y las economías pierden en capacidad laboral y productividad, y se crea la necesidad de un mayor apoyo social. Por lo tanto, los costes sociales y económicos de la discapacidad visual y la ceguera son importantes no sólo para los directamente afectados y sus familias, sino también para las comunidades y países enteros.

La prevalencia de la retinopatía

En un amplio estudio sobre la prevalencia de la retinopatía, se dieron datos de 33 países que mostraron grandes diferencias: desde un mínimo del 10% en Noruega hasta un máximo de un 61% en África del Sur en personas con diabetes conocida, y del 1,5% de los afroamericanos en los EEUU hasta el 31% en China entre las personas con diabetes recién diagnosticada.¹

Aunque las cifras disponibles son sólo de unos pocos países de ingresos medios y bajos seleccionados, la prevalencia de la retinopatía diabética fue superior en los países en vías de desarrollo en general. Por otra parte, extensos estudios en los EEUU y el Reino Unido han demostrado un incremento de los índices de retinopatía entre los grupos étnicos de origen europeo de esos países.^{2,3} Las disparidades relacionadas con el grupo étnico son susceptibles de ser asociadas con una serie de determinantes genéticos y socioeconómicos.

Faltan datos sobre la prevalencia de la retinopatía diabética. Y hay grandes diferencias en las características del estudio y las metodologías empleadas, lo cual hace que las comparaciones entre estudios sean complejas.

Los factores de riesgo y los factores determinantes

Un buen control de la glucemia, la presión arterial y los lípidos en sangre reducen el riesgo de desarrollar retinopatía.⁴ Es probable que los factores sociales de salud determinantes, incluida la pobreza, la mala alimentación, la falta de acceso a los servicios sanitarios y la carencia de medicamentos, expliquen de alguna manera el aumento de la prevalencia de la retinopatía en los países de ingresos medios y bajos y entre las personas de nivel socioeconómico bajo. En 15 de 23 estudios realizados en países en vías de desarrollo y en grupos de minorías étnicas en los países desarrollados, la prevalencia de la retinopatía diabética fue de más del 35%.¹

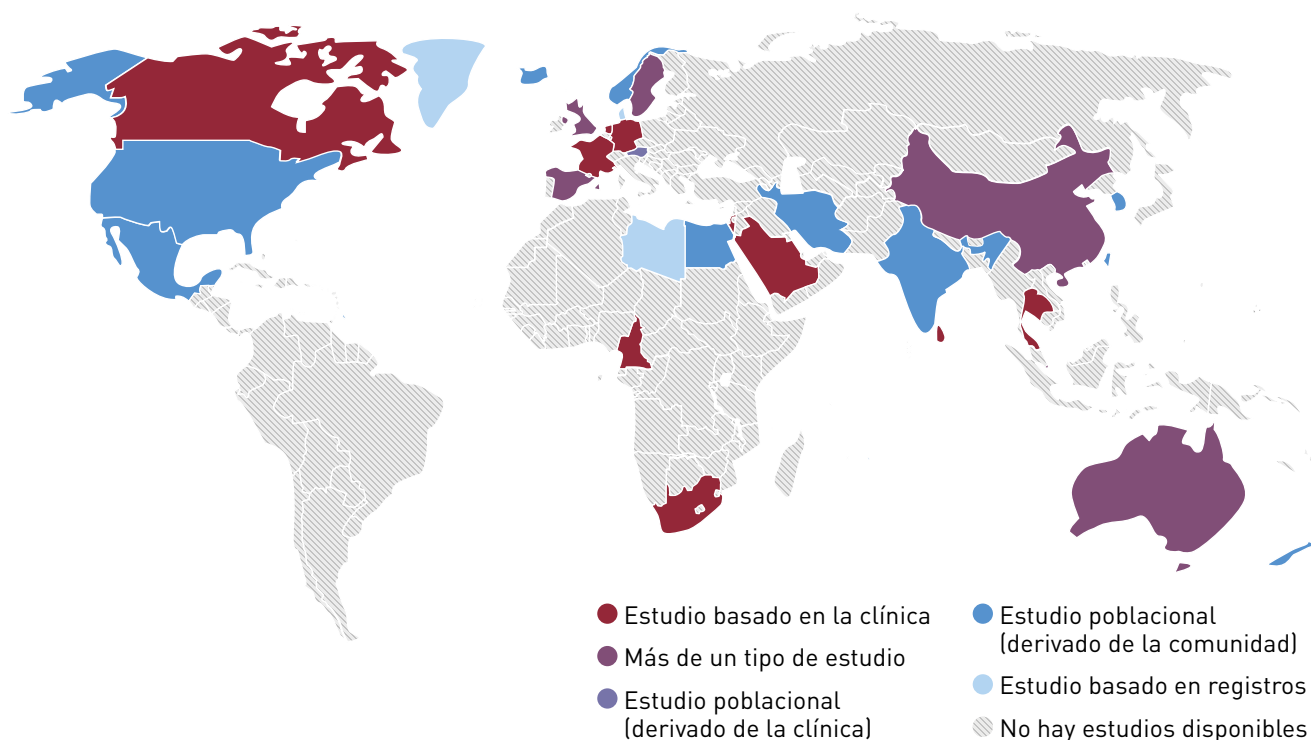
La prevención y el camino a seguir

En los lugares en los que se dispone de una buena asistencia y gestión para las personas con diabetes, los índices de retinopatía son menores.⁵ En los últimos 10 o 20 años se ha reducido la prevalencia de la retinopatía diabética en pacientes con diabetes tipo 1. Esto ha sido asociado con las mejoras en la asistencia y el tratamiento de la diabetes, así como las mejoras en el control de los factores de riesgo que se pueden prevenir.¹

Si bien la prevalencia de la retinopatía diabética en algunas poblaciones es alarmante, la detección activa de esta complicación ha sido eficaz para reducir los índices de lesiones oculares graves relacionadas con la diabetes.^{6,7}

Es imprescindible que se realicen más investigaciones, especialmente en los países más afectados por la epidemia de la diabetes. Las poblaciones de estudio y las metodologías deben ser estandarizadas con el fin de permitir comparaciones. Esto proporcionará información útil para la programación de políticas y la implementación de estrategias para prevenir y tratar la diabetes.

Mapa 4.1 Estudios que informan sobre la prevalencia de la retinopatía



Fuente: Ruta et. al.¹

Tabla 4.1 Características del estudio y la prevalencia de la retinopatía por Regiones de la FID

| REGIÓN DE LA FID PAÍSES (número de estudios) | Tamaño de la muestra Promedio (rango) | Rango de índices de diabetes recién diagnosticada | Rango de índices de diabetes tipo 2 conocida | Rango de índices de diabetes tipo 1 y tipo 2 |
|--|--|---|--|--|
| AFR Camerún (1); Sudáfrica (2) | 300 (253 - 400) | - | 32,3 - 61 | 24,3* |
| EUR Austria (1); Dinamarca (1); Francia (2); Alemania (1); Islandia (1); Israel (1); Países Bajos (2); Noruega (3); España (5); Suecia (4); Reino Unido (6) | 3.061 (188 - 20,788) | 6,0 - 11,0 | 10,1 - 50,7 | 11,4 - 28,9 |
| MENA Egipto (1); República Islámica de Irán (1); Libia (1); Arabia Saudita (1) | 611 (376 - 960) | 15,7* | 30,0 - 37,0 | 41,5* |
| NAC Barbados (1); Canadá (1); México (1); Estados Unidos de América (15) | 579 (153 - 2,247) | 1,5 - 16,9 | 18,2 - 48,1 | 26,4 - 45,3 |
| SACA (No hay datos) | - | - | - | - |
| SEA India (2); Mauricio (1); Sri Lanka (1) | 1.290 (597 - 2,436) | 5,1 - 15,2 | 12,2 - 44,3 | - |
| WP Australia (6); China (3); Fiji (2); Nueva Zelanda (1); Samoa (1); Singapur (3); República de Corea (2); Taiwán (2); Tailandia (2) | 727 (150 - 5,313) | 4,2 - 30,6 | 15,1 - 43,2 | 13,5 - 43,1 |

* Sólo un estudio con datos

NOTA: Los índices de retinopatía presentados en esta tabla provienen de una variedad de estudios con heterogeneidad en los rangos de edad de las muestras, los métodos utilizados para el diagnóstico, el año del estudio y la población de las muestras. Las estimaciones no son comparables entre sí, y no son regionalmente representativas. La tabla es una adaptación de los datos presentados en Ruta et al (2013).¹

4.2 Índices de cetoacidosis diabética en el momento del diagnóstico en jóvenes con diabetes tipo 1

La cetoacidosis diabética (CAD) es una de las complicaciones agudas más graves de la diabetes. La CAD ocurre cuando una persona tiene niveles extremadamente altos de glucosa en sangre, una severa falta de insulina y un incremento de las hormonas que trabajan contra de las acciones de la insulina (glucagón, catecolaminas, cortisol y hormona de crecimiento). Esto conduce a la descomposición de la grasa para energía, y como resultado, hay sustancias químicas (cetonas) que se acumulan en la sangre y la orina.

Peligroso pero prevenible

La mayoría de las personas con diabetes tipo 1 tienen CAD y las personas con diabetes tipo 2 están en riesgo durante la enfermedad aguda.² La CAD comporta un significativo riesgo de muerte. Cuanto más tarde se descubra la afección, peor será el trastorno metabólico y mayor el riesgo de discapacidad permanente y muerte.³ En efecto, la CAD es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en los niños con diabetes tipo 1.⁴ Este tipo de eventos se pueden prevenir si se detectan los primeros síntomas de la diabetes tipo 1 antes de la cetoacidosis.

Un problema mundial con disparidades regionales

Cada año en el mundo, aproximadamente 79.100 niños menores de 15 años desarrollan diabetes tipo 1. Hasta el 80% de estos niños ya tienen CAD cuando son diagnosticados con diabetes.⁵ Hay una variación significativa en la frecuencia de la CAD entre diferentes países de todo el mundo (y en algunos casos dentro de ellos mismos⁶).

Los factores sociales determinantes, como los factores socioeconómicos, los de asistencia sanitaria, el acceso a la atención médica, el conocimiento de los signos de alerta de la diabetes y la carga de morbilidad general, desempeñan una función importante en los índices de CAD. Los índices más altos de CAD se encuentran en los países de ingresos medios y bajos.⁷ En los países de ingresos altos, los niños con diabetes de familias cuyos padres poseen niveles superiores

de formación educativa, y probablemente mayores ingresos, tienen menos probabilidades de presentar CAD que sus compañeros cuyos padres no llegaron a la educación superior.³

Sin embargo, los factores geográficos también pueden influir en el número de personas afectadas. Puede ser que el alto número de personas que desarrollan CAD en los países más próximos al Ecuador se deba a climas cálidos, lo cual conduce a un inicio más rápido de la deshidratación y la hiperglucemia, especialmente en los niños pequeños.⁸

En los países desarrollados, la frecuencia de la CAD es menor en los países donde la incidencia anterior de diabetes tipo 1 es mayor.^{7,9} Esto puede reflejar la conciencia general de la diabetes¹⁰ y, por tanto, la capacidad de los padres y pediatras de reconocer los signos prematuros de la diabetes tipo 1. Tener un familiar de primer grado con diabetes se asocia con un menor riesgo de CAD de hasta seis veces en el diagnóstico.³ La capacidad de un sistema sanitario de iniciar rápidamente el tratamiento adecuado posterior al diagnóstico es también probablemente un factor fundamental.¹⁰

Una carga oculta

En grandes zonas del mundo, especialmente en África y en el Sudeste Asiático, hay muy pocos datos, o ninguno en absoluto, de la frecuencia de CAD (o incluso de diabetes tipo 1) en niños.⁷ Aunque la carga de las enfermedades no transmisibles sigue creciendo a buen ritmo en todo el mundo, las enfermedades infecciosas siguen siendo el foco de preocupación de la salud infantil en regiones en vías de desarrollo. El logro de indicadores fiables de la diabetes y la CAD requerirá una mayor vigilancia epidemiológica de la creciente carga de las enfermedades no transmisibles. Existe una evidente necesidad de una mayor investigación que utilice datos normalizados que incluyan factores conocidos por afectar a la frecuencia de la CAD y otros factores como: el acceso a la asistencia sanitaria, la densidad de la población, la genética, la educación sanitaria y los recursos de asistencia sanitaria de la diabetes.

Objetivo de la prevención

El gasto médico en la CAD es en gran medida prevenible es considerable¹¹ y superior en las personas con CAD que en las que no la tienen.¹² Mejorar la concienciación y la calidad de la asistencia con el fin de prevenir el desarrollo de esta complicación aguda muy común evitaría una buena carga de los costes, a la vez que mejoraría la calidad de vida de un gran número de personas.

Mapa 4.2 Índices (%) de la cetoacidosis diabética (CAD) en el momento del diagnóstico de diabetes tipo 1 en niños (0-14 años)

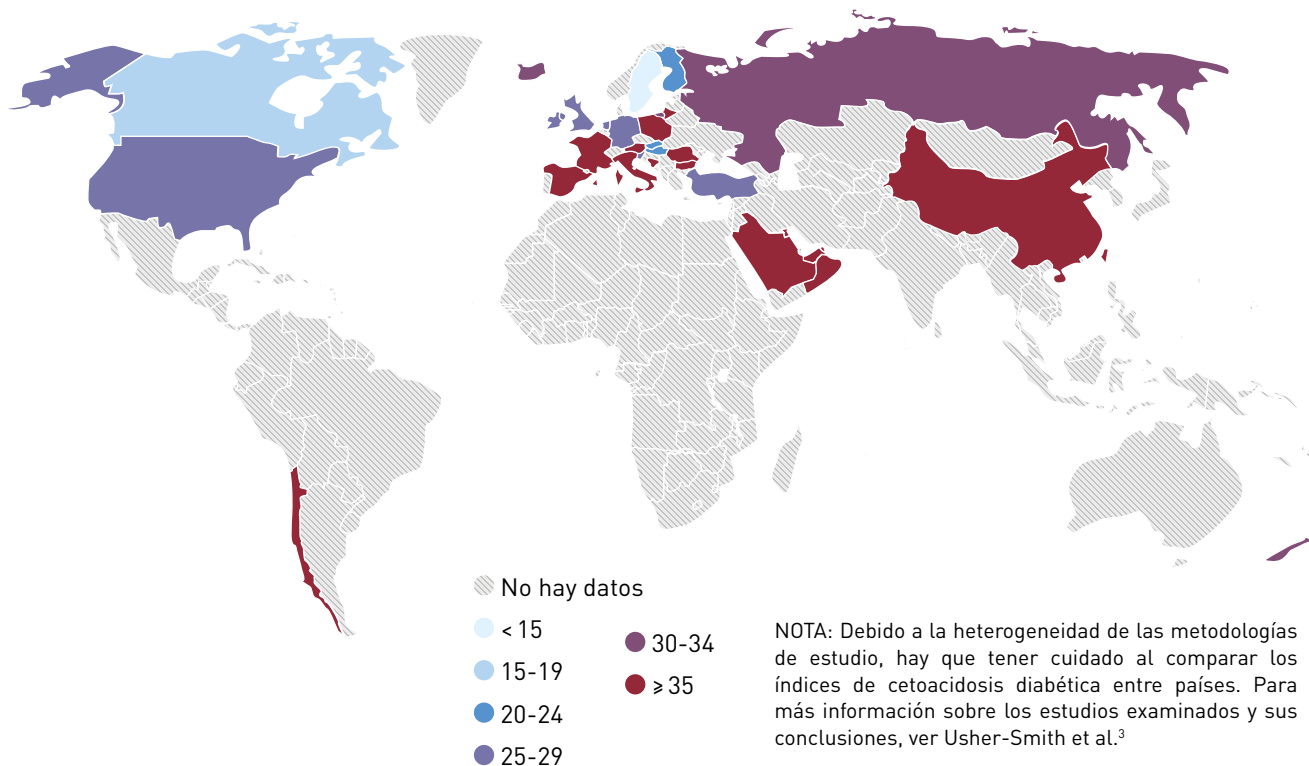


Tabla 4.2 Estudios de prevalencia de la cetoacidosis diabética (CAD) en el momento del diagnóstico de diabetes tipo 1 en niños (0-14 años)

| REGIÓN DE LA FID PAÍSES (número de estudios) | NIVEL DE INGRESOS | Alcance de CAD en la primera presentación clínica % | Alcance de la incidencia de la diabetes tipo 1 en los jóvenes para países con estudios sobre CAD* 2013 |
|--|-------------------|---|--|
| AFR (No hay datos) | - | - | - |
| EUR Austria (1); Finlandia (4); Francia (1); Alemania (4); Hungría (1); Islandia (1); Irlanda (1); Italia (3); Lituania (2); Países Bajos (1); Eslovaquia (2); Eslovenia (1); España (2); Suecia (3); Reino Unido (4) | HIC | 12,8 - 61,8 | 12,1 - 57,6 |
| Bosnia Herzegovina (1); Bulgaria (1); Polonia (5); Rumania (1); Federación de Rusia (1); Turquía (1) | MIC | 29,0 - 67,0 | 3,2 - 17,3 |
| MENA Kuwait (2); Omán (1); Arabia Saudita (5); Emiratos Árabes Unidos (1) | HIC | 37,7 - 80,0 | 2,5 - 31,4 |
| NAC Canadá (1); Estados Unidos de América (9) | HIC | 18,6 - 43,7 | 23,7 - 25,9 |
| SACA Chile (1) | MIC | 37,0 | 6,2 |
| SEA (No hay datos) | - | - | - |
| WP Nueva Zelanda (2); Taiwán (1) | HIC | 29,0 - 65,0 | 3,8 - 18,0 |
| China (1) | MIC | 41,9 | 0,6 |

MIC=Países de ingresos medios HIC=Países de ingresos altos

* Niños (0-14) por 100.000 por año

Nivel de ingresos: En base a las cifras per cápita de la Renta Nacional Bruta 2011 del Banco Mundial, a excepción de Taiwán (basado en el Producto Nacional Bruto per cápita); Incidencia de la diabetes tipo 1: datos de estimaciones del *Atlas de la Diabetes de la FID*

4.3 La diabetes en los pueblos indígenas

Las comunidades indígenas representan más de 370 millones de personas en 90 países; más del 5% de la población mundial.¹ El creciente interés internacional sobre las necesidades sanitarias y socio-políticas de estas poblaciones se reflejó en la Declaración de la ONU de 2007 sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.² Esta Declaración reconoce que las comunidades indígenas incluyen a algunas de las poblaciones más pobres y marginadas. Si bien la diabetes es una epidemia en todo el mundo, los pueblos indígenas soportan una carga desproporcionada.

Prevalencia e incidencia

Se han llevado a cabo varios estudios que describen la prevalencia de la diabetes en los pueblos indígenas de todo el mundo, y reflejen la diversidad de las naciones involucradas, así como la carga de la diabetes. En la mayoría de estos estudios, la prevalencia de la diabetes es mucho mayor que en la población vecina, que va desde aproximadamente el 10% en los Ami y Atayals³ de Taiwán hasta el 30% en los aborígenes australianos⁴ y el 40% en los sioux de América del Norte.⁵ Además, los pueblos indígenas de las islas del Pacífico tienen los índices más elevados de prevalencia de diabetes en el mundo. Sin embargo, algunas poblaciones que todavía viven con un estilo de vida muy tradicional tienen una prevalencia relativamente baja. Entre los aymara de Chile, por ejemplo, la prevalencia de la diabetes es de sólo el 1%, en comparación con la estimación nacional del 10,4% de Chile.⁶

Unos cuantos estudios longitudinales han registrado también altos índices de incidencia de la diabetes en estas comunidades. Por ejemplo, el estudio seminal en el que participaron indios pima que viven a lo largo de la frontera de México con EEUU, mostró un índice de incidencia de 23,5 casos por cada 1.000 personas/año en 2003,⁷ en comparación con la incidencia nacional estimada de EEUU de 8 casos por cada 1.000 personas/año en 2008.⁸

Debido a los factores de riesgo compartidos, los índices más elevados de diabetes tipo 2 también se corresponden con mayores índices de diabetes gestacional en algunas comunidades indígenas. Por ejemplo, entre el 8% y el 18% de las mujeres de las Primeras Naciones de Canadá desarrollaron diabetes gestacional durante el embarazo en comparación con sólo entre el 2% y el 4% de la población general.⁹ Las epidemias gemelas de la diabetes tipo 2 y la diabetes gestacional pueden explicar en parte los dramáticos incrementos observados en la prevalencia de la diabetes entre los niños y adolescentes de las Primeras Naciones.^{10,11}

Morbilidad y mortalidad

Una consecuencia inevitable de la mayor prevalencia de la diabetes es el significativo aumento en la muerte y la discapacidad relacionada con la diabetes. Por ejemplo, en Saskatchewan (Canadá), los índices de enfermedades renales en etapa terminal son de tres a cuatro veces superiores entre las personas de las Primeras Naciones que entre el resto de la población.¹² Al menos el 24% de las personas con diabetes de chamorros y carolinios en las Islas Marianas del Norte tienen alguna forma de retinopatía, una frecuencia que es 1,3 veces superior que en los EEUU.¹³ Entre los aborígenes australianos, la tasa de mortalidad por diabetes es 17 veces superior a la de la población en general, y las tasas de mortalidad por enfermedades del corazón son tres veces la media nacional.¹⁴

Los determinantes sociales de la salud

La imagen más apremiante y constante de las comunidades indígenas es la de la desventaja compartida en materia de salud y situación social. El replanteamiento de la diabetes dentro de un paradigma de determinantes sociales de la salud, la revela como un producto de circunstancias y entornos injustos, en lugar de una enfermedad basada únicamente en la patología y la responsabilidad individual. Por otra parte, los importantes obstáculos a la asistencia de los pueblos indígenas, incluida una asistencia sanitaria fragmentada, una mala gestión de las enfermedades crónicas, una alta rotación del personal sanitario y una vigilancia sanitaria limitada o inexistente,¹⁶ complican la gestión ya difícil de la diabetes en las poblaciones desfavorecidas.

Estrategias para la prevención y la asistencia

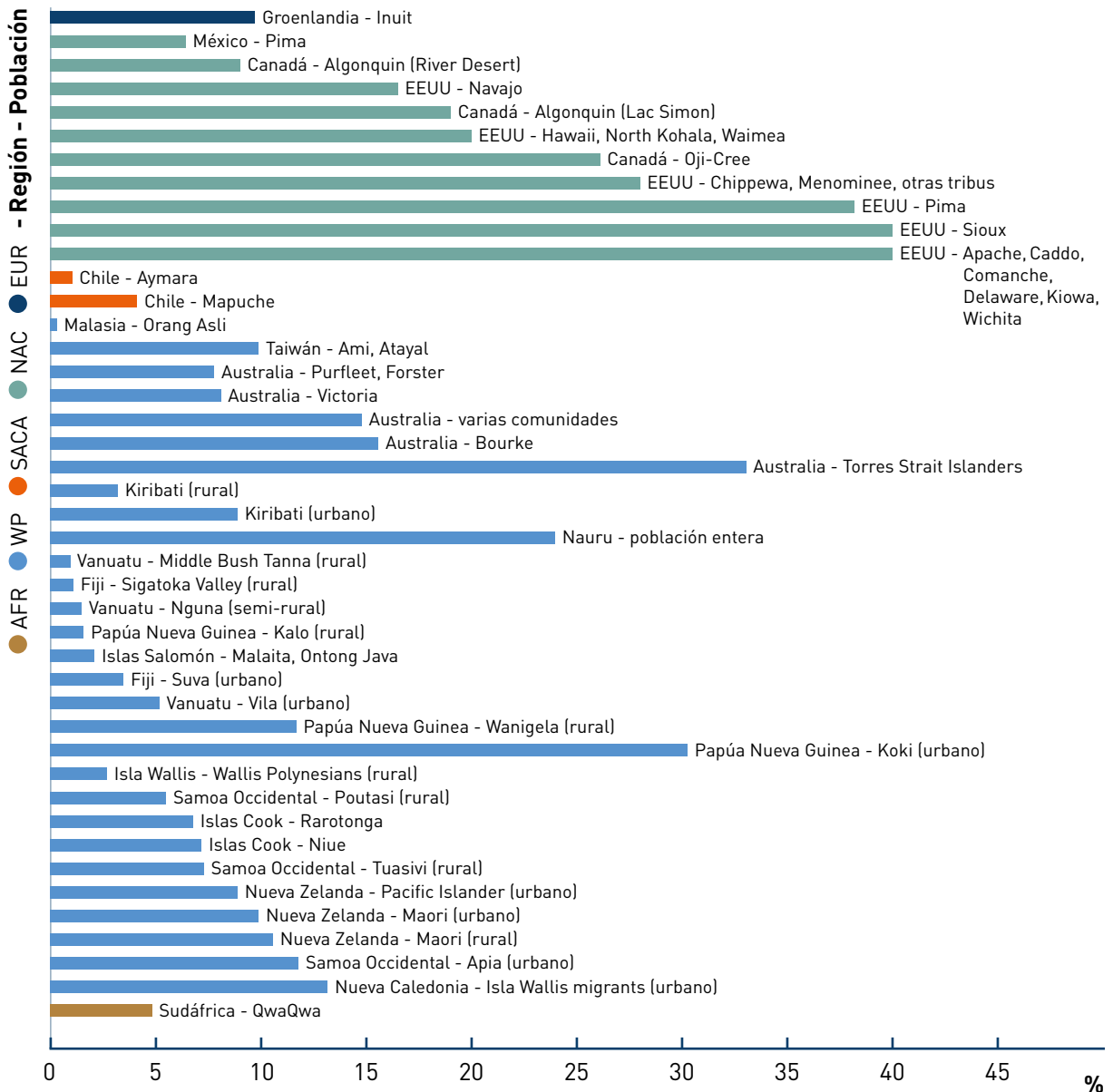
Deben introducirse intervenciones para reducir la carga de la diabetes que impidan el desarrollo de la enfermedad, así como garantizar una gestión adecuada y suficiente.¹⁷ Un ejemplo exitoso fue un programa de prevención en una población de niños Zuni en edad escolar en los EEUU mediante la educación para reducir el consumo de bebidas azucaradas y aumentar el conocimiento de los factores de riesgo de la diabetes, y la apertura de un centro de fitness para jóvenes. Estos métodos lograron reducir la resistencia a la insulina de la población a la que iban dirigidos.¹⁸

Capacitar a las comunidades

Aunque en general se pueden extraer comparaciones globales en cuanto a los efectos sobre los pueblos indígenas de los determinantes sociales de la salud, la heterogeneidad cultural es una característica permanente, tanto la que hay dentro de un grupo como la que hay entre los grupos. No se puede hablar de una "realidad pan-indígena". Si se trata de lograr la máxima eficacia, es esencial que la atención comunitaria se adapte al contexto cultural específico de la población interesada y que se proporcione a un nivel que cumpla con las normas de práctica nacional.¹⁹

La capacitación es un requisito previo necesario para superar las desventajas sanitarias de los pueblos indígenas. Sin embargo, esto no ha recibido aún la debida atención en los enfoques nacionales de prevención y control de la diabetes. Hasta que los pueblos indígenas puedan impulsar la agenda, es probable que se mantenga una duradera, pero inaceptable, realidad.

Figura 4.2 Prevalencia ajustada por edad (%) de la diabetes en los pueblos indígenas



Adaptado con el permiso de *Diabetes Research and Clinical Practice* (Fuente: Yu and Zinman¹⁹)

4.4 La diabetes en las comunidades rurales

Durante los próximos 20 años, el número de muertes por diabetes se doblará.^{1,2} El espectacular incremento en la magnitud de la diabetes y otras enfermedades no transmisibles se prevé que dificulte las iniciativas por reducir la pobreza en los países y las comunidades de ingresos bajos, y representa una amenaza para el desarrollo equitativo en todas las economías emergentes.³ Sin embargo, los patrones dentro de los países de ingresos medios y bajos están cambiando rápidamente a medida que se desarrollan las comunidades rurales y aumenta la migración dentro del país.

Cambios rápidos dentro de los países

La migración masiva de rural a urbana sigue afectando a las comunidades de todo el mundo en vías de desarrollo. Un gran número de población rural trata de escapar de la pobreza extrema, muchos también huyen de los peligros de los conflictos armados, trasladándose a las ciudades en busca de seguridad y una mayor calidad de vida, así como una mayor proximidad a los servicios sanitarios. Por lo tanto, las transiciones nutricionales y de conductas se traducen en un incremento generalizado de los factores de riesgo para la diabetes tipo 2.^{4,5} Sin embargo, mientras que los índices de aumento de la diabetes en las zonas urbanas de los países de ingresos medios y bajos están ampliamente documentados, hay pruebas que sugieren que la prevalencia rural de la diabetes en los países de ingresos medios y bajos es también alta y está creciendo.⁴

El aumento de la diabetes

La prevalencia combinada de la diabetes rural entre los países de ingresos medios y bajos ha sido estimada en el 5,6% en un período de 25 años.⁴ Además, se ha quintuplicado en este período de tiempo; un incremento asombroso que fue también observado en un estudio de revisión de la prevalencia de la diabetes en la India rural.⁶ Un estudio reciente a gran escala en zonas rurales de China estima que la prevalencia de la diabetes rural de 2005 a 2010 fue de cerca de un 9%, el más alto jamás visto en el mundo en vías de desarrollo.⁷

Dado que las comunidades rurales en los países de ingresos medios y bajos comparten muchos de los mismos factores socioeconómicos, es probable que la prevalencia de la diabetes entre las comunidades rurales de todo el mundo sea ya más alta que lo que había sido anteriormente estimado. Al rápido ritmo de desarrollo de las ciudades le han correspondido cambios en el acceso a los alimentos y el transporte de las comunidades rurales.

Gran variación

Para complicar aún más las cosas, existe una variación regional significativa en la prevalencia de la diabetes rural en los países del mundo de ingresos medios y bajos. Según un estudio, Oriente Medio y África del Norte tuvo la prevalencia más alta con un 7,7%, mientras que el África Subsahariana tuvo la más baja con un 2,4%.⁸ Esta variación podría ser debida en parte a las diferencias en el grado de transición, en términos de estilo de vida, economía y demografía, que se están produciendo en estas regiones.^{9,10} La carencia de datos sobre los factores específicos por región y comunidad podrían obstaculizar potencialmente los esfuerzos para prevenir y tratar la diabetes en los entornos rurales. Por otra parte, en regiones como América Latina, con una amplia y diversa población rural, algunas comunidades rurales parecen evitar las tendencias al alza observadas en otras regiones.¹¹ Estos ejemplos podrían ser la fuente de las posibles estrategias para frenar el aumento de la diabetes tipo 2 en las poblaciones rurales de otros lugares.

Tendencias y consecuencias

La FID estima un aumento en la prevalencia de la diabetes del 55% a nivel mundial para el año 2035. Sin embargo, los resultados antes citados sugieren que el aumento será aún mayor, sobre todo si tenemos en cuenta que el 80% de las personas con diabetes viven en países de ingresos medios y bajos. Los rápidos cambios demográficos han preparado el terreno para los cada vez mayores desafíos para los países que están menos preparados para hacer frente a la epidemia mundial de la diabetes.

Además, en los países de ingresos medios y bajos, la conciencia de la diabetes es muy reducida, y el acceso a la asistencia sanitaria es baja o inexistente en muchas zonas rurales.

El camino a seguir

La educación en diabetes es extensamente considerada la piedra angular de la asistencia; y la educación para el autocontrol de la diabetes ha demostrado ser eficaz en la reducción de las complicaciones en los países de ingresos altos de todo el mundo. Pero el acceso a una educación diabética culturalmente apropiada es muy limitado en muchos países de ingresos medios y bajos, y no existe en las zonas rurales del mundo en vías de desarrollo.¹³

Se ha logrado algún éxito en la mejora del acceso a la asistencia sanitaria adecuada en las zonas rurales aisladas mediante la aplicación de nuevas intervenciones.¹⁴ Puede haber oportunidades de utilizar las nuevas tecnologías, especialmente los teléfonos móviles, para mejorar el acceso a la asistencia en

las comunidades aisladas. Se necesitan más datos sobre la prevalencia de la diabetes en las comunidades rurales y los efectos de los rápidos cambios en estas zonas para entender las prioridades y los efectos de la epidemia.

Mapa 4.3 Prevalencia* (%) de la diabetes en zonas rurales (20-79 años), 2013

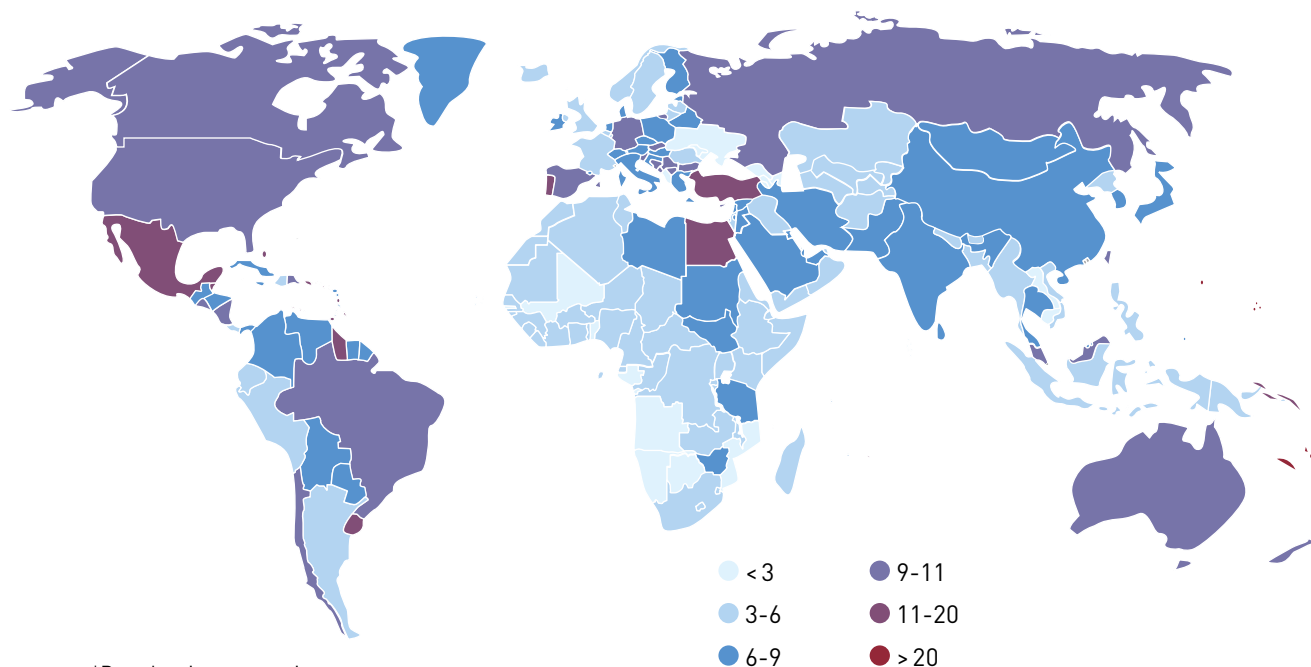


Tabla 4.3 Diabetes en zonas rurales por Región de la FID (20 -79 años) en 2013


| REGIÓN DE LA FID | Número de personas con diabetes en zonas rurales MILLONES | Población adulta en zonas rurales MILLONES | Porcentaje de casos de diabetes en zonas rurales % | Porcentaje de población adulta en zonas rurales % |
|-------------------------|---|--|--|---|
| AFR | 8,8 | 250,6 | 44,3 | 61,4 |
| EUR | 14,1 | 190,2 | 25,1 | 28,9 |
| MENA | 11,9 | 174,9 | 34,6 | 46,7 |
| NAC | 6,9 | 64,3 | 18,8 | 19,2 |
| SACA | 4,4 | 55,4 | 18,1 | 18,4 |
| SEA | 37,8 | 607,2 | 52,5 | 68,7 |
| WP | 52,1 | 727,0 | 37,7 | 45,1 |
| En el mundo | 136,1 | 2.069,5 | 35,6 | 45,3 |





Vincular lo local a lo mundial

La FID está impulsando la AGENDA GLOBAL sobre la diabetes mediante el Plan de Acción Mundial para la prevención y el control de las ENT

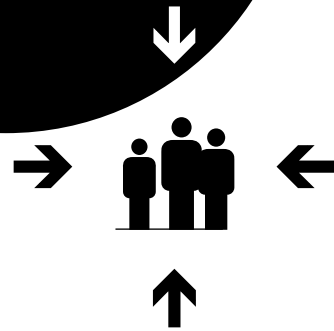


LA FID VINCULA LO LOCAL CON LO GLOBAL desde el activismo básico de personas con diabetes, hasta influir en la política de desarrollo y salud global

La FID ayudará a las asociaciones miembro de la FID a **responsabilizar a los gobiernos** para avanzar en la diabetes

La FID es líder en proporcionar soporte a los profesionales de la salud que trabajan en la educación y asistencia de la diabetes

Los programas, campañas y eventos de la FID son una plataforma global de sensibilización para las personas con diabetes



La FID pide un **OBJETIVO SANITARIO GLOBAL** en el marco del desarrollo post-2015 que asegure un enfoque integral para la prevención, tratamiento, atención y apoyo de la diabetes y las ENT

Noviembre

Diciembre

2015



5

Vincular lo local a lo mundial

5.1 Impulsar la agenda global sobre la diabetes

Durante los últimos seis años, la FID ha logrado avances significativos en lograr un reconocimiento político global para la diabetes y las enfermedades no transmisibles (ENT) en la agenda de salud global. La Resolución de la ONU 61/225 sobre el Día Mundial de la Diabetes en 2006, la Declaración Política de la ONU adoptada en la Reunión de Alto Nivel de la ONU sobre las ENT en 2011 y la Conferencia de la ONU sobre Desarrollo Sostenible (Río+20) en 2012 afirmaron todas que la diabetes y otras ENT amenazan el desarrollo del siglo XXI y tienen que abordarse a escala mundial.¹⁻³

Un plan de acción mundial

En base al impulso de la Declaración Política de la ONU de 2011 sobre las ENT, la 66ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra en mayo de 2013 catalizó el compromiso y la acción internacionales sobre una respuesta global a la epidemia de la diabetes y las ENT. Los Estados miembros de la OMS adoptaron por unanimidad un Plan de Acción Global voluntario para la prevención y control de las ENT.⁴

La sensibilización de base para mantener este impulso es más importante que nunca. Ahora, con el menú del Plan de Acción Mundial de opciones políticas de los gobiernos para lograr alcanzar las metas mundiales,

los defensores de la diabetes y las ENT están equipados con un conjunto de herramientas para fomentar la acción concertada de los gobiernos. El papel de la FID y sus asociaciones miembros, en cooperación con los gobiernos y otros organismos de toma de decisiones, en la implementación y seguimiento del Plan de Acción Mundial es esencial para el logro de estos objetivos.

La diabetes en los objetivos globales de las ENT

Incluido en el Plan de Acción Mundial, los gobiernos adoptaron el primer marco de trabajo mundial para la monitorización de las ENT con un conjunto de nueve objetivos generales (Tabla 5.1).⁵ Esto fue un gran avance para la defensa de la diabetes y las NCD y marcó una nueva era de acción y responsabilidad. Después de acordar un ambicioso conjunto de objetivos y 25 indicadores, los gobiernos informarán regularmente sobre los progresos.

Los objetivos requerirán acciones gubernamentales en materia de prevención y tendrán el potencial de mejorar el acceso al tratamiento esencial para salvar la vida de millones de personas con diabetes en todo el mundo.

Los objetivos cuantificables ya están haciendo un impacto. El acuerdo de los objetivos ha reforzado la campaña de la Alianza de ENT y la FID para garantizar que la diabetes y las ENT estén incluidas en la futura agenda de desarrollo después de que expiren en 2015 los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Desafíos insatisfechos

Mientras que los objetivos globales que permitirán mejorar la vida de las personas con diabetes son una gran victoria, el acceso a tecnologías y medicamentos esenciales asequibles de alta calidad sigue siendo inaceptablemente bajo en todo el mundo. Una parte importante de personas con diabetes no tienen acceso a los medicamentos, las tecnologías y la asistencia de buena calidad que necesitan.⁶

El objetivo del acceso del 80% a medicamentos y tecnologías esenciales puede ser un potente motor para una gran reforma. La meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para los medicamentos esenciales ha logrado un progreso importante en el VIH/SIDA y otras enfermedades infecciosas, pero no en la diabetes. En contextos de ingresos bajos, los medicamentos esenciales para la diabetes y otras ENT siguen siendo significativamente menos accesibles que para las enfermedades infecciosas agudas.⁶

Tabla 5.1 Objetivos y metas del Plan de Acción Global para la prevención y el control de las ENT⁴

VISIÓN:

Un mundo libre de la carga evitable de enfermedades no transmisibles.

OBJETIVOS

1. Otorgar más prioridad a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las agendas mundial, regional y nacional y en los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, mediante el fortalecimiento de la promoción y la cooperación internacional.
2. Reforzar la capacidad, el liderazgo, la gobernanza, la acción multisectorial y las alianzas para acelerar la respuesta de los países en materia de prevención y control de enfermedades no transmisibles.
3. Reducir la exposición a factores de riesgo modificables de las enfermedades no transmisibles y los determinantes sociales subyacentes mediante la creación de entornos que fomenten la salud.
4. Fortalecer y reorientar los sistemas de salud para abordar la prevención y control de las enfermedades transmisibles y los determinantes sociales subyacentes mediante una atención primaria centrada en las personas y la cobertura universal.
5. Fomentar y apoyar la capacidad nacional de investigación y desarrollo de calidad en relación con la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.
6. Vigilar la evolución y los determinantes de las enfermedades no transmisibles y evaluar los progresos hacia su prevención y control.

METAS MUNDIALES DE APLICACIÓN VOLUNTARIA

1. Reducción relativa de la mortalidad general por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas en un 25%.
2. Reducción relativa del uso nocivo del alcohol en al menos un 10%, según proceda, en el contexto nacional.
3. Reducción relativa de la prevalencia de actividad física insuficiente en un 10%.
4. Reducción relativa de la ingesta poblacional media, de sal o sodio en un 30%.
5. Reducción relativa de la prevalencia del consumo actual de tabaco en un 30% en las personas de 15 años o más.
6. Reducción relativa de la prevalencia de hipertensión en un 25%, o contención de la prevalencia de hipertensión, en función de las circunstancias del país.
7. Detención del aumento de la diabetes y la obesidad.
8. Tratamiento farmacológico y asesoramiento (incluido el control de la glucemia) de al menos un 50% de las personas que lo necesitan para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares.
9. 80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles, incluidos los genéricos, necesarios para tratar las principales enfermedades no transmisibles, en centros tanto públicos como privados.

5.2 Incluir la diabetes en el desarrollo

Desde su adopción en 2000, los Objetivos de Desarrollo del Milenio han determinado y definido la agenda de desarrollo global. La mayor fortaleza de los ODM 4, 5 y 6 fue el soporte popular y político que galvanizaron para la salud, que fue reconocido como fundamental para el desarrollo. Proporcionaron objetivos mensurables y una visión clara para mejorar los resultados específicos de la salud, y han reforzado considerablemente los recursos, acciones y resultados sobre la mortalidad infantil, la salud materna, la salud infantil y de los niños, y las enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA y la malaria. Sin embargo, aunque los ODM crearon conciencia, incitaron a la acción y reunieron recursos para mejorar los resultados de salud específicos, excluyeron las apremiantes prioridades de salud: como la diabetes y las ENT. El enfoque específico de enfermedad impulsada por los ODM exacerbó la distribución desigual de los sistemas de salud de los recursos limitados, haciéndolos ineficaces e insostenibles.

La salud más allá de la enfermedad

La agenda de desarrollo del futuro tiene que responder a una nueva realidad epidemiológica, demográfica y política, y se necesita un cambio de paradigma si va a continuar el progreso. La prioridad de salud global en el marco de trabajo post-2015 debe ser la de mejorar la salud y el bienestar de las personas y las comunidades. Se requiere un nuevo enfoque sobre los determinantes sociales, económicos y medioambientales de la salud que refleje la definición oficial de salud, no como la ausencia de enfermedad, sino como “un estado de bienestar físico, mental y social completo”.¹

Establecer la futura agenda

Uno de los mayores éxitos de los ODM fue la adopción de objetivos específicos y marcos de trabajo de monitorización para hacer un seguimiento del progreso de los países donantes y receptores. Que los objetivos sean fáciles de seguir y lo suficientemente amplios como para incluir la salud más allá de las enfermedades específicas será fundamental para el éxito de los objetivos de desarrollo post-ODM.

Con el propósito de contribuir al desarrollo de nuevos objetivos, la FID reunió aportaciones de las asociaciones miembro y las oficinas regionales para identificar las prioridades para la diabetes y las ENT en el marco de trabajo post-2015. Posteriormente, la FID participó en las consultas globales temáticas celebradas por la ONU sobre salud, seguridad alimentaria y nutrición, discapacidad, desigualdades, y medio ambiente, todo lo cual informará el marco de trabajo de desarrollo post-2015.

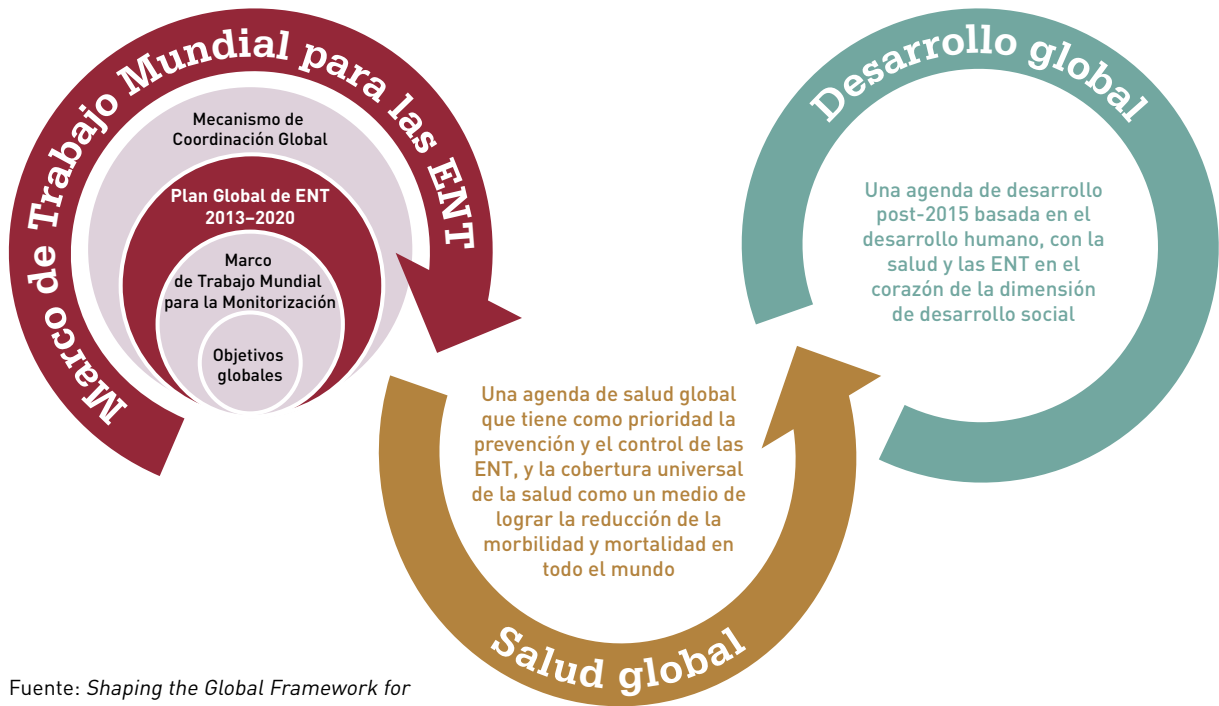
La FID pide un objetivo de salud global que asegure un enfoque integral de la sociedad para la prevención, el tratamiento, la asistencia y el apoyo de la diabetes y las ENT. Un objetivo centrado en la salud impulsará el desarrollo de un nuevo tipo de sistema sanitario que sea preventivo y pueda proporcionar asistencia permanente y gestión de la enfermedad. La inclusión de indicadores de salud en todas los objetivos post-2015 asegurará que el progreso en términos de desarrollo global se alinee con el progreso real para la salud global.

Un nuevo objetivo para la salud

Los Estados miembro que asistieron al diálogo de alto nivel sobre la salud en la agenda post-2015 en marzo de 2013, llegaron al consenso de que la reducción de la carga de las ENT se ha convertido en una prioridad mundial. Sin embargo, sigue habiendo un intenso debate sobre la manera como debe enmarcarse el objetivo de salud integral.

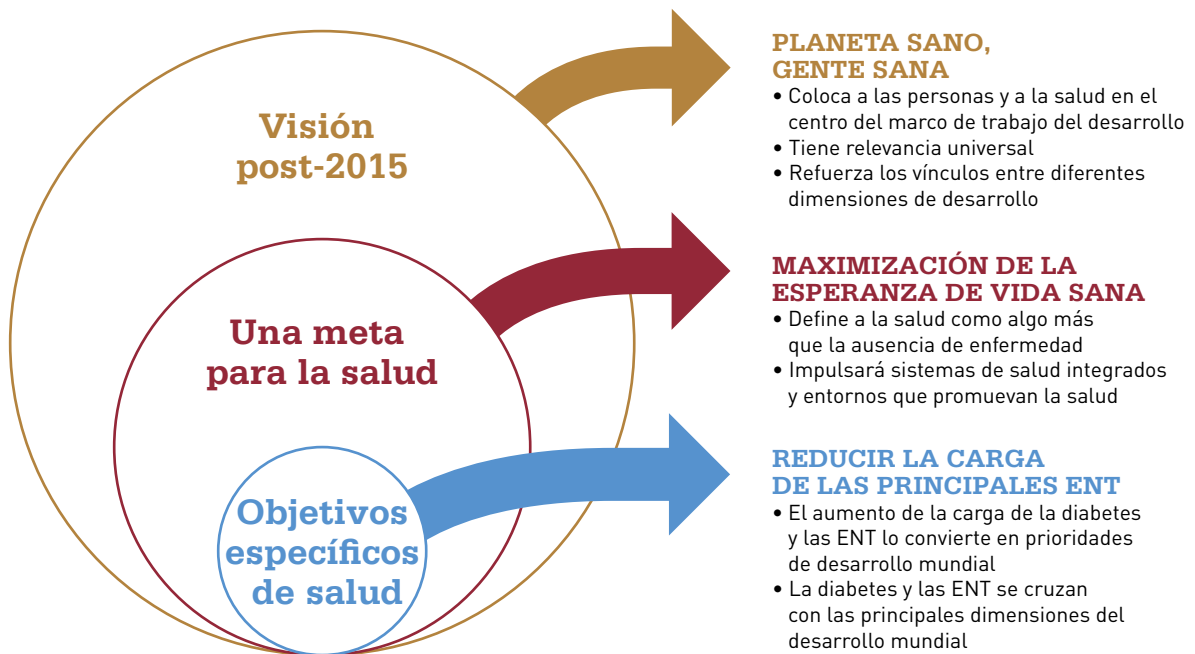
La FID está comprometida con la inclusión de indicadores de salud en todos los objetivos post-2015 como una manera de garantizar que el progreso en el desarrollo global tiene beneficios, no costes, para la salud global.

Figura 5.1 Uso del Marco de Trabajo Mundial para fijar la agenda de desarrollo para las ENT



Fuente: *Shaping the Global Framework for NCD Prevention and Control*. NCD Alliance. Geneva, 2012.

Figura 5.2 Objetivos relacionados con la diabetes para el marco de trabajo de desarrollo post-2015



Fuente: *Shaping the Global Framework for NCD Prevention and Control*. NCD Alliance. Geneva, 2012.

5.3 La Diabetes Scorecard

A pesar de los compromisos adquiridos por los países en la Asamblea Mundial de la Salud 2013 (Sección 5.1), muchos países carecen de los medios para lograr que los gobiernos rindan cuentas sobre los avances hacia esos objetivos. La experiencia de la comunidad del VIH/SIDA ha demostrado que la sociedad civil desempeña una parte crucial en el control de la aplicación y el progreso de los compromisos asumidos por los gobiernos en la comunidad. Con este fin, la FID ha desarrollado una herramienta para las asociaciones miembros para medir el progreso de los objetivos establecidos por el Marco de Trabajo Mundial para la Monitorización y para garantizar la responsabilidad de la salud pública.

Seguimiento de los progresos para la acción





La estructura y el contenido de la Diabetes Scorecard son el resultado de una consulta cercana y de pruebas exhaustivas, junto con las redes nacionales y regionales de la FID y expertos internacionales. Se forma en torno a un cuestionario estructurado que abarca los cuatro elementos considerados críticos para una respuesta nacional efectiva a la diabetes: prevención, tratamiento, derechos y el liderazgo político.

El Scorecard obtiene información sobre la existencia de planes y políticas nacionales para la diabetes y otras ENT, así como los progresos gubernamentales respecto a objetivos específicos, tales como la reducción del nivel de inactividad física y el logro del 80% de acceso a medicamentos y tecnologías asequibles. Las Asociaciones miembro podrán enviar los datos de su país online o en papel.

Mapa del progreso

La Scorecard muestra muy claramente los países y regiones que están teniendo éxito, los que se están quedando atrás y allí donde es preciso actuar u ofrecer más apoyo para cumplir con los objetivos del Marco de Trabajo Mundial para la Monitorización. La herramienta totalmente comprobada será un potente accesorio para la futura defensa de la salud pública, y puede ser adaptada para su uso por los grupos que abogan por otras enfermedades, como otras ENT.

Después de recoger los datos, los resultados serán mostrados de acuerdo con un sistema de código de colores. Los diferentes colores representan diferentes etapas de progreso:

-  No existe una política nacional sobre la diabetes y no hay planes para desarrollar ninguna
-  Existe una política o está planificada, pero no se ha tomado ninguna acción
-  Existe una política que recibe financiación y se ha iniciado la puesta en práctica
-  Existe una política que recibe financiación y se está implementando en todo el país

La FID publicará y actualizará continuamente los resultados de la Scorecard a través de sus Asociaciones miembro. Con el fin de fortalecer sus actividades de defensa, las Asociaciones miembro también recibirán un kit de herramientas de material de seguimiento con noticias de prensa de muestra, cartas a los Ministerios de Salud y paquetes informativos.

La medición del éxito

Al dirigirse a la Reunión de alto nivel sobre las ENT de 2011, la Directora General de la OMS Margaret Chan aplicó el conocido refrán “lo que se mide, se hace” para la batalla de la salud pública contra las enfermedades crónicas como la diabetes. La Scorecard Global Diabetes de la FID medirá el progreso y los esfuerzos de los gobiernos para afrontar los muchos retos planteados por la diabetes.

Figura 5.3: Diabetes Scorecard de la FID

DIABETES SCORECARD

Tracking Progress for Action

The Political Declaration adopted at the United Nations (UN) Summit on Non-communicable diseases (NCDs) in September 2011 was a historic pledge to accelerate action on diabetes and NCDs, and build a healthier world.

At the 66th World Health Assembly in May 2013, governments will underpin this vision with clear accountability architecture – including the “25% by 2025” mortality goal and a set of ambitious targets on prevention and treatment. Together, the Political Declaration and targets are a firm commitment by the world’s governments to drive progress for the 371 million people with diabetes and millions more at risk.

The Global Diabetes Scorecard is a unique civil society project that will enable IDF and our network of Member Associations to hold governments accountable to commitments on diabetes. We will track progress for action on four core key elements – prevention, treatment, rights and political leadership – that are critical for an effective national response. The tool is being developed through a comprehensive consultative process with experts in diabetes, NCDs and global health.

As shown in the HIWAIOS response, the role of civil society in tracking and guiding progress will be critical to ensure the UN Political Declaration and targets are successfully implemented on the ground. **If commitments are merely words on paper, diabetes will continue to cause 4.8 million deaths a year and result in avoidable disease, disability and suffering for millions more.**

The Global Diabetes Scorecard will be launched at the World Diabetes Congress in Melbourne in December 2013, followed by implementation at the national level in 2014. Looking ahead, IDF will align Scorecard reporting to official UN and World Health Organisation (WHO) timelines, supporting governments to advance meaningful action on the global diabetes epidemic.

For more information, and to find out how to get involved, visit www.idf.org/global-diabetes-scorecard.



International Diabetes Federation
The International Diabetes Federation (IDF) is an umbrella organisation of over 200 national diabetes associations in over 100 countries. The Federation has been leading the global diabetes community since 1950. IDF is committed to promote diabetes care, prevention and a cure worldwide.

Dupa
Dupa is a leading international healthcare group, offering health insurance, care homes and hospitals, specialist health services and chronic disease management. With its shareholders, Dupa channels its profits to fund its purpose of saving, healthier and happier lives.

IDF and Dupa. Working together for a healthy world.

DIABETES SCORECARD

Tracking Progress for Action

The International Diabetes Federation is developing the first global scorecard for measuring government commitments on diabetes.

Below is a snapshot of how we will track progress on the UN Political Declaration on Noncommunicable Diseases signed in 2011 and Global targets adopted in 2013.

POLITICAL LEADERSHIP, COMMITMENT AND RESOURCES

| | |
|--|--------------------------|
| Existing multisectoral diabetes plan or NCD plan including diabetes | <input type="checkbox"/> |
| Whole of government approach for diabetes prevention and control | <input type="checkbox"/> |
| Government funding for prevention and health promotion, treatment and surveillance | <input type="checkbox"/> |

PREVENTION

| | |
|---|--------------------------|
| Progress towards halting the rise in diabetes and obesity | <input type="checkbox"/> |
| Progress towards a 10% reduction in physical inactivity | <input type="checkbox"/> |
| Regulate marketing of foods and beverages to children | <input type="checkbox"/> |
| Reduce sugar, salt and saturated fats in foods | <input type="checkbox"/> |

TREATMENT, MANAGEMENT + CARE

| | |
|---|--------------------------|
| Progress towards a 25% reduction in premature mortality from NCDs by 2025 | <input type="checkbox"/> |
| Progress towards 80% coverage of essential medicines and basic technologies | <input type="checkbox"/> |
| Early diagnosis and detection services for diabetes available | <input type="checkbox"/> |
| Access to self-management education for diabetes | <input type="checkbox"/> |

RIGHTS AND EMPOWERMENT

| | |
|---|--------------------------|
| Gender sensitive approach to diabetes prevention and control | <input type="checkbox"/> |
| Initiatives to involve and strengthen capacity for vulnerable populations and communities | <input type="checkbox"/> |
| Partnerships between government and diabetes civil society, NGOs and patient groups | <input type="checkbox"/> |



www.idf.org

FORMACIÓN PROFESIONAL BÁSICA

Las personas con diabetes reciben atención y educación de profesionales de toda una gama de disciplinas de la salud. El número de horas curriculares dedicadas a la provisión de educación y asistencia en diabetes durante la educación básica profesional sobre la salud varía de un país a otro, y según la disciplina. En los países de ingresos medios y bajos, el 37% de los profesionales de la salud declaró que habían recibido al menos 90 horas de educación como parte de su formación básica de educación en diabetes, mientras que el 13% informó que recibía 10 horas o menos. Más del 50% de los encuestados también desarrollaron sus conocimientos y competencias en diabetes a través de la experiencia laboral y el autoestudio (Tabla 5.2).

FORMACIÓN PROFESIONAL CONTINUA

La formación profesional continua es esencial para asegurar que los conocimientos y las competencias se mantienen al día. En algunos países es obligatoria para mantener el estatus profesional registrado.

Los encuestados describieron cómo desarrollaron sus conocimientos en diabetes y cómo variaron sus competencias en diferentes etapas de sus carreras. La mayoría desarrolló sus conocimientos y competencias a través de la experiencia laboral y el autoestudio; muy pocos asistieron a programas de educación formal como parte de su formación (Tabla 5.2).

Tabla 5.2 Desarrollo de conocimientos y competencias en educación y asistencia de la diabetes por nivel de ingresos

| | Formación antes de empezar a trabajar en la diabetes | | Formación durante los primeros 12 meses de trabajo en la diabetes | | Formación más reciente | |
|---|--|-----|---|-----|------------------------|-----|
| | LMIC | HIC | LMIC | HIC | LMIC | HIC |
| Autoestudio | 65 | 72 | 73 | 84 | 42 | 55 |
| Experiencia laboral | 70 | 72 | 83 | 89 | - | - |
| Formación/educación profesional básica | 61 | 60 | - | - | - | - |
| Experiencia personal con diabetes | 29 | 20 | 32 | 19 | - | - |
| Programas de educación | | | | | | |
| - menos de 24 horas (menos de 3 días) | 7 | 10 | 10 | 10 | 19 | 17 |
| - entre 24 y 40 horas (3 a 5 días) | 15 | 11 | 13 | 9 | 7 | 6 |
| - entre 40 y 80 horas (5 a 10 días) | 13 | 7 | 11 | 5 | 6 | 2 |
| - entre 80 y 120 horas (3 a 10 días) | 6 | 3 | 5 | 3 | 4 | 1 |
| - entre 120 y 320 horas (15 a 40 días) | 9 | 5 | 5 | 2 | 3 | 1 |
| - 320 horas o más (40 días o más) | 12 | 13 | 11 | 5 | 15 | 3 |
| Conferencia/taller/seminario sobre diabetes | - | - | 56 | 61 | - | - |
| Conferencia internacional | - | - | - | - | 29 | 10 |
| Conferencia nacional | - | - | - | - | 47 | 47 |
| Conferencia regional | - | - | - | - | 37 | 41 |
| Programa de servicio interno hospitalario | - | - | - | - | 27 | 19 |

LMIC=Países de ingresos medios y bajos HIC=Países de ingresos altos

Programas oficiales de grado y certificación

En la década de 1980, una serie de instituciones pusieron en marcha programas para proporcionar formación a los educadores certificados en diabetes, entre ellas la Asociación Canadiense de Diabetes, el Consejo Nacional de Certificación de Educadores en Diabetes (EEUU) y la Asociación Australiana de Educadores en Diabetes. Desde entonces, la certificación (también conocida como credencialización) se ha convertido en una norma para el reconocimiento oficial de la práctica y conocimiento de la especialidad en algunos países.

Los educadores certificados en diabetes tienen la capacidad de mejorar la asistencia de la diabetes, por ejemplo, ayudando a mejorar el control de la glucosa.⁵ Sin embargo, no todos los países disponen de sistemas de certificación: El 43% de los encuestados de los países de ingresos medios y bajos declararon que no tenían una credencial oficial. Además, sólo el 32% tenían un título o diploma de educación en diabetes (Tabla 5.3).

Tabla 5.3 Encuestados con certificación en diabetes y/o un título o diploma de educación en diabetes por Región de la FID y nivel de ingresos

| REGIÓN DE LA FID PAÍSES (Número de encuestados) | NIVEL DE INGRESOS | Certificación en diabetes número (%) | Título en Diabetes número (%) |
|--|--------------------------|---|--------------------------------------|
| AFR Camerún (5); Ghana (3); Kenya (3); Nigeria (6); Sudáfrica (27); Tanzania (3) | LMIC | 18 (38,3%) | 7 (14,9%) |
| EUR Austria (1); Bélgica (1); Chipre (1); Dinamarca (1); Finlandia (4); Francia (7); Alemania (3); Grecia (2); Irlanda (1); Italia (1); Países Bajos (7); Portugal (7); Eslovaquia (1); España (3); Suecia (8); Switzerland (4); Reino Unido (21) | HIC | 39 (48,8%) | 24 (30,0%) |
| Hungría (1); Kazakstan (1); Lituania (3); Rumania (4); Serbia (1); Turquía (13) | LMIC | 17 (73,9%) | 8 (34,8%) |
| MENA Kuwait (2); Qatar (3); Arabia Saudita (3); Emiratos Árabes Unidos (6) | HIC | 4 (28,6%) | 0 (0,0%) |
| Argelia (2); Egipto (1); República Islámica de Irán (3); Iraq (3); Pakistán (10) | LMIC | 2 (10,5%) | 4 (21,0%) |
| NAC Antigua and Barbuda (2); Bahamas (1); Barbados (2); Bermuda (1); Canadá (258); Curaçao (1); Puerto Rico (1); Trinidad y Tobago(3); EEUU (215) | HIC | 356 (73,5%) | 27 (5,6%) |
| Belize (1); México (3) | LMIC | 1 (25,0%) | 2 (50,0%) |
| SACA Argentina (45); Bolivia (11); Brasil (12); Chile (1); Colombia (5); Ecuador (2); Guatemala (25); Panama (3); Perú (2); Uruguay (1); Venezuela (2) | LMIC | 61 (55,9%) | 47 (43,1%) |
| SEA India (56); Mauricio (2); Sri Lanka (1) | LMIC | 33 (55,9%) | 17 (28,8%) |
| WP Australia (128); Brunei Darussalam (1); Hong Kong (RAE) (7); Japón (1); Nueva Zelanda (1); Singapur (1); Taiwán (69) | HIC | 175 (84,1%) | 73 (35,1%) |
| Cambodia (2); China (7); Fiji (3); Indonesia (2); Malasia (4); Mongolia (1); Filipinas (2); Tailandia (2) | LMIC | 5 (21,7%) | 5 (21,7%) |

Apoyo a la formación profesional continua

Los profesionales sanitarios realizan una importante contribución al sistema de salud. Por lo tanto, las instituciones sanitarias deben alentar a los profesionales a participar en actividades de formación profesional continua y a apoyarles en la aplicación de sus nuevos conocimientos.

Casi el 72% de los encuestados de centros en países de ingresos bajos y medios informó que recibía apoyo de sus organizaciones para aprender sobre educación y asistencia de la diabetes. Más de la mitad de los centros encuestados (55%) alienta a los profesionales a aprovechar las oportunidades de aprendizaje fuera del lugar de trabajo proporcionando el tiempo necesario fuera del trabajo. Un número más pequeño proporciona apoyo financiero (34%) para la formación profesional continua.

Los programas de servicio interno utilizando los recursos existentes pueden complementar o servir como una alternativa a la formación profesional, sin crear la necesidad de tener que viajar para asistir a cursos.⁶ Nuestra encuesta descubrió diversos enfoques de aprendizaje, como la discusión de casos, los seminarios y clubes de prensa.

El uso de los recursos educativos

Los recursos educativos, tales como directrices, recomendaciones y normas, son esenciales para la eficacia de los profesionales de la salud. Los estudios realizados en varios países demuestran que el uso de las directrices y normas de diabetes mejoran los resultados de salud.⁷⁻¹⁰

La mayoría de los encuestados informaron que usan esos recursos para ayudar a las decisiones clínicas o cuando planifican la asistencia a la diabetes: El 83% de los países de ingresos medios y bajos señalaron que usan directrices o recomendaciones de práctica clínica, y el 71% utiliza directrices o normas de educación en diabetes. En los países de ingresos altos, los porcentajes fueron del 94% y 85% respectivamente.

Los recursos de la FID están diseñados para elevar el perfil de la educación y mejorar la experiencia de los educadores en diabetes y otros profesionales de la salud. De acuerdo con los resultados de nuestra encuesta, las publicaciones de la FID fueron utilizadas por el 80% de los encuestados de países de ingresos medios y bajos y el 42% de países de ingresos altos (Tabla 5.4). El uso generalizado de estos recursos demuestra la importancia de difundir y ampliar el acceso a estos materiales educativos.

Limitaciones del estudio

Este fue un estudio exploratorio y descriptivo. Los resultados sólo se pueden utilizar para describir el grupo de profesionales sanitarios que respondieron al cuestionario; no se pueden generalizar a una población más grande. Los cuestionarios autoadministrados aportan su propio conjunto de salvedades y limitaciones: la posibilidad de que los índices de respuestas sean muy bajos, que no haya oportunidades de aclarar cuestiones, los problemas de idioma y alfabetización, y los problemas de acceso.

Tabla 5.4 Uso de los recursos educación en diabetes de la FID

| | PAÍSES DE INGRESOS ALTOS | PAÍSES DE INGRESOS MEDIOS Y BAJOS |
|--|--------------------------|-----------------------------------|
| Uso de los recursos de la FID | 42% | 80% |
| Guía Mundial para la Diabetes en la Infancia y la Adolescencia FID/ISPAD | 12% | 30% |
| Módulos de Educación en Diabetes de la FID | 15% | 49% |
| Currículo Internacional de la FID para la Formación Profesional de Salud en Diabetes | 15% | 32% |
| Normas Internacionales de la FID para la Formación en Diabetes | 28% | 55% |
| Directrices Mundiales sobre Embarazo y Diabetes | 13% | 32% |
| Declaración de consenso de la FID para la apnea del sueño y la diabetes tipo 2 | 4% | 9% |
| Guía Global de la FID para la Diabetes Tipo 2 | 23% | 61% |





Recursos y soluciones



Existen **SOLUCIONES**
para gestionar y frenar
la epidemia de la diabetes



La FID tiene una serie
de declaraciones
de posición y
recomendaciones
clínicas para los
profesionales sanitarios

6

Recursos y soluciones

6.1 La diabetes en las personas mayores

Hay casi mil millones de personas de más de 60 años.¹ Constituyen más del 11,1% de la población mundial. Para 2035, se espera que el número de personas mayores aumentará a 1500 millones, el 17,6% de la población. El crecimiento demográfico, las mejoras en la sanidad pública y una esperanza de vida superior han contribuido a un aumento constante en el número de personas mayores (definidas como personas de 60 años o más) y, en consecuencia, ha aumentado en el número de personas mayores con diabetes. La FID estima que la prevalencia global de la diabetes en personas con edades comprendidas entre 60 y 79 años es del 18,6%; más de 134,6 millones de personas, lo que representa más del 35% de todos los casos de diabetes en adultos. En 2035, se prevé que ese número aumente a más de 252,8 millones.

Las personas mayores con diabetes tienen un mayor índice de complicaciones relacionadas con la diabetes, y son mucho más propensas a presentar trastornos comórbidos. Algunos de estos trastornos son la discapacidad física, la disfunción cognitiva, las caídas y fracturas, la depresión, las úlceras por presión, los problemas de visión y audición, y el dolor no reconocido y no tratado adecuadamente.² En estos casos, es imprescindible un enfoque personalizado para la gestión de la diabetes. Sin embargo, hay una enorme falta de ensayos clínicos con personas mayores, lo que complica el desarrollo de directrices de asistencia basadas en pruebas.³

Prevalencia y epidemiología

La prevalencia de la diabetes en las personas mayores oscila entre el 2,3% en Níger y el 64,6% en los Estados Federados de Micronesia. La región de América del Norte y Caribe tiene la mayor prevalencia regional con el 22,1%, mientras que en la región de África es del 9,6%. En general, la prevalencia de la diabetes es ligeramente superior en las mujeres que en los hombres (19% frente al 18,3%).

La prevalencia de la diabetes en las personas mayores sigue aumentando con la edad. Pero, se produce una estabilización y, en algunos casos, una tendencia a la baja a medida que aumenta la mortalidad.

Efectos de la diabetes en las personas mayores

Las personas mayores con diabetes tienen un riesgo superior de desarrollar algún tipo de deficiencia funcional como resultado de las complicaciones de la diabetes.

Cuando se combina con el proceso natural de envejecimiento y otras condiciones relacionadas con la edad, la diabetes contribuye a provocar resultados más pobres en las personas mayores en comparación con sus compañeros que no tienen diabetes. La neuropatía periférica, que se encuentra presente hasta en el 70% de las personas mayores con diabetes,⁴ aumenta el riesgo de caídas y fracturas,⁵ al igual que los eventos de hipo e hiperglucemia.

Las personas con diabetes son 1,5 veces más propensas a desarrollar demencia que las que no tienen diabetes.⁶ Esto a su vez hace que sea difícil para muchas personas

mayores con diabetes reconocer y buscar tratamiento para la demencia. Además, hay varios estudios que muestran una fuerte asociación entre la diabetes y la depresión, lo que también puede afectar a la capacidad de las personas para cuidar de sí mismas.⁷

Los riesgos en el tratamiento

Las funciones hepáticas y renales con frecuencia se reducen en las personas mayores, lo cual conduce a alteraciones en el metabolismo y la excreción del medicamento. Esto a su vez contribuye a un aumento del riesgo de hipoglucemia, especialmente en los grupos de personas mayores que toman medicamentos de sulfonilurea de acción prolongada, y los que toman insulina con una sulfonilurea.^{8,9} Por otra parte, la reducción de la función renal puede producir hiperglucemia debido a la deshidratación, lo que aumenta el riesgo de delirio.³ Al mismo tiempo, las personas mayores tienen un mayor riesgo de desnutrición y pérdida de masa ósea: mientras que sus necesidades micronutrientes son similares a los de los adultos más jóvenes, las personas mayores tienen necesidades de menor energía y suelen tener poco apetito y sensación reducida de sed.^{2,10}

Gestión y asistencia

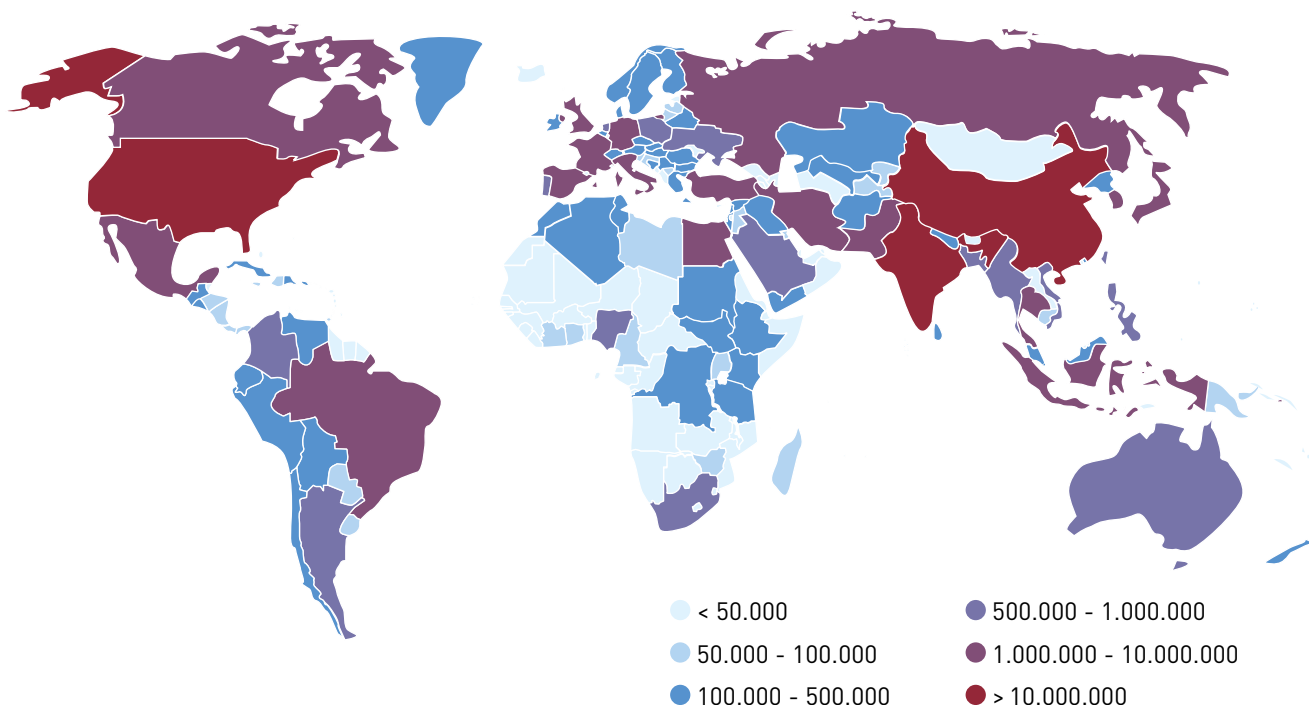
El plan de asistencia individualizada para una persona mayor con diabetes debe incluir el examen regular de las complicaciones de la diabetes y los riesgos y síndromes relacionados con la vejez, así como revisiones completas

regulares de los medicamentos de la persona. Cuando sea necesario, debe considerarse la posibilidad de derivar al paciente a un geriatra, y también deben considerarse las necesidades de los cuidadores durante todo el proceso de asistencia, que se extiende a los planes de asistencia para el final de la vida.

El camino a seguir

Las personas mayores son un grupo con diabetes único y creciente para los que debe adaptarse adecuadamente la asistencia. Se ha creado *La Guía de la FID para controlar la diabetes en las personas mayores* para ayudar a resolver la falta de recomendaciones de control definitivas específicas para las personas mayores. Dado que las poblaciones siguen envejeciendo y el número de personas mayores con diabetes aumenta, estas directrices deben estar totalmente integradas en las políticas nacionales. Esto, a su vez, tiene implicaciones para los gobiernos nacionales: los políticos deben encontrar los medios para prevenir la diabetes allí donde sea posible y también para dar cabida al mayor número de personas que requieren asistencia de diabetes, y a la vez mantener y mejorar la calidad de esta asistencia.

Mapa 6.1 Número de personas con diabetes (60-79 años), 2013

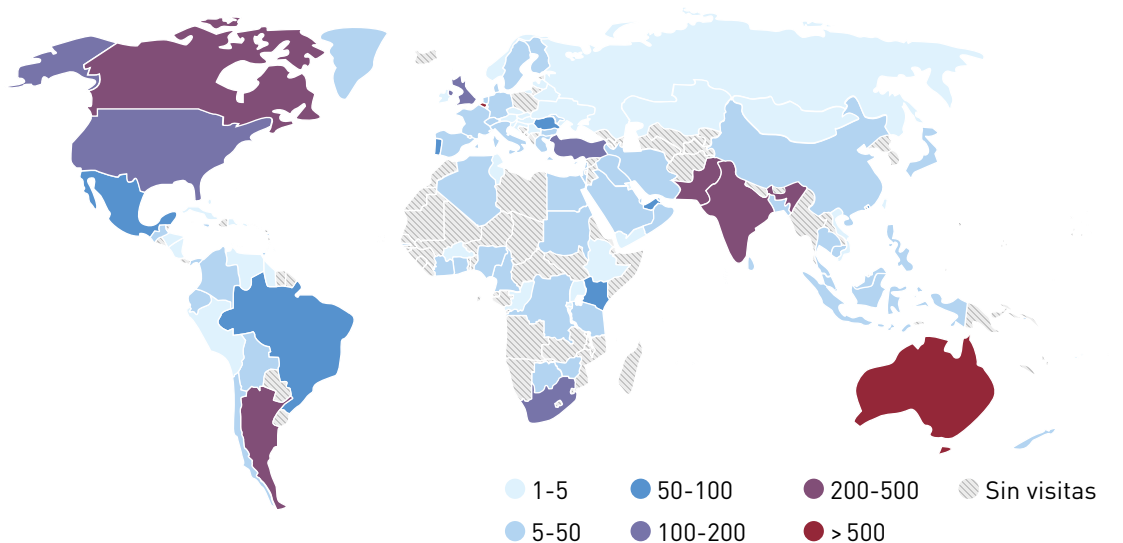


6.2 Programas y campañas de la FID

Mapa 6.2 Visitas a D-NET, 2013

Lanzado en 2010, la Red de Educación sobre la Diabetes para Profesionales Sanitarios (D-NET) es el primer foro internacional online para mejorar la educación y la gestión de la diabetes. Los profesionales sanitarios

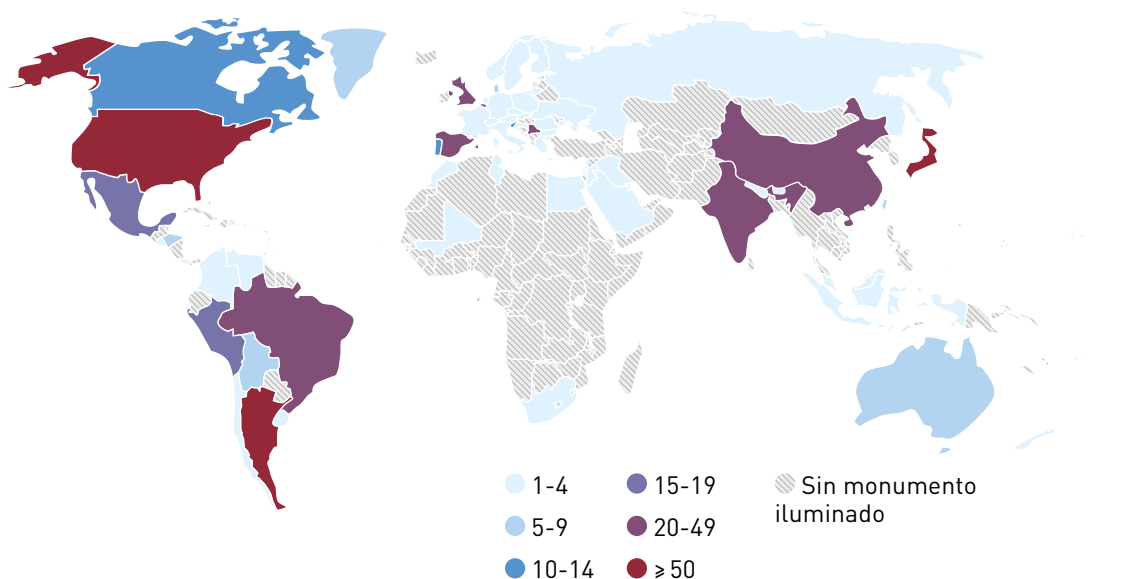
encuentran apoyo, comparten las mejores prácticas y descubren oportunidades de aprendizaje a través de esta red dinámica. D-NET cuenta con más de 2.000 miembros y sigue creciendo.



Mapa 6.3 Monumentos iluminados para la campaña "Luz para la diabetes" del Día Mundial de la Diabetes de 2012

El Día Mundial de la Diabetes, que se celebra cada año el 14 de noviembre, es la principal campaña mundial de sensibilización de la comunidad de la diabetes. Una de las manifestaciones de apoyo más impresionantes es la campaña "Luz para la diabetes", con la que los monumentos se iluminan en azul, el color del

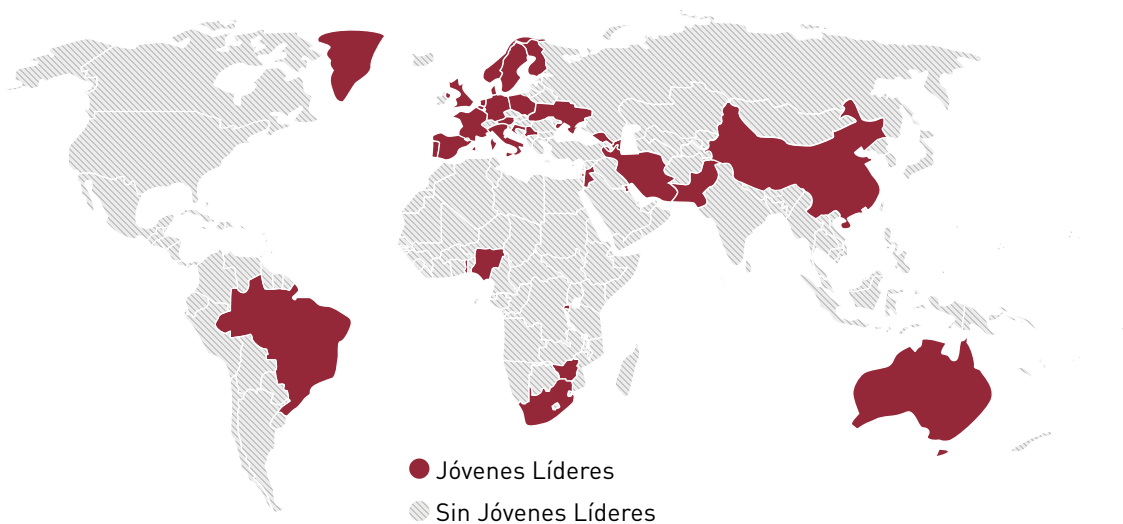
símbolo mundial de la diabetes, para conmemorar el Día Mundial de la Diabetes. Desde su creación en 2007, más de 1.000 monumentos, edificios y lugares de interés en más de 115 países se han iluminado en azul por la diabetes.



Mapa 6.4 Jóvenes Líderes en Diabetes

La FID lanzó el programa de Jóvenes Líderes en Diabetes en 2011 como un factor clave en la mejora de las vidas de los jóvenes que viven con diabetes. Más de 100 Jóvenes Líderes se reunirán en el Congreso Mundial de Diabetes

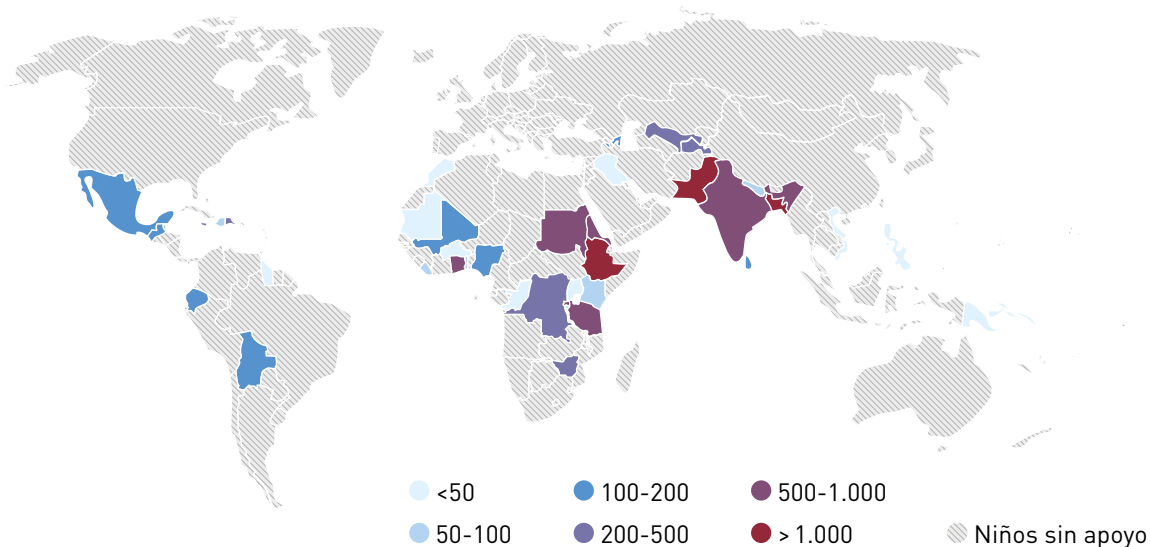
de Melbourne para compartir los resultados de los proyectos y campañas para los jóvenes con diabetes y proponer nuevas ideas para mejorar la vida de las personas jóvenes que viven con diabetes.



Mapa 6.5 Niños que cuentan con el apoyo del Programa *Life for a Child*

La falta de acceso a la insulina sigue siendo la causa más común de muerte de los niños con diabetes. El programa de la FID *Life for a Child* es un programa de apoyo en el que las contribuciones de los donantes van a centros de diabetes establecidos para proporcionar

atención clínica continua, incluido el soporte y el suministro de insulina y sistemas de control, y educación sobre la diabetes a los niños que viven con ella en los países en vías de desarrollo. El programa presta apoyo a más de 11.000 niños en 43 países.



6.3 Las directrices clínicas y las declaraciones de posición

Las directrices son un componente esencial para lograr una asistencia de calidad de todas las personas con diabetes. Las recomendaciones de las directrices definen las normas para la asistencia y utilizan intervenciones basadas en pruebas para alcanzar estas normas con el fin de orientar a los profesionales sanitarios, a las personas afectadas por la diabetes, a los responsables políticos y a los administradores.

Se han preparado directrices y declaraciones de posición de la FID para ayudar a los países, organizaciones e individuos que deseen desarrollar sus propias directrices nacionales y regionales, e inspirarse en la experiencia de los expertos de cada una de las regiones de la FID.

Estos documentos están disponibles en www.idf.org

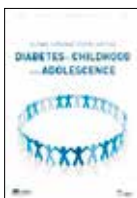
Directrices clínicas

RECOMENDACIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA



Las Guía para las Recomendaciones fue escrita para todos aquellos que participan en la asistencia de las personas con diabetes, para los que van a preparar directrices para ayudar a la asistencia de la diabetes, y para aquellos que desean aprovechar la experiencia de otros en el desarrollo de tales directrices.

GUÍA GLOBAL PARA LA DIABETES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES



La guía se ha escrito para mejorar el conocimiento de las graves consecuencias a largo plazo de la diabetes mal gestionada y de los recursos esenciales que se necesitan para una óptima asistencia entre los gobiernos, proveedores sanitarios estatales y el público en general.

CONTROL DE LA GLUCOSA POSPRANDIAL



El propósito de la Guía de la FID para la gestión de la glucosa después de las comidas (posprandial) es presentar los datos de los informes que describen la relación entre la glucosa tras las comidas y el desarrollo de complicaciones de la diabetes. En base a estos datos, se han desarrollado recomendaciones para la gestión adecuada de la glucosa después de las comidas en la diabetes tipo 1 y tipo 2.

SALUD BUCODENTAL PARA PERSONAS CON DIABETES



La Federación Internacional de Diabetes y la Federación Dental Internacional se reunieron para analizar si las pruebas en esta área permitían hacer recomendaciones formales sobre la salud bucodental y la atención de la diabetes. El resultado de la colaboración entre las dos organizaciones es la Guía de la FID sobre salud bucodental para personas con diabetes.

EMBARAZO Y DIABETES



Esta directriz se ocupa de los medios de identificación de mujeres para las que estos problemas son nuevos, y ayudarlas a ellas y a las mujeres que ya saben que tienen diabetes, a lograr el resultado deseado de una madre y un bebé sanos.

DIRECTRICES PRÁCTICAS SOBRE LA GESTIÓN Y PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO



Estas directrices prácticas están dirigidas a los profesionales sanitarios implicados en la atención de las personas con diabetes. Presentan el Consenso internacional sobre el pie diabético y la Guía práctica sobre la gestión y la prevención del pie diabético.

AUTOCONTROL DE LA GLUCOSA EN SANGRE EN LA DIABETES TIPO 2 NO TRATADA CON INSULINA



La directriz de la FID sobre autocontrol de la glucosa en sangre en la diabetes tipo 2 no tratada con insulina presenta un resumen de las conclusiones y recomendaciones relacionadas con el uso del autocontrol de la glucosa en sangre en personas con diabetes tipo 2 no tratada con insulina.

DIABETES TIPO 2



La guía mundial para la puesta al día de la diabetes tipo 2 tiene en cuenta 17 dominios específicos de la salud e incluye temas de importancia y controversia. Adopta un enfoque de referencia que se centra en tres niveles de asistencia: la asistencia estándar, la asistencia mínima y la asistencia integral. Estas asistencias se pueden escalar y adaptarse para satisfacer las necesidades de diferentes recursos en diferentes contextos.

Declaraciones de posición y consenso

UNA GUÍA PARA LOS PROGRAMAS NACIONALES DE DIABETES

La Guía de los programas nacionales de diabetes presenta un conjunto de marcos de trabajo genéricos y prácticos, así como de consideraciones, que cubren aspectos de prevención primaria y de atención de la diabetes, que son esenciales para el desarrollo y realización de respuestas integrales y efectivas a la agobiante carga impuesta por la diabetes en los individuos, familias, comunidades y gobiernos nacionales.

INSULINAS ANIMALES, HUMANAS Y ANÁLOGAS

Las insulinas están disponibles en diferentes formas moleculares, algunas debido a las diferentes especies y otras de diseño a través de ingeniería molecular. No hay pruebas contundentes para preferir una especie de insulina sobre otra y los pacientes no deben cambiar de una especie de insulina a otro sin razón.

CIRUGÍA BARIÁTRICA

La Federación Internacional de Diabetes ha lanzado su Declaración de posición sobre la cirugía bariátrica. El artículo pide que la cirugía bariátrica se utilice antes en el tratamiento de pacientes elegibles, para ayudar a detener las graves complicaciones que pueden resultar de la diabetes.

DIABETES Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (ECV)

Las personas con diabetes tienen de dos a seis veces más probabilidades de desarrollar enfermedades cardiovasculares que las personas sin diabetes. La FID reconoce la magnitud de este problema y recomienda encarecidamente adoptar todas las medidas posibles de colaboración destinadas a controlar el problema.

DIABETES Y ENFERMEDAD RENAL

La enfermedad renal causada por la diabetes es la causa más común en todo el mundo de insuficiencia renal que requiere tratamiento por diálisis o trasplante de riñón. La afección renal precoz puede detectarse mediante pruebas simples de orina. El riesgo de insuficiencia renal, y la velocidad en que se desarrolla, se puede reducir mediante un buen control de la glucosa en sangre y de la presión arterial.

DIABETES Y OBESIDAD

La obesidad y la diabetes amenazan actualmente la salud, el bienestar y el bienestar económico de prácticamente todos los países del mundo. La FID alienta a los responsables de la prestación de servicios de salud a garantizar que se tomen todas las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las medidas preventivas.

DIABETES Y TABACO

El tabaco es nocivo para la salud y es especialmente peligroso para las personas con diabetes. Dejar de fumar tiene efectos positivos inmediatos, sin embargo, resulta difícil por la dependencia al tabaco y por todas las formas de publicidad y promoción utilizadas por la industria tabacalera.

EDUCACIÓN PARA EL AUTOCONTROL DE LA DIABETES

La FID considera que la educación para el autocontrol de la diabetes es un componente muy importante, fundamental e integral de la prevención y atención de la diabetes y debe estar disponible y accesible para todos.

LA PREVENCIÓN INTEGRADA DE LAS ENT

Declaración conjunta realizada por el Grupo Internacional de Trabajo sobre Obesidad (GITO) en nombre de la Asociación Internacional para el Estudio de la Obesidad (AIEO), la Federación Internacional de Diabetes (FID), la Federación Mundial del Corazón (FMC), la Unión Internacional de Ciencias de la Nutrición (UICN) y la Asociación Internacional de Pediatría (AIP).

EL PIE DIABÉTICO: LAS AMPUTACIONES SE PUEDEN PREVENIR

Las personas con diabetes corren el riesgo de sufrir neuropatía y problemas de isquemia, los cuales pueden conducir a úlceras del pie y heridas de curación lenta, que, si se infectan, pueden dar lugar a la amputación. La FID recomienda que todas las personas con diabetes reciban la mejor asistencia posible de los pies.

LA DEFINICIÓN DE CONSENSO DE LA FID DEL SÍNDROME METABÓLICO EN NIÑOS

La definición es una continuación de la definición mundial de consenso de la FID del síndrome metabólico en adultos (publicada en 2005). Representa una nueva definición para identificar a los niños y adolescentes en mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares en la edad adulta. La nueva definición es simple y fácil de aplicar en la práctica clínica y es coherente con la desarrollada por la FID para adultos.

LOS DERECHOS DEL NIÑO CON DIABETES EN LA ESCUELA

La FID está preocupada por la situación de los niños con diabetes, especialmente en su entorno escolar. La FID sostiene la posición de que los niños y adolescentes deben ser capaces de controlar su diabetes en la escuela sin ser excluidos ni discriminados.

EL PAPEL DEL CONTROL DE LA GLUCOSA EN ORINA EN LA DIABETES

El autocontrol de la glucosa en sangre y el autocontrol de la glucosa en orina son los dos principales métodos que se utilizan para controlar los niveles de glucosa. El control de la glucosa en orina no es un sustituto del control de la glucosa en sangre, sino más bien una alternativa o complemento que puede proporcionar información muy valiosa cuando el control de la glucosa en sangre no es accesible, asequible o deseado.

LA DIABETES TIPO 2 EN LOS JÓVENES

La prevalencia de la diabetes tipo 2 en niños y adolescentes es cada vez mayor en todo el mundo, y refleja el aumento de la enfermedad en adultos. La FID recomienda que se prevea ofrecer la mejor asistencia posible, prevenir las complicaciones a largo plazo y promover una mayor investigación.

CONSENSO SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES TIPO 2

La intervención precoz y evitar o retrasar la progresión de la diabetes tipo 2 es muy beneficioso para los pacientes en términos de aumento de la esperanza de vida y la calidad de vida, y también es potencialmente muy beneficioso en términos económicos para la sociedad y para los que pagan la salud.

DEFINICIÓN MUNDIAL DEL SÍNDROME METABÓLICO

Proporciona a los médicos las herramientas para identificar rápidamente los grupos de riesgo y para comparar el impacto entre naciones y grupos étnicos. El síndrome metabólico es el conjunto de factores de riesgo más peligrosos de ataque cardíaco: la diabetes y pre-diabetes, la obesidad abdominal, el colesterol alto y la presión arterial alta.

GRUPO DE TRABAJO HbA1c

La medición de la hemoglobina glucosilada (HbA1c) es fundamental para la asistencia de la diabetes. Se trata de una medida con la que los proveedores sanitarios pueden relacionar el control de la glucosa en sangre con el riesgo de complicaciones, como lesiones oculares o insuficiencia renal. El grupo de trabajo fue establecido para desarrollar una norma y armonizar los informes de HbA1c.

APNEA DEL SUEÑO Y DIABETES TIPO 2

La investigación reciente demuestra la probabilidad de una relación entre la diabetes tipo 2 y la apnea obstructiva del sueño (AOS). La declaración de consenso de la FID sobre la apnea del sueño y la diabetes tipo 2 aumenta la conciencia de relación entre las dos condiciones, lo cual tiene implicaciones importantes para la salud pública y para la vida de las personas.

Cuadro 6.1 Recommendations from the 2013 WHO guidelines on diagnosing hyperglycaemia in pregnancy (en Inglés)

Diabetes in pregnancy should be diagnosed by the 2006 WHO criteria for diabetes if one or more of the following criteria are met:

- fasting plasma glucose \geq 7.0 mmol/l (126 mg/dl)
- 2-hour plasma glucose \geq 11.1 mmol/l (200 mg/dl) following a 75 g oral glucose load
- random plasma glucose \geq 11.1 mmol/l (200 mg/dl) in the presence of diabetes symptoms

Gestational diabetes mellitus should be diagnosed at any time in pregnancy if one or more of the following criteria are met:

- fasting plasma glucose 5.1-6.9 mmol/l (92 -125 mg/dl)
- 1-hour plasma glucose \geq 10.0 mmol/l (180 mg/dl) following a 75 g oral glucose load (there are no established criteria for the diagnosis of diabetes based on the 1-hour post-load value)
- 2-hour plasma glucose 8.5-11.0 mmol/l (153 -199 mg/dl) following a 75 g oral glucose load

6.4 Acerca de la Federación Internacional de Diabetes

La Federación Internacional de Diabetes (FID) es una organización paraguas con más de 200 asociaciones nacionales de diabetes en más de 160 países. Representa los intereses del creciente número de personas con diabetes y de las que están en riesgo de padecerla. La Federación ha estado al frente de la comunidad mundial de la diabetes desde 1950. La misión de la FID es promover la asistencia, prevención y curación de la diabetes en todo el mundo.

La Federación está dividida en siete regiones con el objetivo de fortalecer la labor de las asociaciones nacionales de diabetes y mejorar la colaboración entre ellas. Las asociaciones nacionales de diabetes de la Federación están divididas en las siguientes siete regiones: África, Europa, Oriente Medio y Norte de África, América del Norte y Caribe, América Central y del Sur, Sudeste Asiático y Pacífico Occidental. Las actividades de la Federación tienen como objetivo influir en la política, aumentar la conciencia pública y fomentar la mejora de la salud, promover el intercambio de información de alta calidad sobre la diabetes, y proporcionar educación para las personas con diabetes y los profesionales sanitarios. La FID está asociada con el Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas y tiene relaciones oficiales con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Oficina Ejecutiva de la FID

International Diabetes Federation (IDF)

Chaussée de la Hulpe 166
B-1170 Bruselas, Bélgica
Tel: +32 (0)2 538 55 11
Fax: +32 (0)2 538 51 14
info@idf.org
www.idf.org

Regiones de la FID

África

www.idf.org/regions/África

Europa

www.idf.org/regions/Europa

Oriente Medio y Norte de África

www.idf.org/regions/middle-east-north-África

América del Norte y Caribe

www.idf.org/regions/north-america-caribbean

América Central y del Sur

www.idf.org/regions/south-central-america

Sudeste Asiático

www.idf.org/regions/south-east-asia

Pacífico Occidental

www.idf.org/regions/western-pacific

Programas, sensibilización, actividades y recursos de la FID

BRIDGES

www.idf.org/bridges

Diabetes Africa Foot Initiative (DAFI)

www.idf.org/diabetes-África-foot-initiative

Conversaciones sobre la diabetes

www.idf.org/node/23553

Educación sobre la diabetes

www.idf.org/education

Módulos de educación sobre la diabetes

www.idf.org/diabetes-education-modules

Diabetes Score Card

www.idf.org/global-diabetes-scorecard

Diabetes Voice

www.idf.org/diabetesvoice

D-NET

www.idf.org/d-net

Centros de Educación de la FID

www.idf.org/idf-centres-education

Programa de educación multidisciplinar sobre diabetes de la FID

www.idf.org/idf-multidisciplinary-diabetes-care-education-programme

Jóvenes Líderes en Diabetes de la FID

youngleaders.idf.org

Life for a Child

www.idf.org/lifeforachild

Predicción de riesgos

www.idf.org/epidemiology/risk-prediction-tools

Programa de reconocimiento

www.idf.org/recognition-programme-2013

Mujeres y diabetes

www.idf.org/women-and-diabetes

Las mujeres en India con estrategia de DMG (WINGS)

www.idf.org/women-india-gdm-strategy-wings

Día Mundial de la Diabetes

www.idf.org/worlddiabetesday

Congreso Mundial de la Diabetes

www.idf.org/worlddiabetescongress

Organización Mundial de la Salud

Diabetes Action Online

www.who.int/diabetesactiononline

Dieta y actividad física: una prioridad de salud pública

www.who.int/dietphysicalactivity

Enfermedades no transmisibles y salud mental

www.who.int/nmh/es

Plan de acción de las ENT de la OMS

www.who.int/entity/nmh/publications/ncd_action_plan_en.pdf

Programa de diabetes de la OMS

www.who.int/diabetes/en

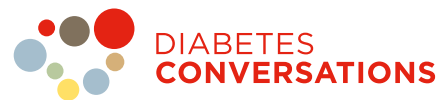
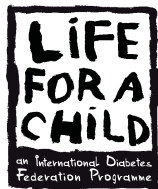
Informe de la OMS del estudio mundial sobre el progreso en la prevención y control nacional de enfermedades crónicas (sólo en inglés)

www.who.int/chp/about/integrated_cd/en/index6.html

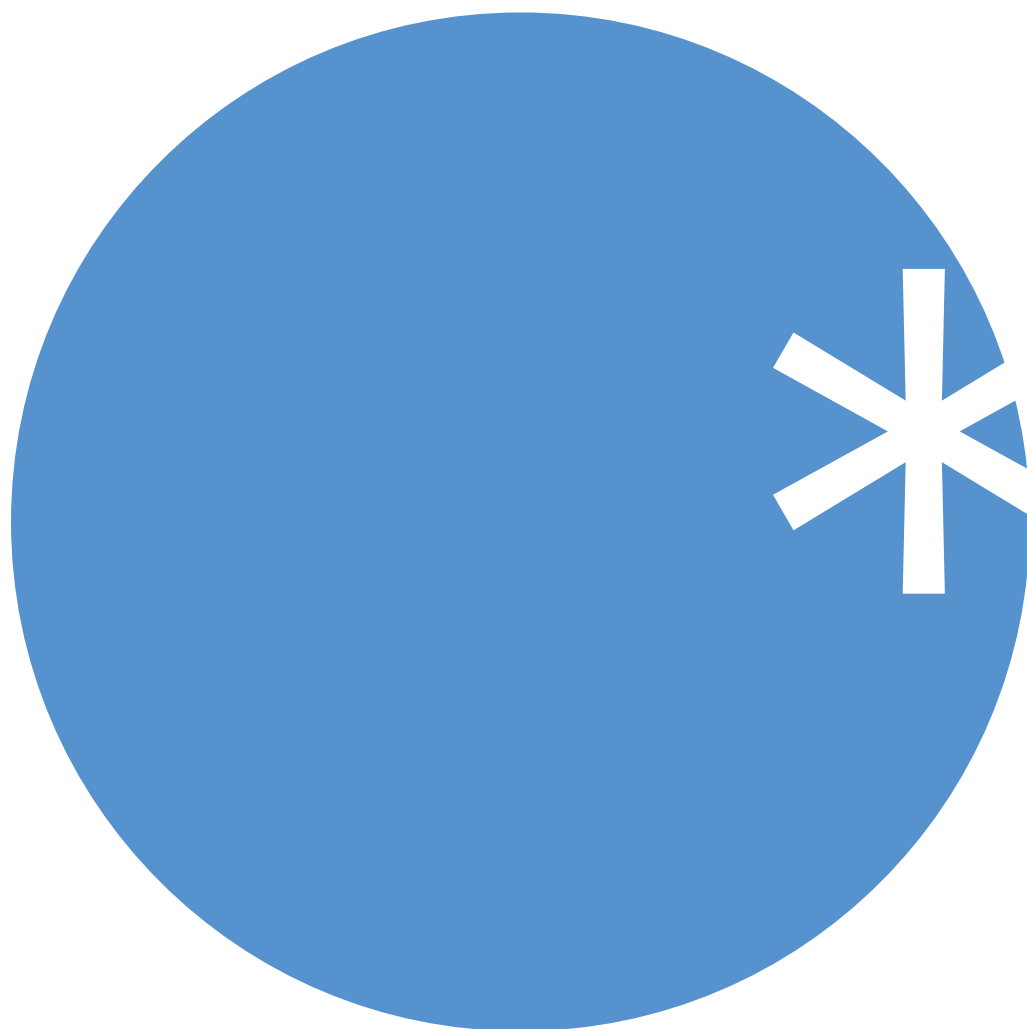
www.who.int/entity/chp/about/Report-Global-Survey-09.pdf



DiabetesVoice







Anexos y bibliografía

Tabla de resumen por países:

| PAÍS/ TERRITORIO | REGIÓN de la FID | Población Adulta (20-79) en 1000s | Casos de diabetes (20-79) en 1000s | Prevalencia nacional de diabetes (%) | Prevalencia comparativa de diabetes (%)(%) | Muertes relacio- nadas con la diabetes (20-79) |
|---|---------------------|--|---|---|---|--|
| Afganistán | MENA | 12.619,61 | 794,70 | 6,30* | 8,27 | 18.864 |
| Albania | EUR | 2.155,27 | 60,31 | 2,80 | 2,47 | 833 |
| Alemania | EUR | 63.281,33 | 7.559,78 | 11,95 | 8,27 | 62.460 |
| Andorra | EUR | 59,09 | 4,49 | 7,60* | 5,50 | 32 |
| Angola | AFR | 8.950,75 | 198,89 | 2,22 | 2,91 | 4.457 |
| Anguila | NAC | 9,12 | 1,19 | 13,07* | 12,62 | - |
| Antigua y Barbuda | NAC | 58,13 | 7,84 | 13,48* | 13,26 | 97 |
| Arabia Saudita | MENA | 18.056,84 | 3.650,89 | 20,22 | 23,87 | 22.113 |
| Argelia | MENA | 24.722,77 | 1.639,55 | 6,63 | 7,47 | 14.431 |
| Argentina | SACA | 26.894,20 | 1.607,80 | 5,98 | 5,67 | 15.328 |
| Armenia | EUR | 2.082,11 | 54,95 | 2,64* | 2,46 | 979 |
| Aruba | NAC | 73,51 | 12,63 | 17,18* | 13,59 | - |
| Australia | WP | 16.504,80 | 1.648,86 | 9,99 | 7,77 | 9.765 |
| Austria | EUR | 6.365,47 | 589,93 | 9,27 | 6,57 | 4.507 |
| Azerbaiyán | EUR | 6.420,69 | 146,34 | 2,28* | 2,45 | 2.300 |
| Bahamas | NAC | 259,94 | 37,57 | 14,45* | 14,16 | 362 |
| Bahrein | MENA | 974,96 | 168,66 | 17,30* | 21,84 | 706 |
| Bangladesh | SEA | 92.271,61 | 5.089,04 | 5,52 | 6,31 | 102.139 |
| Barbados | NAC | 204,70 | 29,94 | 14,63 | 12,36 | 270 |
| Bélgica | EUR | 7.984,75 | 514,82 | 6,45 | 4,77 | 4.160 |
| Belice | NAC | 182,10 | 24,43 | 13,42 | 15,88 | 275 |
| Benín | AFR | 4.778,10 | 65,63 | 1,37 | 1,58 | 1.221 |
| Bermuda | NAC | 45,94 | 6,83 | 14,86 | 12,77 | - |
| Bielorrusia | EUR | 7.112,19 | 445,25 | 6,26* | 5,07 | 7.534 |
| Bolivia (Estado Plurinacional de) | SACA | 5.743,72 | 361,09 | 6,29 | 7,28 | 5.260 |
| Bosnia y Herzegovina | EUR | 2.849,99 | 353,43 | 12,40* | 9,70 | 3.546 |
| Botsuana | AFR | 1.110,54 | 31,74 | 2,86 | 4,12 | 1.118 |
| Brasil | SACA | 131.959,75 | 11.933,58 | 9,04 | 9,19 | 124.687 |
| Brunei Darussalam | WP | 274,70 | 22,07 | 8,03* | 8,60 | 237 |
| Bulgaria | EUR | 5.588,92 | 426,69 | 7,63 | 5,31 | 6.621 |
| Burkina Faso | AFR | 7.345,10 | 237,92 | 3,24* | 3,75 | 6.265 |
| Burundi | AFR | 4.557,48 | 178,26 | 3,91 | 4,52 | 4.829 |
| Bután | SEA | 461,75 | 22,50 | 4,87 | 5,80 | 124 |

*Estimación de la prevalencia de la diabetes basada en la extrapolación de países similares

cálculos para 2013

| Incidencia diabetes tipo 1 (0-14) por 100.000 | Gasto medio relacionado con la diabetes por persona con diabetes (USD) | Casos de TAG (20-79) en 1000s | Casos de TAG (20-79) en 1000s | Prevalencia comparativa de TAG (%) | PAÍS/ TERRITORIO |
|--|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| - | 102 | 772,57 | 6,12 | 7,34 | Afganistán |
| - | 347 | 226,49 | 10,51 | 9,93 | Albania |
| 21,9 | 4.718 | 5.682,45 | 8,98 | 6,13 | Alemania |
| - | 3.237 | 4,89 | 8,27 | 6,65 | Andorra |
| - | 349 | 661,74 | 7,39 | 8,93 | Angola |
| - | - | 1,11 | 12,16 | 11,80 | Anguila |
| 3,5 | 935 | 7,14 | 12,28 | 12,23 | Antigua y Barbuda |
| 31,4 | 943 | 191,35 | 1,06 | 1,29 | Arabia Saudita |
| 8,6 | 313 | 1.310,11 | 5,30 | 5,74 | Argelia |
| 6,8 | 1.174 | 2.342,64 | 8,71 | 8,48 | Argentina |
| - | 187 | 214,01 | 10,28 | 9,99 | Armenia |
| - | - | 10,33 | 14,06 | 12,13 | Aruba |
| 22,5 | 6.473 | 1.658,35 | 10,05 | 8,62 | Australia |
| 17,5 | 5.498 | 524,44 | 8,24 | 6,61 | Austria |
| - | 521 | 622,81 | 9,70 | 9,97 | Azerbaiyán |
| 10,1 | 2.073 | 31,25 | 12,02 | 11,87 | Bahamas |
| - | 905 | 139,80 | 14,34 | 16,35 | Bahrein |
| - | 41 | 1.581,13 | 1,71 | 1,75 | Bangladesh |
| 2,0 | 1.156 | 27,08 | 13,23 | 12,06 | Barbados |
| 15,9 | 5.487 | 660,33 | 8,27 | 6,67 | Bélgica |
| - | 377 | 19,19 | 10,54 | 12,11 | Belice |
| - | 66 | 347,64 | 7,28 | 8,09 | Benín |
| - | - | 6,27 | 13,65 | 11,77 | Bermuda |
| 5,6 | 357 | 785,59 | 11,05 | 10,18 | Bielorrusia |
| - | 185 | 412,94 | 7,19 | 7,86 | Bolivia (Estado Plurinacional de) |
| 8,2 | 535 | 312,86 | 10,98 | 9,89 | Bosnia y Herzegovina |
| - | 678 | 80,77 | 7,27 | 9,11 | Botsuana |
| 10,4 | 1.477 | 8.151,57 | 6,18 | 6,20 | Brasil |
| - | 1.344 | 29,56 | 10,76 | 10,91 | Brunei Darussalam |
| 9,4 | 545 | 126,19 | 2,26 | 1,68 | Bulgaria |
| - | 67 | 506,98 | 6,90 | 7,78 | Burkina Faso |
| - | 41 | 299,32 | 6,57 | 7,37 | Burundi |
| - | 143 | 12,38 | 2,68 | 2,99 | Bután |

Tabla de resumen por países: cálculos para 2013

| PAÍS/ TERRITORIO | REGIÓN de la FID | Población Adulta (20-79) en 1000s | Casos de diabetes (20-79) en 1000s | Prevalencia nacional de diabete (%) | Prevalencia comparativa de diabetes (%)(%) | Muertes relacio- nadas con la diabetes (20-79) |
|---------------------------------|---------------------|--|---|--|---|--|
| Cabo Verde | AFR | 289,36 | 15,85 | 5,48* | 6,24 | 157 |
| Camboya | WP | 8.714,11 | 221,43 | 2,54 | 2,95 | 5.540 |
| Camerún | AFR | 10.199,41 | 497,98 | 4,88 | 5,90 | 13.822 |
| Canadá | NAC | 25.836,71 | 2.638,00 | 10,21 | 7,91 | 17.239 |
| Catar | MENA | 1.796,42 | 282,53 | 15,73* | 22,87 | 651 |
| Chad | AFR | 5.169,88 | 231,29 | 4,47* | 5,18 | 6.926 |
| Chile | SACA | 12.098,93 | 1.253,96 | 10,36 | 9,50 | 8.473 |
| China | WP | 1.023.050,42 | 98.407,38 | 9,62 | 9,02 | 1.271.003 |
| China, Hong Kong SAR | WP | 5.679,94 | 540,02 | 9,51 | 7,48 | - |
| China, Macao SAR | WP | 452,57 | 42,96 | 9,49* | 8,96 | - |
| Chipre | EUR | 836,86 | 85,72 | 10,24 | 9,32 | 491 |
| Colombia | SACA | 29.989,29 | 2.135,38 | 7,12 | 7,27 | 15.373 |
| Comoras | AFR | 351,11 | 23,74 | 6,76 | 8,38 | 284 |
| Congo (República del) | AFR | 2.091,03 | 114,57 | 5,48* | 6,34 | 2.549 |
| Congo (República Dem. del) | AFR | 29.663,00 | 1.594,11 | 5,37* | 6,06 | 33.280 |
| Corea (República de) | WP | 37.365,67 | 3.323,90 | 8,90 | 7,48 | 30.836 |
| Corea (República Dem. Popular) | WP | 17.246,30 | 1.251,66 | 7,26* | 6,74 | 31.329 |
| Costa de Marfil | AFR | 9.667,49 | 501,53 | 5,19* | 5,98 | 11.884 |
| Costa Rica | SACA | 3.227,93 | 218,81 | 6,78 | 7,08 | 1.376 |
| Croacia | EUR | 3.220,08 | 224,49 | 6,97 | 5,60 | 2.182 |
| Cuba | SACA | 8.361,73 | 814,46 | 9,74* | 8,10 | 6.770 |
| Curaçao | NAC | 112,14 | 20,92 | 18,65* | 14,46 | - |
| Dinamarca | EUR | 4.041,69 | 346,73 | 8,58 | 6,29 | 3.208 |
| Djibouti | AFR | 485,24 | 28,75 | 5,92* | 6,83 | 533 |
| Dominica | NAC | 45,86 | 5,18 | 11,29* | 10,90 | 47 |
| Ecuador | SACA | 9.336,56 | 530,13 | 5,68 | 5,91 | 4.539 |
| Egipto | MENA | 48.276,39 | 7.510,60 | 15,56 | 16,80 | 86.478 |
| El Salvador | SACA | 3.597,82 | 338,77 | 9,42* | 10,50 | 3.481 |
| Emiratos Árabes Unidos | MENA | 7.443,81 | 745,94 | 10,02 | 18,98 | 1.385 |
| Eritrea | AFR | 2.955,25 | 130,93 | 4,43* | 5,17 | 1.720 |
| Eslovaquia | EUR | 4.159,07 | 422,64 | 10,16 | 7,90 | 5.501 |

*Estimación de la prevalencia de la diabetes basada en la extrapolación de países similares

| Incidencia diabetes tipo 1 (0-14) por 100.000 | Gasto medio relacionado con la diabetes por persona con diabetes (USD) | Casos de TAG (20-79) en 1000s | Casos de TAG (20-79) en 1000s | Prevalencia comparativa de TAG (%) | PAÍS/ TERRITORIO |
|--|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| - | 228 | 22,98 | 7,94 | 9,17 | Cabo Verde |
| - | 81 | 789,66 | 9,06 | 9,83 | Camboya |
| - | 116 | 709,75 | 6,96 | 8,56 | Camerún |
| 25,9 | 6.177 | 3.583,27 | 13,87 | 11,88 | Canadá |
| 11,4 | 2.199 | 250,18 | 13,93 | 17,09 | Catar |
| - | 64 | 349,13 | 6,75 | 7,59 | Chad |
| 6,2 | 1.320 | 1.081,78 | 8,94 | 8,49 | Chile |
| 0,6 | 333 | 54.954,56 | 5,37 | 5,16 | China |
| 2,0 | 1.678 | 849,58 | 14,96 | 13,30 | China, Hong Kong SAR |
| - | 944 | 55,31 | 12,22 | 11,81 | China, Macao SAR |
| 14,4 | 2.306 | 55,33 | 6,61 | 6,07 | Chipre |
| 1,3 | 606 | 2.506,44 | 8,36 | 8,48 | Colombia |
| - | 68 | 24,61 | 7,01 | 7,71 | Comoras |
| - | 146 | 164,24 | 7,85 | 9,19 | Congo (República del) |
| - | 34 | 2.106,13 | 7,10 | 7,86 | Congo (República Dem. del) |
| 1,1 | 1.839 | 3.345,04 | 8,95 | 8,54 | Corea (República de) |
| - | - | 1.569,47 | 9,10 | 8,75 | Corea (República Dem. Popular) |
| - | 133 | 711,42 | 7,36 | 8,52 | Costa de Marfil |
| - | 1.290 | 270,58 | 8,38 | 8,50 | Costa Rica |
| 9,1 | 1.378 | 274,03 | 8,51 | 6,60 | Croacia |
| 2,3 | 686 | 801,04 | 9,58 | 8,51 | Cuba |
| - | - | 16,26 | 14,50 | 12,05 | Curaçao |
| 25,1 | 7.272 | 484,77 | 11,99 | 10,17 | Dinamarca |
| - | 161 | 41,33 | 8,52 | 9,91 | Djibouti |
| 5,7 | 536 | 5,65 | 12,33 | 11,98 | Dominica |
| - | 476 | 760,58 | 8,15 | 8,50 | Ecuador |
| 8,0 | 176 | 3.363,18 | 6,97 | 7,42 | Egipto |
| - | 351 | 280,40 | 7,79 | 8,46 | El Salvador |
| - | 2.228 | 934,30 | 12,55 | 16,63 | Emiratos Árabes Unidos |
| - | 24 | 197,66 | 6,69 | 7,64 | Eritrea |
| 13,6 | 1.621 | 314,69 | 7,57 | 6,59 | Eslovaquia |

Tabla de resumen por países: cálculos para 2013

| PAÍS/ TERRITORIO | REGIÓN de la FID | Población Adulta (20-79) en 1000s | Casos de diabetes (20-79) en 1000s | Prevalencia nacional de diabete (%) | Prevalencia comparativa de diabetes (%)(%) | Muertes relacio- nadas con la diabetes (20-79) |
|----------------------------------|---------------------|--|---|--|---|--|
| Eslovenia | EUR | 1.584,71 | 163,78 | 10,33 | 7,48 | 1.486 |
| España | EUR | 35.007,54 | 3.790,77 | 10,83 | 8,15 | 25.202 |
| Estado de Palestina | MENA | 2.055,84 | 134,62 | 6,55 | 9,11 | - |
| Estados Unidos de América | NAC | 223.937,51 | 24.401,77 | 10,90 | 9,21 | 192.725 |
| Estonia | EUR | 960,05 | 74,01 | 7,71 | 5,71 | 1.074 |
| Etiopía | AFR | 42.487,79 | 1.852,23 | 4,36* | 4,89 | 34.262 |
| Federación de Rusia | EUR | 108.928,97 | 10.924,11 | 10,03* | 8,28 | 197.299 |
| Fiji | WP | 543,06 | 57,64 | 10,61 | 10,89 | 1.055 |
| Filipinas | WP | 54.210,53 | 3.256,21 | 6,01 | 6,86 | 54.535 |
| Finlandia | EUR | 3.946,20 | 349,14 | 8,85 | 5,78 | 2.898 |
| Francia | EUR | 45.009,94 | 3.374,70 | 7,50 | 5,42 | 22.953 |
| Gabón | AFR | 843,40 | 76,59 | 9,08* | 10,71 | 1.594 |
| Gambia | AFR | 800,25 | 12,40 | 1,55 | 1,96 | 205 |
| Georgia | EUR | 3.151,13 | 93,42 | 2,96* | 2,45 | 1.481 |
| Ghana | AFR | 13.125,24 | 440,00 | 3,35* | 3,83 | 8.529 |
| Granada | NAC | 65,44 | 5,58 | 8,53* | 9,44 | 83 |
| Grecia | EUR | 8.336,17 | 584,60 | 7,01 | 4,80 | 4.906 |
| Guadalupe | NAC | 314,16 | 24,74 | 7,87 | 6,33 | - |
| Guam | WP | 104,84 | 21,44 | 20,45* | 19,48 | - |
| Guatemala | SACA | 7.369,56 | 661,05 | 8,97 | 10,87 | 7.997 |
| Guayana | NAC | 427,23 | 60,15 | 14,08* | 15,86 | 1.098 |
| Guayana francesa | SACA | 143,66 | 11,03 | 7,68* | 8,12 | - |
| Guinea | AFR | 5.488,95 | 215,84 | 3,93 | 4,42 | 3.965 |
| Guinea Ecuatorial | AFR | 384,40 | 19,16 | 4,98* | 5,43 | 437 |
| Guinea-Bissau | AFR | 813,51 | 27,24 | 3,35* | 3,81 | 660 |
| Haití | NAC | 5.547,92 | 309,51 | 5,58 | 6,68 | 6.302 |
| Honduras | SACA | 4.278,03 | 268,81 | 6,28 | 7,74 | 2.625 |
| Hungría | EUR | 7.534,85 | 573,47 | 7,61 | 6,03 | 7.514 |
| India | SEA | 760.429,73 | 65.076,36 | 8,56 | 9,09 | 1.065.053 |
| Indonesia | WP | 154.061,95 | 8.554,17 | 5,55 | 5,84 | 172.601 |
| Irak | MENA | 16.473,21 | 1.226,22 | 7,44 | 9,50 | 17.643 |
| Irán (República Islámica del) | MENA | 52.145,45 | 4.395,93 | 8,43 | 9,94 | 38.002 |
| Irlanda | EUR | 3.209,30 | 207,49 | 6,47* | 5,50 | 1.568 |
| Islandia | EUR | 226,91 | 8,99 | 3,96 | 3,20 | 60 |

*Estimación de la prevalencia de la diabetes basada en la extrapolación de países similares

| Incidencia diabetes tipo 1 (0-14) por 100.000 | Gasto medio relacionado con la diabetes por persona con diabetes (USD) | Casos de TAG (20-79) en 1000s | Casos de TAG (20-79) en 1000s | Prevalencia comparativa de TAG (%) | PAÍS/ TERRITORIO |
|--|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|--------------------------------------|
| 14,6 | 2.405 | 130,00 | 8,20 | 6,57 | Eslovenia |
| 20,6 | 3.295 | 3.582,34 | 10,23 | 8,68 | España |
| - | - | 83,76 | 4,07 | 5,26 | Estado de Palestina |
| 23,7 | 9.800 | 31.224,12 | 13,94 | 12,37 | Estados Unidos de América |
| 17,1 | 1.074 | 93,82 | 9,77 | 7,21 | Estonia |
| 0,3 | 29 | 2.915,53 | 6,86 | 7,50 | Etiopía |
| 12,1 | 899 | 11.959,48 | 10,98 | 10,19 | Federación de Rusia |
| - | 231 | 58,27 | 10,73 | 10,98 | Fiji |
| - | 154 | 3.290,58 | 6,07 | 6,61 | Filipinas |
| 57,6 | 4.547 | 391,48 | 9,92 | 6,72 | Finlandia |
| 12,2 | 5.406 | 3.713,58 | 8,25 | 6,66 | Francia |
| - | 528 | 77,68 | 9,21 | 10,45 | Gabón |
| - | 50 | 58,23 | 7,28 | 8,29 | Gambia |
| 4,6 | 383 | 343,22 | 10,89 | 10,02 | Georgia |
| - | 123 | 863,16 | 6,58 | 7,36 | Ghana |
| - | 660 | 7,40 | 11,32 | 12,11 | Granada |
| 10,4 | 2.453 | 698,52 | 8,38 | 6,59 | Grecia |
| - | - | 43,41 | 13,82 | 11,91 | Guadalupe |
| - | - | 12,58 | 12,00 | 11,49 | Guam |
| - | 336 | 541,90 | 7,35 | 8,47 | Guatemala |
| - | 292 | 47,08 | 11,02 | 12,18 | Guayana |
| - | - | 12,07 | 8,40 | 8,49 | Guayana francesa |
| - | 50 | 395,42 | 7,20 | 7,87 | Guinea |
| - | 2.009 | 27,71 | 7,21 | 7,78 | Guinea Ecuatorial |
| - | 64 | 59,47 | 7,31 | 8,05 | Guinea-Bissau |
| - | 92 | 222,25 | 4,01 | 4,63 | Haití |
| - | 198 | 316,51 | 7,40 | 8,49 | Honduras |
| 18,2 | 1.171 | 614,40 | 8,15 | 6,63 | Hungría |
| 3,0 | 84 | 21.526,56 | 2,83 | 2,97 | India |
| - | 143 | 14.103,57 | 9,15 | 9,38 | Indonesia |
| - | 540 | 1.045,90 | 6,35 | 7,54 | Irak |
| 3,7 | 471 | 2.570,45 | 4,93 | 5,37 | Irán (República Islámica del) |
| 16,3 | 5.598 | 236,74 | 7,38 | 6,60 | Irlanda |
| 14,7 | 4.939 | 17,11 | 7,54 | 6,65 | Islandia |

Tabla de resumen por países: cálculos para 2013

| PAÍS/ TERRITORIO | REGIÓN de la FID | Población Adulta (20-79) en 1000s | Casos de diabetes (20-79) en 1000s | Prevalencia nacional de diabete (%) | Prevalencia comparativa de diabetes (%)(%) | Muertes relacio- nadas con la diabetes (20-79) |
|--|---------------------|--|---|--|---|--|
| Islas Caimán | NAC | 37,23 | 5,54 | 14,88* | 14,31 | - |
| Islas Cook | WP | 12,11 | 3,08 | 25,40 | 25,66 | 11 |
| Islas del Canal | EUR | 121,94 | 9,04 | 7,41* | 5,48 | - |
| Islas Feroe | EUR | 36,39 | 2,86 | 7,86* | 5,49 | - |
| Islas Marshall | WP | 31,42 | 10,98 | 34,93 | 34,89 | 225 |
| Islas Salomón | WP | 274,13 | 35,51 | 12,96 | 15,59 | 484 |
| Islas Vírgenes Británicas | NAC | 18,05 | 2,33 | 12,89 | 12,59 | - |
| Islas Vírgenes de EE.UU. | NAC | 74,47 | 11,99 | 16,10 | 12,10 | - |
| Israel | EUR | 4.769,43 | 317,36 | 6,65 | 5,68 | 2.380 |
| Italia | EUR | 45.637,20 | 3.626,04 | 7,95 | 5,13 | 26.728 |
| Jamaica | NAC | 1.685,58 | 178,52 | 10,59 | 10,44 | 1.814 |
| Japón | WP | 95.304,38 | 7.203,78 | 7,56 | 5,12 | 64.680 |
| Jordania | MENA | 4.091,78 | 356,33 | 8,71 | 11,40 | 3.111 |
| Kazajistán | EUR | 10.796,49 | 526,01 | 4,87* | 5,01 | 10.932 |
| Kenia | AFR | 20.908,23 | 749,25 | 3,58 | 4,56 | 20.350 |
| Kirguistán | EUR | 3.271,41 | 164,23 | 5,02* | 6,31 | 2.801 |
| Kiribati | WP | 57,95 | 15,03 | 25,94 | 28,77 | 152 |
| Kuwait | MENA | 2.293,74 | 407,53 | 17,77 | 23,09 | 1.122 |
| Lesoto | AFR | 1.056,10 | 41,40 | 3,92* | 4,90 | 2.806 |
| Letonia | EUR | 1.552,23 | 95,70 | 6,17 | 4,58 | 1.152 |
| Líbano | MENA | 3.295,49 | 478,96 | 14,53 | 14,99 | 6.637 |
| Liberia | AFR | 1.998,56 | 67,09 | 3,36* | 3,82 | 1.375 |
| Libia | MENA | 3.784,70 | 319,13 | 8,43* | 9,86 | 2.728 |
| Liechtenstein | EUR | 27,17 | 2,13 | 7,84* | 5,48 | 14 |
| Lituania | EUR | 2.263,70 | 110,95 | 4,90 | 3,89 | 1.731 |
| Luxemburgo | EUR | 384,17 | 22,22 | 5,78 | 4,56 | 174 |
| Macedonia , ex-República Yugoslava | EUR | 1.567,04 | 184,59 | 11,78* | 9,98 | 2.038 |
| Madagascar | AFR | 10.571,13 | 352,21 | 3,33* | 3,77 | 5.298 |
| Malasia | WP | 18.919,44 | 1.913,24 | 10,11 | 10,85 | 24.049 |
| Malawi | AFR | 7.079,31 | 372,35 | 5,26 | 5,53 | 12.799 |
| Maldivas | SEA | 207,97 | 7,88 | 3,79* | 4,81 | 98 |
| Mali | AFR | 6.418,73 | 81,98 | 1,28 | 1,58 | 1.972 |
| Malta | EUR | 327,91 | 33,26 | 10,14 | 6,64 | 268 |
| Marruecos | MENA | 20.454,88 | 1.491,29 | 7,29 | 7,79 | 9.426 |

*Estimación de la prevalencia de la diabetes basada en la extrapolación de países similares

| Incidencia diabetes tipo 1 (0-14) por 100.000 | Gasto medio relacionado con la diabetes por persona con diabetes (USD) | Casos de TAG (20-79) en 1000s | Casos de TAG (20-79) en 1000s | Prevalencia comparativa de TAG (%) | PAÍS/ TERRITORIO |
|--|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|---|
| - | - | 4,53 | 12,16 | 11,80 | Islas Caimán |
| - | 708 | 1,30 | 10,70 | 10,82 | Islas Cook |
| - | - | 9,92 | 8,14 | 6,53 | Islas del Canal |
| - | - | 3,08 | 8,47 | 6,55 | Islas Feroe |
| - | 549 | 2,67 | 8,50 | 8,54 | Islas Marshall |
| - | 199 | 18,73 | 6,83 | 7,61 | Islas Salomón |
| - | - | 2,25 | 12,47 | 12,13 | Islas Vírgenes Británicas |
| 12,8 | - | 11,11 | 14,91 | 11,95 | Islas Vírgenes de EE.UU. |
| 14,9 | 3.185 | 240,40 | 5,04 | 4,71 | Israel |
| 12,1 | 3.501 | 1.849,50 | 4,05 | 2,68 | Italia |
| - | 358 | 196,98 | 11,69 | 11,58 | Jamaica |
| 2,4 | 4.054 | 15.192,88 | 15,94 | 12,64 | Japón |
| 3,2 | 598 | 285,17 | 6,97 | 8,27 | Jordania |
| - | 655 | 1.070,96 | 9,92 | 10,01 | Kazajistán |
| - | 61 | 1.742,79 | 8,34 | 9,32 | Kenia |
| - | 105 | 188,17 | 5,75 | 6,93 | Kirguistán |
| - | 211 | 4,34 | 7,48 | 8,05 | Kiribati |
| 22,3 | 1.886 | 357,86 | 15,60 | 17,88 | Kuwait |
| - | 230 | 58,67 | 5,56 | 7,19 | Lesoto |
| 7,5 | 1.135 | 175,51 | 11,31 | 10,11 | Letonia |
| - | 739 | 239,42 | 7,27 | 7,48 | Líbano |
| - | 95 | 147,03 | 7,36 | 8,12 | Liberia |
| 9,0 | 576 | 305,77 | 8,08 | 9,54 | Libia |
| - | - | 2,30 | 8,47 | 6,49 | Liechtenstein |
| 14,2 | 1.142 | 248,95 | 11,00 | 10,11 | Lituania |
| 19,0 | 10.206 | 29,64 | 7,72 | 6,64 | Luxemburgo |
| 5,8 | 380 | 167,00 | 10,66 | 9,93 | Macedonia , ex-República Yugoslava |
| - | 33 | 747,97 | 7,08 | 7,82 | Madagascar |
| - | 468 | 2.828,77 | 14,95 | 15,19 | Malasia |
| - | 54 | 479,66 | 6,78 | 7,48 | Malauí |
| - | 852 | 8,85 | 4,26 | 4,71 | Maldivas |
| - | 84 | 452,56 | 7,05 | 7,89 | Malí |
| 21,9 | 1.535 | 28,98 | 8,84 | 6,68 | Malta |
| - | 260 | 1.461,45 | 7,14 | 7,52 | Marruecos |

Tabla de resumen por países: cálculos para 2013

| PAÍS/ TERRITORIO | REGIÓN de la FID | Población Adulta (20-79) en 1000s | Casos de diabetes (20-79) en 1000s | Prevalencia nacional de diabete (%) | Prevalencia comparativa de diabetes (%)(%) | Muertes relacio- nadas con la diabetes (20-79) |
|---|---------------------|--|---|--|---|--|
| Martinica | NAC | 281,88 | 52,65 | 18,68* | 14,31 | - |
| Mauricio | SEA | 882,02 | 143,61 | 16,28 | 14,76 | 1.781 |
| Mauritania | AFR | 1.915,19 | 87,61 | 4,57 | 4,97 | 1.288 |
| México | NAC | 74.137,43 | 8.723,42 | 11,77 | 12,63 | 70.281 |
| Micronesia (Estados Federados de) | WP | 53,25 | 15,88 | 29,81 | 35,03 | 168 |
| Moldavia (República de) | EUR | 2.606,04 | 72,09 | 2,77* | 2,44 | 1.320 |
| Mónaco | EUR | 27,83 | 2,20 | 7,89* | 5,51 | 15 |
| Mongolia | WP | 1.807,39 | 135,75 | 7,51 | 7,80 | 3.053 |
| Montenegro | EUR | 446,79 | 55,88 | 12,51* | 10,11 | 680 |
| Mozambique | AFR | 11.305,74 | 278,38 | 2,46 | 2,81 | 10.104 |
| Myanmar | WP | 34.885,26 | 1.988,85 | 5,70 | 6,11 | 60.243 |
| Namibia | AFR | 1.198,96 | 58,54 | 4,88* | 6,29 | 1.386 |
| Nauru | WP | 6,00 | 1,40 | 23,29 | 23,29 | 22 |
| Nepal | SEA | 14.933,22 | 674,12 | 4,51 | 4,90 | 14.531 |
| Nicaragua | SACA | 3.358,99 | 344,31 | 10,25 | 12,45 | 3.308 |
| Níger | AFR | 7.058,85 | 306,43 | 4,34 | 4,16 | 5.555 |
| Nigeria | AFR | 78.628,36 | 3.921,50 | 4,99* | 5,82 | 105.091 |
| Niue | WP | 0,76 | 0,10 | 12,79* | 13,08 | 1 |
| Noruega | EUR | 3.554,38 | 209,87 | 5,90 | 4,70 | 1.359 |
| Nueva Caledonia | WP | 173,11 | 35,89 | 20,73* | 19,49 | - |
| Nueva Zelandia | WP | 3.125,05 | 342,68 | 10,97 | 9,01 | 2.145 |
| Omán | MENA | 2.493,25 | 199,78 | 8,01 | 14,24 | 1.214 |
| Países Bajos | EUR | 12.191,14 | 914,24 | 7,50 | 5,24 | 7.463 |
| Pakistán | MENA | 99.369,82 | 6.712,70 | 6,76 | 7,90 | 87.354 |
| Palau | WP | 12,49 | 2,32 | 18,55* | 18,38 | 27 |
| Panamá | SACA | 2.366,85 | 186,27 | 7,87* | 8,11 | 1.359 |
| Papúa Nueva Guinea | WP | 3.745,41 | 203,70 | 5,44* | 6,72 | 5.230 |
| Paraguay | SACA | 3.835,90 | 236,81 | 6,17* | 7,00 | 2.243 |
| Perú | SACA | 18.365,03 | 786,26 | 4,28 | 4,53 | 5.407 |
| Polinesia francesa | WP | 186,85 | 42,35 | 22,67* | 22,41 | - |
| Polonia | EUR | 28.907,31 | 1.879,69 | 6,50 | 5,21 | 21.329 |
| Portugal | EUR | 7.960,25 | 1.031,87 | 12,96 | 9,57 | 7.982 |
| Puerto Rico | SACA | 2.552,28 | 393,48 | 15,42 | 12,98 | - |

*Estimación de la prevalencia de la diabetes basada en la extrapolación de países similares

| Incidencia diabetes tipo 1 (0-14) por 100.000 | Gasto medio relacionado con la diabetes por persona con diabetes (USD) | Casos de TAG (20-79) en 1000s | Casos de TAG (20-79) en 1000s | Prevalencia comparativa de TAG (%) | PAÍS/ TERRITORIO |
|---|--|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|--|
| - | - | 41,24 | 14,63 | 12,02 | Martinica |
| 1,4 | 558 | 96,13 | 10,90 | 10,32 | Mauricio |
| - | 96 | 139,03 | 7,26 | 7,99 | Mauritania |
| 6,2 | 834 | 8.527,91 | 11,50 | 11,98 | México |
| - | 455 | 3,69 | 6,94 | 7,63 | Micronesia (Estados Federados de) |
| - | 287 | 275,08 | 10,56 | 9,95 | Moldavia (República de) |
| - | 7.599 | 2,36 | 8,47 | 6,68 | Mónaco |
| - | 214 | 159,21 | 8,81 | 9,45 | Mongolia |
| 17,5 | - | 48,92 | 10,95 | 10,00 | Montenegro |
| - | 64 | 808,31 | 7,15 | 7,84 | Mozambique |
| - | 32 | 2.944,57 | 8,44 | 8,79 | Myanmar |
| - | 447 | 79,04 | 6,59 | 7,80 | Namibia |
| - | 812 | 0,54 | 8,99 | 9,04 | Nauru |
| - | 39 | 305,24 | 2,04 | 2,17 | Nepal |
| - | 155 | 394,05 | 11,73 | 12,89 | Nicaragua |
| - | 35 | 489,69 | 6,94 | 7,48 | Níger |
| 2,9 | 137 | 5.607,46 | 7,13 | 8,42 | Nigeria |
| - | 2.926 | 0,06 | 7,80 | 7,93 | Niue |
| 32,8 | 10.369 | 283,48 | 7,98 | 6,63 | Noruega |
| - | - | 18,91 | 10,92 | 10,37 | Nueva Caledonia |
| 18,0 | 4.040 | 181,78 | 5,82 | 4,72 | Nueva Zelandia |
| 2,5 | 863 | 180,97 | 7,26 | 9,63 | Omán |
| 18,6 | 6.667 | 672,88 | 5,52 | 3,78 | Países Bajos |
| 0,5 | 46 | 7.566,71 | 7,61 | 8,51 | Pakistán |
| - | 1.140 | 1,09 | 8,74 | 8,79 | Palau |
| - | 982 | 198,82 | 8,40 | 8,50 | Panamá |
| 0,1 | 133 | 251,09 | 6,70 | 7,44 | Papúa Nueva Guinea |
| 0,9 | 545 | 334,65 | 8,72 | 9,57 | Paraguay |
| 0,5 | 426 | 1.489,48 | 8,11 | 8,50 | Perú |
| - | - | 18,80 | 10,06 | 10,01 | Polinesia francesa |
| 17,3 | 1.037 | 5.280,27 | 18,27 | 16,46 | Polonia |
| 13,2 | 2.250 | 1.120,41 | 14,08 | 11,18 | Portugal |
| 16,8 | - | 235,71 | 9,24 | 8,48 | Puerto Rico |

Tabla de resumen por países: cálculos para 2013

| PAÍS/ TERRITORIO | REGIÓN de la FID | Población Adulta (20-79) en 1000s | Casos de diabetes (20-79) en 1000s | Prevalencia nacional de diabete (%) | Prevalencia comparativa de diabetes (%)(%) | Muertes relacio- nadas con la diabetes (20-79) |
|-----------------------------------|---------------------|--|---|--|---|--|
| Reino Unido | EUR | 45.307,03 | 2.974,95 | 6,57 | 4,92 | 24.897 |
| República Árabe Siria | MENA | 11.757,75 | 868,83 | 7,39* | 8,91 | 8.203 |
| República Centrafricana | AFR | 2.255,59 | 126,48 | 5,61* | 6,32 | 3.934 |
| República Checa | EUR | 8.190,15 | 755,70 | 9,23 | 6,89 | 7.619 |
| República Democrática Popular Lao | WP | 3.556,13 | 157,88 | 4,44* | 5,48 | 4.133 |
| República Dominicana | SACA | 6.123,91 | 652,87 | 10,66 | 11,35 | 7.175 |
| Reunión | AFR | 570,38 | 93,78 | 16,44 | 15,38 | - |
| Ruanda | AFR | 5.339,84 | 234,00 | 4,38* | 5,01 | 5.464 |
| Rumania | EUR | 16.554,62 | 851,07 | 5,14 | 4,04 | 12.179 |
| Sáhara Occidental | AFR | 369,26 | 31,81 | 8,62* | 9,19 | - |
| Samoa | WP | 96,42 | 6,84 | 7,09 | 7,65 | 161 |
| San Cristóbal y Nieves | NAC | 34,55 | 4,68 | 13,55 | 12,96 | 63 |
| San Marino | EUR | 23,46 | 1,78 | 7,59* | 5,50 | 13 |
| San Vicente y las Granadinas | NAC | 70,00 | 6,87 | 9,81* | 9,95 | 87 |
| Santa Lucía | NAC | 118,27 | 9,88 | 8,35* | 8,18 | 92 |
| Santo Tomé y Príncipe | AFR | 92,43 | 4,79 | 5,19* | 6,30 | 62 |
| Senegal | AFR | 6.432,60 | 208,59 | 3,24* | 3,80 | 3.474 |
| Serbia | EUR | 7.061,25 | 872,29 | 12,35* | 9,92 | 10.572 |
| Seychelles | AFR | 63,52 | 7,75 | 12,20 | 12,14 | 88 |
| Sierra Leona | AFR | 2.914,75 | 96,15 | 3,30* | 3,79 | 3.094 |
| Singapur | WP | 4.058,27 | 498,19 | 12,28 | 10,42 | 4.134 |
| Sint Maarten (parte holandesa) | NAC | 28,84 | 4,26 | 14,79* | 14,21 | - |
| Somalia | AFR | 4.364,80 | 244,05 | 5,59* | 6,27 | 5.234 |
| Sri Lanka | SEA | 14.033,05 | 1.128,01 | 8,04 | 7,60 | 16.276 |
| Suazilandia | AFR | 622,26 | 23,02 | 3,70* | 4,64 | 1.378 |
| Sudáfrica | AFR | 31.983,32 | 2.646,05 | 8,27 | 9,27 | 83.114 |
| Sudán | MENA | 18.119,53 | 1.402,22 | 7,74* | 9,56 | 25.342 |
| Sudán del Sur | MENA | 5.265,19 | 391,33 | 7,43* | 9,13 | 7.268 |
| Suecia | EUR | 6.892,52 | 438,63 | 6,36 | 4,69 | 3.037 |
| Suiza | EUR | 6.032,61 | 449,22 | 7,45 | 5,86 | 2.579 |

*Estimación de la prevalencia de la diabetes basada en la extrapolación de países similares

| Incidencia diabetes tipo 1 (0-14) por 100.000 | Gasto medio relacionado con la diabetes por persona con diabetes (USD) | Casos de TAG (20-79) en 1000s | Casos de TAG (20-79) en 1000s | Prevalencia comparativa de TAG (%) | PAÍS/ TERRITORIO |
|--|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| 28,2 | 3.994 | 3.686,07 | 8,14 | 6,63 | Reino Unido |
| - | 161 | 769,64 | 6,55 | 7,45 | República Árabe Siria |
| - | 30 | 163,52 | 7,25 | 7,96 | República Centrafricana |
| 19,3 | 1.610 | 658,07 | 8,03 | 6,62 | República Checa |
| - | 62 | 276,57 | 7,78 | 8,64 | República Democrática Popular Lao |
| 0,5 | 410 | 499,84 | 8,16 | 8,50 | República Dominicana |
| - | - | 65,23 | 11,44 | 10,90 | Reunión |
| - | 109 | 360,31 | 6,75 | 7,58 | Ruanda |
| 5,4 | 640 | 1.783,64 | 10,77 | 9,91 | Rumania |
| - | - | 28,53 | 7,73 | 8,67 | Sáhara Occidental |
| - | 400 | 6,07 | 6,30 | 6,55 | Samoa |
| - | 737 | 4,32 | 12,51 | 12,18 | San Cristóbal y Nieves |
| - | 4.791 | 1,94 | 8,27 | 6,66 | San Marino |
| - | 416 | 8,34 | 11,91 | 12,05 | San Vicente y las Granadinas |
| - | 665 | 14,70 | 12,43 | 12,28 | Santa Lucía |
| - | 192 | 6,84 | 7,40 | 9,17 | Santo Tomé y Príncipe |
| - | 116 | 462,91 | 7,20 | 8,06 | Senegal |
| 12,9 | 680 | 771,48 | 10,93 | 9,95 | Serbia |
| - | 511 | 6,08 | 9,57 | 9,09 | Seychelles |
| - | 118 | 207,27 | 7,11 | 7,94 | Sierra Leona |
| 2,5 | 2.508 | 553,87 | 13,65 | 12,40 | Singapur |
| - | - | 3,52 | 12,19 | 11,84 | Sint Maarten (parte holandesa) |
| - | 21 | 313,89 | 7,19 | 7,93 | Somalia |
| - | 127 | 781,00 | 5,57 | 5,45 | Sri Lanka |
| - | 441 | 32,41 | 5,21 | 6,75 | Suazilandia |
| 0,8 | 935 | 2.653,94 | 8,30 | 9,03 | Sudáfrica |
| 10,1 | 170 | 1.785,75 | 9,86 | 10,82 | Sudán |
| - | - | 330,81 | 6,28 | 7,34 | Sudán del Sur |
| 43,2 | 5.806 | 398,80 | 5,79 | 5,42 | Suecia |
| 13,1 | 9.873 | 489,88 | 8,12 | 6,62 | Suiza |

Tabla de resumen por países: cálculos para 2013

| PAÍS/ TERRITORIO | REGIÓN de la FID | Población Adulta (20-79) en 1000s | Casos de diabetes (20-79) en 1000s | Prevalencia nacional de diabete (%) | Prevalencia comparativa de diabetes (%)(%) | Muertes relacio- nadas con la diabetes (20-79) |
|--|---------------------|--|---|--|---|--|
| Surinam | NAC | 338,04 | 36,75 | 10,87* | 11,06 | 471 |
| Tailandia | WP | 49.049,75 | 3.150,67 | 6,42 | 5,67 | 66.943 |
| Taiwán | WP | 17.605,38 | 1.721,06 | 9,78 | 8,30 | - |
| Tanzania (República Unida de) | AFR | 21.870,03 | 1.706,93 | 7,80 | 9,00 | 47.144 |
| Tayikistán | EUR | 4.349,88 | 194,87 | 4,48* | 6,45 | 2.626 |
| Timor- Leste | WP | 456,84 | 26,71 | 5,85* | 7,00 | 615 |
| Togo | AFR | 3.234,46 | 130,15 | 4,02 | 4,80 | 2.516 |
| Tokelau | WP | 0,70 | 0,27 | 37,90 | 37,49 | - |
| Tonga | WP | 53,39 | 7,02 | 13,14 | 14,14 | 106 |
| Trinidad y Tobago | NAC | 952,98 | 132,34 | 13,89* | 12,98 | 1.587 |
| Túnez | MENA | 7.430,06 | 685,59 | 9,23 | 9,41 | 5.130 |
| Turkmenistán | EUR | 3.205,95 | 129,70 | 4,05* | 5,01 | 2.540 |
| Turquía | EUR | 48.294,33 | 7.043,29 | 14,58 | 14,85 | 59.786 |
| Tuvalu | WP | 5,80 | 0,84 | 14,41* | 14,53 | 15 |
| Ucrania | EUR | 34.858,02 | 1.043,58 | 2,99* | 2,45 | 20.654 |
| Uganda | AFR | 15.106,73 | 625,05 | 4,14* | 4,84 | 21.461 |
| Uruguay | SACA | 2.266,86 | 143,81 | 6,34* | 5,58 | 1.004 |
| Uzbekistán | EUR | 17.449,56 | 880,51 | 5,05 | 6,44 | 12.886 |
| Vanuatu | WP | 132,89 | 27,95 | 21,04* | 23,97 | 360 |
| Venezuela (República Bolivariana de) | SACA | 18.646,42 | 1.232,04 | 6,61 | 6,96 | 9.966 |
| Vietnam | WP | 61.387,55 | 3.299,11 | 5,37 | 5,81 | 54.953 |
| Yemen | MENA | 11.568,55 | 708,12 | 6,12* | 8,45 | 9.892 |
| Zambia | AFR | 6.137,26 | 193,92 | 3,16* | 3,79 | 7.599 |
| Zimbabue | AFR | 6.799,80 | 600,67 | 8,83 | 9,73 | 31.347 |
| MUNDO | - | 4.572.906,50 | 381.834,36 | 8,35 | 8,26 | 5.096.955 |

*Estimación de la prevalencia de la diabetes basada en la extrapolación de países similares

| Incidencia diabetes tipo 1 (0-14) por 100.000 | Gasto medio relacionado con la diabetes por persona con diabetes (USD) | Casos de TAG (20-79) en 1000s | Casos de TAG (20-79) en 1000s | Prevalencia comparativa de TAG (%) | PAÍS/ TERRITORIO |
|--|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|---|
| - | 617 | 39,74 | 11,76 | 11,92 | Surinam |
| 0,6 | 256 | 4.129,51 | 8,42 | 7,88 | Tailandia |
| 3,8 | 1.129 | 2.169,81 | 12,32 | 11,19 | Taiwán |
| 0,9 | 63 | 1.985,78 | 9,08 | 10,29 | Tanzania (República Unida de) |
| 1,2 | 87 | 235,10 | 5,40 | 7,17 | Tayikistán |
| - | 90 | 31,74 | 6,95 | 7,73 | Timor- Leste |
| - | 74 | 229,43 | 7,09 | 7,95 | Togo |
| - | - | 0,06 | 9,01 | 9,02 | Tokelau |
| - | 307 | 3,94 | 7,37 | 7,85 | Tonga |
| - | 1.121 | 121,19 | 12,72 | 12,28 | Trinidad y Tobago |
| 7,3 | 347 | 552,49 | 7,44 | 7,54 | Túnez |
| - | 203 | 296,04 | 9,23 | 9,93 | Turkmenistán |
| - | 866 | 3.668,10 | 7,60 | 7,62 | Turquía |
| - | 816 | 0,47 | 8,06 | 8,14 | Tuvalu |
| 8,1 | 314 | 3.864,70 | 11,09 | 10,14 | Ucrania |
| - | 79 | 998,85 | 6,61 | 7,46 | Uganda |
| 8,3 | 1.358 | 207,29 | 9,14 | 8,48 | Uruguay |
| 1,2 | 128 | 993,18 | 5,69 | 6,92 | Uzbekistán |
| - | 175 | 9,38 | 7,06 | 7,69 | Vanuatu |
| 0,1 | 808 | 1.537,79 | 8,25 | 8,49 | Venezuela (República Bolivariana de) |
| - | 128 | 564,80 | 0,92 | 1,00 | Vietnam |
| - | 151 | 683,34 | 5,91 | 7,41 | Yemen |
| 0,8 | 161 | 427,69 | 6,97 | 7,93 | Zambia |
| - | 54 | 389,13 | 5,72 | 5,48 | Zimbabue |
| 79,0 | 1.436 | 316.506,51 | 6,92 | 6,87 | MUNDO |

Tabla de detalles sobre diabetes

| PAÍS/ TERRITORIO | REGIÓN de la FID | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Hombres | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Mujeres | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Medio rural | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Medio urbano |
|-----------------------------------|------------------------|--|--|--|---|
| Afganistán | MENA | 403,38 | 391,33 | 566,12 | 228,59 |
| Albania | EUR | 29,68 | 30,63 | 26,09 | 34,22 |
| Alemania | EUR | 3.772,12 | 3.787,65 | 1.720,73 | 5.839,05 |
| Andorra | EUR | 2,26 | 2,23 | 0,62 | 3,87 |
| Angola | AFR | 95,62 | 103,27 | 48,55 | 150,34 |
| Anguila | NAC | 0,58 | 0,61 | - | 1,19 |
| Antigua y Barbuda | NAC | 3,21 | 4,62 | 5,31 | 2,52 |
| Arabia Saudita | MENA | 2.252,20 | 1.398,69 | 275,91 | 3.374,98 |
| Argelia | MENA | 817,90 | 821,64 | 290,18 | 1.349,37 |
| Argentina | SACA | 759,16 | 848,64 | 115,66 | 1.492,14 |
| Armenia | EUR | 25,84 | 29,11 | 19,08 | 35,88 |
| Aruba | NAC | 4,85 | 7,77 | 6,42 | 6,21 |
| Australia | WP | 894,25 | 754,61 | 173,22 | 1.475,64 |
| Austria | EUR | 288,10 | 301,83 | 167,72 | 422,21 |
| Azerbaiyán | EUR | 65,60 | 80,73 | 65,42 | 80,92 |
| Bahamas | NAC | 14,35 | 23,22 | 5,25 | 32,32 |
| Bahrein | MENA | 105,07 | 63,59 | 8,51 | 160,14 |
| Bangladesh | SEA | 2.536,03 | 2.553,01 | 2.036,03 | 3.053,02 |
| Barbados | NAC | 12,71 | 17,23 | 16,34 | 13,60 |
| Bélgica | EUR | 249,09 | 265,73 | 10,66 | 504,16 |
| Belice | NAC | 7,59 | 16,85 | 13,31 | 11,12 |
| Benín | AFR | 31,96 | 33,67 | 26,53 | 39,11 |
| Bermuda | NAC | 3,31 | 3,52 | - | 6,83 |
| Bielorrusia | EUR | 196,72 | 248,52 | 103,71 | 341,53 |
| Bolivia (Estado Plurinacional de) | SACA | 166,54 | 194,54 | 116,71 | 244,38 |
| Bosnia y Herzegovina | EUR | 155,68 | 197,75 | 154,27 | 199,17 |
| Botsuana | AFR | 10,30 | 21,45 | 7,21 | 24,53 |
| Brasil | SACA | 5.778,01 | 6.155,56 | 1.770,18 | 10.163,40 |
| Brunei Darussalam | WP | 12,06 | 10,01 | 4,38 | 17,69 |
| Bulgaria | EUR | 192,04 | 234,64 | 133,38 | 293,31 |
| Burkina Faso | AFR | 116,40 | 121,53 | 172,36 | 65,56 |
| Burundi | AFR | 96,06 | 82,19 | 132,53 | 45,72 |
| Bután | SEA | 13,30 | 9,20 | 10,39 | 12,11 |
| Cabo Verde | AFR | 7,88 | 7,97 | 3,46 | 12,39 |
| Camboya | WP | 99,20 | 122,22 | 136,58 | 84,84 |

por países: cálculos para 2013

| Número de personas con diabetes (20-39) en 1000s | Número de personas con diabetes (40-59) en 1000s | Número de personas con diabetes (60-79) en 1000s | Número de personas con diabetes no diagnosticada (20-79) en 1000s | PAÍS/ TERRITORIO |
|--|--|--|---|-----------------------------------|
| 183,24 | 404,20 | 207,26 | 397,35 | Afganistán |
| 8,36 | 24,93 | 27,03 | 21,15 | Albania |
| 606,63 | 2.330,36 | 4.622,79 | 2.766,12 | Alemania |
| 0,24 | 1,61 | 2,64 | 1,64 | Andorra |
| 38,90 | 121,71 | 38,28 | 91,49 | Angola |
| 0,24 | 0,51 | 0,44 | 0,30 | Anguila |
| 0,99 | 4,32 | 2,52 | 2,17 | Antigua y Barbuda |
| 1.147,24 | 1.950,45 | 553,21 | 1.485,91 | Arabia Saudita |
| 527,91 | 720,73 | 390,90 | 819,77 | Argelia |
| 224,55 | 757,18 | 626,07 | 386,68 | Argentina |
| 8,81 | 23,49 | 22,65 | 19,27 | Armenia |
| 1,12 | 6,27 | 5,24 | 3,50 | Aruba |
| 62,83 | 601,95 | 984,08 | 814,54 | Australia |
| 32,17 | 181,26 | 376,51 | 215,86 | Austria |
| 29,91 | 72,33 | 44,10 | 51,31 | Azerbaiyán |
| 6,04 | 18,34 | 13,20 | 10,41 | Bahamas |
| 52,13 | 99,30 | 17,23 | 68,64 | Bahrein |
| 1.022,53 | 3.178,14 | 888,36 | 2.218,82 | Bangladesh |
| 2,27 | 15,21 | 12,46 | 8,30 | Barbados |
| 37,81 | 186,91 | 290,11 | 188,37 | Bélgica |
| 8,22 | 10,91 | 5,29 | 6,11 | Belice |
| 25,82 | 28,33 | 11,48 | 49,28 | Benín |
| 1,16 | 2,85 | 2,82 | 1,89 | Bermuda |
| 33,48 | 191,70 | 220,07 | 156,10 | Bielorrusia |
| 52,80 | 182,99 | 125,30 | 86,84 | Bolivia (Estado Plurinacional de) |
| 27,44 | 149,02 | 176,97 | 123,91 | Bosnia y Herzegovina |
| 4,65 | 14,38 | 12,72 | 14,60 | Botsuana |
| 1.687,93 | 5.435,75 | 4.809,90 | 2.870,03 | Brasil |
| 2,27 | 12,84 | 6,96 | 10,90 | Brunei Darussalam |
| 16,62 | 150,41 | 259,65 | 149,60 | Bulgaria |
| 109,83 | 92,57 | 35,52 | 178,65 | Burkina Faso |
| 85,59 | 70,01 | 22,65 | 133,84 | Burundi |
| 7,16 | 10,09 | 5,25 | 11,04 | Bután |
| 5,26 | 7,80 | 2,79 | 7,29 | Cabo Verde |
| 44,91 | 118,74 | 57,77 | 139,59 | Camboya |

Tabla de detalles sobre diabetes por países: cálculos para 2013

| PAÍS/ TERRITORIO | REGIÓN de la FID | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Hombres | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Mujeres | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Medio rural | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Medio urbano |
|---------------------------------------|------------------------|--|--|--|---|
| Camerún | AFR | 251,66 | 246,32 | 151,87 | 346,10 |
| Canadá | NAC | 1.415,66 | 1.222,33 | 504,05 | 2.133,95 |
| Catar | MENA | 221,43 | 61,10 | 1,16 | 281,37 |
| Chad | AFR | 122,24 | 109,05 | 131,79 | 99,49 |
| Chile | SACA | 560,15 | 693,80 | 130,43 | 1.123,52 |
| China | WP | 55.554,44 | 42.852,94 | 39.101,87 | 59.305,51 |
| China, Hong Kong SAR | WP | 259,03 | 280,99 | - | 540,02 |
| China, Macao SAR | WP | 21,60 | 21,37 | - | 42,96 |
| Chipre | EUR | 59,23 | 26,49 | 22,13 | 63,59 |
| Colombia | SACA | 1.097,35 | 1.038,03 | 515,75 | 1.619,63 |
| Comoras | AFR | 11,69 | 12,05 | 14,17 | 9,57 |
| Congo (República del) | AFR | 57,81 | 56,77 | 24,70 | 89,88 |
| Congo (República Dem. del) | AFR | 824,61 | 769,50 | 643,55 | 950,56 |
| Corea (República de) | WP | 1.785,68 | 1.538,23 | 539,43 | 2.784,47 |
| Corea (República Dem. Popular) | WP | 549,91 | 701,75 | 264,34 | 987,32 |
| Costa de Marfil | AFR | 269,83 | 231,70 | 154,96 | 346,57 |
| Costa Rica | SACA | 117,40 | 101,41 | 58,33 | 160,48 |
| Croacia | EUR | 105,94 | 118,56 | 84,58 | 139,92 |
| Cuba | SACA | 424,14 | 390,32 | 183,49 | 630,97 |
| Curaçao | NAC | 7,07 | 13,85 | 1,19 | 19,72 |
| Dinamarca | EUR | 189,82 | 156,91 | 38,25 | 308,48 |
| Djibouti | AFR | 14,62 | 14,13 | 3,70 | 25,05 |
| Dominica | NAC | 2,37 | 2,81 | 1,14 | 4,04 |
| Ecuador | SACA | 260,67 | 269,46 | 166,25 | 363,88 |
| Egipto | MENA | 3.201,59 | 4.309,02 | 3.006,79 | 4.503,81 |
| El Salvador | SACA | 144,69 | 194,08 | 115,97 | 222,81 |
| Emiratos Árabes Unidos | MENA | 520,43 | 225,51 | 70,31 | 675,63 |
| Eritrea | AFR | 67,29 | 63,64 | 73,89 | 57,04 |
| Eslovaquia | EUR | 189,90 | 232,73 | 174,64 | 247,99 |
| Eslovenia | EUR | 74,17 | 89,60 | 75,43 | 88,35 |
| España | EUR | 2.125,42 | 1.665,35 | 741,59 | 3.049,18 |
| Estado de Palestina | MENA | 55,47 | 79,14 | 34,42 | 100,20 |
| Estados Unidos de América | NAC | 12.070,19 | 12.331,58 | 4.188,12 | 20.213,64 |

| Número de personas con diabetes (20-39) en 1000s | Número de personas con diabetes (40-59) en 1000s | Número de personas con diabetes (60-79) en 1000s | Número de personas con diabetes no diagnosticada (20-79) en 1000s | PAÍS/ TERRITORIO |
|--|--|--|---|--|
| 187,92 | 216,16 | 93,90 | 229,07 | Camerún |
| 183,58 | 1.076,88 | 1.377,54 | 730,99 | Canadá |
| 119,55 | 147,67 | 15,31 | 114,99 | Catar |
| 109,92 | 88,80 | 32,57 | 173,66 | Chad |
| 127,72 | 628,50 | 497,74 | 301,58 | Chile |
| 13.389,06 | 48.464,36 | 36.553,96 | 53.238,39 | China |
| 30,09 | 242,38 | 267,54 | 266,77 | China, Hong Kong SAR |
| 3,30 | 23,01 | 16,66 | 21,22 | China, Macao SAR |
| 11,28 | 38,91 | 35,53 | 31,37 | Chipre |
| 369,40 | 1.216,48 | 549,50 | 513,56 | Colombia |
| 4,87 | 13,98 | 4,90 | 17,82 | Comoras |
| 41,13 | 52,30 | 21,14 | 52,70 | Congo (República del) |
| 696,25 | 654,10 | 243,76 | 1.196,94 | Congo (República Dem. del) |
| 315,74 | 1.664,13 | 1.344,04 | 1.642,01 | Corea (República de) |
| 188,53 | 614,55 | 448,58 | 789,05 | Corea (República Dem. Popular) |
| 170,66 | 231,54 | 99,34 | 230,70 | Costa de Marfil |
| 32,93 | 102,03 | 83,86 | 52,62 | Costa Rica |
| 27,89 | 99,00 | 97,61 | 82,14 | Croacia |
| 76,39 | 374,34 | 363,73 | 195,88 | Cuba |
| 1,92 | 9,66 | 9,33 | 5,80 | Curaçao |
| 25,80 | 123,77 | 197,16 | 126,87 | Dinamarca |
| 9,97 | 13,45 | 5,33 | 13,22 | Djibouti |
| 0,99 | 2,29 | 1,91 | 1,29 | Dominica |
| 157,00 | 265,44 | 107,68 | 127,50 | Ecuador |
| 1.692,84 | 3.636,10 | 2.181,67 | 3.755,30 | Egipto |
| 59,42 | 166,68 | 112,68 | 81,47 | El Salvador |
| 461,46 | 253,64 | 30,84 | 303,60 | Emiratos Árabes Unidos |
| 65,51 | 49,16 | 16,26 | 98,31 | Eritrea |
| 7,25 | 135,03 | 280,35 | 154,64 | Eslovaquia |
| 7,35 | 61,54 | 94,89 | 59,93 | Eslovenia |
| 154,03 | 1.431,01 | 2.205,73 | 1.387,04 | España |
| 14,71 | 84,25 | 35,65 | 67,31 | Estado de Palestina |
| 3.445,87 | 10.750,13 | 10.205,77 | 6.761,73 | Estados Unidos de América |

Tabla de detalles sobre diabetes por países: cálculos para 2013

| PAÍS/ TERRITORIO | REGIÓN de la FID | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Hombres | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Mujeres | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Medio rural | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Medio urbano |
|-------------------------------------|------------------------|--|--|--|---|
| Estonia | EUR | 34,77 | 39,25 | 20,00 | 54,01 |
| Etiopía | AFR | 991,67 | 860,56 | 1.176,20 | 676,04 |
| Federación de Rusia | EUR | 4.534,58 | 6.389,53 | 2.721,27 | 8.202,84 |
| Fiji | WP | 26,80 | 30,84 | 24,37 | 33,27 |
| Filipinas | WP | 1.547,14 | 1.709,07 | 1.245,28 | 2.010,93 |
| Finlandia | EUR | 200,29 | 148,85 | 48,66 | 300,48 |
| Francia | EUR | 1.801,47 | 1.573,23 | 295,95 | 3.078,74 |
| Gabón | AFR | 28,09 | 48,50 | 2,28 | 74,31 |
| Gambia | AFR | 6,80 | 5,60 | 3,71 | 8,69 |
| Georgia | EUR | 41,46 | 51,96 | 42,77 | 50,65 |
| Ghana | AFR | 223,21 | 216,80 | 206,05 | 233,95 |
| Granada | NAC | 2,39 | 3,19 | 2,58 | 3,01 |
| Grecia | EUR | 261,06 | 323,54 | 196,17 | 388,43 |
| Guadalupe | NAC | 10,15 | 14,59 | 0,38 | 24,36 |
| Guam | WP | 11,55 | 9,90 | 1,45 | 20,00 |
| Guatemala | SACA | 314,63 | 346,42 | 326,14 | 334,91 |
| Guayana | NAC | 18,17 | 41,98 | 42,37 | 17,78 |
| Guayana francesa | SACA | 5,82 | 5,21 | 2,36 | 8,67 |
| Guinea | AFR | 120,06 | 95,77 | 132,38 | 83,46 |
| Guinea Ecuatorial | AFR | 10,22 | 8,94 | 8,25 | 10,91 |
| Guinea-Bissau | AFR | 14,04 | 13,20 | 14,92 | 12,32 |
| Haití | NAC | 115,30 | 194,21 | 116,23 | 193,28 |
| Honduras | SACA | 140,42 | 128,39 | 125,56 | 143,25 |
| Hungría | EUR | 350,06 | 223,41 | 180,91 | 392,56 |
| India | SEA | 34.516,82 | 30.559,54 | 34.505,06 | 30.571,31 |
| Indonesia | WP | 3.616,13 | 4.938,03 | 3.933,89 | 4.620,28 |
| Irak | MENA | 554,43 | 671,79 | 255,84 | 970,38 |
| Irán (República Islámica del) | MENA | 1.970,31 | 2.425,62 | 1.036,73 | 3.359,19 |
| Irlanda | EUR | 110,24 | 97,25 | 76,92 | 130,57 |
| Islandia | EUR | 5,92 | 3,07 | 0,46 | 8,53 |
| Islas Caimán | NAC | 2,15 | 3,39 | - | 5,54 |
| Islas Cook | WP | 1,70 | 1,38 | 0,80 | 2,28 |
| Islas del Canal | EUR | 4,80 | 4,24 | 6,18 | 2,86 |
| Islas Feroe | EUR | 1,48 | 1,37 | 1,67 | 1,19 |
| Islas Marshall | WP | 4,93 | 6,05 | 2,87 | 8,11 |
| Islas Salomón | WP | 20,51 | 15,00 | 27,48 | 8,03 |

| Número de personas con diabetes (20-39) en 1000s | Número de personas con diabetes (40-59) en 1000s | Número de personas con diabetes (60-79) en 1000s | Número de personas con diabetes no diagnosticada (20-79) en 1000s | PAÍS/ TERRITORIO |
|--|--|--|---|--------------------------------------|
| 5,52 | 25,15 | 43,34 | 27,08 | Estonia |
| 818,47 | 731,81 | 301,96 | 1.390,75 | Etiopía |
| 750,47 | 5.077,50 | 5.096,14 | 3.829,99 | Federación de Rusia |
| 8,42 | 33,36 | 15,86 | 31,18 | Fiji |
| 709,06 | 1.670,97 | 876,18 | 1.761,61 | Filipinas |
| 9,49 | 107,27 | 232,37 | 127,75 | Finlandia |
| 114,51 | 1.325,38 | 1.934,81 | 1.234,80 | Francia |
| 14,08 | 31,37 | 31,14 | 35,23 | Gabón |
| 3,61 | 7,26 | 1,53 | 9,31 | Gambia |
| 11,83 | 36,39 | 45,20 | 32,75 | Georgia |
| 165,00 | 199,49 | 75,51 | 330,38 | Ghana |
| 1,32 | 2,43 | 1,83 | 1,40 | Granada |
| 20,79 | 184,23 | 379,58 | 213,91 | Grecia |
| 1,85 | 12,66 | 10,22 | 6,18 | Guadalupe |
| 4,84 | 10,35 | 6,26 | 10,59 | Guam |
| 157,12 | 295,82 | 208,11 | 158,98 | Guatemala |
| 18,02 | 29,48 | 12,64 | 15,04 | Guayana |
| 1,71 | 5,62 | 3,70 | 2,65 | Guayana francesa |
| 90,93 | 77,46 | 47,45 | 162,06 | Guinea |
| 5,37 | 10,87 | 2,91 | 8,81 | Guinea Ecuatorial |
| 10,84 | 11,33 | 5,07 | 20,45 | Guinea-Bissau |
| 60,17 | 154,20 | 95,14 | 91,00 | Haití |
| 53,64 | 151,45 | 63,72 | 64,65 | Honduras |
| 47,08 | 250,76 | 275,63 | 209,83 | Hungría |
| 12.913,16 | 36.733,17 | 15.430,03 | 31.919,96 | India |
| 1.671,88 | 4.651,55 | 2.230,73 | 4.627,80 | Indonesia |
| 328,71 | 559,82 | 337,69 | 613,11 | Irak |
| 912,75 | 2.267,73 | 1.215,45 | 2.197,96 | Irán (República Islámica del) |
| 15,79 | 80,66 | 111,04 | 75,92 | Irlanda |
| 0,45 | 3,28 | 5,27 | 3,29 | Islandia |
| 0,90 | 2,51 | 2,13 | 1,54 | Islas Caimán |
| 0,85 | 1,49 | 0,74 | 1,52 | Islas Cook |
| 0,50 | 3,40 | 5,14 | 3,31 | Islas del Canal |
| 0,13 | 1,01 | 1,72 | 1,05 | Islas Feroe |
| 2,29 | 5,96 | 2,72 | 5,94 | Islas Marshall |
| 9,71 | 18,04 | 7,77 | 19,21 | Islas Salomón |

Tabla de detalles sobre diabetes por países: cálculos para 2013

| PAÍS/ TERRITORIO | REGIÓN de la FID | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Hombres | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Mujeres | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Medio rural | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Medio urbano |
|--|------------------------|--|--|--|---|
| Islas Vírgenes Británicas | NAC | 1,13 | 1,19 | 1,34 | 0,98 |
| Islas Vírgenes de EE.UU. | NAC | 5,62 | 6,37 | 0,51 | 11,48 |
| Israel | EUR | 168,64 | 148,72 | 21,84 | 295,52 |
| Italia | EUR | 1.769,85 | 1.856,19 | 1.009,91 | 2.616,12 |
| Jamaica | NAC | 74,62 | 103,90 | 68,86 | 109,66 |
| Japón | WP | 4.592,68 | 2.611,09 | 543,28 | 6.660,50 |
| Jordania | MENA | 181,41 | 174,92 | 54,49 | 301,84 |
| Kazajistán | EUR | 242,82 | 283,18 | 238,81 | 287,20 |
| Kenia | AFR | 428,59 | 320,66 | 478,82 | 270,43 |
| Kirguistán | EUR | 120,95 | 43,28 | 97,71 | 66,52 |
| Kiribati | WP | 7,63 | 7,40 | 8,12 | 6,91 |
| Kuwait | MENA | 249,37 | 158,15 | 3,03 | 404,50 |
| Lesoto | AFR | 19,80 | 21,61 | 22,78 | 18,62 |
| Letonia | EUR | 35,48 | 60,22 | 29,94 | 65,76 |
| Líbano | MENA | 240,47 | 238,49 | 33,28 | 445,68 |
| Liberia | AFR | 34,76 | 32,33 | 34,24 | 32,85 |
| Libia | MENA | 142,14 | 177,00 | 52,16 | 266,97 |
| Liechtenstein | EUR | 1,12 | 1,01 | 1,82 | 0,31 |
| Lituania | EUR | 45,70 | 65,26 | 35,06 | 75,89 |
| Luxemburgo | EUR | 12,70 | 9,51 | 2,72 | 19,50 |
| Macedonia , ex-República Yugoslava | EUR | 84,61 | 99,98 | 62,33 | 122,26 |
| Madagascar | AFR | 179,52 | 172,69 | 233,12 | 119,09 |
| Malasia | WP | 936,71 | 976,53 | 468,46 | 1.444,77 |
| Malawi | AFR | 223,38 | 148,97 | 280,98 | 91,37 |
| Maldivas | SEA | 4,12 | 3,76 | 3,14 | 4,75 |
| Malí | AFR | 39,37 | 42,62 | 41,54 | 40,44 |
| Malta | EUR | 14,11 | 19,15 | 1,38 | 31,89 |
| Marruecos | MENA | 715,12 | 776,17 | 411,24 | 1.080,05 |
| Martinica | NAC | 18,71 | 33,94 | 5,34 | 47,31 |
| Mauricio | SEA | 71,16 | 72,44 | 69,58 | 74,02 |
| Mauritania | AFR | 40,61 | 47,00 | 39,10 | 48,50 |
| México | NAC | 3.764,03 | 4.959,38 | 1.791,81 | 6.931,61 |
| Micronesia (Estados Federados de) | WP | 7,65 | 8,22 | 12,06 | 3,82 |
| Moldavia (República de) | EUR | 31,91 | 40,18 | 35,83 | 36,26 |
| Mónaco | EUR | 1,11 | 1,08 | - | 2,20 |

| Número de personas con diabetes (20-39) en 1000s | Número de personas con diabetes (40-59) en 1000s | Número de personas con diabetes (60-79) en 1000s | Número de personas con diabetes no diagnosticada (20-79) en 1000s | PAÍS/ TERRITORIO |
|--|--|--|---|--|
| 0,68 | 0,94 | 0,71 | 0,58 | Islas Vírgenes Británicas |
| 1,06 | 5,02 | 5,91 | 3,32 | Islas Vírgenes de EE.UU. |
| 13,20 | 106,46 | 197,71 | 116,12 | Israel |
| 76,83 | 1.069,01 | 2.480,19 | 1.326,77 | Italia |
| 24,60 | 86,54 | 67,38 | 44,63 | Jamaica |
| 381,67 | 2.370,73 | 4.451,38 | 3.558,67 | Japón |
| 68,82 | 194,75 | 92,76 | 178,17 | Jordania |
| 60,58 | 253,66 | 211,76 | 184,42 | Kazajistán |
| 241,21 | 378,07 | 129,97 | 562,57 | Kenia |
| 7,54 | 100,09 | 56,60 | 48,19 | Kirguistán |
| 4,13 | 7,72 | 3,18 | 8,13 | Kiribati |
| 145,54 | 210,05 | 51,94 | 165,86 | Kuwait |
| 16,77 | 15,90 | 8,73 | 19,04 | Lesoto |
| 6,99 | 34,14 | 54,57 | 33,55 | Letonia |
| 51,07 | 208,02 | 219,88 | 239,48 | Libano |
| 25,94 | 29,63 | 11,52 | 50,37 | Liberia |
| 72,35 | 159,06 | 87,72 | 159,57 | Libia |
| 0,10 | 0,74 | 1,28 | 0,78 | Liechtenstein |
| 7,56 | 43,64 | 59,76 | 38,90 | Lituania |
| 0,87 | 8,91 | 12,44 | 8,13 | Luxemburgo |
| 17,90 | 81,99 | 84,70 | 64,72 | Macedonia , ex-República Yugoslava |
| 147,65 | 149,48 | 55,08 | 264,46 | Madagascar |
| 473,84 | 980,19 | 459,20 | 1.035,06 | Malasia |
| 219,99 | 107,47 | 44,90 | 279,58 | Malawi |
| 1,48 | 4,00 | 2,39 | 3,87 | Maldivas |
| 30,30 | 30,88 | 20,80 | 61,56 | Malí |
| 0,34 | 10,13 | 22,80 | 12,17 | Malta |
| 325,83 | 825,75 | 339,70 | 745,64 | Marruecos |
| 4,48 | 23,68 | 24,49 | 14,59 | Martinica |
| 18,88 | 75,20 | 49,53 | 70,44 | Mauricio |
| 38,25 | 38,61 | 10,75 | 65,78 | Mauritania |
| 1.006,87 | 4.426,54 | 3.290,00 | 2.180,85 | México |
| 3,65 | 8,04 | 4,18 | 8,59 | Micronesia (Estados Federados de) |
| 10,36 | 29,72 | 32,02 | 25,27 | Moldavia (República de) |
| 0,10 | 0,79 | 1,31 | 0,80 | Mónaco |

Tabla de detalles sobre diabetes por países: cálculos para 2013

| PAÍS/ TERRITORIO | REGIÓN de la FID | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Hombres | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Mujeres | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Medio rural | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Medio urbano |
|---|------------------------|--|--|--|---|
| Mongolia | WP | 88,69 | 47,06 | 38,25 | 97,50 |
| Montenegro | EUR | 24,78 | 31,10 | 16,76 | 39,12 |
| Mozambique | AFR | 128,59 | 149,79 | 105,45 | 172,93 |
| Myanmar | WP | 929,88 | 1.058,97 | 888,46 | 1.100,38 |
| Namibia | AFR | 18,14 | 40,40 | 14,19 | 44,35 |
| Nauru | WP | 0,63 | 0,76 | - | 1,40 |
| Nepal | SEA | 484,14 | 189,98 | 430,10 | 244,02 |
| Nicaragua | SACA | 157,92 | 186,39 | 143,99 | 200,32 |
| Níger | AFR | 178,77 | 127,66 | 221,25 | 85,17 |
| Nigeria | AFR | 1.997,77 | 1.923,73 | 1.276,70 | 2.644,80 |
| Niue | WP | 0,05 | 0,05 | 0,04 | 0,06 |
| Noruega | EUR | 122,48 | 87,39 | 36,76 | 173,11 |
| Nueva Caledonia | WP | 19,41 | 16,48 | 13,85 | 22,04 |
| Nueva Zelandia | WP | 191,95 | 150,73 | 46,94 | 295,73 |
| Omán | MENA | 124,29 | 75,49 | 33,02 | 166,76 |
| Países Bajos | EUR | 465,18 | 449,05 | 127,33 | 786,90 |
| Pakistán | MENA | 3.458,53 | 3.254,17 | 3.777,94 | 2.934,76 |
| Palau | WP | 1,10 | 1,22 | 0,16 | 2,16 |
| Panamá | SACA | 97,01 | 89,26 | 39,83 | 146,44 |
| Papúa Nueva Guinea | WP | 107,25 | 96,45 | 170,96 | 32,74 |
| Paraguay | SACA | 111,01 | 125,80 | 87,65 | 149,17 |
| Perú | SACA | 387,35 | 398,91 | 173,36 | 612,90 |
| Polinesia francesa | WP | 21,91 | 20,44 | 20,58 | 21,77 |
| Polonia | EUR | 933,55 | 946,14 | 716,36 | 1.163,32 |
| Portugal | EUR | 594,42 | 437,45 | 351,25 | 680,61 |
| Puerto Rico | SACA | 165,66 | 227,82 | 3,57 | 389,91 |
| Reino Unido | EUR | 1.744,47 | 1.230,48 | 524,37 | 2.450,59 |
| República Árabe Siria | MENA | 431,68 | 437,15 | 326,37 | 542,46 |
| República Centroafricana | AFR | 64,27 | 62,21 | 45,59 | 80,89 |
| República Checa | EUR | 381,83 | 373,87 | 177,46 | 578,24 |
| República Democrática Popular Lao | WP | 75,02 | 82,86 | 65,96 | 91,92 |
| República Dominicana | SACA | 322,20 | 330,67 | 190,35 | 462,52 |
| Reunión | AFR | 43,47 | 50,31 | 2,54 | 91,24 |
| Ruanda | AFR | 120,01 | 113,99 | 140,53 | 93,47 |

| Número de personas con diabetes (20-39) en 1000s | Número de personas con diabetes (40-59) en 1000s | Número de personas con diabetes (60-79) en 1000s | Número de personas con diabetes no diagnosticada (20-79) en 1000s | PAÍS/ TERRITORIO |
|--|--|--|---|--|
| 57,81 | 65,81 | 12,13 | 73,44 | Mongolia |
| 4,95 | 24,18 | 26,75 | 19,59 | Montenegro |
| 112,58 | 130,61 | 35,19 | 209,02 | Mozambique |
| 447,53 | 1.011,57 | 529,75 | 1.253,77 | Myanmar |
| 12,96 | 27,14 | 18,43 | 26,93 | Namibia |
| 0,32 | 0,74 | 0,34 | 0,76 | Nauru |
| 149,67 | 313,90 | 210,55 | 293,92 | Nepal |
| 67,40 | 183,39 | 93,52 | 82,81 | Nicaragua |
| 201,88 | 87,83 | 16,71 | 230,08 | Níger |
| 1.407,69 | 1.806,00 | 707,81 | 1.803,89 | Nigeria |
| 0,02 | 0,06 | 0,02 | 0,05 | Niue |
| 19,46 | 85,29 | 105,12 | 76,79 | Noruega |
| 8,05 | 16,72 | 11,12 | 17,73 | Nueva Caledonia |
| 37,00 | 139,28 | 166,39 | 169,28 | Nueva Zelandia |
| 73,54 | 91,93 | 34,31 | 81,31 | Omán |
| 43,80 | 291,02 | 579,42 | 334,52 | Países Bajos |
| 1.804,49 | 3.331,06 | 1.577,15 | 3.356,35 | Pakistán |
| 0,39 | 1,36 | 0,56 | 1,25 | Palau |
| 29,70 | 86,09 | 70,48 | 44,80 | Panamá |
| 50,93 | 100,32 | 52,45 | 110,20 | Papúa Nueva Guinea |
| 42,46 | 118,24 | 76,11 | 56,95 | Paraguay |
| 202,20 | 378,86 | 205,19 | 189,09 | Perú |
| 11,64 | 21,08 | 9,63 | 20,92 | Polinesia francesa |
| 142,40 | 765,91 | 971,37 | 659,02 | Polonia |
| 75,88 | 378,52 | 577,47 | 377,56 | Portugal |
| 37,97 | 163,50 | 192,01 | 109,03 | Puerto Rico |
| 203,52 | 1.051,53 | 1.719,90 | 1.088,54 | Reino Unido |
| 172,60 | 461,45 | 234,78 | 434,41 | República Árabe Siria |
| 55,84 | 49,20 | 21,44 | 94,97 | República Centrafricana |
| 43,72 | 259,20 | 452,78 | 276,51 | República Checa |
| 42,86 | 70,17 | 44,86 | 99,53 | República Democrática Popular Lao |
| 133,25 | 311,23 | 208,39 | 157,02 | República Dominicana |
| 10,37 | 49,98 | 33,43 | 43,14 | Reunión |
| 113,14 | 90,68 | 30,18 | 175,70 | Ruanda |

Tabla de detalles sobre diabetes por países: cálculos para 2013

| PAÍS/ TERRITORIO | REGIÓN de la FID | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Hombres | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Mujeres | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Medio rural | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Medio urbano |
|--------------------------------|------------------------|--|--|--|---|
| Rumania | EUR | 336,08 | 514,99 | 391,21 | 459,86 |
| Sáhara Occidental | AFR | 17,63 | 14,19 | 2,37 | 29,44 |
| Samoa | WP | 3,15 | 3,69 | 4,87 | 1,97 |
| San Cristóbal y Nieves | NAC | 1,53 | 3,15 | 3,18 | 1,50 |
| San Marino | EUR | 0,90 | 0,88 | 0,10 | 1,68 |
| San Vicente y las Granadinas | NAC | 3,14 | 3,73 | 2,51 | 4,36 |
| Santa Lucía | NAC | 3,86 | 6,02 | 7,43 | 2,44 |
| Santo Tomé y Príncipe | AFR | 2,30 | 2,50 | 1,05 | 3,74 |
| Senegal | AFR | 102,27 | 106,32 | 120,27 | 88,33 |
| Serbia | EUR | 387,10 | 485,18 | 314,84 | 557,45 |
| Seychelles | AFR | 3,63 | 4,12 | 2,29 | 5,46 |
| Sierra Leona | AFR | 49,30 | 46,85 | 57,87 | 38,28 |
| Singapur | WP | 255,57 | 242,62 | - | 498,19 |
| Sint Maarten (parte holandesa) | NAC | 1,67 | 2,60 | 0,24 | 4,02 |
| Somalia | AFR | 125,64 | 118,41 | 90,31 | 153,74 |
| Sri Lanka | SEA | 577,30 | 550,71 | 797,89 | 330,11 |
| Suazilandia | AFR | 11,18 | 11,84 | 14,99 | 8,03 |
| Sudáfrica | AFR | 927,87 | 1.718,18 | 505,55 | 2.140,50 |
| Sudán | MENA | 589,41 | 812,81 | 848,04 | 554,19 |
| Sudán del Sur | MENA | 160,29 | 231,03 | 302,71 | 88,61 |
| Suecia | EUR | 262,15 | 176,47 | 55,02 | 383,60 |
| Suiza | EUR | 218,83 | 230,38 | 103,85 | 345,37 |
| Surinam | NAC | 16,98 | 19,77 | 7,22 | 29,53 |
| Tailandia | WP | 1.357,77 | 1.792,90 | 2.002,47 | 1.148,20 |
| Taiwán | WP | 1.017,49 | 703,58 | 806,72 | 914,34 |
| Tanzania (República Unida de) | AFR | 867,11 | 839,82 | 1.031,14 | 675,79 |
| Tayikistán | EUR | 148,39 | 46,48 | 133,86 | 61,01 |
| Timor- Leste | WP | 14,00 | 12,71 | 17,49 | 9,22 |
| Togo | AFR | 86,86 | 43,28 | 62,09 | 68,05 |
| Tokelau | WP | 0,13 | 0,13 | - | 0,27 |
| Tonga | WP | 3,29 | 3,73 | 5,26 | 1,75 |
| Trinidad y Tobago | NAC | 57,51 | 74,82 | 111,75 | 20,59 |
| Túnez | MENA | 299,15 | 386,44 | 126,69 | 558,90 |
| Turkmenistán | EUR | 64,05 | 65,65 | 64,06 | 65,64 |

| Número de personas con diabetes (20-39) en 1000s | Número de personas con diabetes (40-59) en 1000s | Número de personas con diabetes (60-79) en 1000s | Número de personas con diabetes no diagnosticada (20-79) en 1000s | PAÍS/ TERRITORIO |
|--|--|--|---|--------------------------------|
| 41,56 | 327,99 | 481,51 | 298,38 | Rumania |
| 12,59 | 15,81 | 3,41 | 23,89 | Sáhara Occidental |
| 0,61 | 3,73 | 2,50 | 3,70 | Samoa |
| 0,60 | 2,13 | 1,95 | 1,30 | San Cristóbal y Nieves |
| 0,09 | 0,64 | 1,04 | 0,65 | San Marino |
| 1,41 | 3,28 | 2,17 | 1,72 | San Vicente y las Granadinas |
| 1,68 | 4,86 | 3,34 | 2,47 | Santa Lucía |
| 1,90 | 2,11 | 0,79 | 2,21 | Santo Tomé y Príncipe |
| 88,75 | 84,78 | 35,07 | 156,62 | Senegal |
| 78,62 | 363,13 | 430,54 | 305,82 | Serbia |
| 0,81 | 4,34 | 2,59 | 3,57 | Seychelles |
| 40,64 | 40,25 | 15,25 | 72,19 | Sierra Leona |
| 34,54 | 252,92 | 210,73 | 246,11 | Singapur |
| 0,68 | 1,94 | 1,64 | 1,18 | Sint Maarten (parte holandesa) |
| 104,58 | 100,83 | 38,64 | 183,25 | Somalia |
| 238,02 | 554,41 | 335,58 | 553,29 | Sri Lanka |
| 8,85 | 9,58 | 4,59 | 10,59 | Suazilandia |
| 550,98 | 1.188,33 | 906,74 | 1.217,18 | Sudáfrica |
| 349,94 | 709,83 | 342,45 | 701,11 | Sudán |
| 99,23 | 190,31 | 101,79 | 195,66 | Sudán del Sur |
| 30,58 | 152,00 | 256,04 | 160,49 | Suecia |
| 51,06 | 165,12 | 233,03 | 164,37 | Suiza |
| 7,88 | 17,25 | 11,63 | 9,19 | Surinam |
| 326,18 | 1.641,56 | 1.182,93 | 1.704,51 | Tailandia |
| 150,53 | 766,63 | 803,90 | 850,20 | Taiwán |
| 739,77 | 659,15 | 308,01 | 1.281,65 | Tanzania (República Unida de) |
| 9,71 | 116,31 | 68,84 | 57,17 | Tayikistán |
| 5,78 | 12,08 | 8,84 | 14,45 | Timor- Leste |
| 54,36 | 48,98 | 26,80 | 97,72 | Togo |
| 0,07 | 0,15 | 0,05 | 0,14 | Tokelau |
| 1,65 | 3,67 | 1,71 | 3,80 | Tonga |
| 16,34 | 64,06 | 51,93 | 36,67 | Trinidad y Tobago |
| 107,72 | 375,85 | 202,02 | 342,80 | Túnez |
| 19,63 | 67,99 | 42,08 | 45,47 | Turkmenistán |

Tabla de detalles sobre diabetes por países: cálculos para 2013

| PAÍS/ TERRITORIO | REGIÓN de la FID | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Hombres | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Mujeres | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Medio rural | Número de personas con diabetes (20-79) en 1000s, Medio urbano |
|--|------------------------|--|--|--|---|
| Turquía | EUR | 3.054,67 | 3.988,62 | 1.627,42 | 5.415,87 |
| Tuvalu | WP | 0,40 | 0,44 | 0,24 | 0,59 |
| Ucrania | EUR | 438,13 | 605,45 | 309,77 | 733,81 |
| Uganda | AFR | 335,35 | 289,69 | 409,77 | 215,27 |
| Uruguay | SACA | 66,46 | 77,36 | 18,33 | 125,49 |
| Uzbekistán | EUR | 661,32 | 219,19 | 518,70 | 361,81 |
| Vanuatu | WP | 13,16 | 14,79 | 19,97 | 7,99 |
| Venezuela (República Bolivariana de) | SACA | 604,40 | 627,64 | 74,56 | 1.157,47 |
| Vietnam | WP | 1.851,93 | 1.447,18 | 1.527,52 | 1.771,60 |
| Yemen | MENA | 346,95 | 361,17 | 433,83 | 274,29 |
| Zambia | AFR | 101,86 | 92,06 | 119,20 | 74,72 |
| Zimbabue | AFR | 273,64 | 327,03 | 282,88 | 317,79 |
| MUNDO | - | 197.694,96 | 184.139,39 | 136.085,32 | 245.749,03 |

| Número de personas con diabetes (20-39) en 1000s | Número de personas con diabetes (40-59) en 1000s | Número de personas con diabetes (60-79) en 1000s | Número de personas con diabetes no diagnosticada (20-79) en 1000s | PAÍS/ TERRITORIO |
|--|--|--|---|---|
| 1.143,29 | 3.383,37 | 2.516,63 | 2.469,38 | Turquía |
| 0,15 | 0,48 | 0,21 | 0,45 | Tuvalu |
| 135,00 | 398,52 | 510,05 | 365,88 | Ucrania |
| 305,43 | 234,77 | 84,84 | 469,32 | Uganda |
| 18,52 | 66,32 | 58,97 | 34,59 | Uruguay |
| 44,51 | 530,59 | 305,41 | 258,34 | Uzbekistán |
| 7,78 | 13,99 | 6,19 | 15,12 | Vanuatu |
| 220,55 | 605,86 | 405,63 | 296,30 | Venezuela (República Bolivariana de) |
| 748,22 | 1.565,39 | 985,50 | 2.079,76 | Vietnam |
| 171,32 | 343,60 | 193,19 | 354,06 | Yemen |
| 90,21 | 73,46 | 30,24 | 145,60 | Zambia |
| 365,51 | 140,30 | 94,86 | 451,01 | Zimbabue |
| 62.991,98 | 184.228,08 | 134.614,30 | 174.822,59 | MUNDO |

Abreviaturas y acrónimos

A

AFR
África

AGA
Alteración de la glucosa en ayunas

AM
Asociación miembro

AVAD
Años de vida ajustados por discapacidad

D

DECS
Sección Consultiva de la FID sobre Educación Diabética

DIAMOND
Estudio Diabetes Mondiale

DIP
La diabetes en el embarazo

DM
diabetes mellitus

E

ECV
Enfermedad cardiovascular

EEUU
Estados Unidos de América

ENT
Enfermedades no transmisibles

EUR
Europa

EURODIAB
El estudio Europa y Diabetes

F

FID
Federación Internacional de la Diabetes

H

HbA1c
Hemoglobina glucosilada A1c

HIP
Hiperglucemia en el embarazo

I

ID
Dólar internacional

M

MENA
Oriente Medio y Norte de África

N

NAC
América del Norte y Caribe

N/A
No disponible

O

ODM
Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMS
Organización Mundial de la Salud

ONG
Organización no gubernamental

ONU
Naciones Unidas

P

PIB
Producto interior bruto

PIMB
Países de ingresos medios y bajos

R

RU
Reino Unido

S

SACA
América Central y del Sur

SEA
Sudeste Asiático

T

TAG
Tolerancia anormal a la glucosa

U

USD
Dólar estadounidense

V

VIH/SIDA
Virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida

W

WP
Pacífico Occidental

Glosario

A

Alteración de la glucosa en ayunas (AGA)

La alteración de la glucosa en ayunas (AGA) es una situación de glucosa en sangre superior a lo normal, pero por debajo del umbral de diagnóstico de la diabetes, después de ayunar (normalmente después de una noche de ayuno). Para una definición completa, véanse los criterios diagnósticos (www.who.int/diabetes). Las personas con este trastorno tienen mayor riesgo de desarrollar diabetes.

C

Células beta

Las células beta se encuentran en los islotes de Langerhans en el páncreas. Producen y liberan insulina.

Complicaciones de la diabetes

Las complicaciones de la diabetes son las condiciones agudas y crónicas causadas por la diabetes. Las complicaciones crónicas incluyen la retinopatía (enfermedad ocular), la nefropatía (enfermedad renal), la neuropatía (enfermedad nerviosa), la enfermedad cardiovascular (enfermedad del sistema circulatorio), la ulceración y amputación de los pies.

D

Diabetes mellitus (DM)

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el cuerpo no puede utilizar eficazmente la insulina que produce. Hay dos formas principales: diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2. Las personas con diabetes tipo 1 no producen suficiente insulina. Las personas con diabetes tipo 2 producen insulina pero no pueden utilizarla de forma eficiente.

Diabetes mellitus gestacional (DMG)

La diabetes diagnosticada por primera vez durante el embarazo en las mujeres.

Diabetes tipo 1

La diabetes tipo 1 se desarrolla con mayor frecuencia en niños y adolescentes. Alrededor del 10% de las personas con diabetes tienen diabetes tipo 1. Los síntomas de diabetes tipo 1 varían en intensidad. Algunos de los síntomas son sed excesiva, exceso de orina, pérdida de peso y falta de energía. La insulina es una medicación para prolongar la vida de las personas con diabetes tipo 1. Estas personas requieren diariamente inyecciones de insulina para sobrevivir.

Diabetes tipo 2

La diabetes tipo 2 es mucho más común que la diabetes tipo 1 y se presenta principalmente en los adultos, aunque ahora también se encuentra cada vez más en niños y adolescentes. Los síntomas de diabetes tipo 1, en una forma menos marcada, también pueden afectar a las personas con diabetes tipo 2. Algunas personas con diabetes tipo 2, sin embargo, no tienen síntomas prematuros y sólo son diagnosticadas varios años después de la aparición de la enfermedad, cuando ya están presentes varias complicaciones de la diabetes. Las personas con diabetes tipo 2 pueden requerir medicamentos hipoglucémicos orales y también pueden necesitar inyecciones de insulina.

Dólar Internacional

Es una unidad hipotética de moneda que tiene el mismo poder adquisitivo en todos los países. Las conversiones de monedas locales a dólares internacionales se calculan utilizando las tablas de paridades de poder adquisitivo, que se toman a partir de estudios de precios de la misma cesta de bienes y servicios en diferentes países.

E

Enfermedad cardiovascular (ECV)

Las enfermedades cardiovasculares se definen como enfermedades y lesiones del sistema circulatorio: el corazón, los vasos sanguíneos del corazón y el sistema de vasos sanguíneos en todo el cuerpo y que conduce o está en el cerebro. El ictus es el resultado de un problema de flujo sanguíneo dentro del cerebro o en lo que conduce al cerebro y se considera una forma de ECV.

Epidemiología

El estudio de la ocurrencia y distribución de estados o eventos relacionados con la salud en poblaciones específicas, incluyendo el estudio de los determinantes que influyen en dichos estados, y la aplicación de estos conocimientos al control de problemas de salud.

G

Glucosa

También llamada dextrosa, es el principal azúcar que produce el cuerpo a partir de proteínas, grasas e hidratos de carbono. La glucosa es la principal fuente de energía para las células vivas y es llevada a cada célula a través del torrente sanguíneo. Pero, las células no pueden utilizar la glucosa sin la ayuda de la insulina.

H

Hemoglobina glucosilada (HbA1c)

La hemoglobina a la que está unida la glucosa. La hemoglobina glucosilada se analiza para monitorizar el control a largo plazo de la diabetes. El nivel de hemoglobina glucosilada se incrementa en los glóbulos rojos de la sangre de personas con diabetes mal controlada.

Hiperglucemia

Un nivel elevado de glucosa en sangre es señal de que la diabetes está fuera de control. Se produce cuando el cuerpo no tiene suficiente insulina o no puede utilizar la insulina que tiene para convertir la glucosa en energía. Los signos de hiperglucemia son mucha sed, sequedad de boca y necesidad de orinar con frecuencia.

Hipoglucemia

Un nivel demasiado bajo de glucosa en sangre. Esto ocurre cuando una persona con diabetes se ha inyectado demasiada insulina, ha comido muy poco, o ha hecho ejercicio sin una alimentación adicional. Una persona con hipoglucemia puede sentirse nerviosa, temblorosa, débil o sudorosa, y sufrir dolor de cabeza, visión borrosa y hambre.

I

Ictus

Una pérdida repentina de funcionalidad en parte del cerebro como resultado de la interrupción del suministro sanguíneo por una arteria bloqueada o rota.

Incidencia

Indica con qué frecuencia se produce una enfermedad. Más precisamente, se corresponde con el número de casos nuevos de una enfermedad entre un cierto grupo de personas durante un cierto período de tiempo.

Insulina

Una hormona cuya acción principal es permitir a las células del cuerpo absorber la glucosa de la sangre y usarla para obtener energía. La insulina es producida por las células beta de los islotes de Langerhans en el páncreas..

Islotes de Langerhans

Estos grupos de células que llevan el nombre de Paul Langerhans, el científico alemán que las descubrió en 1869, se encuentran en el páncreas. Producen y secretan hormonas que ayudan al cuerpo a descomponer y utilizar los alimentos. Hay cinco tipos de células en cada islote incluyendo las células beta que producen la insulina.

N

Nefropatía

Causada por la lesión de los pequeños vasos sanguíneos, que puede provocar que los riñones sean menos eficientes o que fallen por completo.

Neuropatía

Se produce cuando la glucosa en sangre y la presión arterial son demasiado altas. La diabetes puede dañar los nervios de todo el cuerpo y causarles lesiones.

P

Páncreas

El páncreas es un órgano situado detrás de la parte inferior del estómago que produce la insulina.

Pie diabético

Un pie que muestra cualquier patología que resulta directamente de la diabetes o de una complicación de la diabetes.

Prevalencia

La proporción de individuos de una población que en un momento determinado, ya sea un momento en el tiempo o un período de tiempo, tiene una enfermedad o condición. La prevalencia es una proporción o número y no una tasa.

> Prevalencia comparativa

La prevalencia comparativa en esta publicación ha sido calculada suponiendo que cada país y región tienen el mismo perfil de edad (se ha utilizado el perfil de edad de la población). Esto reduce el efecto de las diferencias de edad entre países y regiones, y hace que esta cifra sea adecuada para realizar comparaciones. La cifra de prevalencia comparativa no debe utilizarse para evaluar la proporción de personas dentro de un país o región que tienen diabetes.

> **Prevalencia nacional o regional**

La prevalencia nacional o regional indica el porcentaje de población de cada país o región que tiene diabetes. Es apropiada para evaluar la carga de la diabetes en cada país o región.

R

R (de estimaciones de gastos sanitarios)

R es la relación de coste y diabetes, que es la relación de todos los costes de atención médica para las personas con diabetes y todos los costes de atención médica con correspondencia de edad y sexo de personas que no tienen diabetes. Mediante la comparación de los costes totales de las personas coincidentes con y sin diabetes, pueden aislarse los costes que provoca la diabetes. Dado que R varía de un país a otro y en función del tiempo, las estimaciones de la FID muestran resultados para posibles límites inferiores y superiores de R, $R=2$ y $R=3$.

Retinopatía

La retinopatía es una enfermedad de la retina del ojo que puede provocar un deterioro visual y ceguera.

T

Tolerancia anormal a la glucosa (TAG)

La tolerancia anormal a la glucosa (TAG) es una situación de glucosa en sangre superior a lo normal, pero por debajo del umbral de diagnóstico de la diabetes, después de ingerir una cantidad normal de glucosa en una prueba de tolerancia oral a la glucosa. Para una definición completa, véanse los criterios diagnósticos (www.who.int/diabetes). Las personas con este trastorno tienen mayor riesgo de desarrollar diabetes.

Bibliografía

Capítulo 1 ¿Qué es la diabetes?

[1] Harris M, Zimmet P. Classification of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. Alberti K, Zimmet P, Defronzo R, editors. *International Textbook of Diabetes Mellitus*. Second Edition. Chichester: John Wiley and Sons Ltd; 1997. p9-23.

[2] World Health Organization. *Prevention of diabetes mellitus. Report of a WHO Study Group*. Geneva: World Health Organization; 1994. No. 844.

[3] Davis TM, Stratton IM, Fox CJ, et al. U.K. Prospective Diabetes Study 22. Effect of age at diagnosis on diabetic tissue damage during the first 6 years of NIDDM. *Diabetes Care* 1997; 20 (9): 1435-1441.

[4] International Working Group on the Diabetic Foot. *International Consensus on the Diabetic Foot* International Working Group on the Diabetic Foot; 1999.

[5] Meslier N, Gagnadoux F, Giraud P, et al. Impaired glucose-insulin metabolism in males with obstructive sleep apnoea syndrome. *Eur Respir J* 2003; 22 (1): 156-160.

Capítulo 2 La carga mundial

2.1 Diabetes

[1] World Health Organization. *Prevention of diabetes mellitus. Report of a WHO Study Group*. Geneva: World Health Organization; 1994. No. 844.

[2] Hunt KJ, Schuller KL. The increasing prevalence of diabetes in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2007; 34 (2): 173-199, vii.

2.2 La diabetes no diagnosticada

[1] Evaristo-Neto AD, Foss-Freitas MC, Foss MC. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in a rural community of Angola. *Diabetol Metab Syndr* 2010; 2: 63.

[2] Plantinga LC, Crews DC, Coresh J, et al. Prevalence of chronic kidney disease in US adults with undiagnosed diabetes or prediabetes. *Clin J Am Soc Nephrol* 2010; 5 (4): 673-682.

[3] Flores-Le Roux JA, Comin J, Pedro-Botet J, et al. Seven-year mortality in heart failure patients with undiagnosed diabetes: an observational study. *Cardiovasc Diabetol* 2011; 10: 39.

[4] Spijkerman AMW, Dekker JM, Nijpels G, et al. Microvascular complications at time of diagnosis of type 2 diabetes are similar among diabetic patients detected by targeted screening and patients newly diagnosed in general practice: the hoorn screening study. *Diabetes Care* 2003; 26 (9): 2604-2608.

[5] Zhang Y, Dall TM, Mann SE, et al. The economic costs of undiagnosed diabetes. *Popul Health Manag* 2009; 12:95-101.

[6] Schwarz PEH, Li J, Lindstrom J, Tuomilehto J. Tools for Predicting the Risk of Type 2 Diabetes in Daily Practice. *Horm Metab Res* 2009; 41(2): 86-97.

2.3 Tolerancia anormal a la glucosa (TAG)

[1] Shaw JE, Zimmet PZ, de Courten M, et al. Impaired fasting glucose or impaired glucose tolerance. What best predicts future diabetes in Mauritius? *Diabetes Care* 1999; 22 (3): 399-402.

[2] Perry RC, Baron AD. Impaired glucose tolerance. Why is it not a disease? *Diabetes Care* 1999; 22 (6): 883-885.

[3] Tominaga M, Eguchi H, Manaka H, et al. Impaired glucose tolerance is a risk factor for cardiovascular disease, but not impaired fasting glucose. The Funagata Diabetes Study. *Diabetes Care* 1999; 22 (6): 920-924.

2.4 La diabetes en los jóvenes

[1] DIAMOND Project Group. Incidence and trends of childhood type 1 diabetes worldwide 1990-1999. *Diabet Med* 2006; 23 (8): 857-866.

[2] Patterson CC, Dahlquist GG, Gyürüs E, et al. Incidence trends for childhood type 1 diabetes in Europe during 1989-2003 and predicted new cases 2005-20: a multicentre prospective registration study. *Lancet* 2009; 373 (9680): 2027-2033.

[3] SEARCH for Diabetes in Youth Study Group, Liese AD, D'Agostino RB, et al. The burden of diabetes mellitus among US youth: prevalence estimates from the SEARCH for Diabetes in Youth Study. *Pediatrics* 2006; 118 (4): 1510-1518.

[4] Farsani SF, van der Aa MP, van der Vorst MMJ, Knibbe CAJ, de Boer A. Global trends in the incidence and prevalence of type 2 diabetes in children and adolescents: a systematic review and evaluation of methodological approaches. *Diabetologia* 2013; 56: 1471-1488.

2.5 Hiperglucemia en el embarazo

[1] Negrato CA, Gomes MB. Historical facts of screening and diagnosing diabetes in pregnancy. *Diabetol Metab Syndr* 2013; 5(1): 22.

[2] International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel, Metzger BE, Gabbe SG, Persson B, et al. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care* 2010; 33: 676-82.

[3] World Health Organization. *Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy*. Geneva; 2013.

2.6 Mortalidad

[1] Roglic G, Unwin N. Mortality attributable to diabetes: estimates for the year 2010. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010; 87 (1): 15-19.

[2] IDF Diabetes Atlas Group. Update of mortality attributable to diabetes for the IDF Diabetes Atlas: estimates for the year 2011. *Diabetes Res Clin Pract*. 2013 May; 100(2): 277-279.

[3] Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mähönen M, et al. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA project populations. Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease. *Lancet* 1999; 353 (9164): 1547-1557.

[4] Colagiuri S, Borch-Johnsen K, Glümer C, et al. There really is an epidemic of type 2 diabetes. *Diabetologia* 2005; 48 (8): 1459-1463.

[5] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010*. UNAIDS; 2010.

[6] World Health Organization. *World Malaria Report: 2010*. Geneva: World Health Organization; 2010.

[7] World Health Organization. *Global tuberculosis control: 2010*. Geneva: World Health Organization; 2010.

2.7 Gasto sanitario

[1] Barceló A, Aedo C, Rajpathak S, et al. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. *Bull World Health Organ* 2003; 81 (1): 19-27.

[2] Ramachandran A, Snehalatha C, Yamuna A, Mary S, Ping Z. Cost-Effectiveness of the Interventions in the Primary Prevention of Diabetes Among Asian Indians. Within-trial results of the Indian Diabetes Prevention Programme (IDPP). *Diabetes Care* 2007; 30 (10): 2548-2552.

Capítulo 3 Resúmenes regionales

3.2 Europa

[1] Central Intelligence Agency. *The World Factbook*. www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/ [Accessed 2013-07-26].

3.3 Oriente Medio y Norte de África

[1] Arab M. The economics of diabetes care in the Middle East. In Alberti K, Zimmet P, Defronzo R, editors. *International Textbook of Diabetes Mellitus. Second Edition*. Chichester: John Wiley and Sons Ltd; 1997.

[2] World Bank. *World Bank Data, WHO parameters, 1999-2000*. World Bank; 2000.

3.6 Sudeste Asiático

[1] Central Intelligence Agency. *The World Factbook*. www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/ [Accessed 2013-07-26].

3.7 Pacífico Occidental

[1] Central Intelligence Agency. *The World Factbook*. www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/ [Accessed 2013-07-26].

Capítulo 4 Diabetes y desarrollo

4.1 Un examen mundial de la retinopatía diabética

[1] Ruta LM, Magliano DJ, Lemesurier R, Taylor HR, Zimmet PZ, Shaw JE. Prevalence of diabetic retinopathy in Type 2 diabetes in developing and developed countries. *Diabet Med* 2013; 30: 387-398.

[2] Sivaprasad S, Gupta B, Gulliford MC, Dodhia H, Mohamed M, Nagi D et al. Ethnic variations in the prevalence of diabetic retinopathy in people with diabetes attending screening in the UK (DRIVE UK). *PLoS One* 2012; 7: e32182.

[3] Zhang X, Saaddine JB, Chou CF, et al. Prevalence of diabetic retinopathy in the United States, 2005-2008. *JAMA* 2010; 304: 649-656.

[4] Malek M, Khamseh ME, Aghili R, Emami Z, Najafi L, Baradaran HR. Medical management of diabetic retinopathy: an overview. *Arch Iran Med* 2012; 15: 635-640.

[5] Misra A, Bachmann MO, Greenwood RH, et al. Trends in yield and effects of screening intervals during 17 years of a large UK community-based diabetic retinopathy screening programme. *Diabet Med* 2009; 26: 1040-1047.

[6] Backlund LB, Algvare PV, Rosenqvist U. New blindness in diabetes reduced by more than one third in Stockholm County. *Diabet Med* 1997; 14: 732-740.

[7] Mohan V, Deepa M, Pradeepa R, et al. Prevention of diabetes in rural India with a telemedicine intervention. *J Diabetes Sci Technol* 2012; 6: 1355-1364.

4.2 Índices de ce- toacidosis diabética en el momento del diagnóstico en niños con diabetes tipo 1

[1] Kitabchi AE, Umpierrez GE, Murphy MB, et al. Hyperglycemic crises in diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27 Suppl 1: S94-102.

[2] Kitabchi AE, Umpierrez GE, Miles JM, Fisher JN. Hyperglycemic Crises in Adult Patients With Diabetes. *Diabetes Care* 2009; 32: 1335-1343.

[3] Usher-Smith JA, Thompson MJ, Sharp SJ, Walter FM. Factors associated with the presence of diabetic ketoacidosis at diagnosis of diabetes in children and young adults: a systematic review. *BMJ* 2011; 343: d4092.

[4] Edge JA, Ford-Adams ME, Dunger DB. Causes of death in children with insulin dependent diabetes 1990-96. *Arch Dis Child* 1999; 81: 318-396.

[5] DIAMOND Project Group. Incidence and trends of childhood Type 1 diabetes worldwide 1990-1999. *Diabet Med* 2006; 23: 857-866.

[6] Vanelli M, Cangelosi AM, Fanciullo L, et al. Children with type 1-diabetes from ethnic minorities: vulnerable patients needing a tailored medical support. *Acta Biomed* 2012; 83: 30-35.

[7] Usher-Smith JA, Thompson MJ, Ercole A, Walter FM. Variation between countries in the frequency of diabetic ketoacidosis at first presentation of type 1 diabetes in children: a systematic review. *Diabetologia* 2012; 55: 2878-2894.

[8] Samuelsson U, Stenhammar L. Clinical characteristics at onset of Type 1 diabetes in children diagnosed between 1977 and 2001 in the south-east region of Sweden. *Diabetes Res Clin Pract* 2005; 68: 49-55.

[9] Lévy-Marchal C, Patterson CC, Green A. Geographical variation of presentation at diagnosis of type I diabetes in children: The EURODIAB study. *Diabetologia* 2001; 44 Suppl 3: B75-80.

[10] Borchers AT, Uibo R, Gershwin ME. The geoepidemiology of type 1 diabetes. *Autoimmun Rev* 2010; 9: A355-365.

[11] Shrestha SS, Zhang P, Barker L, Imperatore G. Medical expenditures associated with diabetes acute complications in privately insured U.S. youth. *Diabetes Care* 2010; 33: 2617-2622.

[12] Icks A, Strassburger K, Baechle C, et al. Frequency and cost of diabetic ketoacidosis in Germany – study in 12,001 paediatric patients. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2013; 121: 58-59.

4.3 La diabetes en los pueblos indígenas

[1] United Nations Department of Economic and Social Affairs. *State of the World's Indigenous Peoples*. UN: New York; 2009.

[2] United Nations General Assembly. Declaration 61/295 on the Rights of Indigenous Peoples (adopted 13 September 2007). UN: New York; 2008.

[3] Chen HD, Shaw CK, Tseng WP, Chen HI. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in Aborigines

and Chinese in eastern Taiwan. *Diabetes Res Clin Pract* 1997; 38(3): 199-205.

[4] Minges KE, Zimmet P, Magliano DJ, et al. Diabetes prevalence and determinants in Indigenous Australian populations: A systematic review. *Diabetes Res Clin Pract* 2011; 93: 139-149.

[5] Lee ET, Howard BV, Savage PJ, Cowan LD, Fabsitz RR, Oopic AJ et al. Diabetes and impaired glucose tolerance in three American Indian populations aged 45-74 years: the Strong Heart Study. *Diabetes Care* 1995; 18(5): 599-610.

[6] Santos JL, Perez Bravo F, Carrasco E, Calvillan M, Albala C. Low prevalence of type 2 diabetes despite a high average body mass index in the Aymara Natives from Chile. *Nutrition* 2001; 17(4): 305-309.

[7] Pavkov ME, Hanson RL, Knowler WC, Bennett PH, Krakoff J, Nelson RG. Changing patterns of type 2 diabetes incidence among Pima Indians. *Diabetes Care* 2007; 30(7): 758-763.

[8] Boyle JP, Thompson TJ, Gregg EW, Barker LE, Williamson DF. Projection of the year 2050 burden of diabetes in the US adult population: dynamic modeling of incidence, mortality, and prediabetes prevalence. *Popul Health Metr*. 2010; 8: 29.

[9] First Nations Centre, National Aboriginal Health Organisation. *Gestational Diabetes and First Nations Women - A literature review*. NAHO First Nations Centre; 2009.

[10] Oster RT, Johnson JA, Hemmelgarn BR, et al. Recent epidemiologic trends of diabetes mellitus among status Aboriginal adults. *CMAJ* 2011; 183: E803-E808.

[11] Dyck RF, Osgood ND, Gao A, et al. The epidemiology of diabetes mellitus among First Nations

and non-First Nations children in Saskatchewan. *Canadian Journal of Diabetes* 2012; 36: 19-24.

[12] Dyck RF, Osgood ND, Lin TH, Gao A, Stang MR. 2010 End Stage Renal Disease Among People with Diabetes: A Comparison of First Nations People and Other Saskatchewan Residents from 1981 to 2005. *Canadian Journal of Diabetes* 2010; 34(4): 324-333.

[13] Durand AM, Bourne J, Tuohey-Mote D, Khorram KD, Abraham IJ. Diabetes in the Indigenous Population of the Commonwealth of the Northern Mariana Islands. *Asia Pac J Public Health* 1997; 9: 28-32 .

[14] Shannon C. Acculturation: Aboriginal and Torres Strait Islander nutrition. *Asia Pac J Clin Nutr* 2002; 11 Suppl 3: S576-578.

[15] Mitchell FM. Reframing diabetes in American Indian communities: a social determinants of health perspective. *Health Soc Work* 2012; 37: 71-79.

[16] Nettleton C, et al. Symposium on the social determinants of Indigenous health. In: *An overview of current knowledge of the social determinants of Indigenous health*. Geneva: World Health Organization; 2007.

[17] Harris SB, Bhattacharyya O, Dyck R, Naqshbandi Hayward M, Toth EL. Type 2 Diabetes in Aboriginal Peoples. *Can J Diabetes* 2013; 37: S191-S196.

[18] Ritenbaugh C, Teufel-Shone NI, Aickin MG, Joe JR, Poirer S, Dillingham DC, Johnson D, Henning S, Cole SM, Cockerham D. A lifestyle intervention improves plasma insulin levels among Native American high school youth. *Preventive Medicine* 2003; 36: 309-319.

[19] Yu C, Zinman B. Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance in aboriginal populations: A global perspective. *Diabetes Res Clin Pract* 2007; 78: 159-170.

4.4 La diabetes en las comunidades rurales

[1] International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas 6th ed*. IDF. Brussels, 2013.

[2] World Health Organization. Diabetes Fact Sheet. WHO. Geneva, 2011.

[3] World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases 2010: Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants*. WHO: Geneva; 2011.

[4] Hwang CK, Han PV, Zabetian A, Ali MK, Narayan KM. Rural diabetes prevalence quintuples over twenty-five years in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract* 2012; 96: 271-85.

[5] Katulanda P, Ranasinghe P, Jayawardana R, et al. Metabolic syndrome among Sri Lankan adults: prevalence, patterns and correlates. *Diabetol Metab Syndr* 2012; 4: 24.

[6] Misra P, Upadhyay RP, Misra A, Anand K. A review of the epidemiology of diabetes in rural India. *Diabetes Res Clin Pract* 2011; 92: 303-11.

[7] Yang SH, Dou KF, Song WJ. Prevalence of diabetes among men and women in China. *N Engl J Med* 2010; 362: 2425-6.

[8] Jaffiol C. The burden of diabetes in Africa: a major public health problem. *Bull Acad Natl Med* 2011; 195: 1239-53.

[9] Misra A, Khurana L. Obesity and the metabolic syndrome in developing countries. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93(11 Suppl 1): S9-30.

[10] Chan JC, Malik V, Jia W, et al. Diabetes in Asia: epidemiology, risk factors, and pathophysiology. *JAMA* 2009; 301: 2129-40.

[11] Pillay TD, Bernabe-Ortiz A, Málaga G, Miranda JJ. Should rural Latin America align to the international diabetes rise forecasts? *Diabetes Res Clin Pract* 2012; 97: e1-2.

[12] Clark M. Diabetes self-management education: a review of published studies. *Prim Care Diabetes* 2008; 2: 113-20.

[13] International Diabetes Federation. Diabetes Education. IDF: Brussels; 2009.

[14] Mohan V, Deepa M, Pradeepa R, et al. Prevention of diabetes in rural India with a telemedicine intervention. *J Diabetes Sci Technol* 2012; 6: 1355-1364.

[15] de Jongh T, Gurol-Urganci I, Vodopivec-Jamsek V, et al. Mobile phone messaging for facilitating self-management of long-term illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 12: CD007459.

Capítulo 5

La vinculación de lo local a lo global

5.1 Impulsar la agenda global sobre la diabetes

[1] United Nations. *Resolution 61/225: World Diabetes Day*. UN: New York; 2007.

[2] United Nations. *Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. UN: New York; 2011.

[3] United Nations. *Report of the United Nations Conference on Sustainable Development Rio de Janeiro*. UN: New York; 2012.

[4] World Health Assembly. *Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. WHO: Geneva; 2013.

[5] World Health Organization. *Draft comprehensive global monitoring framework and targets for the prevention and control of noncommunicable diseases*. WHO: Geneva; 2013.

[6] Cameron A, Roubos I, Ewen M, Mantel-Teeuwisse AK, Leufkens HGM, Laing RO. Differences in the availability of medicines for chronic and acute conditions in the public and private sectors of developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2011; 89: 412-421.

5.2 Incluir la diabetes en el desarrollo

[1] Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States [Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100] and entered into force on 7 April 1948.

5.4 La formación de los profesionales de la salud en la diabetes

[1] World Health Organization. *The World Health Report 2006 - Working together for health*. WHO: Geneva; 2006.

[2] United Nations. *Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. UN: New York; 2011.

[3] Duncan I, Birkmeyer C, Coughlin S, Qijuan (E) L, Sherr D, and Boren, S. Assessing the value of diabetes education. *The Diabetes Educator* 2009; 35: 752-760.

[4] International Diabetes Federation. *IDF International Standards for Diabetes Education*, 3rd edn. IDF: Brussels; 2009.

[5] Kahn L S, Tumiel-Berhalter L, D'Aniello R, Danzo A, Fox CH., Taylor J, et al. The Impacts of "Growing Our Own": A Pilot Project to Address Health Disparities by Training Health Professionals to Become Certified Diabetes Educators in Safety Net Practices. *The Diabetes Educator*, 2012 38: 86.

[6] Charandabl SM, Vahidi R, Marions L and Wahlström R. Effect of a peer-educational intervention on provider knowledge and reported performance in family planning services: a cluster randomized trial. *BMC Medical Education*, 2010; 10: 11.

[7] National Committee for Quality Assurance. 2005 State of Health Care Quality. *Industry trends and analysis*. Washington, DC: National Committee for Quality Assurance; 2005. Available at: <http://web.ncqa.org>.

[8] National Committee for Quality Assurance, American Diabetes Association. Diabetes Physician Recognition Program (DPRP). Available at: www.ncqa.org/dprp.

[9] Trap B, Todd CH, Moore H, Laing R. The impact of supervision on stock management and adherence to treatment guidelines: a randomized controlled trial. *Health Policy and Planning*, 2011, 16: 273-280.

[10] Kirkman MS, Caffrey HH, Williams SR, Marrero DG. Impact of a program to improve adherence to diabetes guidelines by primary care physicians. *Diabetes Care*, 2002; 25: 1946-1951.

Capítulo 6

Recursos y Soluciones

6.1 La diabetes en las personas mayores

[1] United Nations Department of Economic and Social Affairs. *World Population Prospects - The 2012 Revision*. UN: New York; 2013.

[2] Kirkman S, Briscoe VJ, Clark N, Florez H, Haas LB, Halter JB, Huang ES, Korytowski MT, Munshi MN, Odegard PS, Pratley RE, Swift CS. Diabetes in older adults: a consensus report. *Journal of the American Geriatric Society*, 2012; 60(12): 2342-2356.

[3] Dunning T. Diet and Nutrition in Diabetes. London: Diabetes UK. Capítulo X, Clinical and lifestyle management in older people. (In press)

[4] Menz HB, Lord SR, St George R, Fitzpatrick RC. Walking stability and sensorimotor function in older people with diabetic peripheral neuropathy. *Arch Phys Med Rehabil* 2004; 85(2):245-252.

[5] Volpato S, Leveille SG, Blaum C, Fried LP, Guralnik JM. Risk Factors for Falls in Older Disabled Women With Diabetes: The Women's Health and Aging Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005; 60(12): 1539-1545.

[6] Lu FP, Lin KP, Kuo HK. Diabetes and the Risk of Multi-System Aging Phenotypes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 4(1): e4144.

[7] Lin EJ, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon GE, Oliver M, Ciechanowski P, Ludman EJ, Bush T, Young B. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care* 2004; 27(9): 2154-60.

[8] Lipska KJ, Bailey CJ, Inzucchi SE. Use of Metformin in the Setting of Mild-to-Moderate Renal Insufficiency. *Diabetes Care* 2011; 34(6): 1431-1437.

[9] Shorr RI, Ray WA, Daugherty JR, Griffin MR. Individual sulfonylureas and serious hypoglycemia in older people. *J Am Geriatr Soc*. 1996; 44(7): 751-755.

[10] Ritz P. Factors affecting energy and macronutrient requirements in elderly people. *Public Health Nutr*. 2001; 4(2B): 561-568.

Lista de cuadros y cifras

Tablas

| | | |
|------------------|---|----|
| Tabla 2.1 | Los 10 principales países/territorios de prevalencia* (%) de diabetes (20-79 años), 2013 y 2035 | 33 |
| Tabla 2.2 | Los 10 principales países/territorios por número de personas con diabetes (20-79 años), 2013 y 2035 | 34 |
| Tabla 2.3 | Diabetes no diagnosticada (20-79 años) por Región de la FID y grupo de ingresos, 2013 | 39 |
| Tabla 2.4 | Los 10 principales países/territorios por prevalencia* (%) de TAG (20-79 años), 2013 y 2035 | 41 |
| Tabla 2.5 | Hiperglucemia en el embarazo (20-49 años) por Región de la FID, 2013 | 45 |
| Tabla 3.0 | Las estimaciones regionales para la diabetes (20-79 años), 2013 y 2035 | 55 |
| Tabla 4.1 | Características del estudio y la prevalencia de la retinopatía por Regiones de la FID | 77 |
| Tabla 4.2 | Studies on the Prevalencia of diabetic ketoacidosis (DKA) at diagnosis of type 1 diabetes in children (0-14 años) | 79 |
| Tabla 4.3 | Diabetes en zonas rurales por Región de la FID (20 -79 años) en 2013 | 83 |
| Tabla 5.1 | Objetivos y metas del Plan de Acción Global para la prevención y el control de las ENT | 89 |
| Tabla 5.2 | Desarrollo de conocimientos y competencias en educación y asistencia de la diabetes por nivel de ingresos | 95 |
| Tabla 5.3 | Encuestados con certificación en diabetes y/o un título o diploma de educación en diabetes por Región de la FID y nivel de ingresos | 96 |
| Tabla 5.4 | Uso de los recursos educación en diabetes de la FID | 97 |

Mapas

| | | |
|-----------------|---|----|
| Mapa 2.1 | Prevalencia* (%) de diabetes en adultos (20-79 años), 2013 | 36 |
| Mapa 2.2 | Número de personas con diabetes (20-79 años), 2013 | 37 |
| Mapa 2.3 | Prevalencia* (%) de diabetes no diagnosticada (20-79 años), 2013 | 39 |
| Mapa 2.4 | Prevalencia* (%) de tolerancia anormal a la glucosa (20-79 años), 2013 | 41 |
| Mapa 2.5 | Nuevos casos de diabetes tipo 1 (0 a 14 años por cada 100.000 niños por año), 2013 | 43 |
| Mapa 2.6 | Fuentes de datos que proporcionan información sobre la prevalencia de la hiperglucemia en el embarazo, 2013 | 45 |
| Mapa 2.7 | Muertes atribuibles a la diabetes (20-79 años), 2013 | 47 |
| Mapa 2.8 | Media de gastos sanitarios relacionados con la diabetes por persona con diabetes (20-79 años) (USD), R=2*, 2013 | 49 |
| Mapa 3.1 | Estimaciones de prevalencia* (%) de diabetes (20-79 años), 2013, Región de África | 57 |

| | | |
|-----------------|--|-----|
| Mapa 3.2 | Estimaciones de prevalencia* (%) de diabetes (20-79 años), 2013, Región de Europa | 59 |
| Mapa 3.3 | Estimaciones de prevalencia* (%) de diabetes (20-79 años), 2013, Región de Oriente Medio y Norte de África | 61 |
| Mapa 3.4 | Estimaciones de prevalencia* (%) de diabetes (20-79 años), 2013, Región de América del Norte y Caribe | 63 |
| Mapa 3.5 | Estimaciones de prevalencia* (%) de diabetes (20-79 años), 2013, Región de América Central y del Sur | 65 |
| Mapa 3.6 | Estimaciones de prevalencia* (%) de diabetes (20-79 años), 2013, Región del Sudeste Asiático | 67 |
| Mapa 3.7 | Estimaciones de prevalencia* (%) de diabetes (20-79 años), 2013, Región del Pacífico Occidental | 69 |
| Mapa 4.1 | Estudios que informan sobre la prevalencia de la retinopatía | 77 |
| Mapa 4.2 | Índices (%) de la cetoacidosis diabética (CAD) en el momento del diagnóstico de diabetes tipo 1 en niños (0-14 años) | 79 |
| Mapa 4.3 | Prevalencia* (%) de la diabetes en zonas rurales (20-79 años), 2013 | 83 |
| Mapa 5.1 | Personas que respondieron a una encuesta sobre la educación de la diabetes en los profesionales sanitarios | 94 |
| Mapa 6.1 | Número de personas con diabetes (60-79 años), 2013 | 103 |
| Mapa 6.2 | Vísitass a D-NET, 2013 | 104 |
| Mapa 6.3 | Monumentos iluminados para la campaña "Luz para la diabetes" del Día Mundial de la Diabetes de 2012 | 104 |
| Mapa 6.4 | Jóvenes Líderes en Diabetes | 105 |
| Mapa 6.5 | Niños que cuentan con el apoyo del Programa <i>Life for a Child</i> | 105 |

Figuras

| | | |
|-------------------|--|----|
| Figura 1.1 | Las principales complicaciones de la diabetes | 25 |
| Figura 1.2 | Producción y acción de la insulina | 27 |
| Figura 2.1 | Prevalencia* (%) de diabetes (20-79 años) por Región de la FID, 2013 y 2035 | 35 |
| Figura 2.2 | Prevalencia (%) de personas con diabetes por edad y sexo, 2013 | 35 |
| Figura 2.3 | Número de personas con TAG por edad (20-79 años), 2013 y 2035 | 40 |
| Figura 2.4 | Prevalencia (%) de personas con TAG (20-79 años) por edad y sexo, 2013 | 40 |
| Figura 2.5 | Número estimado de niños (0 a 14 años) con diabetes tipo 1 por Región de la FID, 2013 | 43 |
| Figura 2.6 | Muertes atribuibles a la diabetes como porcentaje de todas las muertes (20-79 años) por Región de la FID, 2013 | 47 |
| Figura 2.7 | Gasto sanitario debido a la diabetes por edad (USD, R=2), 2013 | 49 |
| Figura 3.0 | Número de personas con diabetes por población (20-79 años) por Región de la FID, 2013 | 55 |
| Figura 3.1 | Muertes debidas a la diabetes, Región de África, 2013 | 57 |
| Figura 3.2 | Muertes debidas a la diabetes, Región de Europa, 2013 | 59 |
| Figura 3.3 | Muertes debidas a la diabetes, Oriente Medio y Norte de África Region, 2013 | 61 |
| Figura 3.4 | Muertes debidas a la diabetes, América del Norte y Caribe Region, 2013 | 63 |

| | | |
|-------------------|--|----|
| Figura 3.5 | Muertes debidas a la diabetes, América Central y del Sur Region, 2013 | 65 |
| Figura 3.6 | Muertes debidas a la diabetes, Región del Sudeste Asiático, 2013 | 67 |
| Figura 3.7 | Muertes debidas a la diabetes, Región del Pacífico Occidental, 2013..... | 69 |
| Figura 4.1 | Muertes por diabetes en personas menores de 60 años (%) por PIB per cápita (USD PPP), 2013* | 75 |
| Figura 4.2 | Prevalencia ajustada por edad (%) de la diabetes en los pueblos indígenas..... | 81 |
| Figura 5.1 | Uso del Marco de Trabajo Mundial para fijar la agenda de desarrollo para las ENT | 91 |
| Figura 5.2 | Objetivos relacionados con la diabetes para el marco de trabajo de desarrollo post-2015 | 91 |
| Figura 5.3 | Diabetes Scorecard de la FID | 93 |

Podrá encontrar más cuadros y cifras en www.idf.org/diabetesatlas



**Federación
Internacional
de Diabetes**

Atlas de la Diabetes de la FID - 6ª edición
y otras publicaciones son disponibles en:

International Diabetes Federation (IDF)

Chaussée de La Hulpe 166

B-1170 Brussels | Belgium

Tel +32 (0)2 538 55 11

Fax +32 (0)2 538 51 14

idf@idf.org | www.idf.org