



**ORGANIZACIÓN
PANAMERICANA
DE LA SALUD**

XXXIX Reunión



**ORGANIZACIÓN
MUNDIAL
DE LA SALUD**

XLVIII Reunión

Washington, D.C.
Septiembre 1996

Tema 5.9 del programa provisional

CD39/19 (Esp.)
Corrigendum
9 septiembre 1996

DIABETES EN LAS AMÉRICAS

La diabetes (principalmente la que aparece en la edad adulta) ha surgido en este siglo como un problema de salud pública que ha alcanzado proporciones de pandemia. Las complicaciones, tales como ceguera, insuficiencia renal crónica, amputaciones de miembros inferiores, cardiopatía y accidentes cerebrovasculares, son costosas para las personas afectadas y para el sistema de asistencia sanitaria. En 1994, se calculaba que en todo el mundo había 110 millones de casos, 25% de los cuales correspondían a las Américas (15 millones en los Estados Unidos y el Canadá y 13 millones en América Latina y el Caribe). Para el año 2010, el número de casos en América Latina y el Caribe alcanzará los 20 millones. Muchos casos pueden ser prevenidos mediante una alimentación saludable y el ejercicio. Las complicaciones pueden reducirse prestando atención a otros factores de riesgo (por ejemplo, tabaquismo, hipertensión y cuidado inadecuado de los pies). Un mejor control metabólico permite reducir la incidencia y la mortalidad debidas a las principales complicaciones. La educación de los pacientes y del público son fundamentales para el logro de estas mejoras.

El Programa de Enfermedades No Transmisibles de la OPS ha designado a la diabetes como una de sus prioridades, y en junio de 1996 la Federación Internacional de la Diabetes (FID) entró en relaciones oficiales de trabajo con la OPS en ocasión de la 118.ª Reunión del Comité Ejecutivo (resolución CE118.R8). La Declaración de las Américas sobre la Diabetes marcará un hito en la lucha contra la diabetes una vez que se divulgue, luego de la reunión regional que se celebrará en agosto de 1996 en Puerto Rico. La Declaración pretende promover principios generales y crear las condiciones para apoyar la prevención de la diabetes y mejorar la calidad de la atención.

En este 75.º aniversario del descubrimiento de la insulina, se pide al Consejo Directivo que tome nota de: a) la frecuencia en aumento de la diabetes y sus complicaciones; b) que sus repercusiones pueden reducirse aplicando medidas preventivas entre la población general y entre los personas con diabetes, y mejorando la calidad de la atención; y c) la nueva relación entre la OPS y la FID para colaborar en la prestación de cooperación técnica en esta esfera. Se pide además al Consejo Directivo que reconozca a la diabetes como un problema de salud pública de importancia para toda la Región y que considere la Declaración de las Américas sobre la Diabetes como una guía para la elaboración de programas.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Resumen ejecutivo	3
1. Introducción	5
2. Eficacia de la prevención y el tratamiento	6
3. La situación de salud en cuanto a la diabetes en las Américas	7
4. Cuantificación y normalización	8
5. Respuesta de la OPS	9
6. Esferas fundamentales para la acción	10
7. Colaboración con la Federación Internacional de la Diabetes	11
7.1 Formulación de políticas, planes y normas	11
7.2 Movilización de recursos	11
7.3 Difusión de información	12
7.4 Adiestramiento	12
7.5 Investigación	12
7.6 Cooperación técnica directa	13
8. Puntos para la consideración del Consejo Directivo	13
Bibliografía	14

RESUMEN EJECUTIVO

La diabetes (principalmente la que aparece en la edad adulta) ha surgido en este siglo como un problema de salud pública que ha alcanzado proporciones de pandemia. Otros factores fundamentales también tienen importancia en relación con la diabetes, como el aumento generalizado del número de personas con exceso de peso y obesidad a consecuencia del consumo de alimentos ricos en grasas y con poco contenido de fibra, todo esto agravado por la vida sedentaria. Las complicaciones de la diabetes —incluida la ceguera por retinopatía diabética, la insuficiencia renal crónica, las úlceras de los pies y las amputaciones de miembros inferiores (por causa de la vasculopatía y la neuropatía periféricas), las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares— se acentúan por otros factores de riesgo por ejemplo, tabaquismo, hipertensión y cuidado inadecuado de los pies.

En 1994, se calculaba que en el mundo había unos 110 millones de casos, 25 % de los cuales se encontraban en las Américas (15 millones en los Estados Unidos y el Canadá y 13 millones en América Latina y el Caribe). Para el año 2010, el número de casos en América Latina y el Caribe alcanzará 20 millones. Es muy posible que la asistencia de la diabetes consuma ya hasta 10% de algunos presupuestos nacionales de salud.

Muchos casos de diabetes que se inician en la edad adulta pueden prevenirse mediante una alimentación saludable y el ejercicio físico. Las complicaciones pueden reducirse prestando atención a otros factores de riesgo que acabamos de mencionar. Un mejor control metabólico conduce a disminuir la incidencia y la mortalidad debidas a las principales complicaciones. La educación de los pacientes y del público son fundamentales para lograr estas mejoras.

En 1995, la Organización Panamericana de la Salud designó la diabetes como una prioridad del Programa de Enfermedades No Transmisibles, y en junio de 1996, en ocasión de la 118.ª Reunión del Comité Ejecutivo, la Federación Internacional de la Diabetes (FID) entró en relaciones oficiales con la OPS (resolución CE118.R8). La Declaración de las Américas sobre la Diabetes marcará un hito en la lucha contra la diabetes, cuando se dé a conocer luego de una reunión regional que se celebrará en agosto de 1996, en Puerto Rico. La Declaración pretende promover principios generales y crear las condiciones que apoyen la prevención de la diabetes y mejoren la calidad de la atención de los personas con diabetes.

En este 75º aniversario del descubrimiento de la insulina, se pide al Consejo Directivo que tome nota de:

- El aumento previsto de la frecuencia de diabetes y sus complicaciones en toda la Región.
- Que las repercusiones pueden reducirse tomando medidas preventivas para la población general y los personas con diabetes, y mejorando la calidad de la atención de quienes ya tienen la enfermedad.
- La nueva relación entre la OPS y la FID, que facilitará la prestación de cooperación técnica conjunta.

Se pide además al Consejo Directivo que reconozca a la diabetes como un problema de salud pública de importancia para toda la Región y que considere a la Declaración de las Américas sobre la Diabetes como una guía para la elaboración de programas.

1. Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica que se caracteriza por disminuir la capacidad de las personas afectadas para utilizar la glucosa, la fuente de energía más importante para el organismo. Lo que sucede es que el organismo no produce suficiente insulina, o no la emplea eficazmente, para convertir la glucosa en energía. Como resultado, la glucosa aumenta en la sangre, lo cual puede acarrear complicaciones a corto y a largo plazo.

Hay dos tipos principales de diabetes: la diabetes mellitus dependiente de la insulina (DMDI, también llamada de tipo I) y la diabetes mellitus no dependiente de la insulina (DMNDI, también llamada de tipo II). En el caso de la diabetes de tipo I siempre es necesario el tratamiento con insulina. Ambos tipos requieren que se preste atención a la alimentación, al ejercicio y a otras medidas preventivas (por ejemplo, el cuidado de los pies), con independencia de la necesidad de insulino terapia.

En los dos tipos principales de la enfermedad, las complicaciones van desde estados hipo o hiperglucémicos, cetoacidosis e infecciones, hasta enfermedades crónicas como la aterosclerosis, la cardiopatía isquémica, la retinopatía, la nefropatía, la neuropatía y la ulceración de los pies y la amputación. A ello hay que agregar complicaciones del embarazo y repercusiones sociales como la discriminación en el trabajo que ocurre en algunos lugares.

El riesgo de mortalidad entre las personas con DMDI sigue siendo mucho más alto que el de la población general (por ejemplo, en varios estudios se ha observado que dicho riesgo suele ser de 5 a 10 veces más alto, con variaciones amplias según la edad, el sexo y el grupo étnico). Las personas con DMNDI padecen complicaciones similares que afectan a la salud y ponen en peligro la vida. La mayoría de las diferencias entre las tasas de mortalidad y de complicaciones de la DMDI y de la DMNDI se atribuyen a la mayor duración de la DMDI, que empieza generalmente a muy corta edad.

Literalmente, cualquiera puede contraer la diabetes si se dan las condiciones para ello, pero no todos los individuos están expuestos al mismo riesgo. Los antecedentes familiares de la enfermedad pueden reflejar bien sea una sensibilidad genética fundamental, factores de riesgo comunes (por ejemplo, alimentación no saludable) o ambas cosas. En todo el mundo, los grupos de población que experimentan cambios culturales rápidos se encuentran especialmente en riesgo. En las Américas, esto incluye a pueblos indígenas, latinoamericanos que viven en los Estados Unidos y personas de origen africano, asiático y de las islas del Pacífico. La prevalencia aumenta con la edad y es algo mayor en las mujeres que en los hombres.

Prácticamente en todos los países de las Américas, la diabetes se ha convertido en una causa importante de discapacidad y muerte. En 1990, en América Latina y el Caribe, la diabetes causó oficialmente 85.200 defunciones, aunque la cifra real puede ser mucho mayor, debido al subdiagnóstico y al registro inexacto de las causas de defunción, particularmente de las muertes clasificadas como cardiopatías y accidentes cerebrovasculares. En 1994, unos 28 millones de personas padecían de esta enfermedad en toda la Región de las Américas (véase "La situación de salud en cuanto a la diabetes en las Américas", más adelante).

2. Eficacia de la prevención y el tratamiento

La mayoría de los personas con diabetes padecen la DMNDI, que está relacionada en gran parte con el modo de vida y, en consecuencia, es susceptible de prevenirse mediante la promoción de la salud y la modificación del modo de vida. Entre las medidas preventivas se encuentra el mantenimiento del peso corporal apropiado, el consumo de alimentos con poco contenido de grasas y abundancia de fibras, no fumar, el ejercicio físico y el control de la hipertensión.

Las personas aquejadas de DMDI también se benefician enormemente de estas medidas que contribuyen a la prevención de las complicaciones secundarias en un proceso morboso que está en curso.

En 1993, concluyó el tan esperado Ensayo sobre Control y Complicaciones de la Diabetes (ECCD) en los Estados Unidos y el Canadá. Dicho estudio, diseñado para evaluar la eficacia del tratamiento estricto de la DMDI con miras a mejorar el control metabólico, demostró que dicha estrategia se relaciona con un inicio tardío y una progresión más lenta de las principales complicaciones clínicas, a saber: retinopatía, nefropatía y neuropatía. La incidencia de estas complicaciones se redujo en más de 50% después de siete años de seguimiento.

El ECCD se considera un hito en esta especialidad. Una vez que se establece la enfermedad, la clave del manejo eficaz es mantener un buen control metabólico, que requiere la participación activa del paciente en su propia atención.

Aunque a la fecha no se ha dado a conocer ningún estudio clínico similar al ECCD que demuestre los beneficios de la casi normalización de la glucemia en los pacientes con DMNDI, la Asociación Estadounidense de Lucha contra la Diabetes destaca la semejanza entre las dos formas principales de la enfermedad y considera razonable fijarse las mismas metas para el manejo de este tipo de diabetes, mientras se obtienen resultados de otros ensayos clínicos (por ejemplo, el Estudio Prospectivo sobre la Diabetes del Reino Unido).

La eficacia de la dieta y el ejercicio para reducir la incidencia de la DMNDI en personas con disminución de la tolerancia a la glucosa (factor de riesgo de DMNDI) acaba de ser demostrada en un estudio que incluyó a 30.000 sujetos en Da Qing (China). Luego de un período de seguimiento de seis años se comprobaron reducciones del orden de 50% (Fuente: Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, Phoenix; informe en prensa). Un ensayo similar se está efectuando en los Estados Unidos.

3. La situación de salud en cuanto a la diabetes en las Américas

La incidencia y prevalencia de la diabetes han aumentado a lo largo del siglo XX. La enfermedad es ahora un grave problema internacional de salud pública pues se calcula que en todo el mundo había, en 1994, unos 110 millones de casos. Las proyecciones indican que la incidencia y la prevalencia de la enfermedad aumentarán durante los próximos decenios. Se justifica, por tanto, calificar la situación como una "pandemia mundial".

En la Región de las Américas, en 1994 (cuadro 1), se calculaba que había unos 28 millones de casos, incluidos 15 millones en los Estados Unidos y el Canadá, y 13 millones en América Latina y el Caribe. Para el año 2010, se prevé que el número de casos en América Latina y el Caribe aumentará a 20 millones, debido al envejecimiento de la población, los cambios sociales y los factores de riesgo asociados. Estos cálculos son moderados (figura 1).

Cuadro 1

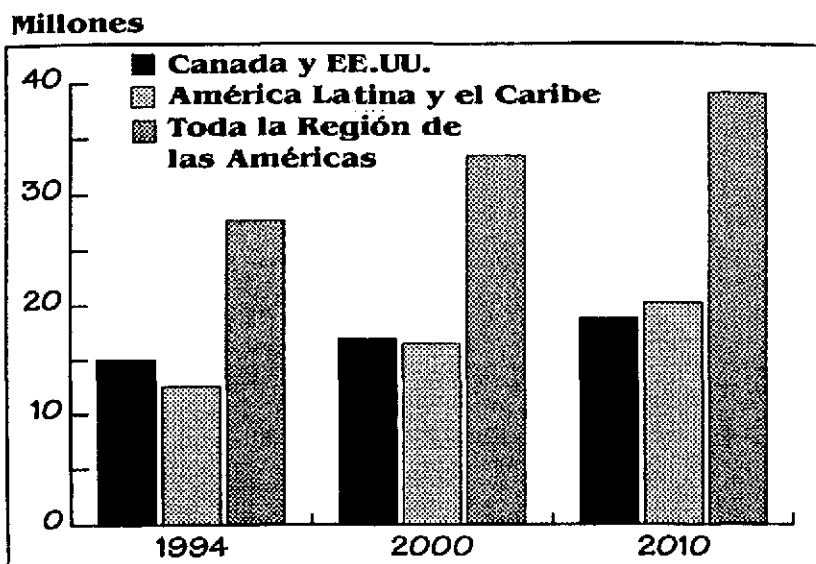
**Proyecciones del número de casos de diabetes de 1994 a 2010
(en miles)**

	1994		2000		2010	
	DMDI	DMNDI	DMDI	DMNDI	DMDI	DMNDI
Mesoamérica (incluido México)	420	3.662	615	5.382	807	7.107
Islas del Caribe	105	913	142	1.257	184	1.597
América del Sur	765	6.740	922	8.151	1.076	9.475
Total parcial	1.290	11.315	1.679	14.790	2.067	18.179
Canadá y Estados Unidos de América	1.683	13.402	1.882	15.094	2.081	16.787
Total	2.973	24.717	3.561	28.884	4.148	34.966

Fuente: Instituto Internacional de la Diabetes, Melbourne (Australia). Centro Colaborador de la OMS para la Diabetes Mellitus.

Figura 1

Proyecciones del número de casos de diabetes
para las Américas: 1994 a 2010



Estas tendencias son el resultado de los acelerados cambios culturales que están ocurriendo en América Latina y el Caribe, con las consiguientes repercusiones sobre la alimentación y el modo de vida, agravadas por el envejecimiento de la población.

Debido a la tendencia ascendente del número de casos y a las elevadas tasas de complicaciones en las personas cuya diabetes no está bien controlada, los servicios de salud y las familias de las personas con diabetes sobrellevarán una carga cada vez mayor. Gran parte de las repercusiones previstas son inevitables, pero también puede lograrse mucho más en materia de prevención y mejoramiento del tratamiento por comparación con lo que se está haciendo actualmente.

Son numerosas las posibilidades para aminorar estas repercusiones, ya sea mediante la prevención primaria, destinada a reducir la incidencia, o la prevención secundaria, es decir, mejorando la calidad de la atención para disminuir la frecuencia de las complicaciones.

4. Cuantificación y normalización

Hasta hace poco, la falta de criterios uniformes para el diagnóstico de la diabetes en sus diversas formas impedía la comprensión tanto clínica como de salud pública de la enfermedad. En las Américas, las tasas de incidencia anual calculadas para la DMDI

varían ampliamente, de 0,7 casos por 100.000, en el Perú, a 27 en la población masculina de la isla Prince Edward en el Canadá. Se calcula que la prevalencia de la DMNDI varía de 1,4% en los mapuche de Chile a 17,9% en los jamaíquinos adultos. Las tasas más altas de incidencia y prevalencia para la DMNDI en el mundo se han observado en los pima de Arizona, grupo en el que la mayoría de los adultos padece la enfermedad. La diferencia en las tasas calculadas de incidencia y prevalencia de los dos tipos de la enfermedad en diversas poblaciones indica que hay mucho campo para la investigación epidemiológica y sobre servicios de salud destinada a apoyar la formulación de programas de intervención.

En años recientes, la Organización Mundial de la Salud, la Federación Internacional de la Diabetes y otras entidades especializadas han trabajado en la normalización de los criterios para el diagnóstico de la diabetes. De igual manera, se ha observado un esfuerzo para formalizar la metodología destinada a evaluar su prevalencia en las poblaciones. Sin embargo, en América Latina y el Caribe se han llevado a cabo pocos estudios de prevalencia bien diseñados, por comparación con América del Norte, Europa, el Sudeste de Asia y la región del Pacífico. Hacen falta este tipo de estudios para definir las necesidades de las poblaciones, y establecer los puntos de comparación para evaluar las intervenciones y los efectos de los programas. En vista de que ciertos modos de vida se relacionan con la DMNDI, también se necesita información similar sobre los factores de riesgo de la población en cuanto a la enfermedad y sus complicaciones (por ejemplo, obesidad, inactividad física, hipertensión, colesterol sanguíneo elevado, tabaquismo).

5. Respuesta de la OPS

En razón de las repercusiones que están surgiendo y del potencial que existe para reducirlos aumentando las actividades de prevención y mejorando la calidad del control metabólico, en 1995 la Organización Panamericana de la Salud incluyó el apoyo a la formulación de programas contra la diabetes como una prioridad de su recién creado Programa de Enfermedades No Transmisibles (HCN). Consultores del programa de diabetes de la OMS apoyaron este proceso. Inicialmente se destacaron las actividades de formación de consenso, en colaboración con la Asociación Latinoamericana de la Diabetes (ALAD), la Asociación de la Diabetes del Caribe (ADC) y la Federación Internacional de la Diabetes (FID), que acaba de establecer relaciones oficiales con la OPS.

Otras iniciativas importantes durante el primer año del programa son el diseño de un enfoque basado en la diabetes para los programas integrados de enfermedades crónicas (en el Caribe de habla inglesa se lleva a cabo un estudio piloto); apoyo a un curso regional de adiestramiento de epidemiología en Colombia; apoyo a un curso regional de la FID para los dirigentes de las asociaciones nacionales de lucha contra la diabetes;

diseño de un estudio para demostrar las repercusiones clínicas y económicas de las mejoras en la calidad de la educación sobre diabetes en un Estado Miembro; la traducción al español de la publicación de la FID, *Educación sobre Diabetes. Disminuyamos el costo de la ignorancia* y la divulgación de un folleto titulado: *La diabetes en las Américas: datos para los profesionales de la salud*.

Hasta la fecha, estas actividades se han destacado internamente por un grado considerable de colaboración interprogramática, en particular entre el Programa de Enfermedades No Transmisibles, las oficinas de Publicaciones y Servicios Editoriales (DBI), de Relaciones Externas (DEC) y de Información Pública (DPI), y el Programa de Políticas Públicas y Salud (HDD).

El aumento de las repercusiones de la diabetes y las opciones de prevención y tratamiento eficaces justifican que se preste mayor atención a los aspectos de política, salud pública y clínicos en todos los países.

6. Esferas fundamentales para la acción

De la misma manera que se hace con otras enfermedades crónicas importantes que han suscitado la preocupación de los servicios de salud en la última parte del siglo XX, es posible hacer muchas cosas para abordar mejor la repercusión de la diabetes sobre los individuos y las sociedades. Las esferas fundamentales para la acción son las siguientes:

- Promoción del peso corporal adecuado y de la reducción del consumo de grasas, lo que, junto con el ejercicio físico regular, podría reducir la incidencia de diabetes (DMNDI) hasta en 50%;
- Reducción de factores de riesgo como el tabaquismo y la hipertensión, lo que, unido a un mejor control metabólico, podría reducir la tasa de complicaciones en 50% o más;
- Mejoramiento de la calidad de la atención, asignando mayor importancia al autocuidado (que consiste en incluir al paciente y a su familia en el equipo asistencial), lo que mejorará la calidad de vida de los personas con diabetes y también reducirá los costos de asistencia sanitaria por paciente (por ejemplo, menor número de complicaciones);
- Apoyo para la elaboración de programas de diabetes bien administrados a nivel local y nacional, integrados dentro de los programas para el control de las enfermedades crónicas de mayor importancia para la salud pública;

- Fomento de las asociaciones nacionales de lucha contra la diabetes con posibilidades de ayudar en la prevención y el control de la enfermedad, mediante actividades como son la educación de los pacientes y del público, el apoyo para el adiestramiento clínico, la atención comunitaria y la movilización de recursos.

7. Colaboración con la Federación Internacional de la Diabetes

La Federación Internacional de la Diabetes (FID) fue admitida en relaciones oficiales de trabajo con la OPS en junio de 1996, con ocasión de la 118.^a Reunión del Comité Ejecutivo (resolución CE118.R8).

Un programa conjunto de seis años reconoce que la diabetes es una prioridad de salud pública, indica que hay acuerdo general en cuanto a los enfoques necesarios para hacerle frente y propone que la OPS y la FID coordinen sus actividades en las Américas con esta finalidad.

Desde el punto de vista operativo, las actividades incluirán la colaboración de la OPS con los consejos de América del Norte, Central y del Sur de la FID y serán compatibles con los tipos de cooperación técnica que presta la OPS, de los cuales se dan ejemplos en los párrafos que siguen.

7.1 *Formulación de políticas, planes y normas*

La OPS y la Fundación Internacional de la Diabetes son copatrocinadores de la Declaración de las Américas sobre la Diabetes y brindarán apoyo a la formulación posterior de planes nacionales de ejecución. La Declaración representa un suceso importante para los asociados y se divulgará después de una reunión regional que se celebrará del 2 al 4 de agosto de 1996 en Puerto Rico. Entre los participantes, además de la OPS y la FID, figuran representantes de los ministerios de salud, las asociaciones nacionales de lucha contra la diabetes, otros organismos oficiales y organizaciones no gubernamentales, así como de la industria. La Declaración sienta los principios generales para la elaboración de programas contra la diabetes, haciendo hincapié tanto en la prevención como en la mejora de la calidad de la atención, y crea las condiciones para un proceso de aplicación, en un futuro cercano, similar al que siguió a la Declaración de San Vicente en la Región de Europa en 1989.

7.2 *Movilización de recursos*

En el convenio del programa conjunto se especifican cuatro esferas de acción que se explican prácticamente por sí solas:

- Creación de asociaciones nacionales de lucha contra la diabetes;

- Apoyo del sector privado a las estrategias de salud pública y de población;
- Promoción del autocuidado haciendo hincapié en la educación de los pacientes;
- Patrocinio conjunto de foros a nivel nacional y regional.

Un ejemplo de la función de apoyo que cumple el sector privado es la decisión tomada por la empresa Boehringer-Mannheim de financiar la traducción al español y la publicación por la OPS de la monografía de la FID, *Educación sobre diabetes. Disminuyamos el costo de la ignorancia*. Esta publicación salió a la luz en julio de 1996.

7.3 *Difusión de información*

El convenio del programa conjunto estipula que se prepare y difunda información fidedigna relativa a las repercusiones que tiene la diabetes en las Américas, sobre su prevención y control, así como sobre métodos eficaces en función de los costos para mejorar la calidad del programa. Hasta la fecha, ambas instituciones han venido preparando esa información de manera independiente, pero se prevé que un esfuerzo conjunto que permita mancomunar información y experiencia será más productivo y eficaz.

7.4 *Adiestramiento*

Se establece en el convenio que ambas instituciones combinarán su experiencia y sus conocimientos para atender las necesidades de adiestramiento en las esferas de gestión y toma de decisiones, ejecución y evaluación de programas, y educación del público. Un buen ejemplo de esto es la promoción y la participación de la OPS en un curso de liderazgo que impartirá la FID a diversas asociaciones de lucha contra la diabetes, a realizarse en Uruguay, en agosto de 1996.

7.5 *Investigación*

Se hará investigación operativa para orientar y evaluar las esferas mencionadas de la cooperación técnica. Se prevé que dicha investigación aborde principalmente la necesidad de llevar a la práctica, vigilar y evaluar la Declaración de las Américas sobre la Diabetes y las iniciativas de elaboración más detalladas que este programa conjunto dará lugar.

7.6 Cooperación técnica directa

Se prevé que la relación entre la OPS y la FID ayude a cada institución a trabajar más eficazmente por conducto de los ministerios de salud o las asociaciones nacionales de lucha contra la diabetes.

8. Puntos para la consideración del Consejo Directivo

En este 75.º aniversario del descubrimiento de la insulina por Banting, Macleod, Best y Collip en el Canadá, se pide al Consejo Directivo:

- a) Que tome nota de la tendencia prevista de aumento de la frecuencia de diabetes y sus complicaciones en toda la Región;
- b) Que tome nota de que las repercusiones pueden reducirse tomando medidas preventivas destinadas a la población general y a los personas con diabetes, y mejorando la calidad de la atención (insistiendo en el control metabólico) de los que ya tienen la enfermedad;
- c) Que tome nota de la nueva relación establecida entre la OPS y la FID con miras a prestar cooperación técnica conjunta;
- d) Que reconozca a la diabetes como un problema de salud pública de importancia regional y que considere la Declaración de las Américas sobre la Diabetes como una guía para la elaboración de programas.

Para dar cumplimiento a las resoluciones del Consejo Directivo, la OPS asignaría recursos del Programa de Enfermedades No Transmisibles de la División de Prevención y Control de Enfermedades. Estos recursos ascienden a US\$ 33.000 en costos de operación y \$52.000 en apoyo de personal para el bienio 1996-1997. Las actividades principales que se apoyarán con esta última son la cooperación técnica directa y la movilización de apoyo extrapresupuestario. A la fecha se ha obtenido en firme una subvención de \$160.000 para realizar una evaluación económica del tratamiento de la diabetes a nivel de país.

La Federación Internacional de la Diabetes, consejos regionales para América del Norte y para América Central y del Sur, fue admitida en relaciones oficiales con la Organización Panamericana de la Salud mediante la resolución CE118.R8 de la 118.ª Reunión del Comité Ejecutivo (junio de 1996). En el convenio para el programa conjunto de seis años, se contrajo un compromiso para la movilización de recursos, difusión de información, adiestramiento e investigación.

Se espera que a nivel de país habrá la capacidad necesaria para generar actividades de contrapartida con el objetivo común de desarrollar programas mediante un enfoque integrado de la prevención y control de enfermedades crónicas.

BIBLIOGRAFÍA

American Diabetes Association. Standards of Medical Care for Patients with Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 1995;18(Supp 1):8-15.

The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The Effect of Intensive Treatment of Diabetes on the Development and Progression of Long-Term Complications in Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *N. Engl. J. Med.* 1993;329(14):977-986.

King H, Rewers M. Diabetes in Adults is Now a Third World Problem. *Bull. WHO* 1991;69(6):643-648.

Knowler WC, Pettitt DJ, Saad MF, Bennett PH. Diabetes Mellitus in the Pima Indians: Incidence, Risk Factors and Pathogenesis. *Diabetes/Metabolism Reviews* 1990;6(1):1-27.

Llanos G, Libman I. La diabetes en las Américas. *Bol. Ofic. Sanit. Panam.* 1995; 118(1):1-17.

McCarty D, Zimmet P. *Diabetes 1994 to 2010, Global Estimates and Projections.* International Diabetes Institute (Melbourne), International Diabetes Federation Congress, Kobe, Japón, 1994.

Murray CJL, Lopez AD. *Global Comparative Assessments in the Health Sector.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1994.

National Institutes of Health. *Diabetes in America.* 2nd Edition. NIH Publication No. 95-1468; 1995.

Organización Mundial de la Salud. *Diabetes mellitus.* Serie de Informes Técnicos, No. 727. Ginebra: OMS; 1985.

Ragoobirsingh D, Lewis-Fuller E, Morrison E. The Jamaican Diabetes Survey: A Protocol for the Caribbean. *Diabetes Care* 1995;18:1277-9.

The Saint Vincent Declaration on Diabetes Care and Research in Europe. *Acta Diabetol* 1989;10(Supp.):143-4.

White F. *Importance of Consensus on the Prevention and Control of Diabetes in Latin America and the Caribbean.* Revista de la Asociación Latinoamericana de la Diabetes. 1996;IV,1:18-21.



**ORGANIZACIÓN
PANAMERICANA
DE LA SALUD**
XXXIX Reunión

**ORGANIZACIÓN
MUNDIAL
DE LA SALUD**
XLVIII Reunión



Washington, D.C.
Septiembre de 1996

Tema 5.9 del programa provisional

CD39/19, Add. I (Esp.)
12 agosto 1996
ORIGINAL: INGLÉS

DECLARACIÓN DE LAS AMÉRICAS SOBRE LA DIABETES

Se anexa la Declaración de las Américas sobre la Diabetes, aprobada en la reunión regional celebrada en San Juan (Puerto Rico) del 2 al 4 de agosto de 1996, a la que se hace referencia en el documento CD39/19. Asistieron a la reunión, copatrocinada por la Organización Panamericana de la Salud y la Federación Internacional de la Diabetes, personas procedentes de 29 países que representaban a ministerios de salud, asociaciones profesionales y de lucha contra la diabetes, la industria privada, organizaciones laicas, los medios de comunicación y algunas organizaciones internacionales.

La Declaración pone de relieve la importancia cada vez mayor que tiene la diabetes como parte de la carga de morbilidad de la población y las estrategias eficaces que deberían aplicarse. A nivel de la política nacional, las personas con diabetes deben tener igualdad de acceso al empleo. A nivel de la política sanitaria, las comunidades deben promover la alimentación saludable y el ejercicio físico a objeto de prevenir el inicio de la diabetes no insulino dependiente. A nivel de los servicios sanitarios, debe mejorarse la calidad de la asistencia para prevenir complicaciones en las personas con diabetes y velar por que haya acceso a la insulina.

La diabetes por sí misma es una causa importante de morbilidad y mortalidad; al mismo tiempo, es causa subyacente de enfermedades cardiovasculares. Tiene repercusiones sobre la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias, así como sobre el sistema de asistencia sanitaria que debe sufragar los costos de las complicaciones y la discapacidad.

La Declaración esboza principios para la formulación de programas relativos a la diabetes en el contexto de la prevención y el control integrados de las enfermedades no transmisibles. Insta a obtener la participación de todos los interesados directos y a movilizar los recursos existentes, y también aboga por el adiestramiento, la investigación, la difusión de información y la formación de alianzas para la cooperación técnica en y entre los Estados Miembros.

Anexo

DECLARACIÓN DE LAS AMÉRICAS SOBRE LA DIABETES

Preámbulo

La diabetes mellitus es una pandemia en aumento. En las Américas, se calcula que en 1996 viven unos 30 millones de las personas con diabetes, lo que equivale a más de la cuarta parte del total de casos mundiales. Se prevé que para el año 2010 el número de de casos en las Américas llegará a 45 millones, si se tiene en consideración el envejecimiento demográfico de las poblaciones y las tendencias en los principales factores de riesgo relacionados con el proceso de modernización que está ocurriendo en todos los países en desarrollo. Asimismo, ciertos grupos étnicos en las Américas presentan una mayor incidencia y prevalencia de diabetes.

En las Américas, la diabetes es un problema de salud pública grave y de alto costo que aqueja a todos, sin distinguir edades o niveles socioeconómicos. Hay millones de personas que no saben que tienen la enfermedad y otras tantas que, a pesar de que se les ha diagnosticado, no reciben el tratamiento apropiado. Se subestima la repercusión de la diabetes sobre las sociedades y las personas. Las personas con diabetes cuya enfermedad está mal controlada tienen un riesgo mayor y una incidencia elevada de ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, ceguera, insuficiencia renal, amputación de piernas y muerte prematura. La diabetes no solo acorta la vida productiva, sino que tiene serias repercusiones sobre la calidad de vida del enfermo y la de su familia. Hay pruebas científicas que demuestran claramente que es posible evitar gran parte de este sufrimiento humano.

La diabetes, especialmente cuando está mal controlada, puede representar una pesada carga económica para el individuo y la sociedad. La mayoría de los costos directos de la diabetes provienen de las complicaciones, que a menudo es posible reducir, aplazar o, en ciertos casos, prevenir. Dependiendo del país, los cálculos indican que la diabetes puede representar entre 5% y 14% de los gastos de asistencia sanitaria.

La pobreza perjudica el tratamiento de la diabetes. Disminuye las probabilidades de obtener un diagnóstico acertado e influye en la calidad de la educación recibida, en lo apropiado del tratamiento y en el acceso a él, así como en el riesgo de que surjan graves complicaciones. Es necesario hacer frente a estas inequidades al formular estrategias y programas de prevención y control de la diabetes en todos los países.

A menos que se haga frente a estas tendencias mediante respuestas multisectoriales más estratégicas e integradas, se observará el consiguiente aumento de complicaciones graves y costosas, lo que a su vez acarreará deterioro de la calidad de vida y muerte prematura debida a la diabetes.

Gracias a los conocimientos y la tecnología actuales, es posible promover la salud y prevenir las complicaciones en las personas con diabetes mediante un buen control de la glucemia y modificando los factores de riesgo cardiovascular. Con relación a lo que ahora se conoce acerca de las posibilidades de prevenir esta enfermedad y la eficacia del tratamiento clínico, lo que se hace actualmente para su manejo en todos los países dista mucho de lo que sería posible lograr. Lamentablemente, muchas personas con diabetes no son atendidas. Por otra parte, muchos de quienes tienen acceso a la asistencia sanitaria no reciben la calidad de atención que sería posible prestar aun cuando los recursos sean modestos. Hay oportunidades para reorientar los recursos que ya se han asignado a este problema creciente, de manera que se reduzca la tasa de aumento y la frecuencia de las complicaciones y se mejore la calidad de vida para todas las personas con diabetes y sus familias. También hay oportunidades para mejorar la asistencia y al mismo tiempo bajar el costo por paciente, prestando atención al desarrollo y la utilización más adecuada de la asistencia ambulatoria y comunitaria. Igualmente importante es la necesidad de incluir a las personas con diabetes en el equipo de asistencia sanitaria para que estos logren un mayor grado de autocuidado y de calidad de vida.

Reconocer a la diabetes como una prioridad de salud nacional y velar por que los recursos que se le asignen den el máximo rendimiento posible en materia de eficacia, eficiencia y calidad de vida, redundará en beneficio de la salud, la economía y la sociedad de todos los países.

Si se quiere dar un vuelco a la situación actual para mejorarla, es necesario apoyarse en una visión, en un plan y en el compromiso de todos los países de las Américas de acometer la gran empresa que nos espera a medida que nos acercamos al año 2000 y más allá.

Visión

Mejorar, para el año 2000 y más allá, la salud de las personas de las Américas aquejadas de diabetes o en riesgo de contraerla.

Plan

Para que esta visión se haga realidad, todos los países deberían adoptar el siguiente plan estratégico general:

1. Reconocer a la diabetes como un problema de salud pública que es grave, común, creciente y costoso. Cada país debe determinar la verdadera carga epidemiológica y económica de la diabetes como base para determinar cuál será la prioridad que se le asigne en el programa nacional de salud.

2. Formular estrategias nacionales contra la diabetes que incluyan metas, indicadores de proceso y medidas de resultado específicas y apropiadas. En lo posible, esto deberá incluir referencias a la cantidad, la calidad y a los plazos.
3. Formular y llevar a la práctica un programa nacional contra la diabetes que incluya prestación de asistencia sanitaria de calidad, promoción de estilos de vida saludable y prevención de las enfermedades, con miras a reducir la morbilidad y la mortalidad de las personas con diabetes y mejorar su calidad de vida. Este programa nacional contra la diabetes puede ser autónomo o integrado con programas afines de enfermedades no transmisibles.
4. Asignar recursos suficientes, apropiados y sostenibles para la prevención de la diabetes cuando sea posible, el manejo de la enfermedad, el manejo y prevención de sus complicaciones y auspiciar investigaciones relevantes. Debe promoverse la adquisición de aptitudes de gestión a todos los niveles para impulsar el uso más eficaz y eficiente de dichos recursos.
5. Diseñar y llevar a la práctica un modelo de asistencia sanitaria integrada que incluya tanto a personas con diabetes como a profesionales de asistencia sanitaria y a una amplia gama de personas del sistema sanitario. Este modelo combina la atención y la educación, vela por la comunicación de la información a todos los niveles pertinentes y abarca mejoras continuas de la calidad. Debe asignarse particular importancia a la atención primaria de salud para lograr el diagnóstico temprano, el tratamiento adecuado y la atención de seguimiento. Deben introducirse lineamientos para la práctica clínica, de tal manera que la calidad de la atención sea uniforme y se facilite su cumplimiento.
6. Velar por que se ponga al alcance de todas las personas con diabetes un suministro asequible de insulina y otros medicamentos, así como de otros productos necesarios para tratar adecuadamente la diabetes y prevenir complicaciones discapacitantes.
7. Velar por que las personas con diabetes puedan adquirir los conocimientos y aptitudes que los faculten para el autocuidado de su enfermedad crónica. Velar por que el equipo de asistencia sanitaria tenga las aptitudes y los conocimientos especiales necesarios para atender a las personas con diabetes.
8. Crear asociaciones nacionales con miras a mejorar los conocimientos del público y el bienestar de las personas con diabetes y contar con un medio para participar en la elaboración de los programas nacionales contra la diabetes. Al reconocer el problema de la discriminación que afecta a muchas personas que padecen de diabetes, una de las funciones clave que deben cumplir esas asociaciones es promover un entorno favorable para las personas con diabetes y abogar por la equidad social. Otra función clave es

apoyar y promover investigaciones que puedan generar nuevos conocimientos sobre la diabetes. Esta información podrá traducirse en mejor asistencia sanitaria y en mejores formas de prevenir la diabetes y sus complicaciones.

9. Concebir e implantar un sistema común de información sobre la diabetes en las Américas para documentar y hacer el seguimiento del logro de mejor salud para las personas con diabetes. Los datos obtenidos aportarán información destinada a establecer y mejorar la atención de pacientes, así como optimizar los sistemas para la entrega de servicios y los recursos para programas futuros.

10. Promover alianzas entre los principales actores involucrados en lograr una mejor salud para todas las personas con diabetes. La colaboración continua entre todos los actores es esencial para cumplir esta misión.

Compromiso

Todos los países de las Américas invertirán en la prevención y control de diabetes, como una demostración práctica de la aplicación de la estrategia mundial de salud para todos.