

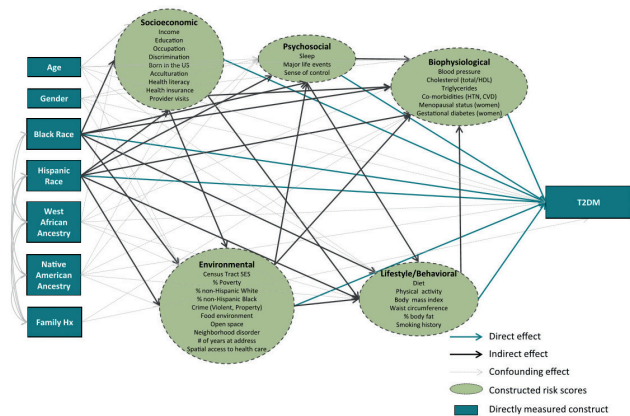
# Diabetes y pobreza

José Manuel Millaruelo Trillo

Médico de familia. Centro de Salud Torrero La Paz. Zaragoza. RedGDPS Aragón

Uno de los aspectos menos debatidos cuando hablamos de diabetes es su epidemiología social<sup>1</sup>; en ese caso, la pobreza y sus consecuencias serían uno de los principales objetivos. Olvidamos que en el desarrollo de las enfermedades, sobre todo las de tipo crónico, son tanto o más importantes los factores psicosociales que los biológicos, que muchas veces están correlacionados<sup>2</sup> (figura 1).

**Figura 1.** Marco conceptual de la relación de los aspectos socioeconómicos con la diabetes



La relación entre diabetes y pobreza ha sido profundamente estudiada por Brown et al.<sup>3</sup>, y sus consecuencias, por Walker et al.<sup>4,5</sup>.

Cuando hablamos de la epidemia de diabetes en este siglo, pocas veces enfatizamos que, precisamente, la más importante se produce en los países de baja renta per cápita, donde no se acompaña el posible progreso económico con mejoría en el estado de salud, sobre todo en diabetes (figura 2).

La pobreza, además, puede resumir un conjunto de situaciones sociales, como la falta de un trabajo dignamente remunerado (porque todos ellos son dignos), un nivel de educación habitualmente bajo y, por lo tanto, también de

**Figura 2.** Prevalencia de la diabetes en el mundo en 2015 y proyección al 2040

Número estimado de personas con diabetes en el mundo y por región en 2015 y 2040 (20-79 años)



cultura sanitaria y, probablemente, unas condiciones de vivienda (tanto por el entorno como por el propio habitáculo) poco favorables. No podemos valorar su influencia individual en este trabajo.

## ¿CÓMO VALORAR LA POBREZA EN LA HISTORIA CLÍNICA?

Además de factores ideológicos y de conveniencia que hacen que nos resulte incómodo preguntar por temas de carácter económico a los pacientes, también tenemos dificultades técnicas para saber qué parámetro mide mejor aquello que queremos conocer. Hablamos de pobreza absoluta y relativa, que se puede considerar desde dos puntos de vista:

- Microeconómico: la pobreza se refiere a la situación de aquellos individuos u hogares que no satisfacen sus necesidades básicas, o solo las satisfacen en un grado inadecuado.

- Macroeconómico: se dice que existe pobreza cuando el promedio de los habitantes de un país o región vive por debajo de un nivel mínimo de subsistencia.

Una pregunta sencilla como «¿Tiene dificultades habitualmente para llegar a fin de mes?» podría darnos mejor información que conocer su formación, su ocupación o su pensión mensual, ya que las circunstancias de los pacientes son enormemente diversas. La propia definición del umbral de pobreza y la ineficiencia en el gasto de algunos pacientes que viven en esta situación son temas que precisan reflexión. La cuestión es compleja, y la falta de datos hace que no podamos relacionar su influencia con otras variables concretas<sup>6,7</sup>.

Resulta desconocido que la influencia de la sensación subjetiva de la posición social puede ser tan importante como la objetiva<sup>8</sup>.

### LA POBREZA Y LA DIABETES EN NUESTRO ENTORNO

Vamos a concretar algunos aspectos de las repercusiones de la pobreza en la diabetes con datos más cercanos, bien de nuestro país o del entorno económico similar al nuestro, y obviaremos el papel de la diabetes como factor que conduce a la pobreza.

### Incidencia y prevalencia

La relación de la pobreza con la incidencia de diabetes ha sido estudiada por Agardh et al., y sus conclusiones se reproducen en otros estudios localmente<sup>9</sup>.

En nuestro país, y también en el ámbito europeo, el tema ha sido ampliamente estudiado por Espelt et al.<sup>10,11</sup> (figura 3) (que concluyen que las desigualdades socioeconómicas en diabetes se han incrementado en los últimos 20 años, especialmente en mujeres, y cuyos datos solo pueden explicarse parcialmente por la obesidad o los hábitos de conducta) y Larrañaga et al.<sup>12</sup>. Este estudio muestra una asociación entre privación y prevalencia de diabetes y sus complicaciones crónicas y factores de riesgo cardiovascular. Todo ello a pesar de un mayor uso de los recursos sanitarios. Por eso propone que las variables socioeconómicas sean tenidas en cuenta tanto por los profesionales como por los planificadores sanitarios.

### El mapa de renta per cápita, diabetes y enfermedad cardiovascular en España

Si analizamos la prevalencia de diabetes, enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y renta per cápita, podemos observar una relación entre menor renta y mayor prevalencia de enfermedad y complicaciones cardiovasculares y una relación entre ellas que tiene mucho que ver con la situación económica de las diferentes regiones (figuras 4 y 5 y tabla 1).

### POBREZA Y MANEJO DE LA DIABETES

Se sospecha (y se corrobora) en algunos estudios que los pacientes con diabetes y menor poder adquisitivo reciben una atención sanitaria de peor calidad, lo que afecta a todas las etapas de la enfermedad<sup>13,14</sup>, y los resultados clínicos son peores<sup>15</sup>. Aunque el uso de recursos puede ser a veces incluso mayor, como regla general tienen un acceso más difícil al sistema sanitario, aun en los casos de cobertura universal<sup>16</sup>. Un estudio reciente profundiza en el tema<sup>17</sup>.

Figura 3. Prevalence (year 2004) and cumulative incidence (2004–2006) of T2DM aged 50 years by gender and country

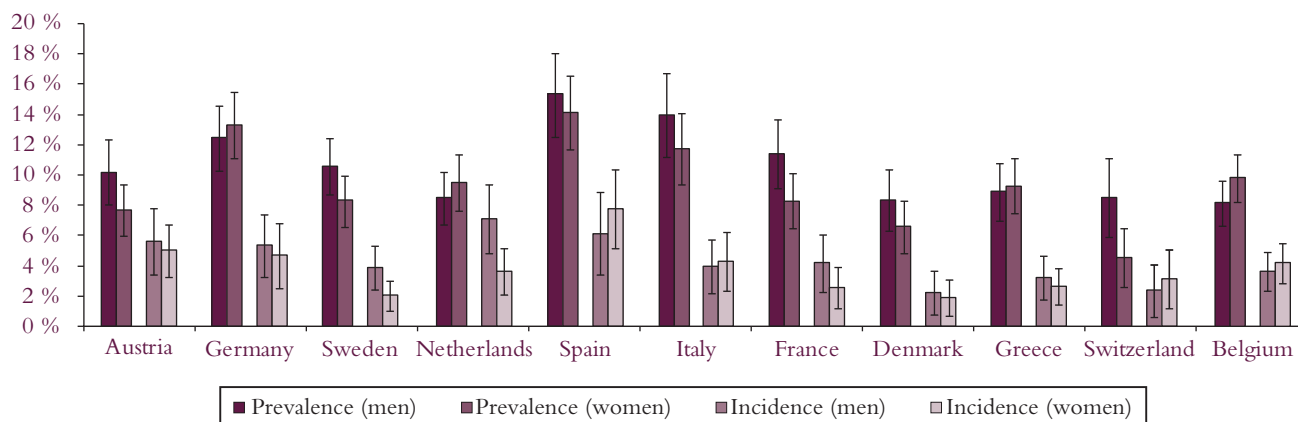


Figura 4. Mapa de la morbilidad cardiovascular en España

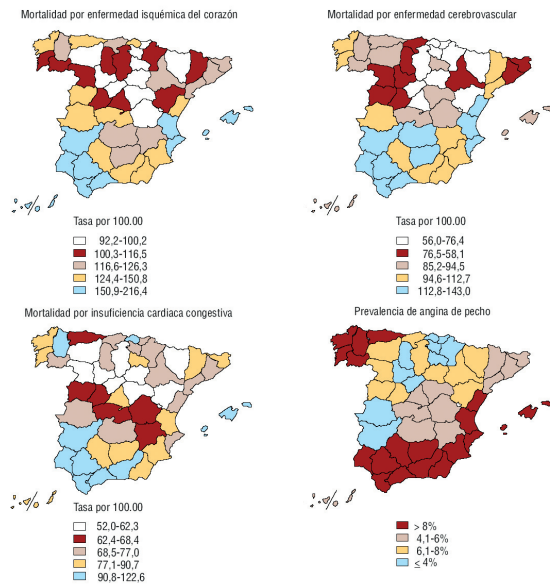


Figura 5. Comparación del PIB de las distintas comunidades autónomas respecto a la Unión Europea

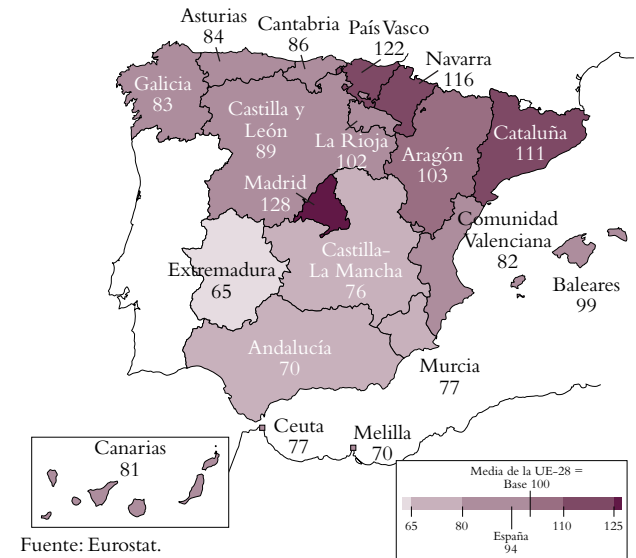


Tabla 1. Prevalencia de diabetes en las distintas comunidades autónomas (CC. AA.) según la Encuesta Nacional de Salud

CC. AA.	Prevalencia bruta (%)	IC del 95 %	Prevalencia ajustada (%)	IC del 95 %	p
La Rioja	3,8	1,9-6,7	2,8	0,0-1,07	0,003
Asturias	4,0	3,0-5,3	3,4	2,3-4,6	0,001
Cantabria	4,2	2,7-6,2	3,7	0,6-6,8	0,057
Navarra	3,2	1,9-5,0	4,0	0,9-7,1	0,001
Castilla y León	4,6	3,8-5,5	4,1	3,1-5,1	0,001
País Vasco	4,2	3,4-5,2	4,3	3,4-5,2	0,019
Galicia	5,8	5,0-6,7	5,1	4,3-5,9	0,22
Cataluña	5,2	4,7-5,8	5,3	4,8-5,8	0,42
Extremadura	6,7	5,3-8,4	5,5	4,4-6,6	0,91
Aragón	5,6	4,4-7,0	5,5	4,3-6,7	0,22
Madrid	4,9	4,4-5,5	5,7	5,0-6,3	Referencia
Castilla-La Mancha	6,7	5,6-8,0	5,9	4,8-6,9	0,86
Murcia	6,0	4,7-7,5	6,2	5,1-7,4	0,46
Comunidad Valenciana	6,4	5,7-7,2	6,6	5,9-7,3	0,26
Baleares	7,0	5,4-8,9	6,7	4,7-8,7	0,11
Andalucía	7,2	6,6-7,8	7,3	6,7-7,8	0,004
Canarias	7,3	6,2-8,7	8,1	7,1-9,1	< 0,001

IC: intervalo de confianza.

### POBREZA Y DIFICULTAD EN EL ACCESO AL TRATAMIENTO

El incremento de los costes en todo lo relacionado con el proceso de la diabetes parece determinante en la provisión de los recursos necesarios, lo que comienza a ponerse de manifiesto sobre todo tras la última crisis económica, y ha

llevado a elaborar un consenso para buscar soluciones a una situación que puede hacerse insostenible<sup>18</sup>.

La austeridad impuesta por la Unión Europea para sus miembros ha tenido consecuencias para la salud, aunque no se han evaluado de una manera concreta en el caso de la diabetes.

## POBREZA Y COMPLICACIONES DIABÉTICAS

Aunque es cierto que se encuentra una correlación entre la posición socioeconómica y distintas complicaciones como la enfermedad cardiovascular o la retinopatía y la necesidad de ingreso hospitalario, lo que resulta clínicamente definitivo es el aumento de mortalidad debido a la diabetes en las capas más pobres de la población, con evidencia incontestable<sup>19-25</sup>.

## POBREZA Y GÉNERO

Hay que señalar que la pobreza penaliza en mayor medida al sexo femenino, con menor poder adquisitivo habitual-

mente y un menor reconocimiento social, aún más evidente entre los menos pudientes<sup>26-29</sup>.

## CONCLUSIÓN

Terminamos resaltando la importancia de los aspectos socioeconómicos en el manejo diario de la diabetes, animando a los lectores a considerarlos factores importantes en la toma de decisiones y a prever la magnitud de las complicaciones en los pacientes de menor poder adquisitivo, cuya situación deberíamos también conocer. Pensamos que las evidencias presentadas son suficientemente elocuentes.

## BIBLIOGRAFÍA

- Gary-Webb T, Suglia S, Tehranifar P. Social epidemiology of diabetes and associated conditions. *Curr Diab Rep* 2013;13:850-9.
- Piccolo R, Subramanian S, Pearce N, Florez J, McKinlay J. Relative contributions of socioeconomic, local environmental, psychosocial, lifestyle/behavioral, biophysiological, and ancestral factors to racial/ethnic disparities in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2016;39:1208-17.
- Brown A, Ettner S, Piette J. Socioeconomic position and health among persons with diabetes mellitus: a conceptual framework and review of the literature. *Epidemiol Rev* 2004;26:63-77.
- Walker R, Gebregziabher M, Martin-Harris B. Relationship between social determinants of health and processes and outcomes in adults with type 2 diabetes: validation of a conceptual framework. *BMC Endoc Dis* 2014;14:82.
- Walker RJ, Smalls BL, Campbell JA, Strom Williams JL, Egede LE. Impact of social determinants of health on outcomes for type 2 diabetes: a systematic review. *Endocrine* 2014;47:29-48.
- Metcalfe P, Scragg R, Schaaf D, Dyal L, Black P, Jackson R. Comparison of different markers of socioeconomic status with cardiovascular disease and diabetes risk factors in the Diabetes, Heart and Health Survey. *N Z Med J* 2008;121:45-56.
- Galobardes B, Lynch J, Smith G. Measuring socioeconomic position in health research. *Br Med Bull* 2007;81-82:21-37.
- Doshi T, Smaalls B, Williams J, Egede L. Objective and subjective measures of socioeconomic status and cardiovascular risk control in adults with diabetes. *Am J Med Sci* 2016;352:36-44.
- Agardh E, Allebeck P, Hallqvist J. Type 2 diabetes incidence and socioeconomic position: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol* 2011;40:804-18.
- Espelt A, Kunst A, Palencia L. Twenty years of socio-economic inequalities in type 2 diabetes mellitus prevalence in Spain, 1987-2006. *Eur J Public Health* 2012;22:765-71.
- Espelt A, Borrell C, Palencia L, Goday A, Gnavi R. Socioeconomic inequalities in the incidence and prevalence of type 2 diabetes mellitus in Europe. *Gac Sanit* 2013;27:494-501.
- Larrañaga I, Arteagoitia J, Rodríguez J, González F, Esnaola S, Piniés J. Socio-economic inequalities in the prevalence of type 2 diabetes, cardiovascular risk factors and chronic diabetic complications in the Basque Country, Spain. *Diabet Med* 2005;22:1047-53.
- Ricci-Cabello I, Ruiz-Pérez I, Olry de Labry-Lima A, Márquez-Calderón S. Do social inequalities exist in terms of the prevention, diagnosis, treatment, control and monitoring of diabetes? A systematic review. *Health Soc Care Community* 2010;18:572-87.
- Lee HY, Hahm MI, Choi KS, Jun JK, Suh M, Nam CM, et al. Different socioeconomic inequalities exist in terms of the prevention, diagnosis and control of diabetes. *Eur J Public Health* 2015;25:961-5.
- Jotkowitz A, Rabinowitz G, Raskin Segal A, Weitzman R, Epstein L, Porath A. Do patients with diabetes and low socioeconomic status receive less care and have worse outcomes? A national study. *Am J Med* 2006;119:665-9.
- Hsu C, Lee C, Wahlqvist M. Poverty increases type 2 diabetes incidence and inequality of care despite universal health coverage. *Diabetes Care* 2012;35:2286-92.
- Grintsova O, Maier W, Mielck A. Inequalities in health care among patients with type 2 diabetes by individual socioeconomic status (SES) and regional deprivation: a systematic literature review. *Int J Equity Health* 2014;13:43.
- Sadikot SM, Das AK, Wilding J, Siyan A, Zargar AH, Saboo B, et al. Consensus recommendations on exploring effective solutions for the rising cost of diabetes. *Diabetes Metab Syndr* 2017;11:141-7.

19. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013;381:1323-31.
20. Bihan H, Laurent S, Sass C. Associations among individual deprivation, glycemic control, and diabetes complications: the EPICES score. *Diabetes Care* 2005;28:2680-5.
21. Wild S, McKnight J, McConnachie A, Lindsay R. Socioeconomic status and diabetes related hospital admissions: a cross-sectional study of people with diagnosed diabetes. *J Epidemiol Commun Health* 2010;64:1022-4.
22. Saydah S, Lochner K. Socioeconomic status and risk of diabetes-related mortality in the U.S. *Public Health Rep* 2010;125:377-88.
23. Dalsgaard E, Skriver M, Sandbaek A, Vestergaard M. Socioeconomic position, type 2 diabetes and long-term risk of death. *PLoS One* 2015;10:e0124829.
24. Forssas E, Manderbacka K, Arffman M, Keskimaki I. Socio-economic predictors of mortality among diabetic people. *Eur J Public Health* 2012;22:305-10.
25. Walker JJ, Livingstone SJ, Colhoun HM, Lindsay RS, McKnight JA, Morris AD, et al.; Scottish Diabetes Research Network Epidemiology Group. Effect of socioeconomic status on mortality among people with type 2 diabetes: a study from the Scottish Diabetes Research Network Epidemiology Group. *Diabetes Care* 2011;34:1127-32.
26. Collier A, Ghosh S, Hair M, Waugh N. Impact of socioeconomic status and gender on glycaemic control, cardiovascular risk factors and diabetes complications in type 1 and 2 diabetes: a population based analysis from a Scottish region. *Diabetes Metab* 2015;41:145-51.
27. Dasgupta K, Khan S, Ross N. Type 2 diabetes in Canada: concentration of risk among most disadvantaged men but inverse social gradient across groups in women. *Diabet Med* 2010;27:522-31.
28. Agardh EE, Ahlbom A, Andersson T. Explanations of socioeconomic differences in excess risk of type 2 diabetes in Swedish men and women. *Diabetes Care* 2004;27:716-21.
29. Amin L, Shah B, Bierman A, Lipscombe L, Wu F, Feig D, et al. Gender differences in the impact of poverty on health: disparities in risk of diabetes-related amputation. *Diabet Med* 2014;31:1410-7.