

¿Es la diabetes mellitus una enfermedad social?

Maria Cinta Daufi Subirats¹, Laura Romera Liébana²

¹ Médica especialista en salud pública. Unidad de Vigilancia Epidemiológica de les Terres de l'Ebre. Tarragona. ² Médica de familia. Centro de Atención Primaria Raval Nord. Institut Català de la Salut. Barcelona

Palabras clave: determinantes sociales, inequidad, factor psicosocial, determinante industrial.

RESUMEN

En el desarrollo de cualquier tipo de enfermedad (y especialmente las de tipo crónico, como la diabetes mellitus), los factores psicosociales y económicos tienen más peso que los condicionantes puramente biológicos. Las inequidades sociales producen efectos medibles en pérdidas de salud, pero son evitables con unas políticas públicas «saludables» donde los responsables sanitarios diseñen y gestionen proyectos y actividades para satisfacer las necesidades, en términos de salud, de una sociedad. Los determinantes sociales de la salud, como el sexo, la etnia, el barrio, el nivel de ingresos y la educación, constituyen la base de las disparidades en la incidencia y pronóstico de la diabetes mellitus. Este trabajo incluye aspectos conceptuales generales que profundizan en el modo en el que los diferentes determinantes sociales impactan en la propensión para el desarrollo de la diabetes mellitus y sus resultados en salud, así como estrategias de abordaje de estos condicionantes desde la consulta de atención primaria.

NOTA PRELIMINAR

Las autoras de este artículo somos conscientes del riesgo académico que asumimos con su publicación, dado que el mero título puede invitar a muchos a pasar de largo en su lectura. ¿Acaso no es natural que la mayoría de clínicos manifiesten una mayor atracción por artículos que aborden lo fisiopatológico o por el tratamiento puramente biológico de la diabetes mellitus? Intuimos que, si usted sigue leyendo estas líneas, probablemente se debe a que lleva el apellido de Comunitaria en su ADN y es especialmente sensible a los aspectos más sociales de una enfermedad crónica, donde el peso de estos condicionantes resulta, sin duda, más importante que los aspectos exclusivamente moleculares. Aceptamos el reto con la esperanza de crear un espacio académico que invite a la reflexión de cómo reconocer y abordar los factores sociales y las condiciones de vida como claves en el tratamiento global de la diabetes mellitus y un espacio generador de reivindicaciones futuras para mejorarlos.

LA HISTORIA DE DOLORES

Dolores Galeano nació en Lahiguera, un pueblo de la provincia de Jaén, en 1949. Sus padres eran jornaleros. Su

madre, Angustias, siempre le decía que no entendía cómo Dolores nació tan fuerte, ya que ella pasó mucha hambre y mucho sufrimiento durante el embarazo. La situación de los jornaleros en Jaén en los años cincuenta era muy dura. Cuando Dolores tenía 8 años, su familia se trasladó a Barcelona. Al principio vivieron en un barrio de barracas que no disponía de ningún servicio básico. La familia aumentó. Dolores cuidó de sus tres hermanos pequeños para que su madre pudiera trabajar. Apenas fue a la escuela, aprendió a leer y a escribir en la escuela de la parroquia. Podemos considerar que es analfabeta funcional.

A los 20 años se casó con Antonio, que también provenía de Andalucía y trabajaba como albañil. Se instalaron en el barrio de Camposantos, en el que también vivían muchas familias que habían llegado a Barcelona buscando una vida mejor. Estrenaron el piso de protección oficial, pero el barrio no disponía de servicios básicos para los vecinos, pues se construyó rápidamente (y con materiales de baja calidad) para acoger las oleadas migratorias de los años sesenta. Los vecinos tuvieron que luchar para disponer de escuelas, iglesia, dispensario, transporte público y zonas verdes.

Dolores tiene tres hijos: Lola, Toño y Jonathan. Recuerda con orgullo que, cuando dio a luz al último vástago, el niño

pesó 4,380 kg y que ya por aquel entonces el ginecólogo le advirtió que le había visto el azúcar más alto y que debía «mirárselo» algún «especialista». Sin embargo, la prioridad de Dolores en aquel momento no era «ir de médicos», sino ayudar a la economía familiar, y enseguida se puso a trabajar como «criada». Siempre en economía sumergida, nunca dada de alta en la Seguridad Social. Cuando su madre se quedó viuda fue a vivir con ella. Con los años, Angustias desarrolló alzhéimer y Dolores la cuidó amorosa y afanosamente hasta su muerte.

En el año 2008 Antonio se quedó en el paro con 60 años. Le afectó mucho, ya que su vida era el trabajo. Sus problemas con la bebida se agravaron. Murió en 2014 de un infarto. Dolores sintió un cierto alivio...

Ella se volcó entonces en sus hijos y nietas. Lola se separó de su marido y se quedó con dos hijas pequeñas y sin trabajo. Volvió a vivir con su madre. Toño también se quedó en paro en 2008, trabajaba en la construcción como su padre. Dolores sospecha que sobrevive trapicheando con droga en el barrio. A veces acude a casa de su madre a comer y a que le laven la ropa. Jonathan pasa temporadas entrando y saliendo de la cárcel. Durante este tiempo, Dolores terminó acudiendo a su centro ambulatorio de forma errática por múltiples motivos: para ver si conseguía perder peso porque había ido ganando «unos kilos que habían ido casi todos a la barriga», que relaciona con «picar mucho entre horas» porque eso le calma los nervios que tiene «por los disgustos en la familia», porque sentía unas palpitaciones que la despertaban por la noche y se le secaba mucho la boca, porque al caminar sentía los pies «como corchos» y se tropieza a menudo «por culpa de no ver bien los bordillos». Así, sus profesionales de referencia en el ambulatorio de zona la han ido «etiquetando» con distintos diagnósticos: obesidad abdominal, ansiedad, arritmia cardíaca, diabetes mellitus (DM), neuropatía diabética, retinopatía diabética, etc., y con cada «sambenito» que le han colgado no ha hecho más que salir del centro de «salud» cargada de más y más medicamentos y está harta de «tanto cóctel de pastillas». Cualquier día, le dice al farmacéutico, «las dejo todas».

La casa de Dolores tiene aluminosis y mucha humedad. Actualmente, Dolores cobra una pensión de 421 euros.

El barrio de Camposantos ha cambiado mucho. Muchas de las primeras familias que lo habitaron marcharon a otros barrios y aquel distrito que antes «era como un pueblo donde muchos se conocían», ya es casi irreconocible. Actualmente, es bastante inseguro y está muy degradado. Dolores no quiere ni salir de casa por miedo a que le pase algo. Han cerrado muchos comercios de proximidad y solo va al supermercado,

donde los precios son más baratos y hay más ofertas. Cuando se construyó la autopista que pasa junto al bloque de Dolores, no hubo ni movilización vecinal. Y ahora parece que algunos grupos «mafiosos» están ocupando algunas viviendas y abriendo «narcopisos» en algunas calles.

Podemos decir entonces que Dolores, entre otros problemas, **no tiene DM**, sino que **padece DM**.

INTRODUCCIÓN

Partimos del hecho de que muchos expertos consideran la DM una auténtica epidemia mundial. No hace falta pormenorizar las cifras al alza de prevalencia e incidencia (se prevé que para el año 2045 el número de personas con DM habrá crecido en todas las regiones hasta los 629 millones de personas¹), y bástese un repaso rápido del listado de nuestros pacientes para evidenciar las dramáticas estadísticas. No podemos obviar que, en el desarrollo de las enfermedades (sobre todo de tipo crónico), son tanto o más fundamentales los factores psicosociales y económicos que los biológicos y que muchas veces están íntimamente correlacionados. La **epidemiología social**² estudia la relación entre los determinantes sociales de la salud (DSS) y las enfermedades.

Como sucede con cualquier epidemia (y visto ahora con la experiencia vivida en primera línea con la pandemia del coronavirus), los virus y las enfermedades crónicas **sí entienden de clases sociales y de barrios**. Si comparamos los indicadores de exclusión social o de renta por barrios con indicadores de salud como esperanza de vida, o autopercepción de la salud, comprobamos que la correlación es casi perfecta. Así, los barrios con un nivel de renta bajo tienen peores indicadores de salud que los barrios de rentas altas de la misma ciudad. De la misma manera, las condiciones de acceso a recursos sanitarios, ecológicos y tecnológicos en el ámbito urbano y rural también marcan diferencias en salud dentro de una misma población.

«Cuando hablamos de salud, es más importante el código postal que el código genético»^{3,4}: esta archiconocida frase nacida de sanitarios salubristas refleja cómo las condiciones de vida (el código postal), los factores sociales y económicos, tienen más impacto sobre la salud individual y comunitaria que los aspectos estrictamente biológicos, como los genes. También sabemos que la exposición a factores ambientales adversos puede modificar el código genético mediante mecanismos epigenéticos. Los profesionales de atención primaria deberían tener en cuenta que una cosa son los estilos de vida y otra las condiciones de vida⁴ y que, normalmente, las personas no eligen sus condiciones de vida. Qué

mejor que un ejemplo recogido en la Estrategia de Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias para comprobar de forma muy esquemática que actuar sobre las condiciones de vida tiene más impacto en mejorar problemas de salud crónicos que actuar sobre estilos de vida^{5,6}.

Resulta interesante revisar la figura 1 para entender que las condiciones de vida están por encima de los estilos de vida y que aquellas pueden provocar una cascada hormonal y de mecanismos inflamatorios que provocan, por ejemplo, enfermedades cardiovasculares y DM.

En el caso ejemplificado con Dolores, ¿es posible tener salud con 421 euros al mes? ¿En qué medida Dolores ha podido tomar decisiones sobre sus condiciones de vida?

Y en nuestra sociedad occidental cabe preguntarse: ¿es la DM un síntoma de una sociedad enferma y obesogénica?⁸.

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD: LAS CAUSAS DE LAS CAUSAS

Los DSS son las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana, lo que engloba a nuestro sistema de salud⁹. Tales circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas

adoptadas. Esta definición puede parecer evidente, pero contiene importantes implicaciones: gran parte de estos factores sobrepasan la escala individual. En definitiva: si queremos saber por qué una persona enferma y otra no, es imprescindible ver qué está ocurriendo a su alrededor.

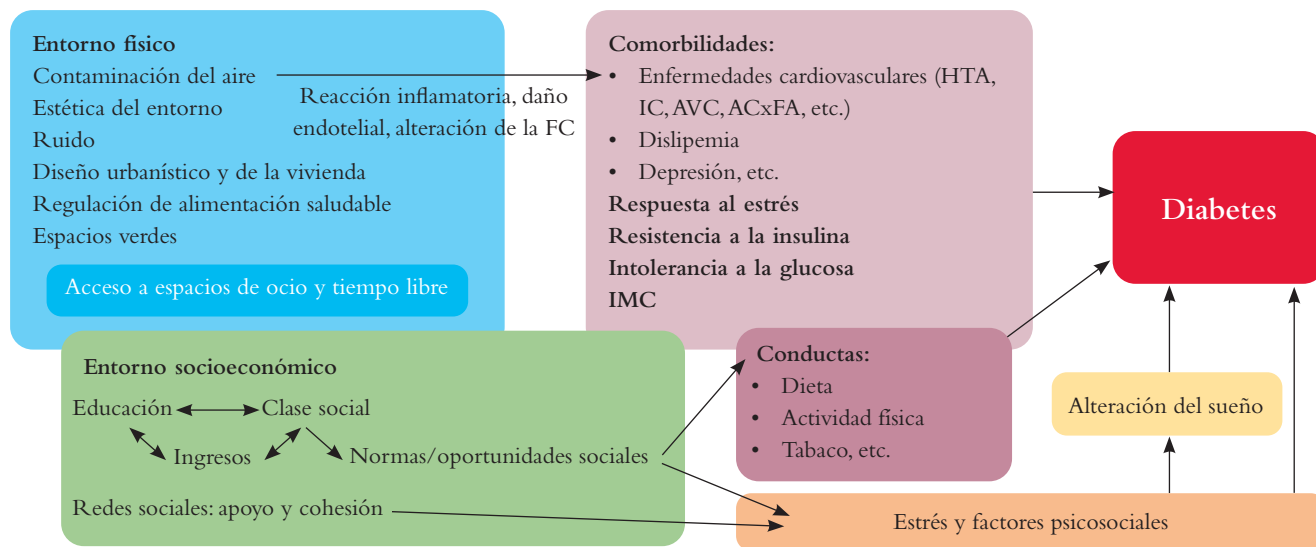
Existen varios modelos que intentan explicar las causas o factores determinantes de las desigualdades en salud. Así, el modelo de Lalonde¹⁰ fue uno de los primeros en abordar el aspecto social en la enfermedad y agrupó los determinantes de salud en cuatro categorías:

- Medioambiente: físico (contaminación, urbanismo, acceso al agua potable, etc.) y sociocultural.
- Estilos de vida: actividad física, alimentación, conductas adictivas, etc.
- Sistema sanitario: accesibilidad, precio, listas de espera, calidad de atención, etc.
- Biología humana: carga genética, envejecimiento, desarrollo, etc.

Posteriormente, se añadió el gasto dedicado por las administraciones a la modificación de los distintos determinantes de salud con respecto a su influencia relativa en la mortalidad de la población, observando una inadecuación de estos¹¹. Aunque este informe supuso un traslado del foco de acción fuera de los centros sanitarios, fue criticado por considerar los estilos de vida como decisiones individuales.

Dos décadas más tarde, Dahlgren y Whitehead propusieron otro modelo según el cual los determinantes de salud se

Figura 1. Determinantes sociales, enfermedad cardiovascular y diabetes mellitus



Modificada de Diez-Roux⁷.

ACxFA: arritmia cardíaca por fibrilación auricular; AVC: accidente cerebrovascular; HTA: hipertensión arterial; IC: insuficiencia cardíaca; IMC: índice de masa corporal.

distribuyen en capas, de la más interna o cercana al individuo a la más externa, con interacciones entre los distintos niveles. Esta influencia se realiza sobre todo desde fuera hacia dentro (figura 2). Las personas con una situación económica desfavorable o una falta de apoyo social tienden a mostrar una mayor prevalencia de comportamientos nocivos para la salud, y las condiciones de vivienda, medioambiente e infraestructuras limitan el acceso a una forma de vida saludable¹².

Las circunstancias sociales son clave porque nos permiten inferir la importancia de las variaciones de salud definidas en diferentes grupos de población (desigualdades en salud). Al mismo tiempo, nos permiten identificar las intervenciones

Figura 2. Determinantes sociales de la salud según el modelo Dahlgren y Whitehead



Traducido de Dahlgren y Whitehead¹².

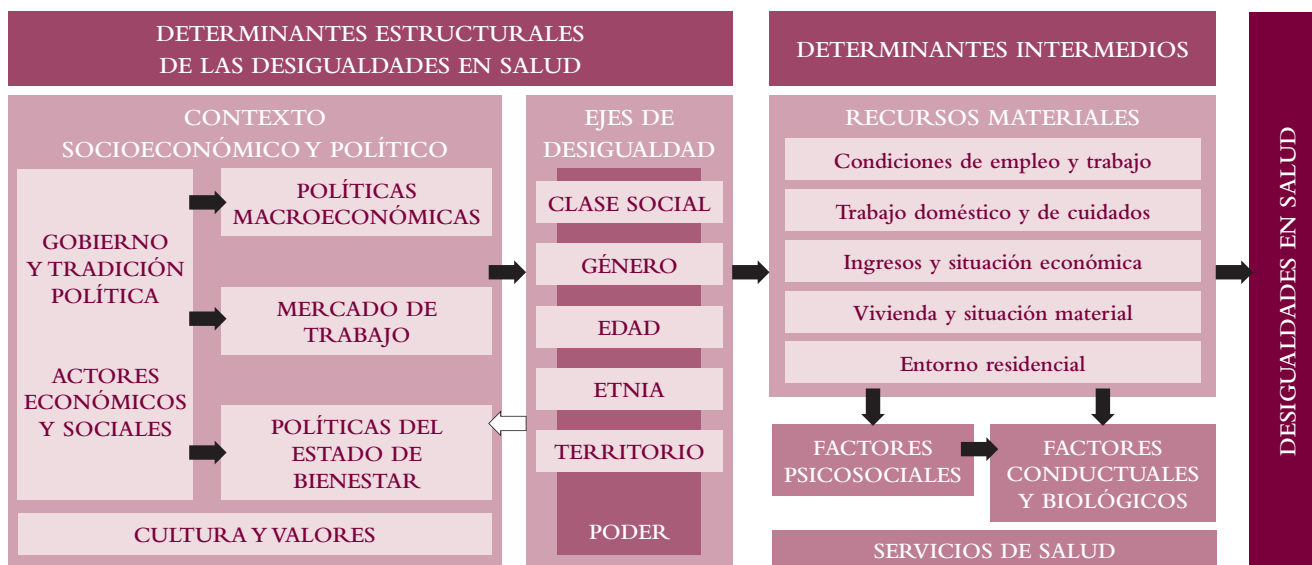
(políticas, sociales y trabajos con la comunidad) que podemos llevar a cabo para reducirlas. Por ejemplo, si le preguntamos a la población cómo percibe su nivel de salud, encontraremos dos patrones constantes en la distribución del tipo de respuestas:

- La percepción de salud es peor cuanto más baja es la clase social.
- Las mujeres tienen una peor percepción de salud que los hombres.

Por otro lado, las **inequidades sanitarias** son diferencias sistemáticas y evitables observadas en el estado de salud de los distintos grupos de población. Esas inequidades tienen un importante coste social y económico tanto para las personas como para las sociedades.

A partir de este nuevo concepto incorporado, surge otro modelo, propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que intenta explicar la **inequidad en salud** basándose en dos elementos principales: los **factores estructurales** (contexto socioeconómico y político y la estructura social) y los **factores intermedios** de las desigualdades en salud (las condiciones de empleo, los riesgos o cargas en el trabajo, nivel de ingresos, calidad de la vivienda y equipamientos, las características del barrio, los recursos materiales, acceso a servicios de salud, etc.) (figura 3)¹³. Aunque los servicios sanitarios, en sí mismos, contribuyen muy poco a la generación de las desigualdades en salud, un menor acceso a los servicios de salud y menor calidad de estos para los grupos sociales menos favorecidos puede repercutir en unas peores consecuencias de los problemas incidentes en la salud

Figura 3. Conceptualización de los determinantes de las desigualdades sociales en salud, según la Organización Mundial de la Salud



Basado en el esquema de la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010¹³. Tomado y modificado de Solar e Irwin¹⁴.

y bienestar¹³. Es decir, si los servicios sanitarios no tienen en cuenta la equidad en la atención a los pacientes, pueden amplificar las desigualdades en salud.

En el caso que nos atañe, y de forma resumida, Dolores nace y crece en un período de posguerra, su familia se ve obligada a emigrar desapegándose de su comunidad de base (factores estructurales desfavorables de partida) y vive y se desarrolla en un barrio en progresiva degradación, no acaba los estudios primarios, con un trabajo doméstico de economía sumergida, compaginando una carga de cuidados a terceras personas de forma no remunerada (desigualdad de género, la mujer como cuidadora universal), con una vivienda afectada por aluminosis y en un contexto de gran estrés ambiental y familiar, que van a determinar unas condiciones de salud precarias.

Por supuesto, los recursos materiales (en este caso, por ejemplo, una pensión muy reducida) repercuten además en los procesos psicosociales, como la falta de control y de apoyo social y las situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos), y en las conductas con influencia en la salud y los procesos biológicos que de todo ello derivan (afectación de la salud mental, como ansiedad; inicio de enfermedades cardiovasculares; etc.)¹³.

Abordemos ahora específicamente cómo estos determinantes afectan a la aparición y el desarrollo concreto de la DM tipo 2.

Determinantes psicosociales que influyen en la incidencia y el manejo de la diabetes mellitus

La relación entre la posición socioeconómica y los determinantes psicosociales de la salud con los resultados clínicos es especialmente evidente en el caso de la DM. Son varias las revisiones sistemáticas que han demostrado el impacto de los determinantes sociales en el control glucémico, el colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad y la hipertensión arterial, así como la calidad de vida¹⁵. La **posición económica** incurre específicamente en la incidencia y prevalencia de la enfermedad^{16,17}. Los estudios corroboran tales inequidades¹⁸: en una cohorte de 5124 participantes sin DM seguidos durante nueve años, el 12 % desarrolló DM tipo 2. En comparación con los participantes que no desarrollaron la DM, los casos incidentes tenían más probabilidades de ser negros o hispanos y tener ingresos familiares de referencia más bajos, menos años de educación, dietas menos saludables, niveles más bajos de actividad física moderada y vigorosa, un índice de masa corporal más alto y antecedentes familiares de DM tipo 2. Los participantes

que desarrollaron DM tipo 2 también vivían en secciones censales más pobres.

En nuestro caso, la **posición económica** refleja el conjunto de situaciones sociales en los que se encuadra Dolores: la falta de un trabajo dignamente remunerado, un nivel de educación bajo (analfabeta funcional) y, por lo tanto, también de cultura específicamente sanitaria, y probablemente las condiciones de vivienda (tanto por el entorno como por el propio habitáculo) poco favorables¹⁸. El nivel de estudios y, específicamente, los conocimientos sanitarios, que están muchas veces interconectados, se relacionan con la incidencia y prevalencia de la DM y sus complicaciones.

Como sucede en otras enfermedades crónicas, y como mencionamos en el apartado anterior, tanto en la incidencia como en el manejo de la DM las **condiciones de vida** tienen más peso que los **estilos de vida** o **conductas saludables**; de entre las **condiciones de vida** que más influyen en la evolución de la DM destacamos:

- **La clase social:** la DM es más frecuente en personas de clase social baja.
- **El nivel de estudios:** la DM es más habitual en personas sin estudios o primaria incompleta.
- **El barrio o entorno residencial.**
- **La contaminación ambiental:** las partículas PM20 (partículas de un tamaño medio de 20 micras) producen respuesta inflamatoria.
- **El estrés crónico:** mediante una disfunción del eje hipotálamo-hipofisario.

Podemos hablar también de una asociación entre los mecanismos de formación académica y cultura sanitaria de los pacientes con los resultados en DM (tabla 1).

El componente **psicoemocional** de los individuos, íntimamente ligado a las **desigualdades socioeconómicas**, constituye también un determinante de primer orden en el

Tabla 1. Relación entre la formación académica/cultura sanitaria y resultados en diabetes mellitus (DM)

Formación/cultura sanitaria del receptor (paciente)	Resultados en DM
Comprensión lectora y comunicación	Prevalencia de la DM
Autoeficacia y autocuidados	Confianza y participación en la toma de decisiones
Adherencia terapéutica	Control glucémico
Utilización de los servicios sanitarios	Costes y mortalidad

Adaptada de Millaruelo¹⁹.

cuidado y complicaciones clínicas de la DM (y de la salud en general) y los costes sociales derivados de esta. Por ello, de manera global los llamamos **determinantes psicosociales**.

Es evidente que las desigualdades socioeconómicas influyen en las complicaciones clínicas, en el uso de recursos y en la mortalidad. Esto ha quedado patente en los años de crisis económica y está presente siempre en la sociedad en un grado distinto en cuanto a que esta sea más o menos igualitaria^{20,21}.

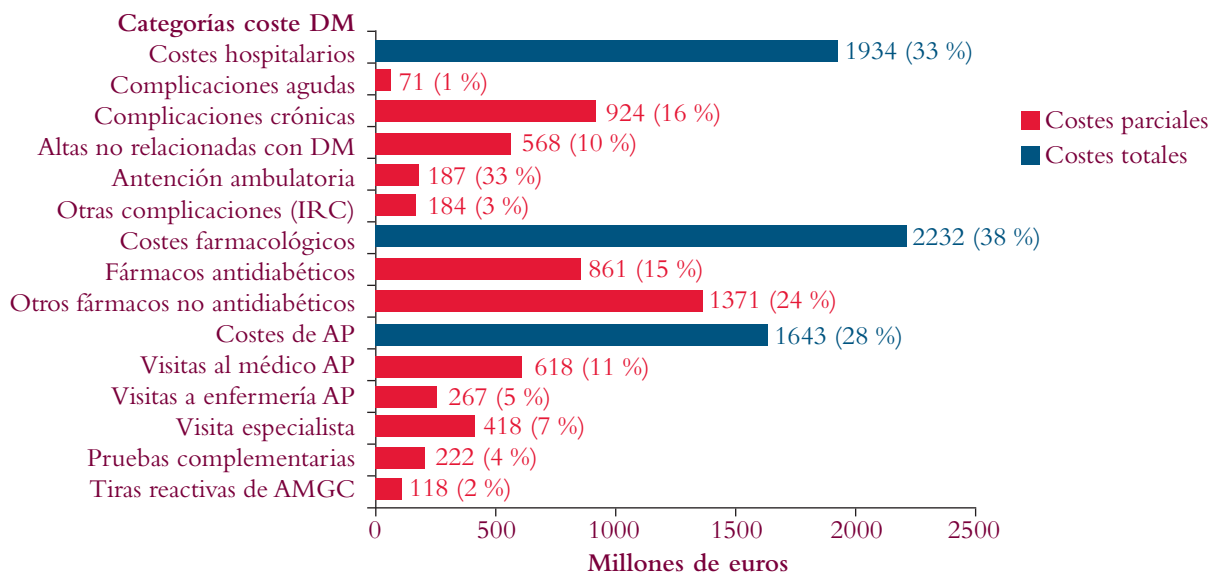
Aquí recogemos las **principales repercusiones de los determinantes psicosociales** de la DM, compartidos en la tabla 1⁹:

- **Depresión:** la depresión tiene un efecto bidireccional en la DM. Aumenta la incidencia y a su vez es más prevalente en las personas con DM; incrementa sus complicaciones y la mortalidad y es, además, uno de los principales factores que influyen en la calidad de vida²².
- **Fatalismo:** se define como un complejo ciclo psicológico caracterizado por percepciones de desesperación e impotencia y se asocia a un peor control glucémico y de autocuidados²³. Tiene un efecto deletéreo por la falta en la adherencia terapéutica.
- **Distrés por la enfermedad:** especialmente si conlleva tratamiento inyectado, que afecta en mayor medida a los pacientes con DM de tipo 1, por las exigencias diarias del control glucémico, que conlleva pensar en su afección y tomar decisiones sobre el tratamiento constantemente. Todo ese trabajo y esas preocupaciones adi-

cionales pueden llevar a sufrir un malestar psicológico²⁴, así como el distrés familiar por la situación²⁵.

- **Costes sociales:** la DM aumenta los costes sociales por la mayor utilización de recursos humanos, técnicos, farmacológicos y de hospitalizaciones, y resulta, por la prevalencia cada vez mayor, un motivo de alarma sanitaria. Dentro de estos costes sociales se incluyen las pérdidas de productividad causadas por la incapacidad laboral y por las jubilaciones anticipadas, la mortalidad precoz del paciente, el tiempo empleado por familiares o acompañantes y el transporte en ambulancia, entre otros. No es desdeñable el coste en cuanto a horas de trabajo perdidas y como causa de discapacidad precoz por las complicaciones asociadas¹⁹. Se ha procurado realizar un análisis del coste socioeconómico de la DM en Europa, objetivado en el estudio CODE²⁶ (figura 4).
- **Disminución de la calidad de vida:** los resultados objetivos de diversos estudios²⁷ señalan que existe una asociación significativa y de orden inverso entre padecer DM y la calidad de vida relacionada con:
 - Satisfacción con el tratamiento.
 - Impacto del tratamiento.
 - Preocupación acerca de los efectos futuros de la DM.
 - Preocupación por aspectos sociales y vocacionales.
 - Bienestar general.
- **Soporte social:** influye sobre el autocontrol de la enfermedad y sobre las complicaciones de una manera similar a un factor de riesgo cardiovascular clásico²⁸.

Figura 4. Costes parciales y totales relacionados con la diabetes mellitus



Tomado de Trillo¹⁹, a su vez modificado de Massi-Benedetti²⁶.

AMGC: automedición de la glucemia; AP: atención primaria; DM: diabetes mellitus; IRC: insuficiencia renal crónica.

- **Autoeficacia:** se define como una convicción personal de que uno puede realizar con éxito cierta conducta requerida en una situación dada, es decir, es lo que el individuo cree acerca de su eficacia, lo que determina si la conducta se va a realizar o no. Se intenta «materializar» a través del *empowerment* o **empoderamiento**, proceso por el cual se procura aumentar la fortaleza espiritual, política, social o económica de los individuos y las comunidades para impulsar cambios positivos de las situaciones que viven. Implica la autoconfianza del beneficiario en sus propias capacidades¹⁹.
- **Adherencia:** concretamente, la terapéutica, imprescindible para conseguir los objetivos clínicos que a su vez retroalimentan la bidireccionalidad psicosocial²⁹ de los individuos y la sociedad en su conjunto.

Los determinantes industriales en la diabetes mellitus tipo 2. Industria alimentaria y sociedades obesogénicas

De acuerdo con la OMS: «La justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura». Ya hemos entrevistado cómo las políticas internacionales, nacionales, regionales y más locales que se tomen al respecto de la salud tienen mucho que ver con el cuidado de sus comunidades. Como no podía ser de otro modo, las políticas alimentarias ejercidas y reguladas por las distintas naciones van a actuar como determinantes sociales estructurales fundamentales. Una política que ejerza a favor de destruir tejido de producción nacional y local de alimentos y facilite (o promueva de algún modo) macroeconómicamente hábitos nocivos para la salud (industria tabacalera, industria alimentaria, bebidas azucaradas, etc.) se convierte, al fin y al cabo, en un factor de riesgo para sus ciudadanos.

Si bien los patrones alimentarios de la población están relacionados con sus ingresos, no necesariamente determinan una alimentación adecuada. La manera en que la industria alimentaria ha conducido la producción, comercialización y publicidad de los alimentos y bebidas ha dado como consecuencia modificaciones en los hábitos de alimentación, caracterizados por sobreingestión de alimentos y bebidas industrializados de alta densidad energética. El modelo de los patrones de alimentación tiene que ver con los «estilos de vida colectivos», entendiendo que los estilos de vida **no son decisiones individuales, sino conductas influidas por las oportunidades definidas por el medio social en el que viven los individuos**. En ciertos estratos de nivel socioeconómico alto se presentan afectaciones como sobrepeso y

obesidad asociados a alimentación costosa pero deficientemente equilibrada, aunque en este sector de la población existe la posibilidad económica y educativa de acceder al mercado de productos alimenticios saludables. De igual modo, en estratos pobres o de bajos ingresos se observan estos padecimientos además de desnutrición asociados a dietas deficientes, caracterizadas por exceso de alimentos ricos en grasas (especialmente saturadas), azúcares refinados y simples y pobres en hidratos de carbono complejos (fibras), aumento de alimentos y bebidas industrializados, de bajo coste, alta densidad energética y de mala calidad, que han venido sustituyendo a la dieta tradicional³⁰, sin contar la afectación entre la población infantil y adolescente. Este patrón alimentario contribuye a la presencia de DM³¹; por un lado, favoreciendo el desarrollo de obesidad y, por otro, a través de su composición, ya que estos alimentos presumiblemente desenmascararían algún factor genético predisponente, hipótesis que aún no se ha demostrado ampliamente.

En cualquier caso, el diagnóstico de sociedades cada vez «más obesas» (obesogénicas) ha llevado a expertos y políticos de todo el planeta a elaborar múltiples propuestas para hacer frente a lo que se concibe como un fenómeno generalizado de alimentación disfuncional y falta de ejercicio⁸. Por ejemplo, en España se ha creado la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad, con réplicas en numerosas comunidades autónomas; en Francia se ha desarrollado el Programme National Nutrition Santé (PNNS 2006-10) y en México existe el Programa Nacional de Salud 2007-2012, que, aunque nada más plantea impulsar una política integral para prevenir y controlar la obesidad, no ha dejado de lanzar campañas y acciones específicas, tales como «México está tomando medidas», «Mídete la cintura», «Por tu salud, ejercítate», «Vive saludable» o «Vamos a por el control». Por su parte, la Unión Europea, tras afirmar que el aumento de la prevalencia de la obesidad afecta a toda Europa, ha elaborado, para apoyar y complementar las iniciativas nacionales, un marco de actuación común mediante la Plataforma Europea de Acción sobre Alimentación, Actividad Física y Salud, la Red sobre Nutrición y Actividad Física y la Estrategia sobre Problemas de Salud Relacionados con la Alimentación, el Sobrepeso y la Obesidad^{8,32}. Sin embargo, las exigencias diarias de muchas personas no permiten un régimen nutricional más saludable, más equilibrado y conveniente para su salud, al menos en la medida que intentan proponer las políticas y autoridades sanitarias, porque para cambiar de dieta es necesario cambiar de vida, partir de otros determinantes sociales, lo cual, según los etnográficos y sociológicos, no solo es siempre difícil, sino que también puede llegar a ser, para determinadas personas, imposible⁸. Tal puede ser aparentemente el caso de Dolores, aunque no por ello hemos de ti-

rar la toalla como profesionales ni como ciudadanos en procurar propuestas pragmáticas e instar a nuestros gestores a facilitarnos el tiempo para ello y exigir estructuras sociales que así nos lo permitan.

FISIOPATOLOGÍA DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD: EL ESTRÉS CRÓNICO

Como clínicos, sabemos que manejar el estrés es otra recomendación para pacientes con hiperglucemia. El estrés crónico y el aislamiento social, especialmente en mayores, se asocian a un aumento de los niveles de glucosa y complicaciones de la DM. La manifestación física de estrés crónico lleva a una disfunción del eje hipotálamo-hipofisario, con el consecuente a aumento del cortisol y, por ende, de la presión arterial y los niveles de glucosa en sangre. Las familias con baja renta se encuentran constantemente expuestas al estrés crónico, al intentar vivir dentro del presupuesto, lo que, eventualmente, puede llevar a niveles elevados de cortisol que afectan directamente a la capacidad del organismo de utilizar la insulina³². Son necesarias intervenciones interdisciplinarias que reúnan a agencias y organizaciones responsables de la ciudadanía para poder realizar cambios sociales estructurales que amortigüen las consecuencias perjudiciales del estrés crónico en salud³³ y reviertan en la mejoría del control de la DM, por tanto.

ABORDAJE DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD EN LA CONSULTA CON NUESTROS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

La cuestión que planteamos aquí trata de aclarar si es el paciente «culpable» de su patología o realmente es víctima del sistema.

Dolores es un claro ejemplo de cómo los profesionales que tratamos a este tipo de pacientes, con controles inapropiados de sus enfermedades orgánicas, están sometidos al devenir de los DSS; durante los procesos clínicos de manejo de sus patologías son estigmatizados en muchas ocasiones por el sistema como un «abusuario»; se les puede señalar incluso como irresponsables en el uso del sistema sanitario (que si «hiperfrecuentador/a», que si «viene cuando le da la gana», que si «es un incumplidor/a», etc.). Sin embargo, las realidades psicosociales que circunscriben a nuestros pacientes son muy diversas y complejas, únicas en cada caso, y, como especialistas que somos en el trato holístico del paciente, siempre las tenemos que tener en cuenta y considerarlas en su conjunto. Es la gran virtud de nuestra profesión: la detección de los DSS y las necesidades derivadas de ellos, así como la

coordinación con otros/as colegas para dar solución parcial a esas limitaciones, de ahí que sea imprescindible un trabajo conjunto con enfermería y trabajo social en todo momento.

En los últimos años hemos sido más conscientes que nunca de cómo esos DSS afectan al manejo de las patologías de nuestros pacientes, y por ello ha habido un aumento de la prescripción social. Para sistematizar adecuadamente este tipo de prescripciones se hace recomendable registrar los DSS en la historia clínica del paciente, usando los códigos Z de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a edición³⁴.

¿QUÉ DEBEMOS HACER LOS PROFESIONALES DE LA SALUD RESPECTO A LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD?

Las **cinco estrategias** o «mandamientos» que recomendamos para abordar los DSS de nuestros pacientes con DM y, en definitiva, de cualquier persona que pise un centro de salud (especialmente si se enfrenta a enfermedades crónicas o potencialmente crónicas) son:

- **Registrar los DSS** como hemos referido en nuestro apartado anterior. Si no se registra el problema, este no existe. Y lo que no existe no se puede objetivar, hecho que resulta crucial para exigir políticas de cambios sobre los DSS.
- **No medicalizar aquello que no es clínico.** La medicalización es la expansión de la medicina a hechos hasta ahora considerados como «problemas de la vida». Lograremos atenuar las intervenciones médicas, que nunca son inocuas, con una escucha activa y empática, ya que esta es terapéutica *per se*. Una manera de no medicalizar es ajustar las expectativas y reconvertir las creencias de los consultantes. En este punto, la honestidad profesional es clave: nos tenemos que basar en el conocimiento científico y reconocer sus límites. El miedo y la demanda de solución inmediata deben combatirse a través de la contención, la información científica y el fomento de la reflexión, basándonos en la confianza de la relación asistencial³⁵. Para todo ello es fundamental disponer de **tiempo**.
- **Trabajar en red con los recursos locales.** Esta imperiosa necesidad es viable si el clínico logra salir de las cuatro paredes de su despacho (y se le da el tiempo para ello) para conocer a fondo el barrio y comunidad donde desarrolla su trabajo, los recursos y los activos con los que cuenta y las redes comunitarias entrelazadas o potencialmente factibles en el territorio con el cual trabaja y despliega su labor.
- **Abordaje holístico.** De la misma manera que **cuando manejamos la DM no solo tratamos la DM,**

en el momento en que la persona interacciona con el servicio de salud es nuestra obligación detectar la relación de su estado con su entorno.

Así, si Dolores entra por la puerta de la consulta no solo vamos a intentar emprender con ella el control de la hiperglucemia/resistencia insulínica, sino que acometeremos también todos los factores de riesgo cardiovasculares que la pueden condicionar, las comorbilidades asociadas, etc., y **siempre** teniendo en cuenta su perspectiva social, emocional, en qué contexto se encuadra su vida, etc. emprender esta exploración es nuestra esencia como primaristas y la razón para individualizar cualquier terapia y tener éxito en la consecución de su bienestar global.

Idealmente, y como *summum* de la excelencia en términos de salud, deberíamos haber sido capaces de anticiparnos incluso a sus necesidades si conocemos de antemano el contexto social donde vive.

- **Advocacy o abogacía para la salud.** Es una estrategia de promoción de la salud que tiene que ver con las políticas públicas «saludables», por la cuales un Estado diseña, gestiona y desarrolla, a través de un gobierno y una administración pública, proyectos y actividades con el fin de satisfacer las necesidades de una sociedad. Generalmente, las políticas de salud las establecen los ministerios de salud con apoyo del gobierno central. Según la OMS (1988): «Una política pública saludable se caracteriza por una preocupación explícita por la salud y la equidad en todos los ámbitos de la política y por una responsabilidad por el impacto en la salud. El principal objetivo de la política pública de salud es crear un ambiente de apoyo **que permita a las personas llevar una vida sana.** Esta política hace que las opciones de salud sean posibles o más fáciles para los ciudadanos. Hace que los entornos sociales y físicos mejoren la salud». Una política pública define una visión para el futuro que a su vez ayuda a establecer metas y puntos de referencia a corto y mediano plazo, y describe las prioridades y las funciones esperadas de los diferentes grupos; construye consenso e informa a la población³⁶. Nuestra misión como profesionales de «a pie», de «kilómetro 0», es exigir a los responsables y gestores políticos que estos actúen de salvaguarda sobre la salud de sus ciudadanos. Algunas de nuestras exigencias han de basarse en varias premisas: garantizar el acceso a la atención, orientar en la navegación por el sistema de salud, ayudar al paciente a movilizar recursos, abordar las inequidades en la salud (identificar los DSS en la vida del paciente), influir en las políticas de salud (el sanitario puede y debe sugerir leyes de salud o proponer políticas públicas saludable es como resultado

del análisis causal de un problema de salud) y crear cambios en el sistema (al proponer políticas públicas saludables se están creando modificaciones potenciales en el sistema de salud)³⁷.

CONSEJOS A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Véase en la tabla 2 un ejemplo, de algún modo «cómic», de cómo sería dar consejos a Dolores desde una perspectiva clásica-tradicional y, en cambio, cómo sería desde la perspectiva de los DSS.

La tarea del médico/a de atención primaria es conectar la brecha entre el **mapa** (guía clínica) y el **territorio** (paciente y su contexto). En el caso concreto de una persona con DM (pero es válido para cualquier patología crónica), aunque

Tabla 2. 10 consejos para una mejor salud

Los consejos «tradicionales», según el modelo biomédico	Los consejos según los determinantes sociales de la salud
No fumar	No ser pobre
Mantener una dieta equilibrada	No tener padres pobres
Ser activo, hacer actividad física	No fracasar en los estudios
Practicar sexo seguro	No trabajar en un puesto estresante en el que no paguen lo suficiente
Si se bebe alcohol, hacerlo con moderación	No vivir en una vivienda húmeda ni de baja calidad, evitando la pobreza energética
Manejar los niveles de estrés	Tener suficientes ingresos para poder pagar unas vacaciones saludables
Tener cuidado con las radiaciones solares y protegerse de sus posibles quemaduras	No perder el trabajo, y no entrar en una situación de desempleo o ERTE
Aprovechar las oportunidades de prevención del cáncer (cribados poblacionales)	En caso de enfermedad, discapacidad o desempleo, obtener todos los beneficios a los que se tenga derecho
Tener cuidado en la carretera	No vivir al lado de una carretera principal con mucho tráfico ni de una fábrica contaminante
Aprender los principios básicos de primeros auxilios	Aprender a rellenar los formularios complejos de subsidio de vivienda o de la renta mínima antes de quedar indigente

Traducido y modificado de Gordon³⁸.

los abordajes biomédicos y conductuales sean importantes y puedan resultar hasta «rentables» para ciertos grupos de nuestra sociedad, no podemos olvidar que el abordaje sistémico es decisivo para manejar los aspectos multidimensionales de la enfermedad a fin de contener la epidemia real de la DM.

PARA SABER MÁS Y RECOMENDAR A NUESTROS PACIENTES

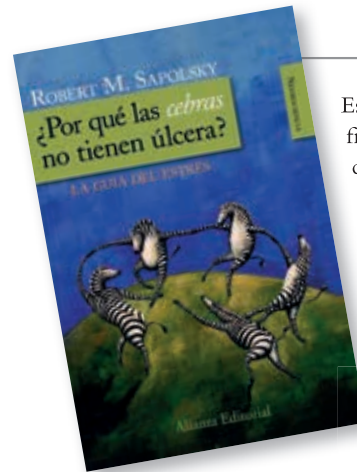
La Federación Española de Diabetes (<https://fedesp.es/>) es el órgano representativo del colectivo de personas con DM en España, enfermedad que en la actualidad padecen cerca seis millones de personas en España. Cuenta con 19 socios: 19 federaciones autonómicas de personas con DM que agrupan a unas 150 asociaciones de personas con DM, distribuidas por todo el territorio nacional.

PARA SABER MÁS SOBRE DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD Y DESIGUALDADES EN SALUD

- Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad daña nuestra salud. Barcelona: El Viejo Topo; 2005.
- Montaner I, Foz G, Pasarin I. La salud: ¿un asunto individual? Actualización en Medicina de Familia. 2012;8:374-82.

BIBLIOGRAFÍA

1. International Diabetes Federation. Diabetes atlas. 8.^a ed. 2017. Disponible en: URL: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html> [último acceso: 11 de septiembre de 2020].
2. Gary-Webb T, Suglia S, Tehranifar P. Social epidemiology of diabetes and associated conditions. *Curr Diab Rep*. 2013;13:850-9.
3. Robert Wood Johnson Foundation. Health Care's Blind Side. The overlooked connection between social needs and good health. 2011. Disponible en: URL: <http://bit.ly/WIQWpb> [último acceso: 7 de septiembre de 2020].
4. Cofiño R. Tu código postal es más importante para tu salud que tu código genético. *Aten Primaria*. 2013;45:127-8.
5. Dirección General de Salud Pública. Estrategia de Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias, 2014. Asturias: Gobierno del Principado de Asturias.
6. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Chronic diseases and associated risk factors in Australia, 2001. Canberra: AIHW; 2002.
7. Diez-Roux AV. Residential environments and cardiovascular risk. *J Urban Health*. 2003;80:569-89.
8. Arnaiz M. La emergencia de las sociedades obesogénicas o de la obesidad como problema social. *Rev Nutr*. 2009;22:5-18.
9. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. Disponible en: URL: http://www.who.int/social_determinants/es/ [último acceso: 11 de septiembre de 2020].
10. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada; 1974.
11. Glouberman S, Millar J. Evolution of the determinants of health, health policy, and health information systems in Canada. *Am J Public Health*. 2003;93:388-92.
12. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe. *Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier*. 2007;14.
13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud



Este libro aborda la fisiopatología de las desigualdades en salud. Explica cómo el estrés crónico y el lugar que ocupamos en la sociedad afecta la salud.

Una revisión actual y rigurosa sobre las desigualdades en salud y su impacto en España. El autor es médico de familia y salubrista.



- Segura del Pozo J. Desigualdades sociales en salud. Conceptos, estudios e intervenciones (1980-2020). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Doctorado Interfacultades en Salud Pública; 2013.

- en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España. Informes, estudios e Investigación. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
14. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Documento de trabajo para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Genève: Organización Mundial de la Salud; 2007.
 15. Walker R, Smalls B, Campbell J, Strom Williams J, Egede L. Impact of social determinants of health on outcomes for type 2 diabetes: a systematic review. *Endocrine*. 2014;47:29-48.
 16. Agardh E, Allebeck P, Hallqvist J. Type 2 diabetes incidence and socioeconomic position: a systematic review and metaanalysis. *Int J Epidemiol*. 2011;40:804-18.
 17. 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.
 18. Christine PJ, Auchincloss AH, Bertoni AG, Carnethon MR, Sánchez BN, Moore K, et al. Longitudinal Associations between Neighborhood Physical and Social Environments and Incident Type 2 Diabetes: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *JAMA Intern Med*. 2015;175:1311-20.
 19. Millaruelo JM. Repercusiones psicosociales de la diabetes. Función de las Asociaciones de Diabéticos. Máster sobre la Atención y la Educación a las Personas con Diabetes Tipo 2. Edición 2017-2019.
 20. Ricci I, Ruiz I, Olry de Labry A, Márquez 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.
 21. 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;13:43-8.
 22. Park M, Katon W, Wolf F. Depression and risk of mortality in individuals with diabetes: a meta-analysis and systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35:217-25.
 23. Walker Ralls B, Hernández-Tejada M, Campbell J, Davis K, Egede L. Effect of diabetes fatalism on medication adherence and selfcare behaviors in adults with diabetes. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012;34:598-603.
 24. Lee J, Kim CH, Moon S. Diabetes-related emotional distress instruments: a systematic review of measurement properties. *Int J Nurs Stud*. 2015;52:1868-78.
 25. Katz ML, Volkening LK, Dougher CE, Laffel LM. Validation of the Diabetes Family Impact Scale: a new measure of diabetes-specific family impact. *Diabet Med*. 2015;32:1227-31.
 26. Massi-Benedetti M. The cost of diabetes type II in Europe the Code-2 study. *Diabetologia*. 2002;45:1-4.
 27. Hidalgo A, Oliva J, Fernández-Bolaños A; Universidad de Castilla-La Mancha. Calidad de vida relacionada con la salud de personas diabéticas: ¿es realmente peor? En: XXX Jornadas de Economía de la Salud. Valencia, 22-25 de junio de 2010.
 28. Koetsenruijter J, Van Lieshout J, Lionis C, Portillo MC, Vassilev I, Todorova E, et al. Social support and health in diabetes patients: an observational study in six European countries in an era of austerity. *PLoS One*. 2015;10:e0135079.
 29. De la Rubia JM, Cerda MTA. Predictores psicosociales de adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*. 2015;6:19-27.
 30. Altamirano L, García JJ, Soto G, Capraro S, Limón D. Epidemiology and social determinants associated with obesity and type 2 diabetes in Mexico. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 2014;77:114-23.
 31. Montonen J, Knekt P, T. Härkänen, Järvinen R, Heliövaara M, Aromaa A, et al. Dietary patterns and the incidence of type 2 diabetes. *Am J Epidemiol*. 2005; 161:219-27.
 32. Comisión de las Comunidades Europeas. Libro blanco. Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013). Bruxelles: Comisión de las Comunidades Europeas; 2007.
 33. Ismail K, Winkley K, Rabe-Hesketh S. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes. *Lancet*. 2004;363:1589-97.
 34. Manual de codificación. CIE-10-ES Diagnósticos. Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016. Disponible en: URL: https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf. [último acceso: 9 de septiembre de 2020].
 35. Zapater F, Vila R. Habilidades para no medicalizar. *FMC*. 2008;15:672-7.
 36. Organización Mundial de la Salud. Health policy. Disponible en: URL: http://www.who.int/topics/health_policy/en/ [último acceso: 24 de enero de 2017].
 37. Bonal RR. Abogacía de salud, la parte olvidada de la promoción de salud en medicina familiar. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2019;35.
 38. Gordon D. An alternative ten tips for staying healthy. *Personal Communication*, October 10, 1999.