

# Diabetes, pobreza

## y resultados

### en el mundo rico

☒ Vincent Connolly



**En un importante número de personas, tanto la diabetes tipo 1 como la diabetes tipo 2 progresan hacia el desarrollo de complicaciones vasculares y, finalmente, en muerte prematura. La desigualdad de acceso y prestaciones sanitarias puede tener un efecto adverso sobre las personas con diabetes e influir sobre la velocidad a la que esto sucede. Las desigualdades sanitarias que existen en los países desarrollados son a una escala bastante diferente a las existentes en países de ingresos bajos y medios; sin embargo, estas desigualdades sanitarias y su impacto sobre la salud son reales e inquietantes. En este artículo, la interrelación entre diabetes y estatus socioeconómico se describe dentro del contexto del sistema sanitario de un país noreuropeo: el Reino Unido.**

Los principales factores de riesgo de que el estado “prediabético” progrese hasta convertirse en diabetes tipo 2 son la edad, la obesidad, una baja actividad física y el tabaquismo.<sup>1</sup> Es importante que, de entre dichos factores de riesgo, la obesidad, el tabaquismo y la baja actividad física son

más prevalentes en poblaciones con un bajo estatus socioeconómico.<sup>2</sup> Como resultado, la diabetes tipo 2 es más prevalente en las áreas desfavorecidas. En el noroeste de Inglaterra, por ejemplo, la prevalencia de diabetes es un 28% más alta en varones y un 45% en mujeres

en las áreas más desfavorecidas, en comparación con la media regional.<sup>3</sup>

**Los factores de riesgo son más prevalentes en personas con un bajo estatus socioeconómico.**

#### ¿Por qué los pobres corren más riesgo?

Estudios recientes desarrollados en EEUU y Finlandia han demostrado que el progreso de la diabetes tipo 2 se puede prevenir mediante programas que promuevan una dieta sana y equilibrada y el ejercicio físico.<sup>4,5</sup> Pero muchas personas que viven en áreas de bajo estatus socioeconómico tienen un acceso muy limitado a instalaciones para realizar ejercicio, zonas de recreo o incluso a una dieta sana.

#### Un entorno hostil para la salud

El entorno de estas áreas desfavorecidas, que a menudo se encuentran en barrios del centro de la ciudad o en desarrollos urbanos a las afueras, no promueve el caminar, correr o montar en bicicleta. De hecho, un paisaje urbano que sea

inseguro, que esté “decorado” con graffiti y que no tenga suficientes servicios de limpieza urbana, es hostil y anima a sus habitantes a protegerse manteniéndose alejados de las calles, promoviendo así un estilo de vida sedentario dentro de casa.

El acceso a una dieta sana depende del acceso a la fruta fresca y la verdura. Las tiendas de estas áreas suelen vender por lo general alimentos enlatados o congelados, restringiendo así las oportunidades de comer bien. Al mismo tiempo, en las áreas urbanas más pobres suele haber más oportunidades de comer alimentos “de conveniencia” con un alto contenido en grasas y azúcares que en los barrios más ricos.

Las intervenciones eficaces para resolver esta situación son iniciativas basadas en la comunidad, que implican equipos fuertes para la promoción de la salud; pero la prevención de la mala salud inducida por el estilo de vida en estas áreas urbanas exige de otros incentivos, como rebajas fiscales para los establecimientos que vendan comida sana; la creación y mantenimiento de instalaciones para realizar ejercicio en las áreas del centro urbano; una planificación urbana que se centre, por ejemplo, en facilitar el acceso a los peatones o a las bicicletas para los residentes a las principales vías de la ciudad, incorporando la actividad física a la vida diaria de las personas.

### Desigualdades sanitarias y riesgo

Una vez que se ha desarrollado diabetes, la interrelación con las desigualdades sanitarias persiste. En el noroeste de Inglaterra, las personas con diabetes tipo 2 tienen más probabilidades de tener más edad, de ser varones, de llevar menos tiempo con diabetes y menos probabilidades de ser tratadas con insulina.<sup>6</sup> La calidad de la atención diabética disponible y prestada

también parece ser un importante factor que determina los resultados.

El tabaquismo y otros factores de riesgo cardiovascular están vinculados al estatus socioeconómico. La prevalencia de tabaquismo tiene una asociación especialmente fuerte; hay en proporción más personas dependientes del tabaco en los grupos de bajo estatus económico que fumadores ricos.

Es importante reconocer que todas las personas con diabetes corren un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. Sin embargo, la presencia de otros factores aumenta aún más los riesgos. En concreto, la presencia de múltiples factores de riesgo dentro del contexto de la diabetes identifica a las personas de máximo riesgo.

**El bajo estatus socioeconómico por sí mismo debería considerarse un factor de riesgo.**

El estudio MRFIT describió la relación entre el creciente número de factores de riesgo en una persona y el aumento del riesgo de eventos cardiovasculares.<sup>7</sup> Esta suma de factores de riesgo cardiovascular es una potente receta para el desarrollo y el progreso de las enfermedades cardiovasculares. Si observamos la distribución de los factores de riesgo cardiovascular por grupos socioeconómicos en personas con diabetes, veremos que se triplica el número de personas con tres o más factores de riesgo cardiovascular de diabetes tipo 2 y que se cuadruplica en el caso de la diabetes tipo 1.

Esto sugiere que hay muchas personas con diabetes de alto riesgo de enfermedad

cardiovascular que viven en áreas de bajo estatus socioeconómico. Quizá el bajo estatus socioeconómico en sí mismo debería considerarse un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular.

### Desigualdad de información y atención

A casi todos los niveles sanitarios, cuanto más información tenga el profesional sanitario disponible sobre la afección de una persona, mayor será la posibilidad de identificar y recomendar una intervención terapéutica apropiada y eficaz; pero si los factores de riesgo no se registran, a menudo no se puede actuar al respecto. Un reciente estudio basado en la población con pacientes de atención primaria reveló que las personas de áreas desfavorecidas tenían menos probabilidades de que se estuviesen registrando las medidas sanitarias clave empleadas en el tratamiento de su diabetes.<sup>8</sup>

En la práctica, algunos de los efectos adversos de tener un bajo estatus socioeconómico se pueden compensar prestando una atención diabética de calidad. En otro estudio reciente,<sup>9</sup> se midió la calidad de la atención diabética considerando si se habían registrado los factores clave. Éstos eran:

- el índice de masa corporal
- tabaquismo
- proteinuria: cantidad anormal de proteína en la orina como resultado de una insuficiencia renal diabética
- colesterol total
- HbA<sub>1c</sub>: una medida de los niveles medios de glucosa en sangre
- tensión arterial.

Una atención diabética insuficiente iba asociada a un aumento del 29% del riesgo de muerte, lo que se suma a los efectos de la pobreza socioeconómica. No debería



sorprendernos que una mejor calidad de atención diabética vaya asociada a unos mejores resultados. Quizá tampoco nos sorprenda, aunque no deje de resultar inquietante, que se descubrió que la mejor atención sanitaria era la que se prestaba a personas de áreas más ricas.<sup>9</sup>

Los datos compilados durante los 90 en Glasgow (Escocia), describieron la prevalencia de enfermedad arterial coronaria en una clínica hospitalaria que atendía a personas de todos los niveles socioeconómicos. A pesar de ser quienes tenían una mayor probabilidad de sufrir enfermedades cardíacas, las personas de las categorías más desfavorecidas eran las que menos probabilidades tenían de someterse a una intervención quirúrgica, como un implante de bypass coronario,

que es una de las intervenciones más eficaces para personas con enfermedad arterial coronaria. Esto sucede a pesar del hecho de que en el Servicio Sanitario Nacional del RU no hay barreras económicas para la prestación sanitaria.

**Las personas más pobres eran las que tenían menos probabilidades de someterse a una intervención quirúrgica.**

Esto podría explicarse mediante la mayor gravedad de la enfermedad en las personas menos ricas, haciendo que los vasos sanguíneos de su organismo sean menos atractivos para un implante de bypass; o podría ser que exista alguna forma de diferencia en el acceso, no relacionado

Un entorno hostil obliga a las personas a quedarse en casa y promueve la vida sedentaria.

con la capacidad de pagar en el punto de prestación, que limite la disponibilidad de esta eficaz intervención para quienes viven en áreas más desfavorecidas. Estos datos son de principios de los 90 y la situación podría haber cambiado; pero resaltan la preocupación sobre el acceso a un tratamiento sofisticado para los más necesitados.

#### *Necesidades educativas especiales*

Hay pocas pruebas de la eficacia de las intervenciones educativas en la consecución de beneficios para la salud a largo plazo. El

nivel académico previo de la persona podría ser un factor importante. Podría ser el caso que el formato del programa educativo no haya cubierto las necesidades de las personas de las áreas más desfavorecidas, que podrían haber tenido experiencias negativas de escolarización y haber perdido la confianza en los sistemas de bienestar social. Si este fuese el caso, se necesitaría una revisión radical de las intervenciones educativas. Con el fin de cumplir plenamente los requisitos de los distintos grupos de personas, expertos en educación deberían diseñar programas educativos inspirados en las poblaciones a las que van dirigidos.

### Diversidad en la vida y en la muerte

La diabetes no es una enfermedad igualitaria; cada persona con diabetes es distinta, tanto en la vida como en la muerte. Los estudios de mortalidad por diabetes nos valen para destacar las diferencias entre ricos y pobres con diabetes. Las personas con diabetes corren un mayor riesgo de muerte prematura, pero los datos epidemiológicos nos indican una vez más las diferencias entre los distintos grupos socioeconómicos, representadas mayormente por la enfermedad cardiovascular prematura. Estas diferencias existen tanto en la diabetes tipo 1 como en la tipo 2.<sup>10,11</sup>

### Combatir la desigualdad

Con el fin de reducir las desigualdades sanitarias para las personas con diabetes tipo 2, en primer lugar necesitamos combatir la afección prediabética. La base científica apoya el desarrollo de programas de prevención a nivel nacional y regional basados en intervenciones sobre el estilo de vida (dieta y ejercicio). Nuestro desafío consiste en desarrollar estas medidas de manera eficaz para las personas de las áreas más desfavorecidas. Para facilitar

esto, sería necesario adoptar iniciativas fiscales y medidas medioambientales.

En segundo lugar, todas las personas con diabetes deberían tener igual acceso a una atención diabética estructurada que trate todos los aspectos de la afección. Esto debería venir apoyado por programas de educación diabética hechos a medida que sirvan a las necesidades de toda la población diabética, especialmente en las áreas más desfavorecidas.

**La diabetes es una enfermedad injusta: en su aparición y progreso.**

En tercer lugar, debe haber igualdad en el acceso a la sanidad, especialmente para intervenciones sofisticadas como las de la enfermedad arterial coronaria y la insuficiencia renal terminal. Estas intervenciones, que son costosas para el Servicio Sanitario del RU, exigen que el paciente y el profesional sanitario que le atiende trabajen unidos a través de varias etapas; la complejidad de este proceso parece desfavorecer a los mismos grupos que deberían beneficiarse del mismo. Los procesos deben simplificarse, hacerse más transparentes y fáciles de comprender.

Finalmente, los profesionales sanitarios implicados en la atención diabética deben reconocer que las personas de las áreas más desfavorecidas son quienes corren un mayor riesgo. Deberían ser tratados según esto, con toda la fuerza de las estrategias disponibles para la reducción de riesgos.

La diabetes es una enfermedad injusta. Es injusta en su aparición y su progreso. Es fundamental que legisladores y políticos se den cuenta, así como los profesionales sanitarios.

### ☒ Vincent Connolly

*Vincent Connolly es médico especialista del Hospital Universitario James Cook, en Middlesbrough (RU).*

### Bibliografía

- 1 Rimm EB, Chan J, Stampfer MJ, et al. Prospective study of cigarette smoking, alcohol use, and the risk of diabetes in men. *BMJ* 1995; 310: 555-9.
- 2 Connolly V, Kesson CM. Socio-economic status and clustering of cardiovascular disease risk factors in diabetic persons. *Diabetes Care* 1996; 19: 423-30.
- 3 Connolly V, Unwin N, Sherriff P, et al. Diabetes prevalence and socio-economic status: a population based study showing increased prevalence of type 2 diabetes mellitus in deprived areas. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 173-7.
- 4 Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002; 346: 393-403.
- 5 Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, et al. Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344: 1343-50.
- 6 Kelly WF, Mahmood R, Kelly MJ, et al. Influence of social deprivation on illness in diabetic patients. *Br Med J* 1993; 307: 115-6.
- 7 Stamler J, Vaccaro O, Neaton JD, Wentworth D. Diabetes, other risk factors and 12 year cardiovascular mortality for men screened in the multiple risk factor intervention trial. *Diabetes Care* 1993; 16: 434-44.
- 8 Hippisley-Cox J, O'Hanlon S, Coupland C. Association of deprivation, ethnicity, and sex with quality indicators for diabetes: population based survey of 53,000 patients in primary care. *BMJ* 2004; 329: 1267-9.
- 9 Roper NA. South Tees Diabetes Mortality Study, MD Thesis. University of Newcastle, 2002: 77-91.
- 10 Roper NA, Bilous RW, Kelly WF, et al. Excess mortality in a population with diabetes and the impact of material deprivation: longitudinal, population based study. *Br Med J* 2001; 322: 1389-93.
- 11 Roper NA, Bilous RW, Kelly WF, et al. Cause-specific mortality in a population with diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 43-8.