

## Desigualdades sociales y diabetes mellitus

### Social inequalities and diabetes mellitus

Dra. Emma Domínguez Alonso

Instituto Nacional de Endocrinología. La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

Las desigualdades sociales producen efectos medibles en pérdidas de salud. Los determinantes sociales de la salud: el género, la etnia, el nivel de ingreso y la educación, constituyen, indiscutiblemente, la base protagónica de las disparidades en salud. La diabetes mellitus, constituida en uno de los principales problemas de salud a nivel global por su comportamiento epidémico en las últimas décadas, es una enfermedad notoriamente afectada por los aspectos sociales. De modo que el presente trabajo se encaminó a describir la influencia de los distintos determinantes sociales en el riesgo de desarrollar diabetes mellitus y en el pronóstico de la enfermedad. El trabajo incluye aspectos conceptuales generales del tema equidad en salud, y profundiza en el modo en el que cada uno de los determinantes sociales impacta en la susceptibilidad para el desarrollo de la diabetes mellitus, así como en el acceso a los servicios de salud de calidad, y, consecuentemente, en los resultados de salud. Adicionalmente, se incorporan algunos elementos que evidencian la peculiaridad que el tema adquiere en el contexto nacional. Se concluye que la inequidad social tiene una influencia directa en la situación actual de la diabetes mellitus a nivel global, de modo que reconocer sus implicaciones resulta imprescindible para orientar la formulación de estrategias y programas de prevención y control de esta enfermedad.

**Palabras clave:** inequidades en salud, determinantes sociales de la salud, desigualdades sociales, diabetes mellitus.

---

#### ABSTRACT

Social inequalities bring about effects that can be measured up in health losses. The social determinants in health such as gender, ethnics, incomes and education are beyond doubts the leading basis for health inequalities. Diabetes mellitus, one of the main global health problems owing to its epidemic behavior in the last few

---

decades, is a disease heavily affected by social elements. The present paper was aimed at describing the influence of the various social determinants over the risk of developing diabetes mellitus and over the disease prognosis. It covered general conceptual aspects about equity in health and delved into how each of the social determinants has an impact on the susceptibility to developing diabetes mellitus, on the access to quality health services, and consequently, on the health outcomes. Moreover, it included some elements that evidence the peculiarities of this topic within the domestic context. It was concluded that social inequalities have a direct effect on the present situation of diabetes mellitus worldwide, so knowing its implications becomes indispensable to direct the drawing up of prevention and control strategies programs for this disease.

**Key words:** health inequalities, social determinants in health, social inequalities, diabetes mellitus.

---

## INTRODUCCIÓN

La justicia social y la igualdad de todos los seres humanos no son conceptos novedosos, están incorporados a las constituciones de los países. La Declaración Universal de los Derechos Humanos proclama que: *Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.*<sup>1</sup> La misma declaración también indica que: *Toda persona tiene todos las libertades y derechos proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier condición.*<sup>1</sup> Aun considerando que la Declaración está más relacionada con el concepto de discriminación que con la equidad en sí misma, brinda un punto de partida para apuntar hacia un discurso y políticas preocupadas con la justicia social.

Ha habido reiteradas expresiones de la preocupación por las brechas que existen entre ricos y pobres, y por la consiguiente disparidad en su estado de salud. Sin embargo, la búsqueda de la equidad debe comenzar con una demostración de las desigualdades existentes, y esto solo se puede lograr si se dispone de información. Evaluar inequidades en salud incluye la necesidad de realizar una valoración de lo que es o no es justo en una sociedad dada. Si bien hay algunas metodologías que han sido propuestas, todas están basadas en la necesidad de un juicio de valor, y son dependientes de la teoría de justicia adoptada y de las explicaciones aceptadas para la etiología de las inequidades observadas.<sup>2,3</sup>

En consecuencia, la Sociedad Internacional por la Equidad en Salud adopta, como una definición operacional, que inequidades son "las diferencias sistemáticas (y potencialmente remediables) en uno o más aspectos del estado de salud de poblaciones o subgrupos poblacionales, social, económica, demográfica o geográficamente definidos" (*International Society for Equity in Health. The Toronto Declaration on Equity in Health. Conference Statement: 2nd International Conference. Toronto; June 2002*). Una dimensión fácilmente medible de este concepto, y que ha permitido una aproximación a las inequidades en salud de una sociedad, es la de las desigualdades en salud. Estas son entendidas como un término genérico que involucra diferencias, variaciones y disparidades en los logros en salud de individuos y grupos poblacionales, que no implica asumir un juicio de

valor moral/ético de estas diferencias, ni consideraciones estrictas sobre su solución.<sup>2</sup>

Recientemente ha habido un gran interés en el tema de las inequidades y las desigualdades en salud. La humanidad ha experimentado rápidas y profundas transformaciones en todas las esferas de la vida económica, cultural, social y política. La globalización y sus consecuencias macroeconómicas influyen en el aumento de las desigualdades entre los países y los grupos sociales. Esto repercute inevitablemente en las condiciones de salud.<sup>4</sup> Varios estudios apuntan a la relevante magnitud de las desigualdades en salud en países con diversos grados de desarrollo.<sup>5,6</sup> De igual modo, diferentes grupos sociales dentro de un mismo país pueden exhibir marcadas disparidades en su situación sanitaria.<sup>7,8</sup> Además, y más grave, es que a pesar de la mejoría general de las condiciones de salud promedio de las poblaciones, en años recientes se ha observado una tendencia al incremento de las desigualdades en muchas regiones. Cada vez se señala con mayor frecuencia la importancia que las políticas de salud tienen como instrumentos para corregir y disminuir tales desigualdades; sin embargo, cuando se ignoran las disparidades existentes, las políticas pueden constituirse en un determinante más del incremento de estas.<sup>9</sup>

Obviamente las desigualdades en salud y su marcada determinación socioeconómica no es un tema que se agota dentro del sector salud, tanto en lo que se refiere a su tratamiento conceptual como en lo relativo a su identificación y el desarrollo de intervenciones efectivas para su solución. Debido a la variedad de los factores determinantes que componen la red de causalidad de las desigualdades en salud, se requiere que su tratamiento sea multisectorial, con políticas, programas e intervenciones dirigidas a disminuir o limitar los efectos negativos en salud.

El incremento de la afectación por diabetes mellitus a nivel mundial ha sido dramático durante las últimas décadas, las predicciones para el futuro inmediato no ofrecen un mejor escenario.<sup>10,11</sup> Se hace indispensable hacer frente a estas tendencias mediante respuestas multisectoriales más estratégicas e integradas. Entre las situaciones que deben ser revertidas están las inequidades sociales que afectan la atención sanitaria de amplios grupos poblacionales. La pobreza perjudica el tratamiento de la diabetes. Disminuye las probabilidades de obtener un diagnóstico acertado, influye en la calidad de la educación recibida, en lo apropiado del tratamiento y en el acceso a él; y consecuentemente, en el riesgo de que surjan graves complicaciones y sobrevenga la muerte. De modo que se impone tener en cuenta y hacer frente a las inequidades al formular estrategias y programas de prevención y control de esta enfermedad, como único modo de revertir la dramática situación actual.

Sobre esta base, el presente trabajo se encaminó a describir la influencia de los distintos determinantes sociales en el riesgo de desarrollar diabetes mellitus, en el modo de afrontamiento de la enfermedad y la calidad de la atención recibida, y, consecuentemente, en su pronóstico.

## DESARROLLO

### Equidad (inequidad) en salud: aspectos conceptuales relacionados con el tema

León Martínez en una revisión conceptual sobre equidad en salud<sup>12</sup> hace énfasis en la relación entre el valor normativo, el valor ideal alcanzable y el valor mínimo asegurable. El autor expresa que, independientemente del concepto de igualdad y de la filosofía política que se maneje, toda sociedad fija determinados valores éticos

o normativos y derechos mínimos para los ciudadanos, e insiste en que el problema con la formulación de los derechos es su gran generalidad. Si bien el valor normativo es el referente en la formulación general del derecho (el valor ideal alcanzable), el derecho se lleva a obligación tangible del Estado solo a partir de ciertos mínimos (mínimos asegurables).

La formulación de los mínimos parte de la premisa de que ese ideal alcanzable es tan solo una meta que se logrará progresivamente en función del esfuerzo de una sociedad o país a través del tiempo. Se muestran las desigualdades e injusticias como un supuesto "camino al desarrollo", que unos han alcanzado y otros están en vías de alcanzar. En este punto comienzan a ser "norma" grandes diferencias e injusticias ("que solo el tiempo solucionara"), y el derecho determina apenas el máximo de rezago aceptable o permitido.<sup>12</sup> No obstante, en el propio artículo se insiste en que no se debe ignorar el aspecto ético en la valoración de un determinado orden social.<sup>12</sup> Las desventajas y la exclusión social serán siempre cuestionables, aun cuando algunas sociedades las consideren "normales". No se puede catalogar como normal en una sociedad lo que ya no es aceptable por otras; por ejemplo, la discriminación de raza y género, la desnutrición infantil, la inaccesibilidad a servicios de salud de calidad, la insalubridad, etcétera.

La construcción de los derechos es, por tanto, un proceso dinámico, que se modifica con el tiempo y con los cambios sociales. La "normativa" de referencia puede identificarse como el mejor de los resultados observados, o el máximo biológico posible, contra los cuales se comparan el resto de los individuos, grupos o países. De esta forma, la esperanza de vida superior, el acceso masivo a los servicios de salud o la mortalidad infantil inferior alcanzada en unos países, se torna referencia normativa para los demás.<sup>12</sup> De modo que los estudios dirigidos a medir y monitorear las inequidades en salud resultan cada vez más necesarios y pertinentes. Solo a partir de evidencia, científicamente fundamentada, se pueden orientar, de modo adecuado, la toma de decisiones, la formulación de políticas y la orientación de los servicios y programas de salud encaminados a disminuir (y eliminar) inequidades; y consecuentemente, lograr mejores indicadores de salud para todos los grupos poblacionales.

Desafortunadamente, la comparabilidad de los datos sobre inequidades en salud entre países es todavía imperfecta, y se dificulta más a medida que aumenta el área geográfica a comparar. Existen diferencias regionales en varios aspectos de la recogida de datos que pueden afectar la magnitud de las inequidades resultantes. De modo que tienen poca presencia en la literatura los resultados de estudios comparativos entre países, sobre todo, en regiones con menor grado de desarrollo. Lo anterior constituye una limitación para esta revisión.

### **Los determinantes sociales de la salud (DSS)**

Los DSS se definen como las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar. Estos están referidos a rasgos específicos del contexto social que afecta la salud, así como a los mecanismos por los cuales las condiciones sociales se traducen en impactos en la salud.<sup>13</sup> Los modelos clásicos de determinantes de la salud han considerado el papel de lo social en la producción de la salud, eso es innegable; sin embargo, el enfoque de los determinantes sociales centra el énfasis en las causas que actúan desde el contexto socioeconómico y macroestructural en que se desenvuelven las poblaciones y los individuos, y que son fuente de las inequidades en salud.<sup>13,14</sup>

Se consideran determinantes estructurales de la salud o factores sociales determinantes de las desigualdades en salud: el nivel de ingreso, la educación, la ocupación, el género, el grupo étnico, entre otros. Estos factores generan mecanismos de estratificación socioeconómica, y consecuentemente, desigualdad y exclusión social de determinados grupos poblacionales.<sup>13</sup> El enfoque de análisis de los DSS intenta integrar los diferentes niveles y dimensiones desde los cuales se debe actuar para resolver problemas que están en la base de las inequidades en salud. La perspectiva de trabajo con los DSS está respaldada por la Declaración de la Comisión de DSS de la OMS, documento que traza una intención y un nuevo enfoque, el que, conjuntamente con iniciativas y acciones, pretende instaurar una forma diferente de tratar y resolver los problemas de salud a nivel global.<sup>15</sup>

### **Inequidad y diabetes mellitus**

#### *Situación epidemiológica actual de la diabetes mellitus*

El marcado incremento de las personas con diabetes mellitus durante las últimas décadas del pasado siglo y los primeros años de la actual centuria, ha sido catalogado como epidémico, y ha conllevado a que esta enfermedad sea considerada uno de los fundamentales problemas de salud a afrontar a nivel global.<sup>10,11</sup> Una revisión sistemática que recolectó datos de encuestas nacionales de salud y de estudios epidemiológicos provenientes de 199 países, con el propósito de conocer las tendencias de la diabetes mellitus en adultos de 25 años y más a nivel nacional, regional y global, mostró que la tasa de prevalencia estandarizada por edad se elevó de 8,3 % (6,5-10,4) y 7,5 % (5,8-9,6) en 1980, a 9,8 % (8,6-11,2) y 9,2 % (8,0-10,5) en 2008 en hombres y mujeres respectivamente. El número de personas con diabetes ascendió de 153 (127-182) millones en 1980 a 347 (314-382) millones en 2008.<sup>10</sup> Para el año 2025 se proyectan incrementos en el número de casos de un 41 % en países desarrollados y un 170 % en países en desarrollo, en relación con los existentes a finales del pasado siglo. En términos de prevalencia, el incremento será de un 27 % en los países desarrollados y de un 48 % en los en desarrollo.<sup>11</sup> Las mismas proyecciones ubican a más del 75 % de las personas con diabetes mellitus en países en desarrollo en el año 2025, los que, por supuesto, cuentan con menos recursos que los desarrollados para enfrentar esa situación. Esto hace indispensable que las estrategias implementadas sean lo suficientemente efectivas en términos costo beneficio.

Chen y otros, en su trabajo sobre aspectos epidemiológicos actuales y perspectivas futuras de la diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) a nivel mundial, destacan que las causas del comportamiento epidémico de esta enfermedad involucra un complejo grupo de sistemas genéticos y epigenéticos, interactuando dentro de una igualmente compleja estructura social que determina tanto el comportamiento como la influencia del ambiente. Los autores hacen referencia a factores cuya influencia está perfectamente establecida, como la obesidad y el sobrepeso, la inactividad física y los regímenes alimentarios hipercalóricos de bajo valor nutritivo, a la vez que insisten en la necesidad de investigaciones adicionales encaminadas a aportar una mejor comprensión de la influencia de otros factores, tales como, la predisposición genética y el ambiente materno.<sup>16</sup>

A partir de los conocimientos y las tecnologías modernas, es posible promover la salud y prevenir las complicaciones en las personas con diabetes mellitus, mediante la modificación de los factores de riesgo y logrando un buen control de la glucemia.<sup>11</sup> No obstante, lo que se hace actualmente a nivel global para el tratamiento de esta enfermedad dista mucho de lo que sería posible sobre esa base. Entre los factores que influyen negativamente en la eficacia y suficiencia de

las acciones encaminadas a la prevención y control de la diabetes mellitus están, indudablemente, los relacionados con las desigualdades sociales, y las consecuentes inequidades en salud. La diabetes mellitus no impacta por igual a todos en la sociedad. Existen disparidades significativas en el riesgo de desarrollar la enfermedad, en el acceso a los servicios, en la calidad de estos, y, consecuentemente, en los resultados de salud.

*Determinantes estructurales de la salud: ¿cómo afectan el riesgo de enfermar de diabetes mellitus y la evolución de esta?*

La diabetes mellitus, particularmente la tipo 2, es una enfermedad cuyo desarrollo y evolución están directamente afectados por factores sociales. Los estilos de vida no saludables, la carencia de conocimientos indispensables para la prevención y el control adecuado de la enfermedad, la no accesibilidad a servicios de salud de calidad, entre otros, favorecen el desarrollo de la enfermedad a la vez que influyen negativamente en su pronóstico. La base social de todos estos condicionantes catalogan a la diabetes mellitus, cada vez con más evidencia, como una enfermedad social. Solo partiendo de este enfoque, se podrán elaborar acciones realmente eficaces encaminadas a disminuir su frecuencia y lograr un mejor control de esta.

Tang y otros consideran a la DM 2 como un ejemplo típico de enfermedad que parece concentrarse en áreas de pobreza y entre individuos con bajo nivel educacional, y condicionan esta relación al rol que desempeña la posición socioeconómica en los cuidados de salud, la prevención de la enfermedad, el conocimiento de medidas de promoción de salud, la disposición a buscar tratamiento y los estilos de vida.<sup>17</sup>

A continuación se aportan elementos que evidencian la influencia de cada uno de los determinantes sociales en el riesgo de desarrollar diabetes mellitus, así como en el pronóstico de esta. Aunque la descripción de cada uno de ellos se incluye en acáptites separados con el propósito de lograr una exposición más clara y coherente, resulta imprescindible destacar que en la práctica es imposible aislar sus impactos, dada la estrecha interacción entre ellos, de modo que, la influencia de uno(s) está por lo general mediana y/o agravada por la de otro(s).

- Nivel de ingresos: la relación entre el nivel de ingresos y la diabetes mellitus ha sido fuertemente documentada en la literatura. En un estudio llevado a cabo en Holanda, la prevalencia de diabetes mellitus mostró un OR ajustado por edad y sexo de bajos ingresos vs. altos ingresos de 2,13 (1,91-2,37).<sup>18</sup> En las áreas más pobres del Reino Unido el riesgo de padecer diabetes mellitus es 2,5 veces mayor que en aquellas con un mayor nivel económico. En la región noreste la prevalencia de esta enfermedad es 45 y 28 % mayor en mujeres y hombres respectivamente, en relación con el promedio nacional. Complicaciones como las enfermedades cardio y cerebrovasculares y la nefropatía, son 3,5 veces más frecuentes en grupos con bajo estatus socioeconómico.<sup>19</sup>

De igual manera, una investigación realizada en Canadá con una muestra de representatividad nacional, permitió identificar un incremento de la prevalencia de diabetes mellitus con el decremento de los ingresos y del nivel educacional; sin embargo, esta relación resultó estadísticamente significativa solo para las mujeres.<sup>17</sup> En el propio estudio se construyeron múltiples modelos de regresión logística para estimar el efecto del estatus socioeconómico en la prevalencia de diabetes mellitus. Después de ajustar por edad, el área de residencia, el índice de masa corporal (IMC) y la actividad física, las mujeres de bajos y medianos ingresos tuvieron un riesgo significativamente mayor comparado con las de altos ingresos (OR bajos ingresos: 2,1 [1,4-3,0]; OR medianos ingresos: 1,6 [1,2-2,2]).

La asociación en hombres no resultó estadísticamente significativa. Estos resultados son coincidentes con los de otros estudios, al identificar un mayor impacto de las desventajas sociales en el sexo femenino.<sup>20-24</sup>

Un estudio ecológico confirmó la asociación de la inequidad de ingresos con la obesidad, la mortalidad por diabetes mellitus y la ingesta diaria de calorías en 21 países desarrollados. La desigualdad en los ingresos mostró una correlación positiva con el porcentaje de obesidad en ambos sexos ( $r= 0,48$ ,  $p= 0,03$  en hombres y  $r= 0,62$ ,  $p= 0,003$  en mujeres). Resultados similares se obtuvieron con la tasa de mortalidad por diabetes mellitus ( $r= 0,46$ ,  $p= 0,04$ ) y el ingreso calórico diario promedio ( $r= 0,50$ ,  $p= 0,02$ ).<sup>25</sup>

- Nivel educacional: este ha sido ampliamente usado como un indicador del estatus socioeconómico, debido a su relación con los ingresos, la ocupación y el prestigio social. De igual modo, el nivel educacional está relacionado con el conocimiento sobre temas de salud, el interés por obtener información de salud y los estilos de vida saludables. Se ha demostrado que las personas con diabetes mellitus de bajo nivel educacional utilizan menos los servicios relacionados con el cuidado de su enfermedad; consecuentemente, son más propensas a padecer retinopatía, enfermedad cardiaca y mal control metabólico.<sup>26</sup>

De igual modo, las personas con menor nivel educacional, son más propensas a pensar que su condición tiene un efecto adverso sobre su vida y a una menor adherencia al tratamiento.<sup>27</sup> En el estudio en población canadiense antes referido, se encontró que el OR ajustado para desarrollar diabetes mellitus en sujetos con nivel educacional menor de secundaria básica en relación con aquellos con un nivel educacional superior, fue significativamente mayor solo en mujeres (1,7 [1,3-2,3]).<sup>17</sup> Un estudio realizado en EUA, con datos provenientes de la Encuesta Nacional de Salud, mostró que el riesgo de mortalidad por enfermedades cardiovasculares fue 28 % mayor en diabéticos adultos con bajo nivel educacional, en relación con aquellos con nivel educacional alto. Esta asociación estuvo presente en todos los grupos de edad, en ambos sexos, y en todos los grupos étnicos con excepción de los hispanos. Los diabéticos con bajo nivel educacional sufrieron 503 defunciones más por cada 10 000 personas-años, en comparación con los que tenían un alto nivel educacional.<sup>28</sup> Resultados similares se han obtenido en estudios llevados a cabo en Europa.<sup>19,29,30</sup>

Al igual que sucede con el nivel de ingreso, la relación entre DM 2 y nivel educacional está influida, en buena medida, por la obesidad. En Europa, la obesidad es mayor en personas con un bajo nivel educacional, lo que se hace más evidente en las mujeres. Las mayores diferencias en cuanto prevalencia de obesidad se observan en los países del sureste de Europa (por encima de 4, o sea, una prevalencia 4 veces mayor en personas con bajo nivel educacional, en relación con aquellas con un nivel alto).<sup>5</sup>

- Etnia: en el Reino Unido personas originarias del sur de Asia e individuos de la raza negra provenientes del Caribe, tienen un riesgo 6 y 5 veces mayor respectivamente de vivir con diabetes mellitus. El 20 y el 17 % respectivamente de estas poblaciones está afectado por la enfermedad, en comparación con el 3 % de la población general. Un comportamiento similar tiene el riesgo de desarrollar complicaciones. La frecuencia de enfermedad cardiaca es de 2 a 3 veces mayor, y el fallo renal 4 veces mayor en personas provenientes del sur de Asia. Personas negras de origen caribeño padecen enfermedad cerebrovascular con una frecuencia 3 veces más alta.<sup>19</sup>

La génesis de este comportamiento se considera multifactorial. Dentro de los factores influyentes se han citado el estatus socioeconómico, la predisposición genética, la discriminación y el racismo, el idioma y la comunicación, aspectos culturales y religiosos que influyen en el comportamiento, los estilos de vida y la accesibilidad a los servicios de salud.<sup>31</sup>

- Género: las diferencias socioeconómicas en la prevalencia de DM 2 son más marcadas en las mujeres, lo que se ha atribuido, esencialmente, al tipo de dieta y la prevalencia de obesidad.<sup>23</sup> Ello adquiere particular relevancia en América Latina y el Caribe, considerada la región más inequitativa del mundo en términos generales. La prevalencia de diabetes mellitus es especialmente alta en las mujeres en los países anglófonos del Caribe, donde la mayoría de la población es de origen africano. De igual modo, las mujeres están más afectadas que los hombres en países del Caribe no anglófono, con importantes segmentos de la población de origen africano.<sup>20,21,24</sup> Igual comportamiento se observa en los EUA, las mujeres afroamericanas tienen una prevalencia más alta de diabetes mellitus que los varones del mismo origen, que además duplica con creces el de las mujeres de origen europeo (blancas).

Las investigaciones en EUA han demostrado que hay un alarmante porcentaje de mujeres con sobrepeso u obesidad (con un IMC igual o superior a los 25 kg/m<sup>2</sup>). La tendencia al sobrepeso sigue una línea similar a la de la diabetes mellitus, siendo más alta entre mujeres de origen africano (66,8 %) y latinoamericano (67,8 %), que entre mujeres de origen europeo (45,7 %). De manera similar, la prevalencia de obesidad es mucho más alta entre mujeres estadounidenses de origen africano, que entre los varones del mismo país y origen étnico.<sup>21,24</sup>

Todo lo anterior está vinculado a aspectos culturales y a ingresos bajos, como consecuencia de la posición de desventaja en que aún se encuentra la mujer en la organización social de muchas regiones del mundo. Las razones tras este desequilibrio parecen estar relacionadas con la discriminación y las relaciones de explotación, implicadas en los roles tradicionales de cada género.<sup>20</sup>

### **Calidad de la atención a las personas con diabetes mellitus y su relación con los DSS**

La posición socioeconómica está estrechamente vinculada a la accesibilidad a servicios médicos de calidad. De los 17 indicadores de calidad de la atención a las personas con diabetes mellitus, 10 se han asociado adversamente con situaciones de desventaja social.<sup>32</sup> En estos grupos poblacionales se encuentra con una mayor frecuencia incumplimiento de los chequeos siguientes: IMC, hemoglobina glucosilada, pesquisa de retinopatía, toma de tensión arterial, pesquisa de neuropatía, vacunación antigripal, determinación de creatinina, determinación de colesterol, chequeo del pulso y determinación de microalbuminuria. Este es un factor que se adiciona a los antes discutidos como contribuyente a la mayor frecuencia de complicaciones graves y de mortalidad prematura en grupos de bajo nivel socioeconómico.

### **Particularidades del tema equidad en Cuba**

Debido a la particularidad de nuestro proyecto social (acceso pleno a la salud y los principios de no exclusión e igualdad de derechos, entre otros), los criterios habitualmente utilizados para evidenciar las desigualdades sociales en salud

---

(ingreso, educación, empleo, color de la piel, sexo, etc.) tienen un valor limitado en Cuba. La escolaridad, por ejemplo, que se asocia habitualmente a una notoria desigualdad sanitaria, es un indicador con poca variabilidad en nuestro país. El nivel de ingreso, por su parte, no describe adecuadamente la condición económica del individuo o la familia debido a errores sistemáticos en la medición como consecuencia de la falta de fiabilidad de la información. Por supuesto, lo anterior no implica que las desigualdades no existan. Varios estudios han enfatizado el hecho de que las medidas tomadas para el enfrentamiento de la crisis que sufrió el país en la década de los años 90s garantizaron que las consecuencias de esta tuvieran poca influencia en las estadísticas básicas de salud cubana, a diferencia de lo ocurrido en otros países.<sup>33-36</sup> Sin embargo, tanto la crisis como el reajuste económico que marcó a la sociedad cubana durante esa etapa, han tenido entre sus efectos más relevantes una reconfiguración de la estructura social, el fortalecimiento económico de algunos grupos y el debilitamiento de otros, y consecuentemente, el ensanchamiento de las distancias sociales. Por tal motivo, no se puede ignorar la necesidad de evaluar la influencia de esta estructura social modificada sobre la equidad en la salud de la población.<sup>37</sup>

Hay un largo camino por recorrer hacia la identificación de grupos poblacionales con perfiles epidemiológicos desfavorables de morbilidad y riesgo, lo que resulta indispensable para orientar las acciones de salud sobre bases sólidas, científicamente fundamentadas. De modo que resulta necesaria la búsqueda de indicadores que permitan evidenciar desiguales en salud más en concordancia con nuestras particularidades.

Ramírez y otros<sup>38</sup> propusieron un sistema de monitoreo de la equidad en salud. Los autores basan la necesidad de implementarlo en las modificaciones que se han producido en las condiciones de vida de la población y en diversas esferas del quehacer económico y social, unido a la disminución de la homogeneidad que caracterizaba a la población cubana. Consideran que se está lejos de conocer cómo las disparidades sociales pueden impactar en el estado de salud de la población, y añaden que el sistema de monitoreo propuesto es factible por contarse con la información necesaria, y por existir la voluntad política del gobierno y estado cubanos de eliminar las injustas desigualdades que pudieran existir en el país. Se ha planteado que la condición económica subjetiva se asocia con la salud, de modo que, a partir de esta, pueden construirse medidas que complementen a otros indicadores como el ingreso.<sup>39</sup>

La condición económica subjetiva es el modo en que el propio individuo percibe su situación económica. Es una variable muy utilizada en investigaciones de autoeficacia, expectativas de resultados y salud.<sup>40</sup> Basándose en ello, Díaz Perera y otros<sup>37</sup> diseñaron una investigación con el propósito de identificar y caracterizar grupos poblacionales con perfiles de mayor riesgo y morbilidad para la diabetes mellitus.

A partir del estudio de 840 familias residentes en La Habana, y aplicando un análisis de conglomerados, se identificó y caracterizó una subpoblación con alta carga de morbilidad y un perfil peculiar de riesgo. La variable determinante en su definición fue la percepción subjetiva de la situación económica. Las familias de este grupo mostraron mayor densidad de diabetes por viviendas En promedio eran familias más pequeñas, y con 2 y 3 años menos de escolaridad, una percepción peor de su situación económica y una edad promedio mayor. La variable más importante que definió esa subpoblación fue la percepción subjetiva de la situación económica, entendida como la valoración individual de esta. Se definió según percepción de cada individuo encuestado, como: 1. Excelente, 2. Buena, 3. Regular, 4. Mala y 5. Muy mala. En cada vivienda la valoración individual se registró para todos los sujetos (adultos) entrevistados. Como cada cual expresaba su propia valoración, se definieron 2 variables para describir la percepción de la situación

---

económica de la familia basada en la escala anteriormente descrita: percepción más favorable (la mejor respuesta en la familia), y percepción más desfavorable (la peor respuesta en la familia). Otro resultado interesante del estudio de *Díaz Perera y otros*<sup>37</sup> es que en las familias de la subpoblación con mayor morbilidad por diabetes mellitus predominó el sexo femenino.

Es este un aspecto en el que se debe insistir cuando se habla de particularidades del tema equidad en Cuba y su relación con la diabetes mellitus. La mayor afectación por diabetes mellitus en las mujeres ha sido reportada consistentemente en la literatura nacional. Los Anuarios de la DNE-MINSAP reportan una razón de tasas de mortalidad (M/F) de alrededor de la mitad de defunciones en los hombres en relación con las mujeres. Este valor fue de 0,6 en el año 2011.<sup>41</sup> La prevalencia, por su parte, fue de 35,7 por 1 000 y 55,8 por 1 000 en hombres y mujeres respectivamente en el propio año. De igual manera, varias publicaciones en las que se exploró la carga ocasionada por esta enfermedad en el país, a partir de enfoques metodológicos diversos y en diferentes períodos, coinciden en esta disparidad notoria entre sexos.<sup>42-46</sup>

En el caso particular de Cuba, donde las mujeres tienen las mismas posibilidades de acceder a la educación y servicios de salud de calidad que los hombres, y los niveles de participación social no difieren entre mujeres y hombres, podría pensarse que la inequidad social no resulta una explicación para las diferencias en el riesgo desarrollar diabetes mellitus entre sexos; sin embargo, independientemente de la posible influencia de factores biológicos aún no establecida, no se deben obviar elementos de índole cultural que mantienen actitudes discriminatorias en algunos contextos.

*Castañeda* plantea que las inequidades de género se producen a partir de dos fuentes: la desigualdad de derechos y la de oportunidades. La desigualdad de derechos está relacionada con la justicia, se puede solucionar cuando existe la voluntad de crear un sistema de leyes dirigido hacia la igualdad entre mujeres y hombres; mientras que la de oportunidades depende de los diferentes posicionamientos, condicionamientos y capacidades de cada ser humano, en función de su forma de pensar y de vivir. De modo que, su eliminación no se logra tan solo con la igualdad de derechos.<sup>47</sup>

Lo anterior hace evidente la necesidad de realizar estudios en el contexto nacional, en los que la diabetes mellitus sea tratada con un enfoque de género.

Todo lo anterior permite arribar a las consideraciones finales siguientes: 1. Una definición de inequidad en salud debe partir del hecho de que son disparidades consideradas como injustas y, por tanto, evitables, por lo que se hace indispensable la evaluación detallada de las causas; 2. Los determinantes sociales de la salud: el género, la etnia, el nivel de ingreso y la educación constituyen, indiscutiblemente, la base protagónica de las inequidades en salud; 3. A pesar de que la mayoría de las regiones del mundo han experimentado mejorías apreciables en algunos de sus indicadores de salud, paralelamente se ha observado un incremento de la brecha en materia de salud entre distintos estratos poblacionales (condicionados por los diferentes determinantes sociales); 4. Estudios encaminados a medir y monitorear las inequidades en salud resultan imprescindibles para orientar de modo adecuado la toma de decisiones, la formulación de políticas y la orientación de los servicios y programas de salud, lo que requiere un tratamiento interdisciplinario y multisectorial; 5. El riesgo de desarrollar diabetes mellitus, así como de que esta evolucione desfavorablemente (complicaciones graves y mortalidad prematura), está estrechamente condicionado por los determinantes sociales, de modo que resulta imprescindible tenerlos en cuenta en el planteamiento de políticas

---

encaminadas a revertir la compleja situación actual de enfermedad a nivel global; 6. Las particularidades del proyecto social cubano hace indispensable el desarrollo de indicadores que midan inequidades en salud adecuados a nuestra realidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización de Naciones Unidas (1948) [homepage en Internet]. Declaración Universal de los Derechos Humanos [citado 10 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/aboutun/rights.htm>
2. Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56:647-52.
3. Macinko J, Starfield B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. *International Journal for Equity in Health*. 2002;1(1):1-35.
4. Agost MR, Martín L. Acercamiento al papel de los procesos de exclusión social y su relación con la salud. *Rev Cubana Salud Pública*. 2012;38(1):126-40.
5. Mackenbach JP, Roskam A-JR, Schaap M, Menvielle G, Kunst AE. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *The New England Journal of Medicine*. 2008;358(23):2468-81.
6. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJM, Groenhof F, Geurts JJ. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *The Lancet*. 1997;349:1655-9.
7. Adler N, Stewart J. Preface to The Biology of Disadvantage: Socioeconomic Status and Health. *Ann NY Acad Sci*. 2010;1186:1-4.
8. Kawachi I, Adler NE, Dow WH. Money, schooling, and health: mechanisms and causal evidence. *Ann NY Acad Sci*. 2010;1186:56-68.
9. Starfield B. Improving equity in health: a research agenda. *International Journal Services*. 2001;31(3):545-66.
10. Danaei G, Finucane M, Lu Y, Singh GM, Coward MJ, Paciorek CJ, et al. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *The Lancet*. 2011;378(9785):31-40.
11. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care*. 1998;21:1414-31.
12. León Martínez F. Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad/inequidad en Salud. Revisión conceptual [homepage en Internet]. Bogotá, 2006 [citado 20 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.saludcolombia.com/actual/documentos/Equidad%20Inequidad%20en%20Salud.pdf>

13. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo. Ginebra: OMS; 2005.
14. Moiso A. Determinantes de la salud. En: Barragán HL, editor. Fundamentos de la Salud Pública. La Plata: Universidad Nacional de La Plata, Editorial EDULP; 2007. p. 98-113.
15. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Declaración provisional. Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. Ginebra: OMS; 2005.
16. Chen L, Magliano DJ, Zimmet PZ. The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus-present and future perspectives. *Nat Rev Endocrinol.* 2012;8:228-36.
17. Tang M, Chen Y, Krewski D. Gender-related differences in the association between socioeconomic status and self-reported diabetes. *Int J Epidemiol.* 2003;32:381-5.
18. Wester GP, Schellevis FG, Bakke DH, Groenewegen PP, Bensing JM, Van der Zee J. Monitoring health inequalities through general practice: the Second Dutch National Survey of General Practice. *European Journal of Public Health.* 2005;15(1):59-65.
19. Adrian Sanders MP. Diabetes and the disadvantaged: reducing health inequalities in the UK. *Educing, UK.* 2006 [homepage en Internet] [citado 15 de febrero de 2011]. Disponible en: [http://www.diabetes.org.uk/Professionals/Publications-reports-and-resources/Reports-statistics-and-case-studies/Reports/Diabetes\\_and\\_the\\_disadvantaged/](http://www.diabetes.org.uk/Professionals/Publications-reports-and-resources/Reports-statistics-and-case-studies/Reports/Diabetes_and_the_disadvantaged/)
20. Torres C, Barceló A. Injusticia social y necesidades no cubiertas: mujeres y diabetes en las Américas. *Diabetes Voice.* 2009;54:12-7.
21. Pan American Health Organization. *Health in the Americas.* Washington DC: PAHO; 2007. p. 36-7.
22. Grant JF, Hicks N, Taylor AW. Gender-specific epidemiology of diabetes: a representative cross-sectional study. *Int J Equity Health.* 2009;8:6.
23. Shai I, Jiang R, Manson J. Ethnicity, obesity, and risk of type 2 diabetes in women. *Diabetes Care.* 2006;29:1585-9.
24. Pan American Health Organization. *Best practices in gender, ethnicity and health.* Washington DC: PAHO; 2009.
25. Pickett KE, Kelly S, Brunner E, Lobstein T, Wilkinson RG. Wider income gaps, wider waistbands? An ecological study of obesity and income inequality. *J Epidemiol Community Health.* 2005;59:670-4.
26. Van der Meer JB, Mackenbach JP. The care and course of diabetes: difference according to level of education. *Health Policy.* 1999;46:127-41.

27. Bachmann MO, Eachus J, Hopper CD, Davey-Smith G, Propper C, Pearson NJ, et al. Socio-economic inequalities in diabetes complications, control, attitudes and health service use: a cross-sectional study. *Diabetic Medicine*. 2003;20(11):921-9.
28. Dray-Spira R, Gary-Webb T, Brancati F. Educational Disparities in Mortality Among Adults With Diabetes in the U.S. *Diabetes Care*. 2010;33(6):1200-5.
29. Espelt A, Borrell C, Roskam AJ, Rodriguez-Sanz M, Stirbu I, et al. Socioeconomic inequalities in diabetes mellitus across Europe at the beginning of the 21st century. *Diabetologia*. 2008;51:1971-9.
30. Brown AF, Ettner SL, Piette J, Weinberger M, Gregg E. Socioeconomic position and health among persons with diabetes mellitus: a conceptual framework and review of the literature. *Epidemiol Rev*. 2004;26:63-77.
31. Espelt A, Borrell C, Rodriguez-Sanz M, Roskam AJ, Dalmau A. Socio-economic inequalities in diabetes mellitus across Europe at the turn of the century. Chapter 9. In: Tackling Health Inequalities in Europe: an Integrated Approach. Eurothine Final Report. Rotterdam: Department of Public Health, University Medical Centre Rotterdam; 2007. p. 70-87.
32. 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. *British Medical Journal*. 2004;329:1267-9.
33. Hadad Hadad Jorge Luis, Valdés Llanes Elías. La protección social en salud como enfrentamiento a una crisis económica. *Rev Cubana Salud Pública*. 2010 Sep;36(3):235-48.
34. Borowy I. Similar but different: Health and economic crisis in 1990's Cuba and Russia. *Soc Sci Med*. 2011;72:1489-98.
35. Díaz-Perera Fernández G, Alemany Pérez E. Enfoque de la desigualdad social en periodo de crisis: experiencia cubana. *Rev Haban Cienc Méd*. 2011 Mar;10(1):145-54.
36. Rojas F. Economía, política y estado de salud en Cuba. En: *Salud Pública. Medicina Social*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 119-35.
37. Díaz-Perera G, Bacallao J, Alemany E. Subpoblaciones con perfiles epidemiológicos y de riesgo singulares en La Habana, Cuba: diabetes, hipertensión y tabaquismo. *Rev Panam Salud Pública*. 2012;32(1):9-14.
38. Ramírez Márquez A, López Pardo CM. A propósito de un sistema de monitoreo de la equidad en salud en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública* [serie en Internet]. 2005 Jun [citado 22 de febrero de 2012];31(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662005000200002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200002&lng=es)
39. Hou F, Myles J. Neighborhood inequality, relative deprivation and self-perceived health status. *Analytical Studies. Research Papers Series*. Statistics Canada. 2008; No. 11F0019(228):5-31.
40. Gutiérrez Rosado T, Escursell Raich RM, Sánchez Carracedo D, Deus Yela J. Instrumentos de evaluación en psicología de la salud. Madrid: Alianza Editorial; 2003. p. 35-51.

41. DNE-MINSAP. Anuario Estadístico de Salud 2011. La Habana: MINSAP; 2012.
42. Domínguez Alonso E, Seuc Jo AH, Díaz Díaz O, Aldana Padilla D. La carga de la diabetes en Cuba, período 1990-2005. Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet]. 2008 Ago [citado 20 de Julio de 2012];19(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532008000200004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532008000200004&lng=es)
43. Domínguez Alonso E, Seuc Jo A, Díaz Díaz O, Aldana Padilla D. Esperanza de vida saludable asociada a la diabetes en Cuba: años 1990 y 2003. Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet]. 2010 Abr [citado 2 de agosto de 2012];21(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532010000100002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532010000100002&lng=es)
44. Seuc AH, Domínguez E, Díaz Díaz O. Esperanza de vida ajustada por diabetes. Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet]. 2003 Dic [citado 16 de junio de 2012];14(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532003000300005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532003000300005&lng=es)
45. Domínguez Alonso E, Seuc AH. Esperanza de vida ajustada por algunas enfermedades crónicas no transmisibles. Rev Cubana Hig Epidemiol [serie en Internet]. 2005 Ago [citado 12 de mayo de 2012];43(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032005000200006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032005000200006&lng=es)
46. Domínguez E, Seuc A, Aldana D, Licea M, Díaz O, López L. Impacto de la diabetes sobre la duración y calidad de vida de la población cubana: años 1990, 1995, 2000 y 2003. Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet]. 2006 Ago [citado 20 de abril de 2012];17(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532006000200003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532006000200003&lng=es)
47. Castañeda Abascal IE. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. Rev Cubana Salud Pública [serie en Internet]. 2007 Jun [citado 20 de julio de 2012];33(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200011&lng=es)

Recibido: 12 de octubre de 2012.  
Aprobado: 1º de febrero de 2013.

*Emma Domínguez Alonso.* Instituto Nacional de Endocrinología. Calle Zapata y D, Vedado, municipio Plaza de la Revolución. La Habana, Cuba. Correo electrónico: [emmada@infomed.sld.cu](mailto:emmada@infomed.sld.cu)