8.4. Determinantes sociales de la salud en la DM2

PUNTOS CLAVE

1. Los determinantes sociales no son contexto accesorio: predicen la incidencia de DM2, el control glucémico, la adherencia y las complicaciones.
2. En Cataluña, la incidencia de DM2 es más alta en las áreas más desfavorecidas, sobre todo entre los 40 y los 69 años.
3. Evaluar en la consulta la inseguridad alimentaria, la estabilidad de la vivienda, las barreras económicas, el acceso a la atención, el entorno del barrio y el apoyo social.
4. Cribar sin poder derivar no cambia resultados. Lo que sí los cambia son las intervenciones organizativas, y funcionan mejor combinadas que aisladas.
5. Adaptar el plan terapéutico a la vida real del paciente: horario laboral, acceso a alimentación adecuada, posibilidad de automonitorización de la glucosa capilar y de conservar la insulina.

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, junto con las fuerzas más amplias que configuran esas condiciones de la vida diaria (OMS, 2025). Suelen tratarse como el telón de fondo de la consulta, pero se comportan como determinantes clínicos de pleno derecho: influyen en la incidencia de diabetes, en el control glucémico, en la adherencia y en las complicaciones, y explican buena parte de la variabilidad que a veces se atribuye a la voluntad del paciente (ADA, 2026, secc. 1).

Los condicionantes estructurales (renta, educación, empleo, políticas públicas, discriminación) actúan sobre la DM2 a través de exposiciones intermedias (inseguridad alimentaria, vivienda, barrio, transporte, apoyo social) y de mecanismos clínicos (estrés crónico, menor acceso, peor autocuidado, retrasos diagnósticos, menor adherencia), que se traducen en mayor incidencia, peor hemoglobina glicada (HbA1c), menos cribado preventivo y más complicaciones (OMS, 2025).

1. La magnitud del problema

El gradiente social es consistente: cuanto más desfavorecida es la zona en la que se vive, menor la renta y menos los años de educación, peor es la salud y menos años saludables cabe esperar (OMS, 2025).

En Cataluña, un estudio poblacional sobre 3 247 244 adultos de 40 años o más atendidos en Atención Primaria entre 2009 y 2018 encontró una incidencia de DM2 más alta en las áreas más desfavorecidas, especialmente en los grupos de 40-54 y 55-69 años (Bennett M, 2023). En el estudio global DISCOVER, con 15 983 personas con DM2 que iniciaban un segundo escalón terapéutico en 38 países, el 19,1 % no tenía ninguna HbA1c basal registrada; tener estudios primarios o ninguno, frente a estudios universitarios, se asoció de forma independiente a una menor probabilidad de disponer de esa determinación (*odds ratio* 0,81; intervalo de confianza [IC] del 95 % 0,66-0,98), y la atención en centros de financiación pública y el no disponer de seguro privado se asociaron a un peor control glucémico (Gomes MB, 2022). En el plano global, el 59 % de las personas adultas de 30 años o más con diabetes no tomaba ninguna medicación en 2022, con la peor cobertura en los países de renta baja y media (Tabla 1; OMS, 2024).

Tabla 1. Determinantes sociales, mecanismos y repercusión clínica en la DM2

Determinante	Mecanismo de impacto	Qué se observa en la consulta
Nivel socioeconómico, educación y privación del área	Estrés crónico, peor entorno alimentario, menor capacidad de autocuidado, menor calidad de la atención recibida.	Mayor incidencia de diabetes y prediabetes, peor monitorización y peor control.
Inseguridad alimentaria	Dieta de baja calidad, ingestas irregulares, tener que elegir entre comer y tratarse.	Peor HbA1c y presión arterial; hipoglucemias en pacientes con insulina o sulfonilureas.
Vivienda inestable o sin hogar	Dificultad para conservar la medicación y refrigerar la insulina, ausencia de rutinas, inasistencia a citas.	Peor HbA1c y presión arterial, menos controles preventivos, más complicaciones.
Acceso, asequibilidad y transporte	Retrasos diagnósticos, inasistencia, coste de la aportación farmacéutica, menor acceso a HbA1c, insulina y tiras de autoanálisis.	Menor cobertura terapéutica global; la ausencia de barreras de transporte se asocia a mejor HbA1c.
Discriminación y estigma	Estrés, desconfianza en el sistema, peor comunicación clínica y retraso en consultar.	Peores resultados en algunos grupos, con menor continuidad asistencial.

DM2: diabetes mellitus tipo 2; HbA1c: hemoglobina glicada.

Fuente: Elaboración propia a partir de ADA, 2026, secc. 1; Gomes MB, 2022; OMS, 2025.

2. Qué hacer en la consulta

La ADA recomienda evaluar los determinantes sociales durante las visitas —inseguridad alimentaria, inestabilidad de la vivienda, barreras económicas, cobertura y acceso a la atención, al entorno y barrio, y apoyo social— para orientar las decisiones terapéuticas, con derivación a los recursos comunitarios disponibles (ADA, 2026, secc. 1, rec. 1.7). Conviene hacerlo al diagnóstico y repetirlo en las revisiones, muy especialmente cuando la HbA1c está fuera de objetivo, hay hipoglucemias o aparecen complicaciones precoces.

Ahora bien, cribar sin poder derivar no cambia resultados. Lo que sí los cambia son las intervenciones organizativas: una revisión Cochrane de 553 ensayos y 412 161 participantes identificó como consistentemente más eficaces la gestión de casos, los cambios en la composición del equipo, la educación del paciente y la promoción del autocuidado. El efecto de cada estrategia aislada es modesto, pero las combinaciones producen mejoras relevantes; por ejemplo, la gestión de casos más la educación del paciente más el registro electrónico redujo la HbA1c en 0,62 puntos (intervalo de credibilidad 0,39-0,84) en quienes partían de una HbA1c superior al 8,3 % (Konnyu KJ, 2023). La ADA añade el papel de los agentes comunitarios de salud y de las figuras de acompañamiento (ADA, 2026, secc. 1, rec. 1.8 y 1.9).

PARA LLEVARSE A LA CONSULTA

1. Preguntar por la inseguridad alimentaria y por el apoyo social al diagnóstico y en las revisiones, y dejar constancia en la historia clínica; la escala FIES (*Food Insecurity Experience Scale*, FAO) es una herramienta breve y validada para cribarla.
2. Antes de intensificar el tratamiento por mal control, descarte que la barrera sea económica, de transporte o de horario laboral.
3. Ajustar la pauta a la vida real: número de tomas, horarios, coste de la aportación, posibilidad de refrigerar la insulina y de la automonitorización de la glucosa capilar.
4. Si el centro dispone de trabajo social o de programas de prescripción social, derivar: el cribado aislado no mejora resultados. En España, los circuitos más accesibles suelen ser el trabajador social de atención primaria, los servicios sociales municipales y, donde existan, los programas de prescripción social.
5. Tener presente el índice de privación de la zona básica de salud, que indica qué esperar de la población atendida. En España se dispone, entre otros, del índice MEDEA (en sus versiones MEDEA2 y MEDEA3) (Domínguez-Berjón MF, 2008), del índice de privación por sección censal de la Sociedad Española de Epidemiología (Duque I, 2021), y de índices propios como el del País Vasco (Gobierno Vasco, 2023).

Bibliografía

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 1. Improving care and promoting health in populations: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S13-26. doi:10.2337/dc26-S001

2. Bennett M, Pistillo A, Recalde M, Reyes C, Freisling H, Duarte-Salles T. Time trends in the incidence of cardiovascular disease, hypertension and diabetes by sex and socioeconomic status in Catalonia, Spain: a population-based cohort study. BMJ Open. 2023;13(5):e066404. doi:10.1136/bmjopen-2022-066404

3. Departamento de Salud, Gobierno Vasco. Índice de privación socioeconómica de Euskadi [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritza; 2023 [citado 8 sep 2026]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/indice-de-privacion-socioeconomica-de-euskadi/web01-a2osagin/es/

4. Domínguez-Berjón MF, Borrell C, Cano-Serral G, Esnaola S, Nolasco A, Pasarín MI, et al. Construcción de un índice de privación a partir de datos censales en grandes ciudades españolas (Proyecto MEDEA). Gac Sanit. 2008;22(3):179-87. doi:10.1016/S0213-9111(08)76090-4

5. Duque I, Domínguez-Berjón MF, Cebrecos A, Prieto-Salceda MD, Esnaola S, Calvo Sánchez M, et al. Índice de privación en España por sección censal en 2011. Gac Sanit. 2021;35(2):113-22. doi:10.1016/j.gaceta.2019.10.008

6. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Voices of the Hungry: Food Insecurity Experience Scale (FIES) [Internet]. Roma: FAO [citado 8 sep 2026]. Disponible en: https://www.fao.org/in-action/voices-of-the-hungry/en/

7. Gomes MB, Tang F, Chen H, Cid-Ruzafa J, Fenici P, Khunti K, et al. Socioeconomic factors associated with glycemic measurement and poor HbA1c control in people with type 2 diabetes: the global DISCOVER study. Front Endocrinol (Lausanne). 2022;13:831676. doi:10.3389/fendo.2022.831676

8. Konnyu KJ, Yogasingam S, Lépine J, Sullivan K, Alabousi M, Edwards A, et al. Quality improvement strategies for diabetes care: effects on outcomes for adults living with diabetes. Cochrane Database Syst Rev. 2023;5(5):CD014513. doi:10.1002/14651858.CD014513

9. Organización Mundial de la Salud. Diabetes [Internet]. Ginebra: OMS; 14 nov 2024 [citado 8 sep 2026]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

10. Organización Mundial de la Salud. Social determinants of health [Internet]. Ginebra: OMS; 6 may 2025 [citado 8 sep 2026]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health