

RECORDANDO LOS ORÍGENES

AUMENTA LA DIABETES

POR

M PASCUA

Conforme muestra la tabla 1, el número de defunciones certificadas como causadas por diabetes en España marcha en progresivo aumento a todo lo largo del siglo en curso. Los 768 óbitos que se le asignaron en 1901, se convirtieron, por suave gradación, en 2.155 para el año 1930, entre las cifras dadas por definitivas. Para los tres años posteriores a éste, sólo disponemos aún de las provisionales y las correspondientes a 1933, hacen elevar la mortalidad absoluta por esta entidad a 2.343, es decir, tres veces ya la que fuera treinta y dos años antes. El ascenso, como puede seguirse en la tabla, ha afectado, aunque no en idéntico ritmo, a ambos sexos: de 409 a 834 defunciones en los treinta años de números definitivos para los varones, y da 360 a 1.321 en igual período para las hembras. No se dispone en cuanto a los datos provisionales de cualificación sexual.

Si, en la misma tabla, observamos estas amplias variaciones en función de los habitantes de cada año (1), vemos que el curso de las tasas correspondientes, por 100.000 habitantes de cada sexo, es en ambos casos ascendente, pero bastante más acusado en las hembras que en los varones, y por ello siendo al comienzo del siglo superior la mortalidad de éstos, deviene claramente inferior en los últimos quince años, después de un período intermediario de coeficientes no

(1) Calculados por incremento geométrico entre las cifras censales, separadamente para cada sexo con las siguientes razones

PERÍODO	Varones	Hembras
1900-1909	1.0065311	1.0074334
1910-1919	1.005092	1.006970
1920-1929	1.010662	1.0093156

y tomándose para ambos sexos la suma de las poblaciones respectivas.

TABLA NUM. 1

España. Mortalidad por “Diabetes”

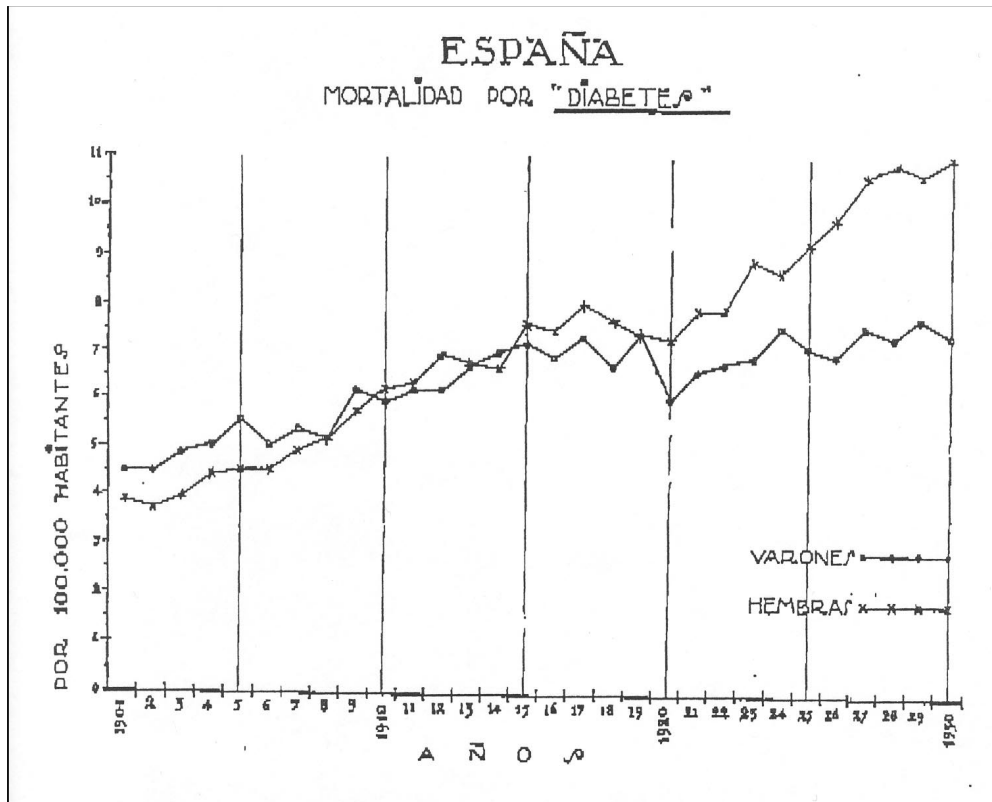
AÑOS	número de defunciones			por 100.000 habitantes		
	Varones	Hembras	TOTAL	Varones	Hembras	TOTAL
1901	409	360	769	4,5	3,8	4,1
1902	409	356	765	4,5	3,7	4,1
1903	441	373	814	4,8	3,9	4,3
1904	465	430	895	5,0	4,4	4,7
1905	514	438	952	5,5	4,5	5,0
1906	469	450	919	5,0	4,5	4,8
1907	512	494	1.006	5,4	4,9	5,2
1908	497	524	1.021	5,2	5,2	5,2
1909	597	573	1.170	6,2	5,7	5,9
1910	568	632	1.200	5,9	6,2	6,1
1911	602	646	1.248	6,2	6,3	6,3
1912	608	714	1.322	6,2	6,9	6,6
1913	650	693	1.343	6,6	6,7	6,6
1914	677	690	1.367	6,9	6,6	6,7
1915	706	802	1.508	7,1	7,6	7,3
1916	682	792	1.474	6,8	7,5	7,1
1917	726	852	1.578	7,2	8,0	7,6
1918	674	816	1.490	6,6	7,6	7,1
1919	750	795	1.545	7,3	7,3	7,3
1920	622	784	1.406	6,0	7,2	6,6
1921	679	865	1.544	6,6	7,9	7,2
1922	696	876	1.572	6,7	7,9	7,3
1923	717	998	1.715	6,8	8,9	7,9
1924	799	985	1.784	7,5	8,7	8,1
1925	763	1.059	1.822	7,1	9,3	8,2
1926	757	1.122	1.879	6,9	9,7	8,4
1927	832	1.247	2.079	7,5	10,7	9,2
1928	813	1.280	2.093	7,3	10,9	9,1
1929	856	1.267	2.123	7,6	10,7	9,2
1930	834	1.321	2.155	7,3	11,0	9,2
1931			2.166			9,2
1932			2.219			9,3
1933			2.343			9,7

muy distantes (1908-1915). En particular, desde 1920 en adelante la discrepancia es bien notoria... Estos hechos quedan aparentes en el gráfico A.

Desgraciadamente no podemos analizar el aspecto del problema de tan vivo interés elucidatorio, de la mortalidad *por grupos de edades* en cada sexo. Las estadísticas españolas sólo sumi

nistran este tipo de tabulaciones para la nomenclatura abreviada, y la «diabetes» no figura en ella.

La documentación nacional al respecto, queda complementada con la mortalidad por provincias, de la cual damos la tabla núm 2, comprensiva del más reciente decenio de cifras definitivas. No existe publicación oficial alguna que nos provea de datos parejos para todas y cada



una de las capitales; para muchas, por otra parte, dada su magnitud poblacional, las cifras hubieran tenido que ser harto pequeñas, objeción que no deja de ser válida asimismo para algunas provincias.

Como fácilmente se percibe e el estado núm. 2, la mortalidad por «diabetes» en algunas provincias ha crecido considerablemente, aun tratándose de un periodo de tiempo relativamente corto. En particular se acusa el fenómeno en aquellas zonas de más intensa mortalidad por esta causa, Alicante, Baleares, Barcelona, etc.

TABLA NUM. 2

España. Mortalidad por "Diabetes"

PROVINCIAS	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Álava	5	5	8	10	10	12	13	14	10	10
Albacete	16	15	9	19	18	28	21	21	27	24
Alicante	68	71	81	65	77	95	94	114	85	103
Almería	20	22	31	19	24	20	20	23	28	15
Ávila	4	7	4	11	11	12	12	7	7	7
Badajoz	36	25	46	43	30	41	49	34	47	48
Baleares (Islas)	41	68	47	76	71	58	76	66	67	63
Barcelona	153	187	230	165	196	205	222	224	219	222
Burgos	9	10	7	14	13	12	14	25	15	16
Cáceres	10	14	12	6	17	12	10	20	15	28
Cádiz	47	55	62	38	44	76	62	76	59	56
Canarias	51	51	66	63	53	58	51	75	78	76
Castellón	12	27	26	20	26	18	28	39	34	25
Ciudad Real	23	27	25	33	33	37	29	26	42	36
Córdoba	34	53	50	50	60	43	48	61	51	71
Coruña	33	43	48	45	45	30	22	42	41	49
Cuenca	14	10	15	9	11	9	11	14	9	14
Gerona	28	23	20	25	32	35	33	29	32	32
Granada	40	37	41	29	30	31	57	39	49	40
Guadalajara	3	4	1	6	8	6	10	7	8	7
Guipúzcoa	20	15	14	20	10	15	23	23	30	26
Huelva	23	19	23	19	25	42	27	42	30	40
Huesca	15	12	15	15	17	13	14	19	14	16
Jaén	35	32	31	24	40	35	49	62	41	58
León	17	6	14	13	14	12	21	10	22	18
Lérida	18	18	29	24	14	23	7	14	24	20
Logroño	11	7	14	14	16	16	12	14	12	10
Lugo	22	17	20	23	24	16	26	25	27	30
Madrid	69	79	103	112	110	106	140	117	136	141
Málaga	67	71	63	51	71	73	82	53	66	69
Murcia	54	49	50	56	56	57	66	77	62	61
Navarra	33	23	24	27	21	23	23	18	28	22
Orense	25	14	13	10	8	17	11	22	13	10
Oviedo	38	40	44	101	78	53	58	52	83	52
Palencia	12	8	1	15	13	11	6	13	3	10
Pontevedra	31	31	35	39	22	26	32	42	40	22
Salamanca	19	12	7	3	13	15	7	15	19	14
Santander	31	15	10	17	25	18	16	16	31	35
Segovia	2	5	7	6	12	4	5	5	8	6
Sevilla	69	63	63	97	86	66	89	93	88	89
Soria	8	5	5	10	3	8	5	8	3	7
Tarragona	40	41	45	38	50	53	61	44	62	72
Teruel	6	5	6	11	9	7	40	10	7	8
Toledo	17	20	24	30	20	25	32	22	29	24
Valencia	140	134	156	177	170	189	235	207	199	237
Valladolid	7	6	9	14	19	24	23	17	26	16
Vizcaya	17	22	14	14	19	31	29	37	41	32
Zamora	5	6	8	4	4	10	12	9	7	11
Zaragoza	46	43	37	49	44	53	37	51	49	45
Totales	1544	1572	1715	1784	1822	1879	2079	2093	2123	2155

He aquí las tasas de mortalidad para algunas de mayor volumen poblacional y de mayor obituario por esta causa, calculadas sobre 100.000 habitantes, tomando las estimaciones hechas por el Instituto Geográfico y Estadístico:

ESPAÑA

Mortalidad por “Diabetes”

PROVINCIAS	Por 100.000 habitantes									
	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Alicante	3,3	13,8	5,6	12,6	14,7	18,0	17,7	21,4	15,9	9,1
Baleares	2,1	9,9	13,7	22,2	20,6	16,7	21,8	18,9	19,1	18,4
Barcelona	11,3	13,8	16,8	11,5	14,1	14,6	15,7	15,7	15,2	13,3
Cádiz	8,6	10,0	11,1	6,5	7,9	13,6	11,1	13,5	10,4	9,9
Canarias	11,1	10,7	13,7	14,1	10,6	11,4	9,8	14,1	14,4	13,7
Jaén	5,9	5,4	5,2	3,9	6,5	5,6	7,8	9,7	6,4	8,9
Madrid	6,5	7,3	9,4	9,8	9,8	9,3	12,2	10,1	11,7	12,1
Málaga	12,1	12,7	11,2	9,0	12,7	13,0	14,6	9,4	11,7	12,2
Oviedo	5,1	5,3	5,8	13,3 ⁽¹⁾	10,1	6,8	7,4	6,6	10,4	6,5
Sevilla	9,8	8,6	7,4	9,6	8,7	10,4	7,2	9,9	9,4	8,6
Tarragona	11,3	11,5	12,5	10,5	14,1	14,9	17,2	12,4	17,4	20,2
Valencia	15,1	14,5	16,7	19,0	17,7	19,5	24,0	20,9	20,0	23,5
Zaragoza	9,3	8,6	7,4	9,6	8,7	10,4	7,2	9,9	9,4	8,6

Como se ve, la diabetes, en tanto que fuerza letal se ha acrecido considerablemente - aun, repitámoslo, siendo corto el período de diez años que se aduce - en varias provincias importantes (Alicante, Baleares, Barcelona, Jaén, Madrid, Asturias, Sevilla, Tarragona y Valencia). Tal carácter muestran también en igual lapso muchas otras demarcaciones españolas (Albacete, Burgos, Cáceres, Ciudad Real Córdoba, etc.), aun tratándose de cifras más pequeñas.

Por lo que respecta a grandes ciudades, sólo permitirían estudio detallado los datos correspondientes a Madrid, por nomenclatura detallada y por poseer la distribución por sexos y grupos de edades, si no fuera porque: primero, no se ha publicado aún el volumen habitual de estadística demográfica correspondiente a la villa para 1930, y segundo, porque conocemos aún

(1) Esta tasa procede de las 101 defunciones registradas en el año en la provincia (pag 117 del Mov de la Pob, 1924) cifra que al igual que la de Teruel en 1927 (pag 107 del Mov de la Pob, 1927) nos parece harto sospechosa.

oficialmente los datos del censo de 1930 para Madrid, clasificados por grupos de edades y sexo. Tenemos, pues, que limitar el comentario a una simple enumeración, separadamente por sexos en los años 1921-1929, y un cómputo de tasas para “ambos” basado en las poblaciones estimadas por el Instituto.

CIUDAD DE MADRID

Mortalidad por “Diabetes”

AÑOS	NÚMERO DE DEFUNCIONES		AMBOS SEXOS	
	Varones	Hembras	Número de defunciones	Tasa por 100.000 habitantes
1921	22	37	59	7,9
1922	26	48	74	9,8
1923	25	62	87	11,4
1924	33	53	86	10,6
1925	31	60	91	11,6
1926	25	62	87	11,4
1927	54	58	112	14,0
1928	34	56	90	11,1
1929	40	71	111	13,6

De un examen de estas cifras se deduce:

1º Que la mortalidad absoluta por diabetes es en la ciudad de Madrid francamente mayor en las hembras que en los varones, siendo varias las ocasiones en los nueve años considerados en que alcanza al duplo;

2º Que el curso de aquélla en los nueve años se muestra para ambos sexos y por ellos por separado claramente ascendente. Asimismo los coeficientes para «ambos».

3º Que las tasas para Madrid por 100.000 habitantes de ambos sexos (1) superan a las propias del periodo correspondiente para el conjunto nacional.

Ahora bien, fenómeno semejante de incremento de la mortalidad por diabetes ha sido ya advertido, bien en algún aspecto demográfico parcial o bien en el conjunto de su mortalidad, en otras naciones. Véase:

(1) No provee el Instituto ni las publicaciones del Ayuntamiento de estimaciones de población para cada año por sexos aisladamente

INGLATERRA

Mortalidad por “Diabetes”

AÑOS	POR 100.000 HABITANTES (1)	
	Varones	Hembras
1920-22	9,4	9,0
1923	9,0	9,4
1924	8,6	8,9
1925	8,1	9,4
1926	8,6	9,1
1927	8,8	10,1
1928	9,1	10,1
1929	9,5	11,1
1930	9,3	10,8
1931	8,8	11,1

Como se infiere de esta tabla, la mortalidad de las hembras excede a la de los varones desde el año 1923 en adelante, siendo, por el contrario, levemente inferior en el período 1920-1922. Para todas edades reunidas y ateniéndose al período que en este estado se cita, la mortalidad en los varones no ha seguido un continuo curso ascendente, sino más bien estacionario, con naturales fluctuaciones, pero sí, en cambio, ha ido subiendo progresivamente la relativa a las hembras, aun a través de algunas pequeñas regresiones (1924). El análisis detallado para cada sexo y por tasas específicas para los diferentes grupos de edades ha conducido al Register General a la siguiente conclusión (2):

Desde 1923, la mortalidad de los varones ha descendido para todas las edades por debajo de los cincuenta y cinco años en un 38 por 100, y la de las hembras en un 23 por 100. Para el grupo cuarenta y cinco a cincuenta y cinco, el descenso en los varones fue de un 28 por 100, pero la de las hembras sólo de un 2 por 100, habiéndose observado que esta gran reducción estaba estrechamente asociada al uso de la insulina. Para el año 1931, el coeficiente para hembras de setenta y cinco años y más fue casi el doble del correspondiente de los tres años antes de la introducción de la insulina como agente terapéutico, y, asimismo, hubo fuertes incrementos en los otros grupos superiores a los cincuenta y cinco años; el refuerzo de esta mortalidad fué mucho menor por lo que respecta a los varones de edad avanzada.»

(1) Todas edades. Tasas standardizadas para grupos de ellas.

(2) Véase R.C. *Statist. Review of E.W. for 1931*, pág. 60.

ITALIA

Por lo que atañe a esta nación, los datos oficiales (1) hablan así

Mortalidad por “Diabetes”

AÑOS	Número	Por 100.000 habitantes
1920	1.636	4,5
1921	1.799	4,9
1922	2.020	5,5
1923	2.037	5,5
1924	2.287	5,9
1925	2.336	6,0
1926	2.517	6,4
1927	2.879	7,2
1928	3.020	7,5
1929	3.301	8,1
1930	3.346	8,2

Se observa, asimismo un aumento bien notable en el período. Mas, a diferencia de lo registrado en Inglaterra y en España, la mortalidad absoluta, y asimismo la relativa entre los dos sexos, teniendo en cuenta la distribución de la población respecto a ellos, prácticamente se igualan, al menos en cuanto señala la comparación de datos para años recientes, a mano:

AÑOS	Varones	Hembras
1928	1.556	1.464
1929	1.749	1.552
1930	1.701	1.645
(Población 1-XII-1921)		
Varones	19.089.535	
Hembras	19.621.041	

(1) *Statistica delle cause di morte negli anni 1929 e 1930*. Parte I. Introduzione. Roma, 1984. Páginas 15 y 23

SUIZA

El estado siguiente registra las defunciones atribuidas a «diabetes mellitus e «insipidus (1), y dada la alta calidad de las estadísticas de mortalidad suiza, la corroboración que ellas aportan al fenómeno estudiado adquiere, ciertamente, un significativo valor:

AÑOS	Varones	Hembras	TOTAL
1911	140	135	275
1912	155	150	305
1913	165	151	316
1514	160	163	323
1915	150	148	298
1916	158	146	304
1917	160	154	314
1918	132	123	255
1919	112	128	240
1920	141	159	300
1921	148	157	305
1922	165	179	344
1923	157	182	339
1924	162	193	355
1925	153	211	364
1926	147	217	364
1927	187	226	413
1928	184	227	411
1929	172	259	431
1930	159	293	452
1931	174	249	423

Juzgando por las cifras absolutas de defunciones que esta tabla contiene (las relativas no han sido aún publicadas), también en Suiza la diabetes ha aumentado como fuerza de mortalidad, y de modo mucho más señalado en las hembras que en los varones.

Consideremos, por último, las estadísticas norteamericanas.

ESTADOS UNIDOS

La mortalidad asignada a esta causa por 100.00 habitantes para los últimos cinco años (2)

1929	18,2
1930	19,1
1931	20,3
1932	21,7
1933	21,5

(1) *Stat. Quellenwerke der Schweiz. Die Bewertung der Bevölkerung in der Schweiz.* Para los años correspondientes

(2) *Public Health Reports*, vol. 49 núm. 18

y la que fue en los años anteriores a la introducción del uso de la insulina (1)

1910	14,9
1911	14,9
1912	15,0
1913	15,3
1914	16,2
1915	17,5
1916	17,1
1917	17,0
1918	15,9
1919	14,9
1920	16,1
1921	16,8

nos indica que también en los Estados Unidos la mortalidad por diabetes 'ha sufrido curso global semejante al de los países europeos citados.

Establecidos estos informes conviene dejar sentadas las hipótesis que principalmente se han sugerido como explicaciones del fenómeno, teorías cuya directa comprobación se escapa, al menos por ahora, a las posibilidades.

Parece aceptable, en primer lugar, que la extensión y mejoría de los métodos diagnósticos de la diabetes -mayor frecuencia y facilidad para exámenes clínicos técnicas modernas de laboratorio más finas, mayor número de exámenes de la salud de las personas en algunos países por consecuencia de mayor petición de seguros de vida, etcétera- hayan contribuido al despistaje de un mayor número de casos de esta enfermedad.

Al refuerzo en la población de los grupos de edades avanzadas por prolongación de la existencia, en segundo término, quizá pudiera atribuírsele también su parte de responsabilidad.

Mas el cambio en las condicione de la vida moderna, como tercer factor, centrado en el punto que nos ocupa en los dos aspectos, primero, posible aumento y mejora de la alimentación, y segundo -y en acción concomitante con aquél-, proceso de mecanización del nodo de vivir, particularmente en el sector de transportes, y en cierto grado también del trabajo físico, con alteración consiguiente, y permanente, del metabolismo, disminuyendo el consumo de energía y de calórico animal, han debido jugar con verosimilitud, al menos en algunas naciones, papel de importancia en el aumento de la diabetes como enfermedad.

(1) *Bureau of Census. Mortality Rates*

La retrogresión de la mortalidad por diabetes observada en Inglaterra en el período de escasez alimenticia 1916-18, y en algún otro eje en francos periodos de penuria y restricción alimenticia, apoyan la hipótesis; no parece, esto no obstante, muy marcada la consecuencia en el transcurso de la actual crisis económica. Por otra parte, y conforme sobre todo al segundo aspecto de la hipótesis, de facilitación mecánica del movimiento y del trabajo, cabría haber esperado un mayor acusamiento del fenómeno en los varones.

No se olvide que, como ya más a indicamos (Inglaterra), el análisis detallado por grupos de edades y sexos, han permitido circunscribir al aumento de la mortalidad en los grupos superiores a cincuenta y cinco años, principalmente en hembras, enseñanza concordante con la que indirectamente vemos también atribuida a los Estados Unidos, si bien rebajado el límite en este caso a los cuarenta y cinco años.

La introducción en 1922 y en España más tarde en escala apreciable, del uso de la insulina, ha debido servir principalmente, dado el efecto de este agente terapéutico, para prolongar la vida de los diabéticos. El Dr E P. Joslin ha demostrado en análisis hecho de gran número de sus pacientes, que la duración de la vida desde el punto de comienzo de la enfermedad se ha incrementado desde cinco años que era antes del descubrimiento de la insulina, a más de ocho años que es al presente (1) (Esta extensión vital forzosamente hará derivar alguna mortalidad de individuos diabéticos hacia otras causas letales). Todo induce a creer en la misma línea de hechos que para los casos aún no terminados por fallecimiento la prolongación de su vida superará a aquella diferencia.

La acción de la insulina viene concentrada, pues, en esta esfera de la salud general, en la evitación del coma, y como resultado de ello en la prolongación de la vida. Mas sus beneficiosos efectos no han podido desbalancear aún, según parece, el aumento, quizá en parte aparente por las razones dichas, de la mortalidad por diabetes, cuya posible patogenia en su enfoque social queda esbozada más arriba.

El concentrado interés hacia esta enfermedad que el descubrimiento de Banting ha suscitado, no permite abrigar la esperanza de nuevos esclarecimientos sobre este tan interesante problema.

(1) *Stat Bull M L I Co*, abril, 1931