



GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN
SALUD

GÉNERO, GASTO PÚBLICO EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN LA SOBREVIVENCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

Austreberta Nazar Beutelspacher y Benito Salvatierra Izaba

2013

El efecto de la determinación del género en la salud en hombres y mujeres puede observarse en distintos momentos del proceso salud-enfermedad-atención-muerte, dependiendo de la enfermedad de que se trate y de la edad de las personas afectadas.

La desigualdad de género en la diabetes tipo 2 se puede observar especialmente en las diferencias en la **sobrevivencia** de hombres y mujeres diabéticos.

Algunas consideraciones acerca de la sobrevivencia de hombres y mujeres

- Las mujeres tienen una mayor esperanza de vida pese a que en el transcurso de su vida se **enferman más** y padecen con mayor frecuencia de carencias económicas, desventaja social, violencia, ansiedad y depresión.
 - Los hombres tienen una menor esperanza de vida aunque se **enferman menos** y suelen tener mayor ventaja social y económica que las mujeres.
 - Frente a la mayor sobrevivencia de las mujeres, Bird y Rieker (1999) han sugerido que es necesario revisar las ventajas y desventajas sociales —de género— que enfrentan hombres y mujeres.
-
- Cuando hombres y mujeres adultos ya están enfermos, ¿qué explica su mayor o menor sobrevivencia? ¿cómo afectan las desigualdades de género su sobrevivencia?

Propósito

- Explorar las diferencias en la sobrevivencia de hombres y mujeres con diabetes mellitus tipo 2 y sus tendencias en los ámbitos nacional y por entidad federativa.
- La relación entre el gasto público en salud como proporción del PIB y el monto per cápita, así como de la derechohabiencia en la edad a la que ocurre la muerte por DM2 en hombres y mujeres.

Aspectos metodológicos

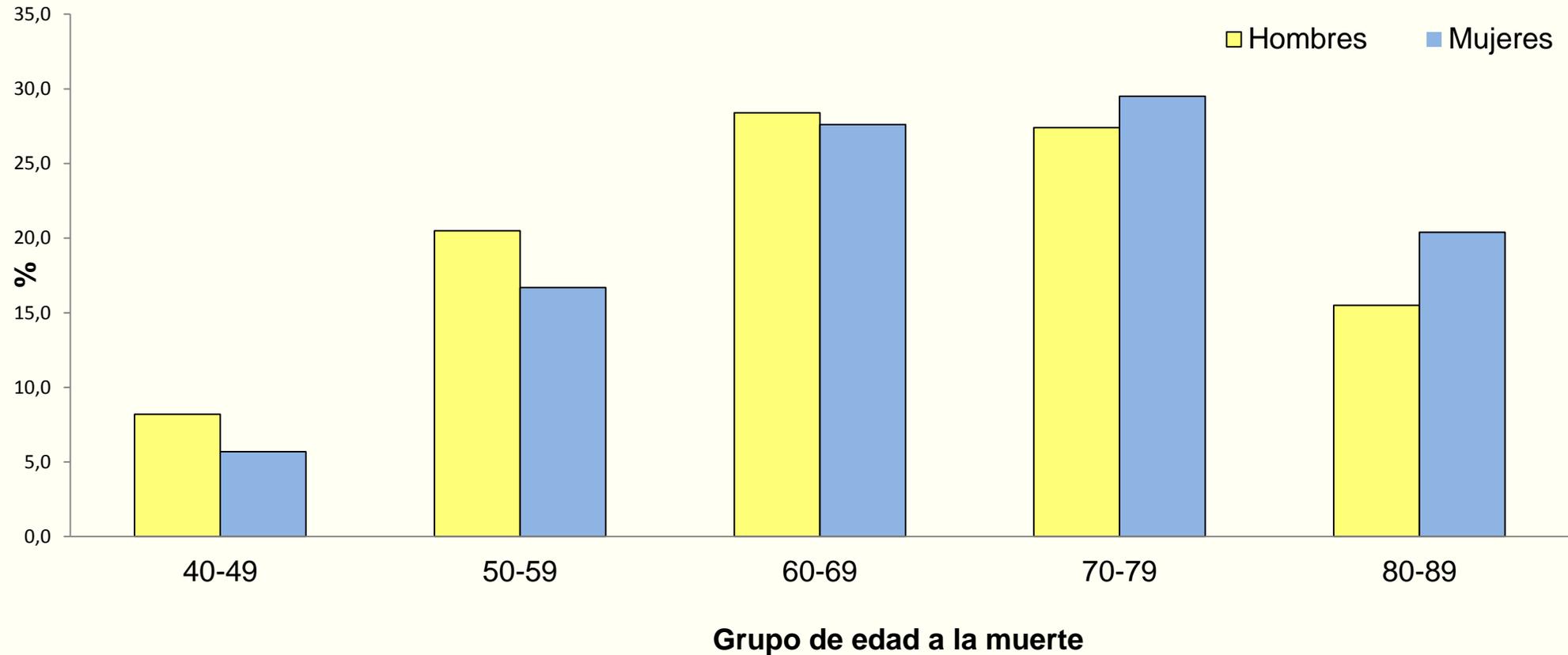
Estimación de la sobrevivencia:

- Edad promedio en la que ocurrió la defunción, para las edades 40 a 90 años (entre los percentiles 1.5 y 98.5).
- Causa principal de muerte: “Diabetes mellitus no-insulinodependiente”, (CIE-10: E11 a E119). Base de datos de mortalidad del SINAIS, 2000-2011, (n=407,667 defunciones).

Variables independientes:

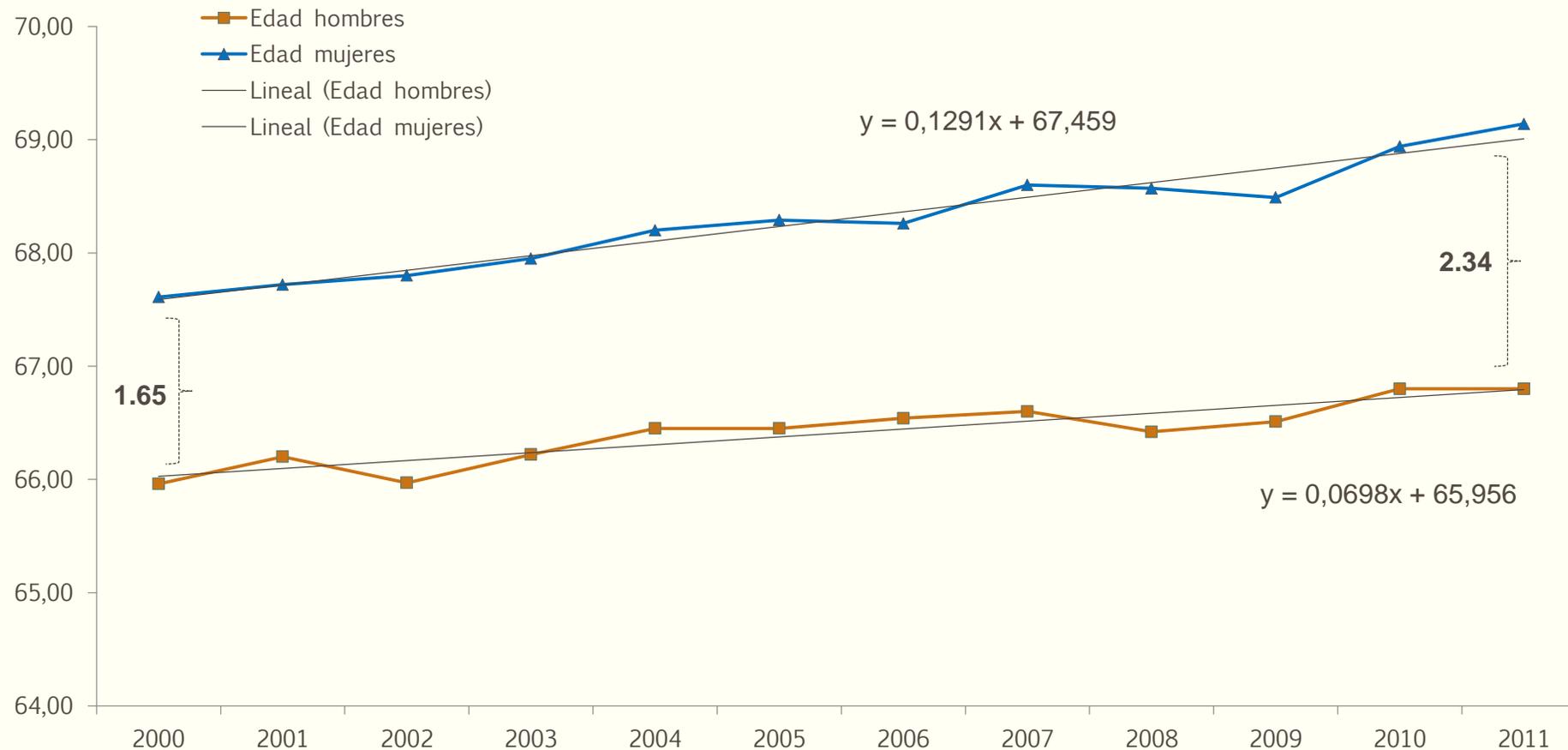
- Gasto público en salud (% del PIB y monto per cápita), nacional y por entidad federativa Base de datos del INEGI 2000-2011.
- Derechohabiciencia a partir del registro de los certificados de defunción (2009-2011, n=137,660 defunciones).

Distribución porcentual de las defunciones por DM2 por grupos de edad y sexo. México, 2009-2011

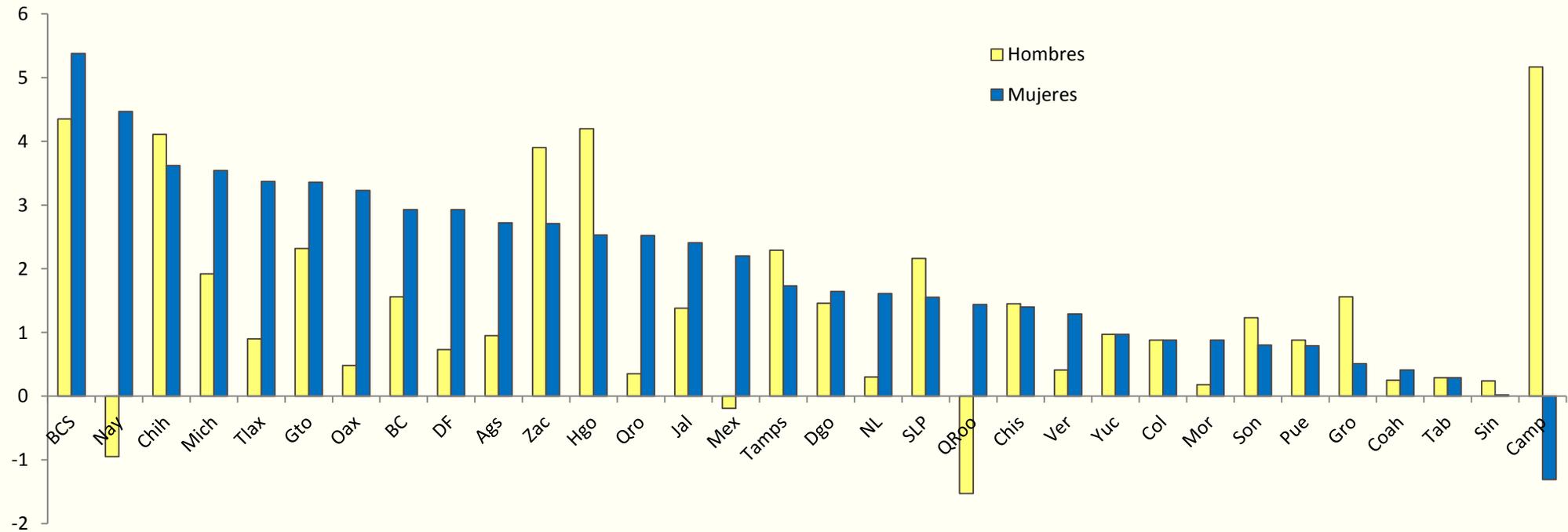


$\chi^2_{MH} = 1095.5; 1 \text{ gl}, p = 0.000$

Tendencias de la sobrevivencia en diabéticos por sexo. México, 2000-2011



Tendencias de la ganancia o pérdida de años vividos en hombres y mujeres diabéticos por entidad federativa. México, periodo 2000-2011



Efecto del gasto público en salud como % del PIB y monto per cápita en la sobrevivencia de hombres y mujeres diabéticos. México, 2000-2011

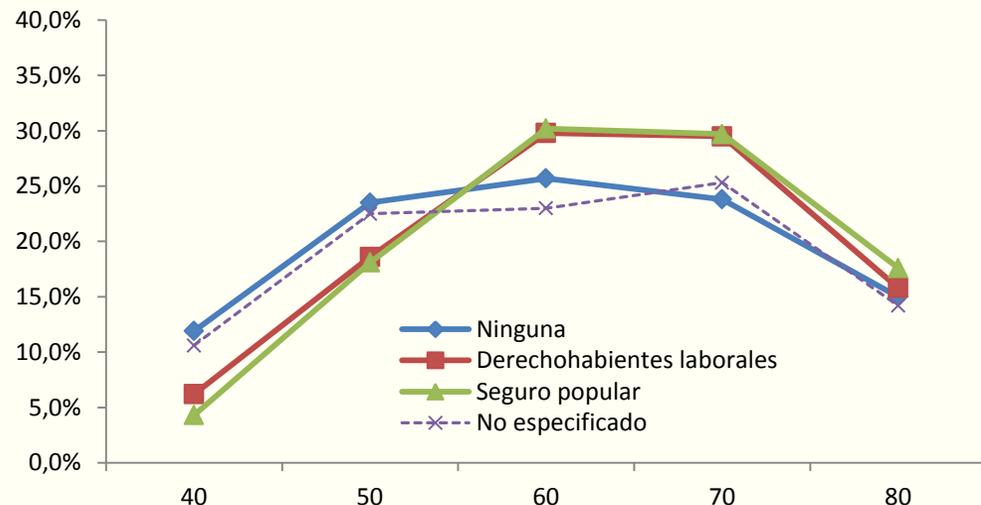
Pruebas de los efectos inter-sujetos						
Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	edadhombre	57.992 ^a	2	28.996	16.603	.000
	edadmujer	74.694 ^b	2	37.347	22.745	.000
	diff_H_M	6.667 ^c	2	3.333	2.022	.134
Intersección	edadhombre	81113.122	1	81113.122	46444.523	0.000
	edadmujer	84612.339	1	84612.339	51530.696	0.000
	diff_H_M	36.946	1	36.946	22.416	.000
porcent_pib	edadhombre	50.986	1	50.986	29.194	.000
	edadmujer	47.480	1	47.480	28.916	.000
	diff_H_M	.062	1	.062	.038	.846
porcent_percapita	edadhombre	13.711	1	13.711	7.851	.005
	edadmujer	38.499	1	38.499	23.447	.000
	diff_H_M	6.259	1	6.259	3.798	.052
Error	edadhombre	665.398	381	1.746		
	edadmujer	625.594	381	1.642		
	diff_H_M	627.967	381	1.648		
Total	edadhombre	1704781.721	384			
	edadmujer	1790356.012	384			
	diff_H_M	1683.376	384			
Total corregida	edadhombre	723.390	383			
	edadmujer	700.288	383			
	diff_H_M	634.633	383			

A mayor gasto público en salud como % del PIB, mayor sobrevivencia en hombres y mujeres, pero sin diferencia entre los sexos.

El gasto público per cápita muestra un efecto 3.5 veces mayor en el incremento de la sobrevivencia de las mujeres que de los hombres.

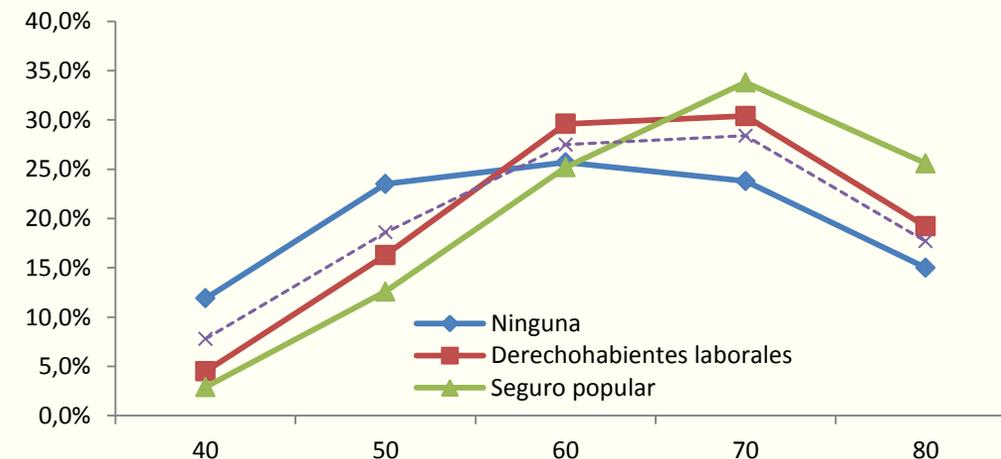
a. R cuadrado = .080 (R cuadrado corregida = .075)

Relación entre seguridad social y edad a la que ocurren las defunciones por DM2 en hombres y mujeres. México, 2009-2011



La seguridad social, tanto la vinculada al trabajo, como el Seguro Popular no incrementan significativamente la sobrevivencia en los hombres diabéticos. ($\chi^2_{MH} = 0.996$; $p = 0.318$; $gl = 1$; $n = 65,622$ hombres)

La seguridad social, tiene un impacto positivo en la sobrevivencia de las mujeres pero no en los hombres, ($\chi^2_{MH} = 87.436$; $p = 0.000$; $gl=1$; $n=72,038$ mujeres), especialmente el Seguro Popular.



Algunas explicaciones a las diferencias en la mortalidad temprana y su relación con el gasto público en salud y la derechohabencia

- El gasto público en salud y la derechohabencia, disminuyen el efecto de la dependencia económica de las mujeres para la atención de la salud, además de que la DM2 no tiene el impacto negativo en los roles de género que sí tiene en los hombres.

- En los hombres, la explicación se centra en el impacto negativo de la diabetes en su calidad de vida (significado del cambio en los roles de género asociado a la DM2), el incremento de depresión clínica y el abandono del tratamiento.

La condición de sobrevivencia de los hombres (Nazar y Salvatierra, 2010)

- La diabetes no incrementa la probabilidad de padecer depresión en las mujeres, pero sí en los hombres:
 - Los hombres diabéticos de 64 años y más tienen cuatro veces mayor riesgo de depresión que los hombres diabéticos jóvenes ($p = 0.020$) y 2.6 veces mayor probabilidad de padecer depresión que los hombres no diabéticos de mayor edad ($p = 0.004$).
- La depresión por sí misma podría disminuir la sobrevivencia, ya que se ha sugerido que la depresión se asocia a la mortalidad temprana, especialmente en los hombres (Kaarin et al., 2002; Katon et al., 2005).
- 60% de los menores de 64 años y 100% de los de 64 años y más cambiaron o dejaron de hacer sus actividades laborales.

Probabilidad de abandono del tratamiento en hombres y mujeres diabéticos (Nazar y Salvatierra, 2010).

Variables de calidad de vida y depresión mayor	Abandono del tratamiento							
	Hombres				Mujeres			
	40 a 64 años		65 años y más		40 a 64 años		65 años y más	
	%	X ² valor de p	%	X ² valor de p	%	X ² valor de p	%	X ² valor de p
Depresión mayor								
Sí	66.7	5.209;	16.7	1.081;	31.3	3.212;	11.1	0.000;
No	8.0	0.022	42.9	0.299	10.5	0.073	11.1	1.000
Tenía la ilusión de hacer algo en la vida que ahora ya no puede hacer								
Sí	10.0	0.245;	25.0	0.734;	23.5	0.730;	28.6	1.382;
No	25.0	0.621	50.0	0.392	13.9	0.393	9.5	0.240
Ha dejado de hacer cosas que antes hacía								
Si	40.0	9.809;	33.3	0.092;	16.0	0.015;	18.8	0.640;
No	0.0	0.002	25.0	0.761	17.2	0.903	8.3	0.424
Ha tenido que hacer cosas que no pensaba hacer								
Sí	50.0	6.724;	25.0	0.092;	11.1	0.261;	14.3	0.000;
No	4.3	0.010	33.3	0.761	17.8	0.609	14.3	1.000

Fuente: ECPA-2006, ECOSUR.

66.7% de los hombres jóvenes con depresión clínica abandona el tratamiento, mientras que solo lo hacen 31.3% de las mujeres deprimidas de la misma edad.

40% de los hombres jóvenes que ha dejado de hacer cosas que antes hacía, abandona el tratamiento; lo mismo que el 50% de los hombres que han tenido que hacer cosas que no pensaban hacer.

El cambio de actividades no afecta la probabilidad de abandono del tratamiento en las mujeres.

La condición de sobrevivencia de los hombres (Nazar y Salvatierra, 2010)

- Aunque los hombres tienen mayores ventajas sociales respecto a las mujeres, las demandas sociales de género les imponen metas que en condición de enfermedad no pueden cumplir.
- La interrupción del proyecto de vida y el cambio en las actividades, particularmente del trabajo remunerado que acompaña al diagnóstico de la diabetes tipo 2 en los hombres, explicaría la asociación **diabetes-depresión-abandono del tratamiento** y probablemente la muerte más temprana.

La condición de sobrevivencia de las mujeres (Nazar y Salvatierra, 2010; Solís, Nazar, Salvatierra y Zapata, 2011.)

- Las mujeres reciben significativamente más apoyos económicos y afectivos por parte de hijas e hijos (14.0% de los hombres y 9.8% de las mujeres no reciben apoyo alguno).
- Debido a la división sexual del trabajo, existe una mayor dependencia económica de las mujeres para afrontar los gastos en salud.
- La dependencia *afectiva* de las mujeres se expresa en menor adherencia al tratamiento cuando no reciben este apoyo: 26.7% no estaba siguiendo ningún tratamiento y 33.3% había dejado de seguirlo.
- Esto no ocurrió en ninguno de los hombres diabéticos.

La condición de sobrevivencia de las mujeres (Nazar y Salvatierra, 2010)

- A diferencia de los hombres, el papel de las mujeres como madres y esposas está parcial o totalmente logrado cuando la diabetes es diagnosticada.
- 52% de las jóvenes (menores de 64 años de edad) dejaron de hacer los quehaceres domésticos y 32 por ciento abandonó el trabajo remunerado; mientras que 75.4 por ciento de las mujeres mayores (64 y más años) dejó de hacer los quehaceres domésticos y 14.3 por ciento cambió de actividad remunerada para realizarla en casa.
- Una de cada 10 mujeres diabéticas reportó el incremento de la violencia física del esposo hacia ella asociado a la disminución de las actividades domésticas.

Consideraciones finales

- Diferencias en la edad promedio a la que ocurre la muerte en las distintas entidades federativas.
- Diferencias en la edad promedio a la muerte entre mujeres y entre hombres, así como en la ganancia de años vividos por entidad federativa.
- Profundizar en las investigaciones relativas a la interacción entre políticas gubernamentales en salud y la desigualdad de género subyacente en cada contexto.

Algunas consideraciones para las políticas de salud

- Incremento del gasto público per cápita, y a la violencia contra mujeres diabéticas, especialmente en las entidades donde la sobrevivencia de las mujeres es más baja o la edad promedio a la muerte no se ha incrementado o ha disminuido.
- Atención a las mujeres solas con DM2 (sin apoyos familiares) y sin seguridad social.
- Incremento del diagnóstico y tratamiento de **depresión clínica** en mujeres y hombres con DM2, especialmente en estos últimos.
- Sensibilización y capacitación **al personal médico** sobre la relación entre género y diabetes mellitus tipo 2 para la atención integral de los enfermos y enfermas.