

Un Indicador de Inequidad de Género en Salud

An Indicator of Gender Inequality in Health

Dr. Carlos Montoya-Aguilar¹

Resumen

Se propone un indicador de los diferenciales de mortalidad por género, según área geográfica, con ajuste a la situación nacional. Se explica la construcción de dicho indicador y se presentan y discuten los resultados para Chile, 2002-2004.

Palabras clave: Equidad de género; Indicador de exceso relativo de mortalidad femenina; Chile

Abstract

I present an indicator of mortality differentials by gender and geographical areas, with adjustment to the national rates. The method of calculation of the indicator is explained and the results of its application in Chile, 2002-2004, are shown and discussed.

Key words: Gender equity; Indicator of relative excess of women's mortality; Chile

INTRODUCCIÓN

La mortalidad, empleada como indicador negativo del estado de salud poblacional, es superior en los hombres respecto a las mujeres en prácticamente todos los países del mundo actual. En Chile, año 2004, hubo 85 muertes de mujeres por cada 100 muertes de hombres, y las tasas respectivas fueron de 4,9 y 5,8 por mil, respectivamente. La diferencia a favor de las mujeres había descendido algo desde 1990, año en que hubo 80 muertes femeninas por 100 muertes masculinas y las tasas fueron 5,2 y 6,7, respectivamente (1).

El exceso de muertes de varones existe para todas las edades, excepto en el tramo de 80 y más años de edad, en el cual la población de ellos está muy disminuida. Las tasas de mortalidad, sin embargo, siguen siendo superiores en los hombres hasta el final de la vida (año 2004).

El comportamiento de la mortalidad se refleja en la composición por sexos de la población total. En 1960 el índice de masculinidad – es decir, la proporción de hombres por cada 100 mujeres – era 96,3. Debido a que nacen más hombres que mujeres, el índice fue 102,7 en la edad de 0 a 4 años y revirtió a 95,18 al llegar a la edad de 15 a 19 años, para seguir bajando hasta 80,8 a la edad de 65 y más años. En el año 2004, el índice de masculinidad ha subido a 97,1; comienza en 103,7 a la edad de 0 a 4 años y no revierte sino a la edad de 25 a 29 años, en que la cifra es 99,1; a la edad de 65 y más años, el índice es 75,2. Ello sugiere que

Recibido el 28 de septiembre, 2006. aceptado el 24 de noviembre de 2006.

¹ Profesor titular de Salud Pública, Universidad de Chile. Asesor del Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Estudios. <cmontoya@minsal.cl>

ahora la ventaja de las mujeres ha disminuido en los jóvenes, pero ha aumentado desde la edad media de la vida (1).

Otra expresión de las diferencias de sexo en el morir es encuentra en las expectativas de vida al nacer. En la mayoría de los países esta expectativa es 4 a 8 años mayor en las mujeres. Chile, con expectativas de 75 y 81 años, se encuentra en ese grupo. Tiene algún interés constatar que esta diferencia fue menor en 45 de los 192 países miembros de la OMS y que estos, en su mayoría, pertenecen a África, Asia y Oceanía. En otros 11 países la ventaja femenina (o la desventaja masculina) fue mayor y de ellos, ocho corresponden a la ex Unión Soviética. Sólo en una nación se invirtió la relación, apareciendo una expectativa de vida un año mayor para los varones: Qatar (2).

De esta manera, queda claro que existe una desigualdad de género en el riesgo de morir prematuramente, y que ésta ocurre a expensas del sexo masculino. La explicación clásica atribuye el hecho a la mayor exposición de los hombres a las causas externas de muerte, a las infecciones, a las afecciones respiratorias y cardiovasculares. Las medidas de salud pública que logren controlar estas causas beneficiarán en mayor proporción a los varones y reducirán la desigualdad, mejorando el nivel global de salud de la población.

La mayor expectativa de vida de las mujeres, probablemente fundada en su perfil endocrino propio, ha sido reforzada por la reducción del riesgo obstétrico, por el control parcial de ciertas localizaciones de cáncer y por una menor exposición a causas externas, a infecciones y a los efectos del abuso del alcohol, tabaco y otras drogas (3, 4).

Algunas de estas ventajas se ven amenazadas por los cambios de hábitos, por la mayor participación de las mujeres en el mundo del trabajo y del deporte, así como por su creciente exposición al VIH. En beneficio de las perspectivas de salud del conjunto de la población, importa localizar, vigilar y controlar estas tendencias negativas que afectan al sexo femenino.

Objetivo

Se de interés desarrollar métodos que permitan detectar y seguir las variaciones y posibles deterioros de la salud de cada sexo y, en particular, de las mujeres.

Una primera aproximación puede consistir en la determinación y seguimiento de las tasas anuales de mortalidad por sexo, especificadas por grupos de edad, grupos de causas médicas y áreas geográficas (5). Sobre esta base se puede calcular las razones mujeres/hombres de las tasas de mortalidad por edad, causa, área y período.

El manejo e interpretación de tales datos será más fácil si se calcula la razón mujeres/hombres de las tasas de mortalidad por áreas y grupos de edad, con **ajuste a las tasas nacionales**. De este modo se obtiene un **indicador** que resume y clarifica la ventaja o desventaja de género para cada área y grupo de edad, en **relación con la situación del país**.

Presento la construcción y los valores de este indicador para los 28 Servicios de Salud de Chile, en los tramos de edad de 20 a 44 años y de 45 a 64 años, en los tres últimos años para los cuales se dispone de tasas de mortalidad oficiales: 2002 a 2004.

Cálculo del indicador

1. Para Chile y para cada Servicio de Salud se anotan las tasas de mortalidad de cada sexo y grupo etario.
2. Para las tasas de cada Servicio y de cada sexo se calcula la razón Servicio/país (s/p). Una razón inferior o superior a 1 denota – respectivamente – un riesgo inferior o superior al que se espera para el sexo en cuestión, según lo observado en el país.
3. Para cada Servicio de Salud se divide la razón s/p de las mujeres por la razón s/p de los hombres. Esta “razón de razones” indica el “exceso” o el “déficit” de muertes femeninas en relación con el cociente mujeres/hombres del país en el año estudiado.

Ejemplo:

Año: 2004

Edad: 20-44 años

	Tasas de mortalidad		Razón de tasas s/p		Razón de tasas s/p hombres / Razón de tasas s/p mujeres
	mujeres	hombres	mujeres	hombres	
CHILE	66.0	186.6			
S.Salud Arica	63.7	196.6	0.97	1.05	0.92
S.Salud Iquique	68.5	122.9	1.04	0.66	1,58
Etc.					

Otra manera de disponer el cálculo es la siguiente:

1. Igual que en la variante anterior.
2. Para las tasas de Chile y de cada Servicio se determina la razón mujeres/hombres (m/h).
3. Para cada Servicio se divide la razón m/h del Servicio por la razón m/h del país.

Se obtienen los mismos valores del indicador que en el camino anterior.

Ejemplo:

Año 2004

Edad: 20-44 años

	Tasas de mortalidad		Razon de tasas m/h	Razón m/h Servicio / Razón m/h País
	mujeres	hombres		
CHILE	66.0	186.6	0.354	
Servicio Arica	63.7	196.6	0.325	0.92
Servicio Iquique	68.5	122.9	0.557	1.57
Etc.				

En esta segunda variante quedan "ocultas" las razones area/país de las tasas de cada sexo. Como veremos, éste es un elemento de interés para la interpretación de los resultados, por lo cual prefiero la primera variante.

Resultados: valores de los indicadores "razón de tasas de mortalidad según género ajustadas a la razón país" o, más brevemente, "mortalidad relativa ajustada de género".

En los cuadros 1 y 2 se presentan los valores de los indicadores calculados para los años 2002 a 2004. Para mayor claridad sólo se incluyen los valores superiores a 1, es decir, aquellos que señalan una mortalidad de la mujeres, relativa a la de los hombres, que es superior a la esperada de acuerdo a la situación nacional.

Junto a cada valor se anotan los niveles de las razones area/país que subyacen a dicho valor. Las iniciales A-A (alto-alto) señalan que tanto la tasa femenina como la masculina son superiores a las respectivas tasas nacionales. Las iniciales B-B (bajo-bajo) señalan lo contrario. Las iniciales A-B designan la combinación de una tasa femenina superior a la del país con una tasa masculina inferior a la nacional: las iniciales B-A denotan la situación inversa.

Cuadro 1.
Indicador de mortalidad relativa de género, edad 20 a 44 años. Servicios de Salud de Chile, 2002-2004

SERVICIO	AÑO 2002			AÑO 2003			AÑO 2004		
	Indicador	Posiciones		Indicador	Posiciones		Indicador	Posiciones	
		Muj.	Hom.		Muj.	Hom.		Muj.	Hom.
Arica	1.04	A	B						
Iquique				1.16	A	A	1.58	A	B
Antofagasta	1.15	A	B	1.01	B	B	1.49	A	B
Atacama	1.13	B	B	1.03	B	B	2.21	A	B
Coquimbo	1.18	B	B	1.13	B	B	1.34	B	B
Valparaíso S.A	1.27	A	B				1.17	A	A
Viña Quillota	1.36	A	B	1.33	A	B	1.09	B	B
Aconcagua				1.50	A	B	1.33	A	B
Metrop. Norte	1.16	A	A	1.02	A	A			
Metrop. Occid.				1.03	B	B	1.02	B	B
Metrop. Centro	1.18	A	B	1.20	B	B	1.24	B	B
Metrop. Orient	1.20	B	B	1.19	B	B	1.26	B	B
Metrop. Sur	1.01	1	B	1.04	A	A	1.19	A	1
Metrop. Sur Or							1.32	B	B
O'Higgins	1.16	A	A						
Maule									
Ñuble									
Concepción	1.38	A	B	1.05	A	A			
Arauco									
Talcahuano	1.01	B	B				1.39	A	B
BíoBío									
Araucanía Nor				1.05	A	A			
Araucanía Sur							1.35	A	B
Valdivia				1.18	A	A			
Osorno							1.27	A	A
Llanchipal									
Aysen	1.26	A	A						
Magallanes				1.24	A	A	1.44	A	B

Según el cuadro 1, a la edad de 20 a 44 años (adultos jóvenes) hay un exceso relativo de mortalidad en el género femenino – respecto al cociente m/h nacional – en los Servicios del norte del país y en la mayor parte de la Región Metropolitana. Tal “exceso” ha ocurrido de manera continua, entre el 2002 y el 2004, en los Servicios de Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Viña del Mar-Quillota, Metropolitanos Central, Oriente y

Sur. En Iquique, Valparaíso-San Antonio, Aconcagua, Metropolitano Norte y Metropolitano Occidente se dio en dos de los tres años.

Cuadro 2.
Indicador de mortalidad relativa de género, edad 45-64 años. Servicios de Salud, Chile 2002-2004

SERVICIOS	AÑO 2002			AÑO 2003			AÑO 2004		
	Indicador	Posiciones		Indicador	Posiciones		Indicador	Posiciones	
		Muj.	Hom.		Muj.	Hom.		Muj.	Hom.
Arica	1.13	A	A				1.14	A	B
Iquique									
Antofagasta							1.02	A	A
Atacama	1.19	B	B	1.14	B	B	1.22	B	B
Coquimbo				1.29	A	B			
Valparaíso SA	1.08	A	A						
Viña Quillota				1.12	A	B	1.01	B	B
Aconcagua				1.07	B	B	1.05	B	B
Metrop. Norte									
Metrop. Occid.	1.14	A	B				1.10	A	B
Metrop. Centro	1.01	B	B						
Metrop. Oriente							1.03	B	B
Metrop. Sur									
Metrop. SurOr.	1.05	B	B	1.01	B	B	1.02	B	B
O'Higgins	1.10	A	B				1.03	B	B
Maule	1.04	A	A						
Ñuble				1.09	A	A			
Concepción									
Arauco	1.28	A	B	1.28	A	B	1.17	A	A
Talcahuano	1.05	A	A	1.06	A	A			
BíoBío	1.16	A	A				1.08	A	A
Araucanía Nor	1.16	A	A	1.22	A	A	1.03	A	A
Araucanía Sur				1.14	A	A	1.04	A	A
Valdivia	1.03	A	A				1.15	A	A
Osorno									
Llanchipal	1.07	A	A	1.07	A	A			
Aysen	1.12	A	B						
Magallanes							1.13	A	A

En el cuadro 2 se ve que para los adultos de edad mediana (45 a 64 años), tales excesos relativos

predominan en los Servicios del centro y sur de Chile. Ellos se observan de manera continua entre 2002 y 2004 en los Servicios Metropolitano Sur- Oriente, Arauco y Araucanía Norte. Existen en dos de los tres años en los Servicios de O'Higgins, Talcahuano, Bío Bío, Araucanía Sur, Valdivia y Llanquihue.

En cuanto a los niveles de mortalidad en que se producen estos diferenciales de género, hay que hacer una distinción entre las grandes zonas geográficas. Como se observa en el Cuadro 1, en los Servicios septentrionales predominan las tasas masculinas bajas (B)². El hecho puede interpretarse del siguiente modo: el "exceso" de mortalidad femenina significa que las mujeres jóvenes de esa zona están menos favorecidas que el género masculino por las condiciones relativamente ventajosas que aquellas áreas ofrecen.

En cambio, en los Servicios del centro y sur (y especialmente de Maule al sur), como se observa en el Cuadro 2, predominan tasas masculinas más altas que las nacionales (A)³. Los "excesos" de mortalidad femenina resultan aquí de tasas aún más altas que las de los hombres – en relación al nivel nacional -. Esto puede interpretarse como que las mujeres de edad mediana están más perjudicadas que los varones por las condiciones adversas para la salud que predominan en esta zona del país (5, 6).

Discusión

La validez aparente (face validity) y la confiabilidad de los resultados se basan en la calidad de las estadísticas vitales de Chile, en el tamaño de las poblaciones de los Servicios de Salud y en la consistencia de las tasas en los tres años observados.

El indicador propuesto es de fácil construcción e interpretación y resulta útil para entender mejor el comportamiento de la mortalidad en las distintas áreas del país, y especialmente para descubrir los "excesos"

relativos de la mortalidad femenina en determinados Servicios. También sirve para detectar "excesos" relativos localizados de la mortalidad masculina: estos predominan en las edades jóvenes en la zona centro-sur, donde son frecuentes los valores del indicador que se sitúan por debajo de 1.

Los resultados conducen a preguntar: ¿cuáles son las causas que hacen que la mortalidad de las mujeres jóvenes en el norte y en la Región Metropolitana no sea tan baja (en relación al nivel nacional) como la de los hombres jóvenes de esa zona? Y ¿cuáles son las razones que explican por qué la mortalidad de las mujeres de edad mediana sea, entre Maule y Llanquihue, más alta (en relación al nivel nacional) que las ya altas tasas de los hombres?

CONCLUSIÓN

Las Direcciones de los Servicios de Salud y de las Seremi podrían formularse las preguntas anteriores con respecto a las poblaciones por cuya salud son responsables. Un primer paso para la respuesta sería el examen de la mortalidad según sexo, edad y causa médica. Una vez determinadas las causas que exceden a las correspondientes del país, sería necesario buscar los determinantes de tales particularidades en el terreno de los programas de atención de salud y en el de otros sectores.

Los indicadores deberían ser seguidos año a año, con el objetivo de evaluar las medidas que se hubieran tomado para corregir los "excesos" relativos de las mortalidades específicas por género, mejorando así la sobrevivencia de la población en su conjunto.

2 Hay 26 B del sexo masculino sobre las 32 observaciones que tienen indicadores de valor superior a 1.

3 Hay 17 A del sexo masculino sobre las 25 observaciones con indicadores de valor superior a 1. Si se consideran sólo los Servicios desde Maule al sur, son 17 A sobre 20 observaciones

Referencias

1. Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de Chile, Anuarios 2002, 2003, 2004.
2. OMS, 2005, Informe de la Salud del Mundo 2004, Ginebra.
3. OPS-OMS, 2004, Perfil de Salud de Mujeres y Hombres en Chile 2003, (Coordinadora: María Isabel Matamala). Santiago.
4. Matamala M I, Gálvez T, Gómez E, 2005, Género: desigualdades en salud y enfermedad, en: Iniciativa Chilena de Equidad en Salud, En la Perspectiva de la Equidad (eds. Liliana Jadue y Fabiola Marín), Santiago.
5. Ministerio de Salud de Chile, 2006, Medición y monitoreo de las desigualdades intercomunales en salud, Chile 2005, (ed. Carlos Montoya), Santiago.
6. Ministerio de Salud de Chile, Depto. de Epidemiología, 2002, Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010, Santiago.