



OBSERVATORIO
Género y Equidad

Investigación en salud con enfoque de género

Teresa Valdés E.
Agosto 2018

- Los determinantes sociales de la salud se entienden como las **condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud**. También se describe como las características sociales en que se desarrolla la vida.
- Es decir, los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al **contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud**. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas.
- El concepto de determinantes sociales surge ante el reconocimiento de las limitaciones que tienen las intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, sin tomar en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que **las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades que tienen las personas de ser saludables**.
- Entonces, una pregunta clave para las políticas de salud es:
¿Hasta qué punto la salud es una responsabilidad social y no sólo una responsabilidad individual?

Determinantes Sociales de la Salud (DSS)



OBSERVATORIO
de la Salud y Equidad



- Las **desigualdades de género están presentes en todas las sociedades**: en el reparto del poder, en los recursos y las prestaciones sociales, en las normas y valores. La forma en que se estructuran las organizaciones y se administran los programas tienen efectos perjudiciales en la salud de millones de mujeres, jóvenes y niñas.
- **La posición de las mujeres en la sociedad** está ligada **a la salud y la supervivencia de los niños y las niñas**. Las desigualdades de género influyen en la salud en distintas formas: **pautas de alimentación discriminatorias**, **violencia** contra las mujeres, **falta de poder** de decisión y **reparto desigual del trabajo**, el tiempo libre y las posibilidades de mejorar en la vida, entre otras cosas.
- Las mujeres **ganan menos que los hombres**, incluso con trabajos equivalentes; las jóvenes y las mujeres tienen **menos oportunidades de empleo**.
- En **salud mental**, la morbilidad femenina se concentra en **depresión y neurosis**, mientras que en los hombres, en **alcoholismo y drogadicción**.
- Otros importantes diferenciales por sexo en la mortalidad y la enfermedad asociados con **conductas de riesgo más prevalentes entre los hombres** son los relativos al cáncer de pulmón, cirrosis del hígado, VIH/SIDA y accidentes del tránsito.

GÉNERO: DETERMINACIONES QUE IMPACTAN LA SALUD



ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR SEXO Y BRECHA. 2010, 2015 y 2020.				
	Esperanza de vida al nacer (años) (*)			
AÑO	Total	Hombres	Mujeres	Brecha
2010	78,0	75,2	80,9	5,6
2015	79,1	76,5	81,7	5,2
2020	79,7	77,4	82,2	4,8

FUENTE: INE, Estimaciones y Proyecciones de Población 2002-2020.
* Número promedio de años que se espera pueda vivir una persona recién nacida.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR SEXO. 2010, 2015 Y 2020.			
	Tasa de Mortalidad Infantil (pmnv*)		
AÑO	Total	Hombres	Mujeres
2010	7,5	8,2	6,7
2015	7,2	7,8	6,6
2020	6,9	7,4	6,3

FUENTE: INE, Estimaciones y Proyecciones de Población 2002-2020.
* Defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos.

Mortalidad por causa según sexo 2011

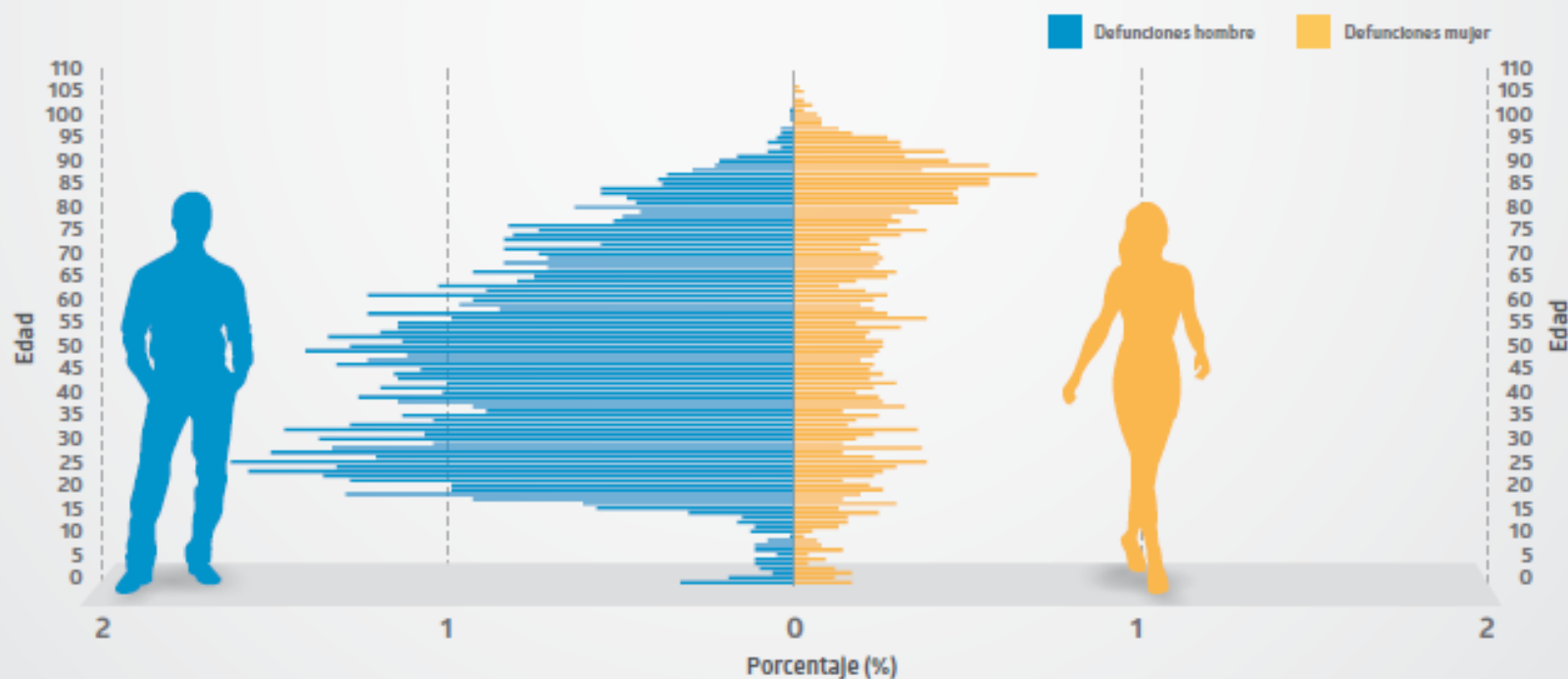


CAUSAS	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*
Todas las causas	94.985	5,5	50.539	5,9	44.446	5,1
Tuberculosis	232	1,3	160	1,9	72	0,8
Enfermedad por VIH/SIDA	472	2,7	386	4,5	86	1,0
Esófago	683	4,0	438	5,1	245	2,8
Estómago	3.237	18,8	2.146	25,1	1.091	12,5
Vesícula, de otras partes y no especificadas de las vías biliares	1.834	10,6	546	6,4	1.288	14,8
Tráquea, bronquios y pulmón	2.780	16,1	1.722	20,2	1.058	12,1
Mama	1.358	7,9	11	0,1	1.347	15,5
Enfermedades hipertensivas	3.488	20,2	1.425	16,7	2.063	23,7
Enfermedades isquémicas del corazón	7.197	41,7	4.438	52,0	2.759	31,7
Cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado	4.077	23,6	2.798	32,8	1.279	14,7
Accidentes de tránsito	2.116	12,3	1.673	19,6	443	5,1
Otros accidentes de transporte	105	0,6	84	1,0	21	0,2
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (Suicidios)	2.027	11,8	1.657	19,4	370	4,2

Fuente: DEIS-MINSAL

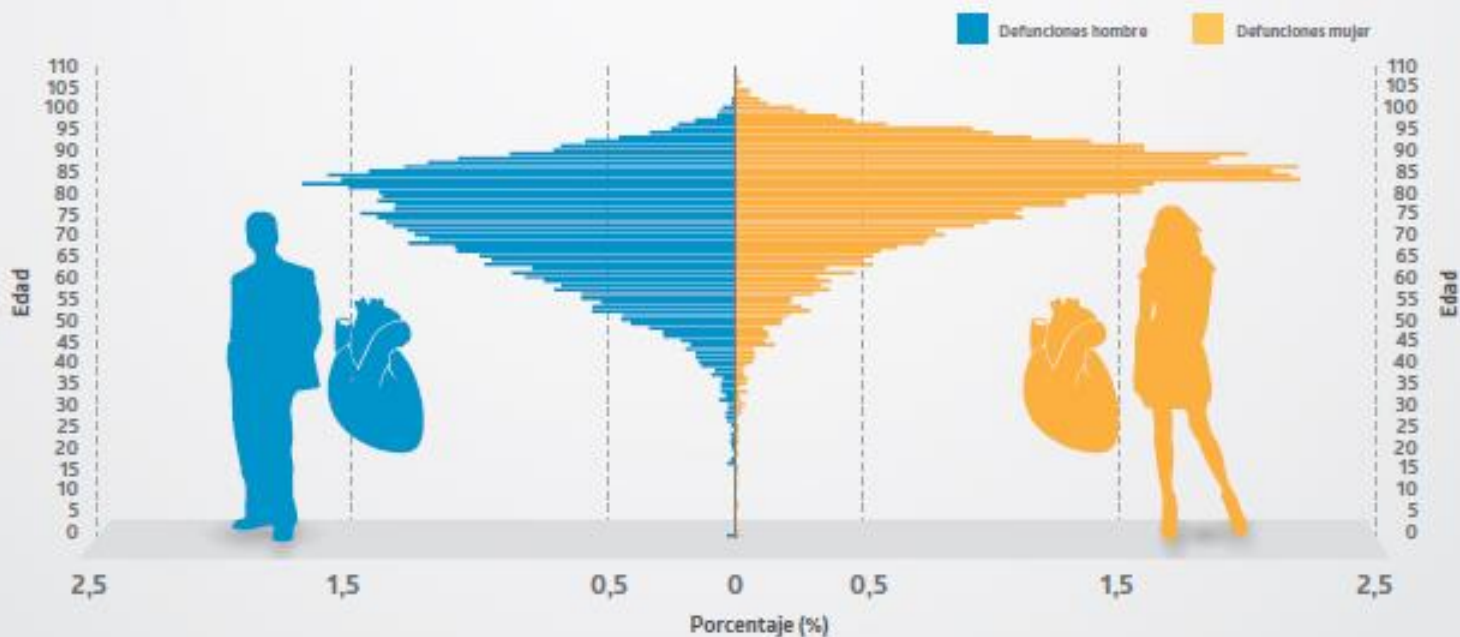
Defunciones por causas externas de mortalidad, por sexo y edad del fallecido, 2015

- En las causas externas de mortalidad, la cuarta con mayor incidencia en el país, es evidente la sobremortalidad masculina, en especial desde los 15 hasta los 80 años de edad, aproximadamente, lo que influye en forma directa en la mayor cantidad de mujeres en edades avanzadas que hay en el país con respecto a los hombres.
- La sobremortalidad masculina también se aprecia, pero a menor escala, antes del primer año de vida; de hecho, en 2015, de las 39 muertes de menores de un año que hubo, un 67% correspondieron a hombres.
- Ese mismo año, esta causa provocó la muerte de 5.908 hombres y de 1.961 mujeres en total, cifras que, en comparación con 2014, implicaron aumentos de 0,4% y 5,2%, respectivamente.



Defunciones por enfermedades del sistema circulatorio, por sexo y edad del fallecido, 2015

- El año 2015 hubo un total de **103.327** defunciones, que correspondieron, en promedio, a **283** defunciones diarias. Un **53%** de ellas fueron muertes masculinas y un **47%**, muertes femeninas, lo que refleja una sobremortalidad de hombres. En relación con 2014 (**101.960** defunciones en total y **279** diarias en promedio), el número total de defunciones aumentó un **1,3%**.
- El **70%** de las defunciones totales se debieron a solo cuatro grupos de causas de muerte: enfermedades del sistema circulatorio (**27% del total**), tumores malignos (**25%**), enfermedades del sistema respiratorio (**10%**) y causas externas de morbilidad y de mortalidad (**8%**).
- Estas causas de muerte tienen un comportamiento diferenciado según sexo y edad:
- Las enfermedades del sistema circulatorio son la primera causa de muerte a nivel nacional y, en 2015, provocaron el fallecimiento de **28.321** personas (**14.231 hombres y 14.090 mujeres**), lo que representa un aumento de un **1%** en relación con 2014. Estas enfermedades afectan principalmente a la población adulta. En las mujeres se manifiestan a edades más elevadas que en los hombres, en tanto que en ellos se distribuyen en un rango de edades más amplio. En 2015, el **50%** de las defunciones por estas causas ocurrieron después de los 75 años en el caso de los hombres, y de los 84 años en el caso de las mujeres.



El género como determinante social de la Salud



ONIGEA
Género y Equidad

Prevalencia de síntomas depresivos en el último año				
	2003		2010*	
Depresión	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
<i>Último año</i>	10,40%	24,30%	9,10%	26,30%

*BDD filtrada a rango de edad comparable a 2003

Fuente: MINSAL, Encuesta Nacional de Salud 2003, Encuesta Nacional de Salud 2009-2010

Egresos hospitalarios por traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98) por grupo de edad, según sexo 2012

	Grupos de edad (en años)									
	Total	Menor de 1 año	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 79	80 y +
Mujeres	56.801	755	4.318	2.853	2.844	2.926	13.785	13.590	8.680	7.050
Hombres	98.790	964	5.948	4.897	5.792	7.163	41.309	23.009	7.229	2.479
Total	155.591	1.719	10.266	7.750	8.636	10.089	55.094	36.599	15.909	9.529



PREVALENCIA VIDA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, GENERAL EN MUJERES

(*)(**)

AÑO	Prevalencia
2012	35,1
2017	38,8

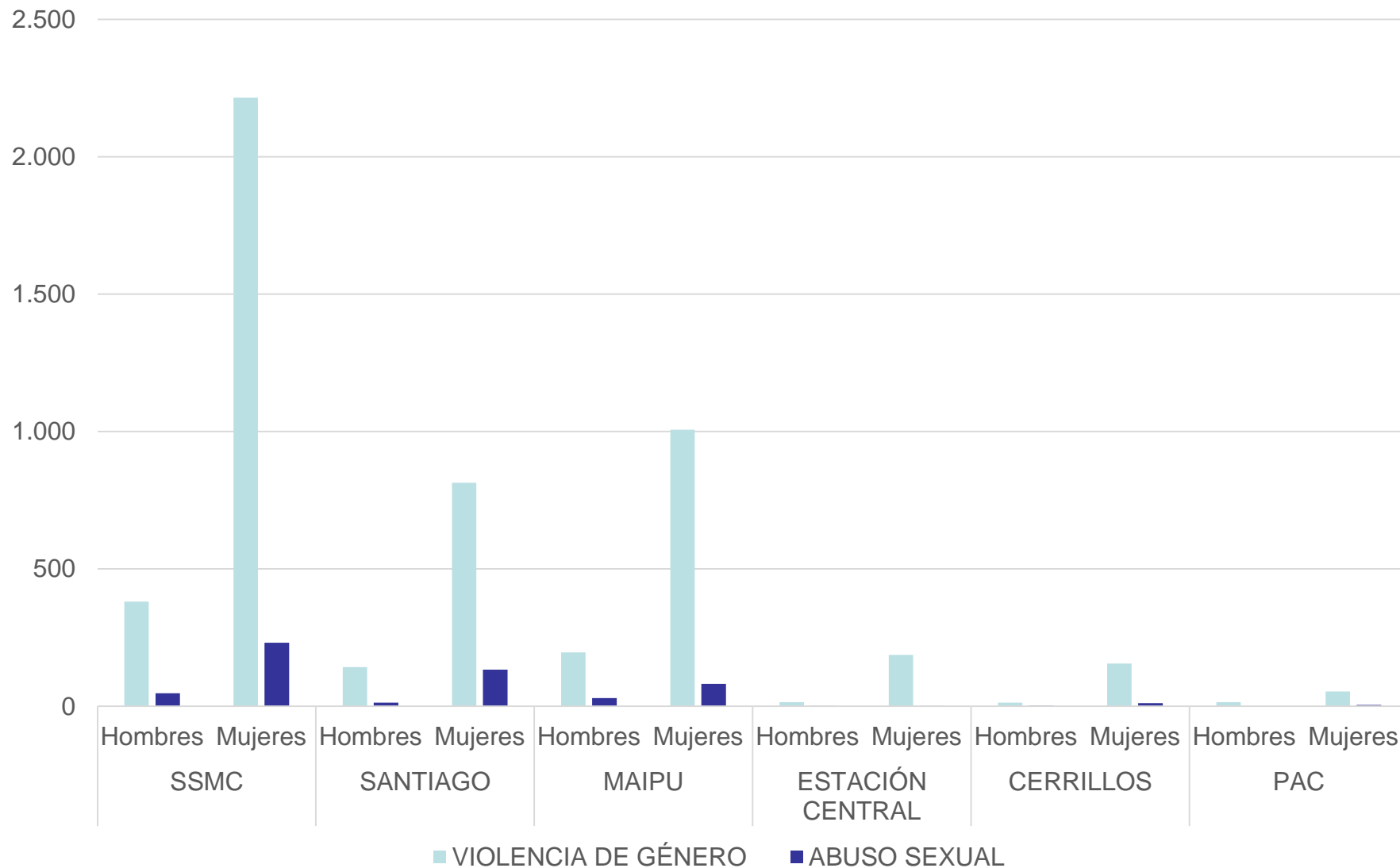
FUENTE: Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales, 2012 y 2017.

(*) Se considera a las mujeres entre 15 y 49 años.

(**) Los datos son presentados a nivel nacional.

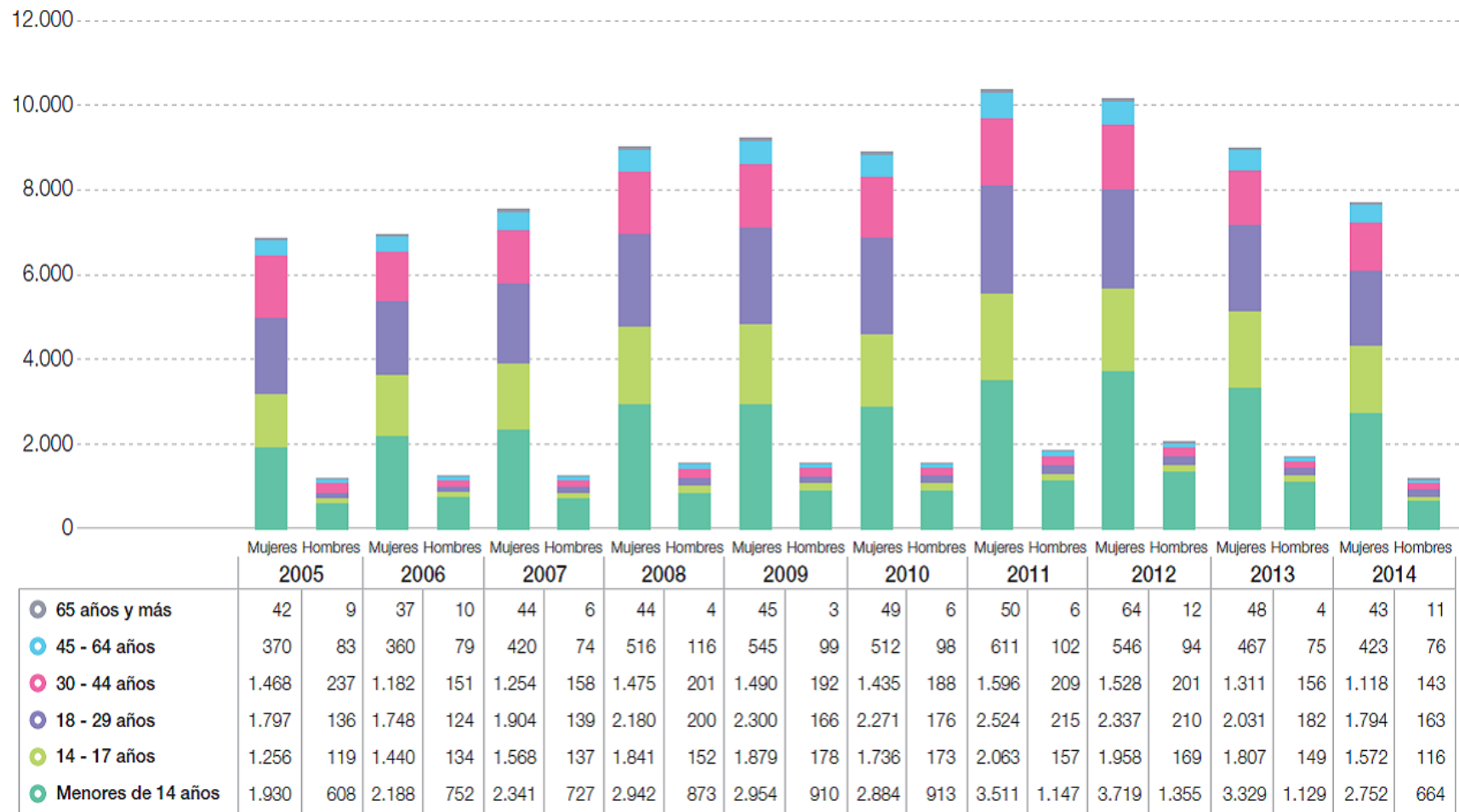
En 2017, 38,8% de mujeres declaró haber vivido una o más situaciones de violencia a lo largo de su vida, ejercida por su pareja, ex pareja o algún familiar.

FACTORES DE RIESGO Y CONDICIONANTES DE LA SALUD MENTAL POR COMUNA



Número de víctimas de violación y abuso sexual según tramo de edad, por sexo, 2005-2014

Número de víctimas



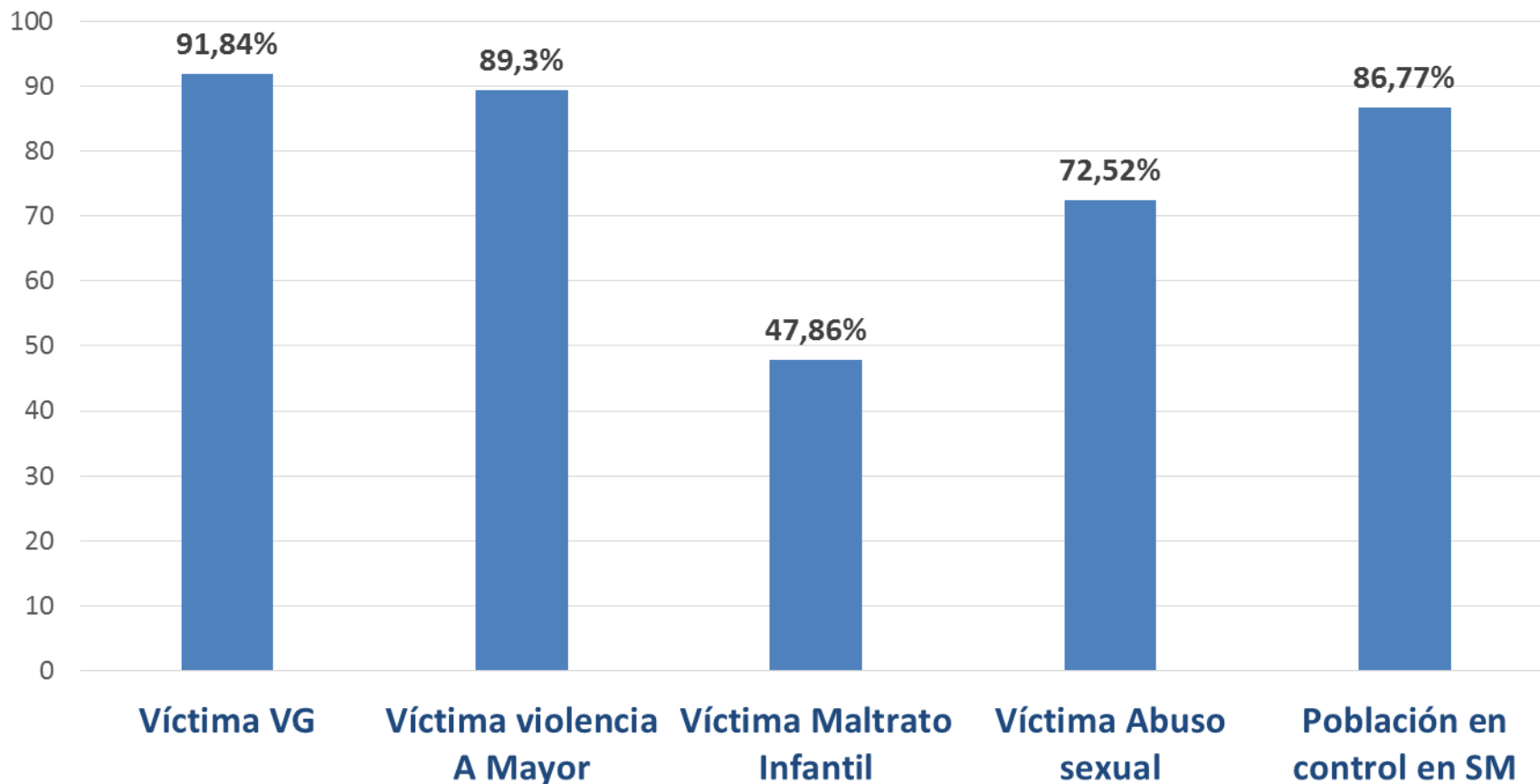
Fuente: Subsecretaría de Prevención del Delito.

Uso de servicios de Salud Mental relacionados a violencia en APS y Especialidad (2016)



OBSERVATORIO
Género y Equidad

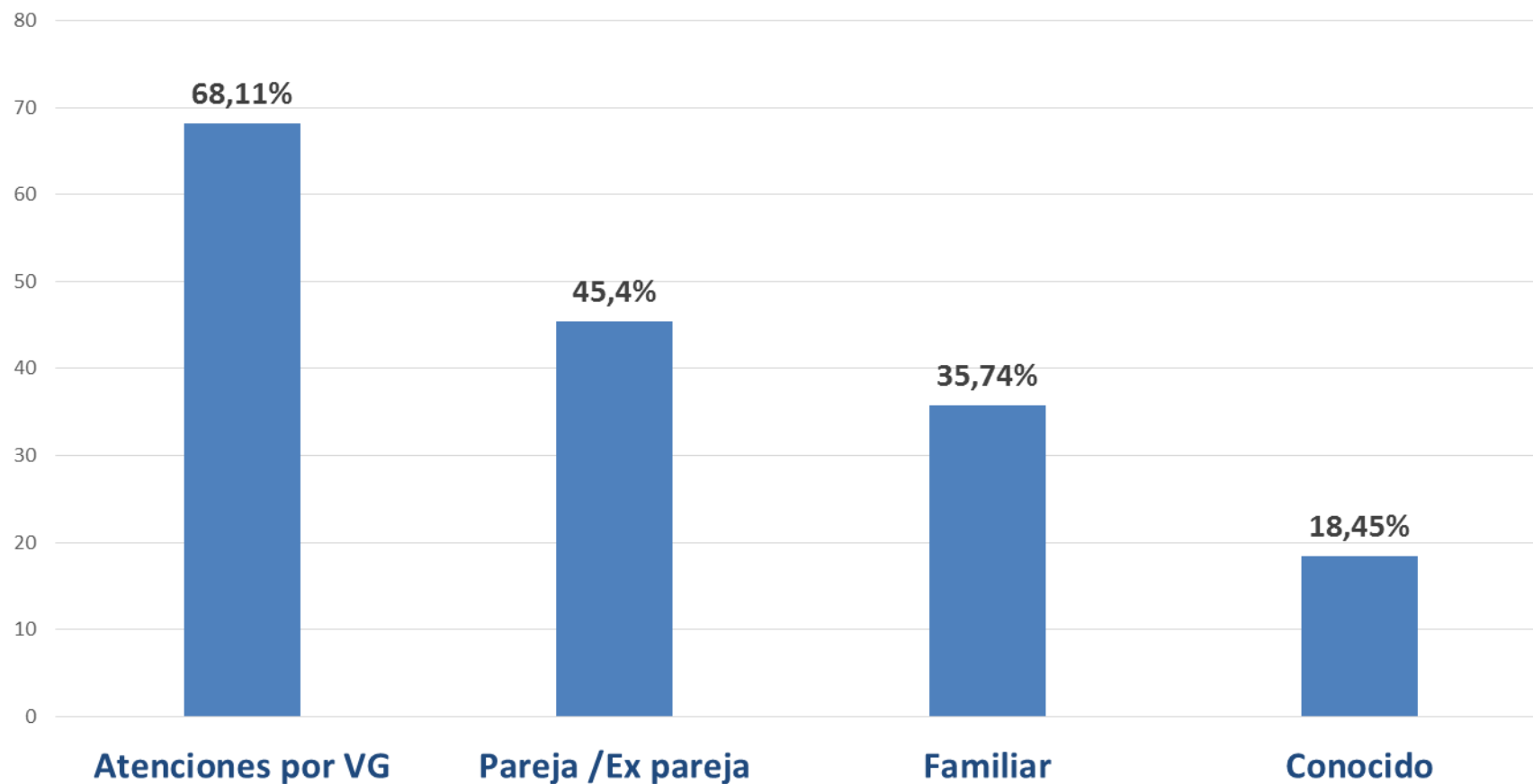
Porcentajes de mujeres





Uso de servicios de urgencia relacionados a violencia (2016)

Porcentajes de mujeres



Chile: Nacidos vivos en adolescentes de 10-14 años, 15-19 años y tasa fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años, según Región, 2014.

REGIÓN	Total nacidos vivos adolescentes 10 a 14 años	Total nacidos vivos adolescentes 15 a 19 años	Total nacidos vivos adolescentes 10 a 19 años	Tasa de Fecundidad 10 a 19 años
De Arica y Parinacota	14	441	455	26,09
De Tarapacá	19	687	706	28,68
De Antofagasta	35	1.246	1.281	28,91
De Atacama	24	782	806	35,13
De Coquimbo	57	1.742	1.799	31,45
De Valparaíso	86	2.929	3.015	24,53
Del L. B. O'Higgins	50	1.626	1.676	24,45
Del Maule	58	1.905	1.963	25,43
Del BíoBío	84	3.234	3.318	21,61
De La Araucanía	45	1.817	1.862	24,88
De Los Ríos	25	726	751	25,33
De Los Lagos	49	1515	1.564	25,14
De Aisén	7	221	228	27,35
Magallanes y Antártica	2	216	218	19,28
Metropolitana	297	10.367	10.664	21,82
Total	852	29.454	30.306	24,07

Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de base de datos DEIS, 2016, INE, 2015. **Tasa por 1.000 mujeres de ese grupo etario.

Género y salud

Cuando se intenta comprender las diferencias relacionadas con la salud entre mujeres y hombres, es necesario analizar las formas complejas en que interactúan los factores biológicos y sociales.

En las ciencias de la salud, las diferencias entre los hombres y las mujeres tienen más influencia de la biología que las diferencias entre ricos y pobres, o entre grupos de casta.

Es importante distinguir entre los posibles factores biológicos y sociales para analizar no solo las diferencias en cuanto a la salud sino, también, las semejanzas entre mujeres y hombres.

Es fundamental la comprensión de la forma en que los factores biológicos y sociales interactúan en diferentes aspectos de la salud se torna fundamental para entender cómo funciona el género en su relación con la salud.

Los factores determinantes de carácter social exacerban las vulnerabilidades biológicas.

El prejuicio basado en el género puede influir en la comprensión misma de las diferencias y los procesos biológicos:

- buscar las raíces del comportamiento diferencial femenino y masculino en presuntos orígenes biológicos sin tratar de indagar la presunta “naturalidad” de tal comportamiento ni examinar su variabilidad antropológica e histórica. Por ejemplo, cuando se señala la escasez numérica de los óvulos como una razón de la predisposición “natural” de las mujeres hacia los roles maternos de alimentación, mientras que los hombres, debido a su producción más grande de espermatozoides, pueden permitirse ser más descuidados en cuanto a la reproducción.
- Dar legitimidad a la relación entre enfermedad y debilidad con las características biológicas de las mujeres: las experiencias biológicas de la menstruación y la menopausia de las mujeres se describen como procesos de producción desperdiciada y signos de deterioro biológico.

- El diagnóstico de la histeria permitió a las mujeres expresar sus frustraciones sociales. Pero la medicalización de la situación de la mujer en la sociedad también reforzó las percepciones de que las mujeres eran biológicamente más débiles, delicadas y más propensas a la invalidez. Como resultado, se desalentó a las mujeres a que se ocuparan de diversas actividades sobre la base de su constitución frágil y sus nervios delicados.
- el conocimiento del cuerpo, la salud y la enfermedad en diversas sociedades y períodos históricos se construye culturalmente y depende del contexto. El poder es una dimensión clave en la construcción cultural del conocimiento médico. Los sistemas médicos suelen reproducir las desigualdades y las jerarquías de una sociedad al naturalizar y normalizar las desigualdades mediante hechos e imágenes acerca del cuerpo.

- La investigación convencional a menudo define el género sencillamente como un conjunto de roles sociales.
- Aparte de aislar el análisis de género de otros ámbitos de la política social, el acento exclusivo o excesivo sobre los roles conduce a que se haga hincapié en el cambio de comportamientos en el ámbito individual, y no en el cambio de políticas en el ámbito social. Esa comprensión tiene consecuencias particulares para el campo de la salud.
- Imbuir la comprensión del comportamiento relacionado con la salud, que puede estar vinculado en la superficie con las diferencias en los roles de mujeres y hombres, con un análisis de las desigualdades estructurales de género que tal vez sustentan tales roles y comportamientos
- Se suele victimizar o culpar a los grupos socialmente subordinados por sus propias situaciones de desventaja, y esto se aplica también a las mujeres: se acusa de promiscuidad a las víctimas de violación y se censura a las madres adolescentes por irresponsabilidad. Se considera que las mujeres que trabajan son madres descuidadas y, por lo tanto, responsables de la mala salud de sus hijos.

- Estas generalizaciones, basadas en un análisis superficial de los roles sociales más que en las desigualdades estructurales subyacentes, legitiman y presentan las realidades diarias de las mujeres (y los hombres) como el resultado de su propio comportamiento y no de las interacciones entre las estructuras de género y el comportamiento. -
- Definir el género como relaciones de poder que interactúan con la biología para determinar las diferencias en cuanto a necesidades, capacidades y tratamiento, nos exige concentrar sistemáticamente en las formas que toma el sesgo y la desigualdad e injusticia resultantes.
- Cuando no hay ninguna razón biológica verosímil que explique los diferentes resultados, deberá considerarse que la discriminación social es la principal sospechosa de causar resultados de salud poco razonables. Aquí, el reconocimiento de que las diferencias se mantienen debido a la discriminación social exige que las medidas para lograr la equidad en salud se concentren en políticas que promuevan resultados iguales. Esto quizá requiera un tratamiento diferente para superar la discriminación histórica.

1. El reconocimiento lento de los problemas de salud que afectan en particular a las mujeres: Los problemas de salud que afectan de manera particular o predominante a las mujeres han recibido menos atención y fondos que la investigación sobre los problemas de salud que predominan principalmente entre los hombres. La falta de investigación es obvia en las esferas del ciclo menstrual y las enfermedades crónicas no mortales que afectan desproporcionadamente a las mujeres, como el reumatismo, el síndrome de fatiga crónica y la fibromialgia. Es el caso de la violencia de género, su prevalencia, sus consecuencias para la salud física y mental de las mujeres.
2. Enfoques erróneos o parciales de las necesidades de salud de las mujeres y los hombres. Las investigaciones sobre la salud ocupacional y los reglamentos de seguridad se enfocan principalmente en los riesgos para la salud del empleo formal, donde predominan los hombres. Las ocupaciones de las mujeres han recibido menos atención.

La salud ocupacional no reconoce las consecuencias de las diferencias entre los lugares de trabajo de mujeres y hombres, y entre sus responsabilidades. Por ejemplo, el estrés ocupacional tiene causas y modelos diferenciales debido a los diferentes roles de mujeres y hombres y a su capacidad para combinar el trabajo dentro y fuera del hogar. Los enfoques erróneos o parciales también pueden afectar a los hombres. Debido a los estereotipos de género, la reproducción se considera un ámbito propio de la mujer y se descuida la salud reproductiva de los hombres relacionada con la exposición laboral.

3. Falta de reconocimiento del interjuego de los factores sociales.

la compleja mezcla de factores sociales y biológicos en la incidencia del VIH y el hecho de que ellos están profundamente relacionados con el género. Aunque la transmisión de hombre a mujer del virus del VIH es biológicamente más fácil, la carga cada vez mayor de infección entre niñas y mujeres está claramente asociada con las relaciones de poder por razón de género (dificultades de las mujeres para exigir que sus compañeros adopten prácticas sexuales seguras).

Sesgos de género en el proceso de investigación



OBSERVATORIO
Género y Equidad

- a) Datos. No se recopilan datos desglosados por sexo en los proyectos de investigación o en los sistemas de datos de mayor alcance. Los datos de salud en los proyectos individuales de investigación y en los sistemas de datos nacionales y regionales todavía no se recopilan o se desglosan sistemáticamente por sexo.
- b) Métodos sensibles a la dimensión de género. Los métodos de investigación no siempre son suficientemente sensibles como para captar las diferentes dimensiones de la disparidad. Metodologías cualitativas son un gran aporte.
- c) Representación de las mujeres y los hombres en los ensayos clínicos. Falta de perspectiva de género y exclusión de las mujeres de las poblaciones estudiadas. La justificación de la exclusión de las mujeres en la investigación es que el ciclo menstrual introduce una posible variable de confusión, además del temor de que los tratamientos o medicamentos experimentales afecten a la fecundidad de las mujeres y expongan al feto a riesgos desconocidos. A pesar de tales inquietudes, los resultados de las investigaciones basadas en el estudio de hombres se consideran universalmente válidos y aplicables a las mujeres, lo cual no siempre es así.

- Interpretar los resultados de investigación basados en estudios de modelos masculinos y sin pruebas convincentes de su aplicabilidad a las mujeres tienen consecuencias perjudiciales para ellas. Por ejemplo, los criterios para diagnosticar la esquizofrenia basándose en los síntomas masculinos, aunque los síntomas aparecen antes en los hombres que en las mujeres.
- La investigación sobre las diferencias entre los géneros en la epidemiología cardiovascular revela las graves consecuencias de aplicar las técnicas de diagnóstico y los tratamientos “basados en hombres” en pacientes mujeres. Los síntomas del ataque cardíaco difieren mucho entre los hombres y las mujeres. Sin embargo, los libros médicos de texto rara vez destacan las diferencias entre los géneros que son obvias con respecto a la sintomatología del ataque cardíaco. Por consiguiente, no resulta sorprendente que haya indicios de que, para los pacientes que llegan a las salas de emergencia, el procedimiento de diagnóstico para las mujeres tarda más que para los hombres.

- d) Equilibrio de género entre los investigadores, los comités de ética, el financiamiento de la investigación y los órganos consultivos. El desequilibrio de género en los comités de ética, el financiamiento de la investigación y los órganos consultivos, así como el trato diferencial de las científicas, también contribuyen al sesgo de género en la investigación . La subrepresentación y el trato diferencial de las científicas reflejan la jerarquía de género generalizada que también existe en las investigaciones sobre el terreno. Se suma el trato diferencial de las científicas en cuanto a oportunidades de ascenso, sueldo y solicitud de fondos para investigaciones y becas posdoctorales.

- Asegurar que se recopilen datos desglosados por sexo, situación socioeconómica y otros estratificadores sociales tanto en proyectos de investigación individual como en sistemas de datos más amplios a nivel regional y nacional, y que los datos se clasifiquen y analicen de forma tal que permitan obtener resultados válidos y ampliar los conocimientos necesarios para la adopción de políticas.
- Utilizar métodos eficaces de investigación, sensibles a la articulación entre las distintas condiciones sociales.
- Incluir un número apropiado de mujeres en los ensayos clínicos y otros estudios sanitarios, y analizar los datos generados por esas investigaciones con instrumentos y métodos sensibles a la dimensión de género.
- Los organismos de financiamiento de la investigación deben promover los proyectos que amplíen el alcance de la investigación de salud y vinculen las dimensiones biomédicas con las sociales, incluso las consideraciones en materia de género.
- Fortalecer el papel de las mujeres en la investigación de salud. Corregir los desequilibrios de género en los comités de investigación y los órganos consultivos de financiamiento y publicaciones.



OBSERVATORIO
Género y Equidad

Investigación en salud con enfoque de género

Teresa Valdés E.
Agosto 2018