

**UNIVERSIDAD DE CHILE**

**FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**“ASOCIACIÓN ENTRE ÍNDICES DE INEQUIDAD DE  
GÉNERO Y NIVEL DE SALUD POBLACIONAL EN PAÍSES  
OCDE”**

**CECILIA ESTER VEAS PALOMINOS**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

**DIRECTOR DE TESIS: CRISTÓBAL CUADRADO NAHUM  
CODIRECTORA DE TESIS: FRANCISCA CRISPI GALLEGUILLOS**

**Santiago, JULIO 2020**

## AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

*“Para escribir novelas, una mujer debe tener dinero y un cuarto propio”  
Virginia Woolf*

Y así tal cual, para escribir esta tesis, necesité dinero y un cuarto propio, y aun así hubo muchos distractores y obstáculos antes de llegar acá. Y ese camino estuvo lleno de poderosas mujeres que me permitieron finalizar con el corazón morado de orgullo este trabajo.

Por eso en primer lugar, quiero agradecerles a todas las mujeres de mi vida, mis matriarcas, mis amigas y compañeras, porque sé que sin todo este círculo de mujeres, este trabajo no habría sido posible. Muchas e infinitas gracias, cada día me sorprenden y me enorgullecen, me motivan y me mueven, y son las injusticias que hemos vivido desde que nacimos, desde que existimos, las que le dan valor y fruto a este trabajo.

Le quiero agradecer especialmente a mi mami, mi tía y mi mamá, por enseñarme a ser la mujer que soy, guerrera, independiente y empoderada. A mi amiga y hermana de vida, la Caro, por caminar juntas en estos momentos tan difíciles, y siempre seguir creciendo y aprendiendo del camino que llevamos, por escuchar mil veces esta tesis y aguantar los momentos de frustración y celebrar los éxitos.

Infinitas gracias a la Chabe, mi compañera de turno, la mejor que pudo haberme dado la vida al entrar al hospital. Su constante energía, alegría y compañerismo me ayudaron en infinitas ocasiones, en especial cuando me tocaba ir de saliente a clases y en este último tiempo viendo mi proceso con la tesis. Muchas muchas gracias

A todas las amigas que me ayudaron leyendo partes de la tesis y aconsejando, Pili, Pía, Fran y Jacqui, muchas gracias por todo el apañe y motivación, y por estar siempre presentes, en especial en estos duros días de pandemia, donde la distancia nos mantiene lejos, pero el cariño nos acerca siempre

También le agradezco a mis profes guías, Cristóbal y Fran por acompañarme en este proceso, darme las herramientas para construirlo, y por ser parte de un proyecto que hoy por hoy tiene tanta relevancia en nuestra sociedad.

En la academia muchas veces falta accesibilidad a datos, y por eso fui muy feliz cuando me comuniqué (en inglés jijiji) con Auke Rijpma y Sarah Carmichael por su base de datos de estructuras familiares, a quienes agradezco por facilitarla sin ninguna objeción.

Agradezco el camino que me llevó a estudiar este magíster en salud pública, en el que he obtenido herramientas valiosas para la vida, permitiéndome tener una visión más amplia de las inequidades de la sociedad, así como me permitió indagar en una de las temáticas que me apasionan, como lo es el género, y de esta manera aportar con nuestro granito de arena en la lucha feminista.

Este trabajo es por y para todas ¡Para que ni una más, para que nunca más, tanta injusticia! ¡Por Antonia, por mis ancestras, por mis amigas y por todas! Porque...

*“El patriarcado es un juez// Que nos juzga por nacer  
Y nuestro castigo// Es la violencia que ya ves”  
Las tesis, 2019*

## ÍNDICE

<b>INDICE DE TABLAS.....</b>	<b>3</b>
<b>INDICE DE FIGURAS.....</b>	<b>4</b>
<b>ABREVIACIONES.....</b>	<b>5</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>6</b>
<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>9</b>
1. DETERMINANTES SOCIALES Y DETERMINACIÓN SOCIAL EN SALUD .....	9
2. GÉNERO E INEQUIDADES EN SALUD .....	11
2.1 <i>Género como determinante social.....</i>	<i>11</i>
2.2 <i>Relación de las inequidades de género y salud.....</i>	<i>15</i>
3. ¿CÓMO MEDIR LAS INEQUIDADES DE GÉNERO? .....	22
a) <i>Índice de desarrollo humano relativo al género, PNUD.....</i>	<i>25</i>
b) <i>Índice de inequidades de género, PNUD.....</i>	<i>25</i>
c) <i>Índice Global de Brecha de género, Foro Económico Mundial.....</i>	<i>25</i>
d) <i>Índice de género e Instituciones Sociales, OCDE.....</i>	<i>26</i>
e) <i>Índice de Equidad de Género, Social Watch.....</i>	<i>26</i>
f) <i>Índice histórico de equidad de género.....</i>	<i>26</i>
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	27
<b>CAPÍTULO III: OBJETIVOS .....</b>	<b>29</b>
1. OBJETIVO GENERAL.....	29
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	29
<b>CAPÍTULO IV: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS .....</b>	<b>30</b>
I) PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	30
II) HIPÓTESIS.....	30
<b>CAPÍTULO V: METODOLOGÍA .....</b>	<b>31</b>
1. IDENTIFICAR, CARACTERIZAR Y COMPARAR LOS ÍNDICES DE INEQUIDADES DE GÉNERO PROPUESTOS EN LA LITERATURA ..	31
2. CARACTERIZAR LOS PAÍSES DE LA OCDE DE ACUERDO CON VARIABLES SOCIOECONÓMICAS Y NIVEL DE SALUD.....	32
<i>Variables confusoras.....</i>	<i>32</i>
<i>Nivel de salud de los países.....</i>	<i>32</i>
3. MEDIR LA ASOCIACIÓN ENTRE UN ÍNDICE DE INEQUIDAD DE GÉNERO CON INDICADORES SELECCIONADOS DE ESTADO DE SALUD Y EL NIVEL DE SALUD POBLACIONAL EN PAÍSES DE LA OCDE .....	34
1. <i>Diseño del estudio.....</i>	<i>34</i>
2. <i>Generación de modelos de análisis.....</i>	<i>34</i>
3. <i>Análisis de sensibilidad.....</i>	<i>35</i>
<b>ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>37</b>
<b>CAPÍTULO VI: RESULTADOS.....</b>	<b>38</b>
1. IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE ÍNDICES DE INEQUIDADES DE GÉNERO .....	38
A) <i>Caracterización de índices de inequidad de género.....</i>	<i>40</i>

B) Aspectos de la ONU.....	57
C) Matrices de correlación.....	57
D) Descripción y resumen de la serie de datos de los índices .....	59
E) Priorización de los índices de inequidad de género.....	61
2. CARACTERIZACIÓN DE LOS PAÍSES DE LA OCDE DE ACUERDO CON VARIABLES SOCIOECONÓMICAS Y NIVEL DE SALUD ....	61
A) Índices de inequidades de género .....	62
B) Variables económicas .....	62
C) Variables culturales, políticas y sociales .....	63
D) Variables de salud .....	65
3. MEDIR LA ASOCIACIÓN ENTRE INEQUIDAD DE GÉNERO CON EL NIVEL DE SALUD POBLACIONAL EN PAÍSES DE LA OCDE ..	76
A) Asociación para variables de salud poblacional.....	76
B) Asociación para variables de condiciones de vida y factores de riesgo .....	80
<b>CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN .....</b>	<b>83</b>
1. ÍNDICES DE INEQUIDADES DE GÉNERO .....	83
2. INEQUIDAD DE GÉNERO Y EL NIVEL DE SALUD POBLACIONAL.....	85
3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	88
4. IMPLICANCIAS DE POLÍTICA E INVESTIGACIÓN FUTURA .....	90
<b>CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES.....</b>	<b>91</b>
<b>CAPÍTULO IX: BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>99</b>

## INDICE DE TABLAS

TABLA 1: CARGA DE ENFERMEDAD EN CHILE SEGÚN SEXO, 2016 .....	19
TABLA 2: AVISA DE CHILE POR TIPO DE CAUSA Y SEXO, 2016 .....	19
TABLA 3: DIMENSIONES E INDICADORES PARA LA MEDICIÓN DE BRECHAS DE GÉNERO. CEPAL .....	22
TABLA 4: ÍNDICES DE INEQUIDADES DE GÉNERO, INDICADORES Y FUENTES .....	24
TABLA 5: CARACTERIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO. VARIABLES CONFUSORAS (ECONÓMICAS, POLÍTICAS, SOCIALES Y CULTURALES). PARTE I .....	33
TABLA 6: CARACTERIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO. VARIABLES DE SALUD POBLACIONAL. PARTE II.....	33
TABLA 7: MODELOS LINEALES DE EFECTOS FIJOS, ECUACIÓN Y AJUSTE MÍNIMO .....	35
TABLA 8: ÍNDICES DE INEQUIDADES DE GÉNERO .....	38
TABLA 9: RESUMEN DE ÍNDICES INCORPORADOS .....	39
TABLA 10: ÍNDICE DE INEQUIDADES DE GÉNERO, PNUD .....	41
TABLA 11: ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO RELATIVO AL GÉNERO, PNUD.....	42
TABLA 12: MEDIDA DE EMPODERAMIENTO, PNUD .....	43
TABLA 13: ÍNDICE DE EQUIDAD DE GÉNERO, SOCIAL WATCH.....	43
TABLA 14: ÍNDICE DE BRECHA GLOBAL DE GÉNERO, FORO ECONÓMICO MUNDIAL.....	44
TABLA 15: ÍNDICE DE IGUALDAD DE GÉNERO EUROPEO, EIGE .....	46
TABLA 16: ÍNDICE DE LOGROS DE LOS DERECHOS HUMANOS ECONÓMICOS Y SOCIALES DE LAS MUJERES, CLAIR APODACA .....	47
TABLA 17: ÁMBITOS E INDICADORES POR ÍNDICE. PARTE I .....	55
TABLA 18: ÁMBITOS E INDICADORES POR ÍNDICE. PARTE II .....	56
TABLA 19: ÁMBITOS E INDICADORES POR ÍNDICE. PARTE III .....	57
TABLA 20: CARACTERIZACIÓN ASPECTOS PROPUESTOS POR LA ONU .....	57
TABLA 21: DESCRIPCIÓN ÍNDICES DE INEQUIDADES EN PAÍSES DE LA OCDE 1975-2018.....	60
TABLA 22: CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN DE LOS ÍNDICES DE INEQUIDAD DE GÉNERO .....	61
TABLA 23: DESCRIPCIÓN SERIE DE DATOS EN PAÍSES DE LA OCDE 1975-2018. ÍNDICE DE INEQUIDADES .....	62
TABLA 24: DESCRIPCIÓN SERIE DE DATOS EN PAÍSES DE LA OCDE 1975-2018. VARIABLES ECONÓMICAS .....	63
TABLA 25: DESCRIPCIÓN SERIE DE DATOS EN PAÍSES DE LA OCDE 1975-2018. VARIABLES POLÍTICAS Y SOCIALES .....	65
TABLA 26: DESCRIPCIÓN SERIE DE DATOS EN PAÍSES DE LA OCDE 1975-2018. VARIABLES DE SALUD POBLACIONAL.....	66
TABLA 27: DESCRIPCIÓN SERIE DE DATOS EN PAÍSES DE LA OCDE 1975-2018. MORTALIDAD POR CAUSAS ESPECÍFICAS .....	66
TABLA 28: CARACTERIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO EN PAÍSES DE LA OCDE 1975-2018. CONDICIONES DE VIDA.....	67
TABLA 29: MODELO DE REGRESIÓN EN VARIABLES DE SALUD POBLACIONAL EN PAÍSES OCDE, 1975-2018.....	79
TABLA 30: MODELO DE REGRESIÓN EN VARIABLES DE PREVALENCIAS DE CONDICIONES DE VIDA EN PAÍSES OCDE, 1975-2018..	82

## INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: ESQUEMA DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD OMS .....	10
FIGURA 2: MECANISMO DE GENERACIÓN DE INEQUIDADES APLICADA A LAS INEQUIDADES DE GÉNERO .....	12
FIGURA 3: GÉNERO COMO DETERMINANTE SOCIAL.....	13
FIGURA 4: EXPECTATIVA DE VIDA SEGÚN SEXO DE LOS PAÍSES DE LA OCDE PARA EL AÑO 2016 (O MÁS CERCANO) .....	16
FIGURA 5: PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR SEXO POR SEXO, 2015 (O AÑO MÁS CERCANO) .....	17
FIGURA 6: ESQUEMA DE RELACIÓN ENTRE GÉNERO Y RESULTADOS EN SALUD.....	21
FIGURA 7: ESQUEMA DE RELACIONES ENTRE LAS INEQUIDADES DE GÉNERO Y EL NIVEL DE SALUD .....	36
FIGURA 8: FLUJOGRAMA DE REVISIÓN DE LOS ÍNDICES.....	38
FIGURA 9: AÑOS DE ESTUDIO POR ÍNDICE .....	39
FIGURA 10: ÍNDICE DE INEQUIDADES DE GÉNERO, PNUD 1995-2017 .....	48
FIGURA 11: ÍNDICE DE DESARROLLO RELATIVO AL GÉNERO, PNUD 1995-2017.....	49
FIGURA 12: MEDIDA DE EMPODERAMIENTO DE GÉNERO, PNUD 1995-2009.....	50
FIGURA 13: ÍNDICE DE EQUIDAD DE GÉNERO, SOCIAL WATCH, 2007-2012 .....	51
FIGURA 14: ÍNDICE DE BRECHA DE GÉNERO, FEM, 2006-2018.....	52
FIGURA 15: ÍNDICE DE IGUALDAD DE GÉNERO EUROPEO, EIGE, 2005-2017 .....	53
FIGURA 16: ÍNDICE DE LOS DERECHOS HUMANOS, ECONÓMICO Y SOCIALES DE LAS MUJERES, C. APODACA 1975-1990.....	54
FIGURA 17: MATRICES DE CORRELACIÓN. PARTE I .....	58
FIGURA 18: MATRICES DE CORRELACIÓN. PARTE II .....	59
FIGURA 19: MATRIZ DE DATOS FALTANTES I .....	60
FIGURA 20: DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA PAÍSES DE LA OCDE.....	63
FIGURA 21: DISTRIBUCIÓN RELIGIONES EN PAÍSES DE LA OCDE, SERIE 1975-2018 .....	64
FIGURA 22: MATRICES DE DATOS FALTANTES II .....	68
FIGURA 23: COMPARACIÓN DATOS INICIALES E IMPUTADOS. ÍNDICE DE INEQUIDADES.....	69
FIGURA 24: COMPARACIÓN DATOS INICIALES E IMPUTADOS. VARIABLES ECONÓMICAS.....	70
FIGURA 25: COMPARACIÓN DATOS INICIALES E IMPUTADOS. VARIABLES POLÍTICAS Y SOCIALES .....	71
FIGURA 26: COMPARACIÓN DATOS INICIALES E IMPUTADOS. VARIABLES DE SALUD POBLACIONAL .....	72
FIGURA 27: COMPARACIÓN DATOS INICIALES E IMPUTADOS. MORTALIDAD POR CAUSAS ESPECÍFICAS.....	73
FIGURA 28: COMPARACIÓN DATOS INICIALES E IMPUTADOS. CONDICIONES DE VIDA .....	74
FIGURA 29: DISTRIBUCIÓN DE INDICADORES DE SALUD EN LA POBLACIÓN, HOMBRES Y MUJERES .....	75
FIGURA 30: ASOCIACIÓN GII Y ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN PAÍSES OCDE, 1975-2018 .....	76
FIGURA 31: ASOCIACIÓN GII Y ESPERANZA DE AÑOS DE VIDA SALUDABLES EN PAÍSES OCDE, 1975-2018.....	77
FIGURA 32: ASOCIACIÓN GII Y AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS EN PAÍSES OCDE, 1975-2018.....	78
FIGURA 33: ASOCIACIÓN GII Y PREVALENCIA CONSUMO DE TABACO EN PAÍSES OCDE, 1975-2018 .....	80
FIGURA 34: ASOCIACIÓN GII Y PREVALENCIA REALIZACIÓN PAP EN PAÍSES OCDE, 1975-2018 .....	81
FIGURA 35: REPRESENTACIÓN ASOCIACIÓN GII, REALIZACIÓN PAP Y CÁNCER CERVICOUTERINO.....	87
FIGURA 36: REPRESENTACIÓN ASOCIACIÓN GII, CONSUMO DE TABACO Y CÁNCER PULMONAR EN HOMBRES .....	87

## ABREVIACIONES

ARDA: *The Association of religion Data Archive* (Asociación de archivo de datos de religión)

AVISA: Años de Vida Ajustados por Discapacidad

AVD: Años de Vida Vividos con Discapacidad

AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

DAG: *Directed Acyclic Graphs* (Gráficos acíclicos dirigidos)

DSS: Determinantes Sociales de la Salud

EDGE: Evidencia y Datos para la Equidad de Género

EVN: Esperanza de vida

EIGE: *European Institute for gender equality* (Instituto Europeo de la igualdad de género)

FEM: Foro Económico Mundial

GBD: *Global Burden of Disease Study* (estudio de carga de enfermedad global)

GDI: *Gender-related Development Index* (Índice de desarrollo humano relativo al género)

GEI: *Gender Equity Index* (Índice de equidad de género)

GEI-E: *European Gender Equality Index* (índice de igualdad de género europeo)

GEM: *Gender Empowerment Measure* (Medida de empoderamiento de género)

GGGI: *Global Gender Gap Index* (índice Global de Disparidad de Género)

GII: *Gender Inequality Index* (índice de inequidades de género)

Gov: variable tipo de gobierno

GSNI: *Gender Social Norms Index* (Índice de normas sociales de género)

HALE: *Health Adjusted Life Expectancy* (Expectativa de años de vida saludables)

He: gasto en salud

IDH: Índice de desarrollo Humano

IHEG: Índice Histórico de Equidad de Género

IMGI: Índice Multidimensional de Inequidades de Género

MAJID: Mayoría religiosa en la población

SUPID: Supremacía religiosa en la población

OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico

OIG: Observatorio de Igualdad de Género

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAP: Examen de papanicolau

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

QoG: *The Quality of Government* (Calidad de gobierno)

SIGI: *Social Institutions and Gender Index* (Índice de género e Instituciones Sociales)

WESHR: *Women's Economic and Social Human Rights* (Índice de logros de los derechos humanos económicos y sociales de las mujeres)

## RESUMEN

**Introducción** Las inequidades de género son un problema de preocupación creciente en el mundo. El género constituye un determinante estructural de la salud poblacional que genera diversas inequidades en salud, por lo que es necesario estudiar y medir su efecto en las poblaciones. Si bien existen distintos índices para medir las inequidades de género, pocos estudios han analizado su asociación con la salud poblacional. El objetivo de esta investigación es analizar la relación entre inequidad de género y el nivel de salud de la población en países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). Para ello, se caracterizaron los índices creados para la medición de las inequidades de género y a los países de la OCDE según variables socioeconómicas, culturales y de salud, para finalmente medir la asociación entre las inequidades de género con los indicadores de salud poblacional seleccionados en países de la OCDE.

**Metodología** Se realizó un estudio ecológico de tipo mixto, utilizando datos longitudinales tipo panel para analizar la relación entre las inequidades de género y salud en los países de la OCDE, en el periodo de 1975-2018. Para ello, primero se realizó una búsqueda de los índices de inequidades de género reportados desde la década del 50' hasta la actualidad. Se incluyeron en los análisis índices con más de 2 años de medición que incluyeran al menos 15 países OCDE. Luego, estos se caracterizaron en cuanto a su aplicación (número de países y años) y la cobertura de sus indicadores de las 5 dimensiones de equidad de género propuestas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Se seleccionó un índice para utilizar en el análisis posterior, en base a 3 criterios: incluir mayor porcentaje de países OCDE, tener más de 4 años de mediciones y cubrir mayor número de áreas respecto a lo planteado por la ONU. Posteriormente, se caracterizaron los países de la OCDE para el período de estudio de acuerdo con variables políticas, sociales y culturales, así como con variables de salud poblacional y condiciones de vida (expectativa de vida, años de vida saludables, años de vida potencialmente perdidos (AVPP), años vividos con discapacidad (AVD), años de vida ajustados por discapacidad (AVISA), mortalidad por causas específicas, prevalencias de depresión, consumo de tabaco, realización del examen Papanicolau (PAP) y, sobrepeso y obesidad). Los datos fueron interpolados para obtener una serie completa. Finalmente, se generaron modelos lineales de efectos fijos para el análisis de inequidades de género y variables de salud, incluyendo posibles variables confusoras como crecimiento económico, gasto en salud, modelos políticos e inequidades económicas. Se realizaron análisis de sensibilidad con un segundo índice de inequidades de género y con dos modelos alternativos.

**Resultados** De los 26 índices de inequidades de género encontrados en la literatura, 7 cumplieron los criterios de inclusión: Índice de Inequidad de Género (GII), Índice de Desarrollo Humano Relativo a Género (GDI), Medida de Empoderamiento de Género (GEM), Índice de Equidad de Género (GEI), Índice de Brecha Global de Género (GGGI), Índice de Equidad de Género – Europeo (GEI-E) y el Índice de logros de los Derechos Humanos Económicos y Sociales de las Mujeres (WESHR). Los índices estudiados tuvieron una alta correlación entre ellos, independiente del período de tiempo de observación. El GGGI y el GII cumplieron con ser los índices con más de 4 años de mediciones cubriendo hasta la actualidad, incluir al 100% de los países de la OCDE, y cubrir el 80% de las dimensiones propuestas por la ONU. Finalmente, para el análisis de inequidades de género se seleccionó el GII por ser más utilizado en la literatura. La caracterización de los países mostró consistencia con la bibliografía y los valores esperados para los países OCDE. Los resultados de



modelamiento mostraron que una mayor inequidad de género se asoció a una menor expectativa de vida de la población, donde por cada 0,1 punto de incremento de la inequidad se observó una disminución de 0,097 años de la esperanza de vida al nacer (IC<sub>95</sub> 0,095 – 0,099 años p-valor 0,0024), así como una disminución 0,095 años de vida saludable (IC<sub>95</sub> 0,093 – 0,097 años, p-valor <0,0001). En la misma línea, esta se asoció de manera positiva con mortalidad prematura, y por cada 0,1 punto de aumento de inequidad de género aumentan 0,17 años de muerte prematura (IC<sub>95</sub> 0,10 – 0,30 años p-valor 0,047). En cuanto a indicadores de salud más específicos, una mayor inequidad de género se asoció inversamente con la mortalidad por suicidio y cáncer pulmonar (por cada 0,1 punto de aumento de GII, las tasas cambian -4,0% (IC<sub>95</sub> -5,5% – -2,1%, p-valor 0,00037) y -2,0% (IC<sub>95</sub> -2,9% – -1,04%, p-valor 0,00012), respectivamente. En cuanto a las condiciones de vida, cada 0,1 punto de la inequidad de género se observó 2,1% (IC<sub>95</sub> 0,28% – 4,2%, p-valor 0,0022) de incremento en el consumo de tabaco en hombres, y una disminución en la realización del PAP en mujeres de -4,9% (IC<sub>95</sub> -6,1% – -3,1%, p-valor <0,0001). No hubo relación significativa del índice con los AVISA, AVD, mortalidad por cáncer cervical, prevalencias de depresión y, sobrepeso y obesidad. En el análisis de sensibilidad las tendencias se mantienen en los tres modelos, sin embargo, al compararlo con GGGI, estas tendencias y significancias sólo se mantienen para la mortalidad prematura, mortalidad por suicidio, prevalencia de realización de PAP y consumo de tabaco en hombres.

**Conclusiones** Los resultados encontrados evidencian una asociación importante entre las inequidades de género y la salud de la población, tanto de hombres y mujeres, especialmente para la mortalidad prematura, lo que podría estar relacionado con una mayor esperanza de vida y años de vida saludable en la población. Así también, la asociación fue consistente con la mortalidad por suicidio, consumo de tabaco en hombres y la realización del PAP en mujeres. Se recalca la urgencia de generar políticas que apunten a la disminución de las inequidades de género, con la finalidad de mejorar la salud poblacional y se destaca como necesaria la incorporación de índices de inequidades de género en los estudios de salud pública, en función de medir el impacto de estas inequidades en la salud de las poblaciones.

## CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

*“La situación desigual de las mujeres constituye un caso especial entre todas las discriminaciones sociales. En efecto, a diferencia de otros casos, no constituyen una clase social, ni un grupo específico; no son una comunidad, ni una minoría social o racial, atraviesan todos los grupos y pueblos y, en todos ellos, son una inseparable mitad. Acabar con las condiciones que han permitido su desigualdad social y política sería, después de la liberación de los esclavos, la mayor revolución emancipadora” (1, p7)*

Alicia Bárcena et al, ¿Qué Estado para qué igualdad?, 2010

En Chile, así como en el mundo, las inequidades en salud son un problema latente que queda en recurrente evidencia. En este marco se han propuesto modelos conceptuales como el de los determinantes sociales en salud, para explicar estas inequidades, así como los mecanismos que las generan, donde la clase social, etnia y género son considerados determinantes estructurales de la salud a nivel poblacional e individual.

El género es, bajo este marco conceptual, entendido como un constructo social, se constituye como un determinante estructural de la salud de las poblaciones, y como tal, es un potencial generador de inequidades de salud.

De esta manera, el género, junto a otros determinantes de la salud, condiciona la vida de las personas a lo largo de su curso de vida, influenciando tanto en actitudes y comportamientos como también ambientes o situaciones protectoras o dañinas. Además, el género como tal, condiciona la vida de las personas más allá de lo directamente relacionado con su salud, teniendo efecto través de otros determinantes sociales como la educación, el trabajo, nivel socioeconómico, entre otros.

Diversas organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), reconocen que la inequidad de género es un tema de alta relevancia y que ha sido insuficientemente abordado por los países. En la misma línea, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), declara que la “equidad en el acceso significa (...) que los recursos se asignen y los servicios se reciban diferencialmente de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo, etapa de la vida, y contexto cultural-socio-económico, e independientemente de la capacidad de pago de las personas” (2, p.9).

Dada la construcción cultural del género y su transversalidad en la vida de las personas, la medición de las inequidades de género es compleja. Esto se ha reflejado en el diseño de múltiples “Índices de inequidades de género”, los cuales difieren en las variables que consideran. Los índices de inequidad de género se constituyen como una herramienta que nos permite medir la evolución de las inequidades en el tiempo, comparar entre países, e incluso evaluar el impacto de las políticas relacionadas.

El presente estudio se propone contribuir en esta temática, analizando el impacto de las inequidades de género en el nivel de salud de la población en los países OCDE. Con esto, se pretende profundizar en los mecanismos por los cuales las inequidades de género pueden influir en distintas aristas de la salud, tanto a nivel poblacional, como en un análisis desagregado por la población femenina y masculina.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

El estudio de las inequidades en general, y de las inequidades de género en particular lleva años de desarrollo teórico y empírico. En este apartado, se desarrollan aquellas temáticas relevantes para comprender la asociación entre inequidades de género y nivel de salud de la población, partiendo por la conceptualización de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y la Determinación Social en Salud, seguido por la explicación más detallada de género como un determinante social, continuando con una presentación sobre los métodos actualmente utilizados para el estudio y análisis de las inequidades de género. Finalmente, se detallará la problemática a estudiar.

### 1. Determinantes sociales y Determinación social en salud

El estudio de la comprensión de la salud como “fenómeno social”, se inició hace varios siglos, y se han generado diversos enfoques para su entendimiento. Uno de ellos es derivado de la “epidemiología social anglosajona”, base del enfoque de los DSS, y el otro de la epidemiología latinoamericana, “base del enfoque de la determinación social de la salud” (3).

La Organización Mundial de la Salud define a los DSS, como: “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas” (4, s/P). Bajo esta definición, tanto el enfoque de los DSS y el de determinación social en salud coinciden, relevando la importancia de la interrelación entre lo social y lo biológico, y donde el contexto entrega “elementos clave del proceso salud enfermedad y establecen que los procesos sociales macro condicionan los patrones de salud y enfermedad en lo micro” (3).

Sin embargo, la diferencia entre ambos enfoques, según Morales-Borrero et al (3) radica en los supuestos de base sobre el cual llevan el análisis. Dichos autores, recalcan que los DSS “entienden la sociedad en su realidad poblacional, como sumatoria de individuos”, por lo que son las condiciones en las que este individuo está inserto las que condicionan su salud. Mientras que la determinación social en salud “asume la sociedad como una totalidad irreductible a la dinámica individual”(3).

La perspectiva de los DSS ha permitido vislumbrar que las desigualdades en este ámbito, son explicadas por las inequidades sociales, es decir, diferencias que son injustas y evitables, que se producen en la sociedad (4). En el año 2005 la OMS crea la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, con el fin de investigar y proponer estrategias para enfrentar las inequidades estructurales responsables de las diferencias de salud observables a todo nivel. Para ello, la Comisión propuso tres grandes líneas de acción: mejorar las condiciones de vida cotidiana; luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; y la medición y análisis del problema (4).

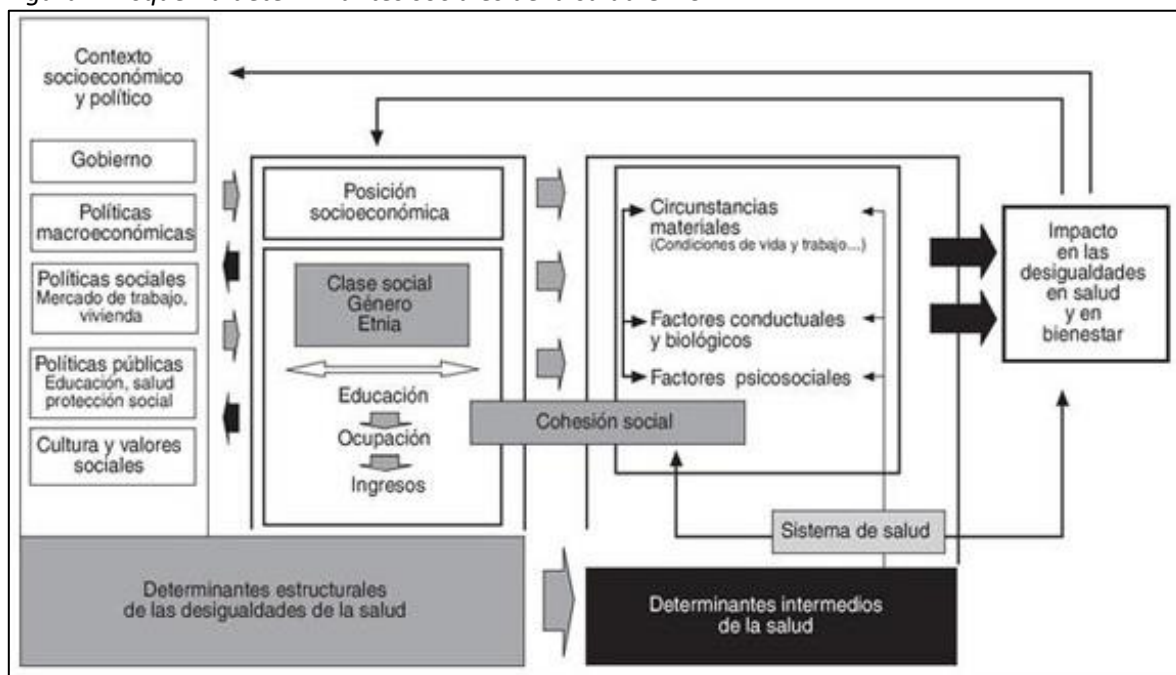
Chile no se ha quedado ajeno a este enfoque. Por ejemplo, en las metas sanitarias de la década (2011-2020), se propone “Disminuir la gradiente de inequidad en salud relacionada con posición social” y trabajar la “Inequidad por zonas geográficas”, además de introducir a los DSS de manera transversal en todas las metas planteadas (5).

El modelo más reciente sobre los DSS (Figura 1) clasifica a los determinantes según tipo, identificando sus interacciones. En este modelo se observa una división de los DSS en dos grandes categorías: determinantes estructurales y determinantes intermediarios, siendo sus descripción y definición relevantes para explicar la generación de inequidades en salud (6).

Los determinantes estructurales son aquellos compuestos por el contexto económico, político y social, además de la posición social, que está dada por características como la clase social, género y etnia. Por otro lado, los determinantes intermediarios, son aquellos más directos a las personas, y están compuestos por las circunstancias materiales, factores psicosociales, de comportamientos y factores biológicos, además del propio sistema de salud (6).

En 2002 Diderichsen, Evans y Whitehead describieron cuatro mecanismos generadores de inequidades: la estratificación social, la exposición diferencial a factores de riesgo, la susceptibilidad diferencial y las consecuencias diferenciales. Estos explican cómo los DSS influyen en la generación de inequidades en salud en los distintos niveles. En términos generales, la exposición diferencial está marcada por el contexto social y político, que determina la posición social y económica de cada persona. Esta posición socioeconómica, determina a su vez, exposiciones diferenciales, que finalmente conllevan vulnerabilidades y consecuencias diferenciales (6,7).

Figura 1: Esquema determinantes sociales de la salud OMS



Fuente: Solar e Irwin, 2010 (6)

Dentro de este paradigma de los DSS, como mencionan Morales-Borrero et al, las alteraciones que se puedan dar tienden a la autorregulación, mientras que en la determinación social hay una “dialéctica entre lo biológico y lo social”, donde “los sujetos están subsumidos en los modos y condiciones de vida impuestas por un todo social” (3).

Dado que las diferencias entre ambos paradigmas radican más en la forma de realizar el análisis causal de las inequidades, pero se asemejan en entender que el contexto forma parte importante

del estado de salud de las poblaciones es que en este trabajo se usará el marco conceptual de los DSS como base de su desarrollo, sin dejar de incorporar ambas visiones para el posterior análisis y discusión.

A modo de aplicar este marco al caso de las inequidades de género, en la Figura 2 se ilustran los mecanismos de generación de inequidades. Primero, existe un contexto social donde priman estereotipos y roles de género, lo que repercute, por ejemplo, en que el género femenino asuma roles en el hogar, como jefas y/o cuidadoras (8,9). Esto genera una *estratificación social*, pues ubica a las mujeres en cierta posición social desventajosa, al asumir labores que no le son remuneradas ni valoradas socialmente, pero que le ocupan tiempo, reflejándose en mayor cantidad de horas tanto de trabajo remunerado como no remunerado (1). Esta diferenciación, genera una *exposición específica* a factores de riesgo y enfermedades, la cual puede ser evaluada, por ejemplo, respecto a la prevalencia de síntomas depresivos y autoreporte de depresión, siendo estos mayores en mujeres (10). Lo anterior conlleva a observar *vulnerabilidades diferenciales*, donde las mujeres relatan mayor percepción de estrés respecto a sus pares hombres (10). Finalmente, esto genera *consecuencias diferenciales* entre hombres y mujeres, donde las mujeres manifiestan una peor percepción de calidad de vida y salud, respecto a sus pares hombres (10,11).

Bajo esta conceptualización, se muestra al género como un determinante estructural dentro del esquema de los DSS (Figura 1), y el cual actúa por diversos mecanismos para generar inequidades (Figura 2). En los siguientes apartados se profundizará con mayor detención y detalle en los mecanismos de generación de inequidades aplicados en género, y en cómo estas inequidades de género afectan finalmente la salud de la población.

## 2. Género e inequidades en salud

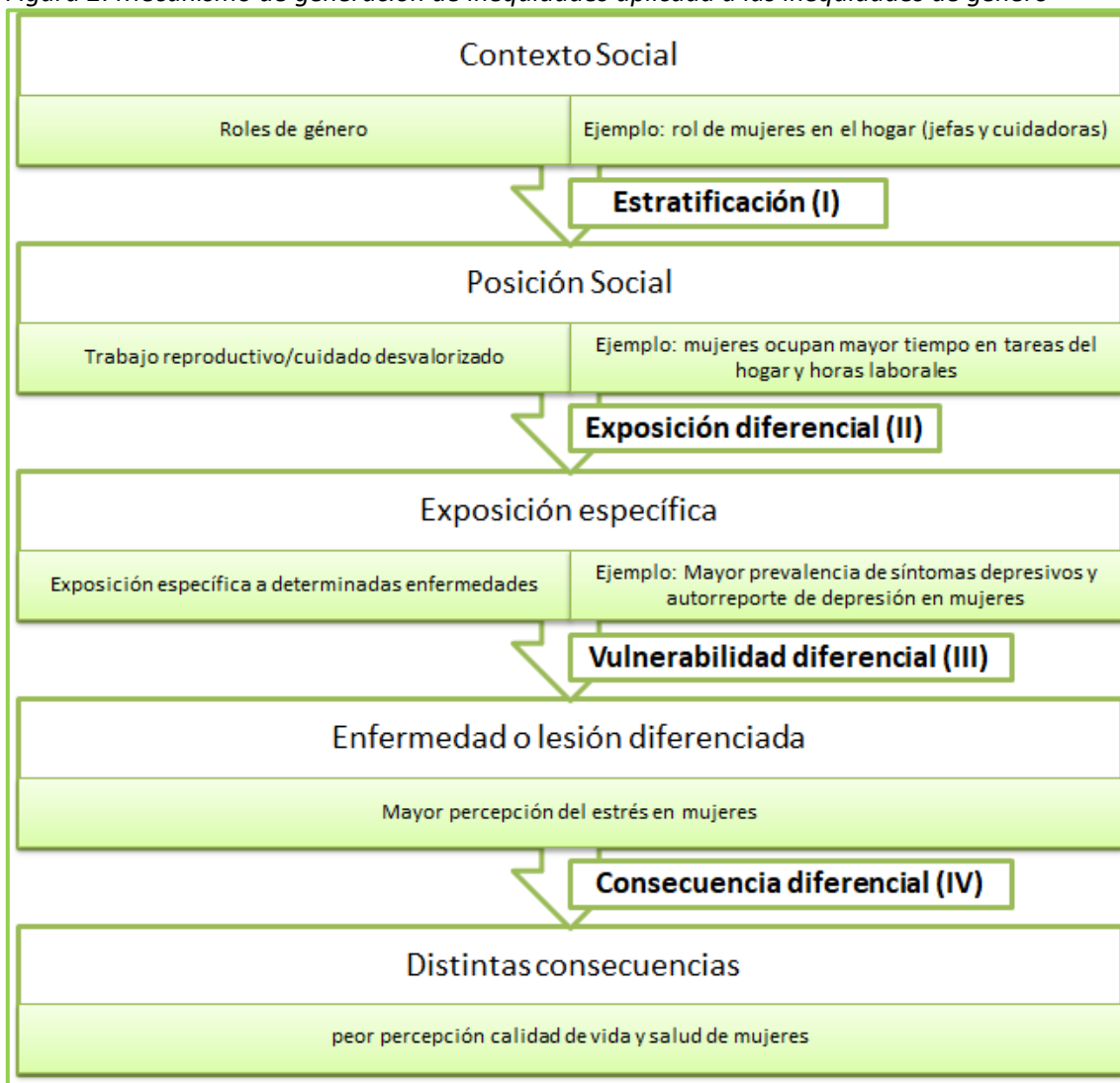
El sexo se refiere a las características que biológicamente diferencian a machos y hembras (6,12,13). Por otro lado, el género es la construcción social de los roles, comportamientos, actividades, convenciones culturales y atributos que debe cumplir cada sexo (6,12–14). Históricamente, el género ha estado marcado por relaciones de poder y normas que usualmente favorecen lo considerado masculino sobre lo femenino (12–17). Mientras que las definiciones sociales y culturales sobre los roles de cada sexo son las que finalmente determinan desigualdades a distintos niveles llevando a inequidades en el nivel de salud de las personas. Es por esto, que el género es considerado como un determinante estructural, influyendo sobre la posición social de las personas, generando inequidades, tanto en el estado de la salud como en el acceso a los servicios de salud (6,13).

### 2.1 Género como determinante social

Las inequidades de género se interrelacionan con los demás DSS del esquema, como se puede observar en la Figura 3. En el contexto sociopolítico, por ejemplo, se observa una menor proporción de participación y representación política de las mujeres, en la posición social, se pueden encontrar diferencias en lo laboral, donde se observan disparidades en sueldo y participación laboral, además de no reconocerse el trabajo no remunerado, y la carga adquirida por los cuidados a la familia y el entorno (18–21). En cuanto a los determinantes intermediarios encontramos diferencias importantes en relación a los roles de género, donde se pueden observar que los valores, normas y

prácticas son diferentes, así como sesgos en el sistema de salud, lo que finalmente puede contribuir a la reproducción de inequidades, en aspectos como el acceso y cobertura a las necesidades de la población, como se profundizará más adelante (6,18,22).

Figura 2: Mecanismo de generación de inequidades aplicada a las inequidades de género

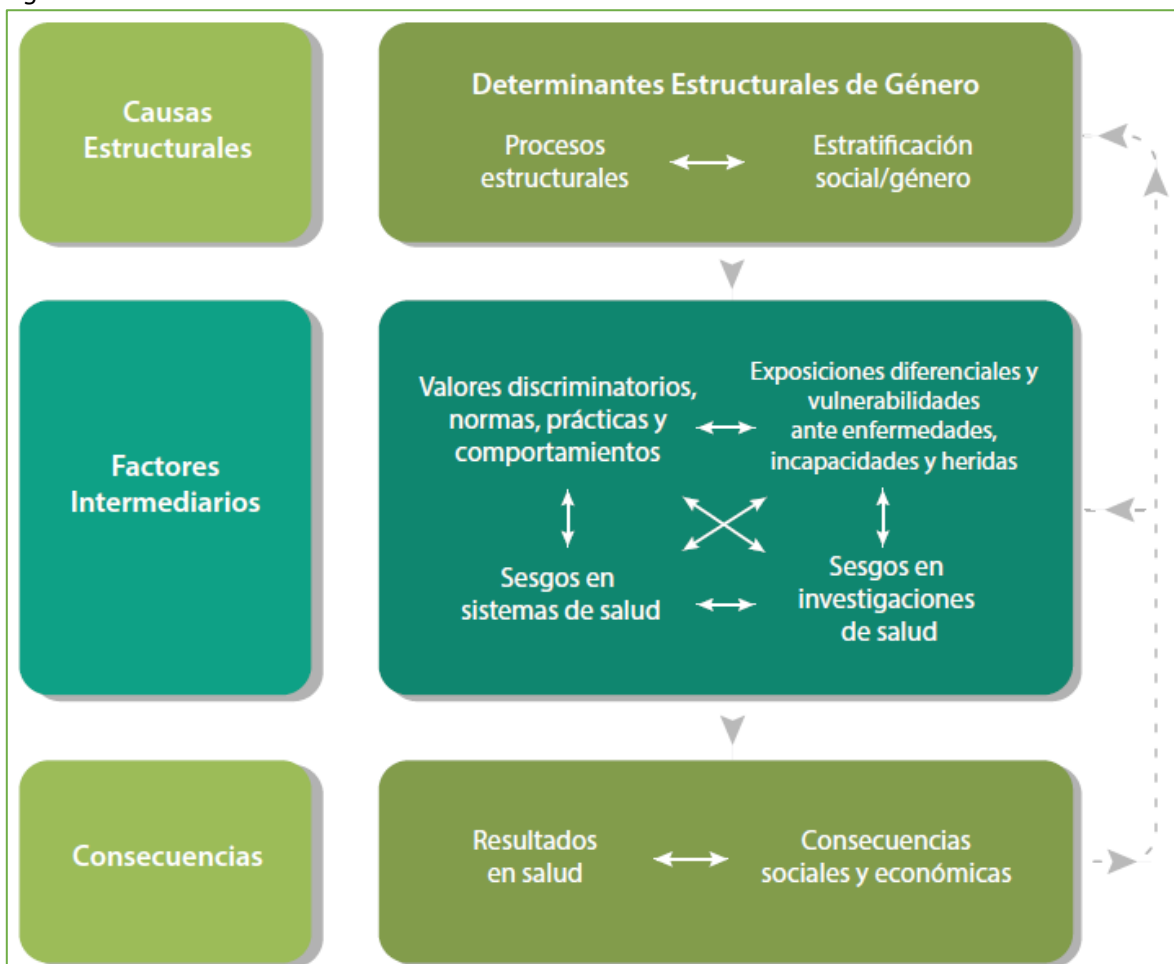


Fuente: Elaboración propia, en base al modelo de Diderichsen, Evans y Whitehead, 2002 (7)

Los estereotipos y normas sociales le han ido asignando a las mujeres múltiples roles, por un lado el rol productivo (generadora de ingresos), y por otro, el reproductivo, que se relaciona con la atención y cuidado de otros tanto en su hogar como de la comunidad (rol comunitario) (23). Los mencionados estereotipos y normas, lleva a este grupo a realizar las actividades correspondientes al cuidado de otros, asumiéndolo “como un compromiso moral, natural, marcado por el afecto (...)” (20, p11-12) y que cuando no se cumple es tomado como “sancionable” por ser su deber, siendo muchas veces este mismo no valorado y menos aún remunerado (20). La contraparte masculina, por su lado, tiene asignado el rol productivo y proveedor, con un estereotipo asociado a la fortaleza y falta de vulnerabilidad, lo que lo conduce conductas de riesgo alejadas del autocuidado, valoración del

propio cuerpo y del cuidado de otros en el plano de la salud, relegando esta tarea netamente al género femenino (14,24,25).

Figura 3: Género como determinante social



Fuente: Adaptado de Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it, 2007 (22)

Es así, que el género como un determinante de estructuras sociales, comportamientos y estilos de vida, condiciona además aspectos como el acceso a la salud, el uso de los sistemas de salud y el comportamiento del personal de salud en la atención (13,26). Un ejemplo de esto es la tendencia de las mujeres a utilizar con mayor frecuencia los servicios de salud que los hombres (2,24). Esto puede responder tanto a la función reproductiva que tienen las mujeres (2), como a los efectos de la cultura patriarcal, donde el hombre ve restringida su demostración de vulnerabilidad, primando comportamientos viriles (24,25).

En este sentido, las diferencias en la expectativa de vida y morbilidades entre hombres y mujeres han sido estudiadas, evidenciándose que en esta influyen tanto factores biológicos como conductuales y sociales (2,26,27). Respecto a esto, los hombres socialmente durante su vida mantienen la presión de "comportarse como hombres", lo que los lleva a tener "conductas de riesgo como participar en peleas, consumir alcohol en exceso, fumar tabaco, tener sexo sin protección,

entre otras” (24, p124). Sumado a esto, se ha observado en variadas ocasiones que los hombres jóvenes suelen ser invisibles para el sistema de salud, lo que dificulta su acceso (2,24).

Cabe recalcar que el género además se relaciona bidireccionalmente con todos los DSS, tanto aquellos que le preceden en el esquema de Solar e Irwin (6) como el resto, destacando entonces que al analizar un problema en salud, éste no sólo está siendo afectado por un determinante, sino que por varios que confluyen en ese punto.

Lo anterior, es entendido dentro la teoría feminista como “Interseccionalidad”, introducido por Kimberle Crenshaw en 1989 (28), abogada feminista, quien en el contexto de las desigualdades raciales propone que el análisis de las desigualdades de género y raciales no son mutuamente excluyentes, y que los análisis deben tomar ambas experiencias, dados los “entrecruzamientos de las diferentes modalidades de dominación”, como menciona Viveros, M. (29).

Crenshaw, ilustra dicha situación con una cita de Gloria T. Hull: “All the Women Are White; All the Blacks Are Men, But Some of Us are Brave”<sup>1</sup>. Bajo esta conceptualización Crenshaw, muestra que no es lo mismo ser mujer blanca en el mundo patriarcal y que no es lo mismo ser hombre negro que mujer negra ante las desigualdades raciales, pues esta última sufre de una “doble” discriminación, una por género y otra por raza, y ninguna por sí sola es capaz de generar un entendimiento completo de la situación, dada la “percepción cruzada o imbricada de las relaciones de poder” (29) por lo que se sugiere sean abordadas bajo esta conceptualización de la “Interseccionalidad” (28).

Junto con la interseccionalidad introducida por Crenshaw, es importante mencionar y añadir, que las estructuras culturales y políticas influyen de manera macro la conceptualización de género en la sociedad, tal como señalan Borrel, C. *et al* (30), donde mencionan que países que vivieron dictaduras y donde el catolicismo permeó a la sociedad, influyeron en que las mujeres se dedicaran al cuidado de la familia más que a ser parte de la fuerza laboral, en comparación a países social demócratas, quienes han tenido por varias décadas políticas más igualitarias, y donde las mujeres tienen una alta participación laboral (30). Un ejemplo de lo anterior, es lo encontrado por Sekine, M. *et al*, quienes observaron que países con regímenes socialdemócratas, en comparación con liberales y conservadores, las mujeres presentaban mejores estándares de salud mental relacionada al trabajo (31).

Un ejemplo más cercano, es el sistema neoliberal chileno, el cual como señalan Rotarou, E. y Sakellariou, D. ha contribuido en un sistema de salud que favorece las inequidades, por generar accesos diferenciales por género, ingresos y grupos etarios (32).

De esta manera, en aspectos importantes del nivel de salud de la población, el género juega un rol crucial, siendo por esto que se hace relevante conocer las relaciones hasta ahora observadas entre las inequidades de género y la salud de la población.

---

<sup>1</sup> Traducción: “Todas las mujeres son Blancas, Todos los hombres son negros, pero algunos somos valientes”



## 2.2 Relación de las inequidades de género y salud

En la literatura se reportan diferencias importantes en los resultados de salud de hombres y mujeres, expresándose en indicadores como la expectativa de vida, causas de mortalidad, carga de morbilidad y exposición a factores de riesgo (2,11,12,14,22,27,33,34).

Estas diferencias se expresan a lo largo de todo el curso de vida, partiendo desde la gestación, donde en ciertas culturas se practican abortos selectivos de niñas o infanticidios feminizados, además de “sesgo por hijo” o “preferencia por hijo”, lo que repercute en limitaciones para las niñas en acceso a prestaciones, como vacunas, servicios de salud y buena nutrición (21,35,36). Luego, durante la infancia, estudios estiman que aproximadamente entre un 18-25,3% de las niñas y un 8-8,7% de los niños son abusadas/os sexualmente, según datos de diversos estudios sobre el tema (35–37).

En la adolescencia, las diferencias de género se hacen aún más evidentes. Por ejemplo, el inicio de la vida sexual en el género femenino se basa frecuentemente en situaciones coercitivas y forzadas. Un factor que refleja lo anterior es la existencia de matrimonios de niñas menores de 18 años, cifra que se ha estimado alcanza aproximadamente las 15 millones por año (35). Otro ejemplo es la existencia de la mutilación genital femenina en diversos países (35). Las principales causas de muerte de adolescentes mujeres son condiciones maternas, auto daño y traumatismos por accidentes de tránsito (35). Desórdenes depresivos lideran las causas de enfermedad en ellas, y la anemia por deficiencia de hierro es una causa importante de carga de enfermedad en adolescentes, además de problemas nutricionales (35).

En la adultez, condiciones asociadas al embarazo, parto y post parto son fuente importante de morbilidad y mortalidad en varios países (35). Las principales causas de muerte y discapacidad en mujeres adultas se relacionan con enfermedades crónicas no transmisibles, además de la depresión y ansiedad, de las cuales las mujeres tienen más riesgo que los hombres (35). Influenciada por las normas de género, el uso del tabaco, exposición a fuentes secundarias de humo y quema de combustibles fósiles para cocinar, hacen que sean factores de riesgo importantes para enfermedades como cáncer de pulmón y enfermedades respiratorias crónicas (35).

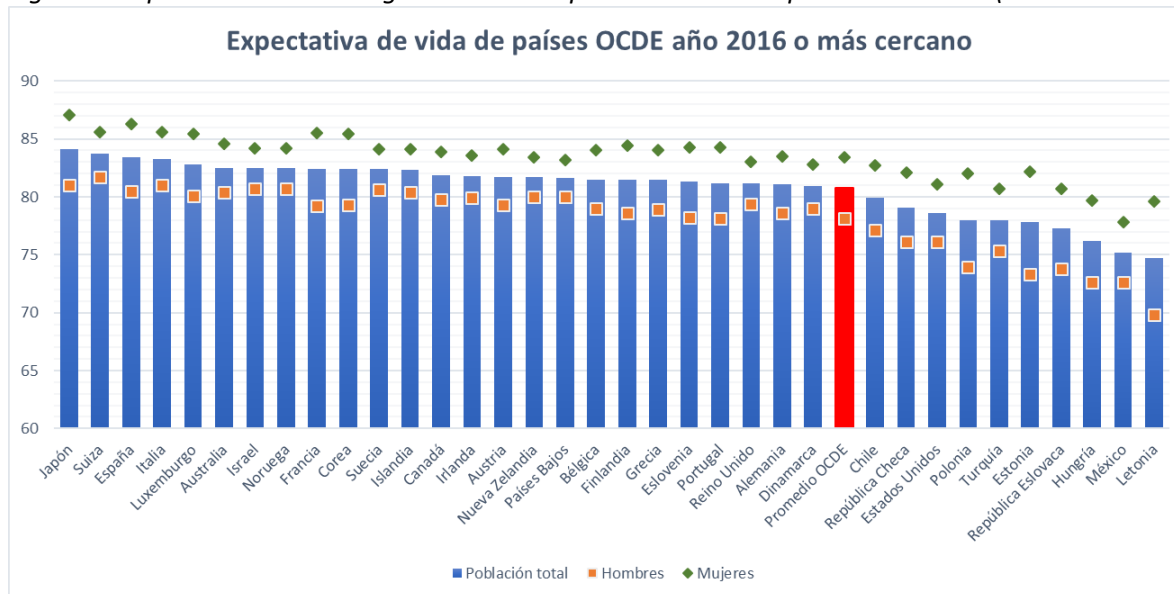
Sumado a anterior encontramos estructuras políticas y normas sociales que restringen la libertad de las mujeres y que pueden afectar su salud. Un ejemplo sobre esto son las políticas y normas sobre aborto, las cuales pueden permitir o prohibir en distintos niveles el acceso de las mujeres a servicios de aborto seguros en diversos países (14,38,39).

En mujeres de 45-59 años, las principales cargas de enfermedad, son debidas a dolor bajo de espalda, desórdenes depresivos mayores y enfermedades cardiacas (35). Adicionalmente, las enfermedades cardiovasculares están dentro de las principales causa de mortalidad en mujeres, especialmente jóvenes, y se ha estudiado que ellas tienden a ser diagnosticadas y tratadas más tardíamente y menos agresivamente que los hombres frente a este tipo de enfermedades (26,35), y como señala Regitz-Zagrosek, V, este grupo no es objetivo de programas de prevención y reciben diagnósticos y tratamientos menos invasivos en comparación a los hombres (26).

En mujeres mayores de 65 años se ha observado mayores tasas de heridas debido a caídas, a osteoporosis u otras causas, respecto a los hombres (35). Demencia es más común en mujeres que hombres del mismo grupo etario (35).

Respecto a la expectativa de vida, la OCDE declara que en las últimas décadas ha habido un aumento constante en la expectativa de vida de la población, el cual puede ser atribuido a un gran número de factores como el aumento de los ingresos, mejor educación, estilos de vida más saludables, entre otros (11). Sin embargo, a pesar de dichos aumentos, continúa existiendo una brecha importante entre la expectativa de vida de mujeres y hombres a través de los países de la OCDE (Figura 4), donde en promedio, la expectativa de vida para las mujeres y hombres fue de 83,4 años y 78,1 años<sup>2</sup>, respectivamente, habiendo una diferencia de 5,3 años (40). Se reconoce que esta brecha ha ido decreciendo con los años, por razones como disminución en las brechas de conductas de riesgo y tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en hombres (11).

Figura 4: Expectativa de vida según sexo de los países de la OCDE para el año 2016 (o más cercano)



Elaboración propia. Fuente: Health Status, OCDE (40).

Entre los países reportados en el documento *Health at a Glance* de la OCDE (11), aquellos con menor diferencia en la expectativa de vida entre hombres y mujeres (menos de 4 años) fueron Islandia, Los Países Bajos, Nueva Zelanda, el Reino Unido, Noruega, Suecia, Irlanda y Dinamarca, y aquellos con mayor brecha (más de 7 años) fueron, Letonia, Estonia, Polonia, República Eslovaca, Hungría y Rusia. Dentro de estos, se menciona que en el caso de Rusia existe una mayor prevalencia de conductas de riesgo en hombres (11). Chile se encuentra en un rango intermedio, con una diferencia de 5,6 años (40).

Al respecto cabe señalar que el estudio de las diferencias en la expectativa de vida de hombres y mujeres ha mostrado que tanto factores conductuales como biológicos tienen relevancia (2,11,26,27,41), e interesantemente, algunos estudios han estimado que la diferencia atribuible a

<sup>2</sup> Datos del año 2016 o año más cercano (40)

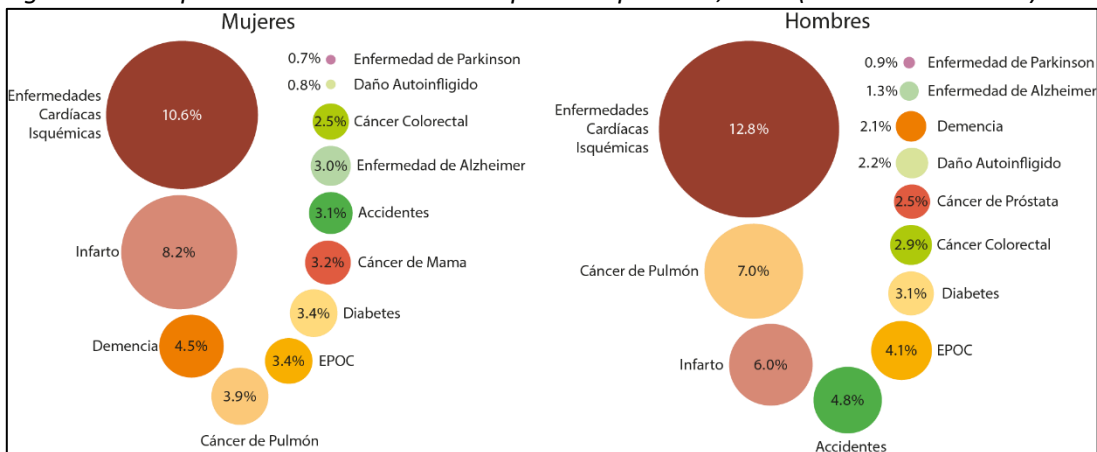
factores solamente biológicos es alrededor de 2 años (42). Estas se han asociado a las exposiciones diferenciales de cada género, donde machos suelen tener conductas de riesgo asociadas a la masculinidad como el consumo de sustancias, exposición a accidentes de tránsito y mayores tasas de suicidio (14,43,44). Consecuentemente, algunos estudios transversales han analizado la relación entre inequidades de género y la esperanza de vida al nacer, encontrando asociaciones significativas entre ambas variables (43–45).

Sin embargo, como declara Elsa Gómez en su texto “Equidad, género y salud: retos para la acción”, es sesgado reducir la evaluación del nivel de salud a la mayor sobrevivencia de las mujeres, pues al analizar otros indicadores, como la morbilidad, factores de riesgo, discapacidad, entre otros, las mujeres presentan mayores incidencias a corto y largo plazo (2,27,46).

La OPS por su parte, menciona que la expectativa de vida no puede ser el único desenlace relevante para evaluar diferencias en salud poblacional dado el género (2), pues también se han observado divergencias importantes en otros parámetros como en las causas de mortalidad, prevalencia de enfermedades y autopercepción del estado de salud (11,26,27). Es importante comprender las inequidades de género y su efecto en la salud de manera más específica, ya que por ejemplo se ha visto que hay condiciones que afectan exclusivamente a mujeres y que son "altamente prevenibles", como la mortalidad materna y el cáncer cérvico uterino (2,35).

En relación a lo anterior, la OCDE muestra en su informe del 2017 que las principales causas de mortalidad varían según sexo: en mujeres, las tres principales son enfermedades cardíacas isquémicas (10,6%), infarto (8,2%) y demencia (4,5%), mientras que en hombres son enfermedades cardíacas isquémicas (12,8%), cáncer de pulmón (7,0%) e infarto (6,0%) como se observa en la Figura 5 (11). Algunas diferencias como la mayor mortalidad por infartos en mujeres, se podría explicar por lo mencionado con anterioridad, donde ellas tienden a ser diagnosticadas y tratadas más tardíamente y menos agresivamente que los hombres frente a este tipo de enfermedades (26,35), o en el caso de la demencia, que podría explicarse por la mayor expectativa de vida de las mujeres; en contraste, las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón son mayores en hombres, probablemente debido a que en la mayor parte del mundo los hombres fuman más, así como las muertes por accidentes y daños auto infligidos son más prevalentes en ellos (2,11).

Figura 5: Principales causas de mortalidad por sexo por sexo, 2015 (o año más cercano)



Fuente: Adaptado de Health at glance 2017 (11). EPOC = enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Con respecto a los factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles, la evidencia sugiere que las mujeres son propensas a elegir estilos de vidas saludables (11,12,24), en contraste con los hombres, en quienes existe una limitación frente a su propio autocuidado, lo que conlleva a que ellos tengan conductas de riesgo que afectan su salud, producto de las normas sociales asociadas al género (2,24,25).

Por otro lado, la obesidad y el sobrepeso tienen patrones de género interesantes. En el promedio de los países de la OCDE, un 20% de las mujeres y el 19% de los hombres tienen obesidad, siendo la tendencia general que las mujeres presenten mayor prevalencia (11). Al estudiar este fenómeno según el nivel de ingreso de los países, se ha podido observar que, en los países de bajos y medianos ingresos, las mujeres presentan mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad comparado con los hombres (47), y que dicha diferencia no es generalizada en los países con altos ingresos (47,48). Además, en el reporte sobre la obesidad de la OCDE del año 2017, se señala que mujeres con menor educación son 2-3 veces más propensas a tener sobrepeso que aquellas con mayor nivel educacional, y dicha disparidad es menor en hombres (48).

Respecto a lo anterior un estudio analizó la asociación entre la inequidad de género y la obesidad, y encontraron que cuando se ajusta por ingresos per cápita, hay una relación significativa entre el sobrepeso femenino y la inequidad de género (49). Otro estudio sobre este tema, analizó la asociación entre la malnutrición en niños y la mortalidad, simuló datos para 96 países, y encontró que la reducción de las inequidades de género llevaría a reducciones en el peso al nacer, la malnutrición infantil y mortalidad en países de bajos y medianos ingresos (50).

Sumado a las diferencias socioeconómicas respecto a la obesidad, hay diversidad de factores que podrían estar afectando, como lo son las diferencias biológicas (hormonales, por ejemplo), respuestas a la alimentación en edades tempranas, embarazo (asociado a ganancia de peso), niveles de actividad física, depresión (la cual suele ser mayor en mujeres) (11,24), factores socioculturales, circunstancias socioeconómicas, entre otros (47).

De esta manera, se puede ilustrar cómo ciertas enfermedades, están determinadas en parte por factores biológicos, que diferencian a ambos sexos, pero también a factores externos, que generan inequidades como lo son la educación, nivel de ingresos, la cultura, y el género como factor transversal a estos (27,42).

En el contexto de Chile, se reconocen diferencias entre hombres y mujeres en el estado de salud, donde las mujeres presentan mayor expectativa de vida, teniendo por lo tanto un menor peso en los Años de Vida Perdidos (AVPP) en relación con los hombres (Tabla 1). Sin embargo, como se mencionó con anterioridad, vivir mayor cantidad de años no significa mejor salud (27), pues como se puede apreciar en la Tabla 1, en términos relativos, las mujeres presentan mayor cantidad de Años Vividos con Discapacidad frente a los hombres.

Al observar por tipo de causa, las mujeres presentan mayor carga de enfermedad que los hombres (reflejada en Años de vida ajustado por discapacidad, AVISA), especialmente en lo referido a enfermedades musculoesqueléticas, mentales y neurológicas (Tabla 2) (46). Dentro de los grupos con más diferencia está la salud mental, pues en nuestro país las mujeres presentan en mayor

porcentaje prevalencias de síntomas depresivos en comparación con los hombres (10,24,46) (25,7% vs 8,5% (10)), así como mayor carga de enfermedad por trastornos depresivos y ansiosos (46,51).

En este sentido, se podría plantear un efecto de la doble carga laboral y la doble presencia femenina, en tanto que las mujeres asumen el rol productivo como el reproductivo, lo que contribuye al descuido de aspectos importantes de su salud (8,20), lo cual repercute en su calidad de vida. En esta misma línea, se puede observar que las mujeres califican en menor porcentaje que los hombres su percepción del estado de salud como “bueno o muy bueno”, tanto en Chile como en el mundo (8,11).

**Tabla 1: Carga de enfermedad en Chile según sexo, 2016**

Indicador	Ambos	Hombres	%	Mujeres	%
<b>AVISA</b>	4190467,62	2211958,64	52,79%	1978508,98	47,21%
<b>AVD</b>	2093139,15	950246,26	45,40%	1142892,89	54,60%
<b>AVPP</b>	2097328,47	1261712,38	60,16%	835616,09	39,84%

Elaboración propia. AVPP = años de vida potencialmente perdidos; AVD = años de vida vividos con discapacidad. Datos extraídos de Global Health Data Exchange, 2018 (46)

**Tabla 2: AVISA de Chile por tipo de causa y sexo, 2016**

	Causa	Ambos	Ambos	Causa	Hombres	Hombres	Causa	Mujeres	Mujeres
1	Neoplasias	570030.24	13.63%	Enfermedades Cardiovasculares	305165.82	13.77%	Desórdenes musculoesqueléticos	299468.16	15.13%
2	Desórdenes musculoesqueléticos	552684.57	13.16%	Neoplasias	297217.68	13.41%	Neoplasias	272812.55	13.78%
3	Enfermedades Cardiovasculares	528805.96	12.64%	Desórdenes musculoesqueléticos	253216.41	11.47%	Otras enfermedades no transmisibles	250664.63	12.67%
4	Otras enfermedades no transmisibles	472294.27	11.26%	Otras enfermedades no transmisibles	221629.63	10.04%	Enfermedades Cardiovasculares	223640.14	11.30%
5	Desórdenes neurológicos	277792.95	6.62%	Heridas no intencionales	112559.26	5.08%	Desórdenes neurológicos	168824.23	8.53%
6	Heridas no intencionales	172556.61	4.11%	Desórdenes neurológicos	108968.72	4.93%	Depresion	81890.687	4.14%
7	Enfermedades respiratorias crónicas	139939.16	3.34%	Cirrosis y otras Enfermedades hepáticas crónicas	96745.08	4.36%	Desorden de Ansiedad	78173.092	3.95%
8	Cirrosis y otras Enfermedades hepáticas crónicas	131209.29	3.13%	Heridas de transporte	92114.17	4.15%	Enfermedades respiratorias crónicas	70827.244	3.58%
9	Depresion	129368.93	3.08%	Autodaño	77486.51	3.49%	Heridas no intencionales	59997.353	3.03%
10	Heridas de transporte	118711.39	2.83%	Enfermedades respiratorias crónicas	69111.91	3.12%	Diabetes Mellitus	51808.813	2.62%

Elaboración propia. En blanco Avisa para ambos sexos, Naranja Avisa para hombres y en Verde Avisa para Mujeres. Datos extraídos de Global Health Data Exchange, 2018 (46)

Los hombres, por su lado, no están exentos de consecuencias en su salud, pues se ha observado que presentan una menor tasa de atenciones médicas, lo que se ha planteado está asociado a los estereotipos de género que se asocian a la masculinidad (24,25). Se plantea también que estos estereotipos tienen un efecto en la sobremortalidad masculina por accidentes, homicidios, consumo de drogas y agresiones autoinfligidas (especialmente entre 15 a 34 años) (11,24,25,52). Esto es reflejado, además en las tasas de suicidios, donde a nivel mundial se reconoce que son 3-4 veces mayores para hombres (11).

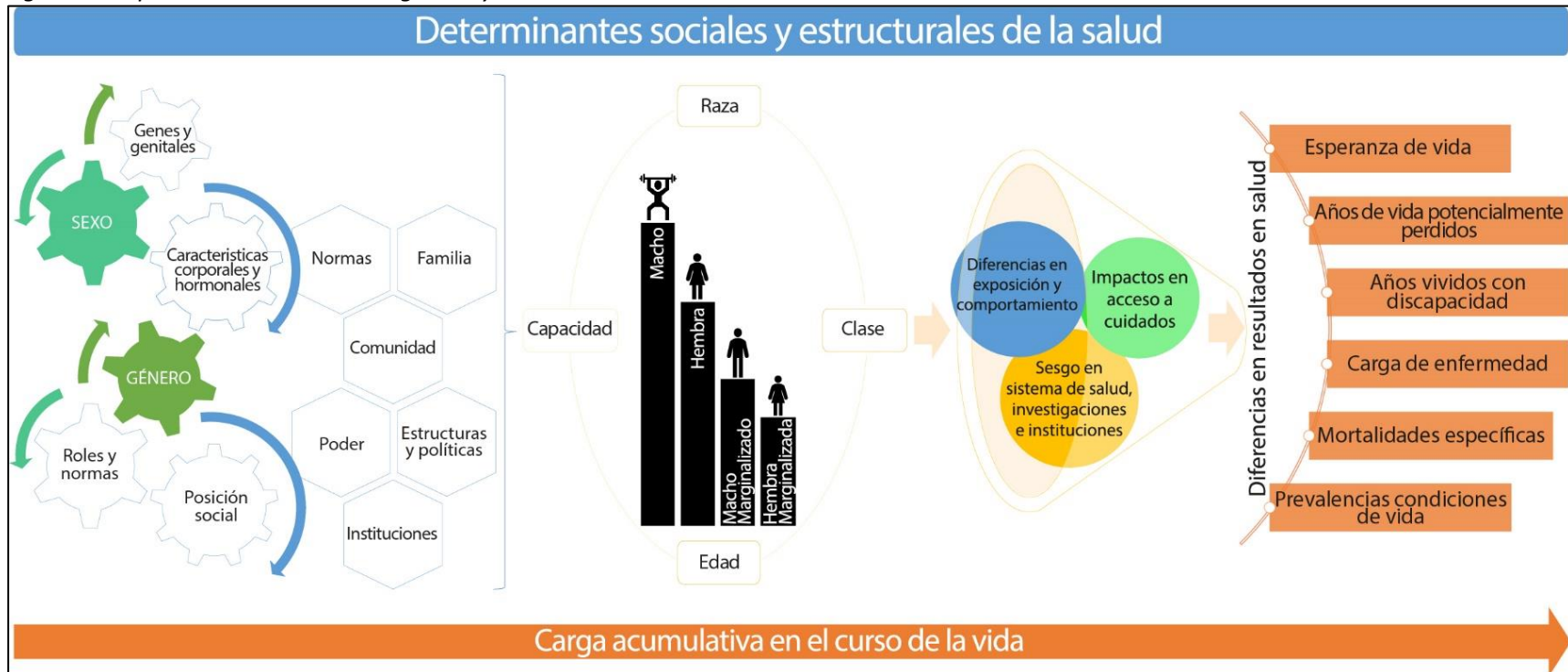
Respecto a lo anterior, se observa en los hombres que la carga de enfermedad atribuida a lesiones, tanto autoinfligidas y heridas no intencionales, forman parte de las primeras 10 causas relevantes de AVISA para ellos (Tabla 2) lo que es concordante con lo reportado en el “Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible en Chile” del 2007 (46,51).

A modo de síntesis, cabe recalcar lo mencionado por Heise, L *et al* en su serie “*Gender Equality, Norms, and Health*” (14) respecto a la generación de inequidades de género en salud. Primero, se hace la diferencia con aquellos problemas de salud que son determinados por el sexo y las características biológicas y corporales asociadas a machos y hembras, las cuales no constituyen inequidad, ya que no son consideradas evitables e injustas (4,14).

Segundo, el género como constructo social determina roles y normas en distintos niveles, que instauran relaciones de poder a nivel institucional, familiar y comunitario, generándose diferentes posiciones sociales y jerarquías, las cuales se entrecruzan con la interseccionalidad y generan relaciones de poder y privilegios. Este conjunto de “engranajes” (como mencionan Heise, L *et al* (14)) llevan a comportamientos, exposiciones y sesgos en salud Figura 6 (teniendo como ejemplos lo mencionado en los párrafos anteriores, como la doble carga, estrés, depresión y peor percepción del estado de salud en mujeres, o limitaciones del autocuidado, y acceso al sistema de salud, mayores tasas de suicidio, conductas de riesgos y violentas, así como consumo de sustancias en hombres). Esto finalmente se ve reflejado en diferencias en los resultados de salud poblacional, como en la esperanza de vida, años de vida potencialmente perdidos, años vividos con discapacidad, carga de enfermedad, mortalidades específicas, y prevalencia de ciertas condiciones de vida y factores de riesgo (Figura 6) (2,11,12,14,22,27,33,34).

Finalmente, Heise, L *et al* (14) recalcan que existen vías directas en la generación de inequidades en salud, los cuales son adquiridos en una carga acumulativa en el transcurso de vida, así como con la influencia directa de otros determinantes sociales y estructurales (Figura 6). De esta manera, las inequidades de género pueden impactar los resultados de salud a través de distintos mecanismos relacionándose con indicadores de mortalidad, morbilidad y carga de enfermedad de la población, siendo un asunto de interés para la salud pública poder estudiar, medir y cuantificar dicho impacto (2,11,12,14,22,27,33,34).

Figura 6: Esquema de relación entre género y resultados en salud



Basado y adaptado del esquema de Heise, L, *et al* de 2019 (14). Existen diferencias en salud que son atribuidas a las características biológicas y corporales determinadas por el sexo (machos o hembras). Por contraparte, hay diferencias que son generadas por las inequidades de género, las cuales se inician desde el nacimiento, momento en que se inserta en un sistema de género con normas sociales y de poder en las familias, comunidades e instituciones. Estas determinan posiciones y jerarquías sociales, entrecruzadas con otros factores como la edad, raza, clase y capacidades, las cuales influyen en las diferencias de exposición y vulnerabilidades diferenciales en la salud de las poblaciones, lo finalmente provoca resultados en salud desiguales generados por las inequidades de género. A esto se suma la influencia de otros determinantes sociales y estructurales que influyen de manera directa en la carga acumulativa del curso de vida.

### 3. ¿Cómo medir las inequidades de género?

Como se ha señalado, las inequidades de género son de relevancia a nivel internacional, por lo que varias organizaciones, como la OCDE, Organización de las Naciones Unidas (ONU), entre otras, han propuesto metodologías e indicadores para la medición de las inequidades de género. En esta sección se revisarán las principales propuestas en la literatura, tanto de los indicadores como índices usados para medir las inequidades de género. En este trabajo nos referiremos a un indicador de inequidad de género como a una característica o aspecto medible de esta, y a un índice como un conjunto de indicadores que de acuerdo con una metodología específica se agruparon para obtener un valor.

Como punto de partida, cabe reconocer que la elaboración de índices de inequidades requiere la definición de indicadores relevantes para el tema. En este sentido el Observatorio de igualdad de género (OIG) de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), ha descrito tres grandes agrupaciones de indicadores para la medición de las inequidades de género: los relacionados con la autonomía económica, a la toma de decisiones y a la autonomía física (Tabla 3) (53).

*Tabla 3: Dimensiones e indicadores para la medición de brechas de género. CEPAL.*

Dimensión	Indicadores incorporados
Autonomía económica	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Población sin ingresos propios por sexo</li> <li>✓ Tiempo total de trabajo</li> <li>✓ Distribución de la población ocupada según nivel de productividad y sexo</li> <li>✓ Tiempo de trabajo no remunerado según ingresos propios por sexo</li> <li>✓ Índice de feminidad en hogares pobres</li> </ul>
Autonomía en la toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Poder ejecutivo: porcentaje de mujeres en los gabinetes ministeriales</li> <li>✓ Poder legislativo: porcentaje de mujeres en el órgano legislativo nacional: Cámara baja o única</li> <li>✓ Poder judicial: porcentaje de mujeres ministras en el máximo tribunal de justicia o corte suprema</li> <li>✓ Poder local: porcentaje de mujeres alcaldesas electas</li> <li>✓ Poder local: porcentaje de mujeres concejales electas</li> <li>✓ Países que han firmado y ratificado el Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer</li> <li>✓ Nivel jerárquico de los Mecanismos para el Adelanto de la Mujer</li> </ul>
Autonomía física	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Femicidio</li> <li>✓ Muerte de mujeres ocasionada por su pareja o expareja íntima</li> <li>✓ Maternidad en adolescentes</li> <li>✓ Demanda insatisfecha de planificación familiar</li> <li>✓ Mortalidad materna</li> </ul>

Tabla elaborada a partir de los datos del observatorio de igualdad de género de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe: <https://oig.cepal.org/es/indicadores>

Respecto a lo anterior, el OIG recalca que son necesarias las interrelaciones entre las autonomías descritas, con el fin de conseguir “la integralidad de los procesos de transformación requeridos para lograr la igualdad de género y la participación de las mujeres en el desarrollo sostenible” (54, s/p), por lo que requieren ser vistas como partes de un todo complejo.



En esta misma línea, la División de Estadísticas de la ONU y la ONU Mujer han generado un proyecto sobre la “Evidencia y Datos para la Equidad de Género” (EDGE, por sus siglas en inglés), que tiene por objetivo la integración de los problemas de género para la producción común de estadísticas de género, y así mejorar la evidencia para la elaboración de políticas públicas (55). En esta línea, desde el año 2013 crearon una guía de un “Set Mínimo de Indicadores de Género” para evaluar las brechas de género en los países, incorporando 52 indicadores cuantitativos y 11 cualitativos, clasificándolos en 3 niveles de acuerdo a su relación con la equidad de género y/o empoderamiento de las mujeres, conceptualización y metodología clara, y su producción en los países con suficiente cobertura en el tiempo (56).

Estos indicadores fueron categorizados en 5 áreas: Estructuras económicas y acceso a recursos; Educación; Salud y Servicios relacionados; Vida pública y toma de decisiones; y Derechos humanos de mujeres y niñas/niños (56).

La medición de los indicadores anteriormente descritos ha permitido la elaboración de diversos índices que permiten ir evaluando en el tiempo de manera global las inequidades de género, además de hacer comparaciones entre los países. Así mismo, se puede apreciar que, dada la naturaleza del problema, los indicadores existentes pueden ser múltiples y variados, por lo que la elaboración de un índice que les incorpore es compleja, pero relevante para poder dar cuenta de la dimensión del problema.

Lo anterior ha resultado en una amplia gama de índices para medir las inequidades de género, y como reportan algunos autores como Bericat, Ferrant y de Bonfils , podemos encontrar índices desde 1984 a la fecha, algunos enfocándose sólo en ciertas localidades y otros midiendo datos a través de varios países en el mundo (57–59).

Los primeros índices creados fueron para medir las inequidades de género en ciertos países o zonas geográficas. Como aquellos enfocados en Estados Unidos, Canadá (Índice de estatus de la mujer o el Índice de igualdad de género 1 ,2 y 3), México (Índice de Equidad de género en estados mexicanos) o el Índice Noruego regional de igualdad de género (57); y otros enfocados en países europeos (Índice de igualdad de género de Unión Europea, el Índice europeo de igualdad de género o el índice de equidad de género) (57,59,60); en países africanos (Índice Africano de desarrollo de género, compuesto por el Puntaje de progreso de mujeres africanas y el índice de estatus de género) (57,58); o el Índice sintético de inequidad de género para usar en algunas regiones de España (57).

Nuevos índices se han caracterizado por incorporar elementos de derechos sociales y economía, como el creado por Apodaca en 1998 (61). Otras(os) han intentado incorporar elementos a los índices ya existentes, para poder hacerlos más completos y funcionales. En ello se puede destacar a Dijkstra y Hanmer que en el año 2000 propusieron una alternativa al Índice de desarrollo humano relativo al género del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), creando el Índice Relativo del Estatus de la Mujer (62), y posteriormente en 2002, Dijkstra propuso otro índice (el índice estandarizado de la igualdad de género), con el fin de aunar dos índices del PNUD que existían hasta entonces. Más recientemente, en 2014, Ferrant creó el índice multidimensional de inequidades de género (58), el cual incorpora elementos para medir las inequidades de género de manera diferenciada a países desarrollados y aquellos en vía de desarrollo.

Como se puede apreciar, desde hace décadas hay un extenso trabajo para crear índices que permitan medir las inequidades de género con precisión y sensibilidad. Junto con ello, y dada la relevancia del tema, varias organizaciones internacionales se han enfocado en encontrar una forma de medirlas para generar un índice a usar en los países del mundo, y tener así una forma de compararlos. Además, dependiendo de su finalidad, se han ido escogiendo diferentes indicadores, ya sea para medir sólo ciertos aspectos de las inequidades de género (como solamente el empoderamiento), o varios aspectos (como salud, educación, trabajo, entre otros).

En la Tabla 4 se muestran los índices elaborados por diversas organizaciones hasta la fecha que miden las inequidades de género en varios países del mundo. En adelante se detallan aspectos relevantes de estos.

*Tabla 4: Índices de inequidades de género, indicadores y fuentes*

<b>Índices</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Fuente</b>
Índice de desarrollo humano relativo al género (GDI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel Educativo</li> <li>• Longevidad</li> <li>• Ingresos</li> </ul>	PNUD
Medida de empoderamiento de género (GEM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación en la toma de decisiones de gobierno y gerenciales</li> <li>• Participación en roles profesionales y en actividades económicas en general</li> </ul>	PNUD
Índice de inequidad de género (GII)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mercado laboral</li> <li>• Empoderamiento</li> <li>• Salud reproductiva</li> </ul>	PNUD
Índice Global de Disparidad de Género (GGGI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación económica y oportunidad</li> <li>• Nivel Educativo</li> <li>• Empoderamiento Político</li> <li>• Salud y supervivencia</li> </ul>	Foro Económico Mundial
Índice de equidad de género (GEI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación</li> <li>• Participación económica</li> <li>• Empoderamiento de la mujer</li> </ul>	Social Watch
Índice de género e Instituciones Sociales (SIGI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Código familiar discriminatorio</li> <li>• Integridad física restringida</li> <li>• Sesgo de hijo</li> <li>• Derechos y recursos restringidos</li> <li>• Libertades civiles restringidas</li> </ul>	OCDE
Índice Histórico de género	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud y supervivencia</li> <li>• Autonomía dentro del hogar</li> <li>• Poder Político</li> <li>• Nivel socioeconómico</li> </ul>	Dilli, S. Carmichael, S. and Rijpma, A.

OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico; PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Adaptado de "Gender Equality Index Report", 2013 (59)

a) Índice de desarrollo humano relativo al género, PNUD

El Índice de desarrollo humano relativo al género (GDI, por su sigla en inglés), fue creado en 1995 por el PNUD, como un componente de su medición del índice de desarrollo humano (IDH). Este índice es una razón entre el IDH de mujeres y hombres calculado por separado, y que considera el nivel educacional, la longevidad y los ingresos (63). Posteriormente, se calcula el porcentaje de desviación absoluto ( $100 \times |GDI-1|$ ), dado ese porcentaje los países se dividen en 5 grupos de acuerdo al nivel de igualdad en IDH entre hombres y mujeres: <2,5% son países con alta igualdad; 2,5 – 5% son considerados países con igualdad media a alta; 5-7,5% son países con mediana igualdad; 7,5-10% son países con baja a mediana igualdad; y >10% son considerados con baja igualdad (64).

Este índice ha sido calculado para los años 1995, 2000, 2005 y 2010. Desde este último año se han hecho mediciones anuales encontrándose datos hasta el año 2017, y a la fecha considera 164 países en su medición.

Junto al GDI se creó también la medida de empoderamiento de género del PNUD (GEM, por su sigla en inglés), cuyo enfoque era medir la inequidad en oportunidades económicas y políticas (65), por lo que incorporó elementos como la participación en la toma de decisiones de gobierno y en gerencia, estimación de ingresos y la participación en roles profesionales y en actividades económicas en general. Sin embargo, este índice ya no se usa actualmente, encontrándose la última medición en 2009.

b) Índice de inequidades de género, PNUD

Posterior a la creación del GDI y el GEM, el PNUD desarrolló el índice de inequidades de género (GII, por su sigla en inglés) dentro del contexto del índice de desarrollo humano con el fin de hacer uno que fuera más completo para los análisis de inequidades, de esta manera en un solo índice se incorporaban elementos del mercado laboral, empoderamiento de las mujeres y salud (59,66).

El GII ha incorporado en su análisis a 160 países, y mide las inequidades en tres aspectos importantes del desarrollo humano: salud reproductiva, empoderamiento y mercado laboral (66). También este muestra la pérdida de potencial de desarrollo humano debido a las inequidades entre hombres y mujeres en estas dimensiones (16). Este índice tiene un rango que va de 0 a 1, donde cero significa igualdad de género, y 1 donde hay un sexo que le va tan mal como sea posible en todas las dimensiones medidas (16,66).

Este índice se ha calculado para los años 1995, 2000, 2005 y 2010. Desde este último año se han hecho mediciones anuales encontrándose datos hasta el año 2017.

c) Índice Global de Brecha de género, Foro Económico Mundial

El “Foro económico Mundial” (*World Economic Forum*), ha elaborado el Índice Global de Disparidad de Género (GGGI, por su sigla en inglés) como una forma de medir la magnitud de las disparidades de género y su progreso en el tiempo (17). El objetivo de este ranking es crear conciencia global de las disparidades de género, y fomentar los desafíos y oportunidades para superarlos (17).

Este índice fue creado en 2006, publicando cada año un nuevo reporte, habiendo a la fecha trece publicaciones, las cuales se han mantenido prácticamente constante en cuanto a su metodología

desde entonces (17). En el año 2006 incorporó a 115 países, aumentando gradualmente año a año, y donde en el último reporte del año 2018, incorporó a 144 países, comparando sus progresos hacia la paridad de género.

Este índice genera una escala de 0 a 1, siendo cero una disparidad total y 1 la paridad completa de género, a través de cuatro áreas temáticas: salud, educación, economía y política, e incorporando en total 14 indicadores que les componen (17), y donde a cada cual se le ha calculado un peso relativo específico (17).

*d) Índice de género e Instituciones Sociales, OCDE*

Este índice (SIGI por sus siglas en inglés) fue creado por la unidad de desarrollo de cohesión social de la OCDE, para medir la discriminación de género institucional, y a la fecha ha incorporado en su análisis a 160 países (67). Se comenzó a medir en 2009, y se han hecho dos mediciones más, del año 2012 y 2014.

La OCDE define la discriminación institucional como “leyes formales e informales, normas sociales y prácticas que restringen o excluyen mujeres y consecuentemente coartan su acceso a derechos, justicia, recursos y oportunidades de empoderamiento” (67, p6). Bajo esta definición el índice incorpora 12 indicadores agrupados en 5 categorías: Código familiar, Integridad física, Preferencia por hijos, Libertades civiles y Derechos de propiedad (67).

SIGI clasifica a los países de acuerdo a su nivel de discriminación de género institucional en 5 grupos desde muy bajo a muy alto, de acuerdo al puntaje que obtienen, que va desde cero a uno, donde cero es sin inequidad y uno completa inequidad (67). SIGI clasifica a aquello con puntaje <0,02 como con muy bajo nivel de discriminación de sus instituciones sociales, y aquellas con puntaje mayor a 0,35 con alto nivel de discriminación.

*e) Índice de Equidad de Género, Social Watch*

Social Watch es “una red internacional de organizaciones ciudadanas que luchan para erradicar la pobreza y las causas de la pobreza, para poner fin a todas las formas de discriminación y de racismo, para asegurar una distribución equitativa de la riqueza y para la concienciación de los derechos humanos” (68, s/p).

En esta línea, Social Watch ha elaborado un índice de equidad de género (GEI), el cual mide las diferencias entre hombres y mujeres en ámbitos como la educación (matrícula en todos los niveles de enseñanza y alfabetización), economía (brechas de ingresos y empleo) y empoderamiento político (diferencias en empleos altamente calificados, cargos parlamentarios y cúpulas económicas) (69). Utiliza una escala del 0 al 100, donde cero es desigualdad total y 100 igualdad perfecta para cada una de las dimensiones, y donde el GEI es un promedio de las tres (69). De este índice se cuentan con datos para los años 2007, 2008, 2009 y 2012, y en este último ha incorporado 168 países.

*f) Índice histórico de equidad de género*

El índice histórico de equidad de género (IHEG) es un índice publicado recientemente por Dilli, S. *et al* y que busca darle una mirada histórica a las inequidades de género, por lo que evalúa 129 países desde 1950 al 2003, y mide las inequidades en cuatro dimensiones: salud (razón de expectativa de

vida, y razón de niñas y niños de 0 a 5 años), autonomía dentro del hogar (promedio de edad de matrimonio), poder político (número de asientos parlamentarios ocupados por mujeres) y nivel socioeconómico (años de educación y participación laboral) (70).

A cada dimensión se le asigna una puntuación y ponderación, lo que finalmente entrega un valor que va de 0 a 100, donde el valor más alto indica que las mujeres tienen igual posición que los hombres en todas las dimensiones. Al compararse con otros índices se señala que obtienen resultados similares (70).

Cabe destacar lo señalado por las autoras de este índice, quienes al observar sus resultados concluyeron que los principales obstáculos para cambiar las brechas de inequidades de género, son las características institucionales e históricas de los países (70).

#### 4. Planteamiento del problema

Como se ha analizado, el género como determinante social es transversal al esquema de DSS (Figura 3), afectando la salud tanto directamente, como a cada determinante por separado. En esta línea Bercena *et al* refiere que el género, a diferencia de otros determinantes no constituye un grupo específico o clase social, sino que traspasa y permea a las comunidades y en una gran diversidad de ámbitos, tanto sociales, económicos, culturales, raciales, entre otros (1).

En esta misma línea, se ha reconocido la importancia del género en diversos aspectos, tanto en ámbitos económicos, del desarrollo y como determinante social. En este sentido, en la 70ª Asamblea General de la ONU del año 2015 se adoptaron 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, siendo la igualdad de género uno de ellos (71). Así mismo, el PNUD es tajante al afirmar que “las privaciones que sufren las mujeres son el impedimento más extremo al progreso mundial del desarrollo humano” (66, p54).

Frente a este escenario se hace necesario estudiar y conocer de qué manera el género está relacionado con la salud poblacional, pues al ser un determinante estructural, trasciende e influencia al resto de determinantes sociales lo que hace que sea un factor importante para considerar al momento de analizar los resultados en salud.

En este sentido, la OCDE en su documento “Health at Glance 2017” publicó la medición del peso relativo de diferentes factores para ver en qué medida afectan la expectativa de vida de la población (11). Los resultados mostraron que el aumento del gasto en salud, estilos de vida saludables, mayores ingresos y mejor cobertura en educación tuvieron relaciones estadísticas positivas con ganancias en expectativas de vida (11). Este análisis es un paso importante en la investigación sobre la relevancia de los determinantes sociales para la salud de la población, sin embargo, no se consideró el género como factor a estudiar, a pesar del conocimiento que se tiene sobre su trascendencia en estos mismos factores.

Como se mencionó en este marco teórico, hay factores sociales, conductuales como biológicos que pueden explicar las diferencias en las expectativa de vida entre hombres y mujeres (2,14,26,27,41,42,72), aspecto en el que los países de la OCDE mantienen una brecha promedio de 5,3 años para este parámetro (72). No obstante, no debemos reducir la evaluación del nivel de salud

a la mayor sobrevivencia de las mujeres, pues se han observado divergencias importantes en otros parámetros como mortalidad por causas específicas, morbilidad, autopercepción del estado de salud, factores de riesgo, discapacidad, entre otros (2,14,26,27,35,42,72).

Ahora bien, ¿sabemos cuál el efecto de las inequidades de género sobre los parámetros de salud poblacional? Hasta la fecha existe evidencia contundente sobre la relación entre las inequidades de género y resultados en salud, encontrándose estudios que analizaron el efecto de las inequidades de género y parámetros como la expectativa de vida, obesidad, cáncer y conductas de riesgo (43–45,49), pero ningún otro que compare adicionalmente con los otros parámetro de salud poblacional como años de vida saludable (HALE), años de vida potencialmente perdidos (AVPP), años de vida vividos con discapacidad (AVD), carga de enfermedad (AVISA) o las mortalidades por causas específicas, por lo que dicha asociación no se ha medido cuantitativamente en su conjunto, para el cálculo de una medida de asociación entre ellos (1,2,6,8-14,20-22,24-27,33-36,41-45,47-52). Es por esto, que se hace necesario estudiar dicha relación, y de qué manera y en qué medida las inequidades de género afectan la salud de la población, con el fin de aportar con evidencia para la elaboración de políticas públicas, disminución de inequidades de género y mejora de la salud de la población.

## CAPÍTULO III: OBJETIVOS

### 1. Objetivo general

Analizar la relación entre inequidad de género y el nivel de salud de la población en países de la OCDE

### 2. Objetivos específicos

1. Identificar, caracterizar y comparar los índices de inequidades de género propuestos en la literatura
2. Caracterizar los países de la OCDE de acuerdo con variables socioeconómicas y nivel de salud
3. Medir la asociación entre un índice de inequidad de género con indicadores seleccionados de estado de salud y el nivel de salud poblacional en países de la OCDE

## CAPÍTULO IV: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS

### I) Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre la inequidad de género y el nivel de salud de la población en países de la OCDE?

### II) Hipótesis

- a) Mayor inequidad de género, medida a través de un índice de inequidad de género, se asocia con menor nivel de salud poblacional, cuantificada como esperanza de vida, esperanza de vida saludable, tasas de mortalidad por causas específicas seleccionadas (mortalidad materna, suicidio, cáncer cérvico uterino y pulmonar), AVISA, AVPP y AVD, en los países de la OCDE.
- b) Mayor inequidad de género, medida a través de un índice de inequidad de género, se asocia con factores de riesgo y condiciones de vida de su población como prevalencia del consumo de tabaco, prevalencia de obesidad, prevalencia realización del PAP y prevalencia de depresión, en los países de la OCDE.



## CAPÍTULO V: METODOLOGÍA

En este trabajo se analizó la relación entre inequidades de género y el nivel de salud poblacional en los países pertenecientes a la OCDE. Para esto, se realizó un estudio ecológico de tipo mixto, utilizando datos longitudinales tipo panel (73). A continuación, se detalla la metodología a seguir para cada objetivo planteado.

### 1. Identificar, caracterizar y comparar los índices de inequidades de género propuestos en la literatura

Se realizó una búsqueda de los índices de género reportados en la literatura, los cuales se caracterizaron de acuerdo con los países que han evaluado, los años en que han realizado mediciones, y los indicadores utilizados para su elaboración.

En vista de los elementos presentados en el marco teórico, las instituciones que producen este tipo de índices corresponden a organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de diversa índole, por lo que se buscaron en literatura gris, mediante las búsquedas estructuradas: “(Gender OR sex AND inequality OR equality OR inequity OR equity OR disparity) AND index” y en español “(Género OR sexo AND inequidad OR equidad OR disparidad OR desigualdad OR igualdad) AND índice”. Se utilizó para ello el buscador de Google, Google Académico, y páginas de organismos internacionales como la OCDE, ONU, OMS y PNUD.

Los datos obtenidos se codificaron en una base de datos, donde se agrupó cada índice en una hoja de cálculo diferente, y se colectaron datos de los países que incorpora, años y valor del índice correspondiente. Se estimaron medidas descriptivas para cada uno de los índices, calculando promedio, mediana, valores mínimo y máximo para cada año de medición. Cada país fue codificado de acuerdo a la estandarización ISO-3166-1 (Anexo 1) (74), y se incluyeron los datos disponibles desde la década del 50' hasta el último año medido por el índice.

Se excluyeron del análisis aquellos índices que tuvieran 2 o menos años de medición. Además, se excluyeron aquellos que no incorporaron al menos 15 países actualmente pertenecientes a la OCDE. Esto se justifica pues al no existir un “índice estándar” para medir las inequidades de género en todo el mundo, es necesario reducir la heterogeneidad social de los países dentro lo posible, pues varios autores mencionan que el factor desarrollo y nivel socioeconómico del país, afecta el análisis de inequidades (57,58,75).

Los índices fueron contrastados con la proporción de indicadores utilizados en su elaboración, caracterizándolos y clasificándolos de acuerdo a las 5 áreas propuesta por la ONU para los indicadores que le componen: Estructuras económicas y acceso a recursos; Educación; Salud y Servicios relacionados; Vida pública y toma de decisiones; y Derechos humanos de mujeres y niñas/niños (56).

Los índices se compararon además por sus resultados, estimándose matrices de correlación para sintetizar cuantitativamente y presentar gráficamente la asociación bivariada entre cada par de índices en los países de la muestra para los años en los que estos fueron medidos. Para dichas matrices, se ordenaron los valores de cada índice de inequidad de género para los países en estudio según su ranking, y se realizaron las matrices para las primeras y últimas 10 posiciones. Además,

dados los índices encontrados, se analizó la evolución de cada uno por año y por país, mediante gráficos de dispersión.

Finalmente, se seleccionó un índice para utilizar en el análisis posterior, en base a los criterios evaluados: 1. Inclusión de mayor porcentaje de países OCDE, 2. Tener más de 4 años de mediciones y 3. Cobertura de mayor número de áreas respecto a lo planteado por la ONU.

## 2. Caracterizar los países de la OCDE de acuerdo con variables socioeconómicas y nivel de salud

En la segunda parte de este trabajo, se caracterizaron los países de la OCDE. Para ello se generó una base de datos donde se recopilaron los valores de las variables a estudiar por país, las cuales se dividieron en: variables confusoras (variables políticas, económicas y socioculturales) y variables relacionadas con la salud poblacional, las que se subdividen en dos, las reflejan el nivel de salud de poblacional y los aspectos relacionados a factores de riesgo/condiciones de vida de salud poblacionales seleccionados en este estudio, como se muestra en las tablas 5 y 6.

Las variables fueron desagregadas por sexo cuando correspondía y la información de la base de datos, junto al índice anteriormente seleccionado, fue interpolada entre años cuando era necesario para obtener una serie completa, utilizando imputación múltiple mediante el software R (versión 3.6.0) paquete “mice”, el cual es adecuado cuando se tiene un gran porcentaje de datos perdidos de forma aleatoria.

### Variables confusoras

Ya que el nivel de salud de los países puede deberse a otras características no relacionadas con las inequidades de género, se determinaron variables que pueden afectar el nivel de salud de los países, y que podrían actuar como confusoras en el análisis. Estas variables se dividieron en: variables políticas, económicas y socioculturales (Tabla 5).

### Nivel de salud de los países

La salud poblacional de los países fue medida a través de distintos indicadores. En primer lugar, aquellos que reflejan globalmente el nivel de salud de la población y, en segundo lugar, algunos indicadores más específicos relacionados a factores de riesgo de salud poblacionales seleccionados en este estudio en base a la problematización planteada en el marco teórico, siendo los aspectos que se reconocieron como relevantes y sensibles para estudiar para la temática. Estas variables se muestran en la Tabla 6.

Las fuentes de información para estos indicadores fueron bases de datos de acceso público tales como la OCDE (40), *Global Health Observatory data repository (GHO)* de la OMS (76), *Global Health Data Exchange* (46), Banco Mundial (77), Quality of Government Institute (QoG)(38), The Association of Religion Data Archives (ARDA) (78) y la clasificación de las estructuras familiares de Rijkpma, A y Carmichael, S (79).

Para las variables anteriormente descritas se calcularon promedios, medianas, desviaciones estándar y rangos por año y de la serie completa de datos. Para las variables categóricas se presentaron las proporciones de cada una para la serie completa.

Tabla 5: Caracterización de las variables de estudio. Variables confusoras (económicas, políticas, sociales y culturales). Parte I

	Variables	Indicador	Fuente
Variables económicas	Nivel de ingresos	Producto interno bruto (PIB)	Banco Mundial (77)
	Nivel de desigualdad	Índice de Gini	Banco Mundial (77)
	Nivel de empleo	Brecha del nivel de desempleo entre hombres y mujeres	Banco Mundial (77)
Variables políticas, sociales y culturales	Modelos políticos	Medición del régimen político	QoG OECD Dataset* (p_polity2) (38)
	Políticas con enfoque de género	Índice comparativo de aborto	QoG OECD Dataset* (cai_cai1) (38)
	Zona geográfica	Continente	-
	Gasto en salud	Gasto Público en Salud como porcentaje del PIB y medido en Dólares internacionales ajustados por paridad de poder de compra	Banco mundial (77)
	Educación	Gasto público en educación como porcentaje del PIB	Banco Mundial (77)
	Cobertura de salud	Porcentaje de cobertura total (público y privada) en salud	OCDE, Health status (40)
	Religión	Porcentaje de adherentes por religión: MAJID y SUPID**	ARDA (78)
	Familia	Estructuras familiares***	Rijpma, A y Carmichael, S (79)

ARDA: *The Association of religion Data Archive* (Asociación de archivo de datos de religión); OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico; QoG: *The Quality of Government (Calidad de Gobierno)*. \* Para más información sobre estas variables revisar Anexo 2 y Anexo 3.\*\* Se considera MAJID (mayoría religiosa) cuando el 50%+1 de la población adhiere a determinada religión y SUPID (supremacía religiosa) cuando más del 66 2/3% de la población es adherente (77). \*\*\*Rijpma, A. y Charmichael, S. realizaron una medición de los tipos familiares, unificando dos formas anteriores de clasificación: el sistema familiar de Todd y el atlas etnográfico de Murdock.

Tabla 6: Caracterización de las variables de estudio. Variables de Salud poblacional. Parte II

	Variables	Indicador	Fuente
Variables de Salud Poblacional	Nivel de salud poblacional	Esperanza de vida al nacer	OCDE (40)
		Esperanza de vida de años saludables	OMS (70)
		Mortalidad por causas específicas: mortalidad materna, mortalidad por suicidio y mortalidad por cáncer cérvico uterino y pulmonar	GBD (80) OCDE (40)
		AVISA: Años de Vida Ajustados por Discapacidad	GBD (80)
		AVD: Años de Vida Vividos con Discapacidad	GBD (80)
		AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos	GBD (80)
	Factores de riesgo/ Condiciones de vida	Prevalencia de depresión	OCDE (40)
		Porcentaje de población femenina que accede al screening del examen de Papanicolau (PAP)	OCDE (40)
		Prevalencia de consumo de tabaco	OCDE (40)
		Prevalencia de obesidad	OCDE (40)

OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico. GBD = *Global Burden of Disease Study*; OMS = Organización Mundial de la Salud, *Global Health Observatory data repository*

### 3. Medir la asociación entre un índice de inequidad de género con indicadores seleccionados de estado de salud y el nivel de salud poblacional en países de la OCDE

Para la medición de la asociación entre las inequidades de género y el nivel de salud poblacional se realizó un diseño del estudio, luego se generaron los modelos para el análisis y finalmente se realizaron estudios de sensibilidad como se detalla a continuación.

#### 1. Diseño del estudio

El diseño del estudio para medir la asociación de las inequidades de género y el nivel de salud poblacional requirió un diseño longitudinal a partir de datos tipo panel, con varios años de observación ( $t$ ) y países ( $k$ ). Así, las variables que se incorporaron al estudio se trabajaron en una matriz de datos para cada tiempo  $t$  y unidad de análisis  $k$ .

Las inequidades de género, como variable de exposición, fueron medidas con el índice que cumplió los criterios de priorización dados en el Objetivo 1. El nivel de salud poblacional, como desenlace de nivel de salud ( $y_{jkt}$ ), se midió con las variables descritas anteriormente: Esperanza de vida al nacer, Esperanza de vida de años saludables, AVISA, AVPP y AVD, tasas de mortalidad por causas específicas seleccionadas (mortalidad materna, suicidio, cáncer cérvico uterino y pulmonar), prevalencia del consumo de tabaco, prevalencia de depresión y prevalencia de obesidad y sobrepeso.

#### 2. Generación de modelos de análisis

El análisis de las relaciones causales fue dibujado y analizado en DAGitty, mediante el uso de gráficos acíclicos dirigidos (DAG, por sus siglas en inglés) (81) evidenciando las posibles vías de sesgos y mediación de la propuesta de análisis y el set de ajuste mínimo requerido para las estimaciones. Para ello, se partió del supuesto sobre la relación causal entre las inequidades de género y el resultado en salud (como se puede ver en la Figura 7). En el modelamiento se incluyó la cultura como factor que influye sobre las inequidades de género y los tipos gobiernos (Gov) y, donde estos últimos, afectan tanto al desarrollo económico (GDP), gasto en salud (He), y las desigualdades económicas (GINI). Como se muestra en los DAG de la Figura 7, se identificaron dos tipos de relaciones entre GINI y la relación de inequidades de género y los resultados en salud: una con este como mediador (Figura 7.A) y otra como confusor (Figura 7.B).

Es así que, de este análisis, se identificaron tres posibles modelos para el estudio basados en las relaciones causales esperadas entre las variables de interés (Tabla 7): GINI como mediador entre la inequidad de género y el resultado en salud, donde se requiere un ajuste mínimo por el tipo de gobierno (modelo 1); otro modelo con GINI como confusor entre la inequidad de género y el resultado en salud, el cual posibilitaba ajuste mínimo usando el tipo de gobierno (modelo 2) o el gasto en salud (modelo 3).

El estudio se realizó ocupando modelos de regresión lineal incluyendo efectos fijos por país y por año (como se muestra en la Tabla 7) (82,83) y los análisis de cada modelo se realizaron para la población general, hombres y mujeres por separado.

Finalmente, se seleccionó el modelo 3 para el análisis principal, debido a que en los modelos 1 y 2 se usa el tipo de gobierno (p\_polity2) para el ajuste mínimo de los datos, y como se mostrará más adelante en los resultados, este fue un parámetro que mostró poca variabilidad entre los países de la OCDE en el período de investigación.

Tabla 7: Modelos lineales de efectos fijos, ecuación y ajuste mínimo

Modelo	Ecuación	Ajuste mínimo
1	$Log(y_{jkt}) = \beta_1 IG_{kt} + gov_{kt} + X + T + e_{kt}$	gov = p_polity2
2	$Log(y_{jkt}) = \beta_1 IG_{kt} + GINI_{kt} + gov_{kt} + X + T + e_{kt}$	gov = p_polity2
3	$Log(y_{jkt}) = \beta_1 IG_{kt} + GINI_{kt} + ppp\_gsalud_{kt} + X + T + e_{kt}$	he = ppp_gsalud

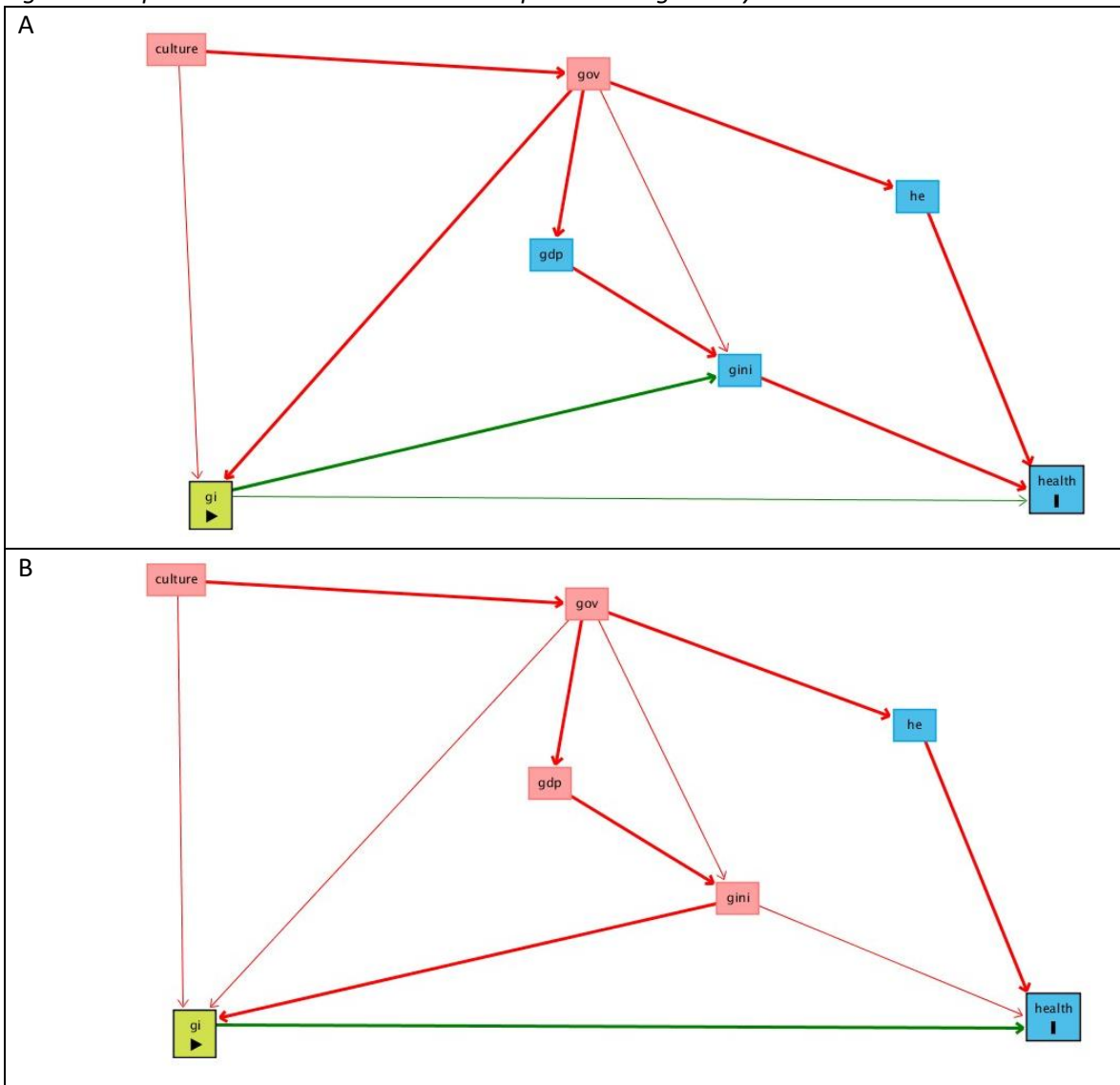
A partir de los modelamientos con DAGitty se obtuvieron tres modelos, con sus respectivas ecuaciones y ajustes mínimos.  $y_{jkt}$  es el nivel de salud para el indicador  $j$  para un país  $k$  en un tiempo  $t$ ;  $IG_{kt}$  es el valor del índice para un país  $k$  en un tiempo  $t$ ;  $\beta_1$  es el valor general de la pendiente de la recta de todos los países;  $X$  es un vector de los efectos fijos de cada país para los  $k$  países incorporados en el panel, captura las características invariantes en el tiempo de cada una de las unidades analíticas;  $T$  es un vector de los efectos fijos del tiempo para los  $t$  años incorporados en el panel, captura las características invariantes de los países de cada año analizado;  $e_{kt}$ : es el error para el país  $k$  en el tiempo  $t$ ; Gov = tipo de gobierno, medido a través del régimen político con p\_polity2; he = gasto en salud, medido en Dólares internacionales ajustados por paridad de poder de compra (ppp\_gsalud)

Se usó el software R (versión 3.6.0) para el análisis de los datos y el diseño de gráficos. Las variables respuesta se transformaron a escala logarítmica para mejorar la bondad de ajuste de los modelos y una mejor aproximación a una distribución normal (modelos log-level). Se obtuvieron los coeficientes, intervalos de confianza de 95% (IC<sub>95</sub>), p-valores, AIC y el efecto proporcional porcentual:  $(\exp(\text{coef})-1) \times 100$  (este último se dividió en 10 para reflejar el cambio porcentual por cada 0,1 punto de variación del índice). Y se utilizó el test de Wald para el cálculo de la heterocedasticidad, calculando errores estándar consistentes a heterocedasticidad siempre que fuese necesario (84).

### 3. Análisis de sensibilidad

Para analizar la sensibilidad de los resultados a diferentes supuestos analíticos se usaron los modelos 1 y 2 obtenidos en DAGitty, así como un segundo índice para la comparación de las inequidades de género en diferentes escenarios y supuestos. Este índice se escogió a partir de la priorización realizada en el Objetivo 1.

Figura 7: Esquema de relaciones entre las inequidades de género y el nivel de salud



A) DAG con GINI como mediador y ajuste mínimo con tipo de gobierno (modelo 1). B) DAG con GINI como confusor y ajuste mínimo tipo de gobierno (modelo 2) o el gasto en salud (modelo 3). Gov = tipo de gobierno; he = gasto en salud; GI = inequidad de género. Las flechas en rojo representan las vías de sesgo y las flechas en verde las vías causales entre la variable exposición (GI) y la variable resultado (*health*), aquellas resaltadas son vías de sesgo/causales abiertas (81).

## ASPECTOS ÉTICOS

Dentro del contexto ético, el presente trabajo tiene por objetivo contribuir a mejorar la calidad de vida y el estado de salud de la población, aportando los datos necesarios para generar las intervenciones que permitan trabajar las inequidades de género en los sistemas de salud. Además, los alcances de los resultados tienen por objetivo beneficiar a toda la población y no solamente a un subconjunto de esta.

Los datos fueron recolectados desde fuentes secundarias de información, con el fin de realizar una descripción de la situación actual, por lo que la posibilidad de dañar a alguna persona directamente durante esta investigación es mínima. De todas maneras, se declara que en ningún caso hay intención de generar daño, por lo cual la información recolectada no será utilizada con dicha intención.

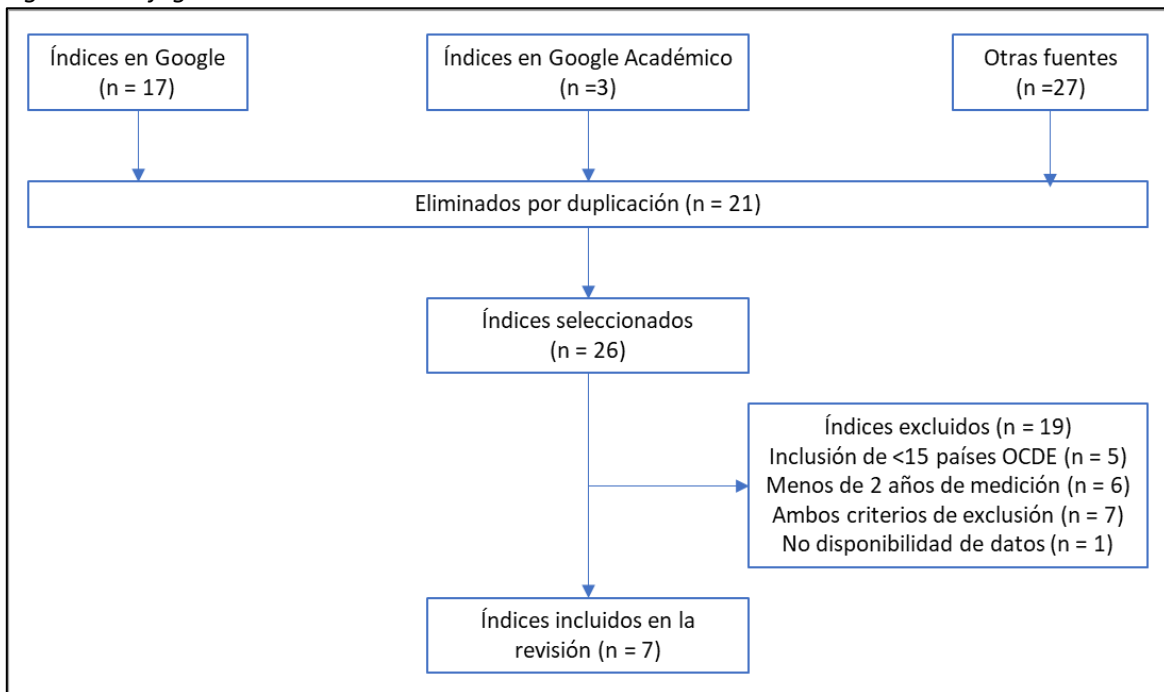
Este trabajo fue financiado por la Comisión nacional de investigación científica y tecnológica (CONICYT), actual Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID)/ Programa Becas/ Magister Becas Chile/2017- 22170332. Esta fuente no tuvo rol en el diseño del estudio, recolección de datos, análisis o interpretación de resultados. Se declara no tener conflictos de interés en la realización de este proyecto de investigación.

## CAPÍTULO VI: RESULTADOS

### 1. Identificación y caracterización de índices de inequidades de género

Se realizó la revisión bibliográfica de acuerdo con los indexados descritos previamente. A través de esta revisión se identificaron 26 índices de 24 organizaciones u autores/as diferentes, de los cuales solamente 7 índices (Tabla 8) cumplieron los requisitos de inclusión/exclusión establecidos como se muestra en la Figura 8.

*Figura 8: Flujograma de revisión de los índices*



Flujograma que representa la búsqueda realizada de los índices de inequidades de género

*Tabla 8: Índices de inequidades de género*

ÍNDICE	Fuente de Origen
Índice de inequidad de género	PNUD (16,66)
Índice de desarrollo humano relativo al género	PNUD (63)
Medida de empoderamiento de género	PNUD (65)
Índice de equidad de género	Social Watch (85)
Índice de Brecha Global de Género	FEM (17)
Índice de Equidad de Género - Europa	EIGE (86)
Índice de logros de los derechos humanos económicos y sociales de las mujeres	Apodaca, C (61)

EIGE = Instituto Europeo por la igualdad de género; FEM = Foro económico Mundial; PNUD = Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

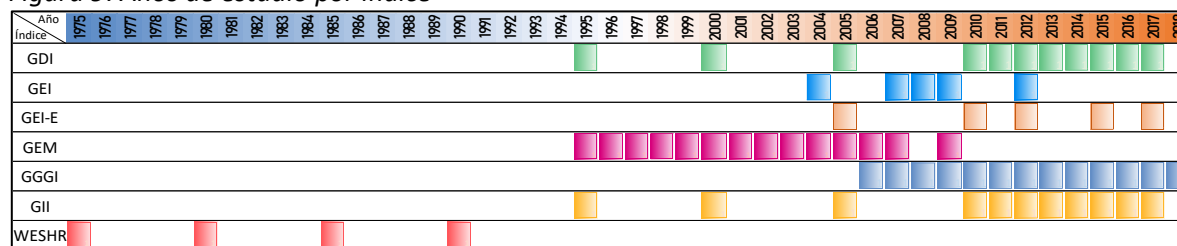
Algunos índices no han mantenido mediciones actualizadas, por lo que sus mediciones llegan hasta las fechas indicadas: GEM, 2009; GEI, 2012; WESHR, 1990. El resto de los índices son actualmente utilizados y es posible seguir obteniendo medidas para estos en la actualidad.

Cabe destacar que el WESHR es el único índice que fue creado previo a 1995, año en el que comenzaron a surgir el resto de los índices encontrados para este estudio, como se observa en la



Figura 9, por lo que su comparación con el resto debe considerar este aspecto. Sumado a esto, este índice es que el presentó mayor cantidad de datos perdidos (Tabla 9) considerando los países y años del estudio (por presentar menos mediciones e incorporar menos países OCDE).

Figura 9: Años de estudio por índice



GDI: *Gender-related Development Index* (Índice de desarrollo humano relativo al género); GEI: *Gender Equity Index* (Índice de equidad de género); GEI-E: *European Gender Equality Index* (índice de igualdad de género europeo); GEM: *Gender Empowerment Measure* (Medida de empoderamiento de género); GII: *Gender Inequality Index* (índice de inequidades de género); WESHR = Índice de logros de los derechos humanos económicos y sociales de las mujeres

De los índices encontrados, casi todos incorporaron los 36 países de la OCDE, excepto el Índice de Equidad de Género – Europa y el Índice de logros de los derechos humanos económicos y sociales de las mujeres (Tabla 9), donde el primero sólo incorporó países europeos y el segundo, si bien incluyó 114 países (61), sólo 31 forman parte de la OCDE.

Tabla 9: Resumen de índices incorporados

Índices	Fuente/Autora	n países OCDE	n años de medición	Último año de medición
Índice de inequidad de género	PNUD	36	11	2017
Índice de desarrollo humano relativo al género	PNUD	36	11	2017
Medida de empoderamiento de género	PNUD	36*	14	2009
Índice de equidad de género	Social Watch	36	5**	2012
Índice de Brecha Global de Género	Foro Económico Mundial	36	13	2018
Índice de Equidad de Género – Europa	Instituto Europeo por la Equidad de género	23	5	2017
Índice de logros de los derechos humanos económicos y sociales de las mujeres	Clair Apodaca	31***	4	1990

\* En última medición incluyó 35 países de la OCDE

\*\* Los datos del año 2004 no se encontraban disponibles

\*\*\* Incluyendo a la República de Corea y las Alemanias oriental y occidental

Los índices en general mostraron tendencia a la disminución en las inequidades de género a través del tiempo y los países que se mantuvieron dentro de los primeros lugares (menor inequidad) fueron en general constantes, siendo los más repetidos Suecia, Noruega e Islandia. El último lugar (mayor inequidad) prácticamente no varió de un índice a otro, ocupando en casi todos los índices Turquía el último lugar, aunque también se pudo observar a México con cierta frecuencia y solamente en el índice europeo Grecia ocupó el último lugar.

A continuación, se describirá cada índice por separado según los indicadores que los componen, su metodología, cantidad de países OCDE que incluye y los años de medición. Además, se incluyen los gráficos de las tendencias de cada índice para los países en estudio (para información sobre la codificación de los países graficados ver Anexo 1).

A) Caracterización de índices de inequidad de género

1) Índice de inequidades de género (GII)

El GII forma parte de los índices generados por el PNUD, el cual hasta la fecha ha incorporado en su análisis a 160 países, y mide las inequidades usando 5 indicadores, que se dividen en tres aspectos: salud reproductiva, empoderamiento y mercado laboral (Tabla 17) (66).

Este índice tiene un rango que va de 0 a 1, donde 0 significa igualdad de género, y 1 donde hay inequidad total para un género, representando inequidad total en todas las dimensiones medidas, sumado además que el índice está diseñado para penalizar más a aquellos países que están peor en todas las dimensiones (16,66,87).

Este índice se ha calculado para 11 años: 1995, 2000, 2005 y 2010-2017. En su última medición, del año 2017, incluyó a 160 países en total y dentro de estos a los 36 países de la OCDE.

Metodológicamente el GII se basa en la metodología de Seth (2009) denominada “agregación sensible a la inequidad”, usando un promedio general de promedios generales de diferentes órdenes (primero intragénero, luego intergénero), como lo indican en su anexo metodológico “Technical notes” (64). En este documento señalan que éste se calcula en tres grandes pasos<sup>3</sup>:

- I. Usando los valores de cada indicador incluido en este índice, se calculan las medias geométricas separados para hombres y mujeres ( $G_M$ ,  $G_F$ ). Luego se calcula una media armónica con los valores obtenidos de las medias geométricas calculadas entre mujeres y hombres ( $HARM_{F,M}$ )
- II. Se calcula una media geométrica de los promedios aritméticos de cada dimensión, considerando a cada género por igual ( $G_{F,M}$ )
- III. Para calcular el índice:  $GII = 1 - \frac{HARM_{F,M}}{G_{F,M}}$

El resumen de los datos y valores obtenidos para los países de la OCDE de este índice se ilustran en la Tabla 10, y en la Figura 10 se pueden observar las tendencias para todos los países en estudio. Se observa que hay disminución de los valores de este índice, acercándose a cero (máxima igualdad de género), además de repetirse en el tiempo los países que tienen los primeros (Suecia y Dinamarca) y últimos (Turquía y México) lugares para los valores de este.

---

<sup>3</sup> Para mayor información revisar el documento técnico del PNUD:  
[http://dev-hdr.pantheonsite.io/sites/default/files/hdr2016\\_technical\\_notes\\_0.pdf](http://dev-hdr.pantheonsite.io/sites/default/files/hdr2016_technical_notes_0.pdf)

Tabla 10: Índice de inequidades de género, PNUD

GII	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Promedio	0,242	0,204	0,176	0,150	0,143	0,138	0,132	0,129	0,125	0,119	0,112
Mediana	0,221	0,191	0,157	0,129	0,122	0,124	0,115	0,113	0,106	0,100	0,092
Mínimo	0,090	0,061	0,052	0,048	0,047	0,045	0,042	0,042	0,042	0,040	0,039
Máximo	0,631	0,591	0,564	0,418	0,390	0,367	0,363	0,358	0,348	0,344	0,343
Primer lugar	SE	SE	SE	SE	DK SE NL	DK	DK	DK	DK	DK SE	SE
Último lugar	TR	TR	TR	TR	MX	MX	MX	MX	MX	MX	MX

SE = Suecia; DK = Dinamarca; NL = Países Bajos; TR = Turquía; MX = México

## 2) Índice de desarrollo humano relativo al género (GDI)

El GDI forma parte de los índices creados por el PNUD para la medición de inequidades de género, y forma parte del índice de desarrollo humano (IDH) de esta organización. Fue creado en 1995 por el PNUD e incluye 4 indicadores distribuidos en las siguientes áreas: educación, ingresos y longevidad (Tabla 17) (63).

Este índice ha sido calculado para 11 años en total, incluyendo a los años 1995, 2000, 2005 y 2010. Desde este último año se han hecho mediciones anuales encontrándose datos hasta el año 2017, y a la fecha considera 164 países en su medición, incluyendo a los 36 países de la OCDE.

El cálculo consta de 4 grandes pasos (64):

- I. Calcular los ingresos per cápita estimados para hombres y mujeres
- II. Para cada indicador se utilizan mínimos y máximos racionales<sup>4</sup>, los cuales son usados para transformarlos en índices, dado que tienen unidades de medidas diferentes:

$$\text{índice de la dimensión} = \frac{\text{Valor actual} - \text{valor mínimo}}{\text{valor máximo} - \text{valor mínimo}}$$

- III. Luego se calcula el IDH para cada sexo mediante una media geométrica con los índices de cada dimensión. Como se muestra por ejemplo en la ecuación para las mujeres (IDH<sub>f</sub>):

$$IDH_f = \sqrt[3]{(I_{\text{longevidad } f} \times I_{\text{Educación } f} \times I_{\text{Ingresos } f})}$$

- IV. Finalmente, el cálculo del GDI se realiza como una razón entre el IDH de mujeres y hombres:

$$GDI = \frac{IDH_f}{IDH_m}$$

La interpretación de este índice es como porcentaje de desviación absoluto (100 x |GDI-1|), de acuerdo a ese porcentaje los países se dividen en 5 grupos de acuerdo al nivel de igualdad en IDH entre hombres y mujeres: <2,5% son países con alta igualdad; 2,5 – 5% son considerados países con igualdad media a alta; 5-7,5% son países con mediana igualdad; 7,5-10% son países con baja a mediana igualdad; y >10% son considerados con baja igualdad (64).

El resumen de los datos y valores obtenidos para los países de la OCDE de este índice se ilustran en la Tabla 11, y en la Figura 11 se pueden observar las tendencias para todos los países en estudio. En

<sup>4</sup> Para mayor información revisar el documento técnico del PNUD:

[http://dev-hdr.pantheonsite.io/sites/default/files/hdr2016\\_technical\\_notes\\_0.pdf](http://dev-hdr.pantheonsite.io/sites/default/files/hdr2016_technical_notes_0.pdf)

este índice el país con peor clasificación fue para todas las series de tiempo, Turquía, y en aquellos que se repitieron más veces en el tiempo fueron Suecia, Finlandia y Eslovenia.

Tabla 11: Índice de desarrollo humano relativo al género, PNUD

GDI	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Promedio	3,826	3,394	3,011	2,711	2,697	2,578	2,553	2,5	2,55	2,511	2,5139
Mediana	3,3	2,45	2,5	2,75	2,65	2,4	2,25	2,55	2,6	2,5	2,5
Mínimo	0,000	0,100	0,100	0,400	0,300	0,000	0,100	0,000	0,100	0,100	0,000
Máximo	16,50	15,30	14,70	9,70	9,10	8,60	8,30	8,20	8,00	7,80	7,80
Primer lugar	SE	SK	FI	NO SE US	FI	SE	FI	SI	SI	FI	FI
Último lugar	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR

FI= Finlandia; NO= Noruega; SE= Suecia; SI= Eslovenia; SK= Eslovaquia; TR = Turquía; US = Estados Unidos. Los datos de la tabla son en base a la conversión del GDI al porcentaje de desviación absoluto:  $(100 \times |GDI-1|)$ .

### 3) Medida de empoderamiento de género (GEM)

El GEM nace junto al GDI en 1995, como medida del PNUD para evaluar el empoderamiento relacionado al género, por lo que este incluye 4 indicadores involucrados en tres dimensiones relacionadas a este: Participación y toma de decisiones en política y economía, así como el poder sobre los recursos económicos (Tabla 17) (65).

Para este índice se encontraron datos en los reportes anuales del PNUD y en una base de datos previamente construida por un centro de estudios económicos (88), con 14 mediciones anuales en total desde 1995-2009 (donde 2007 y 2008, fueron una sola medición). Estos reportes incluyeron a los países de la OCDE, aunque en su última medición sólo faltó uno de estos, habiendo varios datos faltantes de algunos países a lo largo de los años.

Este índice va de 0 a 1, donde 0 es inequidad total y 1 es igualdad (65).

La metodología usada para este índice consiste en calcular el “EDEP” (porcentaje equivalente igualmente distribuido) para cada una de las 3 dimensiones, de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$EDEP = [población\ femenina (índice\ femenino^{1-\varepsilon}) + población\ masculina (índice\ masculino^{1-\varepsilon})]^{1/1-\varepsilon}$$

, donde  $\varepsilon$  mide la aversión a la inequidad y cuyo valor es dos, lo cual penaliza moderadamente en inequidad. Luego de calculados los EDEP de participación y toma de decisiones económicas y políticas, son divididos por 50, cuya racionalidad es que la sociedad ideal debiera tener igual empoderamiento de hombres y mujeres. Finalmente el GEM, es calculado como un promedio aritmético de los tres EDEP calculados (65).

El resumen de los datos y valores obtenidos para los países de la OCDE de este índice se ilustran en la Tabla 12, y en la Figura 12 se pueden observar las tendencias para todos los países en estudio. El primer lugar lo ocupan Suecia y Noruega con mayor frecuencia, y en el último lugar Turquía que se repite en todos los años. Al igual que en los índices anteriores, se observa que a lo largo de los años los valores tienden a una mejora en cuanto al empoderamiento relacionado con el género.

Tabla 12: Medida de empoderamiento, PNUD

GEM	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007/8*	2009
Promedio	0,52	0,57	0,59	0,59	0,59	0,61	0,62	0,64	0,65	0,67	0,68	0,70	0,71	0,74
Mediana	0,51	0,59	0,63	0,60	0,57	0,60	0,64	0,66	0,66	0,67	0,69	0,72	0,69	0,74
Mínimo	0,76	0,79	0,80	0,79	0,81	0,83	0,84	0,84	0,85	0,91	0,93	0,93	0,91	0,91
Máximo	0,23	0,24	0,25	0,28	0,28	0,32	0,31	0,31	0,29	0,29	0,29	0,29	0,30	0,38
Primer lugar	SE	NO	NO	NO SE	NO	NO	NO	NO	IS	NO	NO	NO	NO	SE
Último lugar	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR

IS= Islandia; NO= Noruega; SE= Suecia; TR = Turquía; US = Estados Unidos. \*2007 y 2008 fueron una sola medición.

#### 4) Índice de equidad de género (GEI)

El GEI fue creado en 2004 por la institución no gubernamental, Social Watch, y se encontraron datos disponibles para los años 2007, 2008, 2009 y 2012. Considera 11 indicadores para 3 dimensiones: actividad económica, empoderamiento y educación (Tabla 17) (69,85). Los valores de este índice son parte de una escala de 0 a 100, de menor a mayor equidad respectivamente (69,85).

Se calcula la brecha existente en cada indicador, con valores ponderados de hombres y mujeres para considerar las diferencias proporcionales en la población de ambos sexos. Luego con los valores de los 11 indicadores, se genera una escala que va de 0 a 100 para estandarizar los valores. Para cada dimensión se calcula un índice mediante un promedio simple de los valores re-escalados de los indicadores. Finalmente, para el cálculo del GEI, se calcula un promedio simple con los 3 índices de las dimensiones que lo componen (89). La metodología permite calcular el índice por dimensión si hay datos disponibles para al menos dos indicadores (89).

El resumen de los datos y valores obtenidos para los países de la OCDE de este índice se ilustran en la Tabla 13. En la Figura 13 se pueden observar las tendencias para todos los países en estudio. Los valores del índice en promedio tienden a aumentar en el tiempo, el primer lugar es ocupado de 2007 a 2009 por Suecia y en 2012 por Noruega, el último lugar es en todos los años ocupado por Turquía.

Tabla 13: Índice de equidad de género, Social Watch

GEI	2007	2008	2009	2012
Promedio	71,5	71,8	70,8	75,2
Mediana	73	73	72	76,5
Mínimo	47	46	46	45
Máximo	89	89	88	89
Primer lugar	SE	SE	SE	NO
Último lugar	TR	TR	TR	TR

NO= Noruega; SE= Suecia; TR = Turquía.

#### 5) Índice de Brecha Global de Género (GGGI)

El GGGI, creado por el Foro económico mundial (FEM), para medir la magnitud de las disparidades de género y su progreso en el tiempo, parte el 2006 y tiene datos disponibles hasta el año 2018 en su último reporte (17). Éste índice está compuesto por 14 indicadores que se dividen en sus 4

dimensiones: Participación económica y oportunidad, Nivel Educacional, Salud y supervivencia, y Empoderamiento Político (Tabla 17) (17).

Este índice es construido en 4 pasos (17):

- 1) Convertir en razones de mujeres y hombres los datos
- 2) Truncar las razones al “punto de referencia de igualdad”. Para todos los indicadores este valor es 1, exceptuando para los de la dimensión de salud. En el caso de la razón de sexo al nacer es 0,944 y para la expectativa de años de vida saludable es 1,06
- 3) Calcular puntajes de las dimensiones: primero se calcula el peso promedio de los indicadores de cada dimensión. Para ello se ecualizan los indicadores se acuerdo a su desviación estándar, determinando a qué se traduciría un cambio de 1% en términos de desviaciones estándar al dividir 0,01 por la desviación estándar para cada indicador. Estos valores son luego usados para calcular los promedios ponderados de cada dimensión
- 4) El índice finalmente se calcula con un promedio no ponderados de los puntajes obtenidos para cada una de las 4 dimensiones, las cuales pueden tener un valor máximo de 1 (paridad) y uno mínimo de 0 (disparidad)

Sus autores declaran que los índices que le componen están hechos para medir brechas de oportunidades y recursos más que niveles alcanzados en estas áreas (17).

El resumen de los datos y valores obtenidos para los países de la OCDE de este índice se ilustran en la Tabla 14. En la Figura 14 se pueden observar las tendencias para todos los países en estudio de este índice. Los valores de este índice tienden a aumentar en el tiempo. El país que se mantuvo mayor cantidad de años en el primer lugar fue Islandia, y el que ocupó el último lugar en todos los años fue Turquía.

Tabla 14: Índice de Brecha Global de Género, Foro económico Mundial

GGGI	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Promedio	0,701	0,708	0,715	0,718	0,725	0,726	0,728	0,731	0,737	0,744	0,739	0,740	0,743
Mediana	0,699	0,701	0,716	0,717	0,720	0,719	0,728	0,735	0,736	0,740	0,738	0,736	0,736
Mínimo	0,585	0,577	0,585	0,583	0,588	0,595	0,602	0,608	0,618	0,624	0,623	0,625	0,628
Máximo	0,813	0,815	0,824	0,828	0,850	0,853	0,864	0,873	0,859	0,881	0,874	0,878	0,858
Primer lugar	SE	SE	NO	IS	IS	IS	IS	IS	IS	IS	IS	IS	IS
Último lugar	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR

IS= Islandia NO= Noruega; SE= Suecia; TR = Turquía

#### 6) Índice de Igualdad de Género Europeo (GEI-E)

El índice de equidad de género europeo (GEI-E) es creado en 2013 por el Instituto de la Equidad de Género Europeo (EIGE, por sus siglas en inglés), y tiene 5 años de mediciones a la fecha (2005, 2010, 2012, 2015 y 2017) e incluye a los países miembros de la Unión Europea (86), por lo que sólo incluye a 23 de los 36 países de la OCDE. Se han ido introduciendo cambios en su composición, y en la última medición estuvo compuesto por 6 dominios principales: trabajo, dinero, conocimiento, tiempo,

poder y salud. Dentro de cada dominio existen subdominios, los cuales están compuestos por indicadores, teniendo el índice un total de 31 indicadores en su última medición (Tabla 18) (57,86).

De los principales cambios introducidos, es que ya no incorpora el dominio de intersectorialidad, donde incluía indicadores tales como: Empleo de personas nacidas en un país extranjero, Empleo de personas de 55-64 años, y Tasas de empleo de las personas que viven en un hogar con un adulto y uno o más hijos dependientes (57,86). Además, de incluir nuevos subdominios, como el poder social y de comportamientos, con nuevos indicadores como: Cuota de miembros de la junta de organizaciones de financiación de la investigación, Cuota de miembros de la junta en organismos de radiodifusión de propiedad social, Cuota de miembros del máximo órgano de decisión de las organizaciones nacionales de deportes olímpicos, Fumar y beber de forma nociva y Actividad física y/o consumo de frutas y vegetales (57,86).

Este índice mide las brechas en los distintos aspectos que incluye, tomando en cuenta la posición relativa entre hombres y mujeres, independiente de si eran en beneficiosos para hombres o mujeres, por lo que no se añaden efectos compensatorios, y se usan los valores absolutos de cada medida para ello (59).

El GEI-E va en una escala de 1 a 100, donde el valor mínimo es para total desigualdad y el máximo para total igualdad, y su metodología incluye los siguientes pasos:

1. Obtención de los datos de los 31 indicadores para los países requeridos
2. Variables con menos del 10% de los datos faltantes y donde la imputación fue estimada con apropiado nivel de confianza son retenidas, de lo contrario son retirados
3. Transformar los indicadores, en brechas de género:
  - a. Transformar las variables, la dirección de todos los indicadores debe ser homogéneo y el índice puede considerar sólo variables de signo positivo, es decir, que su incremento es lo deseable. De no cumplirse esto, son transformados a su valor complementario
  - b. Las variables que deban ser expresadas como proporciones, se calculan con relación al tamaño de la población que representan
  - c. Luego se calcula el siguiente valor  $(Y_{(X_{it})})$ , para cada indicador (X) incluido en el desarrollo del índice:  $Y_{(X_{it})} = \left| \frac{X_{it}^w}{X_{it}^a} - 1 \right|$ , para cada i-país en el periodo t, para el promedio obtenido para mujeres ( $X_{it}^w$ ) y el promedio para ambos sexos ( $X_{it}^a$ )
  - d. Corrección de los valores de acuerdo al valor máximo ( $max X_{it}^a$ ) esperado de dicha variable para los miembros de la unión europea, mediante la siguiente fórmula:  $\alpha_{(X_{it})} = \left| \frac{X_{it}^a}{max X_{it}^a} - 1 \right|$
  - e. La medición final se obtiene del producto de los valores anteriormente obtenidos, como sigue:  $T_{(X_{it})} = 1 + [\alpha_{(X_{it})} \times (1 - Y_{(X_{it})})] \times 99$
4. Luego se normalizan los datos en la escala de 1 a 100 y se asignan pesos relativos a cada indicador por cada dominio que integra el índice
5. Los indicadores son agregados dentro de cada subdominio, creando un índice para cada subdominio. Subsecuentemente, estos son agregados al nivel de dominio; finalmente todos

los dominios son agregados. Estas agregaciones son hechas con promedios aritméticos a nivel del indicador, y geométricos para nivel de dominio y subdominio

El resumen de los datos y valores obtenidos para los países de la OCDE de este índice se ilustran en la Tabla 15. En la Figura 15 se pueden observar las tendencias para todos los países en estudio. Si se mira hasta el año 2015, este índice presenta un aumento en sus valores, pero en el año 2017 hay una disminución de estos, lo cual podría deberse al cambio en su metodología antes mencionado. El país que ocupó el primer lugar fue Suecia, y el que ocupó el último fue Grecia, ambos para todas las mediciones.

*Tabla 15: Índice de Igualdad de Género Europeo, EIGE*

<b>GEI-E</b>	2005	2010	2012	2015	2017
Promedio	59,99	61,76	62,94	64,22	52,91
Mediana	60,00	61,20	64,90	65,50	50,70
Mínimo	46,80	48,60	50,10	50,00	40,00
Máximo	78,80	80,10	79,70	82,60	74,30
Primer lugar	SE	SE	SE	SE	SE
Último lugar	GR	GR	GR	GR	GR

GR= Grecia; SE= Suecia

*7) Índice de logros de los derechos humanos económicos y sociales de las mujeres, Clair Apodaca*

Este índice, WESHR, por sus siglas en inglés, fue desarrollado por Clair Apodaca, y publicado en 1998, donde realizó mediciones a nivel mundial, basándose en la “Convención internacional en derechos económicos, sociales y culturales”. En razón de esto, los 7 indicadores incluidos forman parte de los siguientes aspectos: Derecho al trabajo, Derecho a un adecuado estándar de vida, Derecho a la Salud y buen vivir, y el Derecho a la educación (Tabla 19) (61).

Este índice incluyó 114 países, de los cuales 31 son países de la OCDE, y se midió para los años 1975, 1980, 1985 y 1990. Se calcula una razón para cada indicador (tasa mujer/tasa hombre), pues cada indicador tiene diferentes unidades de medida. La razón representa el nivel de logro femenino como un porcentaje del nivel masculino para cada indicador. Los siete indicadores son añadidos para generar un puntaje compuesto que va de 0 (ventaja total para los hombres) a 14 (mujeres tienen la ventaja). Un puntaje de 7 indica paridad de género (61).

El resumen de los datos y valores obtenidos para los 31 países de la OCDE incluidos en este índice se ilustran en la Tabla 16. En la Figura 16 se pueden observar las tendencias para todos los países en estudio, las cuales a diferencia del resto de los índices no son constantes para todos los países, observándose mejoras para algunos y empeoramientos para otros. Este índice se mantuvo bajo el valor de 7 (paridad de género), indicando ventaja de los hombres sobre las mujeres durante los años de su medición. Aquellos que ocuparon los primeros lugares en los años de estudio fueron: Australia, Finlandia, Polonia, Alemania del Este, y los últimos lugares fueron ocupados por México y Turquía.

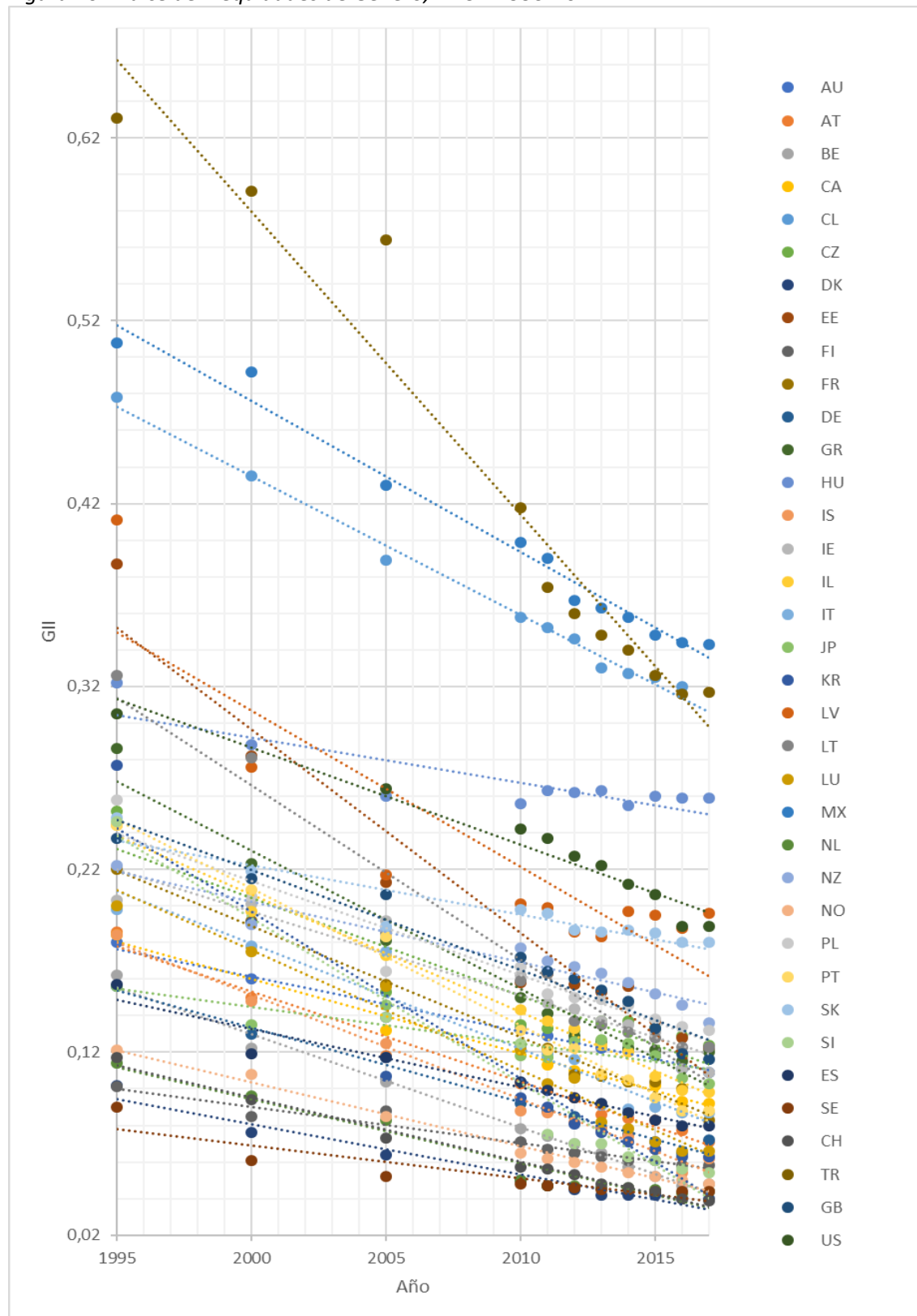


*Tabla 16: Índice de logros de los derechos humanos económicos y sociales de las mujeres, Clair Apodaca*

<b>WESHR</b>	<b>1975</b>	<b>1980</b>	<b>1985</b>	<b>1990</b>
Promedio	6,30	6,31	6,33	6,41
Mediana	6,28	6,31	6,32	6,445
Mínimo	5,61	5,76	5,3	5,71
Máximo	6,94	6,76	6,73	6,75
Primer lugar	FI	PL DE e	FI	AU
Último lugar	MX	MX	TR	MX

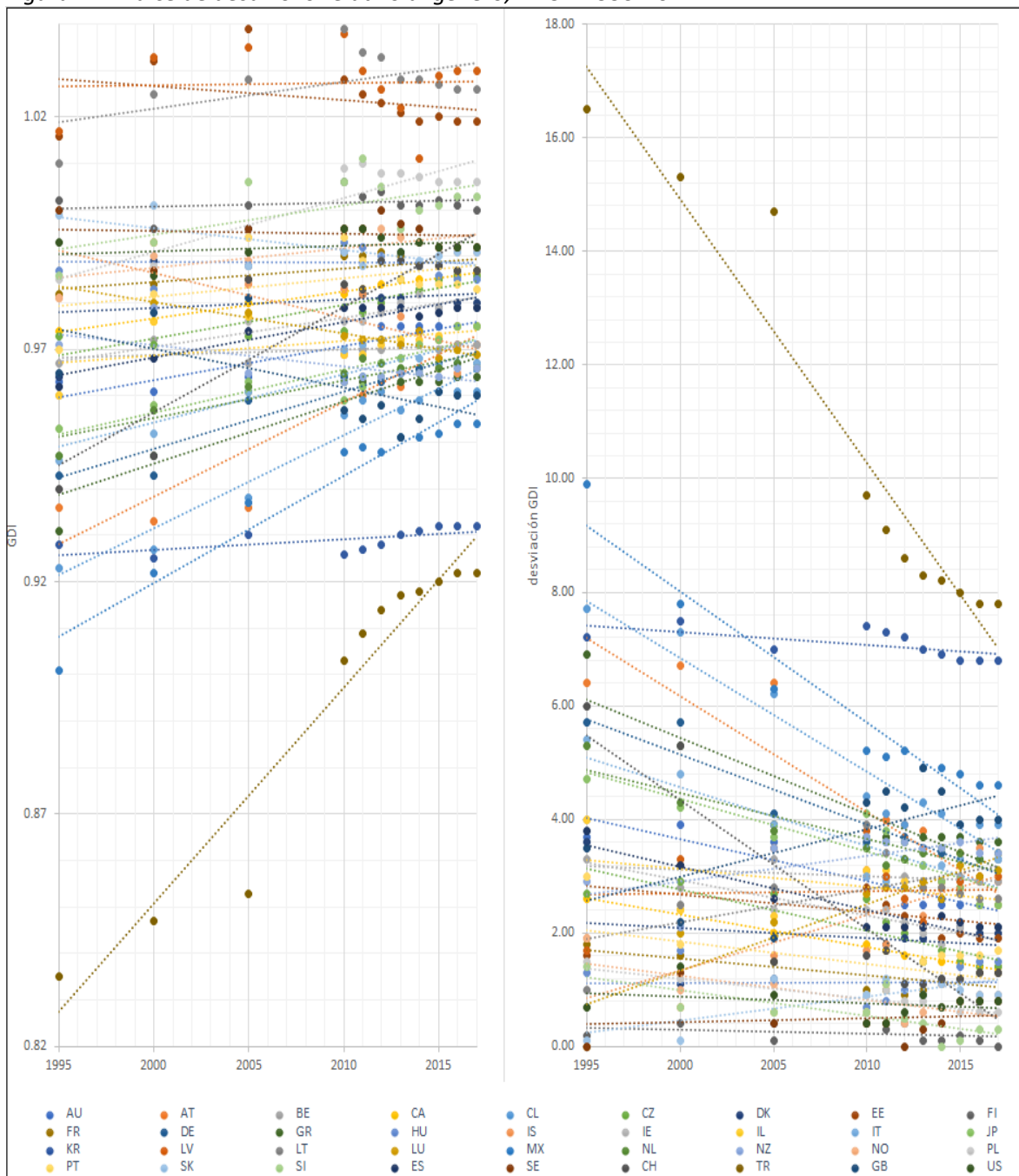
AU = Australia; FI = Finlandia; PL= Polonia; DE e = Alemania del Este; TR = Turquía; MX = México

Figura 10: Índice de Inequidades de Género, PNUD 1995-2017



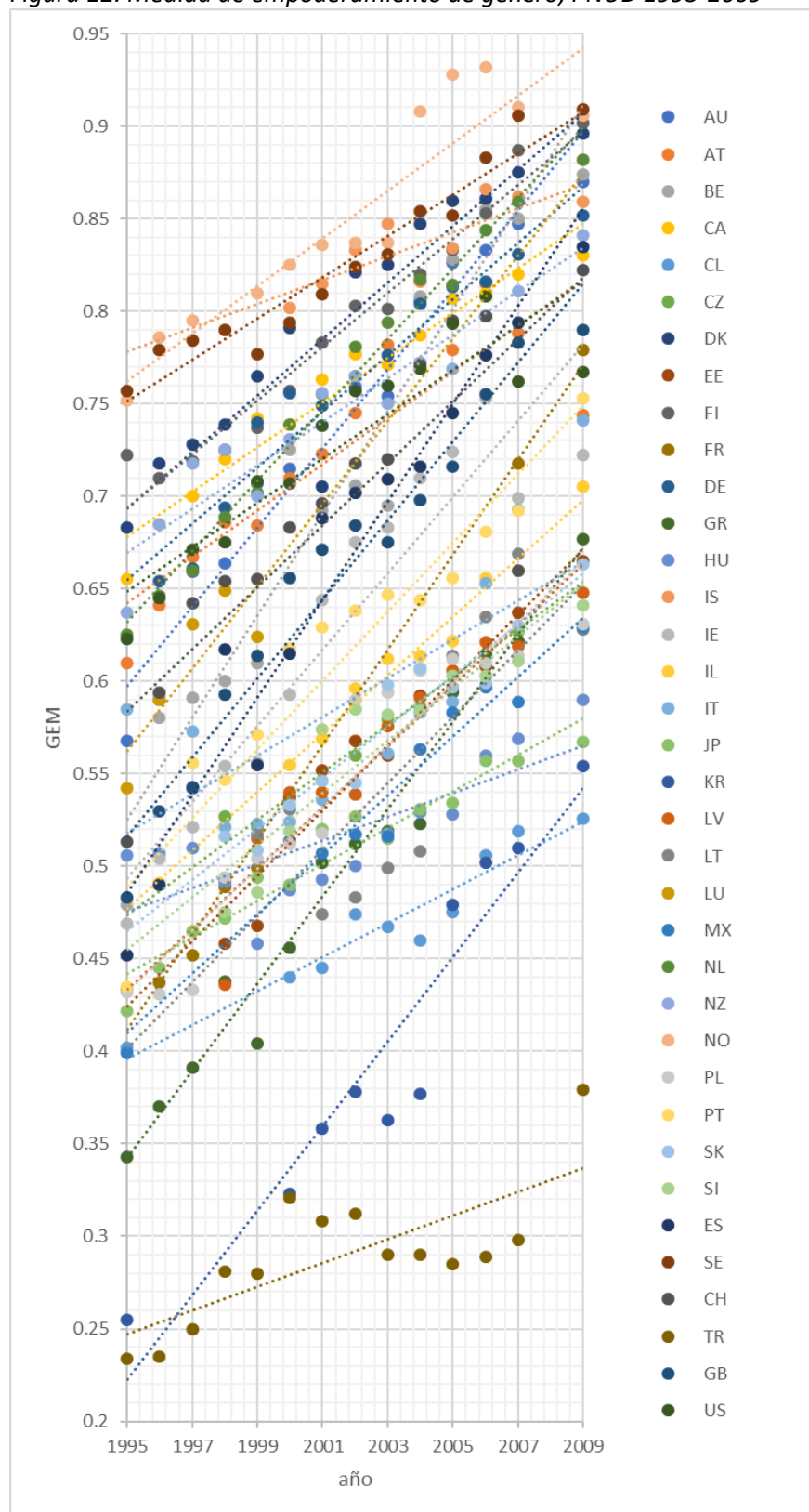
Valores del índice de inequidades de género del PNUD para los países OCDE desde 1995 a 2017

Figura 11: Índice de desarrollo relativo al género, PNUD 1995-2017



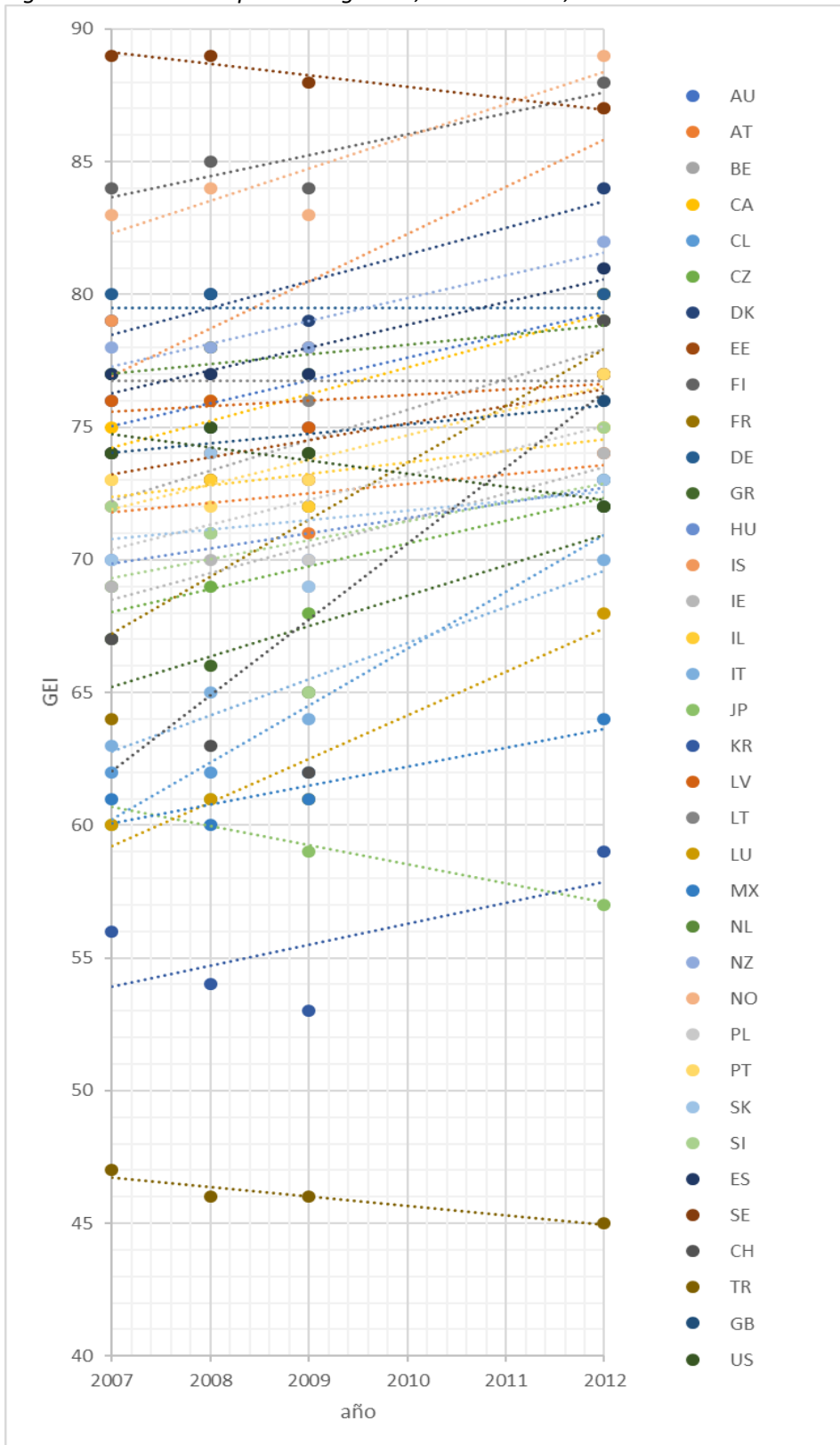
Valores del índice de desarrollo relativo al género del PNUD para los países OCDE desde 1995 a 2017. La figura de la izquierda muestra los valores de GDI y la figura de la derecha muestra el valor obtenido al calcular la desviación absoluta del GDI como lo indica la literatura.

Figura 12: Medida de empoderamiento de género, PNUD 1995-2009



Valores de la medida de empoderamiento de género del PNUD para los países OCDE desde 1995 a 2009

Figura 13: Índice de equidad de género, Social Watch, 2007-2012



Valores del índice de equidad de género de Social Watch para los países OCDE desde 2007 a 2012

Figura 14: Índice de brecha de género, FEM, 2006-2018

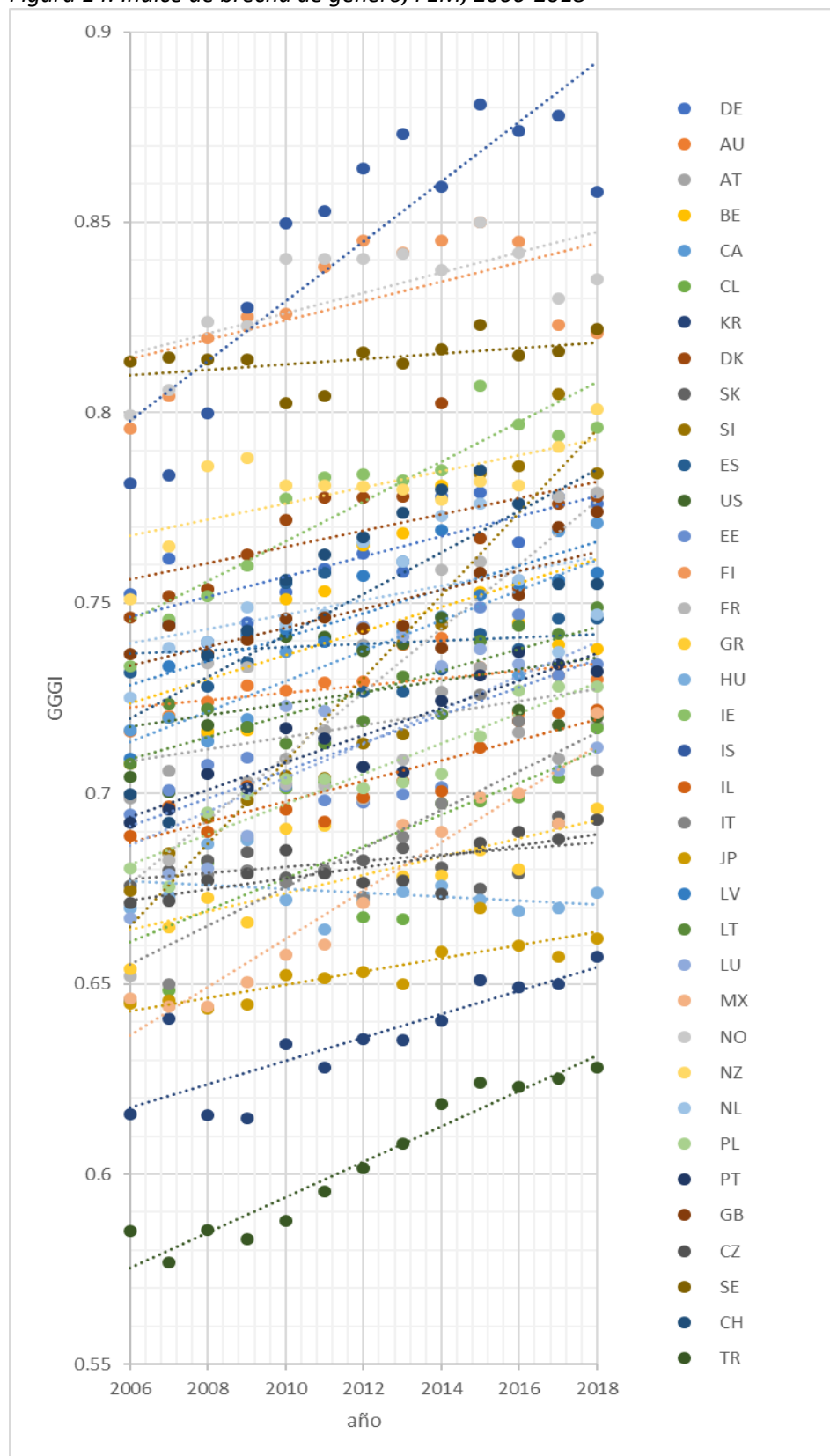
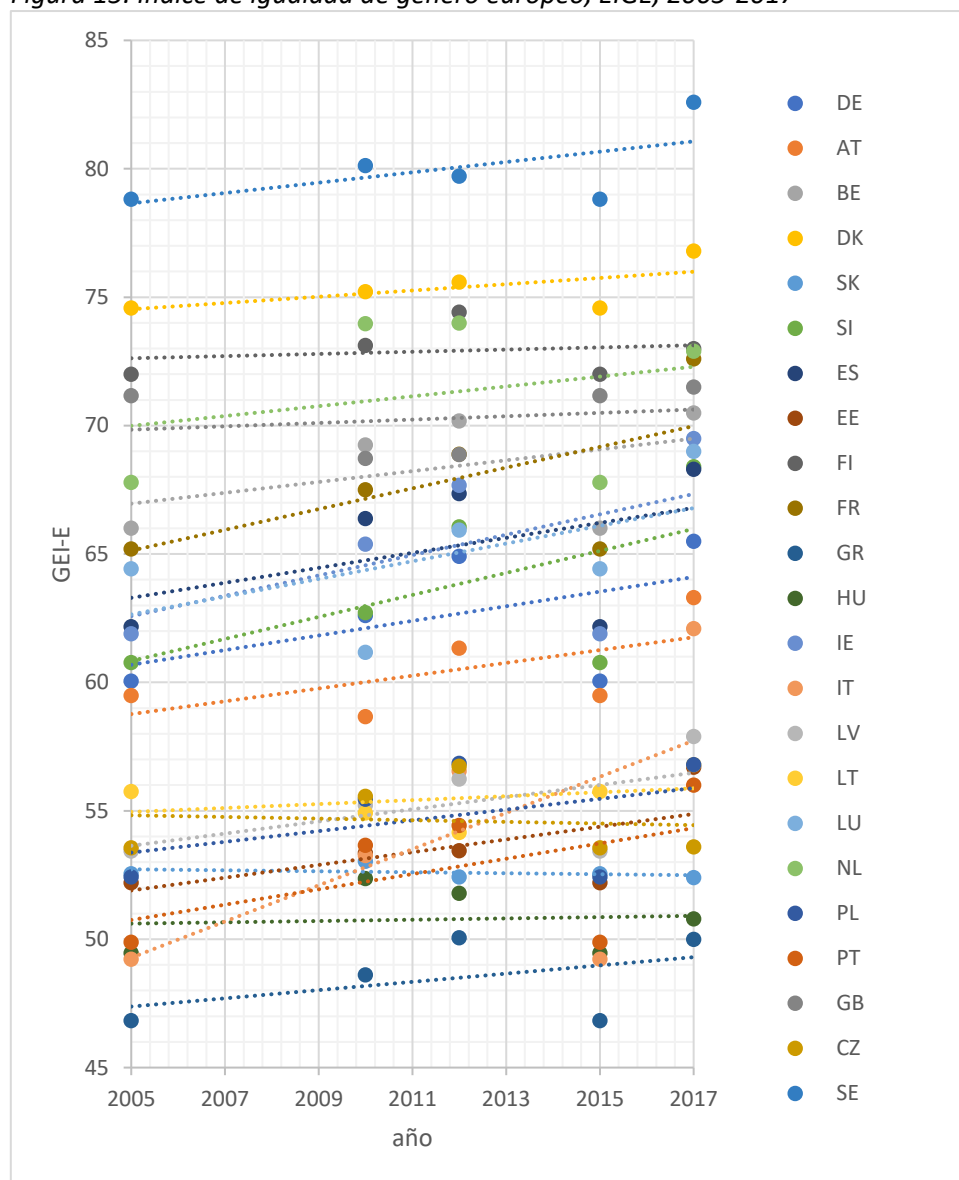
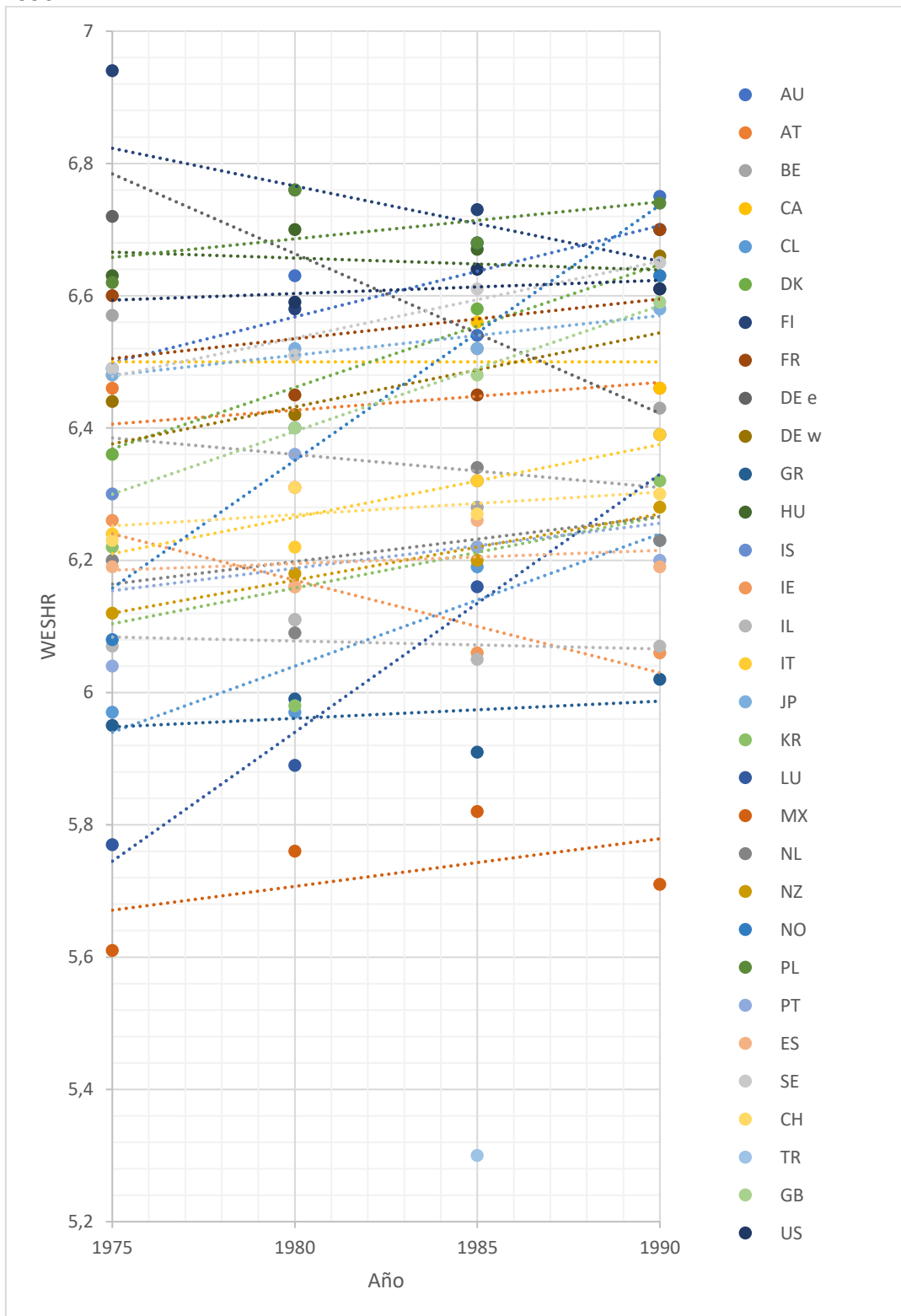


Figura 15: Índice de igualdad de género europeo, EIGE, 2005-2017



Valores del índice de igualdad de género europeo del Instituto Europeo de la igualdad de género (EIGE) desde 2005 a 2017

Figura 16: Índice de los derechos humanos, económico y sociales de las mujeres, C. Apodaca 1975-1990



Valores del Índice de los derechos humanos, económico y sociales de las mujeres de C. Apodaca desde 1975 a 1990



Tabla 17: Ámbitos e indicadores por índice. Parte I

Índices	Ámbito	Indicador
GII	Mercado laboral	Tasas de participación laboral de hombres y mujeres
	Empoderamiento	Población de mujeres y hombres con al menos educación secundaria
		Asientos de mujeres y hombres en parlamento
	Salud reproductiva	Mortalidad materna
		Tasa de embarazo adolescente
GDI	Nivel Educacional	Años de escolaridad esperados para hombres y mujeres
		Promedio de escolaridad para hombres y mujeres
	Longevidad y salud	Expectativa de vida para hombres y mujeres
	Ingresos	Ingresos per cápita estimados para hombres y mujeres
GEM	Participación y la toma de decisión política	Porcentaje de asientos en el congreso
	Participación y la toma de decisión económica	Mujeres y hombres legisladores, altas funcionarias(os) y directivas(os)
		Mujeres y hombres profesionales y técnicas(os)
	Poder sobre recursos económicos	Razón de ingresos per cápita estimados entre mujeres y hombres
GEI	Educación	Enrolamiento educación primaria
		Enrolamiento educación secundaria
		Enrolamiento educación terciaria
		Brecha de alfabetización adulta
	Participación económica	Brecha tasa de actividad
		Brecha de empleo no vulnerable
		Brecha ingresos estimados
	Empoderamiento de la mujer	Brecha de asientos en parlamento
		Brecha de Gerentes y directivos
		Brecha de Profesionales y técnicos
	Brecha ministerial	
GGGI	Participación económica y oportunidad	Razón fuerza laboral de mujeres y hombres
		Equidad de salario entre hombres y mujeres para trabajo similar (encuesta)
		Razón de ingresos estimados entre mujeres y hombres
		Razón de legisladoras, altas funcionarias, y gerentes sobre sus pares hombres
		Razón de mujeres y hombres profesionales y técnicos
	Nivel Educacional	Razón de alfabetización de mujeres y hombres
		Razón de enrolamiento educación primaria de mujeres y hombres
		Razón de enrolamiento educación secundaria de mujeres y hombres
		Razón de enrolamiento educación terciaria de mujeres y hombres
	Salud y supervivencia	Razón de sexo al nacer (mujeres sobre hombres)
		Razón de expectativa de vida saludable de mujeres y hombres
	Empoderamiento Político	Razón de asientos en parlamentos de mujeres y hombres
		Razón de mujeres a nivel ministerial sobre sus pares hombres
		Razón de años con una mujer a la cabeza del país sobre el valor para hombres en los últimos 50 años

En esta tabla se describen los aspectos e indicadores que componen a los índices. GII = Índice de inequidad de género; GDI = Índice de desarrollo humano relativo al género; GEM = Medida de empoderamiento de género; GEI = Índice de equidad de género; GGGI = Índice de Brecha Global de Género.

Tabla 18: Ámbitos e indicadores por índice. Parte II

Índices	Ámbito	Indicadores
GEI-E	Segregación y calidad de trabajo	Porcentaje de empleados en educación, salud y trabajos sociales
		Capacidad de tomar tiempo por razones personales o familiares
		Índice de perspectivas profesionales
	Participación laboral	Tasa de empleo de tiempo completo equivalente
		Duración de la vida laboral (años)
	Recursos financieros	Promedio sueldo mensual
		Ingresos neto medio equivalente
	Situación económica	Fuera de riesgo de pobreza, $\geq 60\%$ del ingreso medio
		Razón de ingresos por quintil (S20/S80)
	Logros educativos y participación	Graduados de educación terciaria
		Estudiantes de educación terciaria en los campos de educación, salud y bienestar, humanidades y artes
	Segregación	Personas que participan en la educación y formación formal y no formal
	Actividades de cuidado	Trabajadores que cuidan y educan a sus hijos o nietos, todos los días por una hora o más
		Trabajadores que cocinan y realizan tareas del hogar todos los días por una hora o más
	Uso del tiempo en actividades sociales	Trabajadores que hacen actividades deportivas, culturales o de fuera de sus casas al menos cada dos días
		Trabajadores involucrados en actividades caritativas o voluntarias al menos una vez al mes
	Poder político	Cuota de ministros
		Cuota de miembros del parlamento
		Cuota de miembros de Asambleas Regionales
	Poder económico	Participación de los miembros de las juntas en las empresas más grandes, la junta de supervisión o la junta directiva
		Proporción de miembros en todos los órganos de decisión clave en el Banco Central
	Poder social	Cuota de miembros de la junta de organizaciones de financiación de la investigación.
		Cuota de miembros de la junta en organismos de radiodifusión de propiedad social
		Cuota de miembros del máximo órgano de decisión de las organizaciones nacionales de deportes olímpicos
	Estado de Salud	Autopercepción de salud como buena o muy buena
		Expectativa de vida al nacer
		Años de vida saludables al nacer
	Acceso a Salud	Población sin necesidades insatisfechas de examen médico
		Población sin necesidades insatisfechas de examen dental

En esta tabla se describen los aspectos e indicadores que componen al GEI-E = Índice de equidad de género Europeo

Tabla 19: Ámbitos e indicadores por índice. Parte III

Índices	Ámbito	Indicadores
WESHR	Derecho al trabajo	Tasa de actividad económica desagrada por sexo
	Derecho a un adecuado estándar de vida	Razón de tasa de anemia en mujeres y la ingesta calórica diaria por país
	Derecho a la salud y buen vivir	Tasas de mortalidad diferenciadas por sexo
		Razón de sexos
		Tasas de mortalidad infantil
	Derecho a la educación	Tasas de alfabetización desagregada por sexo
Tasas de enrolamiento de educación primaria desagrada por sexo		

En la tabla se muestran los aspectos e indicadores que componen a los índices. WESHR = Índice de logros de los derechos humanos económicos y sociales de las mujeres.

### B) Aspectos de la ONU

Al estudiar los indicadores que componen a cada índice, se pudo observar que el porcentaje de cobertura de los aspectos de la ONU tuvo un máximo del 80% (4 de 5 aspectos propuestos por la ONU), y un mínimo de 40% (2 de 5 aspectos propuestos por la ONU) (56), como se puede observar en la Tabla 20.

El índice que está compuesto por una mayor cantidad de indicadores es el GEI-E, con 31 indicadores en total, y los que tienen menos son el GDI y GEM, con 4 indicadores totales. Al contener una gran cantidad de indicadores, el GEI-E cubre, con un mayor número de indicadores casi todos los aspectos de la ONU, en comparación a los otros índices (Tabla 20).

Tabla 20: Caracterización Aspectos Propuestos por la ONU

Índices	Aspectos ONU	Estructuras económicas y acceso a recursos	Educación	Salud y Servicios relacionados	Vida pública y toma de decisiones	Derechos humanos de mujeres y niñas/niños	total Indicadores	Total aspectos cubiertos	% aspectos cubiertos
Índice de inequidad de género		1	1	2	1	0	5	4	80%
Índice de desarrollo humano relativo al género		1	2	1	0	0	4	3	60%
Medida de empoderamiento de género		1	0	0	3	0	4	2	40%
Índice de equidad de género		3	4	0	4	0	11	3	60%
Índice de Brecha Global de Género		3	4	2	5	0	14	4	80%
Índice de Equidad de Género - Europa		13	3	7	8	0	31	4	80%
Índice de logros de los derechos humanos		1	2	3	0	1	7	4	80%

En la tabla se muestran la cantidad de indicadores que posee cada índice para los aspectos propuestos por la ONU (56). Las barras coloreadas representan la proporción de cobertura que posee el índice para cada subárea en relación con sus pares.

Además, existe al menos un indicador por área en todos los índices, excepto para el caso de los derechos humanos de mujeres, niñas y niños, área que fue la menos cubierta por los índices, y donde sólo el WESHR lo cubre, aunque cabe señalar que el indicador de este caso (“Razón de tasa de anemia en mujeres y la ingesta calórica diaria por país”), no está catalogado dentro del listado ONU, pero sí el índice lo considera como tal en su diseño (61). El aspecto de estructuras económicas y acceso a recursos es cubierto en todos los índices por al menos un indicador (Tabla 20).

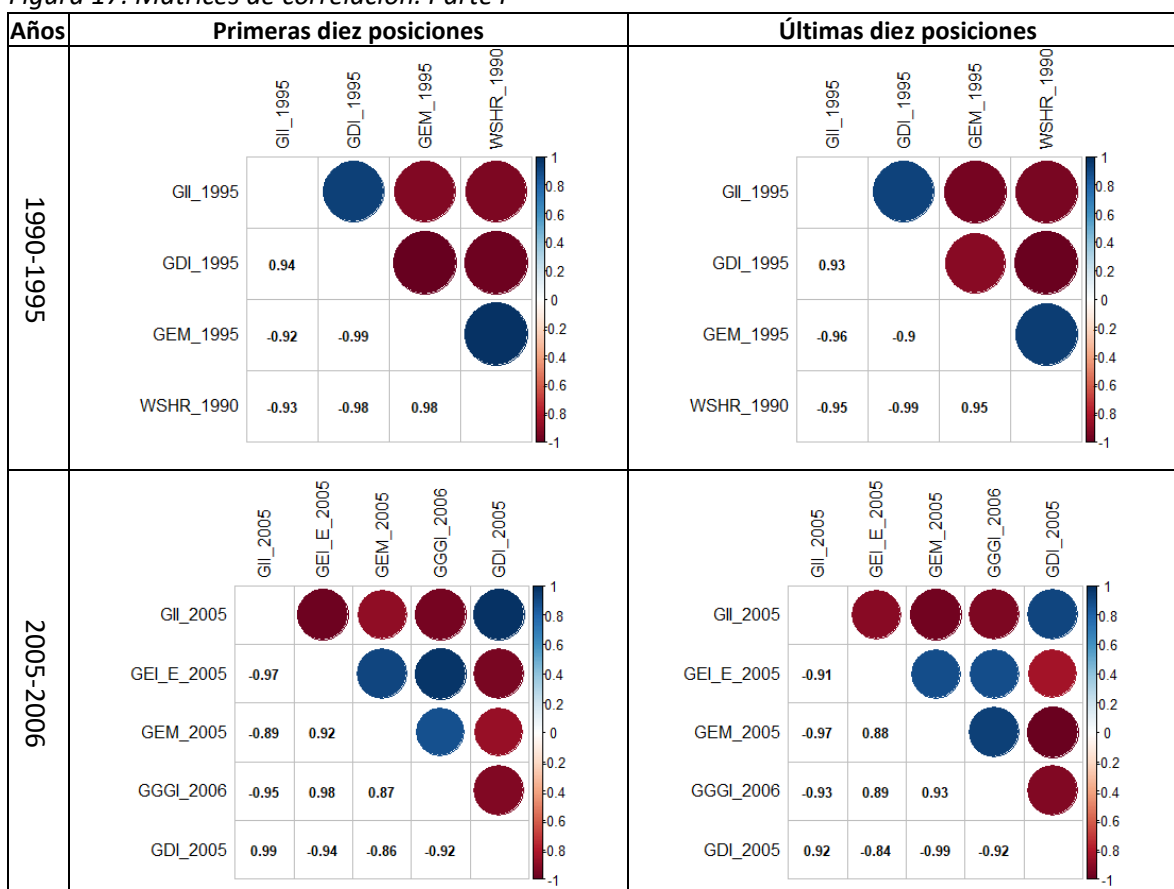
### C) Matrices de correlación

Se estudió el nivel de correlación de los índices mediante matrices de correlación de acuerdo con el ranking de los países incluidos. Como los índices han sido creados en diferentes años y sus valores han cambiado a lo largo de los años (como se observó en los gráficos anteriores), se usaron años consecutivos en que coincidían sus mediciones (Figura 17 y Figura 18). Las correlaciones de las

matrices para las primeras diez posiciones y las últimas diez no muestran ser diferentes entre los índices a lo largo de los años, indicando consistencias en sus mediciones (Figura 17 y Figura 18).

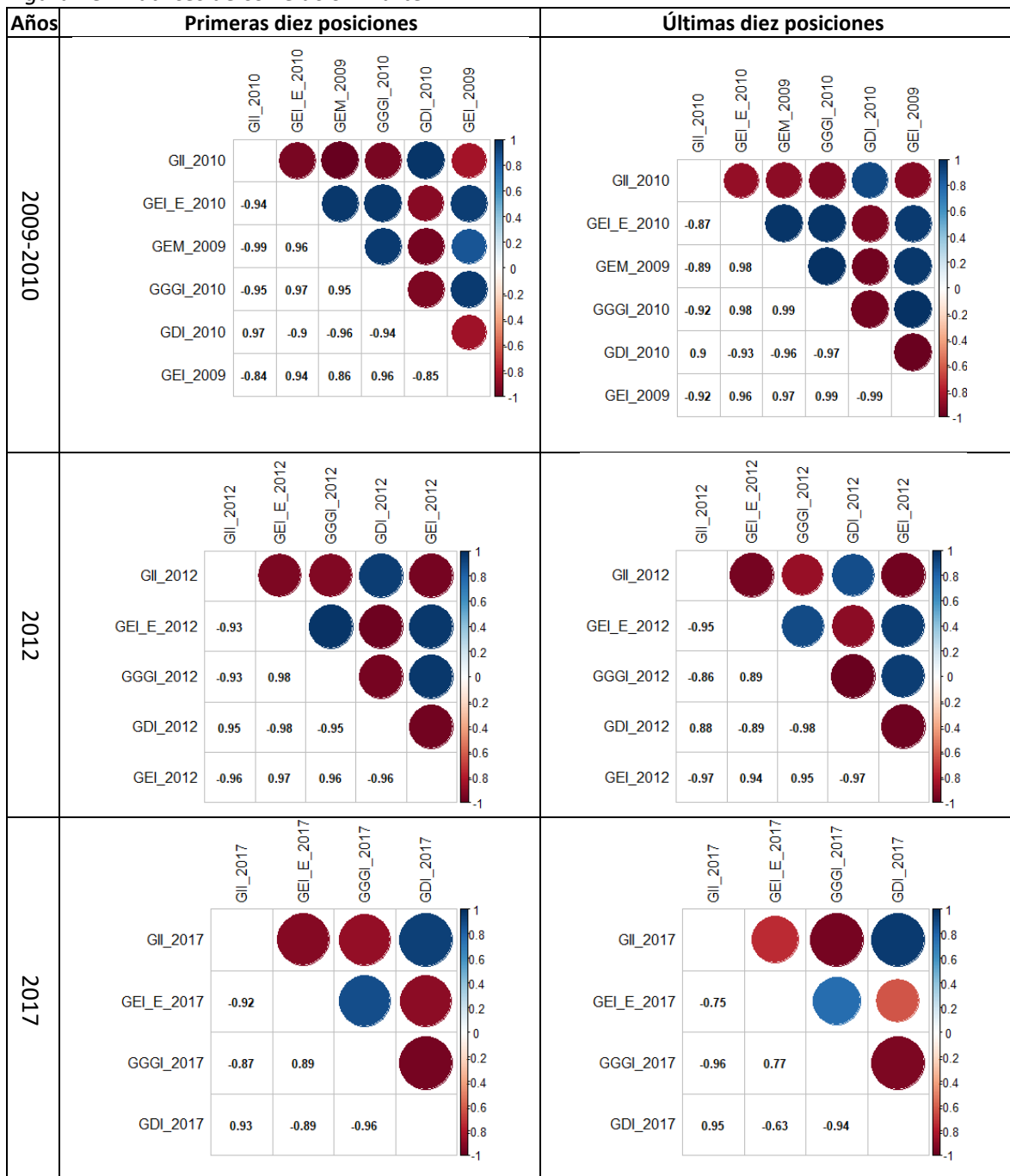
Los valores absolutos de las matrices de correlación oscilan desde 0,63 – 0,99, tendiendo a ser estables en el tiempo. Los valores negativos de índices como GII o GDI indican que, a menores valores de estos, hay más igualdad, al contrario del resto de índices en estudio. La mayoría de los valores de correlación, en todos los años evaluados, estuvieron sobre 0,9, y el valor absoluto más bajo de correlación encontrado fue de 0,63, entre el de GDI con GEI-E del año 2017 para las últimas diez posiciones. El GEI-E mantuvo una tendencia en ese año de una menor correlación con los otros índices en comparación con las otras matrices observadas. Esta diferencia podría deberse a que este mismo índice cambió su metodología de análisis justamente en el año 2017, como se detalló con anterioridad (57,86).

Figura 17: Matrices de correlación. Parte I



Las imágenes ilustran la correlación de los índices estudiados en distintos periodos de tiempo. GII = Índice de inequidad de género; GDI = Índice de desarrollo humano relativo al género; GEM = Medida de empoderamiento de género; GGGI = Índice de Brecha Global de Género; GEI-E = Índice de Equidad de Género – Europa; WESHR = Índice de logros de los derechos humanos económicos y sociales de las mujeres

Figura 18: Matrices de correlación. Parte II



Las imágenes ilustran la correlación de los índices estudiados en distintos periodos de tiempo. GII = Índice de inequidad de género; GDI = Índice de desarrollo humano relativo al género; GEM = Medida de empoderamiento de género; GEI = Índice de equidad de género; GGGI = Índice de Brecha Global de Género; GEI-E = Índice de Equidad de Género – Europa

**D) Descripción y resumen de la serie de datos de los índices**

Como se describió en este apartado, 7 índices de inequidad de género descritos cumplieron con los criterios de inclusión/exclusión establecidos: Índice de inequidad de género (GII), índice de desarrollo humano relativo a género (GDI), medida de empoderamiento de género (GEM), Índice de equidad de género (GEI), Índice de Brecha Global de Género (GGGI), Índice de Equidad de Género –

Europeo (GEI-E) y el Índice de logros de los derechos humanos económicos y sociales de las mujeres (WESHR).

El rango de estudio de los índices fue desde 1975 al 2018, siendo el WESHR aquel con la medición más antigua y el GGGI con la más reciente. El índice GII y GGGI tuvieron la menor desviación estándar en la serie de los datos de los índices y el GEI-E la mayor (Tabla 21). Como fue posible observar en los gráficos anteriores (Figuras 10-16), los índices muestran una tendencia en el tiempo a la equidad de género en los países de la OCDE.

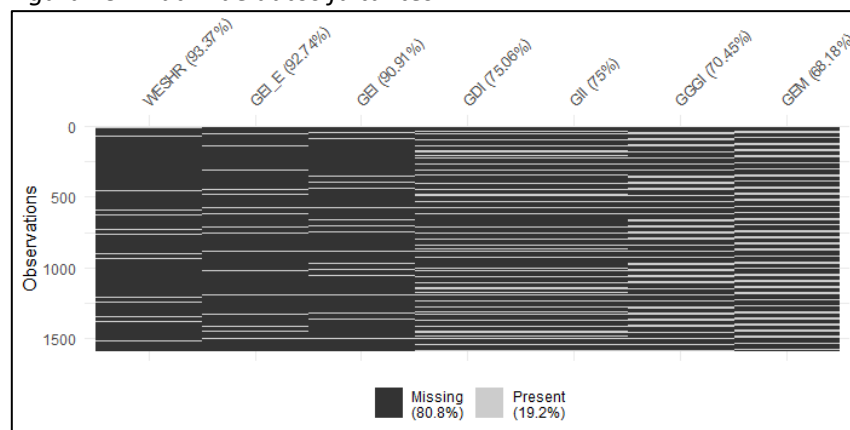
En cuanto a la serie de datos de los índices incluidos en esta descripción, el GEM fue el que tuvo la serie más completa, por tener mayores mediciones en el tiempo, seguido por GGGI y GII (Figura 19). El WESHR fue el que tuvo menos mediciones, y sólo WESHR y GEI-E no incluyeron la totalidad de países de la OCDE.

Tabla 21: Descripción Índices de inequidades en países de la OCDE 1975-2018

VARIABLES	Mediana [RIQ]	Promedio	Desv. Estand.	Rango posible	Min.	Max.
GII	0,12 [0,08 – 0,19]	0,15	0,10	0 – 1	0,00	0,63
GDI	2,50 [1,30 – 3,60]	2,80	2,18	0% – 100%*	0,00	16,50
GEM	0,64 [0,53 – 0,76]	0,64	0,15	0 – 1	0,23	0,93
GEI	74,00 [69,00 – 77,00]	72,32	8,69	0 – 100	45,00	89,00
GGGI	0,73 [0,69 – 0,76]	0,73	0,06	0 – 1	0,58	0,88
GEI-E	59,50 [53,15 – 68,80]	60,36	10,07	0 – 100	40,00	82,60
WESHR	6,32 [6,16 – 6,58]	6,33	0,29	1 – 14	5,30	6,94

Los valores fueron calculados con los datos totales disponibles por país y año para cada índice. GII = Índice de inequidad de género; GDI = Índice de desarrollo humano relativo al género; GEM = Medida de empoderamiento de género; GEI = Índice de equidad de género; GGGI = Índice de Brecha Global de Género; GEI-E = Índice de Equidad de Género – Europa; WESHR = Índice de logros de los derechos humanos económicos y sociales de las mujeres. El “Rango Posible” indica la escala de valores de cada índice. \*GDI calculado como valor absoluto (100 x |GDI-1|): <2,5% son países con alta igualdad; 2,5 – 5% son considerados países con igualdad media a alta; 5-7,5% son países con mediana igualdad; 7,5-10% son países con baja a mediana igualdad; y >10% son considerados con baja igualdad.

Figura 19: Matriz de datos faltantes I



La imagen representa los datos faltantes de los índices de inequidades de género de la base de datos. GII = Índice de inequidad de género; GDI = Índice de desarrollo humano relativo al género; GEM = Medida de empoderamiento de género; GEI = Índice de equidad de género; GGGI = Índice de Brecha Global de Género; GEI-E = Índice de Equidad de Género – Europa; WESHR = Índice de logros de los derechos humanos económicos y sociales de las mujeres. El “Rango Posible” indica la escala de valores de cada índice

### E) Priorización de los índices de inequidad de género

Para seleccionar el índice de inequidad de género a utilizar en el análisis posterior se realizó la priorización de los índices estudiados acorde a los criterios mencionados en la metodología. En base a ello, dos índices cumplieron con los criterios de dicha priorización: GGGI y GII como se observa en la Tabla 22. Ambos cumplieron con tener más de 4 años de mediciones (cubriendo hasta la actualidad), incluir al 100% de los países de la OCDE, y cubrir el 80% de las dimensiones propuestas por la ONU.

Dada esta priorización de los índices de inequidades de género, donde GII y GGGI cumplieron con los criterios mencionados, se decidió usar el GII para el análisis posterior, por ser un índice aceptado y ampliamente utilizado en la literatura (43–45,49,50,90). El GGGI se usó por tanto en el análisis de sensibilidad de los modelos.

Tabla 22: Criterios de priorización de los índices de inequidad de género

Índice	Países OCDE (n/%)	Años de medición (n / último año medido)	Cobertura ONU (%)
<b>GII</b>	<b>36 / 100% ✓</b>	<b>11 (2017) ✓</b>	<b>80% ✓</b>
GDI	36 / 100%	11 (2017)	60%
GEM	36 / 100%	14 (2009)	40%
GEI	36 / 100%	4 (2012)	60%
<b>GGGI</b>	<b>36 / 100% ✓</b>	<b>13 (2018) ✓</b>	<b>80% ✓</b>
GEI - E	23 / 63,9%	5 (2017)	80%
WESHR	31 / 86,1%	4 (1990)	80%

En la tabla se resumen los criterios para seleccionar el índice a utilizar en el modelo: incluir mayor porcentaje de países OCDE, tener más de 4 años de mediciones y cubrir mayor número de áreas respecto a lo planteado por la ONU. En rojo se destacan aquellos que no cumplieron los criterios y en azul los que cumplieron las tres condiciones. GII = Índice de inequidad de género; GDI = Índice de desarrollo humano relativo al género; GEM = Medida de empoderamiento de género; GEI = Índice de equidad de género; GGGI = Índice de Brecha Global de Género; GEI-E = Índice de Equidad de Género – Europa; WESHR = Índice de logros de los derechos humanos económicos y sociales de las mujeres.

## 2. Caracterización de los países de la OCDE de acuerdo con variables socioeconómicas y nivel de salud

Se realizó una base de datos con los 36 países actualmente pertenecientes a la OCDE (Anexo 1) para el período de 1975-2018, el cual fue el rango de años de estudio de los índices de inequidad de género encontrados. Esta base de datos incluyó un total de 56 variables de las cuales 7 corresponden a los índices de inequidad de género (descritos en el apartado anterior), 13 a variables culturales, económicas, políticas y sociales, y 35 a variables relacionadas con el nivel de salud poblacional (para el detalle de cada una ver el Anexo 4). Los datos de los índices seleccionados y las variables descritas fueron imputados para obtener una serie de datos completa, obteniéndose 1.584 datos por variable.

La información faltante de la base de datos original se pueden observar en la Figura 22 (el detalle de cada variable se puede encontrar en el Anexo 6). En las figuras 23-28, se pueden ver las comparaciones de la base de datos inicial con la base de datos imputados para los índices de inequidad de género seleccionados y las variables del estudio. La principal razón de los datos faltantes se debió a que algunas de las variables incorporadas comenzaron a presentar mediciones

constantes desde el año 90' en adelante (Figura 23 – 28), sumado a que se usaron diversas bases de datos con registros diferentes en tiempo y países incorporados (38,40,46,76–78).

La información de las estructuras familiares de Rijnma, A y Carmichael, S (79) no pudo ser incorporada al estudio porque sus datos no se encontraban como serie de tiempo.

A continuación, se describen las variables imputadas de la base de datos: índices de inequidades de género seleccionados; variables económicas; variables culturales, políticas y sociales y, finalmente, las variables de salud.

#### A) Índices de inequidades de género

Como se mencionó en la sección anterior, los índices de inequidad de género seleccionados fueron el GII y GGGI. Los valores de estos índices fueron imputados como parte de la base de datos, y el GGGI fue invertido en sus valores para simplificar la comparación ( $1 - \text{GGGI}$ ) con el GII, así ambos índices indican en 0 equidad total y en 1 inequidad total. La descripción de los valores imputados se muestra en la Tabla 23 y la comparación de los valores iniciales e imputados se pueden observar en la Figura 23.

Tabla 23: Descripción serie de datos en países de la OCDE 1975-2018. Índice de inequidades

Variables	Mediana [RIQ]	Promedio	Desv. Estand.	Rango posible	Min.	Max.
GII	0,16 [0,11 – 0,28]	0,20	0,12	0 – 1	0	0,63
GGGI	0,70 [0,67 – 0,74]	0,70	0,06	0 – 1	0,58	0,88
GGGI inv	0,30 [0,26 – 0,33]	0,30	0,06	0 – 1	0,12	0,42

Los valores presentados fueron calculados a partir de la serie de datos imputada. GII = Índice de inequidad de género; GGGI = Índice de Brecha Global de Género. GGGI inv es el índice invertido, donde 0 es equidad y 1 inequidad total al igual que GII.

#### B) Variables económicas

Dentro de las variables económicas incluidas se encontraban: el nivel de ingresos (PIB), nivel de desigualdad (GINI) y el nivel de empleo (desempleo hombres, desempleo mujeres y brecha de desempleo). En cuanto a estas variables, se destaca que sus variaciones tienen relación principalmente con los cambios en el tiempo, reflejando aumentos en el crecimiento económico, disminución del desempleo y las brechas de este.

Dentro las variables económicas, el PIB fue aquel con la mayor desviación estándar, debido a las diferencias económicas existentes entre los países de la OCDE sumado a los cambios que ha habido en el tiempo dentro de los mismos países, observándose además una gran diferencia entre el mínimo y máximo de esta variable (Tabla 24, Figura 24). La inequidad socioeconómica, también tiene una gran fluctuación en los países de la OCDE, donde el mínimo varía de 21 a 57,2 según el índice de GINI, y como se puede ver en la Figura 24, hay entre los países de la OCDE. El porcentaje de desempleo es en promedio mayor para mujeres, teniendo desviaciones estándares similares para hombres y mujeres (Tabla 24 y Figura 24).

Para el índice de GINI, la base de datos data de 1979-2017, pero la serie de datos contenía mayor cantidad de valores para los países de la OCDE solamente en el período de 2003-2016 (Figura 24), presentando 71,9% (n=1139) datos faltantes en la base de datos original, siendo aquel con mayor cantidad de datos perdidos de la serie.



Tabla 24: Descripción serie de datos en países de la OCDE 1975-2018. Variables económicas

Variables	Mediana [RIQ]	Promedio	SD	Min.	Max.
PIB	1,7E+11 [5,1e+10 - 5,2e+11]	7,2E+11	1,9E+12	1,4E+09	1,9E+13
Índice de Gini	32,6 [29,5 – 36,4]	33,5	5,86	21	57,2
% desempleo Hombres	6,60 [4,68 – 9,59]	7,63	4,47	0,2	25,60
% desempleo Mujeres	7,56 [5,05 – 10,75]	8,44	4,87	0,2	31,34
Brecha de desempleo	0,40 [-0,59 – 1,78]	0,84	2,86	-6,76	20,2

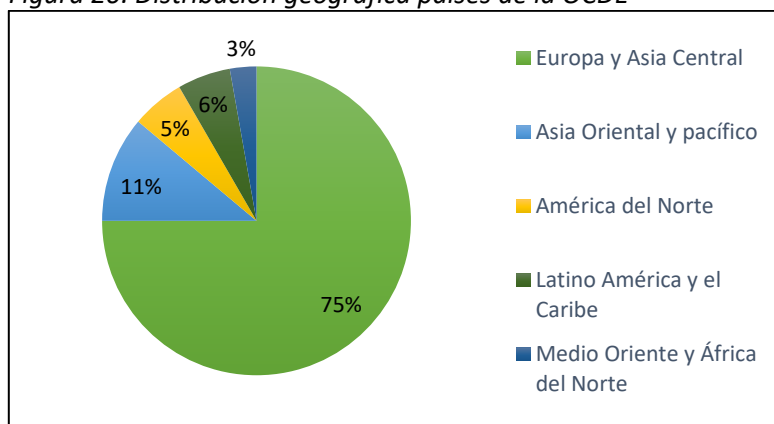
PIB = producto interno bruto, (US\$ a precios actuales); PPP = Dólares internacionales ajustados por paridad de poder de compra.

### C) Variables culturales, políticas y sociales

#### C.1) Variables geográficas y culturales

La distribución geográfica de los países de la OCDE en estudio muestra que estos son mayoritariamente países de Europa y Asia Central (75%, 27 países), siendo Medio Oriente y África del Norte las regiones con menor representación (solamente un país, Israel) (Figura 20).

Figura 20: Distribución geográfica países de la OCDE



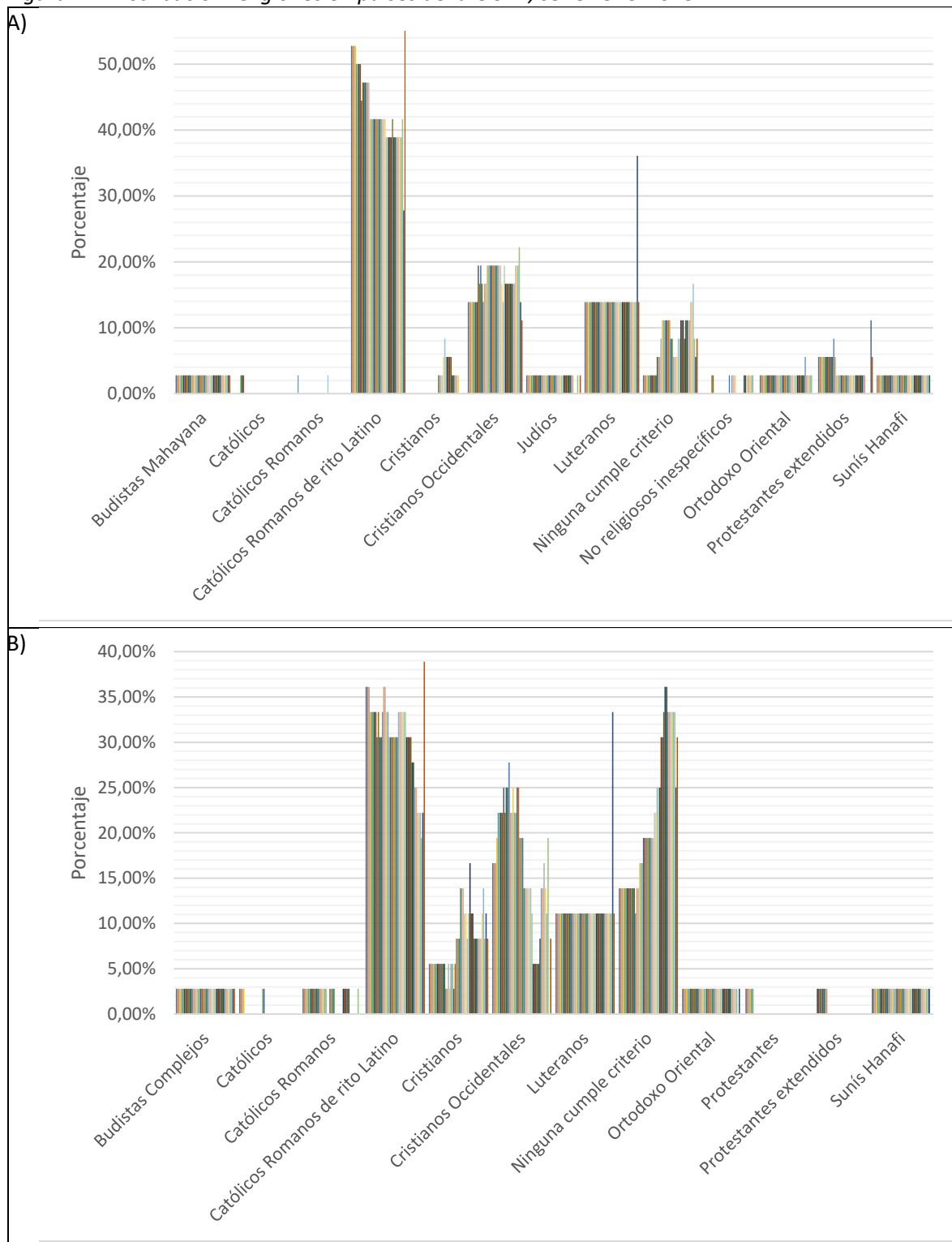
En la imagen se muestra el porcentaje de países OCDE pertenecientes a cada región

En cuanto a la distribución de las religiones dentro de los países de la OCDE, se observó constancia en el tiempo de varias de ellas. La religión Católica Romana de rito latino fue la que tuvo mayoría religiosa (MAJID) y supremacía religiosa (SUPID) en el periodo de estudio (Figura 21) (78). El segundo lugar en mayorías religiosas se encuentra cristianos occidentales, y en supremacías no hay claridad, ya que no hubo religión que cumpliera con los criterios (Figura 21).

Como se puede observar en la Figura 21, religiones como Budistas, Luteranos, Judíos, Ortodoxo Oriental o Sunís Hanafi, han mantenido sus adherentes en el tiempo en los países de la OCDE, sin embargo, religiones como la Católica Romana de rito latino, ha presentado descenso dentro de sus seguidores en el tiempo, así como se ha visto un aumento en aquellos que no siguen ninguna.

Los datos sobre las religiones (MAJID y SUPID) tuvieron la serie prácticamente completa en el periodo de estudio para los países de la OCDE (Figura 22, A), ya que la base de datos de ARDA mantiene un registro de las distribuciones de religiones que data de 1700 a 2015 (78).

Figura 21: Distribución religiones en países de la OCDE, serie 1975-2018



Los gráficos muestran la distribución de los países de la OCDE de 1975-2018 acorde a sus mayorías religiosas (50%+ en la población es adherente a la religión (imagen A)) o sus supremacías religiosas (66 2/3% o mayor de la población es adherente a la religión) (imagen B). Datos imputados en base a información *The Association of Religion Data Archives* (78)

## C.2) Variables políticas y sociales

Dentro de las variables políticas y sociales, se puede observar que los modelos políticos tienden a mantener democracias consolidadas en los países de la OCDE (Anexo 2), mostrando la mediana un valor de 10 y un promedio de 8,49 (Tabla 25 y Figura 25), aunque es posible observar valores negativos o inferiores, que reflejan momentos históricos de algunos de estos países que hayan vivido dictaduras o regímenes monárquicos en el período de estudio, especialmente previo al año 90'.

En relación a las políticas de género, se utilizó el índice comparativo de aborto, el cual en una escala que va desde 0 a 7, mide las condiciones de un país para que una mujer aborte, donde el puntaje máximo significa que se cumple con todos los criterios de acceso a servicios aborto establecidos (los cuales se detallan en el Anexo 3) (38). Se muestra que los países de la OCDE mantienen, en promedio condiciones de acceso a servicios aborto (38), reflejado en la muestra con una mediana de 7 y un promedio de 5,8, aunque también es posible vislumbrar que datos más actuales muestran que aún hay países de la OCDE que no alcanzan el máximo para esta medida (Tabla 25 y Figura 25).

El gasto en salud como porcentaje del PIB fue en promedio de 7,43%, teniendo una amplia variación, dado principalmente al aumento en el tiempo para este parámetro, caso similar sucede con el gasto en salud ajustado por paridad de compra y gasto en educación, todos mostrando un aumento en el periodo de estudio. Para la cobertura en salud, se observa una mediana de 100% y un promedio de 94,77%, y cuya variación en el tiempo demuestra una tendencia a la cobertura total en salud (Tabla 25).

Dentro de estas variables el gasto en salud tuvo la mayor cantidad de datos faltantes (61,3% ; n=972), tanto aquel en razón del PIB y aquel ajustado a dólares internacionales por paridad de poder de compra (Figura 22, A), ambos obtenidos de la base de datos del banco mundial (77). En estos casos, la base de datos original contenía serie de datos completa para los países de la OCDE, pero solamente para el periodo de 2000-2016 (Figura 25), el resto de los datos tuvieron que ser interpolados.

*Tabla 25: Descripción serie de datos en países de la OCDE 1975-2018. Variables políticas y sociales*

VARIABLES	Mediana [RIQ]	Promedio	SD	Min.	Max.
Modelos políticos	10 [9 – 10]	8,49	3,85	-8	10
Políticas de género	7 [5 – 7]	5,80	1,77	0	7
Gasto en salud (% PIB)	7,34 [5,87 – 8,51]	7,43	1,93	4,0	17,07
Gasto en salud (PPP)	1909,4 [816,5 – 2967,2]	2184,5	1558,09	434,2	9869,7
Gasto en Educación (% PIB)	4,92 [4,18 – 5,59]	4,92	1,26	1,45	8,56
Cobertura de salud	100 [97,7 – 100]	94,77	12,73	14,5	100,2

PIB (US\$ a precios actuales), producto interno bruto; PPP = Dólares internacionales ajustados por paridad de poder de compra

## D) Variables de salud

### D.1) Variables de salud poblacional

Los parámetros de salud poblacional muestran que para los países de la OCDE las mujeres presentan mayores valores de EVN y HALE, así como mayores valores de AVD que los hombres. Estos últimos

presentan mayor número de AVISA y AVPP en comparación a las mujeres (Tabla 26 y Figura 29), concordante con lo descrito en la literatura para estos países (2,11,46,80).

En el caso de la mortalidad por suicidio y cáncer pulmonar, se observa que ambas variables son mayores en hombres que en mujeres (Tabla 27 y Figura 29), y ambos han ido en disminución en el tiempo para los países de la OCDE (Figura 27), siendo coincidentes con los datos reportados, donde los hombres suelen tener mayores tasas para ambas variables (11).

En relación con las mortalidades específicas de las mujeres, la mortalidad materna presenta un promedio de 12,88 y la mortalidad por cáncer cervicouterino es en promedio de 7,14, tendiendo a la disminución en el tiempo ambas variables en los países de la OCDE (Figura 27 y Tabla 27), concordante con los reportes de la OMS, donde se destaca que las tasas de ambas son mayores en países en vía de desarrollo en comparación a países desarrollados (91,92).

*Tabla 26: Descripción serie de datos en países de la OCDE 1975-2018. Variables de Salud poblacional*

VARIABLES	Mediana [RIQ]	Promedio	SD	Min.	Max.
EVN poblacional	76,5 [73,6 – 84,1]	76,13	4,13	56,1	84,1
EVN hombres	73,2 [70,0 – 76,4]	72,88	4,65	53,9	81,7
EVN mujeres	76,5 [77,4 – 82,0]	76,13	4,13	56,1	84,1
HALE poblacional	67,4 [64,9 – 70,2]	67,55	3,19	60,6	74,8
HALE hombres	65,5 [61,9 – 68,2]	64,99	4,16	57,7	72,6
HALE mujeres	69,6 [68,1 – 71,8]	69,89	2,62	62,4	76,9
AVISA Poblacional	27841 [24631 - 31854]	29197	5826,59	19212	51251
AVISA hombres	29778 [26462 - 35896]	32153	7941,07	19680	64405
AVISA mujeres	26188 [23022 - 28652]	26532	4256,99	18753	39947
AVD Poblacional	1337858 [523351 - 4766951]	3783398	6498987,47	27840	43043639
AVD hombres	592866 [244288 - 2185380]	1717185	3013228,01	12649	19587256
AVD mujeres	741427 [290452 - 2565246]	2099698	3632847,03	15191	23456383
AVPP Poblacional	1688500 [778478 - 5884368]	4823057	8232039,84	29153	49531718
AVPP hombres	1000986 [447143 - 3907874]	2975685	4889869,62	16502	28456649
AVPP mujeres	725512 [324470 - 2369967]	2036265	3442679,00	12530	21075069

EVN = Esperanza de vida al nacer; HALE = Esperanza de vida de años saludables; AVISA = Años de Vida Ajustados por Discapacidad poblacional; AVD = Años de Vida Vividos con Discapacidad; AVPP = Años de Vida Potencialmente. Datos extraídos de OCDE, Health Status (34) y Global Health Observatory data repository (GHO) de la OMS (70) y Global Health Data Exchange (39)

*Tabla 27: Descripción serie de datos en países de la OCDE 1975-2018. Mortalidad por causas específicas*

VARIABLES	Mediana [RIQ]	Promedio	SD	Min.	Max.
Mortalidad materna*	7 [3,9 – 14,0]	12,88	18,57	0	152,5
Suicidio poblacional	13,4 [10 – 20,82]	16,46	9,97	1,7	51
Suicidio hombres	21,6 [14,7 – 32,92]	26,63	17,07	2,7	93,2
Suicidio mujeres	6,4 [4,4 – 10,7]	7,84	4,84	0,7	29,6
Cáncer cervicouterino	6,24 [4,79 – 9,56]	7,14	3,07	1,56	15,35
Cáncer pulmonar poblacional	43,65 [37,08 – 52,5]	44,6	12,88	10,8	78,8
Cáncer pulmonar hombres	81,4 [57,77 – 95,33]	78,9	27,50	15,1	151,5
Cáncer pulmonar mujeres	16,85 [11,8 – 25,82]	20,39	11,13	5,1	54,2

Los datos se refieren a las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes de cada variable. Datos extraídos de OCDE, Health Status (34) y Global Health Data Exchange (39). \* Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos.

#### D.2) Variables de condiciones de vida y factores de riesgo

En cuanto a las variables de condiciones de vida y factores de riesgo incorporados en el estudio, los datos a nivel poblacional apuntan a la disminución en el tiempo del consumo de tabaco y al aumento de la prevalencia del sobrepeso y obesidad (Figura 28).

Respecto a la prevalencia de depresión esta fue mayor en mujeres que en hombres, concordante con los valores reportados, donde esta suele ser mayor en mujeres, quienes además reportan y acuden más a los servicios de salud, en razón de los patrones de género (2,10,11,24,26,35).

El consumo de tabaco, la obesidad y sobrepeso fueron mayores en hombres para los países de la OCDE en el periodo de estudio (Tabla 28 y Figura 29). Ambas variables fueron consistentes con lo reportado en la literatura, donde los hombres suelen fumar más que las mujeres (11,26) y donde se ha reportado que para países OCDE o de altos ingresos, los hombres presentan mayor sobrepeso y las mujeres mayor obesidad (47,48,93).

La cobertura de realización del PAP fue en promedio de un 51,18% y ha tendido al aumento en el tiempo (Tabla 28 y Figura 28).

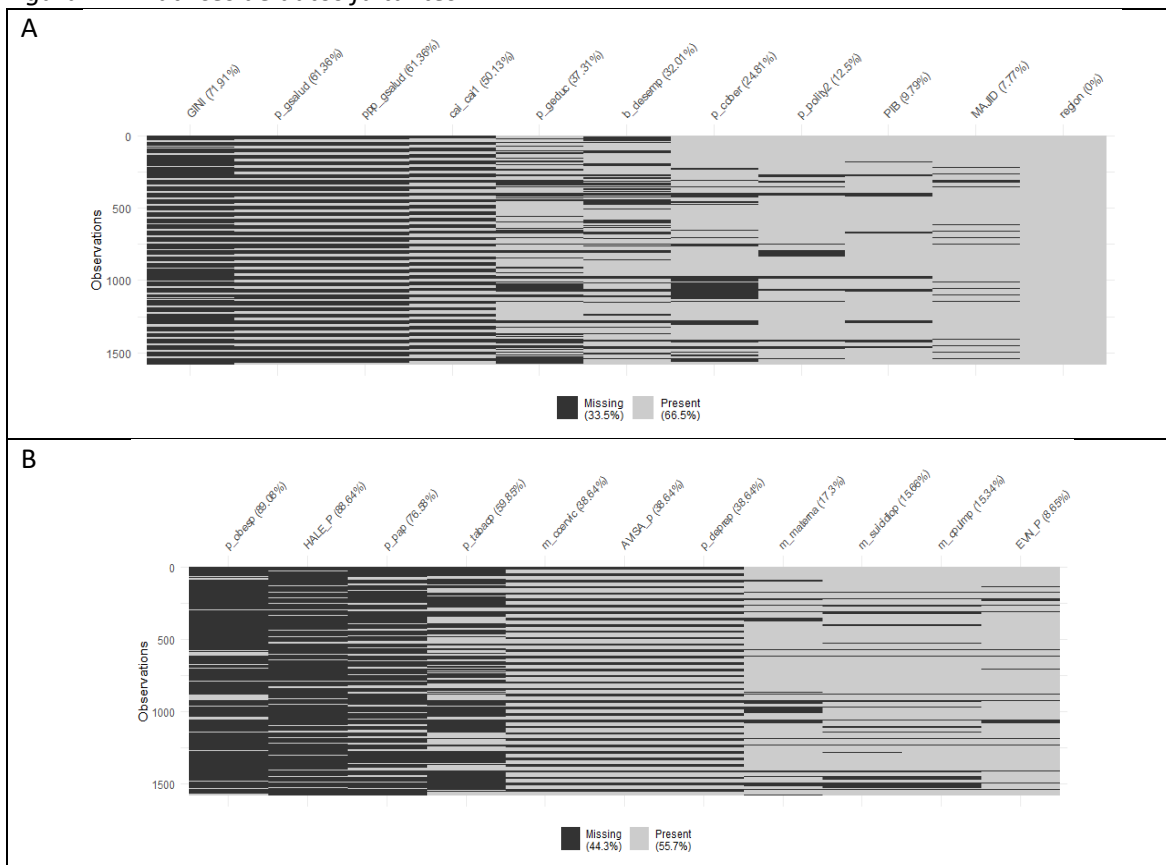
Para las variables de salud, aquellas con mayor cantidad de datos faltantes fueron las de prevalencia de obesidad y sobrepeso, HALE y realización del PAP, con 89,0%(n=1411), 88,6% (n=1404) y 76,6% (n=1213) datos faltantes, respectivamente (Figura 22, B). En el caso de la obesidad y sobrepeso, la base de datos de la OCDE contiene datos de algunos países desde 1978-2017 (40), con varios años sin información para varios de los países en estudio. Situación similar ocurre en el caso de las prevalencias del PAP, donde las bases de datos para esta variable fueron dos registros de la OCDE, los cuales contenían desde el año 2000 al 2017 (40) (Figura 26 y Figura 28).

*Tabla 28: Caracterización de las variables de estudio en países de la OCDE 1975-2018. Condiciones de vida*

Variable	Mediana [RIQ]	Promedio	SD	Min.	Max.
Prevalencia Depresión población	0,045 [0,040 – 0,049]	0,045	0,008	0,022	0,063
Prevalencia Depresión hombres	0,034 [0,029 – 0,038]	0,034	0,006	0,018	0,050
Prevalencia Depresión mujeres	0,055 [0,049 – 0,060]	0,054	0,010	0,027	0,075
% Realización PAP	49,9 [37,5 - 69,1]	51,18	20,29	6,3	90,6
% Consumo tabaco población	26 [21,9 – 31,0]	27,23	9,14	7,6	54
% Consumo tabaco hombres	32,8 [27,0 – 42,1]	34,76	12,67	9,1	76,2
% Consumo tabaco mujeres	19,3 [14,5 – 26,0]	20,75	9,06	3,4	47
% Obesidad y Sobrepeso población	56,2 [47,0 – 63,6]	53,73	12,87	18,6	74,2
% Obesidad y Sobrepeso hombres	62,3 [52,6 – 67,8]	57,89	12,98	16,8	74,1
% Obesidad y Sobrepeso mujeres	50,4 [41,4 – 60,0]	49,25	13,82	19,2	75,6

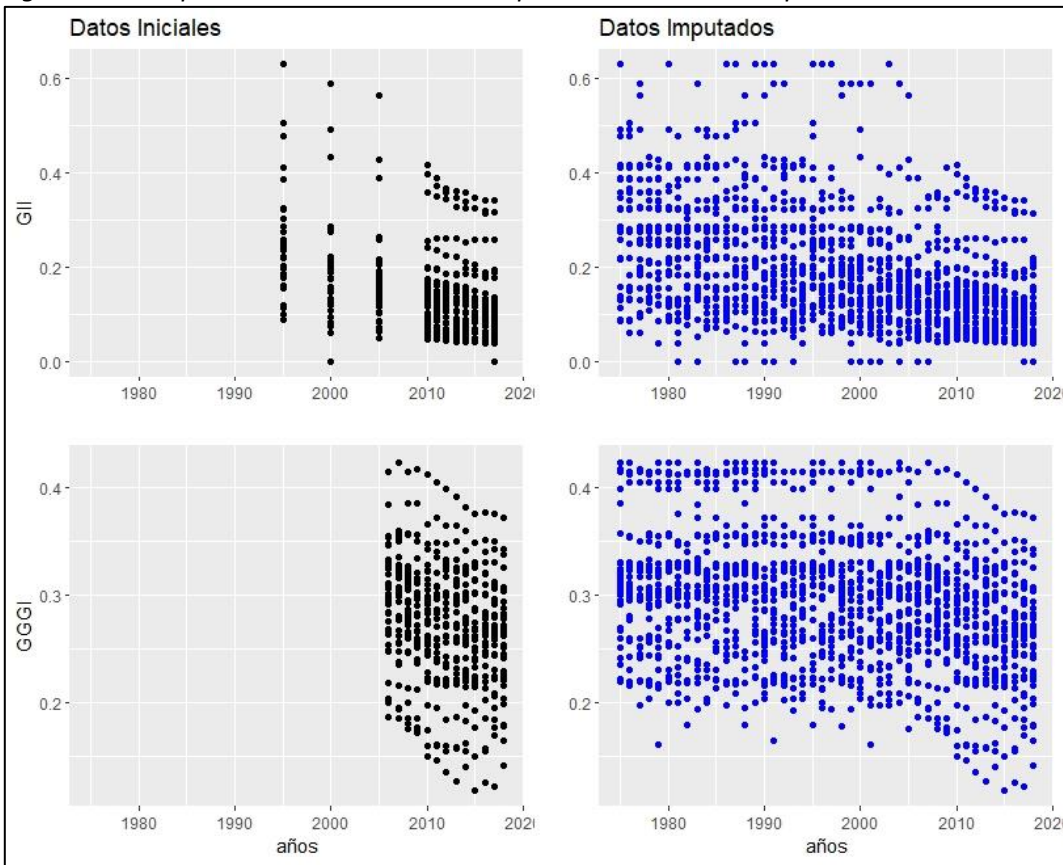
SD = desviación estándar; PAP = screening del examen de Papanicolau; Datos extraídos de OCDE, Health Status (40)

Figura 22: Matrices de datos faltantes II



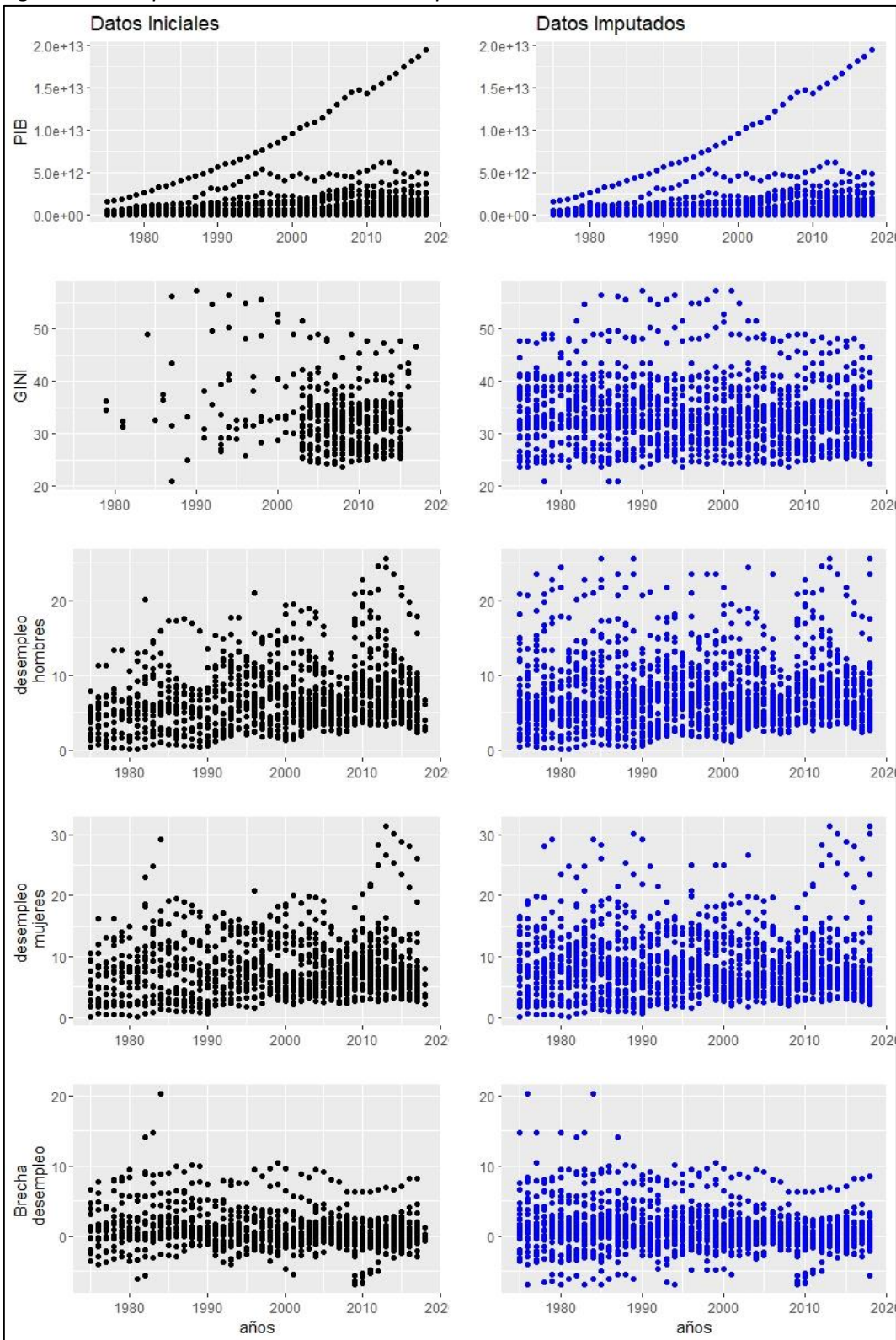
Las dos imágenes representan los datos faltantes de las variables y la base de datos. La imagen A corresponde a variables económicas, políticas, sociales y culturales, y la imagen B corresponde a las variables de salud.

Figura 23: Comparación datos iniciales e imputados. Índice de inequidades



A la izquierda (en negro) se grafican los datos no imputados y a la derecha los datos imputados (azul) para los índices seleccionados. GII = Índice de inequidad de género; GGGI = Índice de Brecha Global de Género. Los datos de GGGI fueron invertidos para su comparación como se detalla en la descripción.

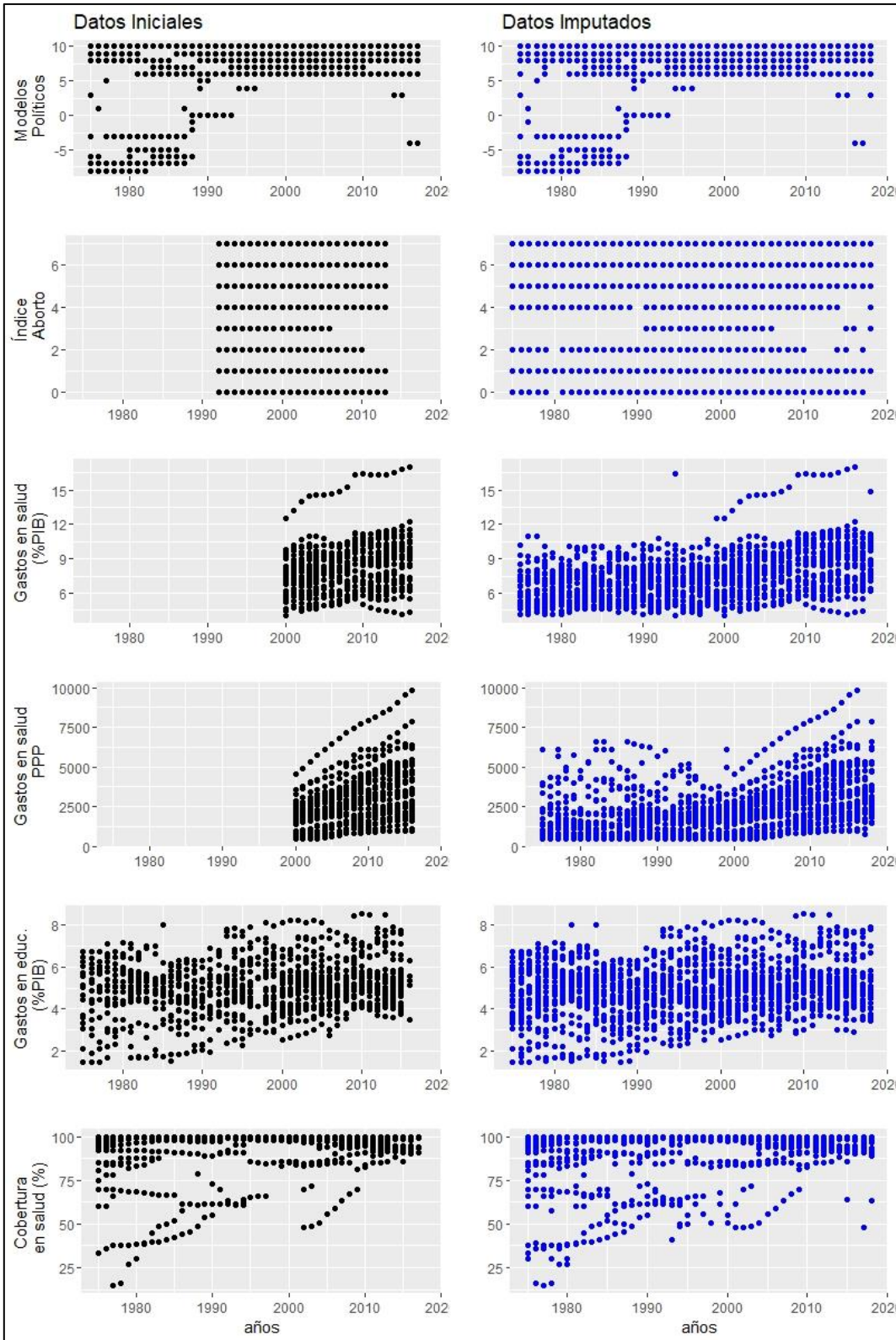
Figura 24: Comparación datos iniciales e imputados. Variables económicas



A la izquierda (en negro) se grafican los datos no imputados y a la derecha los datos imputados (azul) para las variables económicas

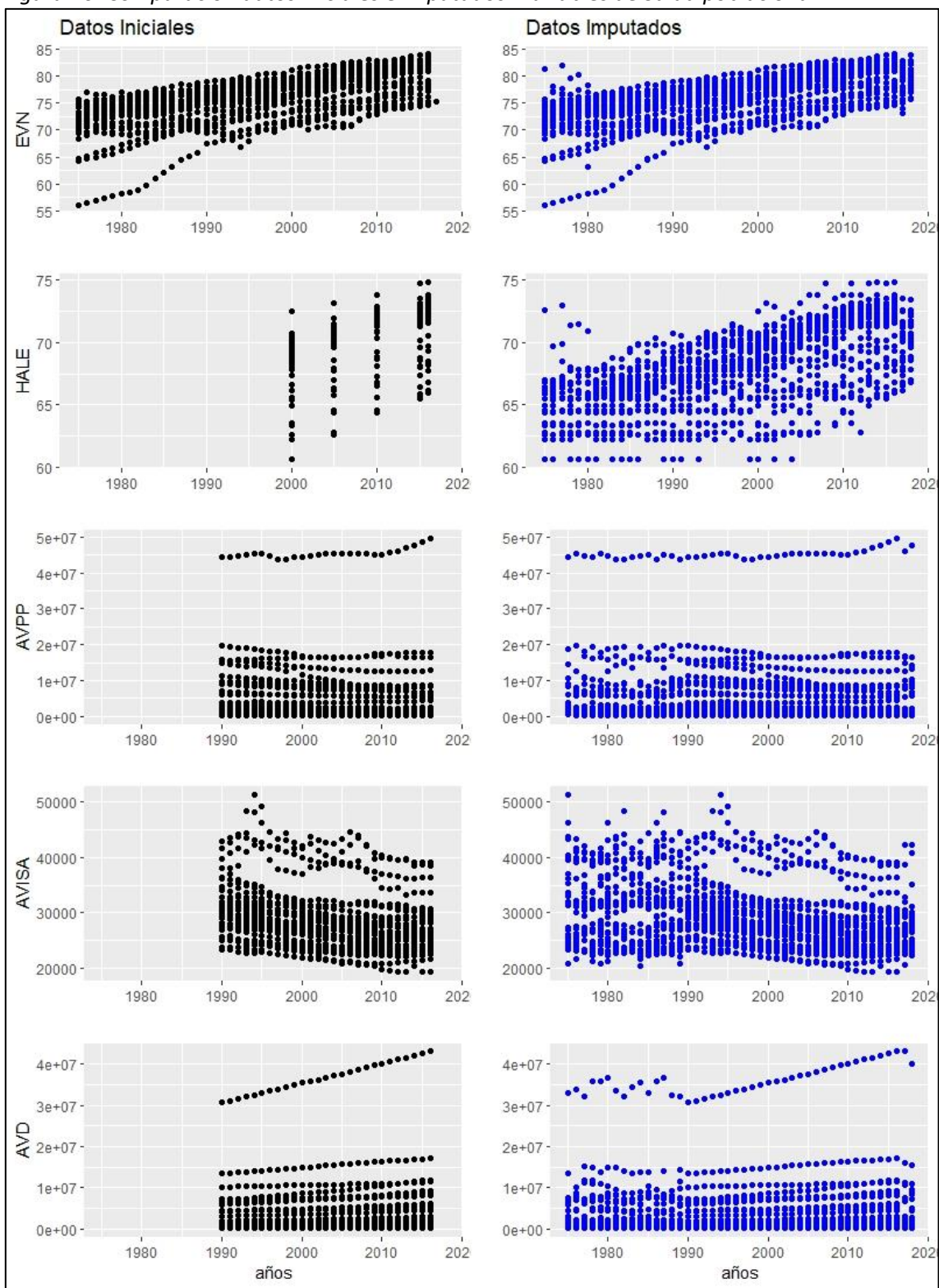


Figura 25: Comparación datos iniciales e imputados. Variables políticas y sociales



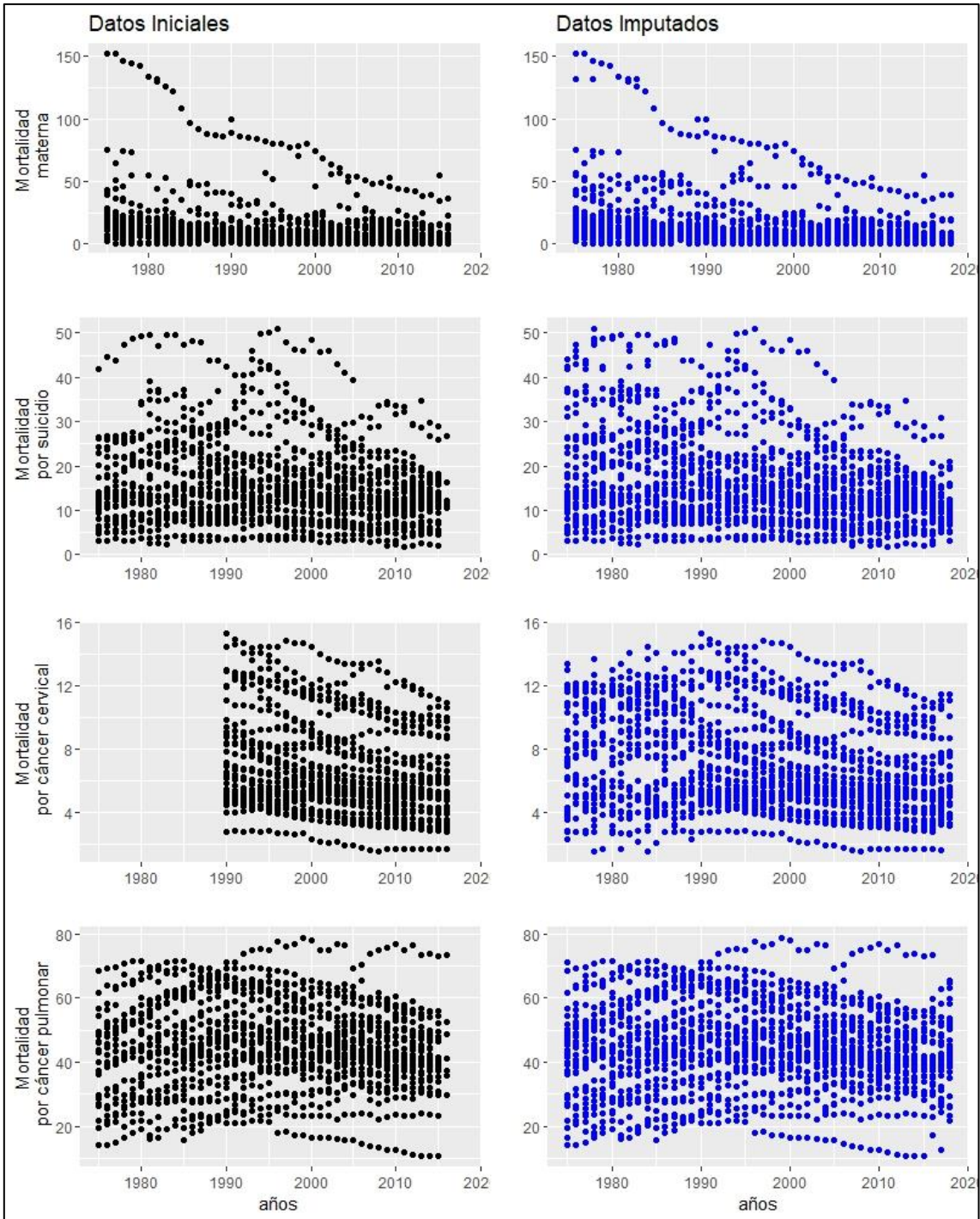
A la izquierda (en negro) se grafican los datos no imputados y a la derecha los datos imputados (azul) para las variables políticas y sociales

Figura 26: Comparación datos iniciales e imputados. Variables de Salud poblacional



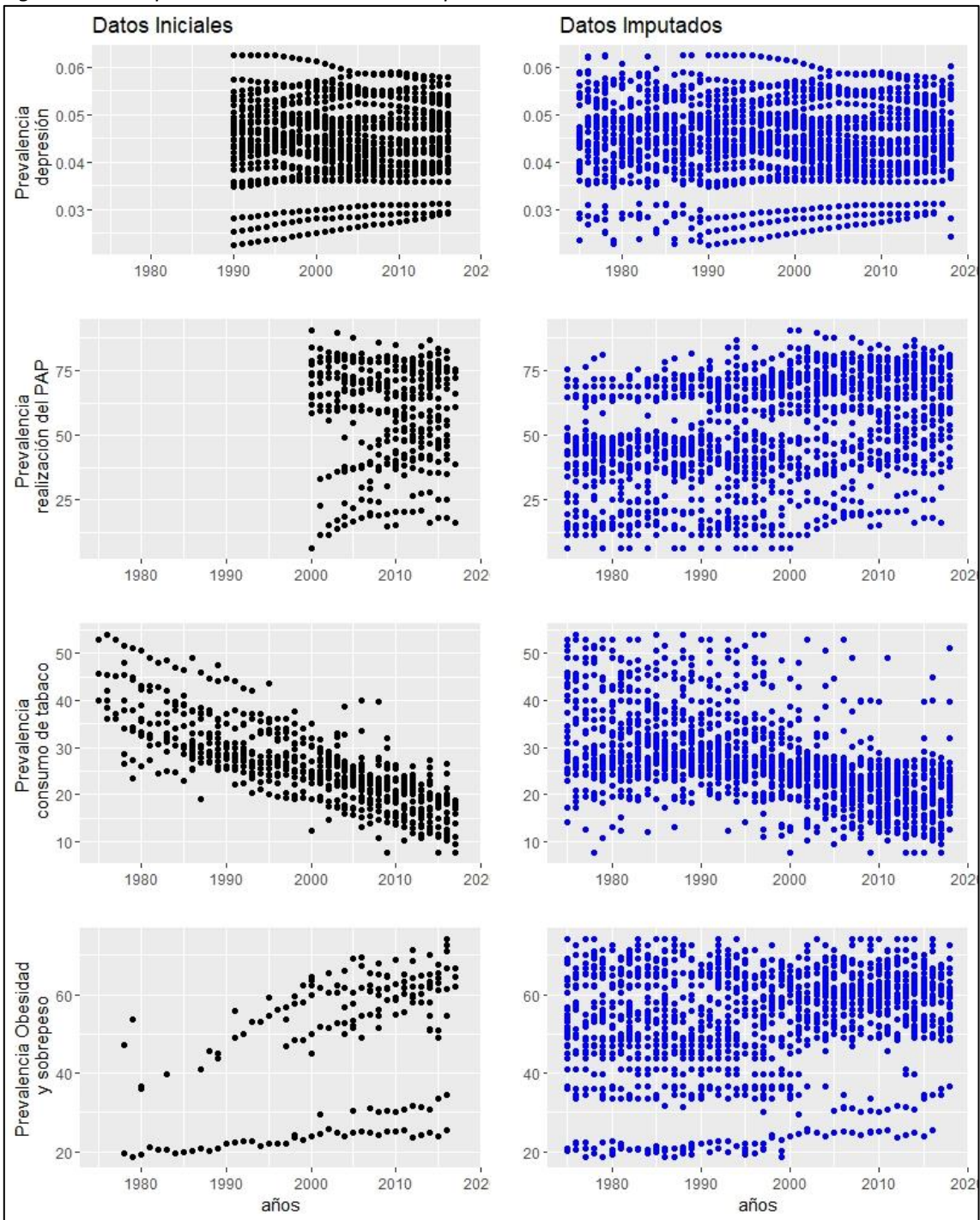
A la izquierda (en negro) se grafican los datos no imputados y a la derecha los datos imputados (azul) para las variables de salud poblacional: EVN = Esperanza de vida al nacer; HALE = Esperanza de vida de años saludables; AVISA = Años de Vida Ajustados por Discapacidad poblacional; AVD = Años de Vida Vividos con Discapacidad; AVPP = Años de Vida Potencialmente. Los gráficos muestran los valores poblacionales

Figura 27: Comparación datos iniciales e imputados. Mortalidad por causas específicas



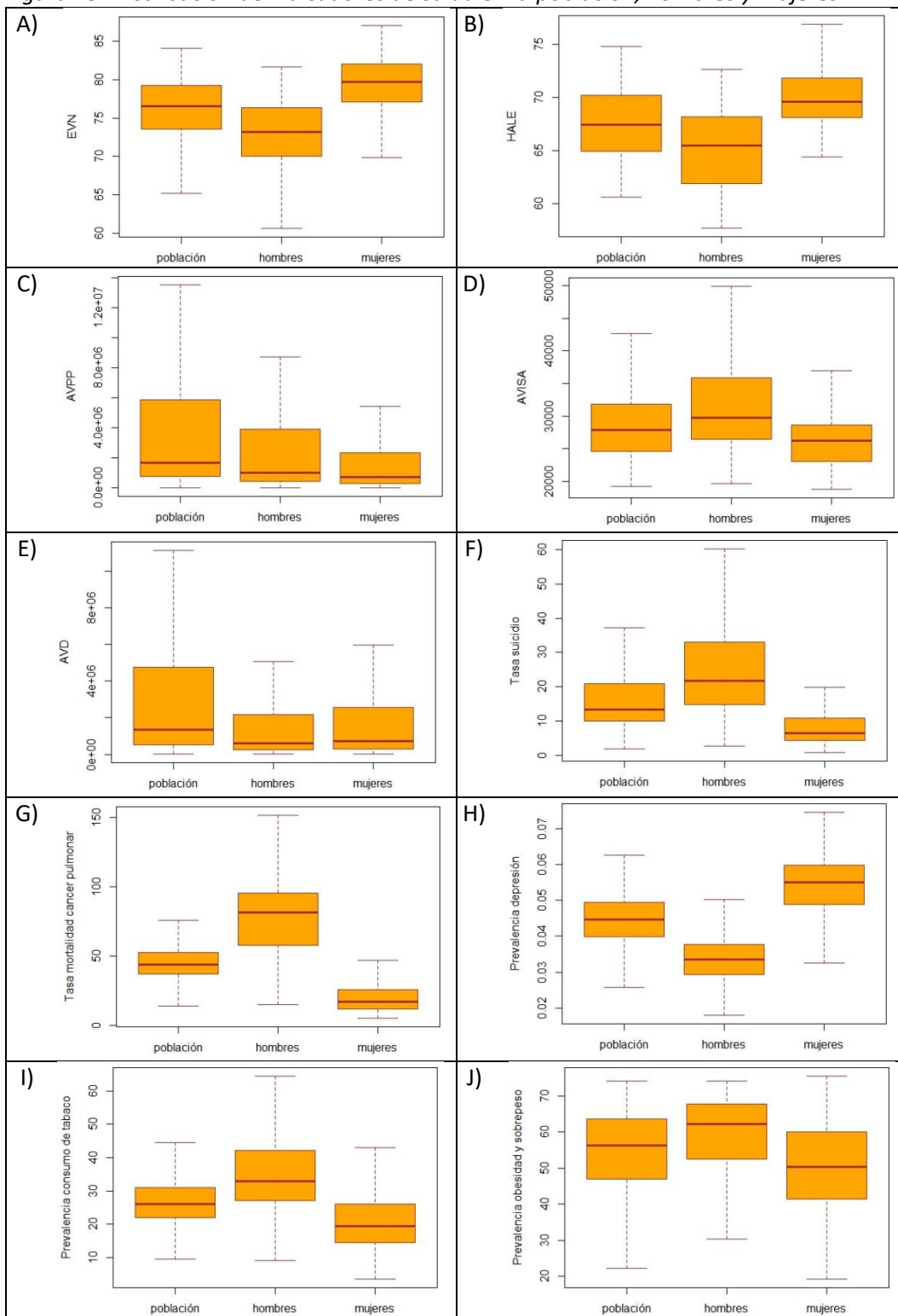
A la izquierda (en negro) se grafican los datos no imputados y a la derecha los datos imputados (azul) para mortalidades por causas específicas a nivel poblacional.

Figura 28: Comparación datos iniciales e imputados. Condiciones de vida



A la izquierda (en negro) se grafican los datos no imputados y a la derecha los datos imputados (azul) para las condiciones de vida poblacional

Figura 29: Distribución de indicadores de salud en la población, hombres y mujeres



Se muestran las distribuciones de parámetros de salud para la población, hombres y mujeres. A) EVN = Esperanza de vida al nacer; B) HALE = esperanza de vida saludable; C) AVPP = años de vida potencialmente perdidos; D) AVISA: Años de Vida Ajustados por Discapacidad; E) AVD: Años de Vida Vividos con Discapacidad; F) Tasa de Suicidio; G) Tasa de mortalidad por cáncer pulmonar; H) Prevalencia de depresión; I) Prevalencia consumo de tabaco; J) Prevalencia de sobre peso y obesidad

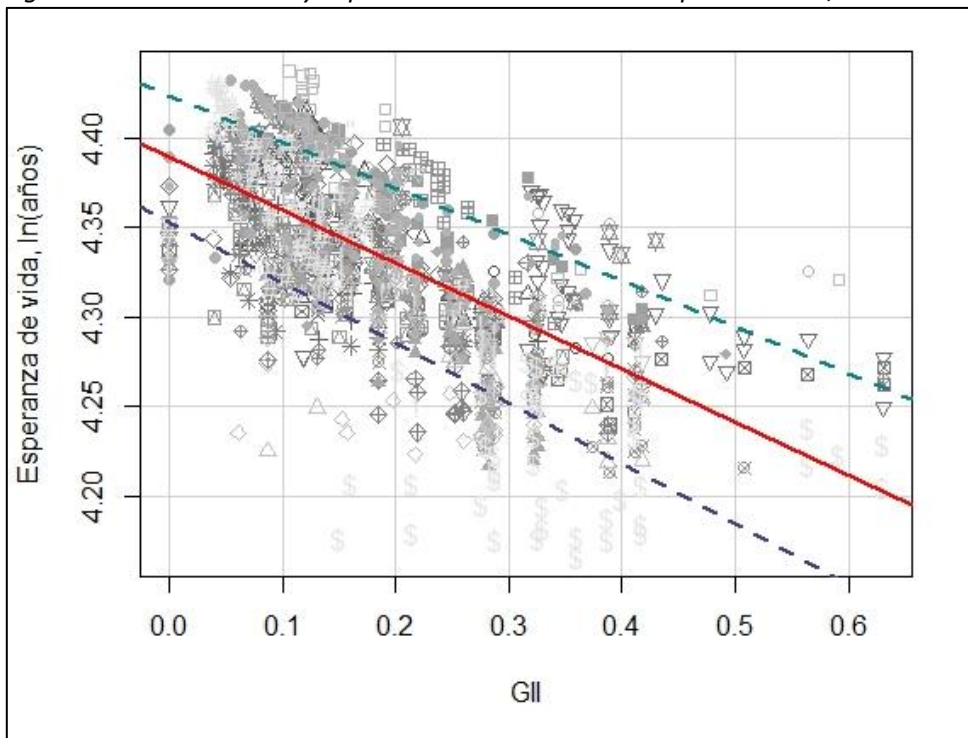
### 3. Medir la asociación entre inequidad de género con el nivel de salud poblacional en países de la OCDE

Los resultados obtenidos para medir la asociación de la inequidad de género y los resultados en salud se describen a continuación, primero para la asociación con variables de salud poblacional y luego para la asociación con variables de condiciones de vida y factores de riesgo.

#### A) Asociación para variables de salud poblacional

La primera parte del análisis se realizó para las variables de salud poblacional. En este, la inequidad de género se asoció de manera negativa con la expectativa de vida y años vividos con buena salud. Por cada 0,1 punto de aumento de GII (incremento de la desigualdad de género), la EVN disminuyó para la población en -0,31% (IC<sub>95</sub> -0,51% – -0,11%; p-valor 0,0024). En el caso de los hombres la reducción fue de -0,41% (IC<sub>95</sub> -0,64% – -0,19%; p-valor 0,00039) y para mujeres -0,25% (IC<sub>95</sub> -0,43% – -0,062%; p-valor 0,0092) (Tabla 29, Figura 30). Al expresar estos coeficientes en años, por cada 0,1 punto de aumento de la inequidad, la EVN disminuiría en 0,097 (IC<sub>95</sub> 0,095 - 0,099) años para la población, 0,096 (IC<sub>95</sub> 0,094 - 0,098) años para hombres y 0,098 (IC<sub>95</sub> 0,096 - 0,099) años para mujeres.

Figura 30: Asociación GII y Esperanza de vida al nacer en países OCDE, 1975-2018



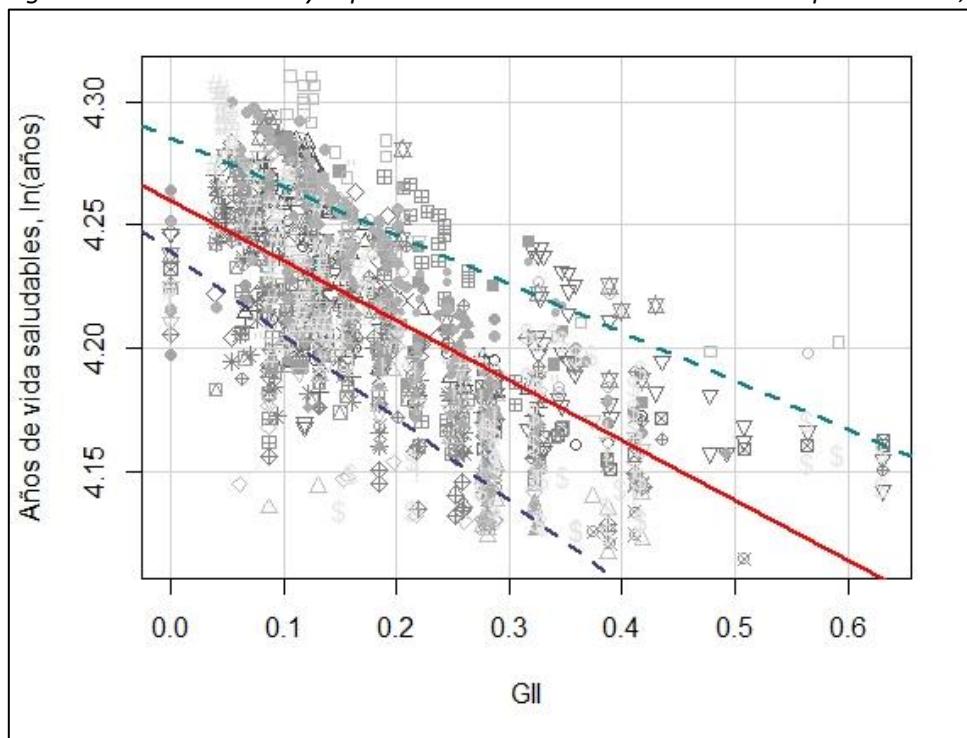
Modelo de regresión múltiple con GINI como confusor entre la inequidad de género y el resultado en salud (EVN) con ajuste mínimo el gasto en salud ajustado por paridad de compra, el modelo incorpora efectos fijos por país y año. La línea de regresión en turquesa corresponde a los datos poblacionales de mujeres, en azul a los de hombres y en rojo a la población total para la relación de la esperanza de vida y el GII. En gris se muestran los datos poblacionales por país.

Por otro lado, por cada 0,1 puntos de aumento de GII los años de vida saludables disminuyeron en la población general en -0,49% (IC<sub>95</sub> -0,67% – -0,31% ; p-valor <0,0001), para hombres -0,72% (IC<sub>95</sub> -0,92% – -0,52%; p-valor <0,0001) y para mujeres -0,54% (IC<sub>95</sub> -0,68% – -0,38% ; p-valor <0,0001) (Tabla 29, Figura 31). Al expresar estos coeficientes en años, por cada 0,1 punto de aumento de la

inequidad de género, los HALE disminuirían en 0,095 (IC<sub>95</sub> 0,093 - 0,097) años para la población general, 0,093 (IC<sub>95</sub> 0,091 - 0,095) años para hombres y 0,095 (IC<sub>95</sub> 0,093 - 0,096) años para mujeres.

Tanto para la EVN como para los HALE la magnitud del efecto porcentual observado fue mayor para los hombres, pero no se puede descartar que estos valores sean idénticos.

Figura 31: Asociación GII y Esperanza de años de vida saludables en países OCDE, 1975-2018



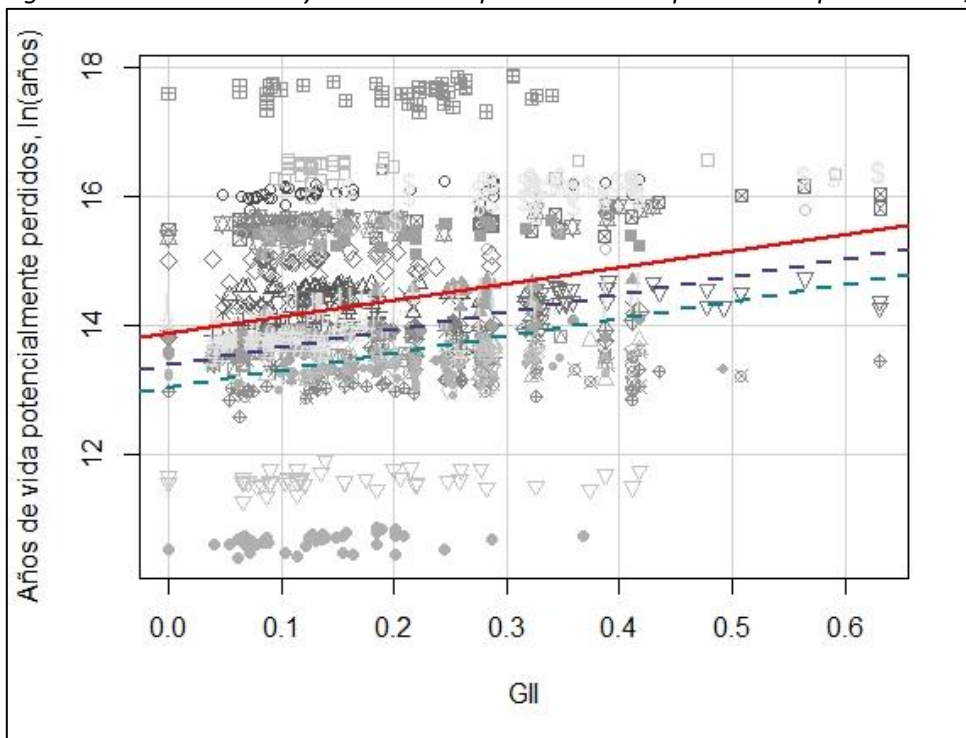
Modelo de regresión múltiple con GINI como confusor entre la inequidad de género y el resultado en salud (HALE) con ajuste mínimo el gasto en salud ajustado por paridad de compra, el modelo incorpora efectos fijos por país y año. La línea de regresión en turquesa corresponde a los datos poblacionales de mujeres, en azul a los de hombres y en rojo a la población total para la relación de la esperanza de vida saludable y el GII. En gris se muestran los datos poblacionales por país

Concordantemente, una mayor equidad de género se asoció a una disminución de la mortalidad prematura, tanto para la población general 7,3% (IC<sub>95</sub> 0,082% – 20,04%; p-valor 0,047), hombres 11,0% (IC<sub>95</sub> 1,2% – 30,6%, p-valor 0,02) y mujeres 8,2% (IC<sub>95</sub> 0,61% – 20,04%, p-valor 0,03) (Figura 32), siendo mayor la magnitud del efecto observado en estos últimos, aunque no se puede descartar que sean idénticos para hombres y mujeres. Al expresar estos coeficientes en años, por cada 0,1 punto de aumento del GII, los AVPP aumentarían en 0,17 (IC<sub>95</sub> 0,10 – 0,30) años por persona para la población general, 0,21 (IC<sub>95</sub> 0,11 – 0,41) años para hombres y 0,18 (IC<sub>95</sub> 0,18 – 0,30) años para mujeres.

La mortalidad por suicidio se asoció a una reducción por cada 0,1 puntos del GII equivalente a -4,0% (IC<sub>95</sub> -5,5% – -2,1%, p-valor 0,00037) en la población general, -4,1% (IC<sub>95</sub> -5,5% – -2,1%, p-valor 0,00033) en hombres, y -4,0% (IC<sub>95</sub> -5,6% – -1,9%, p-valor 0,00095) en mujeres (Tabla 29).

Por otro lado, la mortalidad por cáncer pulmonar, se asoció negativamente con GII, a nivel poblacional -2,0% (IC<sub>95</sub> -2,9% – -1,04%, p-valor 0,00012), hombres -3,1% (IC<sub>95</sub> -4,3% – -1,7%, p-valor <0,0001) y mujeres -2,4% (IC<sub>95</sub> -3,3% – -1,4%, p-valor <0,0001) (Tabla 29).

Figura 32: Asociación GII y Años de vida potencialmente perdidos en países OCDE, 1975-2018



Modelo de regresión múltiple con GINI como confusor entre la inequidad de género y el resultado en salud (AVPP) con ajuste mínimo el gasto en salud ajustado por paridad de compra, el modelo incorpora efectos fijos por país y año. La línea de regresión en turquesa corresponde a los datos poblacionales de mujeres, en azul a los de hombres y en rojo a la población total para la relación de los años de vida potencialmente perdidos y el GII. En gris se muestran los datos poblacionales por país

No se identificó una asociación entre el índice de equidad de género con los AVISA, AVD o mortalidad por cáncer cervicouterino, aunque la dirección del efecto de los coeficientes fue consistente con los demás resultados encontrados.

En el análisis de sensibilidad, los resultados mostraron ser robustos a distintas especificaciones de modelos causales (Ver Anexo 7: Análisis de sensibilidad). Sin embargo, para algunos de los desenlaces los resultados son sensibles al modificar el índice de equidad de género utilizado, manteniéndose la asociación sólo para los AVPP y Mortalidad por suicidio (Ver Anexo 7: Análisis de sensibilidad). Nótese que los HALE no pudieron ser evaluados utilizando GGGI, dado que están contenidos en su cálculo, sumado a que la mortalidad materna no pudo ser evaluada, ya que es una variable contenida en el GII.



Tabla 29: Modelo de regresión en variables de salud poblacional en países OCDE, 1975-2018

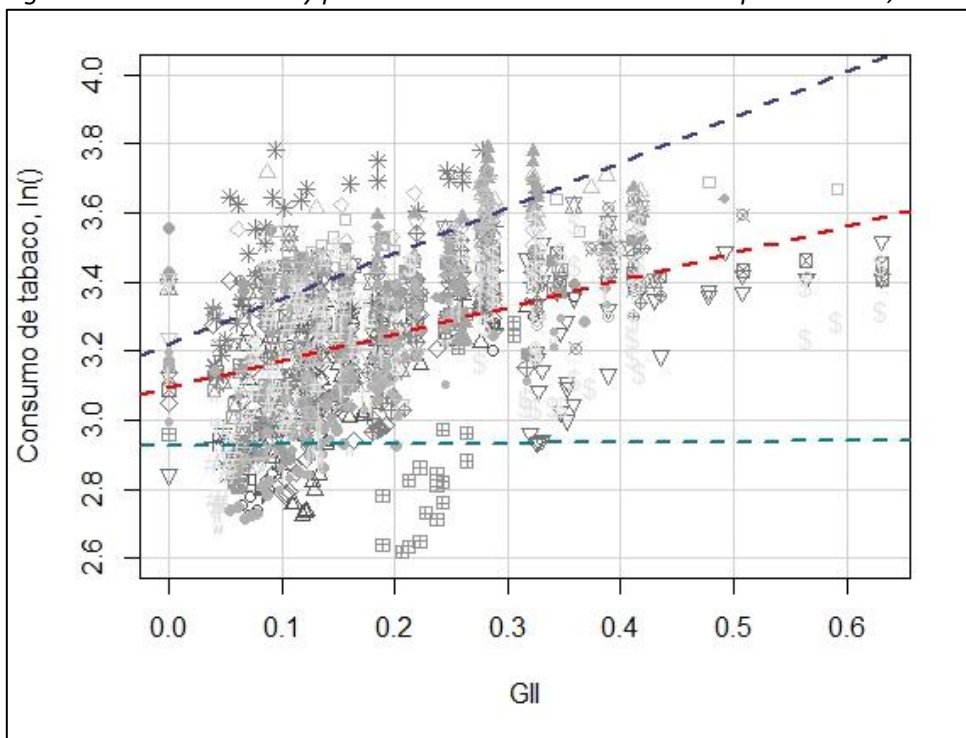
Variable	GII poblacional	n	R <sup>2</sup> Ajustado	GII hombres	n	R <sup>2</sup> Ajustado	GII mujeres	n	R <sup>2</sup> Ajustado
<b>EVN</b>	-0,31%** (0,0024) [-0,51% – -0,11%]	1584	0,827	-0,41%*** (0,00039) [-0,64% – -0,19%]	1584	0,8581	-0,25%** (0,0092) [-0,43% – -0,062%]	1584	0,8396
<b>HALE</b>	-0,49%*** (<0,0001) [-0,67% – -0,31%]	1584	0,7767	-0,72%*** (<0,0001) [-0,92% – -0,52%]	1584	0,8321	-0,54%*** (<0,0001) [-0,68% – -0,38%]	1584	0,7383
<b>AVPP</b>	7,3%* (0,047) [0,082% – 20,04%]	1584	0,8289	11,0%* (0,02) [1,2% – 30,6%]	1584	0,7596	8,2%* (0,03) [0,61% – 20,04%]	1584	0,8025
<b>AVISA</b>	0,52% (0,36) [-0,60% – 1,7%]	1584	0,4386	0,80% (0,25) [-0,52% – 2,3%]	1584	0,4622	0,13% (0,78) [-0,78% – 1,2%]	1584	0,4077
<b>AVD</b>	4,05% (0,28) [-2,4% – 15,6%]	1584	0,7745	5,1% (0,16) [-1,5% – 16,6%]	1584	0,8073	4,05% (0,23) [-1,9% – 14,1%]	1584	0,8136
<b>Suicidio</b>	-4,0%*** (0,00037) [-5,5% – -2,1%]	1584	0,6879	-4,1%*** (0,00033) [-5,5% – -2,1%]	1584	0,6897	-4,0%*** (0,00095) [-5,6% – -1,9%]	1584	0,6825
<b>Cáncer Pulmonar</b>	-2,0%*** (0,00012) [-2,9% – -1,04%]	1584	0,8061	-3,1%*** (<0,0001) [-4,3% – -1,7%]	1584	0,7375	-2,4%*** (<0,0001) [-3,3% – -1,4%]	1584	0,8726
<b>Cáncer Cervical</b>	-	-	-	-	-	-	2,2% (0,088) [-0,29% – 5,2%]	1584	0,5596

Modelo de regresión múltiple con GINI como confusor entre la inequidad de género y el resultado en salud con ajuste mínimo el gasto en salud ajustado por paridad de compra, el modelo incorpora efectos fijos por país y año. Los resultados en salud corresponden a: EVN = Esperanza de vida al nacer, HALE = Esperanza de vida de años saludables, AVPP = Años de Vida Potencialmente Perdidos, AVISA = Años de Vida Ajustados por Discapacidad, AVD = Años de Vida Vividos con Discapacidad Los valores representan el efecto proporcional sobre la variable por cada 0.1 punto de modificación del GII: [(exp(coef)-1)\*100]/10., en paréntesis “()” se encuentra el p valor y corchetes “[ ]” el IC<sub>95</sub>. p-valor: 0 ‘\*\*\*\*’ 0,001 ‘\*\*\*’ 0,01 ‘\*\*’ 0,05 ‘\*’

**B) Asociación para variables de condiciones de vida y factores de riesgo**

La inequidad de género se correlacionó de manera positiva con el consumo de tabaco en hombres 2,1% (IC<sub>95</sub> 0,28% -- 4,2%, p-valor 0,022), asociación que no se observó para la población general ni para las mujeres (Tabla 30 y Figura 33). Se observa también que el modelo se ajusta mejor para hombres que para mujeres (R<sup>2</sup> Ajustado 0,5716 vs 0,2859, respectivamente) (Tabla 30).

**Figura 33: Asociación GII y prevalencia consumo de tabaco en países OCDE, 1975-2018**



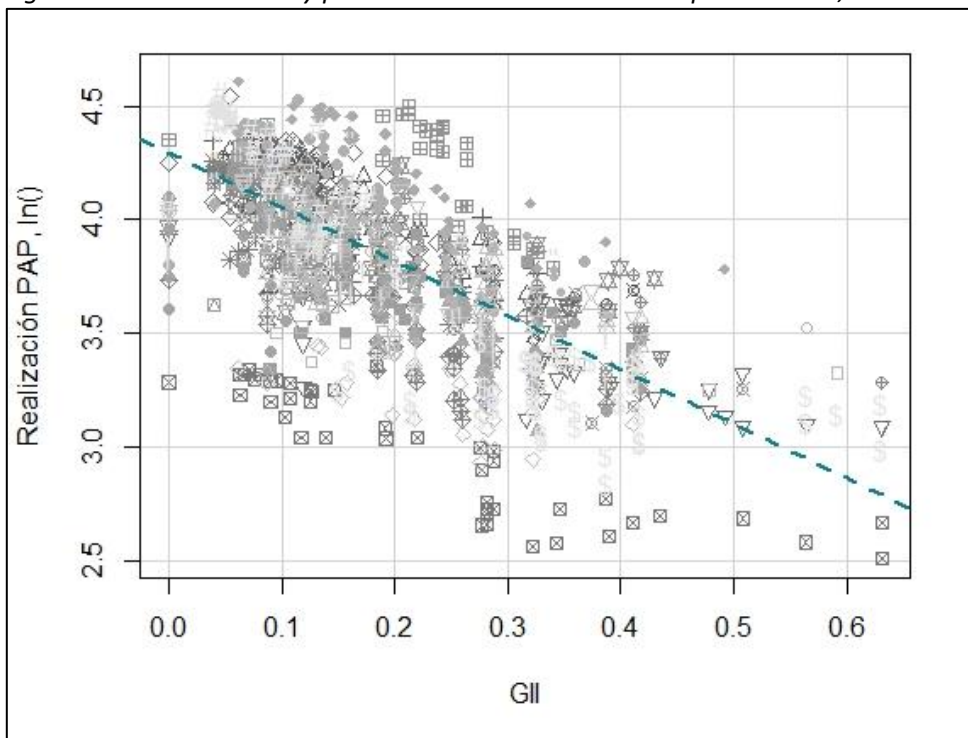
Modelo de regresión múltiple con GINI como confusor entre la inequidad de género y el resultado en salud (consumo de tabaco) con ajuste mínimo el gasto en salud ajustado por paridad de compra, el modelo incorpora efectos fijos por país y año. La línea de regresión en turquesa corresponde a los datos poblacionales de mujeres, en azul a los de hombres y en rojo a la población total para la relación de la prevalencia de consumo de tabaco y el GII. En gris se muestran los datos poblacionales por país

La inequidad de género se correlacionó de manera negativa con la realización del PAP, mostrando que por cada 0,1 punto de aumento del GII (aumento de inequidad), la realización del PAP disminuye -4,9% (IC<sub>95</sub> -6,1% -- -3,1%, p-valor <0,0001) (Tabla 30 y Figura 34).

La inequidad de género no tuvo asociaciones significativas con las prevalencias de sobrepeso y obesidad ni con depresión, aunque en este último el modelo se ajustó mejor en mujeres que en hombres (R<sup>2</sup> Ajustado 0,6992 vs 0,3943, respectivamente).

En el análisis de sensibilidad los resultados son robustos a distintas especificaciones de modelos causales para las prevalencias de condiciones de vida y factores de riesgo, excepto para la prevalencia de depresión en la población, donde sólo el modelo 3 presenta tendencia negativa, el resto es positivo (Anexo 7). Sin embargo, para algunos de los desenlaces los resultados son sensibles al modificar el índice de equidad de género utilizado, manteniéndose la asociación sólo para la realización de PAP en mujeres y consumo de tabaco en hombres (ver Anexo 7: Análisis de sensibilidad para más detalles).

Figura 34: Asociación GII y prevalencia realización PAP en países OCDE, 1975-2018



Modelo de regresión múltiple con GINI como confusor entre la inequidad de género y el resultado en salud (prevalencia de realización del PAP) con ajuste mínimo el gasto en salud ajustado por paridad de compra, el modelo incorpora efectos fijos por país y año. La línea de regresión en turquesa corresponde a los datos poblacionales de mujeres para la relación de la prevalencia de realización del examen preventivo PAP y el GII. En gris se muestran los datos por país.

Tabla 30: Modelo de regresión en variables de prevalencias de condiciones de vida en países OCDE, 1975-2018

Variable	GII poblacional	n	R <sup>2</sup> Ajustado	GII hombres	n	R <sup>2</sup> Ajustado	GII mujeres	n	R <sup>2</sup> Ajustado
<b>Depresión</b>	0,13% (0,84) [-1,04% – 1,34%]	1584	0,3144	-0,68% (0,18) [-1,6% – 0,34%]	1584	0,3943	-0,79% (0,14) [-1,7% – 0,27%]	1584	0,6992
<b>Realización PAP</b>	-	-	-	-	-	-	-4,9%*** (<0,0001) [-6,1% – -3,1%]	1584	0,5662
<b>Consumo de tabaco</b>	1,05% (0,23) [-0,63% – 3,1%]	1584	0,4475	2,1%* (0,022) [0,28% – 4,2%]	1584	0,5716	-0,89% (0,52) [-3,1% – 2,09%]	1584	0,2859
<b>Sobrepeso y obesidad</b>	0,048% (0,96) [-1,5% – 1,9%]	1584	0,3445	-0,45% (0,61) [-2,0% – 1,4%]	1584	0,3413	0,26% (0,79) [-1,5% – 2,3%]	1584	0,3028

Modelo de regresión múltiple con GINI como confusor entre la inequidad de género y el resultado en salud con ajuste mínimo el gasto en salud ajustado por paridad de compra, el modelo incorpora efectos fijos por país y año. Los valores representan el efecto proporcional sobre la variable por cada 0,1 punto de modificación del GII:  $[(\exp(\text{coef})-1)*100]/10$ , en paréntesis “()” se encuentra el p valor y corchetes “[ ]” el IC<sub>95</sub>. p-valor: 0 ‘\*\*\*\*’ 0.001 ‘\*\*\*’ 0.01 ‘\*\*’ 0.05 ‘\*’

## CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN

### 1. Índices de inequidades de género

En el análisis se identificaron 7 índices que miden las inequidades de género en los países de la OCDE. Estos índices identificados fueron en muchas ocasiones descritos en otros estudios de similares características (57–59).

Al analizar la variación de los índices de inequidades de género en el periodo de estudio, se observa que casi todos muestran una reducción de las inequidades de género a través del tiempo. La mayoría presenta mediciones actualizadas, excepto WESHR, GEI y GEM. Los dos primeros fueron creados por organizaciones no gubernamentales. WESHR, fue un índice experimental creado bajo el contexto de la necesidad de tener una visión más completa de las inequidades de género, que se estaban comenzando a medir en la década de los '90, junto con las mediciones del GEM y GDI por el PNUD en ese periodo (61). Mientras que el segundo, el GEI, fue creado por una organización no gubernamental, y cuyo objetivo era contribuir en la visualización de una de las tantas inequidades existentes en los países del mundo, no aclara las razones de su no continuidad, por lo que no es posible saber si se contará nuevamente con valores para este índice (68).

En lo referente a la cobertura de los aspectos que propone la ONU, ningún índice cumplió con el 100% de los aspectos, encontrándose un máximo de cobertura de 80%, habiendo algunos aspectos, como el de estructuras económicas y acceso a recursos que todos los índices consideraron, y otros como el de derechos humanos de mujeres y niñas/niños que solamente uno de ellos incorporó (WESHR).

Respecto a lo anterior, cabe destacar que la composición de un índice es compleja, sobre todo en un tema como lo son las inequidades de género, pues como se señala en un informe del PNUD, “este es un difícil esfuerzo - en parte por las complejidades conceptuales y los datos deficientes, pero también porque algunos aspectos no son medibles de manera cuantitativa” (87). Así mismo, la cantidad de indicadores destinados al estudio de cada aspecto varía por cada índice, lo que da indicios del objetivo como del concepto que cada institución le otorga a las inequidades de género.

En el caso de los índices creados por el PNUD (GDI, GII y GEM), estos contienen pocos indicadores, pero logran incluir diversos aspectos para que su composición sea simple pero completa. El GEM es el que menos aspectos abarcó (40%), pues como lo indica su nombre, estaba enfocado en el empoderamiento de la mujer, razón por la cual se dejó de utilizar, pues no estaba midiendo en su gran complejidad las inequidades de género. Además, GEM y GDI, han sido ampliamente criticados, en especial porque se señala que no miden inequidades de género propiamente tal, sino más bien miden una serie de logros para ambos sexos, combinando niveles de desarrollo con medidas de inequidades de género (57,58,60,62,87,90,94), y como se señala en un policy brief de la OCDE del año 2005, “ambos índices (...) miden los resultados de las discriminaciones de género más que intentar comprender las causas subyacentes” (95). Además, se ha señalado que estos índices mantienen una alta relación con el ingreso per cápita de los países, siendo muy sensibles a los ingresos, y no a las inequidades de género (62,94).

La creación de GII, como mencionan diversos autores, viene a subsanar deficiencias detectadas tanto en el GDI como en el GEM. Lo que más se recalca en este índice es el uso de las medias geométricas y armónicas para el cálculo del índice y la incorporación de dimensiones no usadas previamente (58,87,90,94). Además de incorporar medidas de empoderamiento, que antes se encontraban divididas en GDI (indicadores de bienestar) y GEM (indicadores económicos y poder político) (58,87,94). Cabe recalcar, que el GII se ha convertido en uno de los índices más usados en la literatura para los estudios de inequidades de género, siendo ampliamente usado en diversos estudios relacionados con resultados en salud y género (43,44,49,50,87,90), e incluso fue el que presentó mayor cantidad de estudios en una revisión sistemática recientemente publicada, que incorporó varios índices de inequidades de género y resultados en salud (45).

En vista de los indicadores que componen al GII, algunos autores destacan que viene a abordar las críticas a los índices previos creados por el PNUD, abordando temas importantes como logros educativos, participación económica y política, y problemas de salud reproductiva, y donde el puntaje se interpreta como la posición de un país “en referencia a ideales normativos para indicadores clave de la salud, el empoderamiento y el estado económico de las mujeres” (87).

Como se mencionó anteriormente, la heterogeneidad de los países afecta principalmente la calidad de un índice, pues esta dependerá de cómo el índice se adapta a la realidad que es aplicado (57). Respecto a esto, diversos autores han planteado la necesidad de generar índices que se adapten al nivel de desarrollo del país o a contextos más acotados (57,58). Es por esta razón que se crea en 2013 el GEI-E, con el fin de tener medidas más sensibles a la realidad Europea y viene a incorporar nuevas metodologías de análisis, tomando en cuenta las limitaciones de los índices creados a la fecha (59).

Respecto a lo anterior, podemos ver como ejemplo el GGGI, del FEM, donde más de la mitad de los 14 indicadores que le componen, están destinados a aspectos relacionados con competencias y oportunidades (5 están destinados a la vida pública y toma de decisiones, 4 a logros educativos y 3 a estructuras económicas), lo cual no es azaroso, y se relaciona con el enfoque para el cual fue creado, como se puede observar en el primer informe del 2006 tras su creación:

“Un desafío particular social y económico es la persistente brecha entre hombres y mujeres en sus accesos a recursos y oportunidades. Esta brecha no solamente determina la calidad de vida de una mitad de la población, sino que también representa un riesgo significativo para el crecimiento a largo plazo y bienestar de las naciones: países que no aprovechan todo el potencial de la mitad de sus recursos humanos pueden comprometer su competitividad potencial” (96, pV).

Lo anterior da señal de la visión del FEM, valorando solamente el trabajo productivo, como aquel que es importante para el desarrollo de los países, sin tomar en cuenta en su declaración, la importancia del trabajo no reproductivo principalmente realizado por las mujeres, y que es reflejo de las inequidades de género. En ese sentido, el único índice que incluyó actividades del cuidado en sus indicadores fue el GEI-E (Trabajadores que cuidan y educan a sus hijos o nietos, todos los días por una hora o más y Trabajadores que cocinan y realizan tareas del hogar todos los días por una hora o más). Es de esperar que en el futuro se pueda contar con este tipo de información para los demás países del mundo, y así poder incorporarlos en un índice global.

Por lo demás, cabe destacar que ningún índice incorporó dentro de sus indicadores alguna referencia de violencia hacia las mujeres, como propone la ONU, incluyendo alguno de los indicadores que tienen para esta temática (56):

- Proporción de mujeres (de 15-49 años) sujetas a violencia física o sexual por una pareja íntima en los últimos 12 meses
- Proporción de mujeres (de 15-49 años) sujetas a violencia sexual por una persona diferente a la pareja íntima, desde la edad de 15 años
- Prevalencia de mutilación genital (relevante para algunos países)
- Existencia de leyes sobre la violencia doméstica
- Si hay derechos de herencia que discriminan o no a las mujeres y niñas

Un índice que hoy en día considera estos aspectos es el SIGI, creado por la misma OCDE, el que evalúa el efecto de las normas sociales sobre el género, pero que no pudo ser incorporado en este estudio por no tener valores para los países de la misma institución, sin embargo, en el último reporte de 2019, han sido incluidos (97). Así mismo, se suma un índice creado este año por el mismo PNUD: “Índice de normas sociales de género” (GSNI, por su nombre en inglés *Gender Social Norms Index*), el cual incorpora la violencia de pareja, como indicador de integridad física (98). Sería interesante poder evaluar estos índices en el futuro cuando existan más mediciones en el tiempo.

El estudio de la correlación entre los índices mostró mantener una relación estable en el tiempo, siendo concordante con lo encontrado en los países que ocuparon los primeros y últimos lugares, que tendieron a repetirse en el tiempo y entre los índices. Los resultados encontrados, fueron coincidentes con otros estudios de la literatura, donde se muestra que en general tienden a tener una buena correlación (90,99).

Finalmente, se deben destacar al GGGI y el GII, índices que cumplieron con tener más de 10 años de mediciones, y manteniéndose con datos hasta la actualidad, incluyeron al 100% de los países de la OCDE, y cubrieron el 80% de las dimensiones propuestas por la ONU.

## 2. Inequidad de género y el nivel de salud poblacional

Los resultados encontrados señalan que las inequidades de género tienen un impacto negativo sobre el nivel de salud de la población. Una mayor equidad de género se asoció de manera robusta a una reducción de los AVPP en todos los modelos y especificaciones, tanto para la población general, como para hombres y mujeres por separado. Este resultado es, además, concordante con los resultados encontrados para HALE y EVN, señalando que a mayor equidad de género disminuiría la mortalidad prematura, reflejándose en una mayor esperanza de vida, la que adicionalmente serían más “años de vida saludables”.

Interesantemente, en el análisis no se encontraron diferencias claras entre hombres y mujeres en relación con la magnitud de los efectos en la mayoría de los desenlaces evaluados. Sin embargo, cabe recalcar que como los valores de EVN y HALE en los hombres son menores, porcentualmente el efecto de la inequidad de género es mayor, aunque no se puede descartar que estos sean iguales. Además, cabe destacar que la asociación encontrada indica que pasar de una equidad de género

total a una inequidad de género absoluta debería asociarse a la pérdida de casi 1 año en la EVN y HALE para hombres y mujeres.

Sumado a lo anterior, fue posible observar una disminución en las brechas de EVN y HALE entre hombres y mujeres cuando el índice es igual a cero. Es decir, en contexto de equidad de género el nivel de salud entre hombres y mujeres se tiende a igualar (Figura 30 y Figura 31), dándole sustento a la hipótesis sobre la contribución de factores sociales (más que factores biológicos) en las diferencias de expectativa de vida de hombres y mujeres habitualmente observados (41–44,72,80). Una posible explicación de esta disminución sería que la equidad de género, en términos de paridad en la educación, representación y acceso a salud, podría estar asociada a una reducción de los estereotipos de masculinidad que provocan una mayor mortalidad temprana (12,13,16,22,25,41,45,87). Por ende, una mayor equidad de género beneficia el nivel de salud de toda la población. Además, estos resultados son coherentes con la literatura que plantea una convergencia de los resultados de salud de hombres y mujeres en contexto de equidad de género (45).

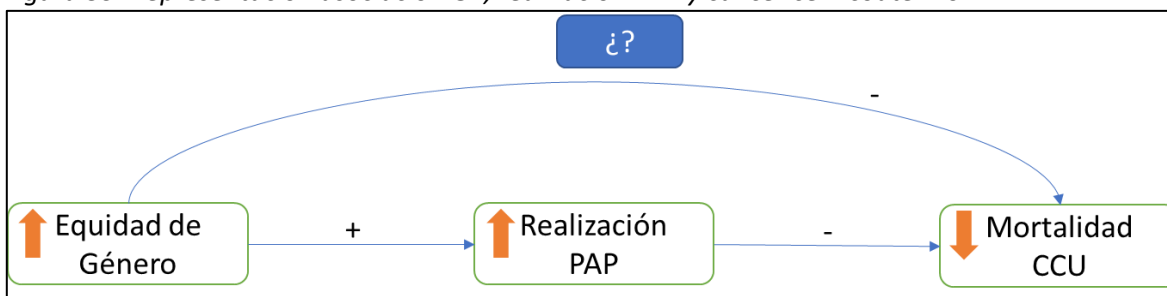
En el análisis de la mortalidad por suicidio, los resultados muestran que, para ambos índices, en todos los modelos, a mayor equidad de género habría mayor mortalidad por suicidio. Esto es contraintuitivo desde la teoría, sin embargo, estudios anteriores han mostrado evidencia mixta (45). Por otro lado, una mayor equidad económica se asocia a una mayor mortalidad por suicidio (Anexo 7). Este hallazgo es concordante con la evidencia internacional en la que se ha descrito que el suicidio es uno de los escasos problemas sociales que tiende a ser más común en países con mayor equidad, relacionándose a patrones culturales (“cultural scripts”) (75,100), por lo que puede que haya una mayor equidad tanto económica como de género, pero que por razones culturales o sociales, esta variable pueda estar siendo afectada (75,100). Así mismo, en muchos países el suicidio no presenta un gradiente social o presenta una gradiente social inversa al interior de los países, dado que en general no suele ser más común en la población de nivel socioeconómico más bajo como la mayoría de las otras condiciones de salud (101).

Por otro lado, la equidad de género se asoció a un incremento de la mortalidad por algunas causas específicas de cáncer, no obstante, esta asociación no fue robusta ante el uso de diferentes índices de equidad de género. Interesantemente, los resultados muestran un aumento de mortalidad en mujeres por cáncer pulmonar al aumentar la equidad de género. Esto se podría explicar porque el tabaquismo ha sido promovido por las tabacaleras como un símbolo de emancipación, lo que puede provocar que más mujeres adopten ese hábito en contexto de mayor equidad de género (102).

Al analizar factores protectores que se relacionan con las mortalidades específicas estudiadas, en primer lugar, los resultados indican que mayor equidad de género se correlaciona de manera importante con una mayor cobertura del examen preventivo de cáncer cérvico uterino en mujeres. Sin embargo, este efecto no se ve reflejado en este análisis en la mortalidad por cáncer cervicouterino (Tabla 29). Esto podría deberse a que quizás se aumente la realización de este examen, pero puede haber otros factores (como barreras en acceso a la atención para el cáncer cervicouterino) que estén mediando entre estas variable y que no se estén reflejando en el modelo (Figura 35).



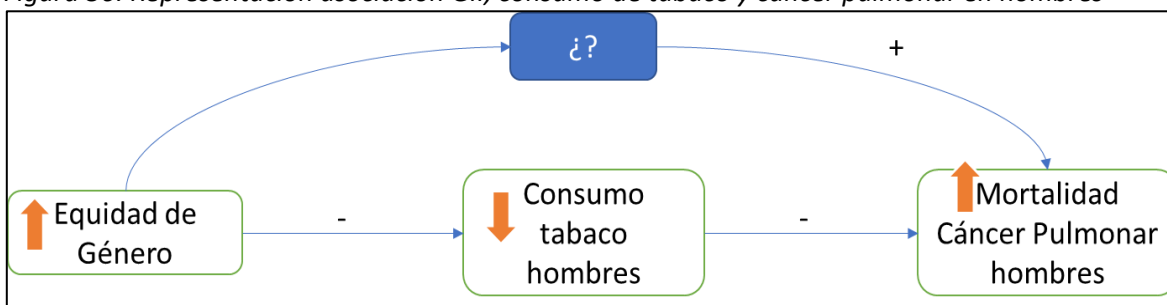
Figura 35: Representación asociación GII, realización PAP y cáncer cervicouterino



Elaboración propia. Representación de los efectos de la equidad de género sobre la realización del PAP y el cáncer cervicouterino (CCU) en mujeres. Los datos mostraron que mayor equidad de género se asoció con aumento en la cobertura de realización del examen preventivo PAP, pero este efecto no se vio reflejado en la disminución significativa de la mortalidad por CCU.

Por otro lado, al analizar factores de riesgo que se pueden asociar a las mortalidades específicas encontradas, mayor equidad de género se relaciona con una disminución en la prevalencia de consumo de tabaco en hombres. La asociación de GII y el consumo de tabaco en hombres se corresponde con lo descrito en literatura, donde se asocia en ellos específicamente esta conducta como una demostración de masculinidad (24). Sin embargo, es paradójico lo observado para esta variable, ya que, si bien se observa que mayor equidad de género disminuiría el consumo de tabaco en hombres, este efecto no se estaría viendo reflejado en la disminución de mortalidad por cáncer pulmonar en ellos, ni en la población general, donde el efecto mostró ser positivo para el GII (a mayor equidad de género mayor mortalidad por cáncer pulmonar), mas no fue consistente al comparar con GGGI (Figura 36), por lo que puede haber otro factor mediando entre dicha asociación. No se encontraron estudios que analizaran la inequidad de género y mortalidad por cáncer pulmonar, por lo que no fue posible comparar estos resultados, pero sí se encontró un estudio en países europeos (mayoritariamente OCDE) que analizó el consumo de tabaco y el GII, con resultados similares a los reportados en este análisis (43).

Figura 36: Representación asociación GII, consumo de tabaco y cáncer pulmonar en hombres



Elaboración propia. Representación de los efectos de la equidad de género sobre el consumo de tabaco y mortalidad por cáncer pulmonar en hombres. Los datos mostraron que mayor equidad de género se asoció con una disminución en el consumo de tabaco en hombres, pero este efecto no se estaría viendo reflejado en la disminución significativa de mortalidad por cáncer pulmonar en ellos, por lo que pueden haber otros factores mediando en dicha asociación.

En relación con el consumo de tabaco, es interesante lo que se observó para las mujeres, donde no se encontró asociación significativa de la equidad de género con este parámetro, e incluso el efecto fue negativo, sumado a que el modelo se ajustó mejor en hombres que en mujeres. Este resultado podría comprenderse como que la equidad de género, representada por el índice GII, estaría mostrando en hombres la disminución de conductas de virilidad asociadas al consumo de sustancias (2,11,24), mientras que en mujeres esta equidad estaría asociada a la emancipación, símbolo

actualmente usado por las tabacaleras en su publicidad, lo que podría provocar que más mujeres adopten ese hábito a mayor equidad de género (26,102).

Respecto a la depresión, no se encontró asociación significativa con la inequidad de género a nivel poblacional. Cabe destacar que este es uno de los pocos estudios que ha analizado la relación entre estas variables, y el resultado es similar al compararlo con un estudio que analizó la asociación de GII con prevalencia de síntomas depresivos, donde si bien encontraron asociación significativa del índice con las razones de prevalencia de síntomas depresivos de mujeres sobre hombres, no se encontró correlación al estudiar las tasas de síntomas depresivos separadas por sexo, aunque se menciona que la inequidad de género podría estar ligeramente más asociada a los síntomas depresivos en mujeres que en hombres (así como nuestro modelo se ajustó mejor en mujeres que en hombres) (103). Sumado a lo anterior, el género femenino ha sido reportado como factor individual asociado a peores estándares de salud mental (104) lo cual podría explicar el mejor ajuste del modelo para las mujeres. Otros estudios han analizado la relación de la inequidad de género, y las brechas entre prevalencias de depresión de mujeres y hombres, encontrando diferencias significativas asociadas a la equidad de género, lo cual se corresponde con los datos acá expuestos, donde se observa mayor prevalencia de depresión en mujeres (45).

En el caso de la obesidad y sobrepeso, no se observó relación con las inequidades de género, pero sí una relación consistente con GINI (Anexo 7). Un estudio, donde se analizaron variables de salud y su relación con GII en regiones del mundo, tampoco encontró asociación significativa del índice con el sobrepeso en los países europeos, la que sí se observó en otras regiones del mundo (43). Por otro lado, un estudio encontró asociación significativa entre GII y GINI con el exceso de obesidad femenina (49), siendo consecuente con los resultados encontrados para GINI en este análisis. Sería interesante en un futuro estudiar la asociación de las inequidades de género con el sobrepeso y obesidad como variables separadas, pues se ha observado que siguen tanto patrones de género como de ingresos económicos diferentes: en países de bajos y medianos ingresos, las mujeres presentan mayor prevalencia de sobrepeso y la obesidad comparado con los hombres (47), y dicha diferencia no es generalizada en los países con altos ingresos (47,48). Además en países OCDE se ha observado que mujeres con menor educación son 2-3 veces más propensas a tener sobrepeso que aquellas con mayor nivel educacional, y dicha disparidad es menor en hombres (48).

Finalmente, los resultados encontrados permiten responder nuestra pregunta de investigación e hipótesis: primero, mostrando asociación importante entre las inequidades de género y la salud de la población en los países de la OCDE, tanto de hombres y mujeres, especialmente para los años de vida potencialmente perdidos, el que podría estar relacionado con una mayor esperanza de vida y años de vida saludable. Y segundo, se observó asociación con factores de riesgo o conductuales como el consumo de tabaco en hombres y la realización del PAP en mujeres.

### 3. Limitaciones del estudio

Este estudio tiene una serie de limitaciones. Primero, es necesario mencionar que este análisis tiene un enfoque binario del género, limitándose para facilidad del análisis, a las inequidades entre el género masculino y femenino. Por ende, no se hace cargo de otras identidades que configuran dimensiones diferentes de discriminación de género. Esto es difícil de abordar en términos analíticos

en la actualidad, ya que los índices de inequidades de género desde su elaboración no incorporan las múltiples identidades y/u orientaciones de género. Esta es una tarea pendiente para el estudio del campo de las inequidades de género, y cabe recalcar lo mencionado por la OPS al respecto:

*“Es importante subrayar que la desagregación por sexo de la información constituye un requisito básico, pero no suficiente para el análisis de género. Más allá de la descripción de las diferencias entre los sexos, el análisis de género apunta a identificar los vínculos entre el problema examinado y las relaciones desiguales de género que predominan en el contexto social”* (2 p. XII).

Como segunda limitación, al ser un estudio observacional, no permite generar conclusiones causales a partir de las asociaciones estudiadas de manera concluyente. Si bien se tomaron varias precauciones a la hora de decidir el modelo de análisis y se ajustó por variables observables y no observables para aproximarse de la mejor manera posible a un diseño de análisis causal, no es posible descartar que exista confusión residual no abordada en el análisis que pueda explicar los resultados. Para reducir el riesgo de llegar a conclusiones equivocadas se incluyeron modelos analíticos alternativos los cuales son reportados como parte del análisis de sensibilidad. Existen variables no directamente observables, y que por ende no han podido ser consideradas en este análisis, como la cultura o las estructuras propias de cada país, como normas o leyes, que influyen en este ámbito, los cuales pueden conllevar sesgo por variable omitida. La inclusión de efectos fijos por país en el análisis ajusta, al menos en parte, por características propias invariantes en el tiempo de cada país.

Tercero, debido a que se trata de un estudio ecológico se debe tener precaución a la hora de extrapolar los resultados al nivel de individuos. Los fenómenos observados a nivel colectivo no necesariamente son transferibles hacia individuos particulares.

Cuarto, al ser un estudio longitudinal tipo panel con un rango de años de estudio amplio (1975-2018), se tuvo la limitación de no contar con series de datos completas (presentando para algunas variables gran cantidad de datos perdidos), por lo que se usó el paquete MICE del software R para ello, el cual permitió la imputación de las múltiples variables.

Otra limitación relevante es que se usaron datos con distintos grados de validez o reconocimiento institucional, como lo es el índice de inequidad de género elaborado por Social Watch, pero que sin embargo ha sido considerado dentro de otras fuentes confiables, como por ejemplo, en la conceptualización del índice de inequidad de género europeo (59).

Por último, hoy en día no existe un índice “estándar” para medir las inequidades de género en los diversos países del mundo, lo que está relacionado con dos factores relevantes: el enfoque de su creación (lo que condiciona los indicadores que componen el índice) y la heterogeneidad social de los países, que afecta la calidad del índice. Como menciona Bericat, la calidad de un índice dependerá de cómo este se adapta a la realidad que es aplicado (57). Estas dificultades fueron abordadas utilizando un índice ampliamente usado para medir las inequidades de género en la literatura (43–45,49,87,90,94), e incluyendo análisis de sensibilidad con otro índice, y otros dos modelos, permitiendo observar el comportamiento de las inequidades de género en diversos escenarios.

Respecto a lo anterior, se ha planteado la necesidad de generar índices que se adapten al nivel de desarrollo del país o a contextos más acotados (57,58). Esto además se relaciona con lo abordado por Wilkinson y Pickett, donde mencionan que al analizar diversas temáticas sociales como la violencia, enfermedades mentales, problemas educacionales, entre otros, sucede que las diferencias socioeconómicas suelen opacar otros aspectos relevantes de las inequidades, relevando lo económico como la principal o única causa de estos problemas (75). Es por esto que este estudio se enfocó exclusivamente en países pertenecientes a la OCDE, pues así se atenúa en parte la heterogeneidad social y económica de los países analizados (57,58,75). Sin embargo, sería importante en futuras investigaciones observar su efecto en el resto de los países del mundo.

#### 4. Implicancias de política e investigación futura

El presente estudio muestra evidencia empírica concordante con diversas dimensiones del marco conceptual sobre las inequidades de género como determinante social de la salud y factor relevante en la determinación social de la salud de las poblaciones. Por lo tanto, en conjunto con inequidades sociales y económicas, las inequidades de género deben ser consideradas tanto en futuras investigaciones de salud poblacional como en las políticas públicas que se desarrollen.

De especial manera, el impacto de considerar las inequidades de género en las políticas públicas contribuiría en aspectos relevantes como en reducir la cantidad de años potencialmente perdidos, el consumo de tabaco en hombres y la realización del PAP en mujeres. Se destacan los indicadores que componen al GII como aspectos fundamentales en la construcción de políticas futuras: paridad en la educación, representación y acceso a salud, enfocando esfuerzos en disminuir las brechas existentes en el mercado laboral, promoviendo políticas de empoderamiento para que las mujeres accedan a mejor educación y a puestos de representación política, así como en aspectos relacionados a la salud materna, y se invita a incluir estos aspectos en la búsqueda por mejorar las inequidades de género en la población.

Se destaca la originalidad de este trabajo, pues se encontraron pocos estudios que analizaron las inequidades de género y la esperanza de vida (43,44), pero ningún otro que compare con los demás parámetro de salud: HALE, AVPP, AVD, AVISA o las mortalidades por causas específicas, así como pocos han analizado la relación con los factores de riesgo acá estudiados.

Además, esta investigación abre nuevos frentes de estudio para investigar más a fondo la relación de las inequidades de género y la salud poblacional, marcando un precedente para estudiarlas en otros países del mundo, así como seguir profundizando en las interrogantes que nos deja, respecto a la relación de las inequidades de género y el suicidio o la relación con la mortalidad por cáncer pulmonar, e incluso con otras variables de salud no consideradas en este estudio. Además, abre nuevas interrogantes, como cuál sería su relación y efecto sobre homicidios y, por qué no, femicidios, invitando a generar estadísticas transversales a todos los países que permitan estos análisis.

## CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES

En este estudio se identificaron diversos índices que miden las inequidades de género en los países de la OCDE que datan de 1975 a 2018. Estos índices presentaron diversos enfoques e incorporaron distintos indicadores en su metodología lo que permitió realizar un análisis profundo de las diversas formas de medir las inequidades de género.

Sin embargo, ante esta diversidad, se recalca la urgencia de adoptar un índice de inequidades de género estándar, el cual debe permitir medir las inequidades de género en diferentes contextos socioculturales, económicos y políticos para su estudio con otras variables sociales y poblacionales. Esto con la finalidad de incorporar las inequidades de género en los estudios de salud pública, en función de medir el impacto de estas en la salud poblacional que permitan generar políticas que apunten a la disminución de las inequidades en la sociedad, y así mejorar la salud de las poblaciones.

Frente a ello, se considera al GII como un potencial índice a usar, por su relevancia política, así como su alto nivel de uso actual en estudios de inequidades de género.

Este trabajo mostró que las inequidades de género se relacionan con la salud de la población a través de los distintos indicadores de salud señalados, en especial con los AVPP, consumo de tabaco en hombres y realización del PAP en mujeres, por lo que se entrega sustento para demostrar que, si queremos mejorar la salud poblacional, hay que disminuir las inequidades de género. Estos cambios se pueden enfocar en los aspectos contenidos en el índice utilizado, como disminuir las brechas existentes en el mercado laboral, promoviendo políticas de empoderamiento para las mujeres, así como en aspectos relacionados a su salud reproductiva.

Finalmente, es importante entender que la inequidad de género está comprendida por una diversidad de factores que son difíciles de medir y cuantificar, pero que la evidencia tanto teórica como empírica nos señala que tiene su efecto en la salud de las poblaciones, y que, para lograr una verdadera equidad de género, es necesario trabajar y aportar como salubristas para que se efectúen las transformaciones de las normas y estructuras sociales en las que vivimos.

## CAPÍTULO IX: BIBLIOGRAFÍA

1. Bárcena A, Prado A, Montañó S, Malchik S. ¿Qué Estado para qué Igualdad? Brasilia; 2010.
2. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud [Internet]. 1°. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/PALTEX Publications; 2004. 230 p. Disponible en: [http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=648](http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=648)
3. Borrero CM, Borde E, Castañeda JCE, Sánchez SCC. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. Rev Salud Pública [Internet]. 2013;15(6):797–808. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/35624/46272>
4. WHO. Determinantes sociales de la salud [Internet]. WHO. World Health Organization; 2013 [citado 21 de diciembre de 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)
5. Ministerio de salud. Estrategia Nacional de Salud Para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020 [Internet]. Ministerio de salud GDC, editor. 2011. 1–426 p. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/b89e911085a830ace0400101650115af.pdf>
6. Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health [Internet]. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva; 2010. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf?ua=1&ua=1)
7. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. Capítulo 2: Bases sociales de la disparidades en salud. En: Desafío a la alta de Equidad en salud: de la ética a la acción. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud / Fundación Rockefeller; 2002. p. 13–24.
8. División de Planificación Sanitaria. Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2015-2016 [Internet]. 2017 [citado 10 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/02/PRESENTACION-ENCAVI-2016-11.02.2017.pdf>
9. Ministerio de Desarrollo Social. Informe de desarrollo social 2015 [Internet]. 2015. Disponible en: [http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/Informe\\_de\\_Desarrollo\\_Social\\_2015.pdf](http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/Informe_de_Desarrollo_Social_2015.pdf)
10. Ministerio de salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010 [Internet]. 2013. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
11. OECD. Health at a Glance 2017: OECD Indicators [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2017. 1–214 p. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en)
12. CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization. Geneva; 2008.
13. OMS. OMS | Género [Internet]. WHO. 2018 [citado 3 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/es/>
14. Heise L, Greene ME, Opper N, Stavropoulou M, Harper C, Nascimento M, et al. Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. Lancet [Internet]. 2019;393(10189):2440–54. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30652-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30652-X)
15. United Nations Development Programme. The Millennium Development Goals Report 2015 [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/mdg/the-millennium-development-goals-report-2015.html>

16. United Nations Development Programme. Gender Inequality Index (GII) | Human Development Reports [Internet]. [citado 22 de julio de 2018]. Disponible en: <http://hdr.undp.org/en/content/gender-inequality-index-gii>
17. Hausmann R, Tyson LD. The Global Gender Gap Report 2017. 2017<sup>a</sup> ed. World Economic Forum. Geneva: World Economic Forum; 2017. 361 p.
18. Departamento de Estudios Laborales, Departamento de Estudios Sociales. Mujeres en Chile y Mercado del trabajo. Participación laboral femenina y brechas salariales. Instituto Nacional de Estadísticas. Chile; 2015.
19. INE. Estadísticas de Género [Internet]. [citado 24 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.ine.cl/estadisticas/menu-sociales/genero>
20. Vaquiro S, Stiepovich J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Cienc y Enferm* [Internet]. 2010;16(2):17–24. Disponible en: [http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-78649760808&partnerID=40&md5=329bdd4eaa832cb90353c35142890030%5Cn%3CGo to ISI%3E://SCIELO:S0717-95532010000200002%5Cnhttp://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-78649760808&partnerID=tZ0tx3y1](http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-78649760808&partnerID=40&md5=329bdd4eaa832cb90353c35142890030%5Cn%3CGo%20to%20ISI%3E://SCIELO:S0717-95532010000200002%5Cnhttp://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-78649760808&partnerID=tZ0tx3y1)
21. Vlassoff C. Gender differences in determinants and consequences of health and illness. *J Heal Popul Nutr*. 2007;25(1):47–61.
22. Sen G, Östlin P, George A. Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health : Why it exists and how we can change it. World Health Organization. Geneva; 2007.
23. OIT. ¿Qué son los roles de género? | OIT/Cinterfor [Internet]. [citado 3 de diciembre de 2017]. Disponible en: <https://www.oitcinterfor.org/página-libro/¿qué-son-roles-género>
24. Cabieses B, Bernales M, Obach A, Pedrero V. Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile. Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones. 1<sup>a</sup> ed. Cabieses B, Bernales M, Obach A, Pedrero V, editores. Chile: Universidad del Desarrollo; 2016. 1–484 p.
25. de Keijzer B. Hasta Donde El Cuerpo Aguante: Genero Cuerpo Y Salud. En: Cáceres C et al La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina [Internet]. 1<sup>a</sup> ed. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. p. 1–26. Disponible en: <http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/masculinidades.pdf>
26. Regitz-Zagrosek V. Sex and gender differences in health. *EMBO Rep* [Internet]. 2012;13(7):596–603. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/embor.2012.87>
27. Gomez E. Equidad, género y salud: retos para la acción. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2002;11(5):435–8. Disponible en: <http://libaccess.mcmaster.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=106982712&site=ehost-live&scope=site>
28. Crenshaw K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *Univ Chic Leg Forum* [Internet]. 1989;1989(1):147–56. Disponible en: <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
29. Viveros Vigoya M. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Fem* [Internet]. 2016;52:1–17. Disponible en: <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
30. Borrell C, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, Navarro V. Politics and health. *J Epidemiol Community Heal*. 2007;61(Editorial):658–9.
31. Sekine M, Tatsuse T, Kagamimori S, Chandola T, Cable N, Marmot M, et al. Sex inequalities in physical and mental functioning of British, Finnish, and Japanese civil servants: Role of job

- demand, control and work hours. *Soc Sci Med* [Internet]. agosto de 2011;73(4):595–603. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953611003820>
32. Rotarou ES, Sakellariou D. Neoliberal reforms in health systems and the construction of long-lasting inequalities in health care: A case study from Chile. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2017;121(5):495–503. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.03.005>
  33. Santelli JS, Galea S. The global burden of disease in 10-24-year-olds. *Lancet* [Internet]. 2011;377(9783):2058–9. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60618-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60618-1)
  34. Organizacion Panamericana de la Salud. Política de Igualdad De Género [Internet]. Washington, DC; 2008. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OPS-politica-de-igualdad-de-genero.pdf>
  35. WHO. Women and health [Internet]. 2018 [citado 11 de octubre de 2018]. p. S/P. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
  36. WHO. Women and health : today's evidence tomorrow's agenda [Internet]. AbouZahr C, de Zoysa I, García C, editores. WHO Library Cataloguing. Geneva: World Health Organization; 2009. 1–91 p. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08038740410005758>
  37. Stoltenborgh M, van IJzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat*. 2011;16(2):79–101.
  38. Teorell, Jan, Kumlin S, Dahlberg S, Holmberg S, Rothstein B, et al. The Quality of Government OECD Dataset [Internet]. 2018 [citado 24 de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.qog.pol.gu.se>
  39. Observatorio de Equidad de Género en Salud. Informe 2007-2008. 2008.
  40. OECD. OECD.Stat : Health Status [Internet]. 2018 [citado 3 de septiembre de 2018]. Disponible en: [https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH\\_STAT&lang=en](https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_STAT&lang=en)
  41. Luy M. Causes of Male Excess Mortality : Insights from Cloistered Populations. *Popul Dev Rev*. 2003;29(4):647–76.
  42. Gjonca A, Tomassini C, Toson B, Smallwood S. Sex differences in mortality, a comparison of the United Kingdom and other developed countries. *Heal Stat Q*. 2005;26(Summer):6–16.
  43. Hassanzadeh J, Moradi N, Esmailnasab N, Rezaeian S, Bagheri P, Armanmehr V. The Correlation between Gender Inequalities and Their Health Related Factors in World Countries: A Global Cross-Sectional Study. *Epidemiol Res Int*. 2014;2014:1–8.
  44. Clark R, Peck BM. Examining the Gender Gap in Life Expectancy: A Cross-National Analysis, 1980-2005. *Soc Sci Q*. 2012;93(3):820–37.
  45. King TL, Kavanagh A, Scovelle AJ, Milner A. Associations between gender equality and health: a systematic review. *Health Promot Int*. 2020;35(1):27–41.
  46. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange | GHDx [Internet]. Global Burden of Disease Collaborative Network. 2017 [citado 8 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/>
  47. Ford ND, Patel SA, Venkat Narayan KM. Obesity in Low- and Middle-Income Countries : Burden , Drivers , and Emerging Challenges. *Annu Rev Public Heal*. 2017;38(1):145–65.
  48. Hamann A. Obesity Update 2017 [Internet]. Vol. 13, OECD. 2017. Disponible en: [www.oecd.org/health/obesity-update.htm](http://www.oecd.org/health/obesity-update.htm)
  49. Wells JCK, Marphatia AA, Cole TJ, McCoy D. Associations of economic and gender inequality with global obesity prevalence: Understanding the female excess. *Soc Sci Med* [Internet]. 2012;75(3):482–90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.029>
  50. Marphatia AA, Cole TJ, Grijalva-Eternod C, Wells JCK. Associations of gender inequality with



- child malnutrition and mortality across 96 countries. *Glob Heal Epidemiol Genomics* [Internet]. 23 de marzo de 2016;1(May):e6.1-8. Disponible en: [https://www.cambridge.org/core/product/identifi er/S2054420016000014/type/journal\\_ ar ticle](https://www.cambridge.org/core/product/identifi er/S2054420016000014/type/journal_ ar ticle)
51. Ministerio de salud. Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2008.
  52. Eguiguren P, Calvin ME, Díaz X, Ferrer M, Iglesias M, Olavarría J. Observatorio de Equidad de Género en Salud - Chile: Una mirada a las políticas públicas. *Rev Chil Salud Pública*. 2009;13(2):106–11.
  53. Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Indicadores | Observatorio de Igualdad de Género [Internet]. [citado 22 de julio de 2018]. Disponible en: <https://oig.cepal.org/es/indicadores>
  54. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Interrelación de las autonomías | Observatorio de Igualdad de Género [Internet]. [citado 22 de julio de 2018]. Disponible en: <https://oig.cepal.org/es/autonomias/interrelacion-autonomias>
  55. United Nations Statistics Division (UNSD). EDGE Project [Internet]. [citado 22 de julio de 2018]. Disponible en: <https://unstats.un.org/edge>
  56. United Nations Statistics Division. The United Nations: minimum set of gender indicators [Internet]. 2017. Disponible en: <https://genderstats.un.org/#/home>
  57. Bericat E. The European Gender Equality Index: Conceptual and Analytical Issues. *Soc Indic Res* [Internet]. 7 de agosto de 2012;108(1):1–28. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s11205-011-9872-z>
  58. Ferrant G. The Multidimensional Gender Inequalities Index (MGII): A Descriptive Analysis of Gender Inequalities Using MCA. *Soc Indic Res* [Internet]. 20 de enero de 2014;115(2):653–90. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s11205-012-0233-3>
  59. de Bonfils L, Humbert AL, Ivaškaitė-Tamošiūnė V, Manca AR, Nobrega L, Reingardė J, et al. Gender Equality Index Report [Internet]. European Institute for Gender Equality. Italy; 2013. Disponible en: <http://eige.europa.eu/apps/gei/content/Gender-Equality-Index-Report.pdf>
  60. Plantenga J, Remery C, Figueiredo H, Smith M. Towards a European Union gender equality index. *J Eur Soc Policy*. 2009;19(1):19–33.
  61. Apodaca C. Measuring Women’s Economic and Social Rights Achievement. *Hum Rights Q*. 1998;20(1):139–72.
  62. Dijkstra G, Hanmer LC. Measuring Socio-Economic Gender Inequality: Toward an Alternative to the UNDP Gender-Related Development Index. *Fem Econ*. 2000;6(2):41–75.
  63. United Nations Development Programme. Gender Development Index (GDI) | Human Development Reports [Internet]. [citado 9 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://hdr.undp.org/en/content/gender-development-index-gdi>
  64. United Nations Development Programme. Calculating the human development indices—graphical presentation Human. En: *Human Development Report 2016: Human Development for Everyone* [Internet]. New York; 2017. p. 1–14. Disponible en: [http://dev-hdr.pantheonsite.io/sites/default/files/hdr2016\\_technical\\_notes\\_0.pdf](http://dev-hdr.pantheonsite.io/sites/default/files/hdr2016_technical_notes_0.pdf)
  65. United Nations Development Programme. *Human Development Report 2001* [Internet]. Ross-Larson B, Leites J, editores. Oxford University Press. New York: UNDP; 2001. Disponible en: [http://www.np.undp.org/content/nepal/en/home/library/human\\_development/human-development-report-2001/](http://www.np.undp.org/content/nepal/en/home/library/human_development/human-development-report-2001/)
  66. Programa de las naciones unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2016.

- Desarrollo humano para todas las personas [Internet]. Nueva York; 2016. Disponible en: [http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr\\_2016\\_report\\_spanish\\_web.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2016_report_spanish_web.pdf)
67. OECD Development Centre. Social Institutions & Gender Index. Synthesis Report 2014 [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.genderindex.org/wp-content/uploads/files/docs/BrochureSIGI2015.pdf>
  68. Social Watch. About us | Social Watch [Internet]. [citado 22 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.socialwatch.org/es/about>
  69. Social Watch. Medición de la inequidad: El Índice de Equidad de Género 2012 | Social Watch [Internet]. [citado 22 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.socialwatch.org/es/node/14380>
  70. Dilli S, Carmichael SG, Rijpma A. Introducing the Historical Gender Equality Index. *Fem Econ*. 2019;25(1):31–57.
  71. UNESCO. La UNESCO y los Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. [citado 22 de julio de 2018]. Disponible en: <https://es.unesco.org/sdgs>
  72. OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators [Internet]. Paris: OECD; 2019. Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2007\\_9789264055896-ko](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2007_9789264055896-ko)
  73. Borja-Aburto VH. Estudios ecológicos. *Salud Publica Mex*. 2000;42(6):533–8.
  74. Organización internacional de normalización. ISO. Online Browsing Platform (OBP) [Internet]. [citado 24 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.iso.org/obp/ui/#search/code/>
  75. Wilkinson R, Pickett K. The Spirit Level. Why Greater Equality Makes Societies Stronger. 1ª ed. New York: Penguin Books; 2010. 409 p.
  76. World Health Organization. GHO | By category | Healthy life expectancy (HALE) - Data by country [Internet]. WHO. World Health Organization; 2019 [citado 16 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.HALE?lang=en>
  77. Banco Mundial. World Bank Open Data | Data [Internet]. [citado 30 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/>
  78. Brown D, James P. Religious Characteristics of States Dataset Project - Demographics v. 2.0 (RCS-Dem 2.0), COUNTRIES ONLY [Internet]. 2019 [citado 24 de abril de 2019]. Disponible en: <http://thearda.com/Archive/Files/Descriptions/RCSDEM2.asp>
  79. Rijpma A, Carmichael SG. Testing Todd and Matching Murdock: Global Data on Historical Family Characteristics. *Econ Hist Dev Reg*. 2016;31(1):10–46.
  80. Murray CJL, Barber RM, Foreman KJ, Ozgoren AA, Abd-Allah F, Abera SF, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: Quantifying the epidemiological transition. *Lancet*. 2015;386(10009):2145–91.
  81. Textor J, van der Zander B, Gilthorpe MS, Liškiewicz M, Ellison GT. Robust causal inference using directed acyclic graphs: The R package “dagitty”. *Int J Epidemiol*. 2016;45(6):1887–94.
  82. Seoane J. ¿Modelos mixtos (lineales)? Una introducción para el usuario temeroso. *Etología* [Internet]. 2014;24:15–37. Disponible en: [http://www.uam.es/personal\\_pdi/ciencias/jspinill/CFCUAM2014/Etologia\\_2014\\_24\\_15\\_37\\_modelos\\_mixtos\\_una\\_guia\\_para\\_el\\_usuario\\_temeroso.pdf](http://www.uam.es/personal_pdi/ciencias/jspinill/CFCUAM2014/Etologia_2014_24_15_37_modelos_mixtos_una_guia_para_el_usuario_temeroso.pdf)
  83. Montero R. Efectos fijos o aleatorios : test de especificación. Documentos de Trabajo en Economía Aplicada. España; 2011.
  84. Astivia OLO, Zumbo BD. Heteroskedasticity in multiple regression analysis: What it is, how to detect it and how to solve it with applications in R and SPSS. *Pract Assessment, Res Eval* [Internet]. 2019;24(1):1–16. Disponible en:

- <https://scholarworks.umass.edu/pare/vol24/iss1/1%0AThis>
85. Social Watch. Medición de la inequidad: El Índice de Equidad de Género 2012 [Internet]. [citado 24 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.socialwatch.org/es/book/export/html/14380>
  86. Barbieri D, Franklin P, Janeckova H, Karu M, Lelleri R, Riobóo Lestón I, et al. Gender Equality Index 2017: Measuring gender equality in the European Union 2005-2015 [Internet]. 1ª ed. EIGE. 2017. Disponible en: <http://eige.europa.eu/rdc/eige-publications/gender-equality-index-2017-measuring-gender-equality-european-union-2005-2015-main-findings>
  87. Gaye A, Klugman J, Kovacevic M, Twigg S, Zambrano E. Measuring Key Disparities in Human Development: The Gender Inequality Index. 2010.
  88. CESifo Group Munich. Gender Empowerment Measure, 1996 - 2009 [Internet]. 2010 [citado 16 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.cesifo-group.de/ifoHome/facts/DICE/Public-Sector/Public-Governance-and-Law/Anti-discrimination-Gender/gender-empowerment-measure.visualstory>
  89. Social Watch. Metodología - GEI [Internet]. 2012 [citado 16 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.socialwatch.org/es/node/14382>
  90. Stotsky J, Shibuya S, Kolovich L, Kebhaj S. Trends in Gender Equality and Women's Advancement. IMF Work Pap [Internet]. 2016;16(21):1. Disponible en: <http://elibrary.imf.org/view/IMF001/23195-9781475592955/23195-9781475592955/23195-9781475592955.xml>
  91. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. 2019 [citado 29 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
  92. Organización Mundial de la Salud. Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino [Internet]. 2019 [citado 29 de marzo de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hvp\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hvp)-and-cervical-cancer)
  93. Kanter R, Caballero B. Global Gender Disparities in Obesity : A Review. Am Soc Nutr. 2012;3:491–8.
  94. Permanyer I. A Critical Assessment of the UNDP's Gender Inequality Index. Fem Econ. 2013;19(2):1–32.
  95. Jütting J, Morrisson C. Changing Social Institutions to improve the status of women un developing countries. OECD: Policy Brief N° 27. Paris; 2005.
  96. Hausmann R, Greig F, Tyson LD, Lee J. The Global Gender Gap Report 2006. World Economic Forum. Suiza; 2006.
  97. OECD. OECD.Stat : Gender, Institutions and Development Database (GID-DB) 2019 [Internet]. 2019 [citado 15 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=GIDDB2019>
  98. Hall J, Hsu Y, Jahic A, Kovacevic M, Mukhopadhyay T, Ortubia A, et al. Tackling Social Norms: A game changer for gender inequalities [Internet]. New York: UNDP; 2020. Disponible en: <http://hdr.undp.org/en/GSNI>
  99. Social Watch. Comparación del IEG con otras medidas de género | Social Watch [Internet]. 2012 [citado 15 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.socialwatch.org/es/node/14386>
  100. Canetto SS, Lester D. Gender, Culture, and Suicidal Behavior. Transcult Psychiatry. 1998;35(2):163–90.
  101. Burrows S, Laflamme L. Socioeconomic disparities and attempted suicide: State of knowledge and implications for research and prevention. Int J Inj Contr Saf Promot.

- 2010;17(1):23–40.
102. Bilal U, Beltrán P, Fernández E, Navas-Acien A, Bolumar F, Franco M. Gender equality and smoking: A theory-driven approach to smoking gender differences in Spain. *Tob Control*. 2016;25(3):295–300.
  103. Yu S. Uncovering the hidden impacts of inequality on mental health : a global study. *Transl Psychiatry* [Internet]. 2018;8:98–108. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41398-018-0148-0>
  104. Silva M, Loureiro A, Cardoso G. Social determinants of mental health: A review of the evidence. *Eur J Psychiatry*. 2016;30(4):259–92.
  105. Marshall MG, Jagers K, Gurr TR. Polity IV Project. Political Regime Characteristics and Transitions, 1800-2016. Dataset Users' Manual [Internet]. Polity IV Project. 2017 [citado 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.systemicpeace.org/polityproject.html>

## ANEXOS

### *Anexo 1: Códigos ISO países incluidos*

Código ISO-2		Nombre País	Código ISO-2		Nombre País
alfabético	numérico		alfabético	numérico	
AT	40	Austria	IS	352	Islandia
AU	36	Australia	IT	380	Italia
BE	56	Bélgica	JP	392	Japón
CA	124	Canadá	KR	410	Corea del Sur
CH	756	Suiza	LT	440	Lituania
CL	152	Chile	LU	442	Luxemburgo
CZ	203	República Checa	LV	428	Letonia
DE	276	Alemania	MX	484	México
DK	208	Dinamarca	NL	528	Países Bajos
EE	233	Estonia	NO	578	Noruega
ES	724	España	NZ	554	Nueva Zelanda
FI	246	Finlandia	PL	616	Polonia
FR	250	Francia	PT	620	Portugal
GB	826	Reino Unido	SE	752	Suecia
GR	300	Grecia	SI	705	Eslovenia
HU	348	Hungría	SK	703	Eslovaquia
IE	372	Irlanda	TR	792	Turquía
IL	376	Israel	US	840	Estados Unidos de América

### *Anexo 2: Polity IV*

Polity IV es un proyecto ampliamente usado para evaluar los cambios en los regímenes y sus efectos. Este proyecto reúne datos de países desde 1800-2016 y es una escala que va desde -10 a +10, donde -10 es catalogado como una monarquía hereditaria y +10 una democracia consolidada (105). Según sus autores, también puede ser convertido en 3 categorías: autocracias (-10 a -6), anocracias (-5 a +5, y tres valores especiales de -66, -77 y -88) y democracias (+6 a +10) (105).

Los significados de los valores especiales son: -66 (períodos de interrupción), -77 (períodos interregnos) y -88 (períodos de transición) (105). Estos valores han sido unificados dentro de la escala de Polity IV y convertidos dentro de la escala de -10 a +10, donde -66 es tratado como un valor faltante, -77 como valor "0", y los valores para los años calificados como -88 (período de transición) son prorrateados a través de los años que dura dicha transición (38).

### *Anexo 3: Índice comparativo de aborto*

El índice comparativo de aborto, creado por Forman-Rabinovici, A. y Sommer, U., es una escala que provee datos sobre la permisividad de las políticas de aborto en el mundo (38). Esta escala contiene 7 criterios bajo los cuales un Estado puede permitir el acceso a servicios de aborto: salvar la vida de la mujer, preservar la salud física de la mujer, preservar la salud mental de la mujer, en caso de violación o incesto, en caso de deterioro fetal, por razones sociales o económicas y por libre elección de la mujer (38).

Esta escala va desde 0 a 7, donde 0 es un país que no tiene condiciones para que una mujer aborte, y 7 un país que cumple con los siete criterios mencionados (38).

Anexo 4: Variables incluidas en la base de datos

Nombre	Tipo de variable	Descripción	Valores
c_pais	Politómica	Código alfabético del país según ISO-2	Anexo 1
cod_p	Politómica	Código numérico del país según ISO-2	Anexo 1
ano	cuantitativa	Año de medición de la variable para el país dado	1975 – 2018 (años)
GII	cuantitativa	Índice de inequidad de género del PNUD. Años de medición: 1995, 2000, 2005, 2010-2017	0 a 1, donde cero es equidad de género y uno inequidad
GDI	cuantitativa	Índice de desarrollo humano relativo al género del PNUD: 1995, 2000, 2005, 2010-2017	La interpretación de este índice es como porcentaje de desviación absoluto: <2,5% con alta igualdad; 2,5 – 5% igualdad media a alta; 5-7,5% mediana igualdad; 7,5-10% baja a mediana igualdad; y >10% baja igualdad
GEM	cuantitativa	Medida de empoderamiento de género del PNUD: 1995-2009 (2007 y 2008 son una sola medición)	Este índice va de 0 a 1, donde cero es inequidad total y uno es igualdad
GEI	cuantitativa	Índice de equidad de género, de Social Watch: 2004(no disponible),2007,2008,2009 y 2012	Los valores van de 0 a 100, de menor a mayor equidad, respectivamente
GGGI	cuantitativa	Índice de Brecha Global de Género, del Foro económico mundial: 2006-2018	1 (paridad) a 0 (disparidad)
GEI-E	cuantitativa	Índice de Equidad de Género – Europa, Instituto Europeo por la Equidad de género: 2005, 2010, 2012, 2015 y 2017	Escala de 1 a 100, donde el valor mínimo es para total desigualdad y el máximo para total igualdad
WESHR	cuantitativa	Índice de logros de los derechos humanos económicos y sociales de las mujeres, Apodaca: 1975, 1980, 1985 y 1990	Puntaje compuesto que va de 0 a 14, donde cero es ventaja total para hombres y 14 ventaja total para las mujeres. Un puntaje de 7 indica igualdad de género.
PIB	cuantitativa	Producto interno bruto, Banco Mundial: 1975-2017	Valor en dólares
GINI	cuantitativa	Índice de desigualdad de GINI, Banco Mundial: 1975-2017	Valores varían de 0 a 100, como expresión del porcentaje del coeficiente de GINI
desemp_h	cuantitativa	Porcentaje de desempleo en hombres, Banco Mundial: 1975-2018	Valor en porcentaje
desemp_m	cuantitativa	Porcentaje de desempleo en mujeres, Banco Mundial: 1975-2018	Valor en porcentaje
b_desemp	cuantitativa	Resta desempleo mujeres menos desempleo hombres	Valor en porcentaje
p_polity2	cuantitativa	Medición del régimen político, QoG OECD Dataset, 1975-2018	Escala que va desde -10 a +10, donde -10 es catalogado como una monarquía hereditaria y +10 una democracia consolidada
cai_cai1	cuantitativa	Índice comparativo de aborto, QoG OECD Dataset, 1992-2014	Escala que va desde 0 a 7, donde 0 es un país que no tiene condiciones para que una mujer aborte, y 7 un país que cumple con 7 criterios establecidos
region	politómica	Localización geográfica, Banco Mundial	1= Europa y Asia Central 2 = Asia Oriental y pacífico 3 = América del Norte 4 = Latino América y el Caribe 5 = Medio Oriente y África del Norte
p_gsalud	cuantitativa	Porcentaje del PIB destinado al gasto en salud, Banco Mundial: 2000-2016	Valor en porcentaje
ppp_gsalud	cuantitativa	Gasto en salud expresado en Dólares internacionales ajustados por paridad de poder de compra, Banco Mundial: 2000-2016	Valor en dólares internacionales ajustados por paridad de poder de compra

Nombre	Tipo de variable	Descripción	Valores
p_geduc	cuantitativa	Porcentaje del PIB destinado al gasto en educación, Banco Mundial: 1970-2016	Valor en porcentaje
p_cober	cuantitativa	Porcentaje de cobertura total (público y privada) en salud, OCDE, 1975-2017	Valor en porcentaje
MAJID	Politómica	ID Religión que representa la mayoría religiosa en la población (50% más 1)	Anexo 5
SUPID	Politómica	ID Religión que representa la supremacía religiosa en la población (66 2/3% o mayor)	Anexo 5
EVN_P	Cuantitativa	Esperanza de vida al nacer del total de la población, OCDE: 1975-2017	Años
EVN_H	cuantitativa	Esperanza de vida al nacer de hombres, OCDE: 1975-2017	Años
EVN_M	cuantitativa	Esperanza de vida al nacer de mujeres, OCDE: 1975-2017	Años
HALE_P	cuantitativa	Esperanza de vida de años saludables de la población, OMS: 2000-2016	Años
HALE_H	cuantitativa	Esperanza de vida de años saludables de hombres, OMS: 2000-2016	Años
HALE_M	cuantitativa	Esperanza de vida de años saludables de mujeres, OMS: 2000-2016	Años
m_materna	cuantitativa	Mortalidad materna, OCDE: 1975-2016	Tasa de mortalidad (x100.000 nacidos vivos)
m_suicidiop	cuantitativa	Mortalidad por suicidio poblacional, OCDE: 1975-2016	Tasa de mortalidad estandarizada (x100.000 muertes anuales)
m_suicidih	cuantitativa	Mortalidad por suicidio en hombres, OCDE: 1975-2016	Tasa de mortalidad estandarizada (x100.000 muertes anuales de hombres)
m_suicidio m	cuantitativa	Mortalidad por suicidio en mujeres, OCDE: 1975-2016	Tasa de mortalidad estandarizada (x100.000 muertes anuales de mujeres)
m_ccervic	cuantitativa	Mortalidad por cáncer cérvico uterino, GBD: 1990-2016	Tasa de mortalidad estandarizada
m_cpulmp	cuantitativa	Mortalidad por cáncer pulmonar poblacional: 1975 - 2016	Tasa de mortalidad estandarizada (x100.000 muertes anuales)
m_cpulmh	cuantitativa	Mortalidad por cáncer pulmonar en hombres: 1975 - 2016	Tasa de mortalidad estandarizada (x100.000 muertes anuales de hombres)
m_cpulmm	cuantitativa	Mortalidad por cáncer pulmonar en mujeres: 1975 - 2016	Tasa de mortalidad estandarizada (x100.000 muertes anuales de mujeres)
AVISA_p	cuantitativa	Años de Vida Ajustados por Discapacidad poblacional, GBD: 1990-2016	Años
AVISA_h	cuantitativa	Años de Vida Ajustados por Discapacidad de hombres, GBD: 1990-2016	Años
AVISA_m	cuantitativa	Años de Vida Ajustados por Discapacidad de mujeres, GBD: 1990-2016	Años
AVD_p	cuantitativa	Años de Vida Vividos con Discapacidad poblacional, GBD: 1990 - 2016	Años
AVD_h	cuantitativa	Años de Vida Vividos con Discapacidad de hombres, GBD: 1990 - 2016	Años
AVD_m	cuantitativa	Años de Vida Vividos con Discapacidad de mujeres, GBD: 1990 - 2016	Años
AVPP_p	cuantitativa	Años de Vida Potencialmente Perdidos poblacional, GBD: 1990 - 2016	Años
AVPP_h	cuantitativa	Años de Vida Potencialmente Perdidos de hombres, GBD: 1990 - 2016	Años
AVPP_m	cuantitativa	Años de Vida Potencialmente Perdidos de mujeres, GBD: 1990 - 2016	Años
p_deprep	cuantitativa	Prevalencia de depresión poblacional, GBD: 1990 - 2016	porcentaje

Nombre	Tipo de variable	Descripción	Valores
p_depreh	cuantitativa	Prevalencia de depresión en hombres, GBD: 1990 - 2016	porcentaje
p_deprem	cuantitativa	Prevalencia de depresión en mujeres, GBD: 1990 - 2016	porcentaje
p_paps	cuantitativa	Porcentaje de población femenina que accede al screening del examen de Papanicolau (PAP) de acuerdo a la encuesta de OCDE, OCDE: 2000-2017	Número de mujeres de 20-69 años que se han realizados el PAP dentro de los 3 años anteriores (o de acuerdo a una frecuencia específica de cada país) dividido por el número de mujeres de 20 - 69 años que respondieron la encuesta (p_paps) o elegible para un programa de screening organizado (p_papp).
p_papp	cuantitativa	Porcentaje de población femenina que accede al screening del examen de Papanicolau (PAP) de acuerdo al programa de OCDE: 2000-2017	
p_pap	cuantitativa	Porcentaje de población femenina que accede al screening del examen de Papanicolau (PAP), datos OCDE: 2000-2017. Los valores de esta columna son los de p_papp, y en caso de no haber valor para ese país y año se usa el de la columna p_paps	
p_tabacp	cuantitativa	Prevalencia de consumo de tabaco poblacional, OCDE: 1975-2017	Porcentaje de la población mayor de 15 que fuman a diario
p_tabach	cuantitativa	Prevalencia de consumo de tabaco hombres, OCDE: 1975-2017	Porcentaje de los hombres mayor de 15 años que fuman a diario
p_tabacm	cuantitativa	Prevalencia de consumo de tabaco mujeres, OCDE: 1975-2017	Porcentaje de las mujeres mayor de 15 años que fuman a diario
p_obesp	cuantitativa	Prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población, OCDE: 1978-2017	Porcentaje
p_obesh	cuantitativa	Prevalencia de obesidad y sobrepeso en hombres, OCDE: 1978-2017	Porcentaje
p_obesm	cuantitativa	Prevalencia de obesidad y sobrepeso en mujeres, OCDE: 1978-2017	Porcentaje

Siglas: cod\_p = Código numérico del país según ISO-2; ano = Año de medición de la variable para el país dado; GII = Índice de inequidad de género; GDI = Índice de desarrollo humano relativo al género; GEM = Medida de empoderamiento de género; GEI = Índice de equidad de género; GGGI = Índice de Brecha Global de Género; GEI-E = Índice de Equidad de Género – Europa; WESHR = Índice de logros de los derechos humanos económicos y sociales de las mujeres; PIB = Producto interno bruto; GINI = Índice de desigualdad de GINI; desemp\_h = Porcentaje de desempleo en hombres; desemp\_m = Porcentaje de desempleo en mujeres; b\_desemp = Resta desempleo mujeres menos desempleo hombres; p\_polity2 = Medición del régimen político; cai\_cai1 = Índice comparativo de aborto; Region = Localización geográfica; p\_gsalud = Porcentaje del PIB destinado al gasto en salud; ppp\_gsalud = Gasto en salud expresado en Dólares internacionales ajustados por paridad de poder de compra; p\_geduc = Porcentaje del PIB destinado al gasto en educación; p\_cober = Porcentaje de cobertura total (público y privada) en salud; MAJIDID = religión que representa la mayoría religiosa en la población (50% más 1); SUPID = religión que representa la supremacía religiosa en la población (66 2/3% o mayor); EVN\_P = Esperanza de vida al nacer del total de la población; EVN\_H = Esperanza de vida al nacer de hombres; EVN\_M = Esperanza de vida al nacer de mujeres; HALE\_P = Esperanza de vida de años saludables de la población; HALE\_H = Esperanza de vida de años saludables de hombres; HALE\_M = Esperanza de vida de años saludables de mujeres; m\_materna = Mortalidad materna; m\_suicidiop = Mortalidad por suicidio poblacional; m\_suicidiah = Mortalidad por suicidio en hombres; m\_suicidiom = Mortalidad por suicidio en mujeres; m\_ccervic = Mortalidad por cáncer cérvico uterino; m\_cpulmp = Mortalidad por cáncer pulmonar poblacional; m\_cpulmh = Mortalidad por cáncer pulmonar en hombres; m\_cpulmm = Mortalidad por cáncer pulmonar; AVISA\_p = Años de Vida Ajustados por Discapacidad poblacional; AVISA\_h = Años de Vida Ajustados por Discapacidad de hombres; AVISA\_m = Años de Vida Ajustados por Discapacidad de mujeres; AVD\_p = Años de Vida Vividos con Discapacidad poblacional; AVD\_h = Años de Vida Vividos con Discapacidad de hombres; AVD\_m = Años de Vida Vividos con Discapacidad de mujeres; AVPP\_p = Años de Vida Potencialmente Perdidos poblacional; AVPP\_h = Años de Vida Potencialmente Perdidos de hombres; AVPP\_m = Años de Vida Potencialmente Perdidos de mujeres; p\_deprep = Prevalencia de depresión poblacional; p\_depreh = Prevalencia de depresión en hombres; p\_deprem = Prevalencia de depresión en mujeres; p\_paps = Porcentaje de población femenina que accede al screening del examen de Papanicolau (PAP) de acuerdo a la encuesta de OCDE; p\_papp = Porcentaje de población femenina que accede al screening del examen de Papanicolau (PAP) de acuerdo al programa de OCDE; p\_pap = Porcentaje de población femenina que accede al screening del examen de Papanicolau (PAP), datos OCDE: 2000-2017. Los valores de esta columna son los de p\_papp, y en caso de no haber valor para ese país y año se usa el de la columna p\_paps; p\_tabacp = Prevalencia de consumo de tabaco poblacional; p\_tabach = Prevalencia de consumo de tabaco hombres; p\_tabacm = Prevalencia de consumo de tabaco mujeres; p\_obesp = Prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población; p\_obesh = Prevalencia de obesidad y sobrepeso en hombres; p\_obesm = Prevalencia de obesidad y sobrepeso en mujeres.



### Anexo 5: Código religiones

Código	Religión	Código	Religión
0	Ninguna cumple criterio	1620	Ortodoxo Oriental
1000	Cristianos	2100	Judíos
1100	Cristianos Occidentales	3110	Sunís Hanafi
1200	Católicos	6200	Budistas Mahayana
1220	Católicos Romanos	7900	Budistas Complejos
1222	Católicos Romanos de rito Latino	9000	No religiosos
1300	Protestantes extendidos	9001	No religiosos inespecíficos
1400	Protestantes	9100	Población de Ateos
1410	Luteranos	-	-

ARDA: *The Association of religion Data Archive* (Asociación de archivo de datos de religión)

### Anexo 6: Cantidad de datos perdidos por variable

Variable	n	Variable	n	Variable	n	Variable	n
cod_p	0	cai_cai1	794	m_suicidiop	248	AVPP_m	612
Ano	0	region	0	m_suicidioh	248	p_deprep	612
GII	1188	p_gsalud	972	m_suicidiom	248	p_depreh	612
GDI	1189	ppp_gsalud	972	m_ccervic	612	p_deprem	612
GEM	1080	p_geduc	591	m_cpulmp	243	p_paps	1468
GEI	1440	p_cober	393	m_cpulmh	243	p_papp	1262
GGGI	1116	MAJID	123	m_cpulmm	243	p_pap	1213
GEI-E	1469	SUPID	123	AVISA_p	612	p_tabacp	948
WESHR	1479	EVN_P	137	AVISA_h	612	p_tabach	948
PIB	155	EVN_H	137	AVISA_m	612	p_tabacm	943
GINI	1139	EVN_M	137	AVD_p	612	p_obesp	1411
desemp_h	507	HALE_P	1404	AVD_h	612	p_obesh	1411
desemp_m	507	HALE_H	1404	AVD_m	612	p_obesm	1411
b_desemp	507	HALE_M	1404	AVPP_p	612		
p_polity2	198	m_materna	274	AVPP_h	612		

Siglas: cod\_p = Código numérico del país según ISO-2; ano = Año de medición de la variable para el país dado; GII = Índice de inequidad de género; GDI = Índice de desarrollo humano relativo al género; GEM = Medida de empoderamiento de género; GEI = Índice de equidad de género; GGGI = Índice de Brecha Global de Género; GEI-E = Índice de Equidad de Género – Europa; WESHR = Índice de logros de los derechos humanos económicos y sociales de las mujeres; PIB = Producto interno bruto; GINI = Índice de desigualdad de GINI; desemp\_h = Porcentaje de desempleo en hombres; desemp\_m = Porcentaje de desempleo en mujeres; b\_desemp = Resta desempleo mujeres menos desempleo hombres; p\_polity2 = Medición del régimen político; cai\_cai1 = Índice comparativo de aborto; Region = Localización geográfica; p\_gsalud = Porcentaje del PIB destinado al gasto en salud; ppp\_gsalud = Gasto en salud expresado en Dólares internacionales ajustados por paridad de poder de compra; p\_geduc = Porcentaje del PIB destinado al gasto en educación; p\_cober = Porcentaje de cobertura total (público y privada) en salud; MAJID = religión que representa la mayoría religiosa en la población (50% más 1); SUPID = religión que representa la supremacía religiosa en la población (66 2/3% o mayor); EVN\_P = Esperanza de vida al nacer del total de la población; EVN\_H = Esperanza de vida al nacer de hombres; EVN\_M = Esperanza de vida al nacer de mujeres; HALE\_P = Esperanza de vida de años saludables de la población; HALE\_H = Esperanza de vida de años saludables de hombres; HALE\_M = Esperanza de vida de años saludables de mujeres; m\_materna = Mortalidad materna; m\_suicidiop = Mortalidad por suicidio poblacional; m\_suicidioh = Mortalidad por suicidio en hombres; m\_suicidiom = Mortalidad por suicidio en mujeres; m\_ccervic = Mortalidad por cáncer cérvico uterino; m\_cpulmp = Mortalidad por cáncer pulmonar poblacional; m\_cpulmh = Mortalidad por cáncer pulmonar en hombres; m\_cpulmm = Mortalidad por cáncer pulmonar; AVISA\_p = Años de Vida Ajustados por Discapacidad poblacional; AVISA\_h = Años de Vida Ajustados por Discapacidad de hombres; AVISA\_m = Años de Vida Ajustados por Discapacidad de mujeres; AVD\_p = Años de Vida Vividos con Discapacidad poblacional; AVD\_h = Años de Vida Vividos con Discapacidad de hombres; AVD\_m = Años de Vida Vividos con Discapacidad de mujeres; AVPP\_p = Años de Vida Potencialmente Perdidos poblacional; AVPP\_h = Años de Vida Potencialmente Perdidos de hombres; AVPP\_m = Años de Vida Potencialmente Perdidos de mujeres; p\_deprep = Prevalencia de depresión poblacional; p\_depreh = Prevalencia de depresión en hombres; p\_deprem = Prevalencia de depresión en mujeres; p\_paps = Porcentaje de población femenina que accede al screening del examen de Papanicolau (PAP) de acuerdo a la encuesta de OCDE; p\_papp = Porcentaje de población femenina que accede al screening del examen de Papanicolau (PAP) de acuerdo al programa de OCDE; p\_pap = Porcentaje de población femenina que accede al screening del examen de Papanicolau (PAP), datos OCDE: 2000-2017. Los valores de esta columna son los de p\_papp, y en caso de no haber valor para ese país y año se usa el de la columna p\_paps; p\_tabacp = Prevalencia de consumo de tabaco poblacional; p\_tabach = Prevalencia de consumo de tabaco hombres; p\_tabacm = Prevalencia de consumo de tabaco mujeres; p\_obesp = Prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población; p\_obesh = Prevalencia de obesidad y sobrepeso en hombres; p\_obesm = Prevalencia de obesidad y sobrepeso en mujeres.

### *Anexo 7: Análisis de sensibilidad*

Se realizó un análisis de sensibilidad para los modelos estudiados y utilizando el índice GGGI, para la población, hombres y mujeres:

- **Índices incluidos:** GII y GGGI\*
  
- **Modelos estudiados:** modelos 1, 2 y 3
  - MODELO 1: GINI como mediador entre inequidad de género y salud, usando gobernanza (p\_polity2)
  - MODELO 2: GINI como confusor entre inequidad de género y salud, usando gobernanza (p\_polity2)
  - MODELO 3: GINI como confusor entre inequidad de género y salud, usando el gasto en salud (ppp\_gsalud, gasto en salud expresado en Dólares internacionales ajustados por paridad de poder de compra)
  
- **VARIABLES ESTUDIADAS:**
  1. *VARIABLES DE SALUD POBLACIONAL*
    - EVN = esperanza de vida al nacer
    - HALE = Esperanza de años de vida saludables
    - AVPP = Años de vida potencialmente perdidos
    - AVISA = Años de Vida Ajustados por Discapacidad
    - AVD = Años de vida vividos con discapacidad
    - M. Suicidio = Mortalidad por suicidio
    - M.C.C = Mortalidad por Cáncer cervical
    - M.C.P = Mortalidad por Cáncer pulmonar
  
  2. *PREVALENCIA DE CONDICIONES DE VIDA*
    - Prevalencia Depresión
    - Realización PAP
    - Consumo de tabaco
    - Sobrepeso y obesidad
  
- **Efecto proporcional por cada 0,1 punto de variación del índice:**  $([\exp(\text{coef}) - 1] * 100) / 10$

\* HALE, no fue posible realizar en GGGI debido a que está contenido en su metodología

A continuación, se presentan las tablas del análisis de sensibilidad.

**TABLAS SENSIBILIDAD DE MODELOS DE REGRESIÓN**

SENSIBILIDAD GGGI

1.1) ESPERANZA DE VIDA AL NACER

Variable	MODELO	GGGI	P_polity2	GINI	ppp_gsalud	n	Adjusted R2	AIC
EVN p	1	0,041* (0,017) [0,0073 -- 0,075] 0,42%	0,00077* (0,014) [0,00016 -- 0,0014] 0,0077%	-	-	1584	0,8529	-7609,76
	2	0,044* (0,012) [0,0098 -- 0,077] 0,44%	0,00078* (0,013) [0,00016 -- 0,0014] 0,0078%	-0,00037 (0,1) [-0,00081 -- 0,00008] -0,0037%	-	1584	0,8532	-7612,213
	3	0,053** (0,002) [0,019 -- 0,087] 0,54%	-	-0,00031 (0,16) [-0,00075 -- 0,00013] -0,0031%	1,6e-06** (0,0097) [3,9e-07 -- 2,8e-06] 0,00016%	1584	0,8524	-7603,324
EVN h	1	0,034 (0,085) [-0,0047 -- 0,073] 0,35%	0,00059 (0,092) [-0,00009 -- 0,0013] 0,0059%	-	-	1584	0,8538	-7110,989
	2	0,038 (0,057) [-0,0011 -- 0,077] 0,39%	0,00059 (0,086) [-0,00008 -- 0,0013] 0,0059%	-0,00056* (0,028) [-0,0011 -- -0,00006] -0,0056%	-	1584	0,8544	-7116,656
	3	0,05* (0,012) [0,011 -- 0,088] 0,51%	-	-0,00047 (0,065) [-0,00096 -- 0,00003] -0,0047%	3,3e-06*** (<0,0001) [1,9e-06 -- 4,7e-06] 0,000033%	1584	0,8563	-7137,28
EVN m	1	0,046** (0,0035) [0,015 --0,078] 0,47%	0,00081** (0,007) [0,00022 -- 0,0014] 0,0081	-	-	1584	0,8421	-7915,491
	2	0,047** (0,0027) [0,016 -- 0,078] 0,48%	0,00081** (0,0069) [0,00022 -- 0,0014] 0,0081%	-0,00015 (0,5) [-0,00056 -- 0,00027] -0,0015%	-	1584	0,8421	-7914,335
	3	0,053*** (0,00055) [0,023 -- 0,084] 0,54%	-	-0,00013 (0,54) [-0,00055 -- 0,00029] -0,0013%	1,2e-07 (0,83) [-9,6e-07 -- 1,2e-06] 0,000001%	1584	0,8398	7891,339

## 1.2) ESPERANZA DE AÑOS DE VIDA SALUDABLES

No hay datos para este índice por ser contenido en su metodología

## 1.3) AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS

Variable	MODELO	GGGI	P_polity2	GINI	ppp_gsalud	n	Adjusted R2	AIC
AVPP p	1	3,6*** (<0,0001) [2,4 -- 4,8] 355,98%	-0,0028 (0,6) [-0,013 -- 0,0075] -0,028%	-	-	1584	0,8344	3049,362
	2	3,5*** (<0,0001) [2,3 -- 4,7] 321,15%	-0,0031 (0,55) [-0,013 -- 0,0072] -0,031%	0,02** (0,0011) [0,0079 -- 0,031] 0,20%	-	1584	0,8358	3036,224
	3	3,5*** (<0,0001) [2,3 -- 4,6] 321,15%	-	0,019** (0,0011) [0,0077 -- 0,031] 0,19%	-9,6e-06 (0,67) [-5,4e-05 -- 3,5e-05] -0,0001%	1584	0,8358	3036,174
AVPP h	1	2,8*** (<0,0001) [1,4 -- 4,1] 154,45%	0,0047 (0,51) [-0,009 -- 0,018] 0,047%	-	-	1584	0,761	3573,675
	2	2,7*** (<0,0001) [1,4 -- 4,0] 138,8%	0,0044 (0,53) [-0,0093 -- 0,018] 0,044%	0,015 (0,062) [-0,00074 -- 0,03] 0,15%	-	1584	0,7618	3573,675
	3	2,6*** (0,00012) [1,3 -- 4,0] 124,64%	-	0,014 (0,084) [-0,0018 -- 0,029] 0,14%	-4,4e-05* (0,022) [-8,2e-05 -- -6,5e-06] 0,00044%	1584	0,7626	3563,92
AVPP m	1	3,6*** (<0,0001) [2,4 -- 4,7] 355,98%	-0,0056 (0,32) [-0,017 -- 0,0054] -0,056%	-	-	1584	0,8094	3127,956
	2	3,5*** (<0,0001) [2,3 -- 4,6] 321,15%	-0,0058 (0,31) [-0,017 -- 0,0053] -0,058%	0,011 (0,086) [-0,0015 -- 0,023] 0,11%	-	1584	0,8098	3125,572
	3	3,4*** (<0,0001) [2,3 -- 4,6] 289,64%	-	0,01 (0,099) [-0,002 -- 0,023] 0,11%	-9,6e-06 (0,63) [-4,8e-05 -- 2,9e-05] -0,0001%	1584	0,8097	3126,325

1.4) AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD

Variable	MODELO	GGGI	P_polity2	GINI	ppp_gsalud	n	Adjusted R2	AIC
AVISA p	1	-0,58*** (<0,0001) [-0,81 -- -0,34] -4,4%	0,0047** (0,0036) [0,0016 -- 0,0079] 0,047%	-	-	1584	0,423	-1578,266
	2	-0,59*** (<0,0001) [-0,82 -- -0,36] -4,5%	0,0047** (0,0038) [0,0015 -- 0,0078] 0,047%	0,0026 (0,07) [-0,00021 -- 0,0054] 0,026%	-	1584	0,4244	-1581,212
	3	-0,64*** (<0,0001) [-0,87 -- -0,41] -4,7%	-	0,0017 (0,21) [-0,00095 -- 0,0044] 0,017%	-3,6e-05*** (<0,0001) [-4,3e-05 -- -2,8e-05] -0,00036%	1584	0,4552	-1668,058
AVISA h	1	-0,65*** (<0,0001) [-0,92 -- -0,37] -4,8%	0,0071*** (0,00017) [0,0034 -- 0,011] 0,071%	-	-	1584	0,4416	-1035,89
	2	-0,67*** (<0,0001) [-0,94 -- -0,39] -4,9%	0,0071*** (0,00018) [0,0034 -- 0,011] 0,071%	0,0031 (0,066) [-0,0002 -- 0,0064] 0,031%	-	1584	0,443	-1038,852
	3	-0,72*** (<0,0001) [-1,0 -- -0,45] -5,1%	-	0,0019 (-0,0011 -- 0,005) [0,22] 0,019%	-4,6e-05*** (<0,0001) [-5,6e-05 -- -3,7e-05] -0,00046%	1584	0,4764	-1136,806
AVISA m	1	-0,50*** (<0,0001) [-0,7 -- -0,3] -4,0%	0,0029* (0,04) [0,00013 -- 0,0056] 0,029%	-	-	1584	0,4042	-2120,126
	2	-0,51*** (<0,0001) [-0,71 -- -0,31] -4,0%	0,0029* (0,041) [0,00011 -- 0,0056] 0,029%	0,0017 (0,18) [-0,00075 -- 0,0041] 0,017%	-	1584	0,4049	-2120,99
	3	-0,55*** (<0,0001) [-0,74 -- -0,35] -4,2%	-	0,0011 (0,37) [-0,0013 -- 0,0034] 0,011%	-2,4e-05*** (<0,0001) [-3,1e-05 -- -1,7e-05] -0,00024%	1584	0,4257	-2177,496

### 1.5) AÑOS VIVIDOS CON DISCAPACIDAD

Variable	MODELO	GGGI	P_polity2	GINI	ppp_gsalud	n	Adjusted R2	AIC
AVD p	1	3,8*** (<0,0001) [2,3 -- 5,2] 437,0%	-0,0097 (0,25) [-0,026 -- 0,0068] -0,097%	-	-	1584	0,7739	3593,127
	2	3,7*** (<0,0001) [2,2 -- 5,1] 394,5%	-0,01 (0,24) [-0,027 -- 0,0065] -0,097%	0,018* (0,021) [0,0027 -- 0,033] 0,18%	-	1584	0,775	3586,3
	3	3,3*** (<0,0001) [1,9 -- 4,7] 261,1%	-	0,014 (0,059) [-0,00052 -- 0,029] 0,14%	-0,00012*** (<0,0001) [-0,00017 -- -7,7e-05] -0,0012%	1584	0,781	3543,468
AVD h	1	3,7*** (<0,0001) [2,5 -- 4,9] 394,5%	-0,0016 (0,81) [-0,015 -- 0,011] -0,016%	-	-	1584	0,8148	3169,74
	2	3,7*** (<0,0001) [2,5 -- 4,9] 394,5%	-0,0018 (0,79) [-0,015 -- 0,011] -0,018%	0,0089 (0,16) [-0,0035 -- 0,021] 0,089%	-	1584	0,815	3168,85
	3	3,6*** (<0,0001) [2,4 -- 4,8] 356,0%	-	0,0081 (0,21) [-0,0044 -- 0,021] 0,081%	-2,9e-05 (0,17) [-7e-05 -- 1,2e-05] -0,00029%	1584	0,8153	3168,85
AVD m	1	3,4*** (<0,0001) [2,2 -- 4,6] 289,6%	-0,0013 (0,84) [-0,014 -- 0,011] -0,012%	-	-	1584	0,8195	3079,95
	2	3,3*** (<0,0001) [2,2 -- 4,5] 261,1%	-0,0014 (0,82) [-0,014 -- 0,011] -0,014%	0,0094 (0,16) [-0,0036 -- 0,022] 0,095%	-	1584	0,8198	-2879,98
	3	3,3*** (<0,0001) [2,2 -- 4,4] 261,1%	-	0,014* (0,032) [0,0013 -- 0,027] 0,14%	-1,2e-04*** (<0,0001) [-0,00016 -- -8,6e-05] -0,0012%	1584	0,8204	3073,10

### 1.6) MORTALIDAD POR SUICIDIO

Variable	MODELO	GGGI	P_polity2	GINI	ppp_gsalud	n	Adjusted R2	AIC
M. Suicidio p	1	-1,4*** (<0,0001) [-2,0 -- -0,88] -7,5%	-0,0016 (0,7) [-0,0098 -- 0,0066] -0,016%	-	-	1584	0,6879	1150,555
	2	-1,4*** (<0,0001) [-1,9 -- -0,82] -7,5%	-0,0014 (0,73) [-0,0096 -- 0,0068] -0,014%	-0,011*** (0,00093) [-0,017 -- -0,0044] -0,11%	-	1584	0,6907	1137,552
	3	-1,4*** (<0,0001) [-1,9 -- -0,83] -7,5%	-	-0,01** (0,0012) [-0,017 -- -0,0042] -0,10%	7,8e-06 (0,33) [-7,7e-06 -- 2,3e-05] 0,000078%	1584	0,6908	1136,946
M. Suicidio h	1	-1,4*** (<0,0001) [-1,9 -- -0,81] -7,5%	-0,0035 (0,41) [-0,012 -- 0,0048] -0,035%	-	-	1584	0,6898	1199,077
	2	-1,3*** (<0,0001) [-1,8 -- -0,75] -7,3%	-0,0033 (0,43) [-0,012 -- 0,005] -0,033%	-0,0097** (0,003) [-0,016 -- -0,0033] -0,097%	-	1584	0,692	1189,022
	3	-1,3*** (<0,0001) [-1,8 -- -0,78] -7,3%	-	-0,0096** (0,0035) [-0,016 -- -0,0032] -0,096%	6,3e-06 (0,44) [-9,6e-06 -- 2,2e-05] 0,000063%	1584	0,6918	1189,742
M. Suicidio m	1	-1,7*** (<0,0001) [-2,2 -- -1,1] -8,2%	0,0051 (0,28) [-0,0042 -- 0,014] 0,052%	-	-	1584	0,6806	1533,022
	2	-1,6*** (<0,0001) [-2,1 -- -1,0] -8,0%	0,0054 (0,25) [-0,0038 -- 0,015] 0,054%	-0,017*** (<0,0001) [-0,024 -- -0,01] -0,17%	-	1584	0,6866	1503,874
	3	-1,5*** (<0,0001) [-2,1 -- -0,99] -7,8%	-	-0,017*** (<0,0001) [-0,024 -- -0,01] -0,17%	1,2e-05 (0,17) [-5e-06 -- 2,9e-05] 0,00012%	1584	0,6864	1504,966

### 1.7) MORTALIDAD POR CANCER CERVICAL

Variable	MODELO	GGGI	P_polity2	GINI	ppp_gsalud	n	Adjusted R2	AIC
M.C.C	1	-0,33 (0,18) [-0,82 -- 0,16] -2,8%	0,03*** (<0,0001) [0,023 -- 0,037] 0,30%	-	-	1584	0,5644	744,9834
	2	-0,32 (0,19) [-0,81 -- 0,16] -2,7%	0,03*** (<0,0001) [0,023 -- 0,037] 0,30%	-0,0013 (0,69) [-0,0074 -- 0,0049] -0,013%	-	1584	0,5642	746,7162
	3	-0,29 (0,26) [-0,8 -- 0,22] -2,5%	-	-0,003 (0,32) [-0,0088 -- 0,0029] -0,030%	-8,0e-05*** (<0,0001) [-9,8e-05 -- -6,2e-05] -0,0008%	1584	0,559	765,4549

### 1.8) MORTALIDAD POR CANCER PULMONAR

Variable	MODELO	GGGI	P_polity2	GINI	ppp_gsalud	n	Adjusted R2	AIC
M.C.P p	1	0,11 (0,32) [-0,1 -- 0,32] 1,2%	0,0057*** (0,00083) [0,0024 -- 0,009] 0,057%	-	-	1584	0,805	-1568
	2	0,11 (0,31) [-0,1 -- 0,32] 1,2%	0,0057*** (0,00088) [0,0023 -- 0,009] 0,057%	-0,00016 (0,91) [-0,003 -- 0,0027] -0,0016%	-	1584	0,8049	-1566,02
	3	0,13 (0,26) [-0,092 -- 0,35] 1,4%	-	-0,00036 (0,8) [-0,0032 -- 0,0025] -0,0036%	-1,1e-05** (0,0032) [-1,7e-05 -- -3,5e-06] -0,0001%	1584	0,8033	-1553,604
M.C.P h	1	0,27 (0,097) [-0,049 -- 0,59] 3,1%	0,011*** (<0,0001) [0,006 -- 0,016] 0,11%	-	-	1584	0,7346	-460,3326
	2	0,27 (0,094) [-0,046 -- 0,59] 3,1%	0,011*** (<0,0001) [0,006 -- 0,016] 0,11%	-0,00026 (0,9) [-0,0043 -- 0,0038] -0,0026%	-	1584	0,7345	-458,3567
	3	0,29 (0,077) [-0,031 -- 0,61] 3,4%	-	-0,00081 (0,7) [-0,0049 -- 0,0033] -0,081%	-2,6e-05*** (<0,0001) [-3,6e-05 -- -1,7e-05] 0,00026%	1584	0,7327	-447,9748
M.C.P m	1	-0,17 (0,16) [-0,4 -- 0,067] -1,1%	-0,00034 (0,84) [-0,0036 -- 0,0029] -0,0034%	-	-	1584	0,866	-718,8222



2	-0,11 (0,33) [-0,35 -- 0,12] -1,1%	-0,00019 (0,91) [-0,0035 -- 0,0031] -0,0019%	-0,0087*** (<0,0001) [-0,012 -- -0,0056] -0,087%	-	1584	0,8686	-749,6281
3	-0,061 (0,6) [-0,29 -- 0,17] -0,59%	-	-0,0081*** (<0,0001) [-0,011 -- -0,005] -0,081%	2,4e-05*** (<0,0001) [1,2e-05 -- 3,5e-05] 0,00023%	1584	0,8708	-775,608

### 1.9) PREVALENCIA DEPRESIÓN

Variable	MODELO	GGGI	P_polity2	GINI	ppp_salud	n	Adjusted R2	AIC
Depresión	1	0,15 (0,23) [-0,097 -- 0,4] 1,6%	-0,013*** (<0,0001) [-0,017 -- -0,009] -0,13%	-	-	1584	0,3505	-1322,561
	2	0,16 (0,21) [-0,09 -- 0,4] 1,7%	-0,013*** (<0,0001) [-0,017 -- -0,009] -0,13%	-0,0011 (0,45) [-0,0038 -- 0,0017] -0,011%	-	1584	0,3503	-1321,258
	3	0,079 (0,53) [-0,17 -- 0,33] 0,82%	-	-0,0011 (0,47) [-0,0039 -- 0,0018] -0,011%	7,2e-06 (0,12) [-1,9e-06 -- 1,6e-05] 0,00007%	1584	0,3146	-1236,425
Depresión h	1	0,13 (0,21) [-0,075 -- 0,34] 1,4%	-0,01*** (<0,0001) [-0,013 -- -0,007] -0,10%	-	-	1584	0,4181	-1738,987
	2	0,12 (0,27) [-0,091 -- 0,32] 1,3%	-0,01*** (<0,0001) [-0,013 -- -0,007] -0,10%	0,0026* (0,054) [-4,7e-05 -- 0,0053] 0,026%	-	1584	0,4198	-1742,646
	3	0,053 (0,63) [-0,16 -- 0,27] 0,54%	-	0,0026 (0,061) [-0,00012 -- 0,0053] 0,026%	4,1e-06 (0,33) [-4,1e-06 -- 1,2e-05] 0,00004%	1584	0,3935	1672,387
Depresión m	1	-0,29** (0,0041) [-0,49 -- -0,093] -0,25%	0,0029 (0,078) [-0,00032 -- 0,0061] 0,029%	-	-	1584	0,6938	-2142,378
	2	-0,33*** (0,00085) [-0,52 -- -0,14] -2,8%	0,0028 (0,082) [-0,00035 -- 0,006] 0,028%	0,0065*** (<0,0001) [0,0041 -- 0,0089] 0,065%	-	1584	0,7022	-2185,305
	3	-0,30** (0,0027) [-0,5 -- -0,1] -2,6%	-	0,0067*** (<0,0001) [0,0043 -- 0,0091] 0,067%	4,2e-06 (0,12) [-1,1e-06 -- 9,6e-06] 0,00004%	1584	0,7011	-2179,825

### 1.10) REALIZACIÓN PAP

Variable	MODELO	GGGI	P_polity2	GINI	ppp_gsalud	n	Adjusted R2	AIC
Realización PAP	1	-0,58* (0,046) [-1,1 -- -0,011] -4,4%	0,029*** (<0,0001) [0,022 -- 0,037] 0,29%	-	-	1584	0,5702	1255,413
	2	-0,49 (0,093) [-1,1 -- 0,081] -3,9%	0,029*** (<0,0001) [0,022 -- 0,037] 0,29%	-0,015*** (<0,0001) [-0,021 -- -0,0092] -0,15%	-	1584	0,5777	1228,468
	3	-0,19 (0,52) [-0,76 -- 0,38] -1,7%	-	-0,014*** (<0,0001) [-0,02 -- -0,0076] -0,14%	3,6e-05*** (<0,0001) [1,9e-05 -- 5,3e-05] 0,00036%	1584	0,5567	1305,381

### 1.11) CONSUMO DE TABACO

Variable	MODELO	GGGI	P_polity2	GINI	ppp_gsalud	n	Adjusted R2	AIC
Consumo de tabaco p	1	0,33 (0,062) [-0,016 -- 0,67] 3,9%	0,011*** (<0,0001) [0,0064 -- 0,016] 0,11%	-	-	1584	0,4497	202,1825
	2	0,32 (0,064) [-0,019 -- 0,67] 3,8%	0,011*** (<0,0001) [0,0064 -- 0,016] 0,11%	0,00058 (0,78) [-0,0035 -- 0,0047] 0,0058%	-	1584	0,4493	204,1013
	3	0,34 (0,057) [-0,0092 -- 0,68] 0,405%	-	-0,00009 (0,97) [-0,0043 -- 0,0041] -0,0009%	-3,1e-05*** (<0,0001) [-4,4e-05 -- -1,8e-05] -0,0003%	1584	0,4484	206,8506
Consumo de tabaco h	1	0,63*** (0,00018) [0,3 -- 0,96] 8,8%	0,011*** (<0,0001) [0,0063 -- 0,016] 0,11%	-	-	1584	0,5727	185,107
	2	0,62*** (0,00023) [0,29 -- 0,95] 8,6%	0,011*** (<0,0001) [0,0062 -- 0,016] 0,11%	0,0016 (0,45) [-0,0026 -- 0,0059] 0,016%	-	1584	0,5726	186,454
	3	0,62*** (0,00027) [0,29 -- 0,95] 8,6%	-	0,00088 (0,69) [-0,0034 -- 0,0052] 0,0088%	-3,4e-05*** (<0,0001) [-4,8e-05 -- -2,1e-05] -0,00034%	1584	0,5739	181,461
Consumo de tabaco m	1	-0,35 (0,25) [-0,94 -- 0,25] -2,95%	0,01* (0,014) [0,0021 -- 0,019] 0,10%	-	-	1584	0,2891	1699,73

	2	-0,35 (0,26) [-0,95 -- 0,25] -2,95%	0,01* (0,014) [0,0021 -- 0,019] 0,10%	-0,00024 (0,95) [-0,0071 -- 0,0067] -0,0024%	-	1584	0,2886	1701,724
	3	-0,32 (0,30) [-0,92 -- 0,28] -2,7%	-	-0,00062 (0,86) [-0,0075 -- 0,0063] -0,0062%	-2,0e-05 (0,053) [-3,9e-05 -- 2,3e-07] -0,0002%	1584	0,2863	1706,755

### 1.12) SOBREPESO Y OBESIDAD

Variable	MODELO	GGGI	P_polity2	GINI	ppp_gsalud	n	Adjusted R2	AIC
Sobrepeso y Obesidad p	1	-0,089 (0,63) [-0,45 -- 0,28] -0,85%	-0,0064* (0,014) [-0,011 -- -0,0013] 0,064%	-	-	1584	0,3294	55,110
	2	-0,17 (0,35) [-0,53 -- 0,19] -1,6%	-0,0066* (0,011) [-0,012 -- -0,0016] -0,066%	0,013*** (<0,0001) [0,0089 -- 0,018] 0,14%	-	1584	0,3491	8,9394
	3	-0,24 (0,19) [-0,59 -- 0,12] -2,1%	-	0,013*** (<0,0001) [0,0086 -- 0,018] 0,13%	-8,0e-06 (-2,1e-05 -- 5,4e-06) [0,24] -0,0001%	1584	0,3455	17,5582
Sobrepeso y Obesidad h	1	-0,12 (0,53) [-0,49 -- 0,25] -1,1%	-0,0057* (0,031) [-0,011 -- -0,00052] -0,057%	-	-	1584	0,3274	49,599
	2	-0,19 (0,3) [-0,56 -- 0,17] -1,7%	-0,0059* (0,025) [-0,011 -- -0,00073] -0,059%	0,013*** (<0,0001) [0,0081 -- 0,017] 0,13%	-	1584	0,3447	9,225
	3	-0,26 (0,16) [-0,61 -- 0,098] -2,3%	-	0,012*** (<0,0001) [0,0078 -- 0,017] 0,12%	-9,5e-06 (0,21) [-2,4e-05 -- 5,3e-06] -0,0001%	1584	0,3423	15,064
Sobrepeso y Obesidad m	1	-0,14 (0,49) [-0,54 -- 0,26] -1,3%	-0,0068** (0,015) [-0,012 -- -0,0013] -0,067%	-	-	1584	0,2859	474,222
	2	-0,23 (0,24) [-0,63 -- 0,16] -2,05%	-0,007* (0,011) [-0,012 -- -0,0016] -0,070%	0,016*** (<0,0001) [0,011 -- 0,021] 0,16%	-	1584	0,3074	426,929
	3	-0,30 (0,13) [-0,69 -- 0,086] -2,6%	-	0,015*** (<0,0001) [0,01 -- 0,02] 0,15%	-8,4e-06 (0,26) [-2,3e-05 -- 6,2e-06] -0,0001%	1584	0,3041	434,421

SENSIBILIDAD MODELOS GII

2,1) ESPERANZA DE VIDA AL NACER

Variable	MODELO	GII	P_polity2	GINI	ppp_gsalud	n	Adjusted R2	AIC
EVN p	1	-0,032** (0,027) [-0,052 -- -0,011] -0,31%	0,00078* (0,013) [0,00017 -- 0,0014] 0,0078%	-	-	1584	0,8541	-7622,857
	2	-0,031** (0,0032) [-0,051 -- -0,01] -0,31%	0,00079* (0,012) [0,00018 -- 0,0014] 0,0079%	-0,00024 (0,27) [-0,00066 -- 0,00019] -0,0024%	-	1584	0,8542	-7622,857
	3	-0,031** (0,0024) [-0,052 -- -0,011] -0,31%	-	-0,00018 (0,4) [-0,0006 -- 0,00024] -0,0018%	1,3e-06* (0,022) [2e-07 -- 2,5e-06] 0,000013%	1584	0,827	-7610,456
EVN h	1	-0,044*** (0,00029) [-0,068 -- -0,020] -0,43%	0,00057 (0,096) [-0,0001 -- 0,0012] 0,057%	-	-	1584	0,8563	-7138,392
	2	-0,043*** (0,00039) [-0,066 -- -0,019] -0,42%	0,00058 (0,09) [-0,00009 -- 0,0013] 0,0058%	-0,00041 (0,095) [-0,00088 -- 7,1e-05] -0,0041%	-	1584	0,8566	-7140,427
	3	-0,042*** (0,00039) [-0,066 -- -0,019] -0,41%	-	-0,00031 (0,2) [-0,00078 -- 0,00016] -0,0031%	3,03e-06*** (<0,0001) [1,7e-06 -- 4,4e-06] 0,00003%	1584	0,8581	-7157,16
EVN m	1	-0,023* (0,016) [-0,042 -- -0,0044] -0,23%	0,00083** (0,005) [0,00025 -- 0,0014] 0,0083%	-	-	1584	0,8422	-7916,516
	2	-0,023* (0,015) [-0,042 -- -0,0046] -0,23%	0,00084** (0,0051) [0,00025 -- 0,0014] 0,0084%	-3,5e-05 (0,87) [-0,00044 -- 0,00037] -0,00035%	-	1584	0,8421	-7914,564
	3	-0,025** (0,0092) [-0,044 -- -0,0062] -0,25%	-	-1,6e-05 (0,94) [-0,00042 -- 0,00039] -0,00016%	-1,3e-07 (0,81) [-1,2e-06 -- 9,1e-07] -1,3e-06%	1584	0,8396	-7889,814

2,2) ESPERANZA DE AÑOS DE VIDA SALUDABLE

Variable	MODELO	GII	P_polity2	GINI	ppp_gsalud	n	Adjusted R2	AIC
HALE p	1	-0,054*** (<0,0001) [-0,073 -- -0,035] -0,53%	-0,00062** (0,0028) [-0,001 -- -0,00021] -0,0062%	-	-	1584	0,7706	-7420,474
	2	-0,053*** (<0,0001) [-0,072 -- -0,033] -0,52%	-0,00061** (0,0032) [-0,001 -- -0,00021] -0,0061%	-0,00031 (0,12) [-0,0007 -- 7,8e-05] -0,0031%	-	1584	0,7708	-7421,33
	3	-0,05*** (<0,0001) [-0,069 -- -0,031] -0,49%	-	-0,00022 (0,27) [-0,0006 -- 0,00016] -0,0022%	4,0e-06*** (<0,0001) [2,6e-06 -- 5,5e-06] 0,000040%	1584	0,7767	-7462,743
HALE h	1	-0,076*** (<0,0001) [-0,098 -- -0,053] 0,73%	0,0003 (0,22) [-0,00018 -- 0,00077] 0,003%	-	-	1584	0,8309	-6916,123
	2	-0,076*** (<0,0001) [-0,098 -- -0,053] -0,73%	0,0003 (0,22) [-0,00018 -- 0,00078] 0,003%	-0,00005 (0,85) [-0,00057 -- 0,00047] -0,0005%	-	1584	0,8307	-6914,175
	3	-0,075*** (<0,0001) [-0,097 -- -0,053] -0,72%	-	0,00003 (0,91) [-0,00048 -- 0,00054] 0,0003%	2,5e-06** (0,003) [8,7e-07 -- 4,2e-06] 0,000025%	1584	0,8321	-6927,31
HALE m	1	-0,058*** (<0,0001) [-0,074 -- -0,042] -0,56%	-0,00099*** (<0,0001) [-0,0014 -- -0,00057] -0,0099%	-	-	1584	0,7397	-7936,965
	2	-0,058*** (<0,0001) [-0,074 -- -0,042] -0,56%	-0,00099*** (<0,0001) [-0,0014 -- -0,00057] -0,0099%	-0,0001 (0,60) [-0,00049 -- 0,00028] -0,0010%	-	1584	0,7396	-7935,391
	3	-0,055*** (<0,0001) [-0,07 -- -0,039] -0,54%	-	-5,9e-05 (0,76) [-0,00044 -- 0,00032] -0,00059%	2,5e-06*** (<0,0001) [1,4e-06 -- 3,7e-06] 0,000025%	1584	0,7383	-7927,58

2,3) AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS

Variable	MODELO	GII	P_polity2	GINI	ppp_gsalud	n	Adjusted R2	AIC
AVPP p	1	0,66* (0,02) [0,1 -- 1,2] 9,4%	0,0028 (0,62) [-0,0082 -- 0,014] 0,028%	-	-	1584	0,827	3117,936
	2	0,57* (0,044) [0,015 -- 1,1] 7,7%	0,0022 (0,69) [-0,0087 -- 0,013] 0,022%	0,021*** (0,00056) [0,0092 -- 0,033] 0,21%	-	1584	0,8288	3102,927
	3	0,55* (0,047) [0,0082 -- 1,1] 7,3%	-	0,021*** (0,00066) [0,0088 -- 0,033] 0,21%	-2e-05 (0,4) [-6,7e-05 -- 2,7e-05] -0,0002%	1584	0,8289	3101,457
AVPP h	1	0,84** (0,0093) [0,21 -- 1,5] 13,2%	0,0094 (0,19) [-0,0047 -- 0,024] 0,095%	-	-	1584	0,7578	3594,51
	2	0,78* (0,015) [0,15 -- 1,4] 11,8%	0,0090 (0,22) [-0,0052 -- 0,023] 0,090%	0,015 (0,057) [-0,00042 -- 0,031] 0,15%	-	1584	0,7587	3590,11
	3	0,74* (0,02) [0,12 -- 1,4] 11,0%	-	0,014 (0,078) [-0,0016 -- 0,029] 0,14%	-5,1e-05** (0,008) [-8,9e-05 -- -1,4e-05] 0,00051%	1584	0,7596	3584,15
AVPP m	1	0,66* (0,02) [0,1 -- 1,2] 9,4%	-0,00009 (0,99) [-0,012 -- 0,012] -0,00090%	-	-	1584	0,8018	3190,115
	2	0,61* (0,03) [0,59 -- 1,2] 8,4%	-0,00046 (0,94) [-0,012 -- 0,011] -0,0046%	0,012 (0,053) [-0,00016 -- 0,025] 0,12%	-	1584	0,8023	3186,638
	3	0,60* (0,03) [0,59 -- 1,1] 8,2%	-	0,012 (0,067) [-0,00082 -- 0,024] 0,12%	-2,0e-05 (0,34) [-6e-05 -- 2e-05] -0,0002%	1584	0,8025	3185,142

2,4) AÑOS DE VIDA AJUSTADO POR DISCAPACIDAD

Variable	MODELO	GII	P_polity2	GINI	ppp_gsalud	n	Adjusted R2	AIC
AVISA p	1	0,081 (0,16) [-0,033 -- 0,19] 0,84%	0,0041* (0,015) [0,00079 -- 0,0074] 0,041%	-	-	1584	0,4103	-1543,792
	2	0,073 (0,21) [-0,04 -- 0,19] 0,76%	0,004* (0,017) [0,00073 -- 0,0073] 0,0404%	0,0018 (0,21) [-0,001 -- 0,0047] 0,018%	-	1584	0,4108	-1544,19
	3	0,051 (0,36) [- 0,058 -- 0,16] 0,52%	-	0,001 (0,46) [-0,0017 -- 0,0037] 0,0101%	-3,3e-05*** (<0,0001) [-4,1e-05 -- -2,6e-05] -0,0003%	1584	0,4386	-1620,614
AVISA h	1	0,12 (0,090) [-0,018 -- 0,25] 1,3%	0,0064** (0,001) [0,0026 -- 0,01] 0,065%	-	-	1584	0,4312	-1006,567
	2	0,11 (0,12) [-0,027 -- 0,24] 1,2%	0,0064** (0,0012) [0,0025 -- 0,01] 0,064%	0,0022 (0,20) [-0,0012 -- 0,0055] 0,022%	-	1584	0,4317	-1006,927
	3	0,077 (0,25) [-0,053 -- 0,21] 0,80%	-	0,0011 (0,49) [-0,002 -- 0,0043] 0,011%	-4,4e-05*** (<0,0001) [-5,3e-05 -- -3,4e-05] -0,00044%	1584	0,4622	-1094,36
AVISA m	1	0,031 (0,52) [-0,065 -- 0,13] 0,32%	0,0023 (0,12) [-0,00058 -- 0,0051] 0,023%	-	-	1584	0,3891	-2080,59
	2	0,027 (0,59) [-0,069 -- 0,12] 0,27%	0,0022 (0,12) [-0,00061 -- 0,0051] 0,022%	0,0011 (0,37) [-0,0013 -- 0,0036] 0,011%	-	1584	0,3892	-2079,82
	3	0,013 (0,78) [-0,081 -- 0,11] 0,13%	-	0,00055 (0,65) [-0,0018 -- 0,0029] 0,0055%	-2,2e-05*** (<0,0001) [-2,9e-05 -- -1,6e-05] -0,00022%	1584	0,4077	-2128,48

2,5) AÑOS VIVIDOS CON DISCAPACIDAD

Variable	MODELO	GII	P_polity2	GINI	ppp_gsalud	n	Adjusted R2	AIC
AVD p	1	0,47 (0,14) [-0,16 -- 1,1] 6,0%	-0,0042 (0,63) [-0,021 -- 0,013] -0,042%	-	-	1584	0,7656	3650,058
	2	0,38 (0,23) [-0,24 -- 1,0] 4,6%	-0,0048 (0,58) [-0,022 -- 0,012] -0,048%	0,020* (0,011) [0,0046 -- 0,036] 0,203%	-	1584	0,767	3641,207
	3	0,34 (0,28) [-0,27 -- 0,94] 4,05%	-	0,016* (0,037) [0,001 -- 0,031] 0,16%	-0,00013*** (<0,0001) [-0,00018 -- -8,6e-05] -0,0013%	1584	0,7745	3589,726
AVD h	1	0,48 (0,11) [-0,1 -- 1,1] 6,2%	0,0039 (0,58) [-0,0097 -- 0,017] 0,039%	-	-	1584	0,8062	3241,5
	2	0,43 (0,14) [-0,15 -- 1,0] 5,4%	0,0035 (0,61) [-0,01 -- 0,017] 0,035%	0,011 (0,086) [-0,0016 -- 0,024] 0,11%	-	1584	0,8066	3239,226
	3	0,41 (0,16) [-0,16 -- 0,98] 5,1%	-	0,010 (0,12) [-0,0027 -- 0,023] 0,101%	-4,0e-05 (0,061) [-8,2e-05 -- 1,9e-06] 0,00040%	1584	0,8073	3239,226
AVD m	1	0,47 (0,1) [-0,09 -- 1,0] 6,0%	0,0038 (0,57) [-0,0092 -- 0,017] 0,038%	-	-	1584	0,8122	3142,98
	2	0,42 (0,14) [-0,13 -- 0,98] 5,2%	0,0035 (0,60) [-0,0095 -- 0,016] 0,035%	0,011 (0,093) [-0,0019 -- 0,025] 0,11%	-	1584	0,8126	3140,21
	3	0,34 (0,23) [-0,21 -- 0,88] 4,05%	-	0,016* (0,017) [0,0029 -- 0,03] 0,16%	-0,00013*** (<0,0001) [-0,00017 -- -9,6e-05] -0,0013%	1584	0,8136	3131,98



2,6) MORTALIDAD POR SUICIDIO

Variable	MODELO	GII	P_polity2	GINI	ppp_gsalud	n	Adjusted R2	AIC
M. Suicidio p	1	-0,57*** (0,00012) [-0,85 -- -0,28] -4,3%	-0,0042 (0,31) [-0,012 -- 0,004] -0,042%	-	-	1584	0,6853	1164,009
	2	-0,52*** (0,0003) [-0,8 -- -0,24] -,406%	-0,0039 (0,35) [-0,012 -- 0,0043] -0,039%	-0,01** (0,0013) [-0,017 -- -0,0041] -0,104%	-	1584	0,6879	1151,803
	3	-0,51*** (0,00037) [-0,79 -- -0,23] -4,0%	-	-0,01** (0,0018) [-0,017 -- -0,0038] -0,102%	1,1e-05 (0,17) [-4,6e-06 -- 2,7e-05] 0,0001%	1584	0,6879	1151,877
M. Suicidio h	1	-0,58*** (0,0001) [-0,87 -- -0,29] -4,4%	-0,006 (0,15) [-0,014 -- 0,0023] -0,060%	-	-	1584	0,6882	1207,331
	2	-0,54*** (0,00025) [-0,82 -- -0,25] -4,2%	-0,0057 (0,17) [-0,014 -- 0,0025] -0,057%	-0,0094** (0,0044) [-0,016 -- -0,0029] -0,094%	-	1584	0,6902	1198,163
	3	-0,52*** (0,00033) [-0,8 -- -0,24] -4,1%	-	-0,0093** (0,0052) [-0,016 -- -0,0028] -0,093%	9,4e-06 (0,25) [-6,6e-06 -- 2,5e-05] 9,4e-05%	1584	0,6897	1200,707
M. Suicidio m	1	-0,59*** (0,00023) [-0,9 -- -0,28] -4,5%	0,0021 (0,65) [-0,0071 -- 0,011] 0,021%	-	-	1584	0,6761	1555,392
	2	-0,52*** (0,00094) [-0,82 -- -0,21] -4,1%	0,0027 (0,57) [-0,0065 -- 0,012] 0,027%	-0,017*** (<0,0001) [-0,024 -- -0,01] -0,17%	-	1584	0,6821	1526,781
	3	-0,51*** (0,00095) [-0,82 -- -0,21] -4,0%	-	-0,017*** (<0,0001) [-0,024 -- -0,0098] -0,17%	1,6e-05 (0,072) [-1,5e-06 -- 3,4e-05] 0,00016%	1584	0,6825	1524,581

## 2.7) MORTALIDAD POR CANCER CERVICAL

Variable	MODELO	GII	P_polity2	GINI	ppp_gsalud	n	Adjusted R2	AIC
M.C.C	1	0,28* (0,019) [0,045 -- 0,51] 3,2%	0,03*** (<0,0001) [0,023 -- 0,037] 0,304%	-	-	1584	0,566	739,2427
	2	0,29* (0,015) [0,056 -- 0,52] 3,4%	0,03*** (<0,0001) [0,023 -- 0,037] 0,304%	-0,0024 (0,45) [-0,0085 -- 0,0037] -0,024%	-	1584	0,566	740,2902
	3	0,20 (0,088) [-0,029 -- 0,42] 2,2%	-	-0,0038 (0,21) [-0,0096 -- 0,0021] -0,038%	-7,9e-05*** (<0,0001) [-9,6e-05 -- -6,1e-05] -0,0008%	1584	0,5596	763,3736

## 2.8) MORTALIDAD POR CANCER PULMONAR

Variable	MODELO	GII	P_polity2	GINI	ppp_gsalud	n	Adjusted R2	AIC
M.C.P p	1	-0,21*** (0,00049) [-0,32 -- -0,091] -1,9%	0,0056** (0,0013) [0,0022 -- 0,0089] 0,056%	-	-	1584	0,8074	-1587,609
	2	-0,21*** (0,00035) [-0,32 -- -0,095] -1,9%	0,0055** (0,0015) [0,0021 -- 0,0089] 0,056%	0,00053 (0,71) [-0,0022 -- 0,0033] 0,0053%	-	1584	0,8073	-1585,817
	3	-0,22*** (0,00012) [-0,34 -- -0,11] -2,0%	-	0,00036 (0,8) [-0,0024 -- 0,0031] 0,0036%	-1,2e-05** (0,0013) [-1,8e-05 -- -4,5e-06] -0,0001%	1584	0,8061	-1576,038
M.C.P h	1	-0,34*** (0,00039) [-0,52 -- -0,15] -2,8%	0,011*** (<0,0001) [0,006 -- 0,015] 0,11%	-	-	1584	0,7385	-483,6181
	2	-0,34*** (0,0003) [-0,52 -- -0,16] -2,8%	0,011*** (<0,0001) [0,0059 -- 0,015] 0,11%	0,00097 (0,62) [-0,0029 -- 0,0048] 0,0097%	-	1584	0,7384	-481,9588
	3	-0,37*** (<0,0001) [-0,56 -- -0,19] -3,1%	-	0,00046 (0,82) [-0,0034 -- 0,0043] 0,0046%	-2,8e-05*** (<0,0001) [-3,8e-05 -- -1,9e-05] -0,00028%	1584	0,7375	-476,414
M.C.P m	1	-0,32*** (<0,0001) [-0,45 -- -0,2] -2,7%	-0,00099 (0,54) [-0,0042 -- 0,0022] -0,01%	-	-	1584	0,8683	-746,5581

	2	-0,29*** (<0,0001) [-0,41 -- -0,16] -2,5%	-0,00075 (0,65) [-0,004 -- -0,0025] -0,0075%	-0,008*** (<0,0001) [-0,011 -- -0,0049] -0,08%	-	1584	0,8705	-772,5148
	3	-0,28*** (<0,0001) [-0,4 -- -0,15] -2,4%	-	-0,0074*** (<0,0001) [-0,01 -- -0,0043] -0,074%	2,3e-05*** (<0,0001) [1,2e-05 -- 3,4e-05] 0,00023%	1584	0,8726	-797,7426

## 2.9) DEPRESIÓN

Variable	MODELO	GII	P_polity2	GINI	ppp_gsalud	n	Adjusted R2	AIC
Depresión p	1	-0,018 (0,76) [-0,14 -- 0,1] -0,18%	-0,013*** (<0,0001) [-0,016 -- -0,0089] 0,12%	-	-	1584	0,3497	-1320,513
	2	-0,015 (0,81) [-0,13 -- 0,1] -0,15%	-0,013*** (<0,0001) [-0,016 -- -0,0089] -0,12%	-0,00087 (0,54) [-0,0036 -- 0,0019] -0,0087%	-	1584	0,3494	-1318,98
	3	0,013 (0,84) [-0,11 -- 0,13] 0,13%	-	-0,001 (0,48) [-0,0039 -- 0,0018] -0,01%	6,9e-06 (0,14) [-2,2e-06 -- 1,6e-05] 6,9e-05%	1584	0,3144	-1235,906
Depresión h	1	-0,078 (0,14) [-0,18 -- 0,026] -0,75%	-0,010*** (<0,0001) [-0,013 -- -0,0069] -0,099%	-	-	1584	0,4185	-1740,082
	2	-0,091 (0,081) [-0,19 -- 0,011] -0,87%	-0,010*** (<0,0001) [-0,013 -- -0,007] -0,099%	0,003* (0,028) [0,00033 -- 0,0057] 0,030%	-	1584	0,4208	-1745,396
	3	-0,07 (0,18) [-0,17 -- 0,033] -0,68%	-	0,0028* (0,04) [0,00013 -- 0,0055] 0,028%	3,7e-06 (0,37) [-4,4e-06 -- 1,2e-05] 3,7e-05%	1584	0,3943	-1674,608
Depresión m	1	-0,052 (0,36) [-0,16 -- 0,059] -0,51%	0,0025 (0,14) [-0,00083 -- 0,0058] 0,025%	-	-	1584	0,6915	-2130,349
	2	-0,08 (0,15) [-0,19 -- 0,03] -0,77%	0,0023 (0,17) [-0,00096 -- 0,0055] 0,023%	0,0064*** (<0,0001) [0,004 -- 0,0088] 0,064%	-	1584	0,6995	-2171,476
	3	-0,082 (0,14) [-0,19 -- 0,027] -0,79%	-	0,0066*** (<0,0001) [0,0042 -- 0,009] 0,066%	5,0e-06 (0,065) [-3,1e-07 -- 1e-05] 5,0e-05%	1584	0,6992	-2169,46

## 2.10) REALIZACIÓN PAP

Variable	MODELO	GII	P_polity2	GINI	ppp_gsalud	n	Adjusted R2	AIC
Realización PAP	1	-0,69*** (<0,0001) [-0,96 -- -0,41] -5,0%	0,027*** (<0,0001) [0,02 -- 0,035] 0,27%	-	-	1584	0,5789	1222,997
	2	-0,63*** (<0,0001) [-0,9 -- -0,35] -4,7%	0,028*** (<0,0001) [0,021 -- 0,035] 0,28%	-0,014*** (<0,0001) [-0,02 -- -0,008] -0,14%	-	1584	0,5851	1200,547
	3	-0,67*** (<0,0001) [-0,95 -- -0,38] -4,9%	-	-0,012*** (0,00011) [-0,018 -- -0,0061] -0,12%	3,5e-05*** (<0,0001) [1,8e-05 -- 5,2e-05] 0,0003%	1584	0,5662	1270,905

## 2.11) CONSUMO DE TABACO

Variable	MODELO	GII	P_polity2	GINI	ppp_gsalud	n	Adjusted R2	AIC
Consumo de tabaco p	1	0,14 (0,1) [-0,027 -- 0,31] 1,5%	0,012*** (<0,0001) [0,007 -- 0,017] 0,12%	-	-	1584	0,4494	202,9809
	2	0,14 (0,11) [-0,03 -- 0,31] 1,5%	0,012*** (<0,0001) [0,007 -- 0,017] 0,12%	0,00049 (0,82) [-0,0037 -- 0,0047] 0,0049%	-	1584	0,449	204,9242
	3	0,1 (0,23) [-0,065 -- 0,27] 1,05%	-	-0,00008 (0,97) [-0,0043 -- 0,0041] -0,0008%	-3,2e-05*** (<0,0001) [-4,5e-05 -- -1,9e-05] -0,0003%	1584	0,4475	209,3176
Consumo de tabaco h	1	0,23*** (0,005) [0,071 -- 0,4] 2,6%	0,012*** (<0,0001) [0,0074 -- 0,017] 0,12%	-	-	1584	0,571	191,291
	2	0,23** (0,0064) [0,064 -- 0,39] 2,6%	0,012*** (<0,0001) [0,0074 -- 0,017] 0,12%	0,0016 (0,47) [-0,0027 -- 0,0059] 0,016%	-	1584	0,5709	192,693
	3	0,19* (0,022) [0,028 -- 0,35] 2,1%	-	0,0009 (0,68) [-0,0034 -- 0,0052] 0,009%	-3,6e-05*** (<0,0001) [-5e-05 -- -2,3e-05] -0,00036%	1584	0,5716	190,233
Consumo de tabaco m	1	-0,068 (0,63) [-0,35 -- 0,21] -0,66%	0,0098* (0,02) [0,0016 -- 0,018] 0,098%	-	-	1584	0,2884	1701,204
	2	-0,066	0,0098**	-0,00038	-	1584	0,2879	1703,191

		(0,64) [-0,35 -- 0,22] -0,64%	(0,02) [0,0016 -- 0,018] 0,098%	(0,91) [-0,0073 -- 0,0065] -0,0038%				
3		-0,093 (0,52) [-0,37 -- 0,19] -0,89%	-	-0,00064 (0,86) [-0,0075 -- 0,0063] -0,0064%	-1,9e-05 (0,061) [-3,8e-05 -- 8,5e-07] -0,00019	1584	0,2859	1707,673

## 2.12) SOBREPESO Y OBESIDAD

Variable	MODELO	GII	P_polity2	GINI	ppp_gsalud	n	Adjusted R2	AIC
Sobrepeso y Obesidad p	1	0,052 (0,56) [-0,12 -- 0,22] 0,53%	-0,0064* (0,012) [-0,011 -- -0,0014] -0,064%	-	-	1584	0,3295	54,968
	2	-0,0054 (0,95) [-0,18 -- 0,16] -0,054%	-0,0068** (0,0072) [-0,012 -- -0,0019] -0,068%	0,013*** (<0,0001) [0,0087 -- 0,018] 0,13%	-	1584	0,3486	10,1506
	3	0,0048 (0,96) [-0,16 -- 0,17] 0,048%	-	0,013*** (<0,0001) [0,0084 -- 0,018] 0,13%	-7,2e-06 (0,29) [-2,1e-05 -- 6,2e-06] -7,2e-05%	1584	0,3445	19,9024
Sobrepeso y Obesidad h	1	-0,00023 (0,998) [-0,18 -- 0,18] -0,0023%	-0,0059* (0,024) [-0,011 -- -0,00078] -0,059%	-	-	1584	0,3271	50,164
	2	-0,054 (0,55) [-0,23 -- 0,12] -0,53%	-0,0063* (0,016) [-0,011 -- -0,0012] -0,062%	0,013*** (<0,0001) [0,008 -- 0,017] 0,13%	-	1584	0,3443	10,272
	3	-0,046 (0,61) [-0,22 -- 0,13] -0,45%	-	0,012*** (<0,0001) [0,0077 -- 0,017] 0,12%	-8,7e-06 (0,24) [-2,3e-05 -- 5,9e-06] -8,7e-05%	1584	0,3413	17,492
Sobrepeso y Obesidad	1	0,08 (0,41) [-0,11 -- 0,27] 0,83%	-0,0068* (0,013) [-0,012 -- -0,0015] -0,068%	-	-	1584	0,286	473,972
	2	0,015 (0,88) [-0,17 -- 0,2] 0,15%	-0,0073** (0,0074) [-0,013 -- -0,002] -0,073%	0,015*** (<0,0001) [0,01 -- 0,02] 0,15%	-	1584	0,3066	428,653
	3	0,026 (0,79) [-0,16 -- 0,21] 0,26%	-	0,015*** (<0,0001) [0,0099 -- 0,02] 0,15%	-7,3e-06 (0,32) [-2,2e-05 -- 7,2e-06] -7,3e-05%	1584	0,3028	437,295