

ARTÍCULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

**“INFLUENCIA DE LAS DESIGUALDADES SOCIOSANITARIAS Y EL CAPITAL SOCIAL EN LA AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD DE LOS COLOMBIANOS”.
UN ANÁLISIS POR REGIONES**

**“The Influence Of Public Health Inequalities And Social Capital On The Self-Perception Of The Health Of Colombians”.
A Regional Analysis**

*Rafael Tuesca Molina¹, *Eustorgio Amed Salazar²

Recibido: octubre 27 de 2013.

Aprobado: junio 28 de 2013.

Resumen

Objetivo: Analizar la autopercepción de salud bajo la influencia del capital social y desigualdades socio-sanitarias para el contexto: regiones de Colombia. **Materiales y métodos:** descriptivo transversal, por submuestras, a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud 2007, cuestionarios Hogar 1 y 2, población con edades de 16 a 65 años, resultando 45.520 sujetos. Se construyó una variable componente para desigualdad y capital social. La *Dimensión 1* de desigualdad conjuga educación, trabajo, afiliación a salud; la *Dimensión 2* vivienda en riesgo. *Capital social 1* relaciona acciones de participación y *Capital social 2* con cooperación. El análisis empleó Odds ratio mediante regresión logística y su significancia estadística. **Resultados:** En términos generales, como factor común en las regiones del país, los determinantes para percepción negativa de salud están relacionados con: tener 60 años y más, Caso Atlántica (OR:0,33 [0,23-0,49]), ser mujer, Caso Bogotá (OR: 0,51 [0,41-0,63]); mientras la percepción positiva de salud se relacionó con: tener estudios de posgrados (OR:5,72[1,92-17,06]) y Universitarios (OR:2,27[1,25-4,13]) así como la Desigualdad 1 representada por la Afiliación al sistema de salud(OR:1,83[1,45-2,47]). **Conclusión:** El ser mujer y tener edad avanzada, son elementos comunes y definitivos para percibir peor salud; es prioritario empoderar y fortalecer la construcción de redes y género derechos y educación para reducir brechas con los hombres. En síntesis las desigualdades y capital social de región reflejan la percepción de salud de los colombianos; los hallazgos deben orientar ajustes visibles de política pública con enfoque de género y diferencial en el Plan Decenal.

Palabras claves: Grupos étnicos, Desigualdades en la salud, Estado de salud, Estudios transversales.

Abstract

Objective: To analyse the self-perception of health under the influence of social capital and public health inequalities to the context: regions of Colombia. **Materials and methods:** a transversal descriptive study, through the use of sub-samples taken from the National Health Survey data from 2007, Home questionnaires 1 and 2, population aged 16 to 65, resulting in 45,520 subjects. A variable component to inequality and social capital was put in place. Dimension 1 inequality combines education, work and health membership; Dimension 2 properties at risk. Social capital 1 relates to the effects of participation and Social capital 2 with cooperation. The analysis used odds ratio by means of logistic regression and its statistical significance. **Results:** In general terms, as a common factor in the country's regions, the determinants of the negative perception of health are related to: being 60 years and older, Atlantic case (OR: 0.33 [0.23-0.49]), being a woman, Bogota case (OR: 0.51 [0.41-0.63]); whilst the positive perception of health was associated with: having postgraduate studies (OR: 5.72 [1.92-17.06]) and undergraduate studies (OR: 2.27 [1.25-4.13]) so as Inequality 1 represented by the Affiliation to health care (OR: 1.83 [1.45-2.47]). **Conclusion:** Being a women and being an elderly person are both common and definitive elements that make a person more susceptible to bad health; it is a priority to empower and strengthen the construction of networks, gender rights and education to reduce the gaps amongst men and women. In short, the inequalities and social capital of the region reflect the perception of Colombians' health; the findings should guide public policy settings with a gender and differential approach to the Ten Year Plan.

Key words: Ethic groups, Health inequalities, Health status, Cross-Sectional Studies.

¹ Médico, Especialista en Programas de Desarrollo Infantil, Magister en Epidemiología y Salud Pública, Doctor en Medicina Preventiva y Salud Pública. Docente en la Universidad del Norte, Departamento de Salud Pública. Universidad del Norte. Kilómetro 5 Autopista a Puerto Colombia.

² Enfermero, Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoria en Salud, Magister en Salud Pública. Docente en la Universidad de Sucre, Facultad ciencias de la Salud.

*Correspondencia: Correo electrónico: joseamedsalazar@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La autopercepción de la salud se refiere a la evaluación o consideración que tiene un individuo de su propio estado de bienestar general, es un indicador de calidad de vida que concierne a la percepción de la propia salud por parte de los individuos. Es considerada como la métrica del estado de salud más utilizada, cada vez en mayor magnitud, en estudios epidemiológicos y encuestas poblacionales, debido a su validez en predecir la morbi-mortalidad y el decremento funcional en personas mayores; así como en el seguimiento de grupos poblacionales con problemas de salud específicos y en la medición de la efectividad de las intervenciones implementadas(1)(2).

La salud autopercibida es un concepto social y culturalmente construido y consolidado de manera personal, desde el individuo hasta los colectivos, por tanto está influido por diversos elementos(3)(4) y, también, ejerce su influjo en indicadores de gran peso para la dinámica poblacional de la salud; es importante resaltar que diversos estudios realizados en Estados Unidos y otros países, tal como lo describe Idler EL (1997), han establecido que la autopercepción de salud es altamente predictiva de mortalidad, independientemente de otros factores relacionados con atención de salud, los comportamientos y otros factores psicosociales. (5)

La percepción que tiene cada individuo de su salud está relacionada, o presenta algunas variantes en cuanto al sexo, edad, raza, etnia, nivel de educación, ingreso o gasto *per cápita*, entre otros factores a nivel individual (6); como también a nivel ecológico o colectivo tal es el caso de las desigualdades, para este propósito: sociales y de salud, y el capital social por ser elementos culturales y de contexto: así como lo menciona Gonzales, Sarmiento y otros, 2005, quienes manifiestan en su investigación que La Academy Health reconoce lo ampliamente definida que se encuentra la salud, por estos factores(culturales y de contexto)(7).

En la década de los setenta, Lalonde (1974) estableció la existencia de varios factores claves capaces de determinar el estado de salud poblacional: estilos de vida, medio ambiente, biología humana y servicios sanitarios(8). Posteriormente, el informe Black (Black et al. 1988) indicó que las clases sociales menos favorecidas tenían tasas de mortalidad superiores a las más aventajadas; se plantea que una de las posibles hipótesis explicativas es la posición social de los individuos, de forma que los grupos sociales situados en la parte inferior de la escala social tienen peor salud porque viven en ambientes sociales menos saludables(9)(10). Evans, Barer y Marmot (1994) propusieron un marco de referencia sobre los factores que determinan la salud de la población en el que además del entorno físico, la carga genética y la asistencia sanitaria, también factores del entorno sociales y económico condicionan la situación de salud(8).

Las desigualdades sociales y de salud (sociosanitarias) son analizadas como concepto unificado debido a su recíproca afectación, y el impacto directo sobre el bienestar de la población. Estas desigualdades sociosanitarias son el resultado de las diferencias en las condiciones de vida, el entorno en el que nace, crece, vive, trabaja, envejece y muere una persona; por tanto tiene su origen en las desigualdades políticas, económicas y sociales que existen en la sociedad (11); en gran parte del mundo se ha evidenciado la existencia de éstas, y sus principales protagonistas son los individuos de países de menor renta, las mujeres y las clases sociales menos favorecidas (12)(13). Éstas son variaciones injustas y evitables derivadas de la desigual distribución de poder por clase social, género, etnia otros (as) circunstancias que limitan el acceso de individuos y grupos a recursos claves para su salud; suponen una barrera de las estructuras sociales a que las personas consigan su más alto nivel alcanzable (INDESAN 2008) (14). Asimismo, el concepto de desigualdad en salud, propiamente dicho, hace referencia a las diferentes oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social,

género, territorio o etnia(15); El estudio de las desigualdades sociosanitarias pone de manifiesto la relación entre los factores sociales y la salud: en las personas de clase social más privilegiada se percibe mejor salud y menor mortalidad que en las personas de clases sociales más desfavorecidas(16).

La presunción del efecto de las desigualdades sociales sobre la salud ha sido examinada en nuestro país a través de la investigación de la OPS: “*Hoja Resumen Sobre Desigualdades Sociales En Salud Colombia 2001*”, en la cual se permite evidenciar que: la atención en salud se incrementa a medida que aumenta el nivel de gasto, tanto en hombres como en mujeres, en todos los grupos de edad, y en ambas áreas (rural y urbana). Esto sugiere diferencias de acceso a los servicios de atención en salud basados en el nivel socioeconómico más que en la condición de género. *Los resultados evidencian la presencia de barreras económicas y/o geográficas que dificultan el uso de los servicios de salud* (17).

El mismo informe indica que las mayores diferencias en afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) según nivel de gasto se dan en las áreas urbanas. Las principales razones de no afiliación son factores económicos. *Esto refleja los efectos de las condiciones económicas en el acceso potencial (capacidad de uso) de los servicios de salud y por lo tanto en la salud de las personas.*

Un análisis al caso Bogotá (Colombia, 2003) (7) concluye que el nivel de ingreso y la forma como está distribuido en la sociedad influyen sobre la percepción de salud; “personas con menor ingreso o comunidades con mayor desigualdades, tienden a percibir un peor estado de salud que aquellos con ingresos superiores o comunidades más equitativas”. Estas relaciones no actúan de forma independiente. El efecto del nivel de ingreso depende del grado de la desigualdad y viceversa.

Así mismo, se han encontrado aportes de investigaciones en la población colombiana sobre las desigualdades sociales, en las que se observa

que variables socioeconómicas están determinando la mortalidad prematura de la población. Existen desde hace mucho tiempo pruebas suficientes, derivadas de estudios con mediciones individuales, de que las malas condiciones socioeconómicas se asocian con mortalidad prematura; se pudo determinar, por ejemplo, que la tasa de mortalidad por diabetes mellitus se asoció de manera directamente proporcional con los indicadores de desarrollo socioeconómico. Los pacientes diabéticos requieren un tratamiento regular, que incluye una dieta adecuada y ejercicios, así como un seguimiento cuidadoso para vigilar y atender oportunamente las complicaciones que puedan aparecer; en caso contrario, el riesgo de muerte prematura se incrementa considerablemente (18).

En lo referente al capital social se le considera como una variable de gran influencia en la autopercepción de la salud, es un fenómeno multifacético. Entre otros puntos de vista, Kawachi et al (1997) conceptualizaron que éste puede ser considerado como un subproducto de las relaciones sociales resultantes de los intercambios recíprocos entre los miembros que participan en asociaciones sociales o redes y puede ser reconocida como un bien público que genera *externalidades positivas*, facilitando la cooperación para el logro de objetivos comunes.

En el campo de la salud, propiamente dicho, se ha visto que aquellos países, ciudades y comunidades, en general, con mayores niveles de capital social, tienen la tendencia a presentar una mayor expectativa de vida, así como una menor morbimortalidad global y por causas específicas (5,9,) independientemente del nivel educacional y socioeconómico. Esta asociación también se presentaría en América Latina, aunque con ciertas diferencias contextuales (10)

El apoyo social, como elemento sustancial del capital social, constituye uno de los factores protectores más investigado en la actualidad y con resultados más positivos para aumentar la resistencia del individuo ante las transiciones de la vida, los estresores diarios, las crisis personales y en el momento de adaptación o ajuste a las

enfermedades, especialmente, las de carácter crónico.(6)

En nuestro país es escasa la investigación sobre los efectos del capital social en la salud; se tiene como referencia un estudio que ha explorado tal fenómeno en Colombia como lo es: Salud mental y capital social (Harpham et al, 2004) donde estudiaron 1168 jóvenes de Aguablanca, Cali (11). Los resultados indicaron que el capital social no se asocia con la salud mental, medido mediante algunos factores obtenidos mediante análisis factorial, según el estudio.

El capital social, se define en gran medida por la confianza social y aquellas sociedades que carecen de ella lamentablemente no son pocas en el mundo de hoy. En algunos casos, como Colombia, la desconfianza es el resultado del conflicto y quiebre social, razón por la cual basándose en el capítulo de capital social en la encuesta nacional de salud se procedió a realizar los análisis correspondientes (7).

Aprovechando los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2007, que evaluó diversos elementos determinantes de capital social, desigualdades y autopercepción de salud, se estimó la influencia que tienen las dos primeras variables sobre la autopercepción debido a que ella tiene la capacidad de pronosticar la situación de morbilidad en la población.

Al conocer el grado de influencia que tienen sobre la autopercepción, podrían generarse ajustes y nuevos indicadores pertinentes para el análisis de región o para los observatorios de salud que permitan monitorizar el desarrollo de políticas e intervenciones que busquen reducir la morbilidad y visibilizar la medición del estado de bienestar, a fin de tener herramientas que permitan medir el objetivo legal establecido en la política de salud.

Por lo anterior, se hace necesario realizar un estudio que permita establecer que posible relación hay entre las desigualdades socio-sanitarias y el capital social en la autopercepción de salud de los colombianos, considerando la variabilidad entre regiones del país.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal, incorporando modelos de regresión logística para el nivel región. Bajo este tipo de análisis se modela explícitamente las relaciones jerárquicas existentes en los datos, elimina sesgos en los contrastes de hipótesis, y proporciona estimaciones de interés práctico sobre la variabilidad y replicabilidad de los coeficientes de regresión en los distintos contextos.

La base de datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2007 fue cedida con fines de investigación por el Ministerio de Salud y Protección Social, a fin de la realización de análisis a profundidad, con el objeto de medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la población colombiana, e identificar los daños y problemas de salud, así como los factores asociados y explorar determinantes relacionados con el fenómeno de las Desigualdades, el Capital social y su influencia en la autopercepción de salud a partir del análisis multinivel, para orientar en la vía adecuada la toma de decisiones en los diferentes ámbitos del sector salud desde su planificación. La información para este trabajo procede de fuentes secundarias de los cuestionarios denominados Hogares 1, 2 de la ENS 2007 M1: ENCUESTA DE HOGAR y M2: PERSONAS DE 6 Y MAS AÑOS.

Población y muestra

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2007, se estimó para 11 millones de hogares particulares proyectados a la fecha de la encuesta, los cuales componen aproximadamente 43,6 millones de miembros de tales hogares, se utilizó un diseño muestral probabilístico, de conglomerados, estratificado y polietápico. Dicha muestra garantiza estimaciones válidas y no sesgadas de las características y relaciones de varios universos muestrales: a nivel departamental, regional y nacional. Estas muestras poseen diferentes posibilidades de desagregación por variables demográficas y socioeconómicas.

Fueron seleccionadas un total de 41.543 hogares con 164.474 personas de todos los departamentos del país, de donde 122.609 (74,5%) se encuestaron con el módulo 1 y 2, finalmente se realizaron 80.776 (91,2%) encuestas y a 7806 (8,8%) no se les realizó por las siguientes razones: rechazaron la encuesta, no se encontraron al momento de realizarla o no respondieron la encuesta por otras causas.

Población para el estudio

De acuerdo con lo anteriormente expuesto y después de un proceso de depuración, el presente estudio empleó una subsiguiente base de datos con 80.628 participantes. En dicha base de datos se procedió a seleccionar las personas entre **16 a 65 años de edad (PET)** quedando un total de **45.520** sujetos.

Finalmente, para el análisis se tuvieron en cuenta las seis regiones, que se proponen en la Encuesta Nacional de Salud 2007, agrupada de la siguiente manera por segmentos representativos de los departamentos político-administrativos del país: *Región Caribe*: Atlántico, Cesar, Córdoba, Bolívar, Magdalena, Guajira, San Andrés Islas y Sucre. *Región Central*: Antioquía, Caquetá, Caldas, Huila, Tolima, Risaralda y Quindío. *Región Bogotá*: Bogotá D.C., Cundinamarca. *Región Oriental*: Arauca, Boyacá, Casanare, Meta, Norte de Santander, Santander y Vichada. *Región Pacífica*: Chocó, Cauca, Valle del Cauca y Nariño. *Región Amazonía-Orinoquía*: Amazonas, Vaupés, Guaviare, Putumayo y Guainía.

Tabla 1. Variables del Estudio

VARIABLES DEL ESTUDIO	COMPONENTES EN LA ENS 2007
PERCEPCIÓN DE SALUD	Percepción de salud en el último mes.
DESIGUALDAD SOCIO-SANITARIA	Nivel educativo, tipo de trabajo, afiliación al sistema de salud, estrato socioeconómico, ingresos económicos, alumbrado eléctrico, ubicación de vivienda en zona de riesgo (inundación; avalancha, derrumbe/ deslizamiento, desbordamientos, crecientes y arroyos, fallas geológicas)
CAPITAL SOCIAL	Participación en grupos sociales, apoyo económico, ayuda por parte de vecinos ante emergencia, confianza en vecinos, contribución en proyectos de la comunidad, participación en trabajo de la comunidad. Cooperación entre vecinos.
VARIABLES COMPONENTES : Desigualdad 1; Desigualdad 2 Capital social 1; Capital Social 2	Análisis de componentes principales a todas las variables de análisis en la ENS 2007, extrayéndose 2 componentes por cada variable.

Fuente: Los autores.

Este estudio fue aprobado por el Comité de ética en investigación de la Universidad del Norte. Esta investigación se clasificó sin riesgo de acuerdo a la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud (artículo 11), dado que se analizaron datos de fuente secundaria.

Análisis de los datos

Los análisis se presentan por región en donde se incluyeron las variables demográficas y socioecómicas y las variables componentes. Se realizó un análisis descriptivo, posterior a esto, se utilizó el test de la ji cuadrada para los análisis bivariados con las variables cualitativas y el contraste t de Student para las cuantitativas con un nivel de significación del 5%. Para la presen-

tación de los resultados se muestra el análisis multivariado de regresión logística binaria para hombres y mujeres utilizando la Odds ratio y su respectivo intervalo de confianza al 95%. Las variables que se introdujeron al multivariado correspondieron con aquellas que en el bivariado alcanzaron una $p < 0,20$ y se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 19.

RESULTADOS

Se presenta un análisis multivariado por Regiones del país, teniendo a Bogotá como "región referencia" para el análisis. Se permite observar el comportamiento de las variables en estudio en contraste con la percepción de salud

sometidas a un modelo estadístico de regresión en el que se integran todas las variables de interés.

Región Atlántica

En la región atlántica la muestra utilizada para el análisis regional fue de 3454 personas; se observa que a medida que se avanza en edad se disminuye la percepción de salud con una tendencia lineal y se incrementa en las personas de 60 y más años (OR=0,33; [IC:0,23-0,49]) (Tabla N° 1.1). De otro modo, las mujeres (OR=0,44; [IC: 0,38-0,52]) (Tabla N° 1.1), los Afrodescendientes (OR=0,79 [IC: 0,64-0,97]) (Tabla N° 1.2), y la variable componente de capital social 2 (OR: 0,88 [IC: 0,79-0,97]) (Tabla N° 1.3), también presentaron una percepción negativa de salud. Con respecto a la percepción positiva, tenemos a: quienes refieren estudios tecnológicos y superior (universitario y posgrado), los raizales del archipiélagos (OR:1,66; [IC: 1,00-2,74]) (Tabla N° 1.2) y la variable componente Capital social 1 (OR:1,10 [IC: 1,00-1,22]) (Tabla N° 1.3).

Región Pacífica

En la región pacífica la muestra utilizada para el análisis fueron 2178 personas; se observa que a medida que se avanza en edad, a partir de los 38 años, se disminuye la percepción de salud con una tendencia lineal que se incrementa en las personas de 60 y más años quienes presentan la más alta probabilidad de tener una percepción negativa de salud (OR: 0,30 [IC: 0,18-0,48]) (Tabla N° 1.4). Así como aquellos que residen en el área rural dispersa, las mujeres (OR: 0,30 [IC: 0,18-0,48]) (Tabla N° 1.4), quienes sólo tienen estudios de preescolar y primaria, y los indígenas (OR: 0,30 [IC: 0,18-0,48]) (Tabla N° 1.5); también el Capital social 2 representado por quienes contribuyen con la comunidad presenta una alta probabilidad de aportar una percepción negativa de salud (OR: 0,86 [IC: 0,77-0,96]) (Tabla N° 1.6). La variable Desigualdad 1 representada por los afiliados al sistema de salud, frente a quienes no están afiliados, tiene alta probabilidad de aportar una

percepción positiva de salud (OR: 1,29 [IC: 0,80-1,24]) (Tabla N° 1.6).

Quienes manifestaron contribuir con su comunidad presentaron una alta probabilidad de presentar una percepción positiva de su salud (OR: 1,29 [IC: 0,80-1,24]) (Tabla N° 1.6).

Región Oriental

En la región oriental la muestra utilizada para el análisis fueron 2011 personas; en lo referente a percepción negativa de salud se observa que a medida que se avanza en edad, a partir de los 38 años, se disminuye la percepción de salud con una tendencia lineal que se incrementa en las personas de 60 y más años quienes presentan la más alta probabilidad de tener una percepción negativa de salud (OR: 0,37 [IC: 0,23-0,59]) (Tabla N° 1.1), así como las mujeres (OR: 0,48 [IC: 0,39-0,59]) (Tabla N° 1.1), el trabajador familiar sin remuneración (OR: 0,63 [IC: 0,41-0,99]) (Tabla N° 1.1) y también el capital social 2 representado por quienes contribuyen con su comunidad (OR: 0,65 [IC: 0,50-0,85]) (Tabla N° 1.3).

La variable Desigualdad 1 representada por los afiliados al sistema de salud, frente a quienes no están afiliados, tiene alta probabilidad de aportar una percepción positiva de salud (OR: 1,83 [IC: 1,35 -2,47]) (Tabla N° 1.3).

Bogotá

En la región Bogotá la muestra utilizada para el análisis fueron 1840 personas; en lo referente a percepción negativa de salud se observa que a medida que se avanza en edad, a partir de los 49 años, se disminuye la percepción de salud con una tendencia lineal que se incrementa en las personas de 60 y más años quienes presentan la más alta probabilidad de tener una percepción negativa de salud (OR: 0,55 [IC: 0,31 -0,99]) (Tabla N° 1.4), así como las mujeres (OR: 0,51 [IC: 0,41 -0,63]) (Tabla N° 1.4), y los residentes en municipios de sexta categoría (municipios de Cundinamarca) (OR: 0,47 [IC: 0,28 -0,80]) (Tabla N° 1.5). La variable Desigualdad representada por los afiliados al sistema de salud, frente a quienes no

están afiliados, tiene alta probabilidad de aportar una percepción positiva de salud (OR: 1,21 [IC: 0,28 -1,22]) (Tabla N° 1.6).

Región Central

En la región central la muestra utilizada para el análisis fueron 3221 personas; en lo referente a percepción negativa de salud se observa que a medida que se avanza en edad, a partir de los 38 años, se disminuye la percepción de salud con una tendencia lineal que se incrementa en las personas de 60 y más años quienes presentan la más alta probabilidad de tener una percepción negativa de salud (OR: 0,52 [IC: 0,33 -0,80]) (Tabla N° 1.1), así como las personas residentes en área rural dispersa (OR: 0,7 [IC: 0,50 -0,97]) (Tabla N° 1.1), las mujeres (OR: 0,49 [IC: 0,41 -0,58]) (Tabla N° 1.1), los patrones o empleadores salud (OR: 0,31 [IC: 0,12 -0,74]) (Tabla N° 1.1), quienes gastan menos de un salario mínimo salud (OR: 0,35 [IC: 0,16 -0,72]) (Tabla N° 1.3) y los que se agrupan en Capital Social 2 (OR: 0,81 [IC: 0,73 -0,90]) (Tabla N° 1.3).

Tienen más alta probabilidad de manifestar percepción positiva de salud quienes cursaron estudios universitarios (OR: 2,27 [IC: 1,25-4,13]) (Tabla N° 1.2), afrodescendientes (OR: 1,60 [IC: 1,07-2,40])

(Tabla N° 1.2) y las personas que contribuyen con su comunidad (OR: 2,01 [IC: 1,36-2,96]) (Tabla N° 1.3); también la variable Desigualdad 1 representada por los afiliados al sistema de salud, frente a quienes no están afiliados, tiene alta probabilidad de aportar una percepción positiva de salud (OR: 1,24 [IC: 1,10-1,41]) (Tabla N° 1.3).

Región Orinoquía y Amazonia

En la región Orinoquia y Amazonia la muestra utilizada para el análisis fueron 1153 personas; tienen la más alta probabilidad de tener percepción negativa de salud las personas de 60 años y más edad (OR: 0,49 [IC: 0,24-0,99]) (Tabla N° 1.4), las mujeres (OR: 0,54 [IC: 0,41-0,71]) (Tabla N° 1.4), los trabajadores familiares sin remuneración (OR: 0,38 [IC: 0,15-0,96]) (Tabla N° 1.4) y quienes gastan de dos a tres salarios mínimos mensuales (OR: 0,34 [IC: 0,12-0,99]) (Tabla N° 1.6).

La variable Desigualdad1 representada por los afiliados al sistema de salud, frente a quienes no están afiliados, tiene alta probabilidad de aportar una percepción positiva de salud (OR: 1,37 [IC: 0,08-1,74]) (Tabla N° 1.6).

Tabla 1.1. Análisis Multivariado de las Características Asociadas a la Auto percepción de la Salud. Nivel Región

Variables		Atlántica n=3454			Oriental n=2011			Central n=3221		
		Odds ratio	(I.C. del 95%)	Valor p	Odds ratio	(I.C. del 95%)	Valor p	Odds ratio	(I.C. del 95%)	Valor p
Grupo de edad	16 – 26 años	1	Ref	-	1	Ref	-	1	Ref	-
	27 – 37 años	0,69	0,53-0,90	0,008	0,97	0,70-1,36	0,900	0,78	0,57-1,06	0,114
	38 – 48 años	0,61	0,46-0,80	0,000	0,70	0,50-0,97	0,033	0,68	0,50-0,91	0,010
	49 – 59 años	0,50	0,37-0,67	0,000	0,52	0,36-0,75	0,000	0,53	0,38-0,73	0,000
	60 y más.	0,33	0,23-0,49	0,000	0,37	0,23-0,59	0,000	0,52	0,33-0,80	0,003
Área	Cabecera municipal	1	Ref	-	1	Ref	-	1	Ref	-
	Centro poblado	0,91	0,72-1,13	0,047	1,1	0,78-1,54	0,57	0,94	0,71-1,23	0,658
	Rural disperso	1,19	0,71-1,99	0,198	0,93	0,69-1,27	0,681	0,7	0,50-0,97	0,035
Sexo	Masculino	1	Ref	-	1	Ref	-	1	Ref	-
	Femenino	0,44	0,38-0,52	0,000	0,48	0,39-0,59	0,000	0,49	0,41-0,58	0,000

Continuación Tabla 1.1.

Variables		Atlántica n=3454			Oriental n=2011			Central n=3221		
		Odds ratio	(I.C. del 95%)	Valor p	Odds ratio	(I.C. del 95%)	Valor p	Odds ratio	(I.C. del 95%)	Valor p
Ocupación	Obrero o empleado de empresa o persona particular, Obrero o empleado del gobierno.	1	Ref	-	1	Ref	-	1	Ref	-
	Jornalero o peón; empleado doméstico	0,79	0,54-1,13	0,199	0,99	0,68-1,45	0,996	0,6	0,42-0,83	0,002
	Profesional independiente; Trabajador independiente o por cuenta propia. Trabajador de su propia finca o de finca en arriendo.	0,87	0,70-1,07	0,191	0,74	0,57-0,96	0,025	0,63	0,49-0,79	0,000
	Patrón o empleador.	0,74	0,35-1,55	0,421	0,7	0,22-2,16	0,703	0,31	0,12-0,74	0,009
	Trabajador familiar sin remuneración; Ayudante sin remuneración (hijo o familiar de empleados domésticos).	0,73	0,47-1,12	0,155	0,63	0,41-0,99	0,047	0,66	0,41-1,04	0,076

Tabla 1.2. Análisis Multivariado de las Características Asociadas a la Autopercepción de la Salud. Nivel Región.

Variables		Atlántica n=3454			Oriental n=2011			Central n=3221		
		Odds ratio	(I.C. del 95%)	Valor p	Odds ratio	(I.C. del 95%)	Valor p	Odds ratio	(I.C. del 95%)	Valor p
Nivel de estudio	Sin estudios	1	Ref	-	1	Ref	-	1	Ref	-
	Preescolar y B. primaria	1,02	0,77-1,34	0,887	0,88	0,58-1,31	0,531	1,05	0,72-1,51	0,792
	B. secundaria y media	1,2	0,89-1,62	0,232	1,04	0,66-1,62	0,871	1,44	0,96-2,15	0,077
	Técnico o Tecnólogo	1,65	1,09-2,51	0,018	0,99	0,50-1,92	0,968	2,04	1,11-3,71	0,020
	Universitario	2,06	1,33-3,19	0,001	1,18	0,59-2,33	0,632	2,27	1,25-4,13	0,007
	Posgrado	5,72	1,92-17,06	0,002	1,1	0,32-3,77	0,876	1,07	0,48-2,34	0,868
Grupo étnico	Indígena	1,03	0,78-1,36	0,796	0,58	0,23-1,49	0,230	0,92	0,92-0,69	0,57
	Gitano	0,36	0,06-2,02	0,251	1,96E+09	0,00 - ∅	∅	3,33E+08	0,00- ∅	0,999
	Raizal del archipiélago	1,66	1,00-2,74	0,049	-	-	-	-	-	-
	Palenquero	0,53	0,15-1,79	0,308	-	-	-	0,59	0,03-9,77	0,717
	Negro, mulato (afro descendiente)	0,79	0,64-0,97	0,024	0,8	0,28-2,28	0,230	1,6	1,07-2,40	0,021
No étnicos	1	Ref	-	1	Ref	-	1	Ref	-	
Municipio x categoría	Especial	1	Ref	-	1	Ref	-	1	Ref	-
	Primera	-	-	-	-	-	-	1,13	0,39-3,21	0,823
	Segunda	0,55	0,26-1,12	0,1	0,84	0,35-2,01	0,697	0,63	0,38-1,03	0,067
	Tercera	0,86	0,45-1,63	0,643	0,83	0,29-2,35	0,726	5,46E+08	0,00- ∅	0,999
	Cuarta	-	-	-	0,73	0,26-2,04	0,552	-	-	-
	Quinta	0,73	0,27-1,99	0,545	0,55	0,21-1,40	0,213	1,12	0,77-1,63	0,539
Sexta	0,69	0,37-1,24	0,217	0,67	0,28-1,54	0,343	1,02	0,75-1,38	0,888	

Tabla 1.3. Análisis Multivariado de las Características Asociadas a la Autopercepción de la Salud. Nivel Región.

Capital Social		Atlántica n=3454			Oriental n=2011			Central n=3221		
		Odds ratio	(I.C. del 95%)	Valor p	Odds ratio	(I.C. del 95%)	Valor p	Odds ratio	(I.C. del 95%)	Valor p
Gasto mensual x salario mínimo □	Menos de 1 SM	1,34	0,73-2,45	0,335	0,93	0,38-2,27	0,885	0,35	0,16-0,72	0,005
	De 1 a 2 SM	1,53	0,83-2,81	0,166	1,23	0,50-3,03	0,645	0,39	0,18-0,82	0,013
	De 2 a 3 SM	1,22	0,60-2,48	0,581	1,42	0,51-3,93	0,495	0,5	0,22-1,15	0,106
	3 y más SM	1	Ref	-	1	Ref	-	1	Ref	-
Colaborador económico (sin parentesco)	NO	1	Ref	-	1	Ref	-	1	Ref	-
	SI	1,01	0,86-1,19	0,851	0,74	0,59-0,92	0,009	1,03	0,85-1,24	0,734
Contribución a la comunidad	NO	1	Ref	-	1	Ref	-	1	Ref	-
	SI	1,36	0,99-1,88	0,055	1,26	0,91-1,74	0,154	2,01	1,36-2,96	0,000
Variables Componente	Capital Social 1	1,1	1,00-1,22	0,041	0,73	0,52-1,02	0,067	0,99	0,90-1,10	0,936
	Capital Social 2	0,88	0,79-0,97	0,011	0,65	0,50-0,85	0,002	0,81	0,73-0,90	0,000
	Desigualdad 1	1,16	1,03-1,30	0,012	1,83	1,35-2,47	0	1,24	1,10-1,41	0,000
	Desigualdad 2	0,96	0,87-1,05	0,424	1,06	0,89-1,26	0,483	0,98	0,90-1,07	0,732

* Se excluyeron los no respondientes.

Tabla 1.4. Análisis Multivariado de las Características Asociadas a la Autopercepción de la Salud. Nivel Región.

Variables		Pacífica n= 2178			Bogotá n=1840			Orinoquia y amazonia n=1153		
		Odds ratio	(I.C. del 95%)	Valor p	Odds ratio	(I.C. del 95%)	Valor p	Odds ratio	(I.C. del 95%)	Valor p
Grupo de edad (%)	16 – 26 años	1	Ref	-	1	Ref	-	1	Ref	-
	27 – 37 años	0,72	0,51-1,00	0,056	0,85	0,61-1,18	0,854	1,07	0,71-1,63	0,725
	38 – 48 años	0,53	0,38-0,74	0,000	0,73	0,53-1,02	0,071	1,03	0,68-1,57	0,873
	49 – 59 años	0,41	0,28-0,58	0,000	0,67	0,46-0,97	0,035	0,75	0,47-1,20	0,757
	60 y más.	0,3	0,18-0,48	0,000	0,55	0,31-0,99	0,048	0,49	0,24-0,99	0,049
Área	Cabecera municipal	1	Ref	-	1	Ref	-	1	Ref	-
	Centro poblado	0,75	0,57-0,97	0,034	∅	∅	∅	∅	∅	∅
	Rural disperso	0,56	0,39-0,80	0,002	∅	∅	∅	∅	∅	∅
Sexo	Masculino	1	Ref	-	1	Ref	-	1	Ref	-
	Femenino	0,49	0,41-0,59	0,000	0,51	0,41-0,63	0	0,54	0,41-0,71	0,000
Ocupación	Obrero o empleado de empresa o persona particular, Obrero o empleado del gobierno.	1	Ref	-	1	Ref	-	1	Ref	-
	Jornalero o peón; empleado doméstico	1,08	0,72-1,58	0,711	0,58	0,33-1,00	0,053	0,6	0,34-1,06	0,082
	Profesional independiente; Trabajador independiente o por cuenta propia. Trabajador de su propia finca o de finca en arriendo.	0,78	0,60-1,00	0,059	0,82	0,60-1,13	0,233	0,68	0,50-0,94	0,021
	Patrón o empleador.	0,74	0,24-2,19	0,586	0,7	0,31-1,60	0,404	0,39	0,14-1,10	0,075
	Trabajador familiar sin remuneración; Ayudante sin remuneración (hijo o familiar de empleados doméstico).	1,19	0,74-1,92	0,468	0,83	0,39-1,74	0,623	0,38	0,15-0,96	0,041

∅ No se pudo calcular para esta región.

Tabla 1.5. Análisis Multivariado de las Características Asociadas a la Autopercepción de la Salud. Nivel Región.

Variables		Pacífica n= 2178			Bogotá n=1840			Orinoquia y amazonia n=1153		
		Odds ratio	(I.C. del 95%)	Valor p	Odds ratio	(I.C. del 95%)	Valor p	Odds ratio	(I.C. del 95%)	Valor p
Nivel de estudio	Sin estudios	1	Ref	-	1	Ref	-	1	Ref	-
	Preescolar y B. primaria	0,56	0,36-0,89	0,015	0,81	0,47-1,42	0,474	0,89	0,41-1,93	0,786
	B. secundaria y media	1	0,62-1,63	0,983	1,2	0,67-2,15	0,528	1,04	0,47-2,31	0,911
	Técnico o Tecnólogo	0,67	0,36-1,24	0,205	1,63	0,77-3,47	0,196	0,7	0,26-1,90	0,494
	Universitario	1,52	0,80-2,90	0,197	2,08	0,97-4,43	0,057	1,77	0,61-5,12	0,287
	Posgrado	0,89	0,39-2,05	0,798	2,02	0,80-5,06	0,133	1,61	0,27-9,60	0,601
Grupo étnico	Indígena	0,66	0,50-0,87	0,004	1,13	0,83-1,55	0,426	0,8	0,33-1,94	0,628
	Gitano	3,08	0,32-29,30	0,327	4,41E+08	0,00- ∅	1	1,15E+09	0,00- ∅	1
	Raizal del archipiélago	0,89	0,14-5,58	0,906	-	-	-	-	-	-
	Palenquero	1,17	0,10-13,69	0,900	-	-	-	3,26E+08	0,00- ∅	1
	Negro, mulato (afro descendiente)	0,86	0,69-1,06	0,173	0,83	0,45-1,54	0,56	0,98	0,36-2,63	0,968
	No étnicos	1	Ref	-	1	Ref	-	1	Ref	-
Municipio x categoría	Especial	-	-	-	-	-	-	∅	∅	∅
	Primera	-	-	-	-	-	-	∅	∅	∅
	Segunda	1	Ref	-	-	-	-	∅	∅	∅
	Tercera	-	-	-	-	-	-	∅	∅	∅
	Cuarta	-	-	-	1	Ref	-	∅	∅	∅
	Quinta	0,71	0,43-1,16	0,173	0,54	0,31-0,94	0,031	∅	∅	∅
	Sexta	0,91	0,70-1,18	0,503	0,47	0,28-0,80	0,006	∅	∅	∅

∅ No se pudo calcular para esta región.

Tabla 1.6. Análisis Multivariado de las Características Asociadas a la Autopercepción de la Salud. Nivel Región.

Capital Social		Pacífica n= 2178			Bogotá n=1840			Orinoquia y amazonia n=1153		
		Odds ratio	(I.C. del 95%)	Valor p	Odds ratio	(I.C. del 95%)	Valor p	Odds ratio	(I.C. del 95%)	Valor p
Gasto mensual x salario mínimo	Menos de 1 SM	1,34	0,65-2,77	0,417	1,03	0,58-1,84	0,91	0,41	0,16-1,04	0,062
	De 1 a 2 SM	1,66	0,79-3,46	0,173	1,15	0,65-2,03	0,627	0,43	0,17-1,10	0,082
	De 2 a 3 SM	1,29	0,52-3,16	0,578	1,29	0,65-2,58	0,457	0,34	0,12-0,99	0,049
	3 y más SM	1	Ref	-	1	Ref	-	1	Ref	-
Colaborador económico (sin parentesco)	NO	1	Ref	-	1	Ref	-	1	Ref	-
	SI	1,07	0,87-1,31	0,507	0,96	0,76-1,22	0,965	0,91	0,66-1,24	0,559
Contribución a la comunidad	NO	1	Ref	-	1	Ref	-	1	Ref	-
	SI	2,24	1,43-3,51	0,000	1,02	0,67-1,56	0,905	1,28	0,82-1,99	0,271

Continuación Tabla 1.6.

Capital Social		Pacífica n= 2178			Bogotá n=1840			Orinoquia y amazonia n=1153		
		Odds ratio	(I.C. del 95%)	Valor p	Odds ratio	(I.C. del 95%)	Valor p	Odds ratio	(I.C. del 95%)	Valor p
Variables Componente	Capital Social 1	1,12	1,00-1,26	0,043	1,05	0,93-1,18	0,422	1,11	0,93-1,32	0,239
	Capital Social 2	0,86	0,77-0,96	0,012	0,93	0,83-1,06	0,314	0,94	0,80-1,10	0,492
	Desigualdad 1	1,29	0,80-1,24	0,000	1,21	0,28-1,22	0,028	1,37	1,08-1,74	0,008
	Desigualdad 2	1,07	0,97-1,18	0,151	0,95	0,90-1,00	0,100	0,96	0,87-1,06	0,482

DISCUSIÓN

Como factor común en las regiones del país, con respecto a los aspectos que permiten predecir percepción negativa de salud, se encontró que existe alta probabilidad que a medida que aumenta la edad, disminuye la percepción positiva de salud, ésto se corresponde con lo reportado por La Cruz (2007) y Cais y Castilla, (1995) en donde hallaron que más de la mitad de la población joven (18-21 años) se consideran sanas, no obstante dicho porcentaje se reduce a medida que se avanza con la edad, presentando las mujeres la peor autopercepción de salud (14)(23)(38)(46)(47).

En lo referente a los factores predictores para la percepción positiva de la salud, esos se relacionan con estar afiliado al sistema de salud (*Desigualdad 1*), hecho concordante que muestra como factor que el acceso a los servicios de sanitarios influyen en salud individual y colectiva (8). La situación tiene tendencia positiva si tenemos en cuenta que hoy el 92,02 % de los colombianos tienen algún tipo de afiliación y que se aprecia un incremento en todos los niveles educativos; este hallazgo, se visibiliza en los resultados de este estudio, por ejemplo: quienes tiene estudios superiores en las regiones Atlántica y Central, poseen percepción positiva de salud.(62), sin embargo, cabe señalar que aproximadamente el 8 % de Colombianos no se encontraron asegurados en el sistema de salud, este hallazgo es relativamente alto y si se le agrega que estas personas

muy probablemente están en condiciones de vulnerabilidad o discapacidad.

Existen algunas diferencias importantes entre regiones, en lo que tiene que ver con percepción positiva de salud; se observa en la región Central, el ser afrodescendiente y quienes contribuyen con su comunidad se relacionan con percepción positiva. Aquí es importante reconocer que la contribución con la comunidad es una variable representante del capital social y sobre el tema se ha encontrado evidencia significativa que muestra que en la medida en que se tenga mayor participación de redes sociales y relación con la comunidad se tiene mejor percepción de salud. (8, 12, 22, 38, 46). El aspecto que muestra la comunidad afrodescendiente como factor para percepción positiva de salud puede entenderse desde la óptica del trabajo sociocultural realizado y el reconocimiento de minorías, que ha permitido visibilizar las formas de afrontamiento y empoderamiento sociocultural (63).

En lo que tiene que ver con percepción negativa, las diferencias notables se presentan también en la región Central donde se observa que ese fenómeno se relaciona con tener menos de un salario mínimo para gastar, sin embargo en la región Orinoquia-Amazonia gastan entre 2-3 salarios mínimos y tienen la misma percepción de salud. Aunque el comportamiento no es unánime la evidencia muestra que en la medida en que se tienen más recursos económicos

existe mejor percepción de salud (61).

Aunque no de manera general sino en 4 regiones en particular (Atlántica, Pacífica, Oriental y Central) se halló que el hecho de contribuir con la comunidad (capital social 2) se relacionó con percepción negativa de salud. La evidencia empírica confirma que las personas que disfrutaban de un mayor capital social tienen mejor salud, aunque los resultados no son unánimes y está dentro de los presupuestos encontrar esta serie de comportamientos que contradicen tal evidencia (61, 53).

Con respecto al autoreconocimiento de etnia permite interpretar que afrodescendientes y minorías indígenas, específicamente en región Atlántica y Pacífica respectivamente, tienen alta probabilidad de percepción negativa de salud(38)(54). Estos hallazgos permiten interpretar que la percepción negativa de salud está estrechamente relacionada con elementos de tipos sociológicos y educacionales los cuales son considerados como efecto de las inequidad en salud; y el reconocimiento de las barreras socio-culturales derivadas del capital social. Esta diferencia puede asimilarse por el efecto de clases privilegiadas sobre las etnias o minorías como se les designa en nuestro país y ello representa diferencias regionales y a nivel local derivados de las diferencias dadas por: afiliación a régimen de salud, tamaño de municipio, área geográfica entre otras (14)(52)(55).

El análisis multivariado por región identifica elementos comunes que muestran una marcada diferencia de la percepción positiva y negativa de la salud. Esta percepción negativa se presenta en las mujeres de todas las regiones, y se aprecian diferencias con respecto al punto de corte de la edad, destacándose que en las regiones con menos desarrollo (Orinoquia y Amazonia) se presenta hacia la tercera edad, mientras que en las regiones con mayor desarrollo (Central y Bogotá) se presenta en población joven y adulta. En las regiones con algún desarrollo (Atlántico, Pacífica, Oriental y Central) el capital social 2 se relaciona con peor percepción de salud.

La percepción positiva de salud en todas las regiones está relacionada con la desigualdad 1 (afiliación a seguridad social); muy probablemente debido a los beneficios que les “provee” el sistema, lo cual presumiblemente garantice “seguridad” (58). Así mismo, se aprecian algunas particularidades en la región atlántica y central, relacionadas con un mayor nivel de formación académica y el autoreconocerse en algún grupo étnico (raizal y afrodescendiente). Estos efectos del capital social en la percepción negativa de la salud pueden ser explicados alternativamente dado, desde la mirada de región, por la transición social, el desarrollo histórico, político, y tecnológico de las mismas, probablemente debido a la mixtura y la heterogeneidad de los departamentos que componen cada una de las regiones(59). Por lo tanto, nuestros hallazgos apuntan a diseñar estrategias para entender el capital social y salud con algunas particularidades bajo la óptica de región y se necesitan identificar y explorar estas variables desde la valoración cualitativa a fin de comprender la fenomenología de la salud desde un enfoque social.

Finalmente el ejercicio investigativo permite concluir que el hecho de ser mujer y tener una edad avanzada, son variables comunes en las diferentes regiones y permiten percibir peor salud; es prioritario el diseño e implementación de planes, y políticas de salud pública que permitan empoderar y fortalecer la construcción de redes y género, derechos y educación. En relación a las desigualdades y capital social de cada región, éstas reflejan la percepción de salud que se ha podido predecir de los colombianos en términos generales en el nivel país.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses en la realización del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38(1):21–37.
2. Velarde Jurado E, Avila Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública*

- Méx [Internet]. 2002 jul [citado 2010 nov 12]; 44(4). disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342002000400009
3. Mackenbach JP. Income inequality and population health. *BMJ* 2002; 324(7328):1-2.
 4. Sturm R, Gresenz CR. Relations of income inequality and family income to chronic medical conditions and mental health disorders: national survey. *BMJ* 2002; 324(7328):20-3.
 5. Subramanian V, Delgado B I, Jadue H L, Kawachi I, Vega M J. Inequidad de ingreso y autopercepción de salud: un análisis desde la perspectiva contextual en las comunas chilenas. *Rev méd Chile* 2003; 131(3) 321-330.
 6. Alazraqui M, Roux A, Fleischer N, Spinelli H. Salud auto-referida y desigualdades sociales, ciudad de Buenos Aires, Argentina, 2005. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009 sep [citado 2010 nov 12]; 25(9) 1990-2000. disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2009000900013&script=sci_arttext
 7. González J, Sarmiento A, Alonso C, Angulo R, Espinoza F. Efectos del nivel de ingreso y la desigualdad sobre la autopercepción en salud: análisis para el caso de Bogotá. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2005; 4(9)120 – 140.
 8. Martín J, López M, García L, Moya M, Jódar F. Análisis multinivel de la influencia de características individuales, capital social y privación en el estado de salud percibida en España. [Online] 2009 [citado 2011 abr 9]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2942272>
 9. Ortiz L, López S, Borges G. Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(6) 1255-1272.
 10. Townsend P. The Black Report: Rejoinder to P. M. Strong. *Journal of Public Health*. 1991; 13(3):231 –232.
 11. Evans T. Challenging inequities in health: from ethics to action. Oxford University Press US; 2001.
 12. Kripper C, Sapag J. Capital social y salud en América Latina y el Caribe: una revisión sistemática. *Rev Panam Salud Pública* 2009; 25(2):162-70.
 13. Ricci I. Análisis de las desigualdades sociales en la atención sanitaria a la diabetes. [Internet]. Universidad de Granada; 2009. disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/18082907.pdf>
 14. Escolar A, Martínez M, Daponte A. Primer informe sobre desigualdades y salud en Andalucía. Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía; 2008.
 15. Borrell C, García M, Martí J. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit* 2004;18(1):02-6.
 16. Mateu M, Panisello M, Lasaga M, Bonfill E. Desigualdades sociales en la salud de las personas mayores. *Gerokomos* 2007 ;18(1):30-3.
 17. Vieira C. Hoja Resumen Sobre Desigualdades Sociales En Salud Colombia 2001 [Internet]. PAHO; 2001. disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDD/colombia-res.pdf>
 18. Rodríguez J. Desigualdades socioeconómicas entre departamentos y su asociación con indicadores de mortalidad en Colombia en 2000. *Rev Panam Salud Pública* 2007; 21(2-3):111-124.
 19. Talavera M. EL CONCEPTO DE SALUD, DEFINICIÓN Y EVOLUCIÓN [Internet]. Universidad de Antioquia; [citado 2010 dic 12]. disponible en: <http://medicina.udea.edu.co/SYS/paginaweb/Documentos%20001/ConceptoCastellanos.doc>
 20. Alazraqui M, Roux AVD, Fleischer N, Spinelli H. Salud auto-referida y desigualdades sociales, ciudad de Buenos Aires, Argentina, 2005. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(9) 1990-2000.
 21. Benyamini Y, Idler E, Leventhal H, Leventhal E. Positive Affect and Function as Influences on Self-Assessments of Health Expanding Our View Beyond Illness and Disability. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2000; 55(2):107-116.
 22. Delaney L, Wall P, O'hAodha F. Social Capital & Self-Rated Health in the Republic of Ireland. Evidence from the European Social Survey. *Ir Med J* 2007; 100(8):52-6.
 23. Lacruz M, Lacruz A. Percepción de la salud según sexo y edad. *Revista de Ciencias Sociales* 2007; III-IV(117-118):183-95.
 24. Tovar L, García G. Regional Environment and Health Perception in Colombia, 2003. *Lect Econ* 2006; (65) 78-207.
 25. Gallego JM, Ramírez M, Sepúlveda C. The Determinants of The Health Status in a Developing Country: results from the Colombian Case. *Lect Econ* 2005; (63):111-35.

26. Tovar L, Arias F. Determinantes Del Estado De Salud De La Población Colombiana [Internet]. UNIVERSIDAD DEL VALLE - CIDSE; 2005 feb. disponible en: <http://ideas.repec.org/p/col/000149/002323.html>
27. Cárdenas JC, Candelo N, Gaviria A, Polania S. Discrimination in the provision of social services to the poor: a field experimental study [Internet]. UNIVERSIDAD DE LOS ANDES-CEDE; 2007 jul. Disponible en: <http://ideas.repec.org/p/col/000089/003885.html>
28. Borrell C, Garcia-Calvete M del M, Martí-Bosca J. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit* 2004; 18(1) 02-06.
29. Rodríguez-Sanz M, Carrillo P. Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las comunidades autónomas 1993-2003. [Internet]. Agencia Salud Pública de Barcelona; 2006. disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Desigualdades_sociales_salud_y_SS.pdf
30. Berkman L. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000.
31. Kondo N, Sembajwe G, Kawachi I, van Dam RM, Subramanian SV, Yamagata Z. Income inequality, mortality, and self rated health: meta-analysis of multilevel studies. *BMJ* 2009; 339:4471.
32. Subramania S, Kawachi I, Kennedy B. Does the state you live in make a difference? Multilevel analysis of self-rated health in the US. *Soc Sci Med* 2001; 53(1):9-19.
33. Benach J. Social inequality seriously compromises health. *Gac Sanit* 1997; 11(6):255-8.
34. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit*. 2008; 22(5):465-73.
35. Amartya S. La vida y la muerte como indicadores económicos. *Investigación y ciencia*. 1993;(202):6-13.
36. *El Colombiano*. Colombia, uno de los países con IDH alto. Medellín; 2010 nov; Disponible en: http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/C/colombia_cayo_en_desarrollo_humano/colombia_cayo_en_desarrollo_humano.asp
37. Klugman J. Informe sobre Desarrollo Humano 2010 - Edición del Vigésimo Aniversario [Internet]. PNUD; 2010 p. 262 p. Report No.: XX Edición. Disponible en: <http://hdr.undp.org/es/informes/mundial/idh2010/capitulos/>
38. Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *Am J Public Health* 1999;89(8):1187-93.
39. Vargas-Hernandez J. Las nuevas formas de gobernabilidad transnacional en el Escenario de la racionalidad económica de los procesos de Globalización. [Internet]. Edición electrónica gratuita; 2007. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros/2008a/343/Formacion%20de%20capital%20social.htm>
40. Silvestre P. Capital Social. *El Tiempo* [Internet]. El Tiempo. Bogotá; 2001; Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-652787>
41. Subramanian SV, Lochner KA, Kawachi I. Neighborhood differences in social capital: a compositional artifact or a contextual construct?. *Health Place* 2003; 9(1):33-44.
42. Sapag JC, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(1):139-149.
43. Hyypä M, Mäki J. Social participation and health in a community rich in stock of social capital. *Health Education Research* 2003; 18(6):770-779.
44. Hurtado D, Kawachi I, Sudarsky J. Social capital and self-rated health in Colombia: the good, the bad and the ugly. *Soc Sci Med* 2011; 72(4):584-90.
45. Poyatos E, Gutiérrez J, Rodríguez C. Diferencias y desigualdades de salud en España. Ediciones Díaz de Santos; 1994.
46. Yamaoka K. Social capital and health and well-being in East Asia: a population-based study. *Soc Sci Med* 2008; 66(4):885-99.
47. Mansyur C, Amick BC, Harrist RB, Franzini L. Social capital, income inequality, and self-rated health in 45 countries. *Soc Sci Med* 2008; 66(1):43-56.
48. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, resultados percepción del estado de salud de la población. [Internet]. Profamilia. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia .ENDS 2010. 2010 [citado 2010 dic 3]. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/00resumen/03departamento.htm>

49. Modie-Moroka T. Does Level of Social Capital Predict Perceived Health in a Community?—A Study of Adult Residents of Low-income Areas of Francistown, Botswana. *Journal of Health, Population and Nutrition*. J Health Popul Nutr 2009; 27(4): 462–476.
50. Engström K, Mattsson F, Järleborg A, Hallqvist J. Contextual social capital as a risk factor for poor self-rated health: a multilevel analysis. *Soc Sci Med* 2008;66(11):2268–80.
51. Santos SM, Chor D, Werneck GL, Coutinho ESF. [Association between contextual factors and self-rated health: a systematic review of multilevel studies]. *Cad Saude Pública* 2007; 23(11):2533–54.
52. Stephens C. Social capital in its place: using social theory to understand social capital and inequalities in health. *Soc Sci Med* 2008; 66(5):1174–84.
53. Martín Martín JJ, López del Amo González M del P, García Mochón L, Moya Garrido MN, Jódar Sánchez F. Análisis multinivel de la influencia de características individuales, capital social y privación en el estado de salud percibida en España [Internet]. [citado 2011 abr 9]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2942272>
54. Borges CM, Campos ACV, Vargas AD, Ferreira EF, Kawachi I. Social capital and self-rated health among adolescents in Brazil: an exploratory study. *BMC Res Notes* 2010; 16:1-51.
55. Fujisawa Y, Hamano T, Takegawa S. Social capital and perceived health in Japan: an ecological and multilevel analysis. *Soc Sci Med* 2009; 69(4):500–5.
56. Lindström M. Marital status, social capital, material conditions and self-rated health: a population-based study. *Health Policy* 2009; 93(2-3):172–9.
57. Snelgrove JW, Pikhart H, Stafford M. A multilevel analysis of social capital and self-rated health: Evidence from the British Household Panel Survey. *Social Science & Medicine* 2009; 68(11):1993–2001.
58. Ziersch AM, Baum FE, Macdougall C, Putland C. Neighbourhood life and social capital: the implications for health. *Soc Sci Med* 2005; 60(1):71–86.
59. Kim D, Kawachi I. U.S. state-level social capital and health-related quality of life: multilevel evidence of main, mediating, and modifying effects. *Ann Epidemiol*. 2007; 17(4):258–69.
60. Organisation for Economic Co-operation, Development. Social capital, human capital and health. What is the evidence. 2010.
61. Martín Martín JJ, López del Amo González M del P, Karls K. Influencia de la renta, la desigualdad de renta y el capital social en la salud de los mayores de 65 años en España en 2007. [Internet]. [citado 2013 nov 4]. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/gaceta-sanitaria-138/influencia-renta-desigualdad-renta-capital-social-salud-90094323-desafios-autonomia-atencion-dependencia-poblacion-mayor-2011>
62. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de salud según regiones de Colombia. 2013 [citado 2013 nov 3]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20de%20situaci%C3%B3n%20de%20salud%20por%20regiones.pdf>
63. Rojas A. Estudios afrocolombianos. Aportes para un estado del arte. 2004 [citado 2013 nov 3]. Disponible en: <http://books.google.com.co/books?id=oN56AAAMAAJ&q=Estudios+Afrocolombianos,+Aportes+para+un+estado+del+arte,+Editorial+Universidad+del+Cauca,+Popay%C3%A1n,+2004&hl=es&sa=X&ei=0W-BUry2GomqkAfd9oHwDQ&ved=0CC4Q6AEwAA>