

Determinantes sociales de la salud autorreportada: Colombia después de una década

Luis Miguel Tovar Cuevas*
Lindy Neth Perea Mosquera**
Jose Rafael Tovar Cuevas***
Claudia Lorena Zúñiga Martínez****

230

Resumen

El objetivo de este estudio fue analizar los determinantes sociales que afectan el estado de salud autorreportado por la población adulta colombiana. Con los datos de la Encuesta de Calidad de Vida realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, DANE, en el año 2015, se estimaron modelos de respuesta cualitativa ordenada para evaluar el efecto de un conjunto de determinantes sociales sobre el estado de salud. Los resultados señalan que los factores que afectan positivamente el autorreporte de buena salud son el ingreso mensual del hogar, los incrementos en el nivel educativo, ser hombre, habitar en el área urbana y en regiones de mayor desarrollo económico y social. Los factores que incrementan a probabilidad de autorreportar regular o mala salud son el incremento en la edad, no tener educación, ser mujer, ser afrodescendiente, estar desempleado, vivir en la región pacífica y en la zona rural. Más de una década después de los primeros estudios sobre los determinantes de la salud realizados en el país, los resultados no evidencian grandes cambios. Las mujeres, los afrodescendientes y los habitantes del Pacífico Colombiano son los grupos de población que presentan mayor probabilidad de autorrelatar resultados de salud menos favorables.

Descriptor: Determinantes Sociales de la Salud, Estado de Salud, Factores Socioeconómicos, Desigualdades en la Salud, Colombia.

INTRODUCCIÓN

La salud, además de ser una condición de completo bienestar físico, mental y social que trasciende a la simple inexistencia de enfermedad o dolencia,¹⁵ se considera un factor clave para promover el desarrollo económico y social de los países, al ser un determinante del capital humano.^{10, 14, 5}

Debido a la importancia que tiene la salud, para la vida misma y para el desarrollo económico, es necesario conocer los principales factores que la determinan, pues a través de la intervención en dichos factores, mediante las políticas públicas, se podría contribuir al mejoramiento de la salud de la población y por ende al desarrollo económico de los países.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la mayoría de los problemas de

salud de las personas son atribuibles a las condiciones sociales y económicas en las cuales se desenvuelven, y las condiciones para la salud se relacionan con el entorno, el estilo de vida, la carga genética, y en menor medida con los sistemas de salud.¹⁶ Investigaciones realizadas, en Colombia, a partir de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) de 1997 y 2003, encontraron que la salud estaba determinada por factores de tipo socio demográfico y económico, geográfico, conductual y por la seguridad social en salud.^{7, 21, 20}

Después de 13 años, es posible que algunos de los factores identificados como determinantes de la salud en Colombia hayan experimentado cambios, pues en este periodo el gobierno ha trabajado fuertemente para lograr las metas del milenio y el sistema de

DOI: 10.15343/0104-7809.20184201230247

* Departamento de Economía de la Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia.

** Facultad de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables Universidad Libre, seccional Pereira. Colombia

*** Universidad del Valle, Cali, Colombia

**** Fundación Universitaria Claretiana, Facultad de Administración y Ciencias Contables. Cali, Colombia.

E-mail: ltovar@javerianacali.edu.com

salud ha sido objeto de continuas reformas que han afectado su funcionamiento al mismo tiempo que ha mejorado notablemente la cobertura del sistema de salud.

Algunos ejemplos de los avances logrados por el país que podrían afectar las condiciones de salud de los colombianos son: i) la disminución de la tasa de incidencia de pobreza monetaria entre los años 2002 y 2014 desde niveles cercano al 50% hasta el 28.5%; ii) la reducción de la pobreza extrema del 17.7% en 2002 a niveles de un dígito doce años más tarde (de 8.1%); iii) el logro del 100% de cobertura en educación básica;¹⁸ iv) la cobertura en salud que pasó del 63.14% en el 2004 al 91.37% en el 2012, reflejando así un aumento del 28.23%.¹²

En este contexto, el propósito de este trabajo es analizar los determinantes sociales que inciden en el estado de salud autorreportado por los colombianos mayores de 18 años, en el año 2015.

Enfoques desde los cuales se abordan los determinantes de la salud

Los estudios de los determinantes de la salud desde el punto de vista económico generalmente se basan en el modelo de demanda por salud y capital salud propuesto por Michael Grossman¹⁰ en la década del 70. De Acuerdo con dicho modelo, la salud puede ser considerada como un bien de capital y de consumo.

Como bien de capital, la salud dura varios periodos, no se deprecia en un único lapso de tiempo y genera días saludables que le permiten al individuo realizar actividades laborales y no laborales, así como aumentar la productividad en el trabajo. Como bien de consumo, la salud se incluye directamente en la función de utilidad de los individuos, pues estos se sienten mejor cuando se encuentran saludables.

A diferencia de la demanda tradicional de bienes y servicio, la salud no se vende en el mercado. De ahí que Grossman establezca que el consumidor es también un productor de la misma, que compra bienes y servicios en el mercado como: (comida, servicios médicos, ropa, medicina) que combinados le servirán en

la producción de este bien.

De acuerdo con el modelo de Grossman, con niveles de ingresos altos, los individuos aumentan sus gastos en servicios médicos, lo cual puede afectar positivamente el estado de salud. Respecto a la educación, el modelo plantea que las personas con mayores niveles educativos son eficazmente más productivas y, por tanto, se espera que deseen y alcancen mejores estados de salud. Además se espera que el stock de salud con el que nacen los individuos se deprecie con el tiempo y lo haga a un ritmo creciente en la última parte de la vida, como consecuencia del proceso natural de deterioro biológico.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud¹⁶ reconoce que las condiciones sociales en las que nacen, viven, trabajan y envejecen los individuos influyen, de manera importante, sobre la salud de las personas. Dichas condiciones se denominan “determinantes sociales de la salud”, son la causa principal de las inequidades en salud y abarcan factores económicos, sociales, culturales, políticos y medioambientales. Álvarez-Castaño² (2009) identifica varias teorías que usualmente son usadas para analizar los determinantes sociales de la salud. Entre estas teorías se encuentran:

- *La teoría psico-social:* según la cual, el rechazo recibido por aquellos ubicados en los lugares menos privilegiados de la estructura social causa estrés y éste lleva a respuestas fisiológicas de larga duración que hacen a los individuos más susceptibles a las enfermedades o a la pérdida de su estado de salud.
- *La perspectiva ecosocial:* enfatiza que los estilos de vida no son decisiones individuales, sino comportamientos influenciados por las oportunidades definidas por el medio social en que las personas viven.
- La teoría de la producción social de la enfermedad: sostenida bajo el materialismo-estructuralista explica como el escaso ingreso de algunos individuos no les permite superar los factores que afectan su salud y producen la enfermedad.
- La teoría del curso de vida, destaca que los problemas sociales operarán de manera diferenciada en las distintas etapas de la vida, pudiendo llegar a afectar la salud inmediatamente o en momentos posteriores.

METODOLOGÍA

Datos

Esta investigación contó con el aval del comité de investigación y ética de la Facultad de ciencias económicas y Administrativas de la Pontificia Universidad Javeriana Cali. Se usaron los datos de la Encuesta de Calidad de Vida, realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, DANE, en el año 2015. Esta fuente de datos secundaria tiene cobertura nacional, con representatividad por regiones y para el distrito capital. Emplean una muestra de 52.044 individuos mayores de 18 años.

Variables

La variable dependiente mide el estado de salud autorreportado por los individuos a través de una variable categórica que toma el valor de 1 si la percepción que tiene el individuo de su propio estado de salud es muy buena, 2 si es buena, 3 si es regular y 4 si es mala. Teniendo en cuenta los estudios previos y la disponibilidad de información, se seleccionaron las siguientes variables explicativas:

- *Ingreso mensual del hogar*: es una variable cuantitativa discreta. Se espera que afecte positivamente la percepción del estado de salud.

- *Edad*: es una variable cuantitativa discreta. Se espera tenga una relación negativa con el estado de salud, dado que influye positivamente en su tasa de depreciación.

- *Nivel educativo*: es una variable cualitativa ordinal. Indica el máximo nivel educativo alcanzado (Ninguno=1, Primaria=2, Secundaria=3, Superior=4). Se asume que la educación incrementa la eficiencia en la producción de salud y por tanto, a mayor nivel educativo mejor será el estado de salud.

- *Sexo*: es una variable cualitativa nominal. Toma el valor de 1 si los individuos son hombres y de 0 si son mujeres. Se espera que los hombres, en comparación con las mujeres, tengan mejor estado de salud dada la existencia de inequidades de género en diferentes aspectos.

- *Etnia*: es una variable cualitativa nominal. Indica el grupo étnico al que dicen pertenecer los individuos (No étnico/mestizo=1, Indígena=2, Gitano=3, Afrodescendiente=4). Se espera que pertenecer a una minoría étnica (afrodescendientes o indígenas), comparado con no pertenecer, afecte negativamente el estado de salud debido a que dichas minorías son más proclives a no tener seguro de salud y enfrentar condiciones de vida más difíciles.

- *Afiliación a Salud*: es una variable cualitativa nominal. Toma el valor de 1 cuando los individuos están afiliados al sistema de salud y de 0 cuando no lo están. Se espera que estar afiliado, en comparación con no estarlo, afecte positivamente el estado de salud.

- *Desempleo*: es una variable cualitativa nominal. Toma el valor de 1 si el individuo está desempleado y de 0 cuando no lo está (incluye estar ocupado o en otra situación). Se espera que los individuos que están desempleados, comparados con aquellos que se encuentren en una situación diferente, sean más propensos a tener regular o mal estado de salud, debido a que el desempleo podría aumentar las dificultades para acceder a la atención médica así como la exposición a factores como el estrés, la depresión y la ansiedad, entre otros.

- *Zona*: es una variable cualitativa nominal. Toma el valor de 1 cuando el individuo reside en el área urbana y de 0 cuando reside en la rural. Se espera que residir en el área urbana, en comparación con hacerlo en la rural, tenga un efecto positivo sobre la salud, debido a que hay mayor acceso a los servicios sociales y otros beneficios como mayor disponibilidad de bienes, servicios públicos y mejores centros educativos para la población.

- *Región*: es una variable cualitativa nominal. Indica la región geográfica del territorio nacional donde reside el individuo (Pacífica=1, Oriental=2, Central=3, Atlántica=4, Bogotá=5, Antioquia=6, Valle del Cauca=7, San Andrés=8, Orinoquia-Amazonía=9). Se esperan efectos negativos en aquellas regiones que cuentan con precarias condiciones de vida e inaccesibilidad geográfica a los servicios de salud como por ejemplo la región pacífica. En la tabla 1, se presentan las estadísticas descriptivas de las variables consideradas en el estudio.

Tabla 1 – Estadísticas descriptivas de las variables consideradas en el estudio. Colombia 2015.

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Estado de salud	Muy bueno	4.259	8.18
	Bueno	33.835	65.01
	Regular	12.636	24.28
	Malo	1.314	2.52
Sexo	Mujer	27.624	53.08
	Hombre	24.42	46.92
Etnia	No étnico	41.639	80.01
	Indígena	2.549	4.90
	Gitano	12	0.02
	Afrodescendiente	7.844	15.07
Nivel educativo	Ninguno	3.560	7.48
	Preescolar o primaria	17.424	36.64
	Secundario o Media	18.477	38.85
	Superior	8.099	17.03
Afiliación a salud	No	2.796	5.38
	Si	49.130	94.61
Desempleado	No	50.409	96.86
	Si	1.635	3.14
Región	Pacífica	7.371	14.16
	Oriental	6.735	12.94
	Central	6.789	13.04
	Atlántica	7.101	13.64
	Bogotá	4.581	8.80
	Antioquia	6.899	13.26
	Valle del Cauca	10.094	19.40
	San Andrés	1.304	2.51
	Orinoquia-Amazonía	1.170	2.25
Zona	Rural	19.641	37.74
	Urbana	32.403	62.26

Fuente: elaboración Propia Con base en Datos de la ECV 2015, DANE

Método de estimación

Para establecer el efecto que los distintos factores, considerados como variables

explicativas, tienen sobre la percepción del estado de salud, se estimaron modelos de respuesta cualitativa ordenada con enlace probit y logit.⁶ La selección del modelo que

mejor se ajustaba a los datos se hizo con el criterio de información de Akaike (AIC). Los modelos ordenados proporcionan información sobre cómo cambia la probabilidad de que el

estado de salud autorreportado se encuentre en cada una de las categorías de valoración (muy buena, buena, regular y mala) ante las variaciones de las variables explicativas X.

RESULTADOS

Con los datos de la ECV 2015, se estimaron modelos de regresión probit y logit ordenados y con base en el criterio de información de Akaike se seleccionó el modelo Logit por presentar un valor AIC menor que el del modelo Probit. En la tabla 2 se presentan los efectos marginales de dicho modelo.

El efecto marginal estimado de la edad es pequeño, negativo y altamente significativo. Un año adicional de vida reduce la probabilidad de tener muy buen estado de salud en 0.18% y buena salud en 0.5%. Por su parte, el ingreso familiar también es altamente significativo, su efecto es positivo y muy pequeño dado que denota el cambio en la probabilidad de tener un determinado estado de salud cuando el ingreso se incrementa en una unidad. En lo que respecta al nivel educativo, también se encontró un efecto positivo y altamente significativo.

Cada nivel educativo adicional, comparado con no tener ninguno, incrementa considerablemente la probabilidad de tener muy buen o buen estado de salud, presentándose una diferencia de aproximadamente 8% y 6% entre el nivel de primaria y el nivel superior en las categorías muy buen y buen estado de salud.

Pertenecer a una minoría étnica, en comparación con no pertenecer a un grupo étnico, afecta la salud, dependiendo del grupo étnico al que se pertenece. En el caso de la población indígena, el efecto sobre la probabilidad de tener muy buena o buena salud es positivo y significativo a un nivel de significancia del 5%, mientras que, en el caso de la población afrodescendiente, el efecto es negativo y significativo al 1%. Por ejemplo, mientras los indígenas, en comparación con la población no étnica, incrementan la probabilidad de tener buena salud en 1.2%,

los afrodescendientes experimentan una disminución en 2.2%.

El sexo también es un determinante altamente significativo del estado de salud. Los hombres, en comparación con las mujeres, aumentan la probabilidad de tener muy buen o buen estado de salud en 2.4% y 6.5%, respectivamente. Respecto a la afiliación a salud, se esperaba que esta variable afectara positivamente la probabilidad de tener un mejor estado de salud. Sin embargo, no se encontró evidencia estadísticamente significativa de ello.

A un nivel de significancia del 10%, se encontró que estar desempleado, respecto a estar en otra situación, reduce la probabilidad de autorreportar muy buen o buen estado de salud y aumenta la probabilidad de tener regular o mal estado de salud en 1.6% y 0.17%, respectivamente.

Los efectos marginales de la región sobre el estado de salud son altamente significativos y, en general, consistentes con lo que se esperaba. Los individuos que viven en la región pacífica, comparados con los que viven en otras regiones del país, tienen menor probabilidad de tener un muy buen o buen estado de salud y mayor probabilidad de tener regular o mal estado de salud. Los efectos marginales más altos en la categoría muy buena salud se observaron en San Andrés y Providencia (16.8%), Antioquia (6.7%), Bogotá y Valle del Cauca (5% aproximadamente).

Finalmente, el efecto marginal de la variable que relaciona el hecho de vivir en un área urbana o rural (zona) muestra que existe una relación positiva entre un buen estado de salud y el hecho de vivir en zona urbana. En este sentido, las personas que viven en zonas urbanas, incrementa la probabilidad de tener un muy buen y buen estado de salud en 0.29% y 0.81%, respectivamente.

Tabla 2 – Efectos Marginales Modelo Logit Ordenado, Colombia 2015.

VARIABLES	Estado de Salud			
	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo
Edad	-0.0018***	-0.0050***	0.0062***	0.0006***
Nivel Educativo (Ninguno)				
Primaria	0.0149***	0.0375***	-0.0477***	-0.0047***
Secundaria o Media	0.0395***	0.0896***	-0.1175***	-0.0116***
Superior	0.1026***	0.0932***	-0.1800***	-0.0159***
Sexo (Mujer)	0.0248***	0.0652***	-0.0818***	-0.0082***
Etnia (No étnico)				
Indígena	0.0050**	0.0125**	-0.0159**	-0.0016**
Gitano	-0.0264*	-0.1285	0.1375	0.0174
Afrodescendiente	-0.0074***	-0.0222***	0.0268***	0.0028***
Ingreso mensual del hogar	2.41e-09***	6.55e-09 ***	-8.14e-09***	-8.13e-10***
Afiliación a Salud (no afiliado)	-0.0000	-0.0001	0.0002	0.0000
Desempleo (No)	-0.0045*	-0.0134*	0.0163*	0.0017*
Región (Pacífica)				
Oriental	0.0374***	0.0374***	0.0630***	-0.0084***
Central	0.0468***	0.0374***	0.0630***	-0.0097***
Atlántica	0.0430***	0.0683***	-0.1020***	-0.0093***
Bogotá	0.0572***	0.0706***	-0.1175***	-0.0103***
Antioquia	0.0667***	0.0806***	-0.1353***	-0.0120***
Valle del Cauca	0.0512***	0.0806***	-0.1208***	-0.0111***
San Andrés	0.1679***	0.0275***	-0.1809***	-0.0146***
Orinoquía-Amazonía	0.0474***	0.0610***	-0.0997***	-0.0087***
Zona (rural)	0.0029***	0.0081**	-0.0101**	-0.0010
Observations	47454			
Wald chi2(19)	8249.86			
Prob>Chi2	0.0000			
Pseudo R2	0.1071			

Fuente: Elaboración Propia con base en ECV 2015.

*** p<0.01.

** p<0.05.

* p<0.1. En paréntesis categorías de referencia

DISCUSIÓN

En general, los resultados de este estudio son consistentes con los planteamientos teóricos sobre los determinantes de la salud, con los hallazgos de otros estudios nacionales^{20,21,7} e internacionales^{11,9} y con las hipótesis que se habían planteado en la sección de la metodología. Las variables que afectan positivamente el autorreporte de buena salud son el ingreso mensual del hogar, los incrementos en el nivel educativo, ser hombre, habitar en el área urbana y en regiones con mejores condiciones en materia de desarrollo y de accesibilidad geográfica a los servicios de salud. Por otro lado, los factores que se asociaron con mayor probabilidad de autorreportar regular o mala salud son el incremento en la edad, no tener educación, ser mujer, ser afrodescendiente, estar desempleado, vivir en la región pacífica y en la zona rural.

Estudios previos hechos en Colombia^{20,21,7} con fuentes de datos de hace más de una década, habían encontrado que estar afiliado al sistema de salud era un determinante que afectaba positivamente la percepción del estado de salud. Sin embargo, en esta investigación no se encontró evidencia estadísticamente significativa de ello. Este hallazgo podría explicarse por el notable incremento en la cobertura del sistema de salud que, a nivel nacional, se encuentra en niveles superiores al 90%, aunque aún persisten problemas de acceso debido a factores como la insuficiente capacidad instalada y otras barreras que afectan la demanda.^{3,22,23}

El hecho de que ser mujer se asocie con menor probabilidad de autorreportar buena salud revela la persistencia de desigualdades de género que van en detrimento de las posibilidades de las mujeres. Por ejemplo, en Colombia existen diferenciales de salarios positivos en favor de los hombres en la mayoría de las ciudades principales y la brecha se incrementa en las regiones periféricas,⁸ lo cual puede afectar negativamente la producción de salud por parte de las mujeres en el hogar al afectar negativamente el consumo de insumos requeridos para su producción como comida, servicios médicos y medicina.^{10,19}

Adicionalmente, estudios cualitativos han resaltado que el género femenino emerge como una condición limitante en el autocuidado y seguimiento de las recomendaciones impartidas por los servicios de salud dado que, por la expectativa sociocultural de “ser mujer”, estas anteponen a sus propias necesidades de autocuidado, la necesidad de garantizar la sostenibilidad económica de la familia, los cuidados del hogar, de los hijos y demás responsabilidades asignadas en su grupo familiar.⁴

El efecto de la etnia, es consistente con lo encontrado por otros autores²⁰ en algunas regiones de Colombia como la región Pacífica y el Valle del Cauca. Ser indígena tiene un efecto positivo en el autorreporte de buena salud mientras que ser afrodescendiente produce un efecto negativo que es explicado por la discriminación racial y las malas condiciones en que vive la población afrodescendiente en algunas regiones del país. Estudios en Colombia han señalado la importancia de la raza o etnia como un factor de riesgo o protector para algunas enfermedades y como un elemento de jerarquización social que refleja la discriminación racial y las condiciones de vulnerabilidad social que enfrentan ciertos grupos de la población y que afectan la salud física y mental de las personas.¹³ Un estudio en Latinoamérica (Brasil, Colombia, México y Perú) encontró que las personas con colores de piel más oscuras autorreportan estados de salud más pobres debido al aumento de la exposición a la discriminación de clase y al bajo nivel socio-económico.¹⁷

Respecto a los hallazgos de la región, el pacífico colombiano, históricamente, se ha caracterizado por ser una de las regiones más atrasadas en materia de desarrollo, con difíciles condiciones climáticas y geográficas, escasez de tierras fértiles, debilidad en las instituciones, condiciones difíciles de pobreza y ruralidad, aislamiento económico con respecto al mercado nacional, fuerte presencia de minorías étnicas y proliferación de enfermedades endémicas.²⁴ Estas condiciones, entre otros factores, han contribuido a que esta región presente marcadas inequidades en salud. Acosta¹ (2014) encontró que la región pacífica, en comparación con aquellas

regiones de menor rezago social, exhibe una situación de salud más deficiente, reporta más episodios de presencia de enfermedad (por

ejemplo de enfermedades evitables como las infectocontagiosas) y tiene menor esperanza de vida.

CONCLUSION

Si bien los resultados de este trabajo ponen de manifiesto el efecto de diferentes determinantes sociales sobre el estado de salud autorreportado por la población adulta de Colombia, dada la disponibilidad de información, no fue posible incluir en el estudio algunos determinantes clave del estado de salud como la actividad física, los hábitos apropiados de higiene, el consumo de drogas y alcohol, entre otros. En ese sentido, futuras investigaciones deberían considerar estas variables pues es posible que los efectos aquí encontrados se vean influenciados por estos otros factores.

Pese a los esfuerzos hechos en Colombia para alcanzar las metas del Milenio, cerrar las brechas regionales, mejorar las condiciones de

las mujeres y de los afrodescendientes, más de una década después de los primeros estudios sobre los determinantes de la salud realizados en el país, los resultados no evidencian grandes cambios.

Se destaca que la vulnerabilidad social de las mujeres, de la población afrodescendiente, y de la población que habita en el pacífico colombiano afecta negativamente la posibilidad de autorreportar buen estado de salud. En este sentido el gobierno debería aumentar los esfuerzos que hace para mejorar, a través del gasto público, y con programas focalizados en los grupos más vulnerables, las condiciones sociales y económicas estructurales que generan las inequidades en salud.

REFERENCIAS

1. Acosta K. La salud en las regiones colombianas: inequidad y morbilidad. Documento de trabajo sobre economía regional. No.213. Banco de la República. 2014.
2. Álvarez-Castaño LS. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* 2009;8(17):69-79.
3. Ayala-García J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Documento de Trabajo sobre Economía Regional. No. 204. Banco de la República de Colombia. 2014.
4. Barón Castro MM, Soto Chaquir M. Ser mujer hipertensa: una experiencia silenciosa en la familia y en la sociedad. *Cultura de los Cuidados.* Año XVI. 2012;(34):32-43.
5. Becker GS. *Human Capital: a theoretical and empirical analysis, with special reference to education.* 3d. Edition. Chicago: The University of Chicago Press; 1993.
6. Borooah VK. *Logit and probit: Ordered and Multinomial Models.* Sage University Papers Series on Quantitative Application in the social Sciences. Serie No. 07-138. Thousand Oaks. CA: Sage; 2001.
7. Gallego JM, Ramírez M, Sepúlveda C. The Determinants of the Health Status in a Developing Country: Results from the Colombian Case. *Lecturas de Economía.* 2005;(63):111-135.
8. Galvis LA. Diferenciales salariales por género y región en Colombia: una aproximación con regresión por cuantiles. *Revista de Economía del Rosario.* 2010;13(2):235-277.
9. Gerdtham U-G, Johannesson M, Lundber L, Isacson D. The Demand for Health: Results from new Measures of Health Capital. *European Journal of Political Economy.* 1999;15(3):501-521.
10. Grossman M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *The Journal of Political Economy.* 1972;80(2):223-255.
11. Jafari A, Ravangard R, Kavosi Z, Sajjadnia Z. Estimation of the demand for health for urban households using Grossman's model in Shiraz. *Iran. Prog Health Sci.* 2014;4(1):31-40.
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Histórico de cobertura en afiliación salud años 2004-2012 [Internet]. Bogotá: Ministerios de Salud y Protección Social; [actualizado 2016; citado Julio 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/CoberturasdelR%C3%A9gimenSubsidiado.aspx>
13. Mosquera J. Develando lo que dicen sobre raza y etnia las revistas de salud pública de Colombia. *Revista CS.* 2015;(16):109-129.
14. Mushkin S. Health as an investment. *Journal of Political Economy.* 1962;70(5):129-157.
15. Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006
16. Organización Mundial de la Salud. Cerrando la brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo para la conferencia mundial sobre los determinantes sociales de la salud. 2011.
17. Perreira KM, Telles E. The color of health: Skin color, ethnoracial classification, and discrimination in the health of Latin Americans. *Social Science & Medicine.* 2014;116:241-250.

18. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de desarrollo del milenio: informe2015 [Internet]. Nuevas Ediciones S.A.; 2015 [citado Agosto 2016]. Disponible en: <http://www.co.undp.org/content/colombia/es/home/presscenter/articles/2015/09/28/-c-mo-le-fue-a-colombia-con-los-odm-.html>
19. Tobar F. La salud como un activo económico. Revista Isalud. 2010;5(21):54-55.
20. Tovar LM, García-Cruz GA. La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003. Documento de Trabajo No. 90. 2006.
21. Tovar LM. Determinantes del Estado de Salud de la Población Colombiana. Economía, Gestión y Desarrollo. 2005;(3):125-151.
22. Tovar-Cuevas LM, Arrivillaga-Quintero M. Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2014;13(27):12-26.
23. Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete ML, Mogollón-Perez AS. Acceso a la atención en salud en Colombia. Revista de Salud Pública. 2010;12(5):701-712.
24. Viloria J (Ed). Economías del Pacífico colombiano. Cartagena: Banco de la República; 2008.

Determinantes sociais da saúde autorrelatada: Colômbia após uma década

Luis Miguel Tovar Cuevas*
Lindy Neth Perea Mosquera**
Jose Rafael Tovar Cuevas***
Claudia Lorena Zúñiga Martínez****

Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar os determinantes sociais que afetam o estado de saúde autorrelatado pela população adulta Colombiana. Com os dados da Pesquisa de Qualidade de Vida, realizada pelo Departamento Administrativo Nacional de Estatísticas, DANE, em 2015, foram estimados modelos de respostas qualitativas ordinais para avaliação do efeito de um conjunto de determinantes sociais sobre o estado de saúde. Os resultados indicam que os fatores que afetam positivamente o autorrelato de boa saúde são: a renda familiar mensal, o aumento do nível educativo, ser homem, morar na zona urbana e em regiões de maior desenvolvimento econômico e social. Os fatores que incrementam a probabilidade de autorrelatar uma saúde regular ou ruim são: o aumento da idade, não ter educação, ser mulher, ser afrodescendente, estar desempregado, morar na região Pacífica e na zona rural. Mais de uma década após os primeiros estudos sobre os determinantes da saúde realizados no país, os resultados não evidenciam grandes mudanças. As mulheres, os afrodescendentes e os habitantes do Pacífico Colombiano são os grupos populacionais que apresentam maior probabilidade de autorrelatar resultados de saúde menos favoráveis.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde, Estado de Saúde, Fatores Socioeconômicos, Desigualdades na Saúde, Colômbia.

INTRODUÇÃO

A saúde, além de ser uma condição de completo bem-estar físico, mental e social, que transcende a simples inexistência de enfermidade ou doença,¹⁵ é considerada um fator fundamental para promover o desenvolvimento econômico e social dos países, por ser um determinante do capital humano.^{10, 14, 5}

Devido à importância que a saúde tem, em relação a própria vida e ao desenvolvimento econômico, é necessário conhecer os principais fatores que a determinam, pois através da intervenção de tais fatores, mediante as políticas públicas, poder-se ia contribuir para a melhora da saúde da população, assim como o desenvolvimento econômico dos países.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a maioria dos problemas de saúde das pessoas é atribuído às condições sociais

e econômicas nas quais se desenvolvem. As condições para a saúde estão relacionadas com o entorno, estilo de vida, carga genética e, em menor medida, com os sistemas de saúde.¹⁶ Pesquisas realizadas, na Colômbia, a partir da Pesquisa de Qualidade de Vida (ECV) de 1997 e 2003, descobriram que a saúde estava determinada por fatores do tipo sócio demográfico e econômico, geográfico, comportamental e pela Seguridade Social em saúde.^{7, 21, 20}

Após 13 anos, é possível que alguns dos fatores identificados como determinantes da saúde na Colômbia, tenham sofrido mudanças, pois nesse período o governo trabalhou intensamente para obter as metas do milênio e o sistema de saúde foi objeto de contínuas reformas que afetaram seu funcionamento, simultaneamente fez melhorias notáveis na

DOI: 10.15343/0104-7809.20184201230247

* Departamento de Economía de la Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia.

** Facultad de Ciencias Económicas, Administrativas e Contables Universidad Libre, seccional Pereira. Colombia

*** Universidad do Valle, Cali, Colombia

**** Fundación Universitaria Claretiana, Facultad de Administración y Ciencias Contables. Cali, Colombia.

E-mail: ltovar@javerianacali.edu.com

cobertura do sistema de saúde.

Alguns exemplos dos avanços obtidos pelo país, que poderiam afetar as condições de saúde dos Colombianos, são: i) a diminuição da taxa de incidência de pobreza monetária entre os anos 2002 e 2014 desde os níveis próximos a 50% até 28.5%; ii) a redução da pobreza extrema de 17.7% em 2002 a níveis de um dígito, doze anos mais tarde (de 8.1%); iii) o êxito de 100% de cobertura em educação básica;¹⁸ iv) a cobertura em saúde que passou de 63.14% em 2004 a 91.37% em 2012, refletindo assim um aumento do 28.23%.¹²

Nesse contexto, o propósito deste trabalho é analisar os determinantes sociais que incidem no estado de saúde autorrelatado pelos Colombianos maiores de 18 anos, em 2015.

Enfoques dos quais são abordados os determinantes da saúde

Os estudos dos determinantes da saúde, do ponto de vista econômico, geralmente se baseiam no modelo de demanda por saúde e capital saúde, proposto por Michael Grosman¹⁰ na década do 70. De acordo com tal modelo, a saúde pode ser considerada como um bem de capital e de consumo. Como bem de capital a saúde dura vários períodos, não se deprecia em um único lapso de tempo e gera dias saudáveis, permitindo que o indivíduo realize atividades trabalhistas e não trabalhistas, como também o aumento da produtividade no trabalho. Como bem de consumo, a saúde está incluída diretamente na função de utilidade dos indivíduos, pois estes se sentem melhores quando estão saudáveis.

Ao contrário da demanda tradicional de bens e serviço, a saúde não é vendida em mercados. Dessa forma, Grossman estabelece que o consumidor é também o produtor, que compra bens e serviços no mercado como: comida, serviços médicos, roupa, medicamentos - que combinados serão úteis na produção deste bem.

De acordo com o modelo de Grossman, com níveis de alta renda, os indivíduos aumentam seus gastos em serviços médicos, podendo

afetar positivamente no estado de saúde. Em relação à educação, o modelo propõe que as pessoas com maiores níveis educativos são eficazmente mais produtivas e, portanto, espera-se que desejem e alcancem melhores estados de saúde. Além disso, espera-se que o estoque de saúde, com o qual nascem os indivíduos, seja desvalorizado com o tempo e em um ritmo crescente na última parte da vida, como consequência do processo natural de deterioração biológica.

Por outro lado, a Organização Mundial da Saúde¹⁶ reconhece que as condições sociais, onde nascem, vivem, trabalham e envelhecem, os indivíduos influem, de maneira importante, sobre a saúde das pessoas.

Tais condições são denominadas "determinantes sociais da saúde", são a causa principal das desigualdades em saúde e abrangem fatores econômicos, sociais, culturais, políticos e meio ambientais. Álvarez-Castano² (2009) identifica várias teorias que normalmente são usadas para analisar os determinantes sociais da saúde. Entre essas teorias se encontram:

- *A teoria psicossocial:* onde a rejeição recebida por aqueles situados em lugares menos privilegiados da estrutura social causa estresse e isso leva a respostas fisiológicas de longa duração, deixando os indivíduos mais susceptíveis às enfermidades ou à perda de seu estado de saúde.
- *A perspectiva Eco Social:* enfatiza que os estilos de vida não são decisões individuais, mas sim comportamentos influenciados pelas oportunidades definidas pelo meio social em que vivem.
- *A teoria da produção social da enfermidade:* sustentada sob o materialismo-estruturalista, explica como a escassa renda de alguns indivíduos não lhes permite superar os fatores que afetam sua saúde, produzindo a enfermidade.
- *A teoria do curso de vida,* enfatiza que os problemas sociais irão operar de forma diferente nas diferentes etapas da vida, podendo afetar a saúde imediatamente ou em épocas posteriores.

METODOLOGIA

Dados

Essa investigação contou com o apoio do Comitê de Pesquisa e Ética da Faculdade de Ciências Econômicas e Administrativas da Pontifícia Universidade Javeriana Cali. Foram usados os dados da Pesquisa de Qualidade de Vida, realizada pelo Departamento Administrativo Nacional de Estatísticas, DANE, em 2015. Essa fonte de dados secundária tem cobertura nacional, com representatividade por regiões e para o distrito capital. Empregam uma amostra de 52.044 indivíduos maiores de 18 anos.

Variáveis

A variável dependente mede o estado de saúde aut relatado pelos indivíduos através de uma variável categórica, que recebe valor 1 se a percepção que o indivíduo tem de seu próprio estado de saúde for muito boa; 2 se for boa; 3 se for regular e 4 se for ruim. Considerando os estudos prévios e a disponibilidade de informação, foram selecionadas as seguintes variáveis explicativas:

- *Renda familiar mensal*: é uma variável quantitativa discreta. Espera-se que afete positivamente a percepção do estado de saúde.
- *Idade*: é uma variável quantitativa discreta. Espera-se que tenha uma relação negativa com o estado de saúde, dado que influi positivamente em sua taxa de depreciação.
- *Nível educacional*: é uma variável qualitativa ordinal. Indica o máximo nível educacional alcançado (Nenhum=1, Primária=2, secundária=3, Superior=4). Supõem-se que a educação aumenta a eficiência na produção de saúde, portanto, quanto maior for o nível educacional melhor será o estado de saúde.
- *Sexo*: é uma variável qualitativa nominal. Recebe o valor 1 se os indivíduos forem homens e 0 se forem mulheres. Espera-se que os homens, em comparação com as mulheres, tenham melhor estado de saúde,

dada a existência de desigualdades de gênero em diferentes aspectos.

- *Etnia*: é uma variável qualitativa nominal. Indica o grupo étnico que os indivíduos afirmam pertencer (Não étnico/mestiço = 1, Indígena = 2, Cigano = 3, Afrodescendente = 4). Espera-se que pertencer a uma minoria étnica (afrodescendentes ou indígenas), se comparado ao não pertencer, afete negativamente o estado de saúde, pois essas minorias são propensas a não ter seguro de saúde e enfrentar condições de vida mais difíceis.

- *Associação à Saúde*: é uma variável qualitativa nominal. Recebe o valor 1 quando os indivíduos estão associados ao sistema de saúde e 0 quando não estão. Espera-se que estar associado, quando comparado com os que não estão, afete positivamente o estado de saúde.

- *Desemprego*: é uma variável qualitativa nominal. Recebe o valor 1 se o indivíduo está desempregado e de 0 quando não está (inclui estar ocupado ou em outra situação). Espera-se que os indivíduos que estão desempregados, em comparação com aqueles que estão em uma situação diferente, tenham maior probabilidade de ter uma saúde regular ou ruim, pois o desemprego poderia aumentar as dificuldades de acesso ao atendimento médico, bem como à exposição a fatores como o estresse, a depressão e a ansiedade, entre outros.

- *Zona*: é uma variável qualitativa nominal. Recebe o valor 1 quando o indivíduo reside na área urbana e 0 quando reside na rural. Espera-se que residir na área urbana, em comparação com os que vivem na área rural, tenha um efeito positivo sobre a saúde, pois há um maior acesso aos serviços sociais e outros benefícios, tais como: maior disponibilidade de bens, serviços públicos e melhores centros educativos para a população.

- *Região*: é uma variável qualitativa nominal. Indica a região geográfica do território nacional onde reside o indivíduo (Pacífica = 1, Oriental = 2, Central = 3, Atlântica = 4, Bogotá = 5, Antióquia = 6, Valle del Cauca =

7, San Andrés = 8, Orinoquia - Amazônia = 9). As expectativas sobre aquelas regiões são negativas, pois possuem precárias condições de vida e inaccessibilidade geográfica aos serviços de saúde, como por exemplo, a região pacífica. Na tabela 1, são apresentadas as estatísticas descritivas das variáveis consideradas no estudo.

Tabela 1 – Estatísticas descritivas das variáveis consideradas no estudo. Colômbia 2015.

Variáveis		Frequência	Porcentagem
Estado de saúde	Muito bom	4,259	8,18
	Bom	33,835	65,01
	Regular	12,636	24,28
	Ruim	1,314	2,52
Sexo	Mulher	27,624	53,08
	Homem	24,42	46,92
Etnia	Não étnico	41,639	80,01
	Indígena	2,549	4,90
	Cigano	12	0,02
	Afrodescendente	7,844	15,07
Nível educacional	Nenhum	3,560	7,48
	Educação Infantil	17,424	36,64
	Ensino Fundamental ou Médio	18,477	38,85
	Superior	8,099	17,03
Associação à saúde	Não	2,796	5,38
	Sim	49,130	94,61
Desempregado	Não	50,409	96,86
	Sim	1,635	3,14
Região	Pacífica	7,371	14,16
	Oriental	6,735	12,94
	Central	6,789	13,04
	Atlântica	7,101	13,64
	Bogotá	4,581	8,80
	Antioquia	6,899	13,26
	Valle del Cauca	10,094	19,40
	San Andrés	1,304	2,51
	Orinoquia-Amazônia	1,170	2,25
Zona	Rural	19,641	37,74
	Urbana	32,403	62,26

Fonte: elaboração Própria Com base em Dados da ECV 2015, DANE

Método de estimativa

A fim de estabelecer o efeito que os diferentes fatores, considerados como variáveis explicativas, têm sobre a percepção do estado de saúde, foram estimados modelos de respostas qualitativas, organizadas com vínculos probit e logit.⁶ A seleção do modelo

que melhor se ajustava aos dados foi feita com o critério de informação de Akaike (AIC).

Os modelos organizados fornecem informações sobre como a probabilidade do estado de saúde autorrelatado se modifica em cada uma das categorias de avaliação (muito boa, boa, regular e ruim) perante as variações das variáveis explicativas X.

RESULTADOS

Com os dados da ECV 2015, foram estimados modelos de regressão probit e logit organizados e com base nos critérios de informação de Akaike, foi selecionado o modelo Logit por apresentar um valor AIC menor que o do modelo Probit. Na tabela 2, são apresentados efeitos marginais de tal modelo.

O efeito marginal estimado da idade é pequeno, negativo e altamente significativo. Um ano adicional de vida reduz a probabilidade de obter um estado de saúde: muito boa em 0,18% e boa saúde em 0,5%. Por sua vez, a renda familiar também é altamente significativa, seu efeito é positivo e muito pequeno, dado que denota a mudança na probabilidade de ter um determinado estado de saúde, quando a renda aumenta em uma unidade.

No que diz respeito ao nível educativo, verificou-se também um efeito positivo e altamente significativo. Cada nível educativo adicional, em comparação a não ter nenhum, aumenta consideravelmente a probabilidade de ter muito bom, ou bom estado de saúde, apresentando uma diferença de, aproximadamente, 8% e 6% entre o nível do ensino fundamental inicial e o nível superior, nas categorias muito bom e bom estado de saúde.

Pertencer a uma minoria étnica, em comparação com não pertencer a um grupo étnico, afeta a saúde, dependendo do grupo étnico ao qual pertence. No caso da população indígena, o efeito sobre a probabilidade de ter muito boa ou boa saúde é positivo e significativo, em um nível de significância de 5%, enquanto, no caso da população afrodescendente, o efeito é negativo e significativo em 1%. Por exemplo, enquanto os indígenas, comparados à população não

étnica, aumentam a probabilidade de ter boa saúde em 1,2%, os afrodescendentes sofrem uma redução de 2,2%.

O sexo também é um determinante altamente significativo do estado de saúde. Os homens, comparados com as mulheres, aumentam a probabilidade de ter muito bom, ou bom estado de saúde em 2,4% e 6,5%, respectivamente. Em relação à associação à saúde, esperava-se que esta variável afetasse positivamente a probabilidade de ter um melhor estado de saúde. No entanto, não foi encontrada nenhuma evidência estatisticamente significativa sobre isso.

Em um grau de relevância de 10%, verificou-se que estar desempregado, se comparado a estar em outra situação, reduz a probabilidade de um autorrelato muito boa ou boa saúde, aumentando a probabilidade de obter uma saúde regular ou ruim em 1,6% e 0,17%, respectivamente. Os efeitos marginais da região, sobre o estado de saúde, são altamente significativos e, em geral, consistentes com o que se esperava. Os indivíduos que moram na região do Pacífico colombiano, comparados com os que moram em outras regiões do país, têm menor probabilidade de obter muito boa, ou boa saúde e maior probabilidade de ter regular ou ruim estado de saúde.

Os efeitos marginais mais altos na categoria muito boa saúde foram observados em San Andrés e Providência (16,8%), Antioquia (6,7%), Bogotá e Valle do Cauca (5% aproximadamente).

Finalmente, o efeito marginal da variável, que relaciona o fato de morar em uma área urbana ou rural (zona), mostra que existe uma relação positiva entre um bom estado de saúde e o fato de morar em zona urbana. Nesse

sentido, as pessoas que moram em zonas muito bom e bom estado de saúde em 0,29% e urbanas, aumentam a probabilidade de ter 0,81%, respectivamente.

Tabela 2 – Efeitos Marginais Modelo Logit Organizado, Colômbia 2015.

VARIÁVEIS	Estado de Saúde			
	Muito Bom	Bom	Regular	Ruim
Idade	-0,0018***	-0,0050***	0,0062***	0,0006***
Nível Educativo (Nenhum)				
Ensino Fundamental I e II	0,0149***	0,0375***	-0,0477***	-0,0047***
Ensino Médio	0,0395***	0,0896***	-0,1175***	-0,0116***
Ensino Superior	0,1026***	0,0932***	-0,1800***	-0,0159***
Sexo (Mulher)	0,0248***	0,0652***	-0,0818***	-0,0082***
Etnia (Não étnico)				
Indígena	0,0050**	0,0125**	-0,0159**	-0,0016**
Cigano	-0,0264*	-0,1285	0,1375	0,0174
Afrodscendente	-0,0074***	-0,0222***	0,0268***	0,0028***
Renda familiar mensal	2,41e-09***	6,55e-09 ***	-8,14e-09***	-8,13e-10***
Associação à Saúde (não associado)	-0,0000	-0,0001	0,0002	0,0000
Desemprego (Não)	-0,0045*	-0,0134*	0,0163*	0,0017*
Região (Pacífica)				
Oriental	0,0374***	0,0374***	0,0630***	-0,0084***
Central	0,0468***	0,0374***	0,0630***	-0,0097***
Atlântica	0,0430***	0,0683***	-0,1020***	-0,0093***
Bogotá	0,0572***	0,0706***	-0,1175***	-0,0103***
Antioquia	0,0667***	0,0806***	-0,1353***	-0,0120***
Valle do Cauca	0,0512***	0,0806***	-0,1208***	-0,0111***
San Andrés	0,1679***	0,0275***	-0,1809***	-0,0146***
Orinoquia-Amazônia	0,0474***	0,0610***	-0,0997***	-0,0087***
Zona (rural)	0,0029***	0,0081**	-0,0101**	-0,0010
Observations	47454			
Wald chi2(19)	8249,86			
Prob>Chi2	0,0000			
Pseudo R2	0,1071			

Fonte: Elaboração Própria com base em ECV 2015.

*** p<0.01.

** p<0.05.

* p<0.1. Em parêntesis categorias de referência

DISCUSSÃO

Em geral, os resultados desse estudo são consistentes com as abordagens teóricas sobre os determinantes da saúde, com as descobertas de outros estudos nacionais^{20,21,7} e internacionais^{11,9} e com as hipóteses levantadas na seção de metodologia. As variáveis que afetam positivamente o autorrelato de boa saúde são a renda familiar mensal, os aumentos no nível educacional, ser homem, habitar na área urbana e em regiões com melhores condições em matéria de desenvolvimento e de acessibilidade geográfica aos serviços de saúde. Por outro lado, os fatores que se associaram com maior probabilidade de autorrelatar regular ou má saúde são: o aumento da idade, não ter educação, ser mulher, ser afrodescendente, estar desempregado, morar em a região pacífica e na zona rural.

Estudos preliminares feitos na Colômbia^{20,21,7}, com fontes de dados concluídos há mais de uma década, descobriram que estar associado ao sistema de saúde era um determinante que afetava positivamente a percepção do estado de saúde. No entanto, nessa pesquisa não houve evidências estatisticamente significativas. Essa constatação poderia ser explicada pelo notável aumento na cobertura do sistema de saúde que, em âmbito nacional, figura em níveis superiores a 90%, ainda que persistam os problemas de acesso, devido a fatores como a insuficiente capacidade instalada e outras barreiras que afetam a demanda.^{3,22,23}

O fato de ser mulher estar associado com a menor probabilidade de autorrelatar boa saúde, revela a persistência de desigualdades de gênero, que vão em detrimento das possibilidades das mulheres. Por exemplo, na Colômbia existem diferenças salariais positivas em favor dos homens, na maioria das cidades principais e essa brecha aumenta nas regiões periféricas,⁸ a qual pode afetar negativamente a produção de saúde por parte das mulheres no lar, ao afetar negativamente o consumo de insumos requeridos para sua produção, tais como: comida, serviços médicos e medicamentos.^{10,19}

Além disso, estudos qualitativos destacaram que o gênero feminino surge como uma condição limitante no autocuidado e

acompanhamento das recomendações dos serviços de saúde, pois, devido à expectativa sociocultural de “ser mulher”, estas antepõem suas próprias necessidades de autocuidado, a necessidade de garantir a sustentabilidade econômica da família, o cuidado do lar, dos filhos e as demais responsabilidades atribuídas a seu grupo familiar.⁴

O efeito da etnia é consistente, de acordo com o que foi descoberto por outros autores²⁰ em algumas regiões da Colômbia, como a região Pacífica e o Valle do Cauca. Ser indígena tem um efeito positivo no autorrelato de boa saúde, ao passo que ser afrodescendente produz um efeito negativo, o que é explicado pela discriminação racial e as más condições em que vive a população afrodescendente, em algumas regiões do país.

Estudos realizados na Colômbia indicaram a importância da raça ou etnia, como um fator de risco ou protetor para algumas enfermidades e como um elemento de hierarquia social, que reflete a discriminação racial e as condições de vulnerabilidade social, que enfrentam certos grupos da população, afetando a saúde física e mental das pessoas.¹³ Um estudo na América Latina (Brasil, Colômbia, México e Peru), observou que as pessoas com pele mais escura autorrelatam estados de saúde mais pobres, devido ao aumento da exposição à discriminação de classe e ao baixo nível socioeconômico.¹⁷

Com relação às descobertas da região, o Pacífico Colombiano, historicamente, tem se caracterizado como uma das regiões mais atrasadas em termos de desenvolvimento, com condições climáticas e geográficas difíceis, escassez de terras férteis, fraqueza nas instituições, condições difíceis de pobreza e ruralidade, isolamento econômico em relação ao mercado nacional, forte presença de minorias étnicas e proliferação de enfermidades endêmicas.²⁴ Essas condições, entre outros fatores, contribuíram para que esta região apresente acentuadas desigualdades em saúde. Acosta¹ (2014) observou que a região pacífica, em comparação com aquelas regiões de menor atraso social, exibe uma situação de saúde mais deficiente, relata mais episódios de presença de enfermidade (por exemplo de enfermidades evitáveis, como as infectocontagiosas) e tem menor esperança de vida.

CONCLUSÃO

Embora os resultados deste trabalho mostrem o efeito de diferentes determinantes sociais, sobre o estado de saúde autorrelatado pela população adulta da Colômbia, dada a disponibilidade de informações, não foi possível incluir no estudo alguns determinantes-chave do estado de saúde, tais como: atividade física, hábitos apropriados de higiene, consumo de drogas e álcool, entre outros. Nesse sentido, futuras pesquisas deveriam considerar estas variáveis, pois é possível que os efeitos aqui encontrados sejam influenciados por estes outros fatores.

Apesar dos esforços feitos na Colômbia para alcançar as metas do Milênio, fechar as

lacunas regionais, melhorar as condições das mulheres e dos afrodescendentes, mais de uma década depois dos primeiros estudos sobre os determinantes da saúde realizados no país, os resultados não mostram grandes mudanças. Ressalta-se que a vulnerabilidade social das mulheres, da população afrodescendente e da população que mora no Pacífico Colombiano, afeta negativamente a possibilidade de autorrelatar o bom estado de saúde. Nesse sentido, o governo deve aumentar seus esforços para melhorar, através de gastos públicos e com programas focados em grupos mais vulneráveis, as condições sociais e econômicas estruturais que geram desigualdades em saúde.

REFERENCIAS

1. Acosta K. La salud en las regiones colombianas: inequidad y morbilidad. Documento de trabajo sobre economía regional. N° 213. Banco de la República. 2014.
2. Álvarez-Castaño LS. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* 2009; 8 (17):69-79.
3. Ayala-García J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Documento de Trabajo sobre Economía Regional. N° 204. Banco de la República de Colombia. 2014.
4. Barón Castro MM, Soto Chaquir M. Ser mujer hipertensa: una experiencia silenciosa en la familia y en la sociedad. *Cultura de los Cuidados.* Año XVI. 2012;(34):32-43.
5. Becker GS. *Human Capital: a theoretical and empirical analysis, with special reference to education.* 3d. Edition. Chicago: The University of Chicago Press; 1993.
6. Borooah VK. *Logit and probit: Ordered and Multinomial Models.* Sage University Papers Series on Quantitative Application in the social Sciences. Serie N° 07-138. Thousand Oaks. CA: Sage; 2001.
7. Gallego JM, Ramírez M, Sepúlveda C. The Determinants of the Health Status in a Developing Country: Results from the Colombian Case. *Lecturas de Economía.* 2005;(63):111-135.
8. Galvis LA. Diferenciales salariales por género y región en Colombia: una aproximación con regresión por cuantiles. *Revista de Economía del Rosario.* 2010;13 (2):235-277.
9. Gerdtham U-G, Johannesson M, Lundber L, Isacson D. The Demand for Health: Results from new Measures of Health Capital. *European Journal of Political Economy.* 1999;15 (3):501-521.
10. Grossman M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *The Journal of Political Economy.* 1972; 80 (2):223-255.
11. Jafari A, Ravangard R, Kavosi Z, Sajjadnia Z. Estimation of the demand for health for urban households using Grossman's model in Shiraz. *Iran. Prog Health Sci.* 2014; 4 (1):31-40.
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Histórico de cobertura en afiliación salud años 2004-2012 [Internet]. Bogotá: Ministerios de Salud y Protección Social; [actualizado 2016; citado Julio 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/CoberturasdelR%C3%A9gimenSubsidiado.aspx>
13. Mosquera J. Develando lo que dicen sobre raza y etnia las revistas de salud pública de Colombia. *Revista CS.* 2015; (16):109-129.
14. Mushkin S. Health as an investment. *Journal of Political Economy.* 1962; 70(5):129-157.
15. Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006
16. Organización Mundial de la Salud. Cerrando la brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo para la conferencia mundial sobre los determinantes sociales de la salud. 2011.
17. Perreira KM, Telles E. The color of health: Skin color, ethnoracial classification, and discrimination in the health of Latin Americans. *Social Science & Medicine.* 2014;116: 241-250.
18. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Objetivos de desarrollo del milenio: informe2015* [Internet]. Nuevas Ediciones S.A.; 2015 [citado agosto 2016]. Disponible en: <http://www.co.undp.org/content/colombia/es/home/presscenter/articles/2015/09/28/-c-mo-le-fue-a-colombia-con-los-odm-.html>
19. Tobar F. La salud como un activo económico. *Revista Isalud.* 2010;5 (21):54-55.

20. Tovar LM, García-Cruz GA. La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003. Documento de Trabajo No. 90. 2006.
21. Tovar LM. Determinantes del Estado de Salud de la Población Colombiana. *Economía, Gestión y Desarrollo*. 2005;(3):125-151.
22. Tovar-Cuevas LM, Arrivillaga-Quintero M. Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2014; 13 (27):12-26.
23. Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete ML, Mogollón-Perez AS. Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2010; 12 (5):701-712.
24. Vilorio J (Ed). *Economías del Pacífico colombiano*. Cartagena: Banco de la República; 2008.