



Artículo original

## Capital social y su relación con la percepción de salud. Encuesta nacional de salud, Colombia 2007

Social capital and relationship with self-rated health. National health survey in Colombia 2007

Rafael de Jesús Tuesca-Molina\*<sup>1</sup>, Eustorgio José Amed-Salazar<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Departamento de Salud Pública – Universidad del Norte. Barranquilla – Atlántico.

<sup>2</sup> Departamento de Enfermería - Universidad de Sucre. Sincelejo.

Tuesca-Molina R de J, Amed-Salazar EJ. Social capital and relationship with self-rated health. National health survey in Colombia 2007. 2014; Colomb Med. 2014; 45(1): 7-14.

© 2014 Universidad del Valle. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution License, que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente se acreditan.

### Histórico:

Recibido: 19 Marzo 2013  
Revisado: 15 Febrero 2014  
Aceptado: 18 Febrero 2014

### Palabras clave:

Transversal; etnicidad; estado de salud; desigualdades en salud; factores socioeconómicos; disparidades de salud

### Keywords:

Cross sectional, ethnicity, health status, socioeconomic factors, healthcare disparities.

### Resumen

**Objetivo:** Analizar la percepción de salud relacionada con características sociodemográficas, las desigualdades sociosanitarias y el capital social en Colombia.

**Métodos:** Los datos provenientes de la Encuesta nacional de salud de Colombia 2007. Variables independientes: características sociodemográficas y variables componentes: desigualdad sociosanitaria y capital social. Variable dependiente percepción del estado de salud. Análisis de la relación mediante regresión logística a través de la OR y su intervalo de confianza.

**Resultados:** Los factores determinantes para una percepción negativa de salud están relacionados con ser mujer (OR: 0.49 [0.47-0.52]), para hombres y mujeres ser mayor de 37 años (OR: 0.72 [0.61-0.85]), vivir sin pareja, etnicidad negro/a; indígena en mujeres (0.80 [0.69-0.94] y bajos ingresos económicos.

**Discusión:** La relación entre los determinantes sociales y el capital social en la percepción de salud muestra inequidades y reflejan indirectamente el nivel de salud; dadas las políticas y el modelo de salud se requiere un ajuste racional de las metas y programas y estrategias nacionales y regionales con el objeto de mejorar la demanda y la calidad de los servicios.

### Abstract

**Objective:** To analyze the self-reported perceived health related to socio-demographic characteristics, social health inequalities and social capital in Colombia.

**Methods:** This study is a cross-sectional design; data was obtained from the National Health Survey of Colombia 2007. Independent variables: socio-demographic characteristics; component variables: social health inequality and social capital. Dependent variable: self-reported health. Analysis of the relationship used logistic regression through OR and its confidence interval.

**Results:** The determinant factors for a negative health perceptions are related to being a female (OR: 0.49 [0.47 to 0.52]), and in both genders being older than 37 years of age (OR: 0.72 [0.61 to 0, 85]), living without a partner, black ethnicity, indigenous women (0.80 [0.69 to 0.94] and low economic incomes.

**Discussion:** The relationship between social determinants and social capital in the perception of health shows inequities and indirectly reflects the level of health. Given the policies and the model of health, requires a rational adjustment of the goals, programs, and national and regional strategies with the object of improving the demand and quality of services.

\*Autor de correspondencia:

Departamento de Salud Pública – Universidad del Norte. Barranquilla – Atlántico.  
Km 5 Autopista a Puerto Colombia.  
Correo electrónico: rtuesca@uinorte.edu.co

## Introducción

La salud autopercebida se refiere a la autoevaluación o consideración que tiene un individuo de su propio estado de bienestar general, o del estado de salud clínica<sup>1-3</sup>. A pesar de lo controversial de su constructo, la literatura disponible asume que su métrica es de amplio uso en las encuestas nacionales de salud y que éste permite medir, de manera aproximada, la calidad de vida<sup>4-5</sup>. Se sugiere que esta variable predice la morbilidad, estima el decremento funcional en personas mayores,<sup>6,7-8</sup> permite valorar el seguimiento de grupos poblacionales con problemas de salud específicos y se emplea para la medición de la efectividad de las intervenciones y de las políticas en salud. De otro lado, a partir de los años 90 se ha evaluado la relación entre el capital social y el estado de salud autopercebido; se piensa que a mayor incremento del estado de salud<sup>6-9</sup>, de actividad física y mayor utilización de servicios públicos locales, se disminuye la mortalidad por enfermedades crónicas, por ejemplo, cerebro vasculares, cáncer, obesidad, y por factores conductuales tales como tabaquismo, estrés psicosocial y suicidio.

Por otro lado, la estimación del capital social y la salud autopercebida, medidas en los niveles de la comunidad determina patrones de participación política, confianza, establecimiento de redes<sup>10</sup> y permite evaluar el establecimiento de políticas orientadas en acciones e intervenciones de promoción de la salud. Cabe señalar que esta herramienta es de utilidad para la epidemiología de gestión.

En nuestro país es escasa la investigación sobre los efectos del capital social en la salud, al igual que en el resto de Latinoamérica<sup>8</sup> y de ahí la importancia de su estudio para hacer las relaciones entre los factores sociodemográficos y la percepción de salud. Un estudio reciente de Colombia estimó algunos de los determinantes más importantes del estado de salud; medido éste de otra forma. Se destaca el papel del ingreso, edad, género, nivel educativo, práctica de ejercicio físico, el sistema de salud, las regiones del país y la ubicación del las viviendas en zonas urbanas o rurales.

Las encuestas nacionales de salud brindan información directa y relevante sobre aspectos relacionados con la salud y el sistema sanitario disponible; sin embargo, no se ha publicado hasta la fecha información exploratoria de los colombianos en distintos aspectos que permitirán relacionar la percepción de salud; por ello, el objeto de este trabajo es analizar la percepción de salud de los colombianos relacionada con variables independientes o índices de capital social, de desigualdades en salud y personal social. Así mismo, permitirá la evaluación de la política de salud con el fin de estimar métricas derivadas de las encuestas de salud para monitorizar el nivel de bienestar en el marco de la reformulación y en el reordenamiento del sistema general de seguridad social en Colombia<sup>1</sup>.

## Materiales y Métodos

### Diseño y muestra

Se realizó un estudio transversal. Los datos provienen de la Encuesta nacional de salud 2007, cedida por el Ministerio de la Protección Social para fines investigativos. Esta encuesta utilizó un diseño muestral de conglomerados, estratificado y polietápico.

Fueron seleccionados 41,543 hogares con 164,474 personas, con edades de 6 a 65 años de todos los departamentos del país. Se depuró la base de datos y se fusionaron las variables de interés del módulo 1 y 2 de hogar. Se obtuvo, inicialmente, un total de 80.628 participantes, posterior a esto, se seleccionaron las personas con edades comprendidas entre 16 a 65 años de edad (población en edad económicamente activa-PEEA-); dado que en este subgrupo se aplicó el instrumento de capital social. Al final quedaron 45,520 sujetos.

Este estudio obtuvo la aprobación del Comité de Ética en investigación de la Universidad del Norte. Se clasificó como investigación sin riesgo, de acuerdo con la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud (artículo 11), dado que la naturaleza de este trabajo analiza datos recogidos de tipo retrospectivo y de fuente secundaria.

### Procedimiento

Con el objeto de presentar la variable dependiente (percepción de salud) de manera dicotómica por parte de los individuos que respondieron a la pregunta de la encuesta: “En general, ¿cómo ha sido su salud \_\_\_\_\_ (en los últimos treinta días? Lea opciones: Muy buena; Buena; Regular, Mala y Muy mala)”. Para este estudio la presentación de esta variable se agrupa en dos dimensiones: la primera comprende las categorías del estado de salud “Muy buena” y “Buena” que se denomina percepción del estado de salud “Aceptable” y la segunda “No aceptable” que comprende las categorías de “Regular, Mala y Muy mala”.

### Variables componentes principales

Con el propósito de presentar dentro de las variables el comportamiento de la desigualdad, por una parte, y del capital social, por otra, se aplicó un análisis de componentes principales en el que se incluyeron todas las preguntas que, según el cuestionario utilizado en la encuesta de hogar, indagaban sobre desigualdad y sobre capital social; dicho análisis se realizó debido a que existen altas correlaciones entre las variables, y esto indica que existe información redundante y, por tanto, pocos factores, en este caso dos, explicarán gran parte de la variabilidad total. Para ello, quedaron distribuidas las integrantes de cada variable componente en el factor de desigualdad sociosanitaria y el de capital social. Las variables que ingresaron al modelo de cada componente fueron valoradas de acuerdo con la literatura disponible para ambos contextos para obtener una síntesis de información y reducir a un menor número de variables por su independencia. A cada uno de los factores se les asignó la misma importancia y los componentes fueron extraídos en función del mayor porcentaje de la varianza explicada en la agrupación de las distintas variables de cada componente en el plano cartesiano.

### Desigualdad sociosanitaria

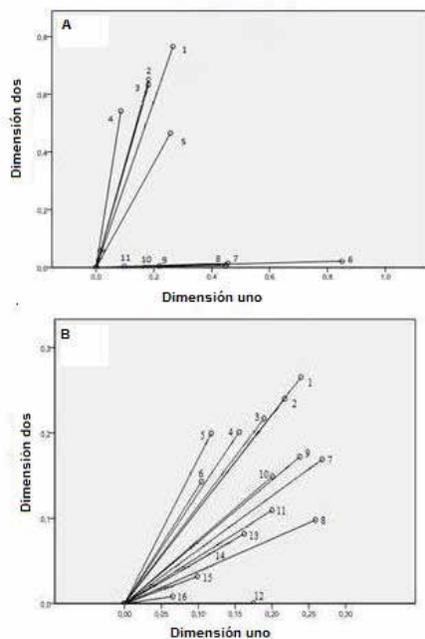
Resultado de las diferencias en las condiciones de vida, el entorno en el que nace, crece, vive, trabaja, envejece y muere un individuo<sup>11</sup>. Se analizaron las siguientes variables: nivel educativo; tipo de trabajo; afiliación a sistema de salud; estrato socioeconómico, ingresos e ingresos adicionales por actividades independientes a su ocupación, alumbrado eléctrico, la vivienda se encuentra en zona de riesgo (inundación, avalancha, derrumbe, deslizamiento, desbordamiento, crecientes y arroyos, fallas geológicas).

Capital social. Se revisaron las diversas posturas sobre el concepto de capital social; sin embargo, dada la naturaleza de variables que asumió la encuesta coincide con el modelo de Robert Putman, quien representa las características de la vida social traducida en redes de asociación cívica, confianza y normas. Se analizaron las siguientes preguntas de la encuesta: ¿En cuáles de los siguientes grupos participa algún miembro de este hogar por lo menos una vez al mes: religioso, deportivo, político, cultural? ¿En cuáles de los siguientes grupos participa algún miembro de este hogar por lo menos una vez al mes: comunitario, de diversión, ecológico, gremiales? Diferente a los miembros de su hogar o sus parientes cercanos ¿existe alguna persona que le prestaría esa cantidad de dinero, si lo necesitara? ¿La mayoría de las personas de esta cuadra/vereda está dispuesta a ayudar cuando alguno de los vecinos tiene una emergencia? ¿En los vecinos de esta cuadra/vereda, se puede confiar? Si un proyecto de la comunidad no lo beneficia directamente, pero tiene beneficios para muchas otras personas de la cuadra / vereda, ¿contribuiría con: tiempo, dinero, especie? En el último año, contado hasta hoy, ¿usted o alguien de su hogar participó en alguna actividad en beneficio de las personas de la cuadra/vereda? Si hubiera un problema con el suministro de agua en esta cuadra / vereda, ¿qué probabilidades hay de que las personas cooperen para tratar de resolverlo?

Se utilizó el método de Análisis de componentes, técnica que permite reducir el número de variables implicadas en cada factor y redescubrir agrupaciones de variables de tal forma que las variables de cada grupo están altamente correlacionadas y permiten explicar la mayor parte de variabilidad de cada una de los factores.

Cada factor resultante obtuvo dos dimensiones y dentro de cada agrupación de puntos individuos en el plano se seleccionaron las variables representativas para hacer análisis individualizado y la variable componente de la siguiente manera. (Figs. 1A y 1B).

**Figura 1. A.** Distribución de dimensiones en análisis de componentes: Desigualdades. **B.** Distribución de dimensiones en análisis de componentes: Capital social



Los resultados del modelo para el primer factor “Desigualdad socio sanitaria”, muestran que la Dimensión 1 (Fig. 1A) está vinculada con las variables nivel educativo; tipo de trabajo; afiliación a sistema de salud; estrato socioeconómico, ingresos e ingresos adicionales por actividades independientes a su ocupación, alumbrado eléctrico. Teniendo en cuenta esta relación, la dimensión puede llamarse “Afiliación a sistema de salud”.

En cuanto a la Dimensión dos (Fig. 1A) está correlacionado con las variables: la vivienda se encuentra en zona de riesgo (inundación; avalancha, derrumbe / deslizamiento, desbordamiento, crecientes y arroyos, fallas geológicas). Por tanto, este componente puede interpretarse como “Vivienda en zona de riesgo”.

La Figura 1B puede dar cuenta gráficamente de tales procedimientos tomados para renombrar las dimensiones de cada factor.

El análisis del segundo factor llamado “Capital social” tiene como resultado dos dimensiones, donde las variables con mayor correlación se asociaron de la siguiente manera:

La dimensión dos (Fig. 1B) está relacionada con las variables: ¿La mayoría de las personas de esta cuadra/vereda está dispuesta a ayudar cuando alguno de los vecinos tiene una emergencia? Si hubiera un problema con el suministro de agua en esta cuadra / vereda, ¿qué probabilidades hay de que las personas cooperen para tratar de resolverlo? ¿En los vecinos de esta cuadra/ vereda, se puede confiar? Si un proyecto de la comunidad no lo beneficia directamente, pero tiene beneficios para muchas otras personas de la cuadra / vereda, ¿contribuiría con: tiempo, dinero, especie? Esta dimensión puede llamarse “Contribución a la comunidad”.

La Dimensión uno (Fig. 1B) tiene las siguientes variables asociadas: ¿En cuáles de los siguientes grupos participa algún miembro de este hogar por lo menos una vez al mes: religioso, deportivo, político, cultural? ¿En cuáles de los siguientes grupos participa algún miembro de este hogar por lo menos una vez al mes: comunitario, de diversión, ecológico, gremiales. Diferente a los miembros de su hogar o sus parientes cercanos ¿existe alguna persona que le prestaría esa cantidad de dinero, si lo necesitara? En el último año, contado hasta hoy, ¿usted o alguien de su hogar participó en alguna actividad en beneficio de las personas de la cuadra/vereda? De esta manera la dimensión puede ser renombrada como “Participación en grupos culturales”.

Como variable independiente se utilizaron: área de residencia (cabecera municipal, centro poblado y rural disperso), región, vive en pareja, ocupación, autodenominación de pertenecer a grupo étnico (indígena, afrodescendiente/negro, raizal, gitano y otro) y nivel de estudio, edad en grupos decenales, región (Atlántica, Oriental, Central, Pacífica y Bogotá), los índices sintéticos o variables componentes de desigualdad y capital social.

#### Análisis de los datos

Los análisis se presentan por separado para hombres y mujeres. En las variables componentes, para estimar su distribución, se tuvo en cuenta la distribución en el plano cartesiano y las puntuaciones de la matriz de componentes. Se estimó como relevante para definir el número de componentes con el porcentaje total de la varianza

**Tabla 1.** Medidas de discriminación variable componente desigualdad (matriz de coeficientes)

	Dimensión	
	1	2
Nivel educativo alcanzado.	0.483	0.007
Tipo de trabajo	0.495	0.003
Afiliación al sistema de seguridad social en salud	0.886	0.011
Aunque no trabajó la semana pasada, por una hora o más en forma remunerada, ¿tenía durante esa semana algún trabajo o negocio por el que recibió ingresos?	0.186	0
¿Qué tipo de alumbrado utilizan principalmente?	0.122	0.002
Área:	0.253	0.001
¿Cón cuáles de los siguientes servicios públicos, privados o comunales, cuenta la vivienda? Energía eléctrica, ¿Cuál es el estrato para tarifa?	0.228	0.003
La vivienda se encuentra ubicada en zona de riesgo de: inundaciones.	0.204	0.462
La vivienda se encuentra ubicada en zona de riesgo de: avalanchas, derrumbes o deslizamientos.	0.144	0.652
La vivienda se encuentra ubicada en zona de riesgo de: desbordamientos, crecientes, arroyos,	0.21	0.765
La vivienda se encuentra ubicada en zona de riesgo de: hundimiento del terreno,	0.137	0.632
La vivienda se encuentra ubicada en zona de riesgo de: fallas geológicas.	0.063	0.542
<b>Total activo</b>	<b>3,412</b>	<b>3,080</b>

Porcentaje de la varianza total explicada del componente 1= 45.5% y del componente 2= 19.6%,

explicada por encima del 15% (Tablas 1 y 2). 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 presentación de los resultados se muestra el análisis múltiple de regresión logística binaria para hombres y mujeres con la odds ratio y su respectivo intervalo de confianza al 95%. Las variables que se introdujeron al múltiple correspondieron con aquellas que en el bivariado alcanzaron una  $p < 0.20$  y se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 19. En la interpretación de la Odds Ratio los valores por encima de la unidad se expresan como percepción “aceptable” o positiva de salud y por debajo de la unidad sin incluirla se interpretan como percepción “no aceptable” o negativa.

## Resultados

Los varones refieren tener mayor proporción de percepción aceptable o positiva de salud (76.28% versus 63.44%;  $p < 0.000$ ) respecto a las mujeres.

Para las mujeres la percepción no aceptable de salud está relacionada con la edad, a partir de los 38 años, las que refieren vivir sin pareja, quienes se desempeñan en oficios o actividades laborales de manera independiente, quienes se desempeñan como patrón o empleador, quienes se autoreconocen como afrodescendientes y en las variables componentes el índice de desigualdad dos y el índice de capital social dos. Mientras que la percepción positiva o aceptable de salud se relaciona con niveles de escolaridad igual o por encima de la secundaria, en las mujeres palenqueras y la dimensión o índice de desigualdad uno (Tabla 3).

En los varones la percepción no aceptable de salud se relaciona con la edad, a partir de los 28 años en adelante se incrementa la percepción negativa. A esta percepción de salud no aceptable se les adiciona a quienes residen en centros poblados y rural disperso, los que viven sin pareja, los profesionales independientes, patrón o empleadores, los indígenas, los afrodescendientes y quienes no contribuyen en su comunidad. Mientras que los varones que refieren percepción aceptable de salud son los profesionales con formación universitaria y de posgrado y el índice de desigualdad uno. (Tabla 4).

## Discusión

Nuestros resultados muestran determinantes sociales de salud de tipo proximal, similares a los hallazgos descritos relacionados con esta temática<sup>3-5</sup>. Las mujeres perciben diferencias en la autopercepción de salud comparadas con los varones; estos hallazgos sugieren que se presentan en países en transición, dado que las mujeres experimentan mayor expectativa de vida y mayor comorbilidad<sup>5,7,9-12</sup>. Los hallazgos relacionados con la edad muestran que a medida que se avanza en edad la percepción de salud empeora, y esta relación se acentúa en las mujeres; muy probablemente se relaciona con el envejecimiento dado que afecta la funcionalidad, produce mayor discapacidad y la mayor probabilidad de desarrollar depresión<sup>12</sup>.

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 morbilidad global y por causas específicas<sup>3-8</sup>, independientemente del nivel

**Tabla 2.** Medidas de discriminación variable componente capital social (matriz de coeficientes).

	Dimension	
	1	2
¿En cuáles de los siguientes grupos participa algún miembro de este hogar por lo menos una vez al mes? a. Grupos religiosos.	0.099	0.032
¿En cuáles de los siguientes grupos participa algún miembro de este hogar por lo menos una vez al mes? b. Grupos deportivos.	0.200	0.110
¿En cuáles de los siguientes grupos participa algún miembro de este hogar por lo menos una vez al mes? c. Grupos políticos.	0.162	0.082
¿En cuáles de los siguientes grupos participa algún miembro de este hogar por lo menos una vez al mes? d. Grupos culturales.	0.268	0.169
¿En cuáles de los siguientes grupos participa algún miembro de este hogar por lo menos una vez al mes? e. Grupos comunitarios.	0.259	0.098
¿En cuáles de los siguientes grupos participa algún miembro de este hogar por lo menos una vez al mes? f. Grupos para diversión.	0.238	0.172
¿En cuáles de los siguientes grupos participa algún miembro de este hogar por lo menos una vez al mes? g. Grupos ecológicos.	0.201	0.149
¿En cuáles de los siguientes grupos participa algún miembro de este hogar por lo menos una vez al mes? h. Grupos Gremiales.	0.119	0.060
Diferente a los miembros de su hogar o sus parientes cercanos, ¿existe alguna persona que le prestaría esa cantidad de dinero, si lo necesitara?	0.065	0.008
¿La mayoría de las personas de esta cuadra/vereda está dispuesta a ayudar cuando alguno de los vecinos tiene una emergencia? (Lea opciones).	0.155	0.201
¿En los vecinos de esta cuadra/ vereda, se puede confiar? (Lea opciones).	0.117	0.200
Si un proyecto de la comunidad no lo beneficia directamente, pero tiene beneficios para muchas otras personas de la cuadra / vereda, ¿contribuiría con tiempo?	0.189	0.217
Si un proyecto de la comunidad no lo beneficia directamente, pero tiene beneficios para muchas otras personas de la cuadra / vereda, ¿contribuiría con dinero?	0.217	0.240
Si un proyecto de la comunidad no lo beneficia directamente, pero tiene beneficios para muchas otras personas de la cuadra / vereda, ¿contribuiría en especie?	0.239	0.265
En el último año, contado hasta hoy, ¿usted o alguien de su hogar participó en alguna actividad en beneficio de las personas de la cuadra/vereda?	0.175	0.001
Si hubiera un problema con el suministro de agua en esta cuadra / vereda, ¿qué probabilidades hay de que las personas cooperen para tratar de resolverlo? (Lea opciones).	0.104	0.143
<b>Total activo</b>	<b>2.807</b>	<b>2.147</b>

Porcentaje de la varianza total explicada del componente 1= 54.4% y del componente 2= 16.1%.

educacional y socioeconómico. Esta asociación también se presentaría en América Latina, aunque con ciertas diferencias contextuales; sin embargo, cuando se hizo el análisis por región no se aprecian diferencias<sup>8,10,12</sup>.

En relación con el nivel socioeconómico valorado en función del nivel de estudios, área de residencia y poseer vivienda en área de riesgo, refleja que quienes presentan un menor nivel de estudios y viven en condiciones de vulnerabilidad refieren una percepción negativa de salud (no aceptable). Estos hallazgos son similares a los de Humphries y van Doorslaer<sup>13-15</sup>, y se corrobora con lo referenciado por algunos autores<sup>5</sup> quienes consideran que al incrementar el nivel educativo se asocia con una menor probabilidad de reportar mala salud, muy probablemente relacionado con la participación y el uso apropiado de acciones preventivas y de promoción de la salud<sup>13,15-16</sup>. Por otro lado, en sociedades altamente desiguales e inequitativas, como la nuestra,

en la que el Estado no es visible en todo el territorio, la comunidad juega un papel importante debido a las barreras para ser efectivas dichas acciones políticas y los programas estatales en salud y desarrollo<sup>17</sup>.

Otros trabajos han considerado el efecto de la etnia sobre el estado de salud y han encontrado que las minorías étnicas<sup>2</sup> son más proclives a tener una mala percepción sobre su estado de salud. Estos hallazgos pueden relacionarse con el hecho de vivir aislados o residir en áreas distales a ciudades capitales y la accesibilidad a planes de salud equitativos; por ello se puede inferir que la comunidad negra colombiana perciben peor salud y presentan menor capital social<sup>7,14</sup>.

Las desigualdades sociales y de salud (denominadas desigualdades sociosanitarias) son analizadas como concepto unificado debido a su recíproca afectación y por el impacto directo sobre el bienestar

**Tabla 3.** Análisis múltiples de las características asociadas a la autopercepción de salud por sexo

	Mujeres n= 7,956			Varones n= 11,732		
	O.R	95% C.I.	p Value	O.R	95% C.I.	Valor p
<b>Grupo de edad:</b>						
16-26 años ‡	1.00	Ref	-	1	Ref	-
27-37 años	0.90	0.76-1.06	0.22	0.84	0.72-0.98	0.02
38-48 años	0.72	0.61-0.86	0.00	0.69	0.59-0.80	0.00
49-59 años	0.55	0.45-0.66	0.00	0.56	0.47-0.65	0.00
60 y más.	0.50	0.38-0.66	0.00	0.40	0.32-0.49	0.00
<b>Area:</b>						
Cabecera municipal	1.00	Ref	-	1.00	Ref	-
Centro poblado	0.87	0.74-1.02	0.10	0.87	0.76-0.99	0.04
Rural disperso	0.89	0.71-1.11	0.31	0.75	0.64-0.87	0.00
<b>Estado civil:</b>						
Vive en pareja	1.00	Ref	-	1	Ref	-
Vive sin pareja	0.80	0.72-0.88	0.00	0.9	0.77-0.95	0.00
<b>Ocupación</b>						
Obrero o empleado de empresa o persona particular. Obrero o empleado del gobierno.	1.00	Ref	-	1	Ref	-
Jornalero o peón. Empleado doméstico.	0.96	0.79-1.16	0.68	0.1	0.83-1.18	0.93
Profesional independiente. Trabajador independiente o por cuenta propia. Trabajador de su propia finca o de finca en arriendo.	0.78	0.69-0.89	0.00	0.8	0.70-0.89	0.00
Patrón o empleador.	0.60	0.40-0.90	0.01	0.7	0.44-0.97	0.03
Trabajador familiar sin remuneración. Ayudante sin remuneración (hijo o familiar de empleados doméstico).	0.83	0.67-1.04	0.12	0.9	0.70-1.05	0.15
<b>Nivel de estudios :</b>						
Sin estudios	1.00	Ref	-	1	Ref	-
Preescolar y B. primaria	0.98	0.83-1.17	0.98	0.9	0.67-1.08	0.2
B. secundaria y media	1.42	1.16-1.73	0.00	1.1	0.85-1.40	0.5
Técnico o Tecnólogo	1.57	1.16-2.13	0.00	1.3	0.96-1.80	0.1
Universitario	2.49	1.31-2.49	0.00	1.9	1.34-2.58	0
Posgrado	2.00	1.82-3.41	0.00	1.6	1.01-2.50	0.0
<b>Grupo étnico :</b>						
No étnicos	1.00	Ref	-	1	Ref	-
Indígena	0.97	0.81-1.16	0.77	0.8	0.69-0.93	0
Gitano	3.43	0.36-31.8	0.27	0.1	0.30-3.04	0.9
Raizal del archipiélago	0.95	0.56-1.64	0.89	1.4	0.72-2.53	0.3
Palenquero	0.56	0.15-2.05	0.38	0.9	0.25-2.96	0.8
Negro, mulato (afrodescendiente)	0.79	0.67-0.93	0.00	0.9	0.74-0.97	0.0
<b>Variables componente ∞ :</b>						
Capital social 1	1.01	0.91-1.13	0.76	0.1	0.89-1.11	0.1
Capital social 2	0.91	0.83-0.98	0.02	0.9	0.86-1.02	0.2
Desigualdades 1	1.29	1.19-1.40	0.00	1.3	1.18-1.33	0
Desigualdades 2	0.92	0.88-0.96	0.00	1.0	0.98-1.07	0.2

∞ variables que resulte de aplicar el análisis de componentes

‡ Categoría de referencia.

de la población. Estas desigualdades afectan a los individuos en países de menor renta y con implementación del modelo neoliberal. Las mujeres y las etnias son las clases sociales menos favorecidas<sup>5,8,11</sup>. Se establece que en los estados con modelos e ideología neoliberal la posibilidad de lograr una autonomía por parte de la comunidad generará empoderamientos desiguales y un capital social desigual, mientras que en aquellos con ideología solidaria de empoderamiento. El empoderamiento se construye a partir de nuevas estructuras de oportunidad que pretenden avanzar hacia un estado de bienestar probablemente porque se busca desarrollar una redistribución de capital y de oportunidades que favorezcan acciones horizontales entre la comunidad y el Estado<sup>15</sup>.

Con respecto al capital social, la literatura disponible<sup>19,20-22</sup> presenta diversos enfoques y conceptualizaciones en su estimación; sin embargo, a pesar de estas variaciones, los elementos comunes y pertinentes a la definición de capital social se enfocan en estimar la participación social, hacer parte de redes sociales y visualizar mecanismos de cooperación, confianza y normas; por lo tanto, se aprecia un componente cognitivo y estructural planteado por Robert Putman. A este respecto, el trabajo en red, las normas y la confianza no se dan por sí solas, se requiere complementariedad para enfrentar la problemática de la corrupción y la excesiva burocracia.

La relación entre el capital social y el estado de salud se dimensiona de manera directa y positiva, se espera que a mejor capital social dado por condiciones sociales, educativas, económicas, establecimiento de redes, confianza y apoyo, la percepción de salud sea mejor<sup>19,21,22</sup>. Cabe señalar que en aquellos países en transición, las políticas sociales deben orientarse a mejorar el capital social y el nivel de participación de manera macro contextual con el objeto de desplegar políticas que garanticen la inclusión y el estado de bienestar<sup>15,22</sup>.

A pesar de las limitaciones de este estudio, por ser de tipo transversal, no nos permite estimar causalidad; sin embargo, el hecho de emplear el análisis con una estrategia de regresión logística permitirá aproximarse a plantear determinantes relacionados con la percepción de salud y el hecho de combinar variables independientes aproximaría a relacionar el modelo ecosistémico junto con el de determinantes sociales de salud. La percepción de salud se considera un elemento esencial para la determinación de prioridades y planeación de servicios de salud y, con ello, orientar las acciones de promoción de la salud. La orientación de la atención primaria y dichas intervenciones se lograrán mediante acciones sociales y económicas en el presente Plan decenal 2012-2021 para que se concrete una mejora sustancial de la oferta y calidad de servicios de salud y programas sociales<sup>22-23</sup>.

Los hallazgos presentados por Regidor *et al*<sup>23</sup> y Urbanos<sup>24</sup> muestran evidencia de la reducción de desigualdades en salud por favorecer un aumento de la renta per cápita por regiones en España, además, se identificó el incremento del nivel educacional que favoreció un mejor desarrollo económico y una mayor justicia social. De otra parte, a partir de estos argumentos, el hecho de incluir la medición de desigualdades y relacionarlas con el estado de salud, además del capital social, se pueden dilucidar factores relacionados con la percepción de salud que oriente líneas de política y acciones de planificación sanitaria.

En nuestro estudio, por valorar el nivel de tamaño de municipio y área geográfica, no se evidenciaron diferencias significativas; sin embargo, estas regiones fueron introducidas en los modelos por género con el objeto de valorar su efecto. Es presumible afirmar que los componentes de desigualdad dos reflejan el peso grupal de determinantes sociales y allí se puede argumentar el papel de la región y el área de residencia, mientras que en el análisis global las desigualdades por región quedan equilibradas, si se comparan las regiones de manera interna y global y, por tanto, es consistente con los hallazgos de Rostila *et al*<sup>25</sup>.

De otro lado, la estimación de la percepción de salud como uno de los elementos clave en las encuestas nacionales o regionales de salud permitirá orientar la planificación de salud con políticas que logren avanzar hacia la equidad y solidaridad para acercar los programas de salud y de promoción de la salud a las regiones, a las etnias y a los otros grupos minoritarios o no visibles para visibilizar los principios de atención primaria en salud de manera intersectorial e intrasectorial. A su vez, esta medición es sencilla, simple y permite ser un estimador de la mortalidad y de la calidad de los programas de salud y de gestión social.

Los determinantes de capital social en la dimensión positiva están estrechamente relacionados con el apoyo en red y muy probablemente esta relación puede estar mediada por el apoyo social, por lo tanto, las personas con más recurso y redes sociales tendrán mejor percepción de salud, a pesar de que el papel no es muy claro entre ellos en investigaciones disponibles. Este hecho facilitaría el avance en el mayor conocimiento de la red social y la percepción positiva de salud y los determinantes estimados en esta investigación puedan hacer aportes significativos como evaluar de manera independiente hombres y mujeres, el efecto del estado civil (vivir en pareja), la ocupación, pertenecer o autoreconocerse para grupos étnicos, el nivel de estudios y la participación social por lo que se esperaría que dichos determinantes se reflejen en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 a partir del replanteamiento de la nueva visión de la salud pública en Colombia que posiciona la búsqueda de la equidad y fundamenta la reorganización de los servicios de salud con la estrategia intersectorial de atención primaria en salud y homogeneidad de los planes de beneficios en salud.

#### Contribuciones de autoría

Tuesca R. y Amed E. son los autores responsables de la redacción del artículo y del análisis y la interpretación de los datos. La dirección del trabajo de investigación, la supervisión del análisis, la versión final del documento y del artículo estuvo a cargo de Tuesca R. La realización del trabajo de investigación, la revisión del estado del arte y los apartados de resultados los realizó Amed E. Los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

#### Conflictos de intereses

Ninguno.

#### Referencias

1. Chávez BM, Velásquez LE. Análisis de la gestión territorial: Encuesta Nacional de Salud 2007, Colombia 2011. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2012; 30: 57-65.

2. Bombak AE, Bruce SG. Self-rated health and ethnicity: focus on indigenous populations. *Int J Circumpolar Health*. 2012; 71: 18538–18538.
3. Klein JI, Vonneilich N, Baumeister SE, Kohlmann T, von dem Knesebeck O. Do social relations explain health inequalities? Evidence from a longitudinal survey in a changing eastern German region. *Int J Public Health*. 2012; 57(3): 619–27.
4. Gunasekara FI, Carter K, Blakely T. Comparing self-rated health and self-assessed change in health in a longitudinal survey: which is more valid? *Social Science & Medicine*. 2012; 74: 1117–24.
5. Darviri C, Fouka G, Gnardellis C, Artemiadis AK, Tigani X, Alexopoulos EC. Determinants of self-rated health in a representative sample of a rural population: A cross-sectional study in Greece. *Int J Environ Res Public Health*. 2012; 9: 943–954.
6. Nummela O, Raivio R, Uutela A. Trust, self-related health and mortality: A longitudinal study among ageing people in Southern Finland. *Social Science & Medicine*. 2012; 74: 1639–43.
7. Vuorisalmi M, Lintonen T, Jylha M. Global self-rated health data from a longitudinal study predicted mortality better than comparative self-rated health in old age. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2005; 58: 680–687.
8. Alazraqui M, Roux AV, Fleischer N, Spinelli H. Salud auto-referida y desigualdades sociales, ciudad de Buenos Aires Argentina 2005. *Cad Saude Publica*. 2009; 25: 1990–2000.
9. Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *Am J Public Health*. 1999; 89: 1187–93.
10. Sapag JC, Aracena M, Villarroel L, et al. Social capital and self-rated health in urban low income neighbourhoods in Chile. *J Epidemiol Community Health*. 2008; 62: 790–2.
11. Ricci-Cabello I. Análisis de las desigualdades sociales en la atención sanitaria a la diabetes. Universidad de Granada; 2009. <http://hera.ugr.es/tesisugr/18082907.pdf>
12. Crimmins EM, Kim JK, Solé-Auró A. Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. *Eur J Public Health*. 2010; 21: 81–91.
13. Subramanian V, Delgado I, Jadue L, Kawachi I, Vega J. Inequidad de ingreso y autopercepción de salud: un análisis desde la perspectiva contextual en las comunas chilenas. *Rev Med Chil*. 2003; 131: 321–30.
14. Humphries KH, van Doorslaer E. Income-related health inequality in Canada. *Social Science & Medicine*. 2000; 50: 663–71.
15. Kim D, Subramanian SV, Kawachi I. Bonding versus bridging social and their associations with self-rated health: a multilevel analysis of 40 US communities. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60: 116–22.
16. Andersen PT, Jørgensen SK, Larsen E. For the sake of health! Reflections on the contemporary use of social capital and empowerment in Danish health promotion policies. *Social Theory & Health*. 2011; 9: 87–107.
17. van Doorslaer E, Jones AM. Inequalities in self-reported health: validation of a new approach to measurement. *Journal of Health Economics*. 2003; 22: 61–87.
18. Tampubolon G, Subramanian SV, Kawachi I. Neighbourhood social capital and individual self-rated health in Wales. *Health Econ*. 2013; 22(1): 14–21.
19. Engström K, Mattsson F, Järleborg A, et al. Contextual social capital as a risk factor for poor self-rated health: A multilevel analysis. *Social Science & Medicine*. 2008; 66: 2268–80.
20. Mohseni M, Lindström M. Social capital, political trust and self-rated health: A population-based study in southern Sweden. *Scand J Public Health*. 2008; 36: 28–34.
21. Snelgrove JW, Pikhart H, Stafford M. A multilevel analysis of social capital and self-rated health: Evidence from the British Household Panel Survey. *Soc Sci Med*. 2009; 68: 1993–2001.
22. Giordano GN, Ohlsson H, Lindström M. Social capital and health—purely a question of context. *Health Place*. 2011; 17: 946–53.
23. Regidor E, Martínez D, Astasio P, et al. Evolución de las desigualdades socioeconómicas y las desigualdades en la percepción de la salud en España. *Gac Sanit*. 2006; 20: 178–82.
24. Urbanos R. Desigualdades sociales en salud: malos tiempos para la lirica. *Gac Sanit*. 2012; 26: 101–2.
25. Rostila M, Kölegård ML, Fritzell J. Income inequality and self-rated health in Stockholm, Sweden: A test of the 'income inequality hypothesis on two levels of aggregation'. *Soc Sci Med*. 2012; 74: 1091–8.