

REPORTES DE INVESTIGACIÓN DEL
OCSA

OBSERVATORIO DE CONDICIONES
SOCIOECONÓMICAS DEL ATLÁNTICO

INSTITUTO DE ESTUDIOS ECONÓMICOS DEL CARIBE

UNIVERSIDAD DEL NORTE

REPORTE DE INVESTIGACIÓN No. 2

**Estatus Económico Subjetivo y Auto-percepción de
Salud: Un Ejercicio Exploratorio para la Ciudad de
Barranquilla, Colombia**

Andrés VARGAS
Andrés ZAMBRANO
Sandra RODRÍGUEZ

7 de junio de 2017



Observatorio de Condiciones Socioeconómico del Atlántico

Resumen

Como perciben las personas su posición en la escalera social está asociada con el diversos resultados de salud. Quienes perciben que su situación económica es mejor que la de los demás tienden a reportar mejores condiciones de salud. Esta observación está en línea con la evidencia que indica los individuos en una posición socioeconómica más alta disfrutaban mejores estados de salud. Si bien la relación entre desigualdad social y salud es de naturaleza multidimensional, este trabajo se enfoca en una dimensión particular del nexo desigualdad-salud, a saber: la relación entre el estatus económico subjetivo y el estado de salud auto-percibido. Usando una muestra representativa de la población potencialmente beneficiaria de los subsidios del Estado Colombiano para la ciudad de Barranquilla encontramos que percibirse mejor económicamente que su comunidad está asociado con evaluaciones más favorables del estado de salud propio y del hogar. Discutimos la relevancia de estos resultados para la acción pública.

Andres VARGAS
Universidad del Norte
Departamento de Economía
Barranquilla, Colombia
andresmv@uninorte.edu.co

Andrés ZAMBRANO
Universidad del Norte
Departamento de Economía
Barranquilla, Colombia
acurcio@uninorte.edu.co

Sandra RODRÍGUEZ
Universidad del Norte
Departamento de Economía
Barranquilla, Colombia
rsandra@uninorte.edu.co

Estatus Económico Subjetivo y Auto-percepción de Salud: Un Ejercicio Exploratorio para la Ciudad de Barranquilla, Colombia

Andrés Zambrano^{1,2}, Andrés Vargas^{1,2}, Sandra Rodríguez¹

¹Departamento de Economía, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia

²Observatorio de Condiciones Socioeconómicas del Atlántico, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia

7 de junio de 2017

Como perciben las personas su posición en la escalera social está asociada con el diversos resultados de salud. Quienes perciben que su situación económica es mejor que la de los demás tienden a reportar mejores condiciones de salud. Esta observación está en línea con la evidencia que indica los individuos en una posición socio-económica más alta disfrutan mejores estados de salud. Si bien la relación entre desigualdad social y salud es de naturaleza multidimensional, este trabajo se enfoca en una dimensión particular del nexo desigualdad-salud, a saber: la relación entre el estatus económico subjetivo y el estado de salud auto-percibido. Usando una muestra representativa de la población potencialmente beneficiaria de los subsidios del Estado Colombiano para la ciudad de Barranquilla encontramos que percibirse mejor económicamente que su comunidad está asociado con evaluaciones más favorables del estado de salud propio y del hogar. Discutimos la relevancia de estos resultados para la acción pública

1. Introducción

Las desigualdades en salud describen las diferencias en estados de salud, objetivos o percibidos, entre grupos definidos de acuerdo a sus características socioeconómicas (Marmot y Allen, 2014). Lo anterior quiere decir que la reducción de las desigualdades en salud pasa por reducir las desigualdades socioeconómicas. Este enfoque permite, de acuerdo a Marmot y Allen (2014), entender de mejor manera como se entrelazan las diferencias en las condiciones sociales y económicas con dos causas próximas de las divergencias en salud, a saber: i) estilos de vida, y ii) acceso al sistema de salud. Los comportamientos individuales

adversos a la salud (ej. fumar, mala alimentación) y la oportunidad de obtener servicios de cuidado de la salud se conciben entonces como factores mediadores y no determinantes últimos de la desigualdad en salud. La implicación para la acción pública es clara: mejorar las condiciones de salud y reducir su desigualdad demanda acciones que trasciendan el funcionamiento del sistema de salud para abordar las condiciones sociales, materiales, políticas y culturales que moldean las vidas y comportamientos de los individuos.

La literatura sobre el tema ha encontrado una asociación sistemática entre el estatus social y el estado de salud, dando lugar a la idea cada vez más aceptada de la existencia de un gradiente social en salud el cual da cuentas de un empeoramiento en la salud en la medida que se desciende en la escala socio-económica (Truesdale y Jencks, 2016). El estatus social no se limita a las diferencia de ingresos entre individuos y grupos sociales sino que recoge elementos que dan cuenta de su carácter multidimensional, dando lugar a una distinción entre las condiciones objetivas de la posición socio-económica de aquella que es percibida por el individuo. Las condiciones objetivas hacen referencia tanto a las circunstancias materiales, i.e. ingreso y tenencia de activos, como de educación, y posición ocupacional. El estatus percibido es en cambio la evaluación subjetiva que hace el individuo de su condición social y económica en relación a la de un grupo de referencia, en otras palabras ¿Cómo se compara mi situación con la de la comunidad?. Las medidas de estado de salud también se distinguen entre objetivas y subjetivas. En el primer caso el estado de salud se aproxima a partir de la presencia de enfermedades físicas como angina, diabetes, problemas respiratorios, entre otros. La medida subjetiva, por su parte, no es más que la percepción que tiene el individuo sobre su propio estado de salud. Diversos estudios indican que la auto-percepción de

salud no es solamente un indicador robusto de la salud física, sino que también recoge aspectos psicológicos, como la experiencia de emociones negativas, los cuales median la relación entre el estatus social subjetivo y la auto-percepción de salud (Wolff y col., 2010).

Si bien la hipótesis que los factores psicológicos median la relación entre el estatus social y la auto-percepción de salud, aún no hay claridad sobre los mecanismos detrás de esta relación. Una de las ideas que más atención ha recibido es aquella según la cual la privación relativa percibida por los individuos tiene impacto negativo en la salud a través de la presencia de efectos psicológicos como el estrés crónico, la ansiedad y las emociones negativas, los cuales pueden dar lugar a comportamientos dañinos tales como fumar y beber (Wilkinson y Pickett, 2010 ; Marmot, 2004 ; Wolff y col., 2010). El hecho que sea la posición relativa, y no tanto el nivel absoluto de bienestar, el que afecte la salud indica que todos los individuos son susceptibles de manifestar un peor estado de salud independientemente de su nivel de ingreso o condiciones materiales, pues lo que importa es como este se evalúa en relación a un grupo de referencia. Esto último es importante, pues indica que la posición relativa no plantea una dicotomía ricos-pobres sino que indaga sobre el estatus del cuál el individuo cree que goza dentro del grupo de referencia que es relevante para él. Esto quiere decir que aún para una población de ingresos bajos es posible encontrar una relación positiva entre estatus socioeconómico relativo y salud auto-percibida toda vez que al interior de esta población hay tanto heterogeneidad en las condiciones materiales como en la posición social percibida por los individuos.

Es así como este trabajo explora la relación entre el estatus económico subjetivo y la auto-percepción de salud usando una muestra de población cuyas condiciones materiales de vida las hacen susceptibles de ser beneficiarias de los subsidios del Estado colombiano. En la segunda parte de este documento se examina de manera breve el planteamiento teórico en el que se sustenta la relación estatus-salud arriba descrito. La tercera sección contiene la aproximación metodológica, para luego presentar los resultados y finalizar con una breve discusión en la cual se plantean algunos elementos relevantes para reflexionar sobre los retos que esto puede significar para la acción del Estado.

2. De el estatus social al estado de salud

Truesdale y Jencks (2016) realizan una revisión de literatura de los trabajos realizados en el área y encuentran que existen tres tipos de explicaciones causales fundamentales, de como es la relación entre la desigualdad económica y el estado de salud percibido. En primer lugar, se encuentran autores que argumentan que el incremento en la desigualdad económica

afecta la salud media de la población de manera negativa, y que esta relación es cóncava. Es decir que hay efectos marginales decrecientes entre el ingreso del hogar y el estado de salud. Esto puede deberse a efectos de la privación material en la conducta de los individuos de bajos ingresos, que los orientan hacia hábitos poco saludables. (P.ej, Consumo de Tabaco y Alcohol) (Mullainathan y Shafir, 2013)

En segundo lugar, se encuentran autores como Wilkinson y Pickett (2010) , Marmot (2004) y Kawachi y col. (1997) los cuales argumentan que cambios en los niveles de desigualdad económica generan tensión en el tejido social, reduciendo los niveles de confianza mutua y el capital social; esto se transforma en conflicto y falta de inversión pública en salud, lo cual finalmente se manifiesta en desmejoras en el estado de salud para ricos y pobres, aunque el efecto puede ser diferencial entre los grupos.

Finalmente, en el tercer lugar, están autores que proponen que los cambios en el nivel de desigualdad en el ingreso afectan el nivel de salud de manera diferencial entre los grupos vulnerables y privilegiados (Marmot, 2004; Wilkinson y Pickett, 2010 y Wolff y col., 2010). Ellos argumentan que la comparación del estado social con miembros de la comunidad que se encuentran en un nivel superior, causa estrés y mala salud en los miembros que se perciben en un nivel inferior a su grupo de referencia (esto se define en términos técnicos como estar en una posición social relativa más baja), esta explicación argumenta que los efectos negativos sobrepasan los beneficios de tener vecinos pudientes, los cuales pueden pagar por mejores amenidades en el barrio.

Para los propósitos de nuestra investigación, nos enfocaremos en la tercera vertiente teórica. Siguiendo lo planteado por Wilkinson y Pickett (2010) y Marmot (2004) y Wolff y col. (2010), el objetivo de este trabajo es entonces determinar si existe una relación directa entre la posición social relativa que reporta el individuo y el estado de salud percibido propio y de los demás miembros del hogar.

3. Determinantes sociales y acción pública

La teoría de los determinantes socio-económicos de la salud, explorada hasta ahora, señala que las desigualdades en estados de salud entre individuos y grupos sociales se origina en desigualdades sociales y económicas de carácter estructural. Se argumenta entonces que las diferencias materiales, de oportunidades, de raza, de género, etc., producen resultados inequitativos en salud vía sus efectos en los estilos de vida, y el acceso a los servicios de salud (Truesdale y Jencks, 2016). Para Marmot y Allen (2014) la intervención del Estado con el objetivo de reducir la desigualdad en estados en salud, debe estar fundamentada y articu-

lada alrededor de la reducción de las desigualdades socioeconómicas que causan estas desigualdades en salud. En este sentido el autor considera que la política pública en salud actual en la mayoría de los países de diversos niveles de ingreso se concentra en cambiar las conductas individuales que conllevan a empeorar el estado de salud (como ser fumador, consumir alcohol, mala dieta; etc.), pero ignoran los factores del entorno social y económico del individuo que conllevan a estas conductas y por lo tanto a las desigualdades, es decir, las causas de las causas. Por lo tanto el hacedor de política pública debe tener en cuenta y actuar sobre los factores socioeconómicos que pueden producir desigualdades en salud al mismo tiempo que se fomentan las conductas saludables al nivel individual, de esta forma la intervención se configura de una forma más eficiente y equitativa, cuando se diseña y se ejecuta de una manera apropiada.

4. Datos

Los datos usados para este estudio, provienen de dos olas de la Encuesta de Bienestar Subjetivo del Observatorio de Condiciones Socioeconómicas del Atlántico adscrito al Instituto de Estudios Económicos del Caribe de la Universidad del Norte. La primera ola de la encuesta fue aplicada en los años 2012 y 2013 en 738 Hogares (2,914 personas). La segunda ola de la encuesta fue aplicada en el año 2014 y corresponde a una muestra ampliada a 771 hogares (3,305 personas). Ambas encuestas se aplicaron en la ciudad de Barranquilla y los municipios pertenecientes al área metropolitana de la ciudad (Soledad, Puerto Colombia, Malambo y Galapa). En la siguiente lista se hace una descripción de las variables (Ver tabla de correlación en Anexos)

OLA : Una variable dummy que toma el valor de 1 para la primera ola de la encuesta (2012-2013) y el valor de 2 para la segunda oleada de la encuesta (2014).

ESc :Escala tipo Likert del 1 (Muy Malo) al 5 (Excelente) en donde se pide al informante que califique su estado de salud.

Posrel: Variable construida a partir de dos preguntas de la encuesta, de la siguiente manera.

Posrel = Cambio de Estado Individuo - Cambio del Estado Comunidad

En ambas preguntas se le solicita al informante que califique del 1 (Mucho peor) al 5 (Mucho Mejor) el estado socioeconómico actual propio y de la comunidad, con respecto al año pasado. De esta manera puntajes positivos (negativos) reflejan una posición relativa superior (inferior) del individuo con respecto a su comunidad.

EShog : Esta variable es el promedio de la calificación **ESc**: antes referida, para todos los miembros del hogar.
CShog: Esta variable mide la proporción del total de

los miembros del hogar que consultaron servicios de salud en el último año.

ENhog: Esta variable mide la proporción del total de los miembros del hogar que estuvieron enfermos en el último año.

Edj: Esta variable ordinal mide el nivel educativo del jefe del Hogar; desde inferior a primaria, hasta educación terciaria.

Buenasalud: Variable Dummy que toma el valor de 1 si el promedio de la auto-percepción de salud de los miembros del hogar (**EShog**) supera el valor de 3.

Bspersonal: Variable Dummy que toma el valor de 1 si el valor de **ESc** supera el valor de 3.

Nhijos: Número de hijos menores de 18 años presentes en el Hogar.

Sexj: sexo biológico del jefe del Hogar.

Municipio: Variable dummy que toma el valor de 1 si el informante está ubicado en alguno de los municipios periféricos que pertenecen al área metropolitana (Soledad, Puerto Colombia, Malambo o Galapa).

Riqueza: índice de riqueza calculado para el hogar, basado en su tenencia de activos ¹.

A continuación una tabla con los estadísticos descriptivos de las variables.

Variables	(1) N	(2) Media	(3) SD	(4) min	(5) max
OLA	1,452	1.530	0.499	1	2
ESc	1,432	3.235	0.735	1	5
posrel	1,437	0.0759	0.809	-3	4
EShog	1,441	3.283	0.598	1	5
CShog	1,438	0.745	0.329	0	1
ENhog	1,443	0.237	0.300	0	1
edj	1,414	3.390	1.026	1	5
buenasalud	1,461	0.426	0.495	0	1
bspersonal	1,461	0.306	0.461	0	1
nhijos	1,461	0.630	0.887	0	6
jinformal	1,459	0.406	0.491	0	1
edadj	1,460	46.30	15.51	0	99
sexj	1,460	0.337	0.473	0	1
Municipio	1,443	0.488	0.500	0	1
riqueza	1,461	3.91e-10	0.855	-3.541	2.857
quintil 1	302	-1.196	0.831	-3,54	-0,46
quintil 2	286	-0.272	0.101	-0,45	-0,09
quintil 3	309	0.082	0.115	-0,07	0,26
quintil 4	282	0.451	0.112	0,27	0,60
quintil 5	282	1.016	0.396	0,61	2,85

Cuadro 1: Estadísticos descriptivos de las variables de interés

¹Se calculó mediante el procedimiento de componentes principales, de acuerdo a lo sugerido por Rutstein S.O (2015)

5. Método

Para nuestro estudio nos basamos en la metodología propuesta por el estudio de Wolff y col. (2010) y realizamos regresiones logísticas y lineales para los dos niveles de análisis planteados (hogar e individuo) usando el paquete estadístico STATA 14. Se realizaron 3 regresiones en el nivel individual, que corresponden a una regresión por mínimos cuadrados ordinarios (MCO) con miras a constatar la presencia de una relación entre las variables de interés, una regresión logística Simple que busca calcular los efectos de ciertas características en la probabilidad de reportar buena salud y un logit ordenado, orientado a capturar mejor la estructura de respuesta presentada en el cuestionario. A nivel de hogar se realizaron dos regresiones, que consistieron en una regresión por mínimos cuadrados ordinarios y una regresión logística simple. Todos los modelos están ajustados con errores estándar robustos. De manera general se estimó una ecuación de la forma

$$Es = \alpha + \beta Posrel + \Gamma OSS + \Lambda X + \Delta H + \Omega D + \epsilon \quad (1)$$

Donde Es corresponde a las variables ESc o EShog. La expectativa es que el coeficiente que acompaña a la variable de posición relativa sea positivo, de tal manera que señala una asociación positiva entre el estado de salud auto-percibido y el estatus social subjetivo. El vector de variables OSS recoge los indicadores objetivos de estatus social (Riqueza y educación). El vector X por su parte contiene variables de características personales del jefe de hogar, tales como la edad, el sexo y si es trabajador informal. El vector H incluye las variables a nivel de hogar como el número de hijos y, más importante aún, las dos variables que controlan por condiciones objetivas de salud, ENhog, y por uso de los sistemas de salud, CShog. Se espera entonces que la variable ENhog tenga una relación negativa con la variable dependiente, toda vez que peores estados objetivos de salud deben corresponderse con una peor salud percibida. Por su parte, la variable CShog debe tener una relación positiva con la dependiente en el entendido que si las consultas aproximan el acceso a salud entonces esto se reflejaría en mejores estados percibidos de salud (Truesdale y Jencks, 2016).

6. Resultados

En el cuadro 2, se muestran los resultados de las regresiones a nivel individual. (Ver tablas 4 para efectos marginales;) A través de todos los modelos se encuentran efectos positivos y significativos de la variable de posición relativa en la salud individual entre las variables con efectos directos se encuentra el nivel educativo del Jefe y la proporción de miembros del hogar que consultaron a servicios de salud (no se especifica la causa de la consulta) en el último año de la encuesta. Por

el otro lado, variables como la proporción de enfermos en el hogar, estar ubicado en un municipio periférico y la edad del jefe tienen un efecto negativo y significativo en la percepción de salud individual. Variables como el número de hijos y el índice de riqueza calculado para el hogar no demostraron poseer impacto significativo; así también, no hay diferencias entre los sexos en lo que respecta al estado de salud percibido. (En el Anexo al finalizar este documento, se muestran los efectos marginales calculados para cada una de las variables).

Variables	Regresiones Variable dependiente ESc		
	(Modelo 1) MCO	(Modelo 2) Logit Simple	(Modelo 3) Logit Ordenado
OLA	0.270*** (0.0413)	0.783*** (0.132)	0.875*** (0.119)
posrel	0.0656** (0.0261)	0.134* (0.0780)	0.174** (0.0693)
Municipio	-0.0909** (0.0446)	-0.672*** (0.149)	-0.255** (0.128)
riqueza	-0.000983 (0.0299)	-0.0759 (0.0905)	-0.0132 (0.0811)
edj	0.0820*** (0.0221)	0.226*** (0.0715)	0.259*** (0.0627)
ENhog	-0.460*** (0.0625)	-1.650*** (0.248)	-1.440*** (0.193)
CShog	0.154** (0.0643)	0.452** (0.208)	0.514*** (0.183)
sexj	-0.0626 (0.0381)	-0.00641 (0.130)	-0.183 (0.113)
edadj	-0.00990*** (0.00161)	-0.0202*** (0.00538)	-0.0303*** (0.00465)
nhijos	0.0157 (0.0223)	0.0645 (0.0719)	0.0331 (0.0637)
jinformal	0.00859 (0.0431)	-0.0931 (0.142)	0.0301 (0.123)
Constant cut1			-5.009*** (0.592)
Constant cut2			-1.554*** (0.462)
Constant cut3			1.638*** (0.461)
Constant cut4			3.965*** (0.477)
Constante	3.054*** (0.166)	-1.527*** (0.521)	
Observaciones	1,398	1,402	1,398
R-Cuadrado	0.144		

Errores estándar robustos en paréntesis
 *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1
 Nota: Variables de Referencia

Cuadro 2: Regresiones pertinentes a la salud individual del informante

En el cuadro 3 se encuentran los resultados de las regresiones a nivel de hogar (Ver tabla 5 para efectos marginales, Ver tabla 6 para regresión por quintiles de riqueza). Los resultados muestran paralelos con respecto a los resultados obtenidos al correr los modelos a nivel de informante. Con la excepción de la proporción de individuos del hogar que consultaron servicios sanitarios que pierde algo de significancia en la regresión por MCO, las mismas variables poseen el mismo signo y niveles de significancia semejantes al primer ejercicio. (Ver efectos marginales en Anexos)

Variables	Regresiones Nivel Hogar	
	(Modelo 1)	(Modelo 2)
	MCO	Logit Simple
Municipio	-0.127*** (0.0359)	-0.810*** (0.141)
OLA	0.246*** (0.0337)	0.739*** (0.124)
posrel	0.0559*** (0.0208)	0.158** (0.0731)
riqueza	0.00398 (0.0224)	-0.0958 (0.0844)
edj	0.0593*** (0.0169)	0.0922 (0.0663)
ENhog	-0.463*** (0.0524)	-1.598*** (0.225)
CShog	0.0725 (0.0530)	0.364* (0.194)
sexj	-0.0110 (0.0306)	-0.0162 (0.122)
edadj	-0.00521*** (0.00126)	-0.0153*** (0.00495)
nhijos	0.0278 (0.0177)	0.133** (0.0672)
jinformal	-0.0228 (0.0338)	-0.102 (0.133)
Constante	3.061*** (0.125)	-0.648 (0.483)
Observaciones	1,401	1,402
R-cuadrado	0.138	

Errores estándar robustos en paréntesis

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

Nota: Variables de Referencia

Cuadro 3: Resultados de regresiones pertinentes a la salud del Hogar

7. Discusión

En general, los resultados están en línea con lo planteado por las teorías de Marmot (2004), Wilkinson y Pickett (2010) y Wolff y col. (2010). Encontramos que a través de los niveles y usando diferentes modelos estadísticos, no se puede rechazar la hipótesis de que exista una relación directa entre cambios de Posición relativa de los individuos con respecto a su grupo de referencia, y su estado de salud personal y el del hogar al cual el individuo hace parte. Dicho de otra manera, quienes consideran que su situación económica ha mejorado más que la de su comunidad tienden a reportar mejores estados de salud.

En relación a los indicadores objetivos de estatus socioeconómico se observa que en los hogares cuyo jefe de hogar tienen un nivel educativo más alto el estado subjetivo de salud es mejor. En concordancia con la literatura previa, las personas más educadas se sienten, en promedio, más saludables. Se podría argumentar por un lado que los más educados tienen estilos de vida más saludables dado un mejor acceso

a información en salud, y por otro lado, que el nivel educativo tiene un efecto indirecto sobre la salud al ser este una causa próxima importante de medidas de posición social como los activos del hogar. Dado que no contamos con variable de ingreso es probable que la variable de educación esté recogiendo estos dos efectos. Se encuentra también que de manera sistemática los individuos de más edad reportan peores estados de salud.

Las variables de control que se aproximan por el estado objetivo de salud y el acceso a servicios de salud tienen el signo esperado. La presencia de enfermedad en el pasado reciente está asociada a un peor estado subjetivo de salud, mientras que el acceso a servicios sanitarios tiene la relación contraria. Se encuentra además que la residencia en Barranquilla se correlaciona positivamente con el estado de salud reportado. Esto es coherente si se tiene en cuenta que la ciudad de Barranquilla es el principal centro urbano del Área Metropolitana, en el sentido que allí se aglutina la mayor población y nivel de actividad económica. Esto le permite al gobierno municipal contar con un mayor nivel de recursos para mejorar la provisión de servicios de salud para la población de menores activos.

Estos resultados apuntan a la necesidad de entender la acción pública en salud desde una perspectiva transversal, esto es que incorpore la importancia que tiene el cierre de brechas socioeconómicas que impactan los estados percibidos de salud al interior de las comunidades de bajos ingresos. Esto sugiere dos niveles de atención. El primero es el relacionado con el estado general de la comunidad, y el segundo con las condiciones de los individuos dentro de su comunidad.

8. Conclusiones

Los determinantes sociales de la salud hace referencia a las condiciones en las que nacen, crecen, viven y envejecen las personas, así como a las fuerzas sociales que moldean las decisiones y condiciones de la vida diaria de las personas. En este estudio hemos mostrado que existe una relación entre la posición social percibida y el estado de salud auto-reportado, indicando que quienes consideran que su situación económica ha mejorado más que el de su comunidad sistemáticamente declaran un mejor estado de salud. Si bien no hay certeza sobre los mecanismos que median esta relación, se ha propuesto que percibirse en un estatus social inferior al de sus pares puede inducir emociones negativas que trasladan a conductas menos saludables. En todo caso, la robustez de la relación entre las desigualdades sociales y de salud ha llevado a considerar que las acciones públicas en salud deben trascender el diseño y funcionamiento del sistema de salud para abordar otras áreas tales como la educación, el ingreso y las condiciones laborales.

Referencias

- Kawachi, Ichiro y col. (1997). «Social capital, income inequality, and mortality.» En: *American journal of public health* 87.9, págs. 1491-1498.
- Marmot, MG (2004). *The Status Syndrome: How Social Standing Affects our Health and Longevity* (Henry Holt, New York).
- Marmot, Michael y Jessica J. Allen (2014). «Social determinants of health equity». En: *American Journal of Public Health* 104.SUPPL. 4, págs. 517-519. ISSN: 15410048. DOI: 10.2105/AJPH.2014.302200.
- Mullainathan, Sendhil y Eldar Shafir (2013). *Scarcity: Why Having Too Little Means So Much*. Macmillan.
- Rutstein S.O (2015). «Steps to construct new DHS Wealth Index». En: *Usaid Demographi*. URL: <http://www.dhsprogram.com/topics/wealth-index/Wealth-Index-Construction.cfm>.
- Truesdale, B C y C Jencks (2016). «The Health Effects of Income Inequality: Averages and Disparities». En: *Annual Review of Public Health* 37, págs. 413-430. ISSN: 0163-7525. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-032315-021606. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26735427>.
- Wilkinson, Richard y Kate Pickett (2010). *The spirit level: why equality is better for everyone*. Penguin UK.
- Wolff, Lisa S. y col. (2010). «Compared to whom? Subjective social status, self-rated health, and referent group sensitivity in a diverse US sample». En: *Social Science and Medicine* 70.12, págs. 2019-2028. ISSN: 02779536. DOI: 10.1016/j.socscimed.2010.02.033. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.02.033>.

A. Anexos

Efectos Marginales después de Logit	
(1)	
Variables	Efectos Marginales en ESc
OLA	0.151*** (0.0245)
Municipio	-0.130*** (0.0281)
posrel	0.0259* (0.0150)
riqueza	-0.0147 (0.0175)
edj	0.0436*** (0.0137)
ENhog	-0.319*** (0.0454)
CShog	0.0875** (0.0399)
sexj	-0.00124 (0.0251)
edadj	-0.00391*** (0.00102)
nhijos	0.0125 (0.0139)
jinformal	-0.0180 (0.0274)
Observaciones	1,402
Errores Estándar en Paréntesis	
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1	

Cuadro 4: Efectos marginales para logit simple

Efectos Marginales luego de Logit	
(1)	
Variables	Buena Salud
OLA	0.161*** (0.0257)
Municipio	-0.176*** (0.0293)
posrel	0.0343** (0.0158)
riqueza	-0.0209 (0.0184)
edj	0.0201 (0.0144)
ENhog	-0.348*** (0.0459)
CShog	0.0793* (0.0421)
sexj	-0.00352 (0.0266)
edadj	-0.00332*** (0.00106)
nhijos	0.0290** (0.0146)
jinformal	-0.0222 (0.0289)
Observaciones	1,402
Errores estándar en Paréntesis	
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1	

Cuadro 5: Efectos marginales Logit en EShog

Regresiones sobre la variable EShog, riqueza en quintiles.		
Variables	(1)	(2)
	MCO	Logit Buena Salud=1
OLA	0.240*** (0.0338)	0.720*** (0.127)
Municipio	-0.134*** (0.0360)	-0.883*** (0.145)
posrel	0.0573*** (0.0208)	0.171** (0.0737)
2.riqueza	0.137*** (0.0491)	0.579*** (0.191)
3.riqueza	0.0426 (0.0491)	0.0992 (0.186)
4.riqueza	-0.00698 (0.0509)	-0.289 (0.203)
5.riqueza	0.0581 (0.0511)	-0.113 (0.199)
edj	0.0599*** (0.0166)	0.110* (0.0667)
ENhog	-0.448*** (0.0520)	-1.551*** (0.229)
CShog	0.0769 (0.0529)	0.412** (0.197)
sexj	-0.0127 (0.0306)	-0.0220 (0.123)
edadj	-0.00504*** (0.00125)	-0.0141*** (0.00499)
nhijos	0.0263 (0.0178)	0.123* (0.0675)
jinformal	-0.0172 (0.0338)	-0.0843 (0.134)
Constant	3.010*** (0.123)	-0.815* (0.480)
Observaciones	1,401	1,402
R-Cuadrado	0.145	

Errores estándar robustos en paréntesis
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Cuadro 6: regresiones en variable EShog y Buenasalud, con la variable riqueza medida por quintiles

	OLA	ESc	posrel	EShog	CShog	ENhog	edj	buenasalud	bspersonal	nhijos	jinformal	edadj	sexj	Municipio	riqueza
OLA	1														
ESc	0.14	1													
posrel	0.18	0.09	1												
EShog	0.18	0.81	0.11	1											
CShog	0.23	0.03	0.08	-0.17	0.04	1									
ENhog	0.08	-0.14	0.02	-0.17	0.20	0.17	1								
edj	0.08	0.14	0.03	0.18	0.17	-0.03	1								
buenasalud	0.14	0.64	0.08	0.79	0.00	-0.15	-0.07	1							
bspersonal	0.13	0.86	0.08	0.74	0.02	-0.15	0.11	0.72	1						
nhijos	-0.11	0.05	-0.07	0.05	-0.16	-0.03	-0.11	0.07	0.05	1					
jinformal	-0.08	-0.12	0.04	-0.01	-0.13	0.02	-0.17	0.02	0.02	0.13	1				
edadj	0.00	-0.02	-0.01	-0.14	-0.10	0.02	-0.42	-0.10	-0.05	-0.09	0.05	1			
sexj	-0.02	-0.02	-0.02	-0.02	0.01	-0.03	-0.13	-0.01	0.02	0.02	-0.04	0.10	1		
Municipio	0.03	-0.06	-0.04	-0.06	0.36	0.02	0.18	-0.15	-0.11	-0.23	-0.37	-0.18	0.05	1	
riqueza	0.21	0.01	0.09	0.03	0.13	0.08	0.26	-0.08	0.02	-0.14	-0.10	0.17	-0.01	0.11	1

Cuadro 7: Correlaciones entre las variables de interés.