

# **ESCUELA POLITÉCNICA NACIONAL**

**FACULTAD DE CIENCIAS**

**LOS DETERMINANTES DE LA SALUD AUTOEVALUADA DE LOS  
LATINOAMERICANOS DESDE UN ENFOQUE MULTINIVEL**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
INGENIERA EN CIENCIAS ECONÓMICAS Y FINANCIERAS**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**JESICA KARINA MENDEZ OTAVALO**

**[jesica.mendez@epn.edu.ec](mailto:jesica.mendez@epn.edu.ec)**

**GABRIELA LISBETH VELASCO PRADO**

**[gabriela.velasco@epn.edu.ec](mailto:gabriela.velasco@epn.edu.ec)**

**DIRECTOR: YASMÍN SALAZAR MÉNDEZ, Ph.D.**

**[yasmin.salazar@epn.edu](mailto:yasmin.salazar@epn.edu)**

**Quito, noviembre 2021**

## DECLARACIÓN

Nosotros, Jesica Karina Mendez Otavalo y Gabriela Lisbeth Velasco Prado, declaramos bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de nuestra autoría; que no ha sido previamente presentado en ningún grado o calificación profesional; y, que hemos consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Escuela Politécnica Nacional puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normativa institucional vigente.

---

Jesica Karina Mendez Otavalo

---

Gabriela Lisbeth Velasco Prado

## CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo fue desarrollado por Jesica Karina Mendez Otavalo y Gabriela Lisbeth Velasco Prado, bajo mi supervisión.



Firmado electrónicamente por:

**YASMIN  
SALAZAR**

---

Yasmín Salazar Méndez, PhD

Directora

## AGRADECIMIENTOS

A Dios, por guiarme, protegerme, y brindarme la fortaleza para alcanzar una de las metas más importantes en mi vida.

A mis papás, Juana y Cipriano, por inculcarme que la educación es lo primero, a pesar de que, en la época que ellos vivieron, no pudieron estudiar. Gracias por enseñarme que, con esfuerzo y trabajo duro los sueños se pueden cumplir. A mi mamá, gracias por estar siempre a mi lado, pendiente de cada uno de mis pasos, apoyarme en los momentos difíciles, brindarme los consejos que me motivaban a levantarme y ser una mejor persona cada día. A mi papá, gracias por su apoyo moral y económico para que pueda estudiar en otra ciudad. Un millón de gracias por confiar en mí; les estaré eternamente agradecida.

A mi hermana, Lidia, quien me apoyó incondicionalmente en cada etapa de mi vida. Gracias por ser la mejor hermana y estar ahí, junto a mí, en los momentos tristes y compartir cada una de las alegrías en este camino de la vida.

A mi hermano y mi cuñada, José y Rut, gracias por los consejos y el cariño que me han brindado.

A Noah, mi pequeña sobrina, que ha logrado sacarme risas y carcajadas con sus travesuras. Gracias por ser la alegría de mis días y por siempre levantarme el ánimo cuando lo he necesitado.

A todos los profesores de la Escuela Politécnica Nacional, en especial a mi directora de tesis Yasmín Salazar, quien con su confianza, dedicación y experiencia ha sido un pilar fundamental para la culminación del presente trabajo.

A mi compañera de tesis, Gaby, gracias por su constancia, paciencia y horas dedicadas para culminar este proyecto tan soñado.

A todos los amigos y familiares que formaron parte de esta aventura, un eterno agradecimiento por su sincera amistad y todas las experiencias vividas que me han motivado ser mejor persona día a día.

Jesica

## AGRADECIMIENTOS

A Dios, por haberme dado la fortaleza para nunca rendirme ante ningún obstáculo y ser el amigo incondicional que nunca falla.

A Mary y Santiago, mis padres, por dedicar su vida y esfuerzos a que alcance mi felicidad, mis sueños y mis metas, por siempre confiar en mí y permitirme llegar tan alto como pueda. A mi padre por ser mi cómplice, por hacer mi vida más llevadera en mis días grises, por enseñarme a confiar en mis capacidades y hacerme creer que nada es imposible; que si lo puedo soñar, lo puedo lograr. A mi madre, gracias por ser mi ejemplo de lucha, valentía y perseverancia, por ser mi ángel y siempre cuidar de mí en cada paso que doy.

A mi familia, en especial a mi abuelita Yola, por ser mi fuente de inspiración y por siempre orar por mí.

A Emilia, por ser la mejor compañía que pude haber tenido a lo largo de mi vida universitaria, por ser mi pequeña familia, brindándome su cariño, su apoyo incondicional y su amistad leal y sincera. Gracias amiga por ser luz en la oscuridad y cuidarme de todas las formas que estuvo a tu alcance.

A todos mis profesores, en especial a mi directora de tesis Yasmín, gracias por ayudarme a culminar con éxito este sueño, y también por sus consejos, muchos de ellos me han dado un respiro de confianza y paz.

A mi compañera de tesis, Jesica, por caminar junto a mí en este último proyecto y hacer de él una bonita experiencia.

A cada una de las personas que conocí y pasaron por mi vida durante los últimos cinco años, cada una me ha dejado experiencias y lecciones importantes, las mismas que me han servido para cada día ser una mejor persona.

Gabriela

## **DEDICATORIA**

Ñuca Mamita Juana, uchillamanta juyashcamanta, kushilla kashkamanta, tukuyipi yanapaymanta.  
Yupaychani.

Hatuku mamita, hatuku taita, uchillapi kimichispa kuyawashkamanta, kawa pachapi yupaychani.

Jesica

## **DEDICATORIA**

A Mary, Santiago y Yolanda.

Gabriela

# Índice general

<b>Lista de figuras</b>	IX
<b>Lista de tablas</b>	X
<b>Resumen</b>	XI
<b>Abstract</b>	XII
<b>Preámbulo</b>	XIII
<b>1. Introducción</b> .....	1
1.1. Planteamiento del Problema.....	1
1.2. Justificación.....	2
1.2. Objetivo general .....	3
1.3. Objetivos específicos.....	3
<b>2. Marco Teórico</b> .....	4
2.1. Teoría Económica .....	4
2.2. Evidencia Empírica .....	7
<b>3. Datos y Metodología</b> .....	12
3.1. Datos.....	12
3.1.2. Datos Agregados.....	13
3.2. Metodología .....	13
3.3. Variables.....	16
3.3.1. Variable Endógena .....	16
3.3.2. Variables Exógenas .....	17
<b>4. Resultados</b> .....	30
<b>5. Conclusiones y recomendaciones</b> .....	36
<b>6. Anexos</b> .....	49
A1. Estimaciones de modelos alternativos.....	49
A2. Clasificación del logro educativo de acuerdo a la UNESCO .....	52



## Lista de figuras

Figura 3.1: Niveles de percepción de la salud .....	16
Figura 3.2: Estado civil .....	18
Figura 3.3: Respuestas de la variable estrato social.....	19
Figura 3.4: Situación laboral .....	19
Figura 3.5: Nivel de educación por país .....	20
Figura 3.6: Nivel de confianza interpersonal por países .....	20
Figura 3.7: Niveles de percepción de la corrupción por países .....	25
Figura 3.8: Índice de la democracia por países .....	25
Figura 3.9: Índice de Gini .....	27
Figura 3.10: Producto interno bruto per cápita 2014 (USD a precios constantes del 2010) ....	26
Figura 3.11: Confianza agregada a nivel de país .....	28

## Lista de ilustraciones

Ilustración 2.1: Diagrama de Ishikawa: Determinantes de la salud autoevaluada.....	11
--	----

# Lista de tablas

Tabla 3.1: Estadística descriptiva de la variable Edad.....	17
Tabla 3.2: Variables explicativas del nivel individual.....	22
Tabla 3.3: Estadística descriptiva variables agregadas.....	28
Tabla 3.4: Variables explicativas del nivel país.....	28
Tabla 4.1: Modelo nulo.....	30
Tabla 4.2: Estimación modelos logísticos multinivel.....	31

# Resumen

La percepción de la propia salud se refiere a la evaluación que hacen los individuos acerca de su estado de salud, calificándola como buena o mala. Los factores internos y externos que influyen en la respuesta de las personas al autoevaluar su salud, abarcan aspectos económicos, culturales, biológicos, demográficos, sociales, políticos, entre los que más se destacan. Así, la salud autopercebida no debe ser interpretada únicamente como una descripción del estado físico de una persona, basándose en la ausencia de enfermedades, sino, como un proceso multidimensional condicionado por una serie de variables individuales y agregadas. En este sentido, la presente investigación tiene como objetivo identificar los factores individuales y contextuales que influyen en la autoevaluación de salud en la población mayores de 18 años en Latinoamérica. Para esto, se estimó un modelo logístico multinivel con datos recopilados de la Encuesta Mundial de Valores (2010-2014), Banco Mundial, Transparencia Internacional y The Economist. Los resultados sugieren que, en general, las características individuales como el nivel de ingresos y la confianza interpersonal juegan un papel importante en los individuos a la hora de autoevaluar su salud. Por otro lado, la calidad de la democracia y la confianza agregada son las variables que mostraron un efecto significativo.

**Palabras clave:** Salud autoevaluada; percepción de salud; modelo logístico multinivel; América Latina.

# Abstract

The perception of personal health refers to the evaluation that individuals make of their state of health, classifying it as good or bad. The internal and external factors that influence people's response to self-assessment of their health include economic, cultural, biological, demographic, social and political aspects, among the most important. Thus, self-perceived health should not be interpreted solely as a description of the physical state of a person, based on the absence of disease, but as a multidimensional process conditioned by a series of individual and aggregate variables. In this sense, the present research aims to identify the individual and contextual factors that influence the self-assessment of health in the population over 18 years of age in Latin America. For this, a multilevel logistic model was estimated with data collected from the World Values Survey (2010 - 2014), World Bank, Transparency International and The Economist. The results suggest that, in general, individual characteristics such as income level and interpersonal trust play an important role for individuals in self-assessing their health. On the other hand, the quality of democracy and aggregate trust are the variables that showed a significant effect.

**Key words:** Self-rated health; health perception; multilevel logistic model; Latin America.

# Preámbulo

La pandemia provocada por la Covid-19 ha puesto en evidencia las desigualdades que existen entre las personas debido a sus características demográficas, económicas y sociales, las cuales se resumen en determinantes sociales de la salud; es decir, en las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, envejecen y los sistemas que influyen como políticas, programas, sistemas económicos, entre otros (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021). Según este mismo organismo, las desigualdades en los aspectos anteriormente mencionados, generan en las personas una mala calidad de vida, improductividad, bajos ingresos, menor movilidad social, entre otros, y, esto se podría evitar al garantizar un sistema de salud equitativo que asegure condiciones favorables de vida.

La salud pública tiene como función principal vigilar el estado de salud de la población, para lo cual existen diferentes métodos y enfoques que, mediante a través del análisis de indicadores sanitarios permiten evaluar o medir el estado de salud (OPS, 2018). Uno de los indicadores que ha ido cobrando importancia en los últimos tiempos es la salud autoevaluada, la cual toma en cuenta la percepción de las personas al momento de calificar su propia salud, convirtiéndola en un indicador subjetivo (Jylhä, 2009). La inclusión de este indicador en los estudios sanitarios ha resultado ser relevante, sobre todo en predicciones de morbilidad y mortalidad (Jylhä, 2011).

La autoevaluación de la salud toma en cuenta diferentes factores individuales y del entorno de los seres humanos (Bustos et al., 2017). Las diferencias que presentan los individuos en los factores microeconómicos y agregados, inciden en las diferentes percepciones del estado de salud, independientemente de una evaluación objetiva por parte de un profesional sanitario (Fernández et al., 2010). En la búsqueda de un método que permita modelar estructuras jerárquicas y la interacción entre los diferentes niveles que lo componen, se justifica la estimación de un modelo logístico multinivel.

En particular, Latinoamérica se caracteriza por las acentuadas diferencias en su nivel de desarrollo económico y social (Bárcena & Cimoli, 2020), por ello, es pertinente realizar un análisis de esta región y conocer cómo los diferentes contextos y las características personales inciden en la autoevaluación de salud.

Este trabajo se divide en cinco capítulos. En el Capítulo 1 se expone la problemática relacionada a la salud autoevaluada, sus determinantes y la importancia que tiene desde el punto de vista económico, así como también las respectivas justificaciones y objetivos de la investigación.

En el Capítulo 2 se desarrolla el marco teórico de la presente investigación, mismo que contiene los fundamentos teóricos y la evidencia empírica de estudios relacionados con la salud autopercebida.

En el Capítulo 3 se describen los datos y la metodología empleados en la investigación, presentando las variables utilizadas que componen los dos niveles, individuos y países, para la construcción del modelo econométrico.

En el Capítulo 4 se presentan los resultados obtenidos a partir de las estimaciones del modelo logístico multinivel con sus respectivas interpretaciones y comparaciones con los hallazgos de estudios presentados en la literatura económica.

Finalmente, en el Capítulo 5 se plasman las conclusiones y recomendaciones generadas a partir de la presente investigación.

# Capítulo 1

## Introducción

### 1.1. Planteamiento del Problema

En las dos últimas décadas, la relación entre economía y salud ha ido en aumento, puesto que en investigaciones actuales se reconoce que, para que un país alcance el tan anhelado crecimiento económico y sea estable políticamente, sus habitantes deben gozar de bienestar, es decir, deben tener acceso a servicios sanitarios y garantía de oportunidades igualitarias, elementos que a su vez permiten construir sociedades felices y saludables (Collazo et al., 2002; Segura, 2018).

Según Gálvez (2003), una buena salud de los habitantes de un país afecta positivamente a la economía y a la producción, pero, es importante resaltar que el estado de salud de las personas no es determinado objetiva y únicamente por los profesionales de la salud, sino que últimamente también se ha tomado en cuenta el juicio de cada persona respecto a su propia salud (Fernández et al., 2010).

La percepción que tienen los individuos de su estado de salud se denomina salud autoevaluada, siendo una evaluación subjetiva influenciada por varios factores microeconómicos y agregados, entre ellos, ingresos, educación, ocupación, redistribución, nivel de desarrollo, entre otros (Aguilar & Carballo, 2021). La importancia de la salud autoevaluada está dada por su relación con indicadores sanitarios. Bombak (2013) y Cislighi y Cislighi (2019) afirman que la salud autoevaluada es un buen predictor de la mortalidad y la morbilidad, por lo cual, recomiendan a los hacedores de política pública que se dé mayor relevancia a este indicador a la hora de tomar decisiones o proponer políticas en el sector sanitario, pues, comúnmente, esta medida es ignorada.

América Latina se ha caracterizado por ser la región con más brechas de desigualdad, aun así, durante el período 2002-2014 tuvo mejoras en indicadores sanitarios y de educación, disminución de pobreza y pobreza extrema, entre otros, pero, a partir del año 2015 hubo un retroceso,

aumentando las brechas de ingresos y desempleo, deterioro de la calidad de empleo, aumento de la pobreza, entre otros factores que afectan a la salud y bienestar de las personas (Abramo et al., 2020).

Dicho retroceso en los indicadores sanitarios desata un ciclo vicioso entre desigualdad, pobreza y mal estado de salud (Barreto, 2017). En ese sentido, Vincens et al. (2018) resaltan la importancia de fortalecer la cohesión social para lograr disminuir los indicadores negativos que afectan al mal estado de salud, a la pobreza y a la desigualdad de ingresos.

Por lo expuesto, surge la motivación de realizar un estudio sobre la salud autoevaluada. Para esto, se toman datos de la sexta ola de la Encuesta Mundial de Valores que corresponde al período 2010-2014 y se estiman modelos logísticos multinivel. De esta forma, se propone cuatro modelos que incluyen variables a nivel individual y agregado. Los resultados de este trabajo contribuirán al entendimiento de cómo las características de los individuos y su contexto social afectan a cómo autodefinen su estado de salud.

## **1.2. Justificación**

Para los países, es importante asegurar la salud y el bienestar de todas las personas, puesto que tienen una influencia relevante en la consecución de economías estables y prósperas, así lo indica el tercer objetivo de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, mismo que está encaminado hacia la búsqueda de una buena salud de la población (Naciones Unidas, n.d.).

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, que no solo hace referencia a la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2006). Adicionalmente, Alcántara (2008) menciona que la definición de salud individual o colectiva toma en cuenta varios factores sociales, económicos, políticos, culturales y científicos; en otras palabras, es la interacción entre factores biológicos, el contexto social y las relaciones interpersonales.

Es así que, para obtener una medida de la salud individual de las personas, se utiliza la salud autoevaluada, misma que se considera como una medida sencilla, pero completa, relevante y válida, ya que se basa en las creencias, conductas y expectativas de los individuos (Bustos et al., 2017).

América Latina, sin duda alguna, en los últimos años, ha tenido mejoras en cuanto al estado de salud de la población, sin embargo, aún existen diferencias entre los países y dentro de ellos, las cuales se podrían evitar con mejores sistemas sanitarios (Muñoz, 2011). Con esto, según Muñoz (2011) los países de la región aumentarían sus niveles de competitividad y productividad,



considerando que la salud es un factor clave para asegurar el desarrollo y la productividad de las personas y los países.

Las investigaciones asociadas con la salud autoevaluada han ido incrementando a nivel global, dando lugar al análisis de las características individuales y contextuales que influyen sobre la respuesta del individuo relacionado a su salud (Poortinga et al., 2007). Sin duda, las respuestas que se da a la pregunta de cómo las personas califican su salud pueden ayudar a conocer los indicadores de salud autoevaluada de los latinoamericanos, permitiendo identificar los aspectos de salud que deben ser reforzados por los organismos de salud de cada país, no solo para alcanzar las metas establecidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, sino también para identificar los factores que inciden en el nivel de salud autoevaluada y proponer medidas que permitan elevarlo, con el fin de mejorar el bienestar de la población (Vincens et al., 2018).

## **1.2. Objetivo general**

Identificar los factores individuales y contextuales que influyen en la autoevaluación de salud de los habitantes de Latinoamérica, estimando un modelo logístico multinivel.

## **1.3. Objetivos específicos**

- Determinar las características individuales que afectan el nivel de salud autoevaluada.
- Identificar los factores a nivel agregado que inciden en la autopercepción de la salud.

# Capítulo 2

## Marco Teórico

### 2.1. Teoría Económica

El sistema económico actual ha sido catalogado por Hough-Stewart et al. (2019) como *neoliberal, sobre financiado, extractivo y tóxico*. Dicho sistema ha conllevado a la población a aumentar sus niveles de soledad, inseguridad y desconfianza, incrementando también la desigualdad de ingresos. Ante tal escenario, según los mismos autores, convencidos de que la economía debe preocuparse principalmente por las personas y comunidades, con la visión de que las personas condicionen a la economía y no al contrario, creen que es fundamental repensar la economía y sus prácticas para garantizar el bienestar, la salud y la redistribución eficiente de la riqueza, sin dejar de lado el cuidado del medio ambiente, controlando la sobreexplotación de los recursos naturales.

Es por ello que, con el afán de garantizar la calidad de vida de las personas, surgió la economía del bienestar, que es una rama de la economía que identifica los factores que permiten mejorar la vida de las personas en las áreas que los individuos consideran importantes, reduciendo las desigualdades y garantizando la sostenibilidad del crecimiento económico y del desarrollo del ecosistema (Plata, 1999). En otras palabras, la economía del bienestar busca promover el bienestar de las personas regulando el uso indiscriminado de los recursos disponibles (Porto, 1989). Wallace (2004) apoya a la teoría de Amartya Sen<sup>1</sup>, la cual considera que el bienestar no solo es influenciado por los ingresos, como lo planteaban los economistas hasta finales del siglo XIX, sino que el bienestar de las personas es afectado también por sus actividades, nivel académico, la propensión y exposición a enfermedades, entre otros factores.

Una de las aristas analizadas en la economía del bienestar es la salud, misma que es un derecho fundamental que se debe garantizar para asegurar el bienestar de la población (OMS, 2006). La salud se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la

---

<sup>1</sup> Amartya Sen es un filósofo y economista indio que ganó el Premio Nobel de Economía en 1998 por su investigación sobre la economía del bienestar en los países en desarrollo, buscando una distribución óptima de los recursos escasos, enfocándose en los más desprotegidos de la sociedad (Plata, 1999).

ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2014, p.1). Desde el punto de vista económico, la salud es importante, ya que influye en los trabajadores como unidades económicas, en la fuerza de trabajo, en el aumento de las capacidades de las personas, así como en el desempeño de los estudiantes, en especial de los niños, todo esto para lograr alcanzar niveles superiores de desarrollo humano, económico y social (Wolf, 1967; Knaul et al., 2007).

Knaul et al. (2007) afirman que la economía y la salud tienen una relación bidireccional, puesto que el estado de salud de la sociedad influye en el desarrollo y crecimiento económico y, a su vez, el desarrollo económico influye en el sector salud. Así pues, las investigaciones realizadas sobre economía y salud arrojan resultados que sugieren que una mala salud tiene una incidencia negativa en la renta de los integrantes de una sociedad, en las finanzas públicas y, en general, en las diferentes dimensiones de bienestar como crecimiento económico, educación, salud, redistribución, igualdad de género. Es por ello que investigaciones económicas y sanitarias buscan analizar y entender el comportamiento de la población con el fin de diseñar e implementar planes de intervención y prevención (Conry et al., 2011).

Adicionalmente, un buen estado de salud influye en la productividad y genera externalidades positivas como la reducción de las brechas de desigualdad y pobreza, favoreciendo el desarrollo económico en especial de los países en vía de desarrollo, por lo cual es imprescindible una intervención del estado en el sector sanitario (Casas, 2002; García-Rodríguez et al., 2017).

La relación entre economía y salud cada vez ha ido cobrando mayor importancia en el sector sanitario y económico, así nació la economía de la salud, misma que estudia la producción, distribución, consumo y financiamiento del bien salud, que al igual que otros bienes no sanitarios, son limitados y escasos (Gálvez, 2003). La economía de la salud busca la asignación eficaz y eficiente de los recursos para obtener el mayor alcance e impacto sociales, y con ello potenciar a la productividad, calidad y esperanza de vida de la población, en especial de los sectores más vulnerables (Collazo et al., 2002; Ríos & Schiavone, 2013). Adicionalmente, las Naciones Unidas (ONU) instan a los países a adoptar estrategias que garanticen y promuevan una vida sana y el bienestar de las personas<sup>2</sup>, dado que un buen estado de salud influye positivamente en la construcción de sociedades prósperas (ONU, 2017).

Ríos y Schiavone (2013) enfatizan la importancia que tienen en la economía de la salud los factores que influyen en el estado de salud de las personas y, a su vez, Otero y Zunzunegui (2011)

---

<sup>2</sup> Tercer objetivo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (López, 2018).

también resaltan la relevancia de los determinantes estructurales (los productores primarios de estratificación social o disgregación) e intermedios (las condiciones materiales de vida) agrupándolos según dos enfoques: el de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el modelo de Lalonde.

En el enfoque de la OMS se identifica a los determinantes de la salud, o también conocidos como determinantes sociales de la salud, a las condiciones en las que los individuos nacen, crecen, viven, laboran y envejecen. Por el lado del modelo de Lalonde, los determinantes de la salud propuestos son: estilo de vida, sistema sanitario, medio ambiente y biología humana (Otero & Zunzunegui, 2011). Los determinantes de la salud propuestos por el modelo de Lalonde componen el conjunto de determinantes intermedios propuestos por la OMS agregando el contexto psicosocial y la cohesión social (Otero & Zunzunegui, 2011). Así también, Bravo (2017) afirma que la cohesión social y la confianza entre los miembros de un grupo social son factores relevantes de la salud, mismos que componen el capital social.

El capital social es otro de los determinantes que se destaca en la autoevaluación de la salud, así lo sugieren numerosos artículos (Jen et al., 2010), pues, a mayor confianza interpersonal, se desarrolla una sensación de mayor seguridad, menor estrés, lo que provoca un aumento del capital social, y este a su vez influye positivamente en el estado de salud que las personas perciben (Saint et al., 2018).

En otras palabras, se puede decir que los lazos sociales, la confianza en las instituciones políticas, gobiernos, parlamentos, partidos políticos, la participación cívica y social, se asocian a condiciones de salud deseables (Fiorillo & Sabatini, 2015). Esta confianza social se espera que por lo menos sea significativa a nivel agregado (Montero et al., 2008). Los determinantes anteriormente mencionados contribuyen a que las personas, a partir de sus características individuales y su construcción sociocultural, piensen, actúen, perciban y describan su estado de salud de distintas maneras, estableciendo que la enfermedad es un malestar individual (Sacchi et al., 2007).

Según Bustos et al. (2017), el estado de salud individual puede ser medido de tres formas distintas: *i*) a partir de la salud probada; *ii*) la salud observada, y *iii*) la salud autoevaluada. La primera corresponde a los estudios y diagnósticos que se obtienen a partir de los resultados de las pruebas realizadas en un laboratorio; la segunda corresponde al criterio de un profesional de la salud basándose en exámenes clínicos; por último, la tercera forma se refiere a cómo las personas se sienten y califican su salud independientemente de las otras dos formas. Esta última forma de medir la salud ha comenzado a generar mayor interés en las investigaciones, ya que antes no era un factor

muy tomado en cuenta, pero estudios más actuales sugieren que la percepción de las personas con respecto a su salud, influye significativamente en el estado de salud de la sociedad (Jylhä, 2009, 2011).

La salud autoevaluada toma en cuenta dos aspectos fundamentales al medir el estado de salud: concepción y percepción (Kornblit & Mendes, 2000). La primera se relaciona con el entorno y el rol que los individuos desempeñan, por ejemplo, las actividades que realizan dentro de la familia o dentro de la sociedad en general (Hernández & Forero, 2011). Por otro lado, la percepción se compone de valores, estereotipos, experiencias y conocimientos (Sacchi et al., 2007). Tomando en cuenta ese conjunto de aspectos, las personas califican su salud cuando responden a la pregunta: *¿Cómo califica su salud actual?* (Schüz et al., 2011).

La respuesta que dan las personas a esta pregunta, depende de los pensamientos y emociones que siente cada persona a partir de la concepción y percepción de su entorno, ya que varias personas pueden percibir los mismos hechos, objetos o fenómenos, pero desarrollan sentimientos internos diferentes, los cuales solo la propia persona puede reportar (González, 2008; Sacchi et al., 2007). La concepción y percepción no solo influyen en la evaluación de la salud, sino también se reflejan en las decisiones que los individuos toman respecto a su autocuidado, reaccionando ante la percepción individual que cada uno tiene sobre el significado de estar enfermo o sano (Sacchi et al., 2007).

La salud autoevaluada es compleja y multidimensional, dado que las personas no se basan en criterios precisos para calificar su salud, los individuos pueden tomar cualquier referencia o información (Jylhä, 2009). Esto no quiere decir que el concepto de salud que tienen las personas esté errado o sea incorrecto, sino que cada persona construye este concepto a lo largo de su vida tomando en cuenta el contexto cultural y el entorno en el que se desenvuelve (Jylhä, 2011).

## **2.2. Evidencia Empírica**

La percepción de la salud involucra el análisis de varios factores que influyen sobre la misma. Por un lado, Quesnel (2007) afirma que las personas evalúan su salud al considerar si poseen o no una enfermedad, mientras que una amplia línea de investigaciones asegura que la relación entre salud autoevaluada y mortalidad van más allá, considerando otros factores asociados al individuo, así como el contexto en el que se desenvuelven (Feng et al., 2016).

La autopercepción de la salud depende de factores tanto sociales como económicos, es así que, Tuesca y Amed (2014) y Oshio y Urakawa (2014) encontraron en sus estudios que las personas que perciben bajos ingresos, sufren directamente un impacto negativo en la autoevaluación de bienestar y salud. Cialani y Mortazavi (2020) respaldan ese resultado al evidenciar en su investigación una fuerte asociación entre la condición de salud autopercebida y la situación económica individual.

Así también, Dowd y Zajacova (2007) enfatizan que la situación económica, a más de afectar la forma en que los individuos evalúan su salud, provoca que las personas sientan o no desigualdades en el sistema sanitario. En particular, la posición de un individuo en su entorno social centrado en la asignación de recursos puede condicionar su respuesta a los cuestionamientos asociados a su salud (Baidin et al., 2021), reportando mejores resultados las personas que perciben mayores niveles de ingresos (Andersen et al., 2011; Bak et al., 2015). Aunque el término de clase social no ha sido definido claramente, se lo utiliza como un concepto teórico que ubica al individuo acorde al sistema de estratos sociales según el acceso a los recursos y la influencia del entorno en que el convive (Xu et al., 2010)

Además de las diferencias concernientes al nivel socioeconómico, la literatura sugiere que el género representa un factor que puede influir al juzgar la propia salud (Benyamini et al., 2003; Tuesca & Amed, 2014). Seubsman et al. (2011) y Tuesca y Amed (2014) encontraron evidencia de que las mujeres son más propensas que los hombres a informar una mala salud, este resultado coincide con los hallazgos de autores que sostienen que el resultado al ser hombre o mujer es asimétrico, caracterizado por las divisiones injustas que conducen a las mujeres a atribuirse una doble carga, laboral y familiar, así como menos privilegios y, en consecuencia, las mujeres sienten que tienen peor salud que los hombres (Sörlin et al., 2011).

Otro factor sociodemográfico relevante es la edad, mostrando que las diferencias generacionales afectan la percepción de salud (Aguilar et al., 2018). Wang et al. (2018) afirman que, mientras aumenta la edad de las personas la tendencia de informar una mala salud incrementa. De manera similar, Randell et al. (2017) concuerdan que las personas más jóvenes calificarán de mejor manera su salud, teniendo en cuenta los factores emocionales y el sentido de pertenencia a entornos seguros; sin embargo, Joffer et al. (2016) afirman que el entorno en que se desenvuelven las personas jóvenes no afecta en su respuesta.

Con respecto al estado civil, los estudios afirman que las personas divorciadas, separadas o viudas tienen una mayor probabilidad de informar problemas de salud en relación con las personas casadas y solteras (Lindström, 2009; Hosseinpoor et al., 2012; Cau et al., 2016). Autores como Liu

y Umberson (2008) consideran que el estrés asociado a la disolución matrimonial implica el deterioro en las tendencias de la salud autoevaluada de los ex-casados. Por el contrario, Demakakos et al. (2008) sugieren que el estado civil no afecta en gran medida al estado de salud.

El estado laboral de los individuos también es un factor que es tomado en cuenta a la hora de analizar la percepción de la salud (Zunzunegui et al., 2009), arrojando resultados contradictorios. Por un lado, los hallazgos de Kwon et al. (2016) reportan que las personas con trabajos fijos califican su salud como buena en comparación con las personas con trabajos temporales, desempleados o los que pertenecen a otra categoría ocupacional (Rözer & Volker, 2016). No obstante, Miething (2013) señala que las personas que poseen empleos fijos tienen un mayor riesgo de evaluar su salud como mala, siempre que dicho trabajo sea manual y tenga una formación poco especializada. El mismo autor menciona que, la ambigüedad de este resultado se da en parte por las metas y expectativas que cada persona tiene para su vida, el tipo de trabajo que desempeñe y la satisfacción que sienta en él.

En otros factores que afectan a la autoevaluación de la salud, se encuentra la escolaridad, pues diversos estudios describen al nivel de educación como un factor influyente en la salud autopercebida (Hurtado et al., 2011). En ese sentido, Xu et al. (2010) y Cialani y Mortazavi (2020) afirman que las personas con un título universitario tienen una mayor probabilidad de percibir una mejor condición de salud con respecto a aquellos que tiene un nivel educativo más bajo. Este resultado podría deberse a que, las personas que accedieron a una educación superior, en general, tienden a elegir estilos de vida saludables, tienen mayores oportunidades de un mejor empleo y acceso a recursos económicos (Cialani & Mortazavi, 2020). Sin embargo, otras investigaciones no confirman esta relación. Por ejemplo, Feng et al. (2016) y McFadden et al. (2009) muestran que un menor nivel de escolaridad, reporta mejores niveles de percepción de salud, siempre y cuando exista confianza en la sociedad que los rodea.

Con respecto a la confianza en la sociedad, varios autores se centran en la influencia que tiene la cohesión social sobre la percepción de la salud de los individuos. Nummela (2015) encontró que algunos de los componentes de la cohesión social, como la confianza interpersonal y en el gobierno, tienen un efecto positivo sobre la salud autopercebida. De manera similar, Subramanian et al. (2002) y Feng et al. (2016) encontraron que niveles altos de confianza en la sociedad influyen en las personas a que evalúen su salud como buena con respecto a aquellas personas que no tienen confianza en los demás. De la misma forma, autores como Pinillos y Kawachi (2018) señalan que

las personas con un bajo nivel de confianza en las instituciones tienen una mayor probabilidad de informar que su salud es regular o mala.

Así, la noción de la cohesión social basada en factores como la integración, inclusión y participación cívica (actividades culturales, religiosas, caritativas, etc.), resulta imprescindible para la inserción social de la persona (Helly, 2002). Sund et al. (2007) sugieren que la participación activa en organizaciones de índole social influye positivamente en la autoevaluación de la salud, sin embargo, los resultados revelan que el componente es estadísticamente débil, por lo que la evidencia no proporciona una relación concluyente. En marcado contraste, Chuang et al. (2013) y Nummela (2015) revelan que las personas con un alto nivel de participación en actividades cívicas reportan un impacto significativamente positivo sobre una mejor percepción del estado de salud sin distinción de género. En efecto, los resultados evidencian que las personas que se desenvuelven en sociedades cohesionadas, alcanzan mejores oportunidades y, por consiguiente, mayores niveles de participación en actividades económicas, sociales y políticas que fomentan un mejor bienestar sobre la salud individual (Chuang et al., 2013).

Diversos estudios examinan la relación entre la salud y las características individuales, sin embargo, un número reducido de investigaciones han centrado el análisis en los factores asociados a nivel de país que influyen sobre las condiciones sanitarias (Story & Glanville, 2019).

Dentro del ámbito agregado, diversas investigaciones analizan el desempeño económico, medido a través del Producto Interno Bruto (PIB) per cápita, y el impacto que este genera en la percepción de la salud de los individuos (Krueger et al., 2015; Story & Glanville, 2019). De esta forma, Krueger et al. (2015) encontraron una fuerte relación positiva entre el PIB per cápita y el buen estado de salud, evidenciando que las sociedades con menores ingresos y/o en vías de desarrollo sufren un impacto negativo en la percepción de bienestar y salud (Tuesca & Amed, 2014).

En la misma línea de investigación, se destaca el vínculo entre la desigualdad, medida a través del índice de Gini, y la salud autopercebida (Vincens et al., 2018). En efecto, las diferencias regionales en el acceso a servicios y recursos perjudican directamente a las personas con más bajos ingresos y, en consecuencia, aumentan el riesgo de informar una salud deficiente, en relación a las personas que viven en países donde las desigualdades no se acentúan en gran medida (Weich et al., 2002).

Así también, el índice de la percepción de corrupción (IPC), mismo que es desarrollado por Transparencia Internacional (TI) y publicado anualmente con el fin de clasificar a los países acorde al nivel de corrupción existente en el sector público (Transparency International, 2014), juega un



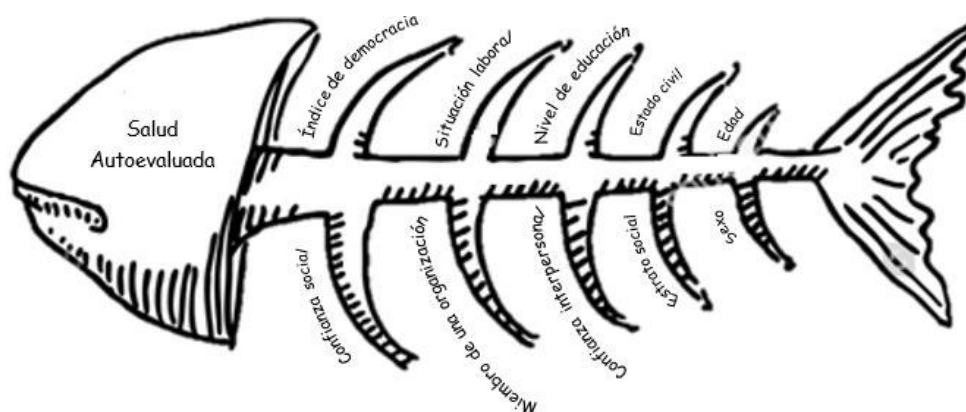
rol importante en el análisis de la autoevaluación de la salud (Krueger et al., 2015). Naher et al. (2020) indican que un IPC mayor genera un impacto perjudicial en la percepción de la salud, es decir que la existencia de factores contextuales relacionados con la corrupción tiene una relación inversa con la salud autoevaluada (Bobak et al., 2000). No obstante, el abuso del poder dificulta la medición de la corrupción, debido a que es una práctica que se oculta en la mayoría de los casos (Vian, 2008).

De la misma manera, se ha examinado la estrecha relación entre la percepción de sus condiciones sanitarias y la efectividad institucional medida a través del índice de la democracia (Wise & Sainsbury, 2007). En este aspecto, Krueger et al. (2015) y Franco et al. (2004) sustentan que los niveles de gobernabilidad democrática de las naciones influyen positivamente en la percepción de salud de sus conciudadanos.

Finalmente, la confianza social a nivel contextual ha sido incluida en varios estudios, debido a que cumple un papel relevante en el bienestar de las personas y de los países (Jen et al., 2010). En ese sentido, Elgar et al. (2011) encuentran una influencia positiva de la confianza social sobre la percepción positiva de su salud, evidenciando un resultado similar tanto en países occidentales como orientales, sin embargo, la magnitud en que la confianza social afecta a la autoevaluación de la salud de los individuos es diferente, siendo mayor su impacto en los países orientales y esto se atribuye a que estas sociedades se alinean más al colectivismo (Subramanian et al., 2002; Feng et al., 2016).

La Ilustración 2.1 resume los principales determinantes que influyen en la autoevaluación de la salud según la literatura económica.

*Ilustración 2.1: Diagrama de Ishikawa: Determinantes de la salud autoevaluada*



Elaboración: Las autoras

# Capítulo 3

## Datos y Metodología

En este capítulo se detallan las fuentes de las que provienen los datos utilizados para el estudio, así como la metodología escogida para la estimación del modelo econométrico. También se presenta la descripción de las variables utilizadas en el modelo.

### 3.1. Datos

La autopercepción de la salud es condicionada por dos tipos de factores: individuales y agregados (Jen et al., 2010). La información de nivel individual fue obtenida de la World Values Survey<sup>3</sup> (WVS), mientras que las variables de nivel agregado provienen de las siguientes fuentes: Banco Mundial, Transparencia Internacional y The Economist. La presente investigación considera siete países latinoamericanos: Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México, Perú y Uruguay. Cabe recalcar que, aunque Argentina participó en la encuesta, no se tomó a este país debido a la falta de información en algunas variables.

#### 3.1.1. Datos individuales

Los datos a nivel individual provienen de la sexta ola de la WVS<sup>4</sup> que se llevó a cabo entre los años 2010 – 2014, obteniendo una muestra conformada de 8510 datos.

La evidencia empírica previa sugiere que para los análisis de salud autoevaluada debe emplearse una metodología multinivel para distinguir entre los efectos de las variables individuales que corresponden al primer nivel de los efectos contextuales correspondientes al segundo nivel (Chuang et al., 2013).

---

<sup>3</sup> World Values Survey: La Encuesta Mundial de Valores se dedica al estudio científico y académico de los valores sociales, políticos, económicos, religiosos y culturales de las personas en el mundo (World Values Survey, n.d.).

<sup>4</sup> La sexta ola de la WVS recogió información de 183 países, cubriendo casi el 90% de la población mayor de edad mundial (World Values Survey, n.d.).

### **3.1.2. Datos Agregados**

En el presente estudio se incorporan variables de nivel agregado que, según la literatura, recogen información de los factores que pueden influir en la autoevaluación de la salud de la población de los países. Se incluyen variables asociadas al nivel de riqueza (PIB per cápita), corrupción (índice de percepción de la corrupción), democracia (índice de democracia) y desigualdad (índice de Gini).

El PIB per cápita en dólares estadounidenses a precios constantes de 2010 y el índice de Gini fueron tomados del Banco Mundial, asimismo el índice de la percepción de la corrupción y el índice de democracia se obtuvieron de Transparencia Internacional y The Economist, respectivamente.

### **3.2. Metodología**

En este trabajo se analiza la influencia que tienen sobre la salud autoevaluada las características individuales, así como contextuales. De modo que, el modelo a estimar es una regresión multinivel de dos niveles. En el primer nivel se consideran las características, creencias y preferencias de las personas encuestadas; y en el segundo nivel se consideran las características de los países. Dichos niveles constituyen una jerarquía que permite distinguir los efectos de composición del nivel uno y nivel dos sobre la autopercepción de la salud (Kim et al., 2015).

Según Jylhä (2011) la salud autoevaluada no se puede comparar entre grupos de personas que tienen diferentes culturas o edades, ya que las personas desarrollan diferentes percepciones frente a algunos temas que son subjetivos, por ejemplo, el concepto de supervivencia, felicidad o salud, ya que cada persona va construyendo su propia definición dependiendo del contexto en el que se desarrolle.

Catalán y Galindo (2003) aseveran que la estimación por mínimos cuadrados no da un tratamiento adecuado a los datos, debido a que las personas que se encuentran dentro de un mismo grupo presentan características similares entre sí violando el supuesto de independencia de la estimación por mínimos cuadrados. Asimismo, el análisis multinivel admite modelar la heterogeneidad en los diferentes niveles y explorar las interacciones entre los mismos (Campos et al., 2016).

Para dar solución a este problema, la metodología multinivel apareció en las publicaciones a principios de los ochenta, incrementando a lo largo de los años su aplicación sobre todo en las ciencias de la educación y de la salud (Catalán & Galindo, 2003). En la presente investigación, la

variable dependiente es la salud autoevaluada, misma que es binaria dado que va a ser calificada como buena o mala, por lo cual se procedió a estimar un modelo de regresión logística multinivel (MRL) de dos niveles que tiene en cuenta las características de los encuestados y los países a los que pertenecen.

Los MRL son modelos de efectos mixtos, ya que cuentan con efectos fijos y aleatorios, los primeros se obtienen a partir de la información individual de los encuestados, y los segundos efectos se obtiene a partir de la información del nivel contextual permitiendo conocer los efectos y la variabilidad entre los individuos y los niveles (Merino, 2017).

La variable de la percepción de la salud es de naturaleza latente, debido a que no se puede observar su comportamiento de manera directa (Feng et al., 2016), es así que, en base en las nociones del modelo logit binario se utiliza el concepto de umbral de la variable  $y_{ij}^*$  continua latente que subyace a la variable  $y_{ij}$  observada (Ali et al., 2019), denotándose la variable dependiente  $y_{ij}$  de la siguiente forma

$$y_{ij} = \begin{cases} 1 & \text{si } y_{ij}^* > 0 \\ 0 & \text{si } y_{ij}^* \leq 0 \end{cases} \quad (3.1)$$

Para describir el modelo, de manera que permita analizar variables de diferentes niveles de manera simultánea se emplea la metodología multinivel. Para lo cual, se denota con  $i$  a las unidades del nivel 1 (individuos), mientras que con  $j$  se representan a las unidades del nivel 2 (países). Así, se establece que hay  $j = 1, 2, \dots, N$ , unidades del nivel 2 e  $i = 1, 2, \dots, n_i$  unidades del nivel 1 que se encuentran anidados dentro de cada unidad del nivel 2 (Hedeker et al., 1994). El primer modelo a especificar es el modelo nulo, que no toma en cuenta las variables explicativas y solo toma en cuenta el intercepto aleatorio (Aparicio & Morera, 2007).

$$\pi_{ij} = P(y_{ij} = 1)$$

$$\text{logit}(\pi_{ij}) = \log\left(\frac{\pi_{ij}}{1 - \pi_{ij}}\right) = \beta_{0j} \quad (3.2)$$

$$\beta_{0j} = \beta_{00} + \mu_{0j}$$

$$\mu_{0j} \sim N(0, \sigma_{\mu}^2)$$

donde  $y_{ij}$  corresponde a la autoevaluación de la salud, que toma el valor de uno si el individuo  $i$  del país  $j$  califica su salud como buena, y cero si la califica como mala y,  $\pi_{ij}$  es la probabilidad de que un individuo  $i$  que pertenece al país  $j$  califique su salud como buena. El intercepto  $\beta_{00}$  es el

promedio de  $\pi_{ij}$  y  $\mu_{0j}$  es el efecto aleatorio específico asociado con la  $j$ -ésima unidad del nivel 2 y se asume que está distribuido normalmente con media 0 y varianza  $\sigma_{\mu}^2$  (Hedeker et al., 1994). En los modelos multinivel se estima la correlación intraclase  $\rho$ , a partir de la especificación del modelo nulo, expresada de la siguiente forma:

$$\rho = \frac{\sigma_{\mu}^2}{\sigma_{\mu}^2 + \sigma_e^2} \quad (3.3)$$

donde  $\sigma_{\mu}^2$  es la varianza del error del nivel 2 y  $\sigma_e^2$  es la varianza del error del nivel 1 (Maas & Hox, 2006). Sin embargo, en los modelos logísticos se asume que la varianza de los residuos del primer nivel es  $\sigma_e^2 = \pi^2/3$ , valor que es reemplazado en la ecuación (3.3) para obtener el coeficiente de correlación intraclase, mismo que revela la variación total que se explica por las diferencias entre los países (Rasbash et al., 2004).

$$\rho = \frac{\sigma_{\mu}^2}{\sigma_{\mu}^2 + \frac{\pi^2}{3}} \quad (3.4)$$

Luego, se incorporan las variables explicativas del primer nivel a la ecuación 3.2, expresada de la siguiente forma:

$$\text{logit}(y_{ij}) = \beta_{00} + \sum_{k=1}^K \beta_{k0} X_{kij} + e_{ij} \quad (3.5)$$

donde,  $\beta_{k0}$  corresponde a los coeficientes asociados a cada variable,  $X_{kij}$  es la matriz que contiene la información de las características atribuidas a los individuos como: edad, género, estado civil, estrato social, situación laboral, nivel de educación, confianza interpersonal, índice de participación en organizaciones, para cada individuo  $i$  del país  $j$  y  $e_{ij}$  es el término del error asociado a los predictores del nivel 1.

Finalmente, al incorporar las variables explicativas del nivel 1 y el nivel 2, la probabilidad de autoevaluar su salud como buena variará entre los individuos de cada país, resultando el siguiente modelo:

$$\text{logit}(y_{ij}) = \beta_{00} + \sum_{k=1}^K \beta_{k0} X_{kij} + \sum_{h=1}^H \beta_{0h} Z_{hj} + \mu_{0j} + e_{ij} \quad (3.6)$$

donde  $Z_{hj}$  representa a las variables contextuales siendo:  $Z_{1j}$ : índice de percepción de la corrupción,  $Z_{2j}$ : índice de la democracia,  $Z_{3j}$ : índice de Gini,  $Z_{4j}$ : PIB per capita y  $Z_{5j}$ : confianza social

agregada. El término de error se compone de la parte no explicada de la variable dependiente que se divide en dos partes, una propia del país ( $\mu$ ) y una propia del individuo ( $e$ ), bajo el supuesto de que los dos componentes de la varianza tienen media cero y varianza constante.

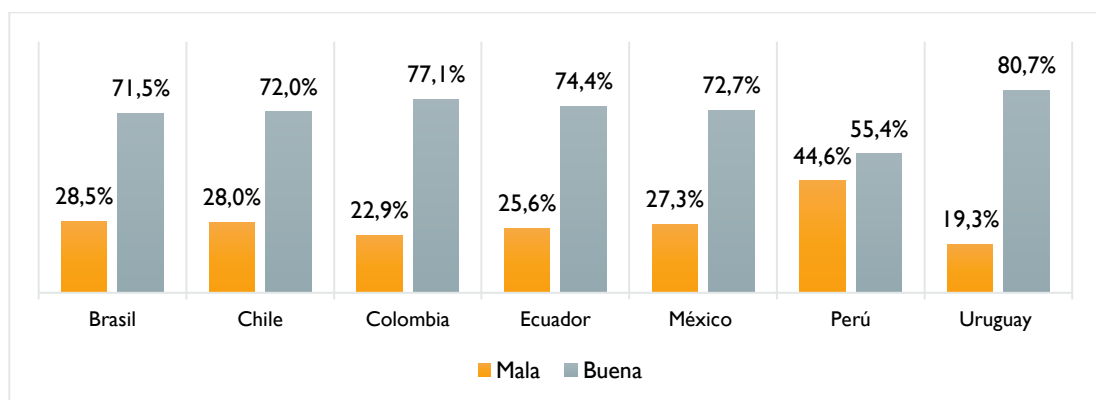
### 3.3. Variables

#### 3.3.1. Variable endógena

En el presente trabajo se busca determinar los factores que influyen en la respuesta con respecto al estado de salud autoevaluado, para lo cual, la evidencia empírica sugiere establecer una variable dependiente que refleje su relación con la salud (Feng et al., 2016). La información de la variable dependiente se extrajo de la sexta ola de la Encuesta Mundial de Valores comprendida entre los años 2010-2014, y corresponde a la pregunta: *¿Cómo describiría su estado de salud hoy en día?*, la escala original de la pregunta del cuestionario consta de categorías ordenadas del 1 al 4 siendo el valor de 1 (*“Muy bueno”*), 2 (*“Bueno”*), 3 (*“Regular”*) y 4 (*“Malo”*). Sin embargo, se codificó las categorías en una variable dicotómica de la salud autopercibida en el que 1 es muy buena y buena salud y 0 para regular y mala salud.

La Figura 3.1 muestra el comportamiento de los niveles de percepción de la salud de los siete países latinoamericanos considerados en el estudio, en la cual se observa que, los individuos encuestados en todos los países a excepción de Perú, presentan porcentajes de buena salud por encima del 70 %.

*Figura 3.1: Niveles de percepción de la salud*



Fuente: Encuesta Mundial de Valores (2010-2014). Elaboración: Las autoras

### 3.3.2. Variables exógenas

Para el análisis se considera dos grupos de variables: nivel 1 (individuales) y nivel 2 (países) que, según la literatura, influirían sobre el estado de salud de las personas.

#### Nivel: Individual

**Edad:** Variable que hace referencia a la edad del entrevistado. Como se observa en la Tabla 3.1, la edad promedio de las personas encuestadas es de alrededor de 40 años.

*Tabla 3.1: Estadística descriptiva de la variable Edad*

			Desviación		
	Observaciones	Media	estándar	Mínimo	Máximo
<b>Edad</b>	8.510	40,6	16,2	18	97

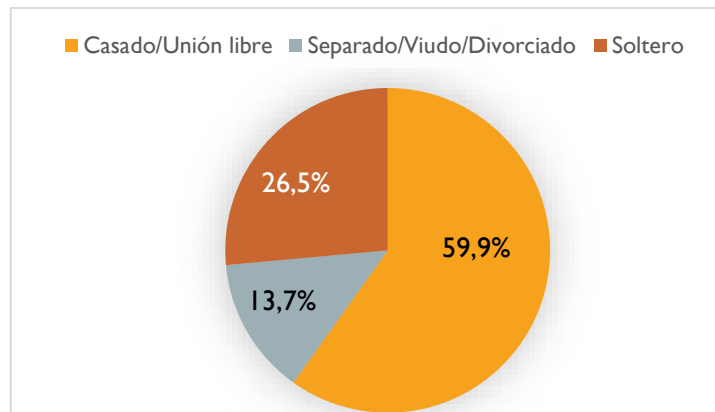
Fuente: Encuesta Mundial de Valores (2010-2014). Elaboración: Las autoras

**Mujer:** Variable dicotómica que toma el valor de 1 si el individuo es mujer y cero en caso de ser hombre. Esta variable está compuesta por alrededor del 51,8 % de mujeres y 48,2 % de hombres.

**Estado civil:** Variable que corresponde al estado marital del individuo encuestado, las respuestas se presentan en seis categorías: casado, unión libre, separado, viudo, divorciado y soltero. Para analizar el efecto que tiene el estado civil sobre la autoevaluación de la salud, las respuestas fueron agrupadas y codificadas en tres categorías: casado/unión libre (1), separado /viudo/divorciado (2), soltero (3).

El total de los individuos encuestados que responden estar casados o en unión libre alcanzan el 59,9 %, seguido por solteros con 26,5 % y por último el grupo de separado/viudo/divorciado se reduce al 13,7 %.

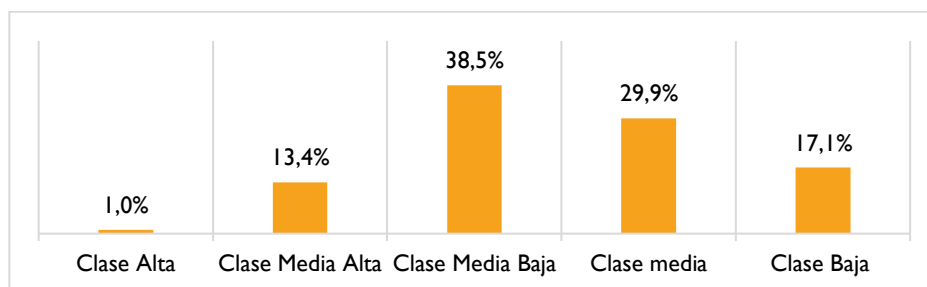
Figura 3.2: Estado civil



Fuente: Encuesta Mundial de Valores (2010-2014). Elaboración: Las autoras

**Estrato social:** Esta variable detalla como las personas se describen a sí mismas en el entorno social considerando los estratos sociales. La evaluación utilizó categorías, siendo: clase alta (1), clase media alta (2), clase media baja (3), clase media (4) y por último clase baja (5). Esta variable es sugerida por la literatura como una medida del estado socioeconómico del individuo (Xu et al., 2010). El análisis de esta variable muestra que, aproximadamente el 38,5 % de los individuos declaran pertenecer a la clase media baja. Por otro lado, la clase media alta y alta reportan los más bajos porcentajes de 13,4 % y 1,0 %, respectivamente (Véase Figura 3.3).

Figura 3.3: Respuestas de la variable estrato social



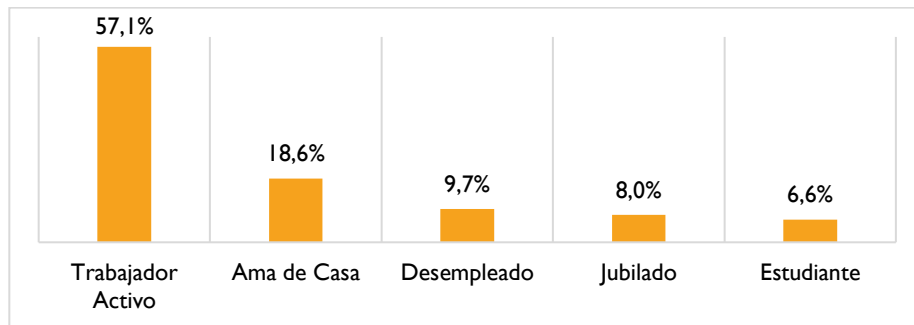
Fuente: Encuesta Mundial de Valores (2010-2014). Elaboración: Las autoras

**Situación laboral:** La variable se presenta en cinco categorías: trabajador activo (empleado a tiempo completo, empleado a tiempo parcial y trabajador autónomo) (1), jubilado (2), ama de casa (3), estudiante (4), desempleado (5). En la Figura 3.4 se presentan los porcentajes de situación



laboral, se observa que el 57,1 % de los individuos encuestados señalan pertenecer al grupo de trabajadores activos.

Figura 3.4: Situación laboral



Fuente: Encuesta Mundial de Valores (2010-2014). Elaboración: Las autoras

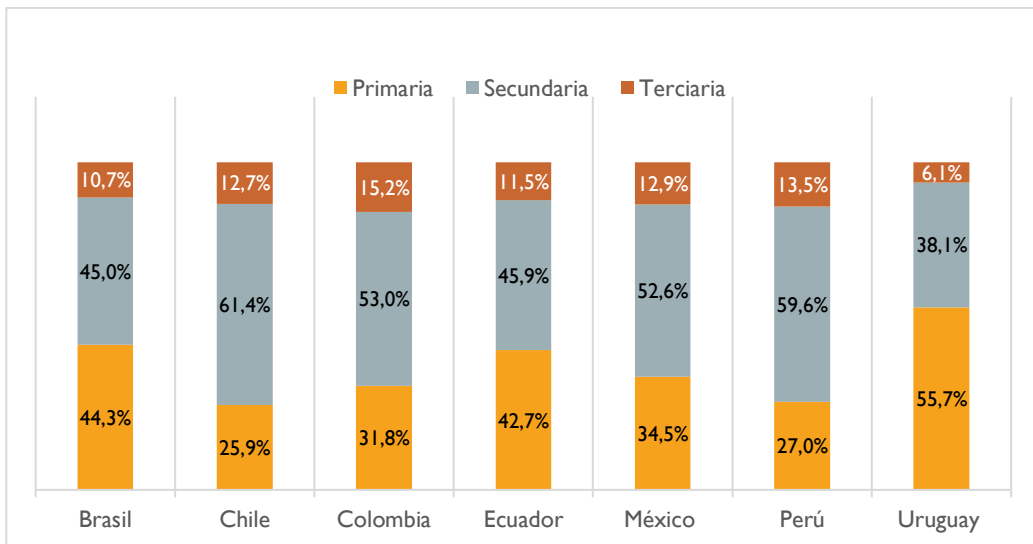
**Nivel de educación:** La variable se presenta en nueve categorías ordenadas desde 1 al 9, siendo el nivel 1 (“sin educación formal”) hasta 9 (“Posgrado”), misma que es recodificada acorde a la clasificación del logro educativo determinado por la UNESCO<sup>5</sup> (Ver anexo 2). Las categorías establecidas son: primaria (1), secundaria (2), terciaria (3).

En la Figura 3.5 se evidencian diferencias entre el nivel de educación de los individuos por países, siendo Colombia el país con el más alto porcentaje en el nivel de educación terciaria con 15,2 %, seguido por Perú, México, Chile con 13,5%, 12,9% y 12,7, respectivamente. Por otro lado, países como Ecuador, Brasil y Uruguay alcanzan los niveles de educación terciaria más bajos con 11,5%, 10,7% y 6,1 %, respectivamente. El comportamiento en cuanto al nivel de educación primaria se observa que, Uruguay alcanza el porcentaje más alto del 55,7 % y, por el contrario, Perú y Chile se ubican con los valores más bajos con 27,0 % y 25,9 %, respectivamente.

---

<sup>5</sup> La organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) fundado el 16 de noviembre de 1945.

Figura 3.5: Nivel de educación por país

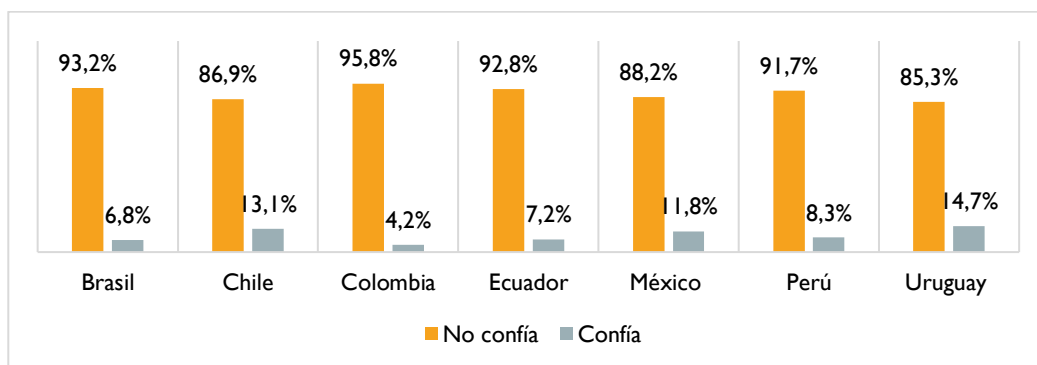


Fuente: Encuesta Mundial de Valores (2010-2014). Elaboración: Las autoras

**Confianza interpersonal:** Esta variable determina la percepción de la confianza considerando la respuesta a la interrogante: *¿Diría usted que se puede confiar en la mayoría de las personas o que es necesario ser muy cuidadoso al tratar a la gente?* Esta variable dicotómica toma el valor de 1 si el individuo considera que se puede confiar en la mayoría de personas y 0 en caso contrario.

La Figura 3.6 muestra que la mayor parte de los individuos responden que se debe ser cuidadoso al confiar en la gente. Además, se aprecia que el porcentaje de individuos que señalan que se puede confiar en los demás se encuentran por debajo del 15 %.

Figura 3.6: Nivel de confianza interpersonal por países



Fuente: Encuesta Mundial de Valores (2010-2014). Elaboración: Las autoras

**Miembro de alguna organización:** La participación de los individuos en alguna organización fue obtenida de la respuesta a la pregunta: *¿Podría usted decirme si es miembro activo, miembro inactivo, o no es miembro de alguna organización?*, la variable que corresponde a la participación en alguna organización se construye usando la participación de los individuos en alguna de las 12 organizaciones voluntarias.

Finalmente, en la Tabla 3.2 se muestra la descripción de cada una de las variables individuales, así como el signo esperado en la estimación del modelo, según la literatura y la evidencia empírica.

Tabla 3.2: Variables explicativas del nivel individual

Variables	Tipo de variable	Descripción de la variable	Signos esperados	Autores
Edad	Cuantitativa	Edad del individuo	-	Randell et al. (2017), Joffer et al (2016), Aguilar et al. (2017), Wang et al. (2018)
Mujer	Cualitativa	1 si el individuo es mujer; 0 caso contrario	- /+	Benyamini et al. (2003), Seubsman et al. (2011), Sörlin et al. (2011), Tuesca y Amed (2014),
Separado/Viudo/Divorciado	Cualitativa	1 si el individuo es separado, viudo o divorciado; 0 caso contrario	-	Liu y Umberson (2008), Lindström (2009), Hosseinpoor et al. (2012), Cau et al. (2016).
Soltero		1 si el individuo es soltero; 0 caso contrario	-	
Casado/Unión libre *		1 si el individuo es casado o unión libre; 0 caso contrario		
22 Clase alta	Cualitativa	1 si el individuo considera que pertenece a la clase alta; 0 caso contrario	+	Xu et al. (2010), Andersen et al. (2011), Bak et al. (2015), Baidin et al. (2021)
Clase media alta		1 si el individuo considera que pertenece a la clase media alta; 0 caso contrario		
Clase media baja		1 si el individuo considera que pertenece a la clase media baja; 0 caso contrario		
Clase media		1 si el individuo considera que pertenece a la clase media; 0 caso contrario		
Clase baja *		1 si el individuo considera que pertenece a la clase baja; 0 caso contrario		

Continúa en la siguiente página

Tabla 3.3: Variables explicativas del nivel individual (Continuación)

Variables	Tipo de variable	Descripción de la variable	Signos esperados	Autores
Jubilado		1 si el individuo es jubilado o pensionado; 0 caso contrario	-	
Ama de casa		1 si el individuo es responsable de actividades del hogar; 0 caso contrario	-	
Estudiante	Cualitativa	1 si el individuo es estudiante; 0 caso contrario	+	Zunzunegui et al. (2009), Miething (2013), Kwon et al. (2016), Rözer y Volker (2016).
Desempleado		1 si el individuo no cuenta con un empleo; 0 caso contrario	-	
Empleado tiempo total, parcial y autónomo *		1 si el individuo es asalariado o es trabajador independiente; 0 caso contrario		
23 Primaria	Cualitativa	1 si el individuo culminó la educación primaria 0 caso contrario	- / +	McFadden (2009), Xu et al. (2010), Hurtado et al. (2011), Feng et al. (2016), Cialani y Mortazavi (2020).
Secundaria *		1 si el individuo culminó la educación secundaria; 0 caso contrario		
Terciaria		1 si el individuo culminó la educación universitaria; 0 caso contrario	+	
Confianza interpersonal	Cualitativa	1 si el individuo cree que se puede confiar en la mayoría; 0 caso contrario	+	Subramanian et al. (2002), Nummela (2015), Feng et al. (2016), Pinillos & Kawachi (2018).
Miembro de organización	Cuantitativa	Índice de participación en organizaciones	+	Helly (2002), Sund et al. (2007), Chuang et al. (2013), Nummela (2015), Wang et al. (2018)

\*Categoría de referencia

Elaboración: Las autoras

### *Nivel: País*

Para dar continuidad al análisis de las variables, se presenta la Tabla 3.3 que resume la estadística descriptiva de cada una de las variables a nivel de país. La media del Índice de la percepción de la corrupción para Latinoamérica es de 47,4 puntos. El valor mínimo de esta variable pertenece a Ecuador con 33, mientras que Uruguay y Chile alcanzan el valor máximo con 73.

Por otro lado, el promedio del índice de la democracia en América Latina fue de 7 puntos, el máximo valor es de Uruguay con 8.2, a diferencia de Ecuador que registra el puntaje el valor mínimo de 5.9.

De la misma manera, el promedio del índice de Gini para la región es de 46,8, mientras que el valor mínimo es de 40 que corresponde a Uruguay, mientras que el valor máximo es de 53 que pertenece a Colombia. Finalmente, la media del PIB per capita de Latinoamérica fue de \$9.876,6 a precios constantes de 2010.

*Tabla 3.3 Estadística descriptiva variables agregadas*

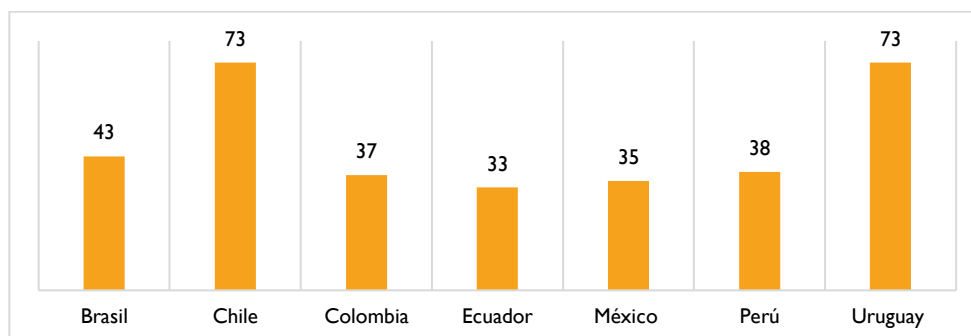
	Observaciones	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
<b>Índice de percepción de la corrupción</b>	7	47,4	16,4	33	73
<b>Índice de la democracia</b>	7	7,0	0,8	5,9	8,2
<b>Índice de Gini</b>	7	46,8	4,3	40	53
<b>PIB per cápita</b>	7	9.876,6	3.456,6	5.412,1	14.561,3
<b>Confianza agregada</b>	7	9,4	4	4	15

Elaboración: Las autoras

**Índice de corrupción:** El índice publicado por Transparencia Internacional clasifica a nivel global a los países en una escala del 0 (“*el más corrupto*”) al 100 (“*el más limpio*”) en función del nivel de percepción de la corrupción en el sector público. En la Figura 3.7 se observa que la mayoría de países considerados en el análisis obtienen calificaciones por debajo de los 44 puntos, a excepción de Uruguay y Chile que presentan calificaciones de 73 puntos y se mantienen como los países más

transparentes de Latinoamérica. Sin embargo, el valor más bajo corresponde a Ecuador con 33 puntos.

*Figura 3.7: Nivel de percepción de la corrupción por países*



Fuente: Transparencia Internacional (2014). Elaboración: Las autoras

**Índice de democracia:** Medida que clasifica a 165 países en función de la calidad democrática en una escala que va de 0 a 10, donde 0 corresponde a los países con regímenes autoritarios y 10 corresponde a los países con democracias plenas. Esta medida abarca cinco áreas de evaluación: funcionamiento del gobierno, proceso electoral y pluralismo, libertades civiles, participación política y cultura.

Como se observa en la Figura 3.8, Uruguay tiene el valor más alto en calidad democrática, por lo que se considera una de las democracias más plenas de América Latina. De acuerdo a la puntuación del índice de la democracia, países como Chile, Brasil, México, Colombia y Perú, se ubican en el rango de los países con democracias imperfectas. Particularmente, Ecuador alcanza los 5,9 puntos que lo ubican en los países con regímenes híbridos caracterizados por instituciones democráticas, pero con elementos autoritarios. El resultado no sorprende para el caso ecuatoriano, debido a que la calidad democrática en ese periodo se había reducido por el control del gobierno sobre las instituciones que protegen la libertad civil y política de los conciudadanos (Vera & Llanos, 2016).

Figura 3.8: Índice de la democracia por países



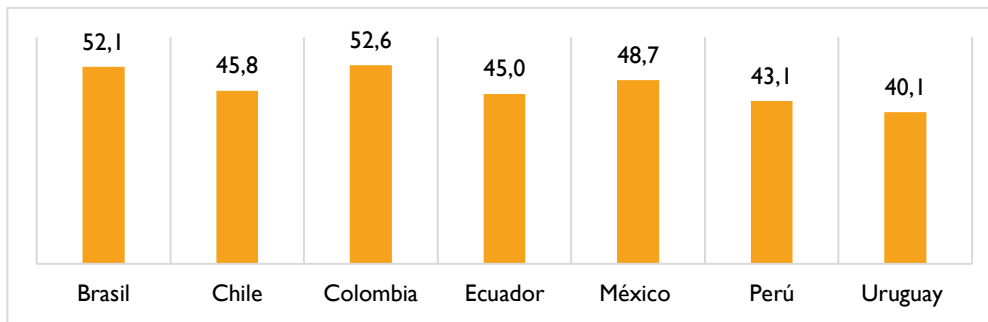
Fuente: Unidad de Inteligencia The Economist (2014). Elaboración: Las autoras

**Índice de Gini:** El indicador publicado por el Banco Mundial mide cuán desigual es la distribución de ingresos entre individuos y hogares en la economía de los países (Banco Mundial, n.d.-a). El valor del índice se expresa en una escala de 0 (“equidad perfecta”) hasta 100 (“inequidad perfecta”).

En cuanto a los países considerados en el presente estudio se observa en la Figura 3.9 que Uruguay es uno de los países más igualitarios, en términos de distribución de riqueza. Por otro lado, los resultados evidencian que Colombia y Brasil son los que presentan los más altos niveles de desigualdad, con valores aproximados a los 53 y 52 puntos, respectivamente. Es importante considerar que la desigualdad en estos dos países se destaca por las amplias brechas de ingresos que existe entre departamentos, lo que provoca grandes diferencias económicas, sociales y laborales en el país (Sánchez, 2017).



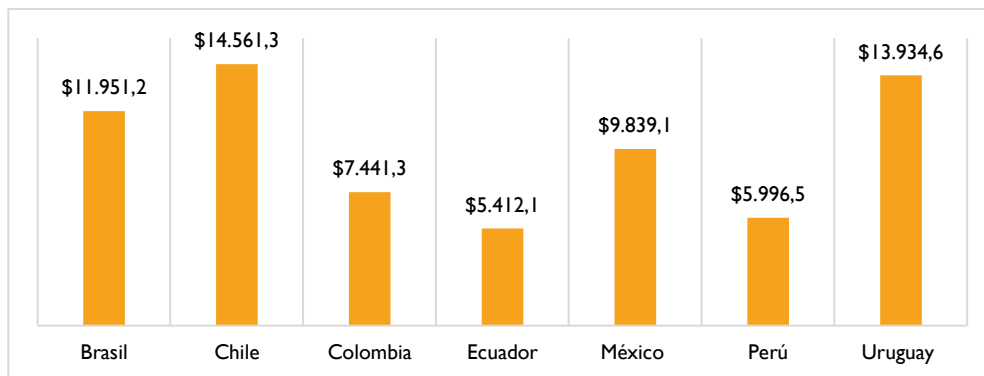
Figura 3.9: Índice de Gini



Fuente: Banco Mundial (2014). Elaboración: Las autoras

**PIB per cápita:** El indicador macroeconómico a precios constantes del 2010 mide la relación entre el nivel de ingresos de un país y la población (Banco Mundial, n.d.-b). Los datos revelan que el PIB per cápita promedio para los países considerados alcanzan los \$9.876,6; como se observa en la Figura 3.10, Chile registró el PIB per cápita más elevado de la región, con ingresos de \$14.561,3 por individuo. En contraste, el valor más bajo es de Ecuador que alcanza los \$5.412,1 por persona.

Figura 3.10: Producto interno bruto per cápita 2014 (USD a precios constantes del 2010)



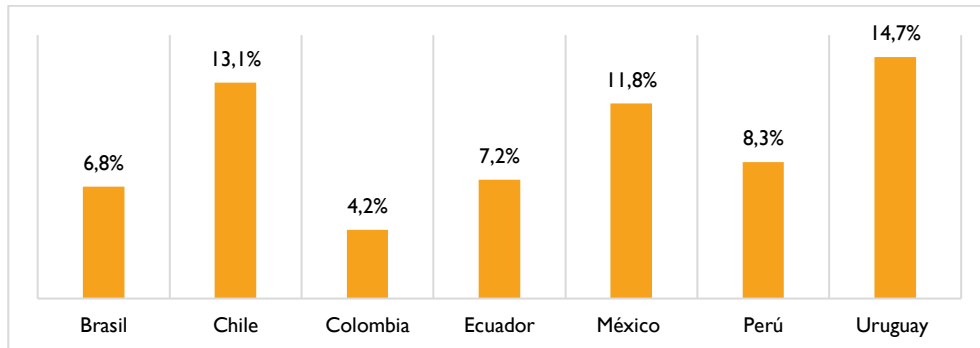
Fuente: Banco Mundial (2014). Elaboración: Las autoras

**Confianza social agregada:** Esta variable es construida a partir de la media aritmética de las respuestas de las variables de la confianza interpersonal que las personas reportaron por cada país (Jen et al., 2010).

Si se observan los datos en la Figura 3.11 se evidencia que Uruguay y Chile muestran los valores más altos de las percepciones de confianza agregada con 14,7 % y 13,1 %, respectivamente. En

contraste, Colombia alcanza la puntuación más baja con el 4,2 %. Los resultados concuerdan con el estudio de Baeza (2011), el cual señala que en los países latinoamericanos prima una baja confianza de los individuos en la sociedad.

*Figura 3.11: Confianza agregada a nivel de país*



Fuente: Encuesta Mundial de Valores (2010-2014). Elaboración: Las autoras

Finalmente, en la Tabla 3.3 se resumen las variables que serán utilizadas para el presente trabajo conjuntamente con hallazgos de la literatura y los resultados esperados para cada una de ellas.

Tabla 3.4: Variables explicativas del nivel país

<b>VARIABLES</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Descripción de la variable</b>	<b>Signos esperados</b>	<b>Autores</b>
IPC	Cuantitativa	Índice de percepción de la corrupción	+	Bobak et al. (2000), Vian (2008), Krueger et al. (2015), Naher et al. (2020).
Índice de la democracia	Cuantitativa	Calidad democrática de los países	+	Franco et al. (2004), Krueger et al. (2015), Wise y Sainsbury (2017).
GINI	Cuantitativa	Índice de Gini (desigualdad de ingresos)	-	Weich et al. (2002), Vincens et al. (2018).
PIB per cápita	Cuantitativa	Producto Interno Bruto per cápita (a precios constantes de 2010)	+	Tuesca y Amed (2014), Krueger et al. (2015), Story y Glanville (2019).
Confianza social agregada	Cuantitativa	Confianza social agregada	+	Subramanian et al. (2002), Jen et al. (2010), Elgar et al. (2011), Feng et al. (2016).

Elaboración: Las autoras

# Capítulo 4

## Resultados

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos a través de la estimación de los modelos logísticos multinivel para el análisis de la percepción de la salud en Latinoamérica. En primer lugar, se procedió a la estimación del modelo nulo.

*Tabla 4.1: Modelo nulo*

<b>Salud autoevaluada</b>	<b>Coefficiente</b>	<b>Error estándar</b>
Intercepto	0.9651	0.1318
<b>Efectos aleatorios</b>		
Variabilidad entre países	0.1170	0.0651

Elaboración: Las autoras

Así, a partir de la ecuación (3.4) se obtiene el coeficiente de correlación intraclase  $\rho = 0.034$ , el cual muestra que, aproximadamente el 3% de la varianza de la salud autopercibida es atribuida a las divergencias entre los países.

El número reducido de países puede generar que los componentes a nivel agregado sean estadísticamente insignificantes, por lo que autores como Bobak et al. (2000) y Vincens et al. (2018) sugieren que se debe estimar las variables agregadas por modelo para evitar problemas de estimaciones sesgadas.

Se procede a estimar una serie de cuatro modelos. El modelo 1 incluye todos los predictores individuales en su parte fija y evalúa el efecto de las variables individuales sobre la salud autoevaluada. El modelo 2 amplía el modelo 1, incorporando las variables contextuales como el Índice de la percepción de la corrupción y el Índice de la democracia. El modelo 3 incluye el modelo

1, incorporando los factores a nivel agregado del Índice de Gini y PIB per capita, respectivamente. Y finalmente, el modelo 5 considera las variables independientes a nivel individual, además de la variable de la confianza social agregada. Este modelo permite evaluar el impacto del capital social contextual en la salud autopercebida.

A continuación, en la tabla 4.2 se presentan los resultados de las estimaciones de cada uno de los modelos.

*Tabla 4.2: Estimación modelos logísticos multinivel*

<b>Variables</b>	<b>Niveles de percepción de la salud</b>			
	<b>Modelo 1</b>	<b>Modelo 2</b>	<b>Modelo 3</b>	<b>Modelo 4</b>
<b>Nivel 1: Individual</b>				
<b>Edad</b>	-0.0318 *** (0.0021)	-0.0318 *** (0.0021)	-0.0318 *** (0.0021)	-0.0318*** (0.0021)
<b>Mujer</b>	-0.3441*** (0.0613)	-0.3444*** (0.0613)	-0.3441 *** (0.0613)	-0.3444 *** (0.0613)
<b>Casado/Unión libre</b>	-0.0078 (0.0734)	-0.0078 (0.0734)	-0.0078 (0.0743)	-0.077 (0.0743)
<b>Separado/Viudo/Divorciado</b>	-0.1487 (0.0980)	-0.1488 (0.0980)	-0.1487 (0.0980)	-0.1488 (0.0980)
<b>Clase alta</b>	1.6748 *** (0.3733)	1.6744 *** (0.3733)	1.6747 *** (0.3733)	1.6741*** (0.3732)
<b>Clase media alta</b>	0.7695 *** (0.1040)	0.7690 *** (0.1040)	0.7695 *** (0.1040)	0.7684 *** (0.1041)
<b>Clase media baja</b>	0.6534 *** (0.0756)	0.6532 *** (0.0756)	0.6534 *** (0.0756)	0.6528 *** (0.0756)
<b>Clase media</b>	0.4369 *** (0.0761)	0.4364 *** (0.0761)	0.4369 *** (0.0761)	0.4361 *** (0.0766)
<b>Jubilado</b>	-0.2569 * (0.1046)	-0.2576 * (0.1046)	-0.2569 * (0.1046)	-0.2578 * (0.1047)
<b>Ama de casa</b>	-0.0612 (0.0783)	-0.0606 (0.0782)	-0.0612 (0.0783)	-0.0604 (0.0783)

*Continúa en la página siguiente*

Tabla 4.3: Estimación modelos logísticos multinivel (Continuación)

<b>Nivel 1: Individual</b>	<b>Modelo 1</b>	<b>Modelo 2</b>	<b>Modelo 3</b>	<b>Modelo 4</b>
<b>Estudiante</b>	0.1216 (0.1459)	0.1216 (0.1459)	0.1217 (0.1459)	0.1215 (0.1459)
<b>Desempleado</b>	-0.4236 *** (0.0907)	-0.4234 *** (0.0907)	-0.4236 *** (0.0907)	-0.4229 *** (0.0907)
<b>Primaria</b>	-0.6593 *** (0.0625)	-0.6596 *** (0.0602)	-0.6593 *** (0.0602)	-0.6598 *** (0.0603)
<b>Terciaria</b>	0.5404 *** (0.1046)	0.5405 *** (0.1046)	0.5404 *** (0.1046)	0.5406 *** (0.1046)
<b>Confianza interpersonal</b>	0.3496 *** (0.1010)	0.3492 *** (0.1010)	0.3496 *** (0.1010)	0.3490 *** (0.1010)
<b>Miembro de la organización</b>	0.5588 *** (0.1850)	0.5602 *** (0.1850)	0.5588 *** (0.1850)	0.5619 *** (0.1851)
<b>Constante</b>	2.2849 *** (0.2424)	2.2409 *** (0.2383)	2.2844 *** (0.2428)	2.2613 *** (0.2360)
<b>VARIABLES A NIVEL PAÍS</b>				
<b>Índice de la percepción de la corrupción</b>		7.44e-10 (3.52e-06)		
<b>Índice de la democracia</b>		0.0064 ** (0.0035)		
<b>Índice de GINI</b>			7.74e-08 (5.27e-06)	
<b>PIB per cápita</b>			7.93e-12 (2.10e-10)	
<b>Confianza social</b>				13.0231 * (38.2494)
<b>Constante</b>	0.3133 ** (0.1711)	3.56e-05 (0.0025)	0.3125 ** (0.1720)	0.1850 (0.3283)
<b>AIC</b>	8783.6167	8788.6110	8788.7599	8786.1656
<b>BIC</b>	8910.4987	8929.5909	8929.7398	8920.0965
<b>N</b>	8510	8510	8510	8510
<b>Numero de grupos</b>	7	7	7	7

Errores estándar en paréntesis

\* $p < 0.10$ ; \*\* $p < 0.05$ ; \*\*\* $p < 0.01$

Elaboración: Las autoras

Los resultados de la estimación del Modelo 1, todas las variables a nivel individual son estadísticamente significativos para calificar el propio estado de salud, a excepción del estado civil, los resultados no permiten confirmar una relación directa de la situación conyugal sobre la salud autoevaluada.

Por el lado de la confianza en la sociedad y la participación en actividades cívicas, las estimaciones arrojan resultados que van acorde a la literatura, corroborando que un alto nivel de confianza en la sociedad y la participación en organizaciones tienen un efecto positivo en la autoevaluación de la salud (Feng et al., 2016; Nummela, 2015), evidenciando que las personas que residen en países que valoran el desarrollo de las relaciones sociales equitativas y la inclusión social reportan tener una mejor salud.

Así también, el estrato social se muestra como determinante importante de la autopercepción de la salud. Los resultados revelan que es más probable que los individuos que se encuentren en el estrato de ingresos más bajos, perciban un peor estado de salud respecto a los demás. Andersen et al. (2011) y Bak et al. (2015) coinciden en que la posición social en la que se encuentran los individuos de acuerdo a la condición social que ellos se atribuyan influye en la percepción de su salud, es decir, entre mejor estrato social autodeclarado, su autoevaluación de salud mejorará y viceversa.

De la misma manera, la situación laboral, al ser estadísticamente significativa, coincide con los resultados de Rözer y Volker (2016), quienes aseguran que la probabilidad de que una persona empleada activa considere que su estado de salud es bueno es mayor a la de las personas que no se encuentran en una condición de empleo activo.

Aunque la evidencia empírica ha mostrado conclusiones ambiguas respecto al género como determinante de la autoevaluación de la salud, los resultados obtenidos en la estimación permiten inferir que es más probable que las mujeres reporten un peor estado de salud respecto de los hombres, confirmando las consideraciones de estudios como Tuesca y Amed (2014) y Sörlin et al. (2011), quienes justifican este resultado en la brecha de género, siendo las mujeres las que tienen el doble de carga y menos privilegios que los hombres. Así mismo, los resultados correspondientes a la edad fueron ambiguos en la evidencia empírica, obteniendo en este caso que los jóvenes reportan una mejor salud que los adultos, contrastando con los hallazgos de Randell et al. (2017) quienes atribuyen que, los adolescentes reportan una mejor salud que los adultos cuando su estado emocional y su sentido de pertenencia es positivo.

Por último, el factor de la escolaridad responde de la misma manera que los estudios de Xu et al. (2010) y Cialani y Mortazavi (2020), al permitir inferir que a mayor educación las personas informan un mejor estado de salud. Este resultado puede variar al tomar en cuenta el nivel país, como lo indica el estudio de Feng et al. (2016).

El efecto de las variables a nivel individual tomadas en cuenta en el Modelo 1 sobre la salud autoevaluada se mantienen en las estimaciones posteriores.

Con el objetivo de analizar cómo afecta el entorno en el que se desenvuelven los individuos en las autoevaluaciones de las personas sobre su salud, se estimó el Modelo 2, añadiendo al Modelo 1 las variables de índice de la percepción de la corrupción e índice de democracia, que según Kim et al. (2015) y Bobak et al. (2000) afectan a nivel agregado. Sin embargo, al estimar el Modelo 2 únicamente el índice de democracia alcanzó un vínculo positivo y de significancia estadística con la salud autoevaluada. En efecto, los resultados coinciden con los estudios de autores como Krueger et al. (2015) en los que se han obtenido evidencia de que una mayor calidad democrática y de gobernabilidad de un país, aumentan la probabilidad de informar una mejor salud (*véase Tabla 4.2*).

En un tercer modelo (Modelo 3), se incorpora al Modelo 1, dos nuevas variables a nivel de país, el PIB per cápita y el índice de Gini. Con respecto al PIB per cápita que expresa el desarrollo económico, los resultados entre este factor y el nivel de percepción de la salud, no son estadísticamente significativos. De manera similar, el índice de Gini muestra evidencias de la no existencia de una asociación positiva y significativa con la condición de salud. En ese sentido, Bobak et al. (2000) señalan que los hallazgos no sorprenden, debido a que el número reducido de países limita el poder estadístico para analizar el efecto de las variables contextuales sobre los niveles de salud autopercebida.

Finalmente, en la estimación del Modelo 4, el mismo que incluye al segundo nivel del Modelo 1 la variable explicativa de confianza agregada, revelando una asociación positiva estadísticamente significativa con la percepción de la salud, manteniendo constante el efecto de las variables individuales del Modelo 1. Los resultados concuerdan con la línea de investigaciones de Jen et al. (2010) y Elgar et al. (2011), que confirman que los países caracterizados por los altos niveles de confianza en la sociedad tienden a percibir que la salud es mucho mejor en comparación con la de las personas que viven en sociedades en los que la incidencia del capital social es menor.

De manera análoga, se realizaron las mismas estimaciones considerando todas las variables a nivel individual a excepción de la variable asociada a la posición social (estrato social) sustituyendo este factor por la escala de nivel de ingresos de los individuos como sugiere la literatura. Las



direcciones y el nivel de significancia se mantienen en todas las variables, a excepción de la variable agregada del nivel de corrupción que muestra ser estadísticamente significativa. Los resultados evidencian que, a una mayor escala de ingresos, mejor salud reportarán las personas. En efecto, los hallazgos concuerdan con los resultados de Cialani y Mortazavi (2020), quienes afirman que los individuos que perciben un nivel más alto de ingresos catalogarán su salud como mejor después de controlar el resto de variables.

La percepción que tienen las personas sobre su salud tiene una estrecha relación con su salud real. Está comprobado científicamente que los individuos desarrollan malestares físicos a partir de los pensamientos e interpretaciones que tienen consciente o inconscientemente, a la hora de interactuar en su entorno y combinar factores psicológicos, sociales y culturales, lo que es conocido como trastorno psicósomático (Cornellá, 2008). Asimismo, Guillén (2020) asegura que dicho trastorno también puede influir positivamente, al desarrollar pensamientos que afecten a la red psiconeuroinmunoendocrina (PNIE)<sup>6</sup>, el mismo que actúa como un médico interior que busca conservar la integridad del organismo humano.

Es así que, independientemente de una base biológica, la percepción subjetiva de un malestar o enfermedad es uno de los indicadores sanitarios más relevantes, ya que influye significativamente sobre el rendimiento y productividad de los individuos, y a su vez, provoca una demanda de recursos sanitarios al requerir atención integral del sistema de salud para tratar y aliviar sus síntomas (De la Fuente et al., 2014).

---

<sup>6</sup> La PNIE se define como la ciencia transdisciplinaria que estudia las interacciones y comunicación bidireccional entre los sistemas del organismo físico y psicológico (Rodríguez & Rodríguez, 2009).

# Capítulo 5

## Conclusiones y recomendaciones

El propósito de la presente investigación fue evaluar el impacto de variables individuales y agregadas sobre la salud autoevaluada de los individuos en Latinoamérica entre 2010 y 2014. Este estudio contribuye a tener un panorama general del estado de salud autodeclarado por los latinoamericanos, con base en la evaluación del conjunto de características personales, así como de las características de su contexto.

Los resultados de las estimaciones convergen con lo reportado por la literatura, concluyendo que, las personas de edad avanzada, las mujeres, aquellos que terminaron solo la educación primaria y los desempleados tienden a autodeclarar un peor estado de salud. En cambio, pertenecer a una mejor clase social o poseer un mejor nivel de ingresos, tener mayor nivel de educación, poseer confianza interpersonal y ser miembro de alguna organización provocan que las personas tiendan a calificar su salud como buena.

Por lo expuesto, la relevancia de acceder a un mayor nivel de educación y mejorar los ingresos puede ser analizada desde el punto de vista de política pública con el fin de que genere bienestar en la población, así también, motivar a las personas a que sean miembros activos de organizaciones donde se pueda generar una confianza interpersonal y contribuya a que perciban una mejor salud y sean seres más productivos y aporten positivamente al desarrollo económico del país.

A nivel agregado los resultados sugieren que, a mayor calidad de democracia y confianza, los individuos reportarán una mejor salud autoevaluada que los demás, por lo cual es recomendable que el estado genere un ambiente democrático, garantizando una gobernanza adecuada.

Sin duda, las desigualdades sociales y económicas en la población son relevantes a la hora de dar un diagnóstico de la propia salud, por lo que se insta a que los sistemas de salud y las políticas públicas se enfoquen en eliminar las barreras socioeconómicas que generan desigualdades en la población, así como también formular políticas que busquen la integración de la sociedad mediante actividades sociales, culturales y deportivas, al igual que fomentar programas que generen empleos

de calidad y conduzcan a la sociedad a desarrollar un buen estado de salud. Por ello, se debe fortalecer la promoción de la estrategia para la cobertura universal de salud, misma que busca abolir todo tipo de barreras de acceso a servicio sanitario, geográficas, culturales y económicas.

# Referencias

- Abramo, L., Cecchini, S., & Ullmann, H. (2020). Addressing health inequalities in Latin America: The role of social protection. *Ciencia e Saude Coletiva*, 25(5), 1587–1598. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.32802019>
- Aguilar, E., & Carballo, A. (2021). Factores asociados a la salud autoevaluada en personas costarricenses: resultados para la cohorte de jubilación de CRELES. *Población y Salud En Mesoamérica*, 19(1). <https://doi.org/10.15517/psm.v19i2.44219>
- Aguilar, I., Gil, A. I., Sánchez, R., Rabanaque, M., & José. (2018). Self-rated health in Europe and its determinants: Does generation matter? *International Journal of Public Health* 2018 63:2, 63(2), 223–232. <https://doi.org/10.1007/S00038-018-1079-5>
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación*, 9(1).
- Ali, A., Ali, S., Khan, S. A., Khan, D. M., Abbas, K., Khalil, A., Manzoor, S., & Khalil, U. (2019). Sample size issues in multilevel logistic regression models. *PLOS ONE*, 14(11), e0225427. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0225427>
- Andersen, P. T., Bak, C. K., Vangsgaard, S., Dokkedal, U., & Larsen, P. V. (2011). Self-rated health, ethnicity and social position in a deprived neighbourhood in Denmark. *International Journal for Equity in Health*, 10, 5. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-5>
- Aparicio, A., & Morera, M. (2007). La conveniencia del análisis multinivel para la investigación en salud: una aplicación para Costa Rica. *Población y Salud En Mesoamérica*, 4(2), 6.
- Baeza, J. (2011). Juventud y confianza social en Chile. *Ultima Década*, 19(34), 73–92. <https://doi.org/10.4067/S0718-22362011000100005>
- Baidin, V., Gerry, C. J., & Kaneva, M. (2021). How Self-Rated is Self-Rated Health? Exploring the Role of Individual and Institutional Factors in Reporting Heterogeneity in Russia. *Social Indicators Research* 2021 155:2, 155(2), 675–696. <https://doi.org/10.1007/S11205-020-02604-4>
- Bak, C. K., Andersen, P. T., & Dokkedal, U. (2015). The association between social position and

- self-rated health in 10 deprived neighbourhoods. *BMC Public Health* 2015 15:1, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S12889-015-1377-2>
- Banco Mundial. (n.d.-a). *Esperanza de vida al nacer, total (años) - Latin America & Caribbean, Europe & Central Asia, North America, East Asia & Pacific*. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?locations=ZJ-Z7-XU-Z4>
- Banco Mundial. (n.d.-b). *PIB per cápita (US\$ a precios constantes de 2010) | Data*.
- Bárcena, A., & Cimoli, M. (2020). Asimetrías estructurales y crisis sanitaria: El imperativo de una recuperación transformadora para el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. *Cepal Review*, 2020(132), 17–46. <https://doi.org/10.18356/16820908-2020-132-2>
- Barreto, M. L. (2017). Health inequalities: A global perspective. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(7), 2097–2108. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>
- Benyamini, Y., Blumstein, T., Lusky, A., & Modan, B. (2003). Gender Differences in the Self-Rated Health–Mortality Association: Is It Poor Self-Rated Health That Predicts Mortality or Excellent Self-Rated Health That Predicts Survival? *The Gerontologist*, 43(3), 396–405. <https://doi.org/10.1093/GERONT/43.3.396>
- Bobak, M., Pikhart, H., Rose, R., Hertzman, C., & Marmot, M. (2000). Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. *Social Science & Medicine*, 51(9), 1343–1350. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00096-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00096-4)
- Bombak, A. (2013). Self-rated health and public health: a critical perspective. *Frontiers in Public Health*, 1(15), 48–51. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2013.00015>
- Bravo, N. D. (2017). El capital social como determinante de salud pública. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(6), 342–346. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.09.003>
- Bustos, E., Fernández, J. A., & Astudillo, C. I. (2017). Self-rated health, multimorbidity and depression in older adults: proposal and evaluation of a simple conceptual model. *Biomédica*, 37, 92–103. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v37i3.3070>
- Cai, J., Coyte, P. C., & Zhao, H. (2017). Determinants of and socio-economic disparities in self-rated health in China. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 1–27. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0496-4>

- Campos, I., Subramanian, S. V., & Kawachi, I. (2016). The “dark side” of social capital: Trust and self-rated health in European countries. *European Journal of Public Health*, 26(1), 90–95. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv089>
- Casas, J. A. (2002). Salud, desarrollo humano y gobernabilidad en América latina y el caribe a inicios del siglo XXI. In *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health* (Vol. 11, Issues 5–6, pp. 397–408). <https://doi.org/10.1590/s1020-49892002000500014>
- Catalán, M., & Galindo, M. (2003). Utilización de los modelos multinivel en investigación sanitaria. *Gaceta Sanitaria*, 17(Supl.3), 35–52. <https://doi.org/10.1157/13057791>
- Cau, B. M., Falcão, J., & Arnaldo, C. (2016). Determinants of poor self-rated health among adults in urban Mozambique. *BMC Public Health* 2016 16:1, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S12889-016-3552-5>
- Chuang, Y. C., Chuang, K. Y., & Yang, T. H. (2013). Social cohesion matters in health. *International Journal for Equity in Health*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-87>
- Cialani, C., & Mortazavi, R. (2020). The effect of objective income and perceived economic resources on self-rated health. *International Journal for Equity in Health* 2020 19:1, 19(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/S12939-020-01304-2>
- Cislaghi, B., & Cislaghi, C. (2019). Self-rated health as a valid indicator for health-equity analyses: Evidence from the Italian health interview survey. *BMC Public Health*, 19(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6839-5>
- Collazo, M., Cárdenas, J., González, R., Miyar, R., Gálvez, A. M., & Cosme, J. (2002). La economía del la salud: ¿debe ser de interés para el campo sanitario? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(5), 359–365. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892002001100014>
- Conry, M. C., Morgan, K., Curry, P., McGee, H., Harrington, J., Ward, M., & Shelley, E. (2011). The clustering of health behaviours in Ireland and their relationship with mental health, self-rated health and quality of life. *BMC Public Health*, 11(692), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-692>
- Cornellá, J. (2008). Trastornos psicomaticos. *Pediatrica Integral*, 889–898.

- De la Fuente, A., Pellico, A., Fernández, M. J., Landaluce, M., Rodríguez, M. L., & Mora, E. (2014). Abordaje de los trastornos psicósomáticos desde atención primaria de salud: opciones terapéuticas para el abordaje de trastornos somatomorfos. *Medicina General, ISSN-e 0214-8986, Vol. 3, N.º. 7, 2014, Págs. 182-192, 3(7), 182–192.*  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6340041>
- Demakakos, P., Nazroo, J., Breeze, E., & Marmot, M. (2008). Socioeconomic status and health: The role of subjective social status. *Social Science & Medicine, 67(2), 330–340.*  
<https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2008.03.038>
- Dowd, J. B., & Zajacova, A. (2007). Does the predictive power of self-rated health for subsequent mortality risk vary by socioeconomic status in the US? *International Journal of Epidemiology, 36(6), 1214–1221.* <https://doi.org/10.1093/IJE/DYM214>
- Elgar, F. J., Davis, C. G., Wohl, M. J., Trites, S. J., Zelenski, J. M., & Martin, M. S. (2011). Social capital, health and life satisfaction in 50 countries. *Health and Place, 17(5), 1044–1053.* <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.06.010>
- Feng, Z., Vlachantoni, A., Liu, X., & Jones, K. (2016). Social trust, interpersonal trust and self-rated health in China: a multi-level study. *International Journal for Equity in Health 2016 15:1, 15(1), 1–11.* <https://doi.org/10.1186/S12939-016-0469-7>
- Fernández, J., Fernández, M., & Ciesa, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Rev Esp Salud Pública, 84(2), 169–184.*
- Fiorillo, D., & Sabatini, F. (2015). Structural social capital and health in Italy. *Economics and Human Biology, 17, 129–142.* <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2015.02.004>
- Franco, Á., Álvarez-Dardet, C., & Ruiz, M. T. (2004). Effect of democracy on health: ecological study. *BMJ: British Medical Journal, 329(7480), 1421.*  
<https://doi.org/10.1136/BMJ.329.7480.1421>
- Gálvez, A. (2003). Economía de la salud en el contexto de la salud pública cubana. *Rev Cubana Salud Pública, 29(4).*
- García-Rodríguez, J. F., García-Fariñas, A., Priego-Hernández, O., & Pérez, L. M. (2017). Salud desde una perspectiva económica. Importancia de la salud para el crecimiento económico, bienestar social y desarrollo humano. In *Salud en Tabasco* (Vol. 23, Issues 1–2, pp. 44–47).

- González, F. (2008). Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales. *Diversitas*, 4(2), 225–243. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2008.0002.01>
- Guillén, J. M. (2020). El quinto cerebro. Letrame Editorial
- Hedeker, D., Gibbons, R. D., & Flay, B. R. (1994). Random-Effects Regression Models for Clustered Data With an Example from Smoking Prevention Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 757–765. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.4.757>
- Helly, D. (2002). Cohesión social, democracia, participación social y lazo societal: el caso de las minorías étnicas y nacionales en Canadá. *Revista Internacional de Filosofía Política*, 20.
- Hernández, J., & Forero, C. M. (2011). Concepciones y percepciones sobre salud, calidad de vida, actividad física en una comunidad académica de salud. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(2), 159–170.
- Hosseinpoor, A. R., Williams, J. A. S., Itani, L., & Chatterji, S. (2012). Socioeconomic inequality in domains of health: results from the World Health Surveys. *BMC Public Health* 2012 12:1, 12(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-198>
- Hough-Stewart, L., Trebeck, K., Sommer, C., & Wallis, S. (2019). ¿Qué es la economía del bienestar? Revo Prosperidad Sostenible.
- Hurtado, D., Kawachi, I., & Sudarsky, J. (2011). Social capital and self-rated health in Colombia: The good, the bad and the ugly. *Social Science and Medicine*, 72(4), 584–590. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.023>
- Jen, M. H., Sund, E. R., Johnston, R., & Jones, K. (2010). Trustful societies, trustful individuals, and health: An analysis of self-rated health and social trust using the World Value Survey. *Health and Place*, 16(5), 1022–1029. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.06.008>
- Joffer, J., Jerdén, L., Öhman, A., & Flacking, R. (2016). Exploring self-rated health among adolescents: a think-aloud study. *BMC Public Health* 2016 16:1, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S12889-016-2837-Z>
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science and Medicine*, 69(3), 307–316. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>



- Jylhä, M. (2011). Self-Rated Health and Subjective Survival Probabilities as Predictors of Mortality. In *International handbook of adult mortality* (pp. 329–344).  
[https://doi.org/10.1007/978-90-481-9996-9\\_16](https://doi.org/10.1007/978-90-481-9996-9_16)
- Kim, S., Kim, C. Y., & You, M. S. (2015). Civic participation and self-rated health: A cross-national multi-level analysis using the world value survey. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 48(1), 18–27. <https://doi.org/10.3961/jpmph.14.031>
- Knaul, F. M., Arreola Ornelas, H., & Escandón, P. (2007). La competitividad, la salud y el sector salud: una nueva vertiente del paradigma de economía y salud. *Gaceta Médica de México*, 143(2), 93–100.
- Kornblit, A. L., & Mendes, A. M. (2000). El proceso salud-enfermedad. *La Salud y La Enfermedad: Aspectos Biológicos y Sociales*, 1–18.  
[http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/plan2010/spyc/tema9/bibliografia\\_basica\\_09b.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/plan2010/spyc/tema9/bibliografia_basica_09b.pdf)
- Krueger, P. M., Dovel, K., & Denney, J. T. (2015). Democracy and self-rated health across 67 countries: A multilevel analysis. *Social Science and Medicine*, 143, 137–144.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.08.047>
- Kwon, K., Park, J. B., Lee, K.-J., & Cho, Y.-S. (2016). Association between employment status and self-rated health: Korean working conditions survey. *Annals of Occupational and Environmental Medicine* 2016 28:1, 28(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/S40557-016-0126-Z>
- Lindström, M. (2009). Marital status, social capital, material conditions and self-rated health: A population-based study. *Health Policy*, 93(2–3), 172–179.  
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.05.010>
- Liu, H., & Umberson, D. J. (2008). The Times They Are a Changin’: Marital Status and Health Differentials from 1972 to 2003. *Journal of Health and Social Behavior*, 49(3), 239.  
<https://doi.org/10.1177/002214650804900301>
- López, L. (2018). Salud y Bienestar. Objetivos de Desarrollo Sostenible. *Inteligencia Epidemiológica*, 1(8), 5–51.
- Maas, C. J. M., & Hox, J. J. (2006). Sufficient Sample Sizes for Multilevel Modeling. *Methodology: European Journal of Research Methods for the Behavioral and Social*

- Sciences*, 1(3), 86–92. <https://doi.org/10.1027/1614-2241.1.3.86>
- McFadden, E., Luben, R., Bingham, S., Wareham, N., Kinmonth, A. L., & Khaw, K. T. (2009). Does the association between self-rated health and mortality vary by social class? *Social Science and Medicine*, 68(2), 275–280. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.012>
- Merino, J. (2017). Logística Multinivel. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 32, 177–211.
- Miething, A. (2013). The Relevance of Objective and Subjective Social Position for Self-Rated Health: A Combined Approach for the Swedish Context. *Social Indicators Research*, 111(1), 161–173. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9988-1>
- Montero, J. R., Zmerli, S., & Newton, K. (2008). Social trust, political confidence, and satisfaction with democracy. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 122, 11–54. <https://doi.org/10.2307/40184879>
- Muñoz, S. (2011). Salud y desarrollo en el contexto latinoamericano. *Revista Cubana Salud Pública*, 37(2), 167–174. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37n2/spu12211.pdf>
- Naciones Unidas. (n.d.). *Objetivo 3—Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y un 2030 más saludable*. <https://www.un.org/es/chronicle/article/objetivo-3-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible-y-un-2030-mas-saludable>
- Naher, N., Hoque, R., Hassan, M. S., Balabanova, D., Adams, A. M., & Ahmed, S. M. (2020). The influence of corruption and governance in the delivery of frontline health care services in the public sector: a scoping review of current and future prospects in low and middle-income countries of south and south-east Asia. *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/S12889-020-08975-0>
- Nummela, O. (2015). *Social Capital and Self-Rated Health among Ageing People in Urban and Rural Locations in Finland and in Europe*. 191–205. [https://doi.org/10.1007/978-94-017-9615-6\\_12](https://doi.org/10.1007/978-94-017-9615-6_12)
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Documentos básicos 45.ª edición*. Medicina.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos básicos 48.ª edición*.
- Organización de las Naciones Unidas. (2017). *Objetivo 3 Salud Y Bienestar : Por Qué Es Importante*. Organización de Las Naciones Unidas.

- Organización Panamericana de la Salud. (2018). Indicadores de salud Aspectos conceptuales y operativos. In *Indicadores de salud*. www.paho.org
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Día Mundial de la Salud 2021 - Construir un mundo más justo y saludable*. <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-salud-2021-construir-mundo-mas-justo-saludable>
- Oshio, T., & Urakawa, K. (2014). The Association Between Perceived Income Inequality and Subjective Well-being: Evidence from a Social Survey in Japan. *Social Indicators Research, 116*(3), 755–770. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0323-x>
- Otero, Á., & Zunzunegui, M. V. (2011). Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria. In *Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes* (First Edit, pp. 87–99). Elsevier España, S.L. <https://doi.org/10.1016/B978-84-8086-728-3/00006-5>
- Pinillos, S., & Kawachi, I. (2018). The relationship between social capital and self-rated health: A gendered analysis of 17 European countries. *Social Science & Medicine, 219*, 30–35. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2018.10.010>
- Plata, L. (1999). Amartya Sen y la economía del bienestar Author ( s ): Leobardo Plata Pérez AMARTYA SEN Y LA ECONOMÍA DEL BIENESTAR Leobardo Plata Pérez \*. *Estudios Económicos, 14*(1), 3–32.
- Poortinga, W., Dunstan, F. D., & Fone, D. L. (2007). Perceptions of the neighbourhood environment and self rated health: A multilevel analysis of the Caerphilly Health and Social Needs Study. *BMC Public Health, 7*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-285>
- Porto, A. (1989). Alberto Porto\_Economía del Bienestar Teoría y Política Económica.pdf. *Económica, XXXV*(1–2), 71–100.
- Quesnel, A. (2007). Self-rated health: caught in the crossfire of the quest for ‘true’ health? *International Journal of Epidemiology, 36*(6), 1161–1164. <https://doi.org/10.1093/IJE/DYM236>
- Randell, E., Joffer, J., Flacking, R., Starrin, B., & Jerdén, L. (2017). Pride, shame and health among adolescents - a cross-sectional survey. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 30*(6). <https://doi.org/10.1515/IJAMH-2016-0107>
- Rasbash, J., Steele, F., Browne, W. J., Goldstein, H., Charlton, C., & Browne, W. J. (2004). A

- Ríos, J., & Schiavone, M. (2013). *Economía y Financiamiento de la Salud*.
- Rodríguez, R., & Rodríguez, J. (2009). Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE), el Pensamiento Complejo y la Medicina Naturista. *Medicina Naturista, ISSN 1576-3080, Vol. 3, N° 2, 2009, Págs. 86-91, 3(2), 86–91.*  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3017265>
- Rözer, J. J., & Volker, B. (2016). Does income inequality have lasting effects on health and trust? *Social Science and Medicine, 149*, 37–45.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.047>
- Sacchi, M., Hausberger, M., & Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva, 3(3)*, 271–283.  
<https://doi.org/10.18294/sc.2007.147>
- Saint, J. M., Jansen, N. A., & Ice, E. (2018). Locales of Trust: How Two Forms of Community Trust are Associated with Mothers' Self-Rated Health in Indonesia. *Maternal and Child Health Journal, 22(9)*, 1278–1285. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2507-0>
- Sánchez, R. M. (2017). Desigualdad del ingreso en Colombia: un estudio por departamentos. *Cuadernos de Economía, 36(72)*, 139–178.  
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/ceconomia/article/view/73067>
- Schüz, B., Wurm, S., Schöllgen, I., & Tesch-Römer, C. (2011). What do people include when they self-rate their health? Differential associations according to health status in community-dwelling older adults. *Quality of Life Research, 20(10)*, 1573–1580.  
<https://doi.org/10.1007/s11136-011-9909-4>
- Segura, O. (2018). Economía de la salud y salud pública: Situación global y perspectivas locales. *Biomedica, 38(2)*, 141–143.
- Seubsman, S. A., Kelly, M. J., Yiengprugsawan, V., Sleight, A. C., Chokhanapitak, J., Churewong, C., Hounthasarn, S., Khamman, S., Pandee, D., Pangsap, S., Prapamontol, T., Puengson, J., Sangrattanakul, Y., Somboonsook, B., Sripaiboonkij, N., Somsamai, P., Vilainerun, D., Wimonwattanaphan, W., Bain, C., ... Strazdins, L. (2011). Gender, socioeconomic status, and self-rated health in a transitional middle-income setting:

- Evidence from Thailand. In *Asia-Pacific Journal of Public Health* (Vol. 23, Issue 5, pp. 754–765). Europe PMC Funders. <https://doi.org/10.1177/1010539509356807>
- Sörlin, A., Lindholm, L., Ng, N., & Öhman, A. (2011). Gender equality in couples and self-rated health - A survey study evaluating measurements of gender equality and its impact on health. *International Journal for Equity in Health* 2011 10:1, 10(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-37>
- Story, W. T., & Glanville, J. L. (2019). Comparing the association between social capital and self-rated health in poor and affluent nations. *SSM - Population Health*, 9, 100508. <https://doi.org/10.1016/J.SSMPH.2019.100508>
- Subramanian, S. V., Kim, D. J., & Kawachi, I. (2002). Social trust and self-rated health in US communities: A multilevel analysis. *Journal of Urban Health*, 79(1), 21–34. [https://doi.org/10.1093/jurban/79.suppl\\_1.s21](https://doi.org/10.1093/jurban/79.suppl_1.s21)
- Sund, E. R., Jørgensen, S. H., Jones, A., Krokstad, S., & Heggdal, M. (2007). The influence of social capital on self-rated health and depression – The Nord-Trøndelag health study (HUNT). *Norsk Epidemiologi*, 17(1), 59–69. <https://doi.org/10.5324/NJE.V17I1.173>
- Transparency International. (2014). *Corruption perceptions index 2014*.
- Tuesca, R. de J., & Amed, E. J. (2014). Social capital and its relationship to self-perceived health: National health survey in Colombia 2007. *Colombia Médica : CM*, 45(1), 7.
- Vera, S., & Llanos, S. (2016). Ecuador: La democracia después de nueve años de la “Revolución Ciudadana” de Rafael Correa. *Revista de Ciencia Política*, 36(1), 145–175. <https://doi.org/10.4067/S0718-090X2016000100007>
- Vian, T. (2008). Review of corruption in the health sector: Theory, methods and interventions. In *Health Policy and Planning* (Vol. 23, Issue 2, pp. 83–94). Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/heapol/czm048>
- Vincens, N., Emmelin, M., & Stafström, M. (2018). Social capital, income inequality and the social gradient in self-rated health in Latin America: A fixed effects analysis. *Social Science and Medicine*, 196, 115–122. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.025>
- Wallace, L. (2004). Ser libre es progresar. *Finanzas & Desarrollo*, 4–7.
- Wang, L., Dong, W., Ou, Y., Chen, S., Chen, J., & Jiang, Q. (2018). Regional differences and

- determinants of self-rated health in a lower middle income rural Society of China 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services 17 Psychology and Cognitive Sciences 1701 Psychology. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0875-0>
- Weich, S., Lewis, G., & Jenkins, S. P. (2002). Income inequality and self rated health in Britain. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(6), 436–441. <https://doi.org/10.1136/JECH.56.6.436>
- Wise, M., & Sainsbury, P. (2007). Democracy: the forgotten determinant of mental health. *Health Promotion Journal of Australia*, 18(3), 177–183. <https://doi.org/10.1071/HE07177>
- Wolf, A. (1967). LA SALUD COMO FACTOR DEL DESARROLLO ECONOMICO INTERNACIONAL. *Boletín De La Oficina Sanitaria Panamericana*, 289–294. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/15292/v62n4p289.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Values Survey. (n.d.). *Base de datos WVS*. Retrieved May 24, 2021, from <https://www.worldvaluessurvey.org/WVSContents.jsp>
- Xu, J., Zhang, J., Feng, L., & Qiu, J. (2010). Self-rated health of population in southern China: association with socio-demographic characteristics measured with multiple-item self-rated health measurement scale. *BMC Public Health* 2010 10:1, 10(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-393>
- Zunzunegui, M. V., Alvarado, B. E., Béland, F., & Vissandjee, B. (2009). Explaining health differences between men and women in later life: A cross-city comparison in Latin America and the Caribbean. *Social Science and Medicine*, 68(2), 235–242. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.031>

# Anexos

## A1. Estimaciones de modelos alternativos

Tabla A.1: Modelos Alternativos

Variables	Niveles de percepción de la Salud						
	Nivel 1: Individual	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6
<b>Edad</b>	-0.0314 *** (0.0021)	-0.0314 *** (0.0021)	-0.0314 *** (0.0021)	-0.0314 *** (0.0021)	-0.0314 *** (0.0021)	-0.0314 *** (0.0021)	-0.0314 *** (0.0021)
<b>Mujer</b>	-0.3339 *** (0.0625)	-0.3342 *** (0.0613)	-0.3347 *** (0.0613)	-0.3339 *** (0.0625)	-0.3339 *** (0.0613)	-0.3339 *** (0.0613)	-0.3347 *** (0.0612)
<b>Casado/Unión libre</b>	-0.0168 (0.0742)	-0.0167 (0.0742)	-0.0167 (0.0742)	-0.0168 (0.0742)	-0.0168 (0.0742)	-0.0168 (0.0742)	-0.0167 (0.0742)
<b>Separado/Viudo/Divorciado</b>	-0.1454 (0.0980)	-0.1455 (0.0980)	-0.1455 (0.0980)	-0.1454 (0.0980)	-0.1454 (0.0980)	-0.1454 (0.0980)	-0.1457 (0.0980)
<b>Ingresos 2</b>	0.0647 (0.1042)	0.0643 (0.1042)	0.0645 (0.1042)	0.0647 (0.1042)	0.0647 (0.1042)	0.0647 (0.1042)	0.0642 (0.1043)
<b>Ingresos 3</b>	0.2260 ** (0.1042)	0.2249 ** (0.1042)	0.2252 ** (0.1042)	0.2257 ** (0.1042)	0.2257 ** (0.1042)	0.2257 ** (0.1042)	0.2248 ** (0.1043)
<b>Ingresos 4</b>	0.3815 *** (0.1040)	0.3805 *** (0.1040)	0.3810 *** (0.1040)	0.3815 *** (0.1040)	0.3815 *** (0.1040)	0.3815 *** (0.1040)	0.3805 *** (0.1041)
<b>Ingresos 5</b>	0.5924 *** (0.0993)	0.5913 *** (0.0993)	0.5917 *** (0.0993)	0.5924 *** (0.0993)	0.5924 *** (0.0993)	0.5924 *** (0.0993)	0.5913 *** (0.0994)
<b>Ingresos 6</b>	0.6814 *** (0.1113)	0.6806 *** (0.1113)	0.6810 *** (0.1113)	0.6814 *** (0.1113)	0.6814 *** (0.1113)	0.6814 *** (0.1113)	0.6808 *** (0.1113)
<b>Ingresos 7</b>	0.7048 *** (0.1258)	0.7042 *** (0.1257)	0.7045 *** (0.1258)	0.7048 *** (0.1258)	0.7048 *** (0.1258)	0.7048 *** (0.1258)	0.7050 *** (0.1258)

Continúa en la siguiente página

Tabla A.1: Modelos Alternativos (Continuación)

<b>Nivel 1: Individual</b>	<b>Modelo 1</b>	<b>Modelo 2</b>	<b>Modelo 3</b>	<b>Modelo 4</b>	<b>Modelo 5</b>	<b>Modelo 6</b>
<b>Ingresos 8</b>	0.5942 *** (0.1540)	0.5940 *** (0.1540)	0.5942 *** (0.1540)	0.5942 *** (0.1540)	0.5942 *** (0.1540)	0.5953 *** (0.1540)
<b>Ingresos 9</b>	1.0827*** (0.2650)	1.0825*** (0.2650)	1.0826 *** (0.2650)	1.0827 *** (0.2650)	1.0827 *** (0.2650)	1.0827 *** (0.2650)
<b>Ingresos 10</b>	0.4537 * (0.2716)	0.4527 * (0.2716)	0.4531 * (0.2716)	0.4537 * (0.2716)	0.4537 * (0.2716)	0.4533 * (0.2716)
<b>Jubilado</b>	-0.2289 ** (0.1047)	-0.2300 ** (0.1048)	-0.2298 ** (0.1047)	-0.2289 ** (0.1047)	-0.2289 ** (0.1047)	-0.2314 ** (0.1047)
<b>Ama de casa</b>	-0.0531 (0.0780)	-0.0522 (0.0780)	-0.0514 (0.0780)	-0.0531 (0.0780)	-0.0531 (0.0780)	-0.0514 (0.0780)
<b>Estudiante</b>	0.1525 (0.1457 )	0.1524 (0.1457 )	0.1525 (0.1457)	0.1525 (0.1457)	0.1525 (0.1457)	0.1519 (0.1457)
<b>Desempleado</b>	-0.4006 *** (0.0907)	-0.4000 *** (0.0908)	-0.4003 *** (0.0907)	-0.4006 *** (0.0907)	-0.4006 *** (0.0907)	-0.3986 *** (0.0907)
<b>Primaria</b>	-0.6627 *** (0.0601)	-0.6632 *** (0.0601)	-0.6631 *** (0.0601)	-0.6628 *** (0.0601)	-0.6628 *** (0.0601)	-0.6637 *** (0.0601)
<b>Terciaria</b>	0.5497 *** (0.1041)	0.5497 *** (0.1041)	0.5497 *** (0.1041)	0.5497 *** (0.1041)	0.5497 *** (0.1041)	0.5497 *** (0.1041)
<b>Confianza interpersonal</b>	0.3654 *** (0.1008)	0.3649 *** (0.1008)	0.3651 *** (0.1008)	0.3654 *** (0.1008)	0.3654 *** (0.1008)	0.3635 *** (0.1008)

50

Continúa en la siguiente página



Tabla A.1: Modelos Alternativos (Continuación)

<b>Nivel 1: Individual</b>	<b>Modelo 1</b>	<b>Modelo 2</b>	<b>Modelo 3</b>	<b>Modelo 4</b>	<b>Modelo 5</b>	<b>Modelo 6</b>
<b>Constante</b>	2.3312*** (0.2397)	2.2715*** (0.2594)	2.3275 *** (0.2081)	2.3312 *** (0.2397)	2.3308 *** (0.2399)	2.3275 *** (0.2081)
<b>Nivel 2:País</b>						
<b>Índice de la percepción de la corrupción</b>		0.0001 *** (0.0002)				
<b>Índice de la democracia</b>			0.0058 *** (0.0031)			
<b>Índice de GINI</b>				2.03e-07 (6.22e-06)		
<b>PIB per cápita</b>					5.43e-12 (1.60e-10)	
<b>Confianza social</b>						34.4214 *** (19.1940)
<b>Constante</b>	0.2847 ** (0.1558)	0.1494 (0.3411)	8.64e-07 (0.0031)	0.2845 ** (0.1561)	0.2843 ** (0.1563)	2.62e-10 (0.0000138)
<b>AIC</b>	8810.3776	8812.9320	8812.9510	8813.1264	8813.1259	8812.5762
<b>BIC</b>	8972.5045	8982.1069	8982.1270	8982.3023	8982.3019	8981.7521
<b>N</b>	8510	8510	8510	8510	8510	8510
<b>Numero de grupos</b>	7	7	7	7	7	7

Errores estándar en paréntesis

\* $p < 0.10$ ; \*\* $p < 0.05$ ; \*\*\* $p < 0.01$

## A2. Clasificación del logro educativo de acuerdo a la UNESCO

<b>Clasificación del logro educativo (UNESCO)</b>	
Primaria	1. Sin instrucción
	2. Primaria incompleta
	3. Primaria completa
	4. Secundaria incompleta
Secundaria	5. Secundaria completa
	6. Terciaria. no Univ. Incompleta
	7. Universitaria incompleta
	8. Terciaria. Univ. Incompleta
Terciaria	9. Universitaria completa
	10. Posgrado

Fuente: UNESCO. Elaboración: Las autoras