

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca



**Universidad de la Sabana
Chía, Colombia.**

**Programa:
Economía y Finanzas Internacionales.
Escuela Internacional de Ciencias Económicas y Administrativas.**

**Director de Programa:
Alberto José Naranjo**

**Proyecto de Grado:
Determinantes sociales del acceso a la salud en Colombia para 2008.**

**Laura Carolina Barreto Cepeda
Código: 200912501**

Introducción

Es todo un reto mundial poder combatir la inequidad en el acceso a la salud teniendo como determinantes variables sociales, para cualquier país del mundo es importante evaluar la relación entre variables socioeconómicas y el acceso a la salud, dado que las poblaciones más afectadas son usualmente las que más necesidades presentan. Lo que enfoca a esta investigación a estudiar los determinantes sociales y económicos del acceso a la salud en Colombia.

Es de vital importancia evaluar las razones del no aseguramiento en salud de cerca de cinco millones de ciudadanos en Colombia (Pulido, Higuera, Ortega, & Salamanca, 2009). El óptimo desarrollo personal puede ayudar a mejorar las condiciones de vida del individuo y este a su vez aporta al desarrollo social de toda la población.

Según la comisión sobre los determinantes sociales de la salud (OMS, 2009, pág. 9), los determinantes estructurales y las condiciones de vida de las personas son en conjunto lo que es definido como los determinantes sociales de la salud, que para esta comisión son la causa de las grandes desigualdades en salud entre los países del mundo y a nivel local. Para Organización Mundial de la Salud,

“Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.”¹

De acuerdo a la importancia que ha tenido la identificación de los determinantes sociales de la salud, se realizará el análisis para el caso colombiano con los datos recolectados por el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) en la encuesta de calidad de vida (ECV) para el año 2008, de donde se tomaran variables sociales y de salud para desarrollar un modelo que nos permita analizar el efecto de estas sobre la salud de colombianos encuestados para este periodo de tiempo específico.

¹ Organización mundial de la Salud, Determinantes sociales de la salud, 2013.
http://www.who.int/social_determinants/es/

Las variables que serán utilizadas en este estudio como los determinantes sociales de la salud son, el ingreso, la edad, el género, el nivel educativo de la madre y el nivel educativo del padre y la auto percepción de salud de cada encuestado.

Luz Stela Castaño (2009) en su investigación donde analiza las principales perspectivas teóricas que actualmente están disponibles para estudiar los determinantes de la salud y también algunos rasgos que se presentaron en el estudio para el caso colombiano. Se refiere a dos aspectos que han contribuido a incrementar la preocupación mundial por la inequidad en el acceso a la salud, el primero está relacionado con el aumento en las desigualdades sociales entre países, regiones y a nivel local, entre grupos sociales y estratos, este aumento tiene una repercusión en las condiciones de la salud; el segundo elemento que le ha dado importancia a las inequidades en salud es que las condiciones en salud no son diferentes entre el grupo de personas más pobres y el resto de la población.

Castaño señala que la mayoría de los estudios realizados sobre los determinantes sociales de la salud tienden a usar como indicadores de posicionamiento socioeconómico al ingreso y que este a su vez está relacionado con el trabajo que desempeña y al mismo tiempo es el resultado de su nivel educativo, pero para el caso Colombiano resalta que cada vez se cumple menos, puesto que en el país se implanto un modelo de desarrollo excluyente que es cada vez más frecuente que en los grupos sociales se pierda el estatus dada la pérdida del empleo, o también que individuos que tengan un alto nivel educativo no tengan una ocupación relacionada con historia académica y sea consecuencia de unos ingresos no afines con su formación o que existan personas que posean un empleo acorde con su nivel educativo pero que a su vez no se vea reflejado en sus ingresos.

Según el documento elaborado para la comisión sobre determinantes sociales de la salud (Balladelli, Guzmán, Moreno, & Rivera, 2007), describen el contexto de la investigación y afirman:

“Las desigualdades e inequidades sanitarias entre los distintos grupos sociales son notables en América Latina y requieren especial atención, pues surgen de las diferencias en las oportunidades que tienen las personas para alcanzar un desarrollo social y personal integrales. Estas inequidades se originan en las estructuras políticas y socioeconómicas de las sociedades, y determinan las condiciones de vida y de trabajo de las personas.”

La realidad de estas inequidades no solo para las minorías étnicas sino para varios determinante socioeconómicos, se crea la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, siendo esta la que enfatiza tener que se deben tener estudiar las dimensiones estructurales de la pobreza y la desigualdad.

El estudio realizado para Perú, Colombia y Canadá (Stewart, y otros, 2009) fueron seleccionaron países con bajo, medio y alto ingreso de América y se escogieron 10 de los 20 indicadores de las políticas de salud con enfoque de género. Los investigadores hacen una anotación que resalta la importancia de entender la diferencia entre equidad de género e igualdad de género, de donde podemos analizar el caso Colombiano estudiando las diferencias sociales que pueden evitarse para que el género no represente inequidades en el acceso a la salud para el año 2008. Este estudio describe la existencia y el trascendencia de los indicadores de la política de salud con enfoque de género de los tres países, pero no estudio otros factores que influyen en el desarrollo y la aplicación de la perspectiva de género de las políticas y los programas de salud que fueron estudiados de los países como cultura, historia, religión, ecología, política y condición social.

Este estudio proporciona información precisa de la importancia de incluir otras variables en el modelo que puedan explicar de qué manera estas se relacionan en la presencia de las inequidades de género en el acceso a la salud.

En la investigación realizada por Gisele Almeida y Flavia Mori Sarti (2013), con datos de las encuestas de hogares representativas a nivel nacional de países latino americanos seleccionados, Brasil, Chile, Colombia, Jamaica, México y Perú donde se analizaron las desigualdades relacionadas con los ingresos en el acceso a la salud. Se mide el estado de salud por auto reporte de salud, variable que también es utilizada en esta investigación; en cuanto a los ingresos de los hogares lo utilizaron como indicador de la situación económica con excepción del caso de Perú donde se utilizaron los gastos de los hogares, pero para el caso Colombiano se utilizaran los últimos ingresos recibidos incluyendo las propinas, comisiones y excluyendo los viáticos y pagos en especie.

Los resultados muestran un avance significativo en la equidad con respecto a la afiliación al seguro social de salud que actualmente siguen existiendo diferencias que afectan a las poblaciones más pobres, especialmente por la percepción de tener un estado de salud malo y su acceso a los servicios de salud, (Ruiz Gómez, Zapata Jaramillo, & Garavito Beltrán, 2003-2008).

Para el caso de Noruega en el estudio (Grytten, Rongen, & Sorensen, Sep 1995) se examinó la igualdad de utilización de la salud con respecto a la educación, esta igualdad es entendida como la mejor situación en donde los pacientes con necesidades iguales en la salud reciben el mismo trato, tanto en términos de atención y calidad de los servicios prestados.

Los autores resaltan la importancia de un factor potencialmente sobresaliente en su estudio que influye en el uso de los servicios de salud y que es la accesibilidad a los servicios de salud. Consideraron que la igualdad de la utilización de estos servicios presenta una situación en donde las personas con las mismas necesidades reciben el mismo tratamiento, es decir donde los individuos tienen las mismas oportunidades en la utilización de los servicios de salud, sin importar su nivel educativo.

La importancia de incluir la variable en donde cada individuo expresa como es su estado de salud es que esta variable refleja la necesidad de servicios de atención de salud, en la investigación se esperaba que las personas con mal estado de salud aumentaran el uso de los servicios y las personas que tenían un estado de salud bueno, disminuyeran el uso de los servicios de salud y sea de igual manera reflejado en el acceso al sistema de salud.

Para el caso de Estados Unidos de América (Mantzavinis, Trikalinos, Ioannis, & Ioannidis, 2006) se analizó si la percepción de salud mejora a medida que los ingresos individuales aumenta a niveles altos y muy altos.

La investigación realizada para Noruega (Grytten, Rongen, & Sorensen, Sep 1995) se centra en la igualdad en los servicios prestados por los médicos de atención primaria, estos servicios son responsabilidad de los gobiernos locales y a su vez financiados, este sistema de finanzas públicas para Noruega se basa en la suposición de que la utilización de los servicios de salud son independientes a los ingresos de las personas, sin embargo los resultados plantean el escenario en donde la igualdad se ha logrado a costa de limitar la oferta de servicios de salud a las personas que podían permitirse el lujo de consumir más, o que tienen la capacidad de pagar más dinero para obtener servicios de mayor calidad.

El modelo utilizado en Inglaterra (Morris, Sutton, & Gravelle, 2003) incluye variables socio económicas para analizar si son determinantes en el acceso a la salud de los individuos, obteniendo como resultado que el ingreso, el género y la educación son determinantes sociales del acceso a la salud, siendo la educación uno de los determinantes más fuertes en los resultado, que pueden generar inequidad en el acceso a la salud.

Estrategia Econométrica

- **Datos:**

Para esta investigación se usaran los datos de la encuesta de calidad de vida – ECV 2008, la que es descrita a continuación por el departamento administrativo nacional de estadística, es el encargado de la recolección de los datos.

“Esta investigación cuantifica y caracteriza las condiciones de vida de los colombianos incluyendo variables relacionadas con la vivienda (material de paredes, pisos y servicios públicos), las personas para los que incluyen variables de: educación, salud, cuidado de los niños, fuerza de trabajo, gastos e ingresos, etc, y los hogares que involucra variables como: tendencia de bienes y percepción del jefe o del cónyuge sobre las condiciones de vida del hogar”²

Las variables que harán parte del modelo econométrico según la descripción de la ECV (2008) son: la variable P6020 que describe el género del individuo (1 para hombre y 0 para mujer), P6040 hace referencia a la edad, P6087 equivale a las categorías del nivel educativo alcanzado por el padre (1 para algunos años de primaria, 2 para toda la primaria, 3 para algunos años de secundaria, 4 para toda la secundaria, 5 para uno o más años de técnica o tecnológica, 6 para uno o más años de universidad, 7 para ninguno y 8 no sabe.), P6088 es la información del nivel educativo alcanzado por la madre que tiene las mismas categorías que el nivel educativo del padre; la variable P6091 proporciona la información de acceso a la salud, si es afiliado o beneficiario de una entidad de seguridad social en salud (1 para los que sí tienen, 0 para los que no tienen.), P6127 da la percepción individual de salud por individuo (1 para un estado de salud muy bueno, 2 para bueno, 3 para regular y 4 para malo) y por último la variable P8624 que corresponde a la información de los ingresos que obtuvo la persona en el último mes incluyendo propinas y comisiones y excluyendo viáticos y pagos en especies. Ver anexo (Tabla 1).

Para este modelo la variable dependiente es la variable que nos da la información de las personas que son beneficiarias, cotizantes o afiliadas a alguna entidad de seguridad social y como variables independientes o explicativas se utilizaron variables socioeconómicas como

² Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, tomado de: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-sociales/calidad-de-vida-ecv>

ingreso, edad, genero, percepción propia de salud, educación del padre y educación de la madre.

Modelo:

Para esta investigación se utilizara un modelo Probit dado que la variable dependiente es binaria y corresponde a la información de acceso a la salud, el modelo es presentado como:

$$\Pr(U = 1) = \vartheta(b_0 + b_1 \text{genero} + b_2 \text{edad} + b_3 \text{ingreso} + b_4 \text{educacion} + b_5 \text{estado de salud} + e)^3$$

*Donde ϑ es una función normal estándar.

Y para los valores que toma la variable dependiente, tenemos:

$$U \left\{ \begin{array}{l} U = 1 \text{ cuando tiene acceso por regimen contributivo o subsidiado} \\ U = 0 \text{ cuando no tiene acceso a ningun regimen} \end{array} \right\}$$

A continuación serán presentados los resultados obtenidos para el caso Colombiano en el año 2008, una comparación de los resultados con respecto al año 2003 y las conclusiones luego de analizar los resultados.

³ (Morris, Sutton, & Gravelle, 2003)

Resultados

Al estimar los coeficientes del modelo, se encontraron los siguientes resultados:

Variable	Coef.		Std. Err.	dy/dx
hombre	-.3193725	***	.0016097	-.0451837
edad	.0346782	***	.000339	.0050045
edad*edad	-.0002879	***	4.13e-06	-.0000415
logingreso	.3546168	***	.0009733	.0564777
edupadre2	-.0371715	***	.0023485	-.0055506
edupadre3	-.193872	***	.003469	-.0320966
edupadre4	.0998263	***	.0042141	.0137734
edupadre5	.0630929	***	.0080542	.008877
edupadre6	-.0067765		.0064644	-.0010007
edupadre7	-.0493946	***	.0022775	-.0074335
edumadre2	-.000977		.0022906	-.0001437
edumadre3	.0209423	***	.0034616	.0030395
edumadre4	-.0830711	***	.0037888	-.0128535
edumadre5	.212835	***	.0087859	.0269558
edumadre6	-.0144792	*	.0085893	-.0021498
edumadre7	-.0221224	***	.0022711	-.0032855
estsalud1	-.3237264	***	.0075878	-.0563204
estsalud2	-.3544079	***	.0072754	-.0478437
estsalud3	-.3098284	***	.007366	-.0521204
_cons	-.3027597	***	.0136533	

Fuente: propia del autor.

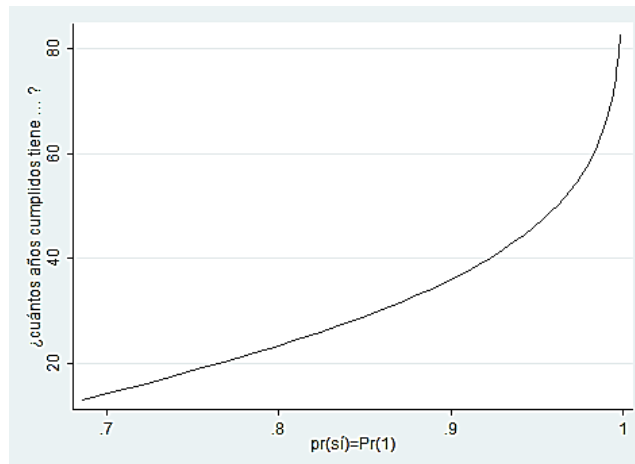
Nota:

- * Los coeficientes son estadísticamente significativos a un nivel del 10%
- *** Los coeficientes son estadísticamente significativos a un nivel del 5%.

De acuerdo a los resultados y a la evidencia empírica que posee el modelo podemos observar que los hombres tienen menor probabilidad de afiliarse en comparación a las mujeres, una investigación hecha para Brasil (Travassos, Viacava, Pinheiro, & Brito, 2002) corrobora estos resultados y afirman que las mujeres utilizan los servicios de salud con mayor frecuencia que los hombres, y puede ser esta una de las razones de que las mujeres tengan más probabilidad de afiliarse y acceder al sistema de salud.

En cuanto a la edad a medida que aumenta hay mayor probabilidad de que este afiliado a algún sistema de seguridad social, como se puede observar en la siguiente gráfica, donde se tiene la edad comparada con la probabilidad de estar afiliado a algún sistema de seguridad social en salud,

cuando aumenta la edad las personas tienen mayor probabilidad a afiliarse, según el estudio realizado para Inglaterra (Morris, Sutton, & Gravelle, 2003), la salud empeora a medida que aumenta la edad, lo que justifica un aumento en la probabilidad de afiliarse a medida que las personas sean mayores.

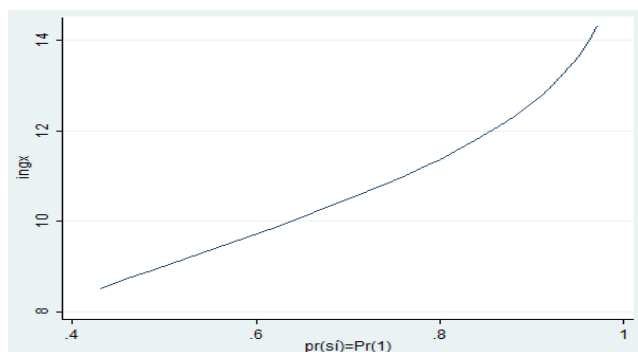


Gráfica 1: Edad, probabilidad de estar afiliado al sistema de salud.

Fuente: Propia del autor, stata.

Cuando hay un aumento del 1% en el ingreso las personas tienen mayor probabilidad de afiliarse al sistema de salud, lo que afirma que el ingreso de las personas es un determinante social del acceso a la salud, es decir las personas con ingresos bajos no estarán afiliadas por una desventaja económica.

El efecto puede observarse en la siguiente gráfica, teniendo en el vertical el logaritmo de los ingresos y en el eje horizontal la probabilidad de estar afiliado a algún régimen de salud, la gráfica rectifica los resultados del modelo, lo que permite afirmar que en los niveles más bajos de ingresos se tiene menos probabilidades de acceder al sistema de salud en comparación con los niveles más altos de ingresos:



Grafica 2: Ingresos, probabilidad a estar afiliado al sistema de salud.

Fuente: Propia del autor, stata.

Cuando el padre o la madre tienen mayores niveles de educación que al menos alcanzaron más de dos años de universidad hay una menor probabilidad de estar afiliado a algún sistema de salud a diferencia del padre o madre que tienen un nivel de educación inferior, es decir que solo alcanzaron niveles de primario o secundaria que tiene mayor probabilidad de estar afiliado.

Las personas que tienen una percepción positiva de su estado de salud tienen menor probabilidad de estar afiliada, lo que coincide con los resultados obtenidos en la investigación realizada para Noruega (Grytten, Rongen, & Sorensen, Sep 1995) en donde se esperaba que las personas con mal estado de salud aumentaran el uso de los servicios y las personas que tenían un estado de salud bueno, disminuyeran el uso de los servicios de salud.

Para poder realizar una comparación con otro año, se tomó la misma encuesta de Calidad de Vida 2003 (ECV 2003) del DANE, con la misma estructura del modelo utilizado para el análisis del año 2008, se encontraron ciertas similitudes en los resultados (Anexo 2).

Para el año 2003 las mujeres tienen mayor probabilidad de acceder a algún sistema de salud en comparación con los hombres, otro resultado similar encontrado para este año es que a medida que

aumenta la edad, las personas tienen mayor probabilidad de acceder al sistema de salud, también a medida que aumentan los ingresos en un 1% las probabilidades de afiliarse al sistema de salud aumentan como resultado de igual manera en el análisis hecho para el año 2008.

En cuanto a la educación cuando el padre y madre alcanzan niveles educativos más altos tienen mayor probabilidad de afiliarse y acceder al sistema de salud que los padres que solo alcanzó niveles inferiores como algunos años de secundaria.

En cuanto a la variable de percepción propia del estado de salud, en el año 2003 se observa una diferencia puesto que para este año las personas que dicen tener un mejor estado de salud tienen mayor probabilidad de afiliarse al sistema de salud, en comparación con los resultados del año 2008 en donde al contrario las personas que tenían una mejor percepción de su estado de salud tenían menor probabilidad de afiliarse.

Conclusiones

Según los resultados obtenidos en este estudio para Colombia, las variables socio económicas usadas en este estudio son determinantes del acceso a la salud en Colombia para el año 2008 y corroboran la apreciación que hace la comisión sobre determinantes sociales de la salud (2008) que el acceso y el uso de los servicios de salud son elementos esenciales para alcanzar la equidad en el acceso a esta, y que el acceso y la atención en salud son en sí mismo determinantes sociales de la salud, que influye en los efectos de más variables sociales como nivel de ingreso, género, educación, trabajo, grupo étnico y lugar de residencia las cuales están altamente relacionadas al acceso a la salud de la población.

El ingreso es un claro determinante en el acceso a la salud y pone en evidencia la desigualdad que actualmente existe en Colombia. Las personas que no poseen un nivel de ingreso que les permita acceder a un sistema de salud, tienen menor posibilidad de acceder a ella. Esto puede afectar directamente su desarrollo integral y el del núcleo familiar en conjunto, relacionando el hecho de que las personas con menores ingresos pueden ser las que posean un mal estado de salud, con menor educación y estando en desventaja social.

La manera en como la educación determina el acceso a la salud puede relacionarse directamente con el ingreso, las personas que tengan un nivel educativo más alto son aquellas que deberían coincidir con niveles de ingresos superiores, como fueron tomadas las categorías individualmente es claro que las personas que tienen mayores niveles de educación no tienden a acceder al sistema de salud.

Como lo afirman (Travassos, Viacava, Pinheiro, & Brito, 2002) en el caso de Brasil, en donde acceso a la salud de hombre y mujeres dependía de los ingresos y la situación social del individuo, lo que indica un patrón de desigualdad social.

La percepción propia del estado de salud es fundamental para estimar si las personas acceden o no al sistema de salud, ya que dan una percepción propia que a su juicio determina el acceso a un sistema social de salud.

En conclusión el género, la percepción del estado de salud, la educación, la edad, el nivel de ingresos y determinan el acceso al sistema de salud y pone en evidencia la necesidad de analizar el efecto social de una cobertura total en salud para evaluar en qué medida se pueden cubrir las necesidades y contribuir al mejoramiento en todos los ámbitos socioeconómicos de los individuos.

Bibliografía

- Almedia, G., & Mori Sarti, F. (2013). Measuring evolution of income-related inequalities in health and health care utilization in selected Latin American and Caribbean countries. *Rev Panam Salud Publica*, 33(2): 83-9.
- Álvarez Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogota (Colombia)*, 8(17): 69-79.
- Anand, S. (2002). The concern for equity in health. *J Epidemiol Community Health*, 56: 485-487.
- Balladelli, P. P., Guzmán, J. M., Moreno, P., & Rivera, G. (2007). *EQUIDAD EN SALUD PARA LAS MINORÍAS ÉTNICAS EN COLOMBIA, experiencias de acción intersectorial en Colombia para la equidad en salud de las minorías étnicas*. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud.
- Bartley, M., & Plewis, I. (2007). Increasing Social Mobility: An Effective Policy to Reduce Health Inequalities. *Journal of the Royal Statistical Society. Serie A (Statistics in Society)*, Vol. 170 N° 2, 469-481.
- Braverman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*, 57: 254-258.
- Buckley, N. J., Denton, F. T., Robb, A. L., & Spencer, B. G. (2006). Socio-economic influence on the health of Older Canadians: Estimates Base on two longitudinal Surveys. *Canadian Public Policy-Analyse de politiques*, Vol. XXXII N°1.
- Denton, M., & Walters, V. (1999). Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. *Social Science & Medicine*, 1221-1235.
- Dunn, R., & Dyck, I. (2000). Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from the national population health survey. *Social Science & Medicine*, 1573-1593.
- González Espitia, C. (s.d.). *Modelos con variable dependiente discreta y limitada con stata**. Cali: Departamento de Economía de la Universidad Icesi.
- Graham, H., & Lancaster, U. (2004). Social Determinants and Their unequal Distribution: Clarifying Policy Understandings. *The Milbank Quarterly*, Vol. 82 N° 1, 101-124.

- Grytten, J., Rongen, G., & Sorensen, R. (Sep 1995). Can a Public Health Care System Achieve Equity? The Norwegian Experience. *Medical Care Vol. 33 N° 9*, pp 938-951.
- H, J., Sadana, R., & Sadana, L. (2011). *Improving Equity in Health by Addressing Social Determinants*. Geneva: World Health Organization.
- Lee, J. E., Fos, P. J., Zuniga, M. A., Kastl, P. R., & Sung, J. H. (2000). Assessing Health - Related Quality of Life in Cataract Patients: The Relationship Between Utility and Health - Related Quality of Life Measurement. *Quality of Life Research, Vol. 9* , 1127-1135.
- Mantzavinis, G. D., Trikalinos, T. A., Ioannis, D. K., & Ioannidis, D. J. (2006). Self-Reported Health in High and Very High Incomes. *Quality of Life Research, Vol 15 N° 3*, pp. 547-558.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365: 1099-104.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (1999). Social Determinants of Health. *Health Promotion International, Oxfors University Presss, Vol 15 N° 1*.
- Morris, S., Sutton, M., & Gravelle, H. (2003). Inequity an inequality in the use of health care in England: an empirical investigation. *CHE Thecnical paper series 27*.
- OMS. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generacion, Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Organizacion Mundial de la salud (OMS), Comision Sobre los determinantes sociales de la salud, Argentina.
- Pulido, A., Higuera, D., Ortega, T., & Salamanca, N. (2009). *Asi Vamos en Salud, Reporte anual 2009 Tendencias de la Salud en Colombia*. Bogotá .
- Ruiz Gómez, F., Zapata Jaramillo, T., & Garavito Beltrán, L. (2003-2008). Colombian helath care system: results in equity for five health dimensions. *Rev Panam Salud Publica*, 2013; 33(2): 107-15.
- Stewart, D. E., Dorado, L. M., Diaz-Granados, N., Rondon, M., Saavedra, J., Posada-Villa, J., et al. (2009, Diciembre). Examining Gender Equity in Helath Policies in Low-(Peru), Middle-(Colombia), and High-(Canada). *Jorunal of Public Health Policy Vol. 30*, p. p.p 439-454.
- Travassos, C., Viacava, F., Pinheiro, R., & Brito, A. (2002). Utilization of health care services in Brazil: gender, family characteristics and social status. *Rev Panam Salud Publica*, 11(5-6): 365-73.

Whitehead, M. (2000). *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

Anexos

Tabla 1:

Código de la Variable	Descripción
P6020	Sexo, 1 : Hombre - 2 : Mujer.
P6040	¿Cuántos años cumplidos tiene?
P6087	Nivel educativo alcanzado por el padre, a : Algunos años de primaria, b : Toda la primaria, c : Algunos años de secundaria, d : Toda la secundaria, e : Uno o más años de técnica o tecnológica, f : Uno o más años de universidad, g : Ninguno, h : No sabe.
P6088	Nivel educativo alcanzado por la madre.
P6091	¿Está afiliado, es beneficiario o cotizante de alguna entidad de seguridad social en salud?: 1 : Sí, 2 : No, 3 : No sabe no responde.
P6127	¿Cómo es su estado de salud?: a : Muy bueno, b : Bueno, c : Regular, e : Malo.
P8624	¿Cuánto gana el mes pasado en este empleo? Incluye propinas, comisiones y excluya viáticos y pagos en especie).

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, Micro dato anonimizado – Encuesta de calidad de vida ECV 2008 <http://190.25.231.249/pad/index.php/catalog/149/datafile/F5>

Anexo 2

Iteration 0: log likelihood = -13497964
 Iteration 1: log likelihood = -12532885
 Iteration 2: log likelihood = -12528867
 Iteration 3: log likelihood = -12528866

Probit regression Number of obs = 20635055
LR chi2(18) = 1938196.02
Prob > chi2 = 0.0000
Pseudo R2 = 0.0718
 Log likelihood = -12528866

afiliacion	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
genero	-.1044148	.0005891	-177.23	0.000	-.1055694	-.1032601
edad	.0126994	.0000189	672.12	0.000	.0126624	.0127365
logingreso	.2815328	.0003334	844.45	0.000	.2808793	.2821862
edupadre2	.0921793	.0009351	98.57	0.000	.0903465	.0940121
edupadre3	-.0354577	.0014514	-24.43	0.000	-.0383024	-.032613
edupadre4	.1233693	.0015565	79.26	0.000	.1203186	.12642
edupadre5	.1812474	.0035179	51.52	0.000	.1743525	.1881423
edupadre6	.3990945	.0024804	160.90	0.000	.394233	.4039559
edupadre7	-.0467728	.0008771	-53.33	0.000	-.0484918	-.0450538
edumadre2	.0378797	.0009105	41.60	0.000	.0360951	.0396643
edumadre3	.1194705	.0013627	87.67	0.000	.1167997	.1221414
edumadre4	.0909767	.001643	55.37	0.000	.0877565	.0941968
edumadre5	.0939727	.0035571	26.42	0.000	.0870008	.1009445
edumadre6	.2541255	.0032481	78.24	0.000	.2477594	.2604917
edumadre7	-.0115342	.0008631	-13.36	0.000	-.0132258	-.0098426
estsalud1	.2752695	.0017855	154.17	0.000	.2717701	.278769
estsalud2	.1488053	.0014557	102.23	0.000	.1459522	.1516583
estsalud3	.1170811	.0014324	81.74	0.000	.1142738	.1198885
_cons	-3.700032	.0040792	-907.05	0.000	-3.708027	-3.692037

. mfx

Marginal effects after probit
 y = Pr(afiliacion) (predict)
 = .6517844

variable	dy/dx	Std. Err.	z	P> z	[95% C.I.]		X
genero*	-.0386486	.00022	-177.11	0.000	-.039076	-.038221	.461273
edad	.0046951	.00001	673.11	0.000	.004681	.004709	41.6527
logingreso	.1040847	.00012	847.76	0.000	.103844	.104325	12.1472
edupad~2*	.0336669	.00034	99.86	0.000	.033006	.034328	.181488
edupad~3*	-.013188	.00054	-24.29	0.000	-.014252	-.012124	.053267
edupad~4*	.044558	.00055	81.33	0.000	.043484	.045632	.056598
edupad~5*	.0643967	.00119	53.93	0.000	.062056	.066737	.008741
edupad~6*	.1340764	.00074	182.29	0.000	.132635	.135518	.027563
edupad~7*	-.0173813	.00033	-53.07	0.000	-.018023	-.016739	.209134
edumad~2*	.0139426	.00033	41.79	0.000	.013289	.014596	.208128
edumad~3*	.0432093	.00048	89.81	0.000	.042266	.044152	.067563
edumad~4*	.0330719	.00059	56.39	0.000	.031922	.034221	.055488
edumad~5*	.0340751	.00126	26.98	0.000	.0316	.036551	.008323
edumad~6*	.0886724	.00106	83.88	0.000	.0866	.090744	.013654
edumad~7*	-.0042694	.00032	-13.35	0.000	-.004896	-.003642	.233017
estsal~1*	.0964732	.00059	164.38	0.000	.095323	.097623	.085035
estsal~2*	.0551185	.00054	102.12	0.000	.054061	.056176	.546549
estsal~3*	.0429037	.00052	82.53	0.000	.041885	.043923	.321118

(*) dy/dx is for discrete change of dummy variable from 0 to 1

