

Percepción del estado de salud en la región central colombiana: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Perceived health status of people from the central region of Colombia: National Health Survey, 2007

Sandra M. Agudelo-Londoño¹, Adriana Giraldo-Villa² y Víctor I. Romero-Nieto³

1 Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. sandra.agudelo@javeriana.edu.co

2 Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia. agiraldov85@yahoo.com

3 Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. ibancho@gmail.com

Recibido 22 Marzo 2012/Enviado para Modificación 08 Julio 2012/Aceptado 18 Julio 2012

RESUMEN

Objetivo Determinar los perfiles del estado de salud de las personas de 6 a 69 años de la región central Colombiana, participantes de la Encuesta Nacional de Salud, 2007.

Métodos En la Encuesta participaron 18 683 personas entre 6 y 69 años de la región central Colombiana. Se calcularon estadísticas descriptivas y se realizó un análisis de correspondencias múltiples por subregión. Las variables significativas (t -test ≤ 0.05) para la construcción de los ejes factoriales en el plano cartesiano fueron: sexo, edad, escolaridad, área de residencia, grupo étnico, reporte de eventos mórbidos y auto-percepción de salud.

Resultados Se identificaron tres tipologías del estado salud: auto percepción de salud en correspondencia con características sociodemográficas, reporte o no de eventos mórbidos y subregión de análisis. Las personas en actividades laborales o académicas reportaron mejores percepciones de salud. Para indígenas residentes en zonas rurales se encontró mayor reporte de lesiones por accidente o violencia, envenenamiento e intoxicaciones que para personas blancas de zonas urbanas; las mujeres sin educación tuvieron valoraciones más negativas del estado de salud. Se encontró, además, correspondencia entre un perfil específico de salud para cada subregión en estudio.

Conclusiones Las diferencias encontradas pudieran deberse al auto-cuidado, al acceso a los servicios sociales, a la accesibilidad geográfica y a patrones culturales de reporte de la auto-percepción de salud.

Palabras Clave: Estado de salud, morbilidad, percepción, encuestas de morbilidad, encuestas epidemiológicas (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective Determining perceived health status profiles for people aged 6 to 69 years old from the central region of Colombia, based on the 2007 National Health Survey.

Method The survey involved 18,683 people aged 6 to 69 years old from the central region of Colombia. Descriptive statistics and multiple correspondence analyses by sub-region were calculated. Significant variables (≤ 0.05 t-test) for constructing Cartesian plane factor axes were gender, age, educational level, residential area, ethnicity, morbid event reporting and self-perceived health status.

Results Three health status typologies were identified: perceived health corresponding to socio-demographic characteristics, morbid event reporting and residential area. People having a job or engaging in academic activities had better health status perception. Indigenous people living in rural areas reported injuries arising from an accident, violence and/or poisoning more frequently than white people living in urban areas. An educated woman had a more negative evaluation of their health status. Agreement was also found for a specific health profile and each sub-region being studied.

Conclusions Differences may have been due to self-care, social service access, geographic accessibility and cultural patterns regarding self-reported health status perception. Analyzing greater depth is needed.

Key Words: Health status, morbidity, perception, health status indicator, health survey (*source: MeSH, NLM*).

El estado de salud percibido es uno de los indicadores por excelencia utilizado como aproximación a la situación de salud de las poblaciones en las encuestas de diferentes países (1). El término auto-percepción del estado de salud, o morbilidad sentida, se refiere a la información suministrada por el individuo acerca de su estado de salud como producto de sus conocimientos e interpretaciones, sin que necesariamente haya sido confirmado por personal médico. Esta información tiene, en consecuencia, un carácter subjetivo que puede revelar los problemas de salud más comunes en la población a partir de sus experiencias y valores, y no sólo de la demanda de los servicios (2,3). La morbilidad sentida se constituye como el indicador más inmediato de la necesidad de servicios de salud y la mayor aproximación que se tiene a la morbilidad real de la población. Si bien las medidas de percepción del estado de salud son subjetivas, se acepta una estrecha relación entre éstas y otros desenlaces en salud (4).

A pesar de utilizarse ampliamente en varios países, el análisis de la morbilidad sentida no ha desempeñado un papel protagónico en las decisiones de políticas sanitarias en Colombia, donde esta categoría (5) sólo se mide

formalmente desde 1965 con la Investigación Nacional de Morbilidad. Posterior a esto, se han realizado una serie de investigaciones nacionales y/o territoriales que esperan contribuir a la comprensión del estado de salud de los colombianos desde diversas perspectivas, incluyendo siempre la auto-percepción (6,7). En 1980, el Estudio Nacional de Salud (6) encontró que 41,1 % de la población colombiana se había sentido enferma en las dos semanas anteriores a la entrevista; en 2003 la Encuesta de Calidad de Vida (7) encontró que 11,5 % de las personas afirmaban haberse sentido enfermas en los últimos treinta días.

En 2007 el Ministerio de la Protección Social con el apoyo de otras agencias del país llevó a cabo la Encuesta Nacional de Salud (8) -ENS 2007- donde se examinó, de forma integral el estado de salud de los colombianos, incluyendo la auto-percepción de salud. La ENS evidenció que 72,2 % de los colombianos valoraron positivamente su estado de salud. A pesar de los diferentes informes sobre la ENS 2007 (8), se desconoce si existen perfiles del estado de salud de la población según diferentes variables socio demográficas básicas, que pudieran actuar como trazadoras del mismo. Por tal razón, esta investigación se centró en dar respuesta a la pregunta: ¿Cuál es el perfil del estado de salud de las personas de 6 a 69 años de edad de la región central colombiana, para el 2007?

MÉTODOS

Como parte del “Contrato Interadministrativo de Cooperación N° 519 - 2008 entre el Ministerio de la Protección Social y la Universidad de Antioquia, para realizar el Análisis de la Situación de Salud en Colombia, 2002 - 2007” se obtuvo acceso a la base de datos de la ENS 2007 y la autorización para la publicación de los resultados derivados de su análisis.

La Encuesta Nacional de Salud fue un estudio de corte transversal, con un diseño muestral probabilístico, de conglomerados, estratificado y polietápico realizado en Colombia durante el 2007 (9). Se incluyeron variables que dieron respuesta a diversidad de eventos en salud, específicamente el segundo módulo de la encuesta se centró en la percepción del estado de salud de las personas entre 6 y 69 años. En este módulo se encuestaron 80 631 personas en las diferentes regiones del territorio colombiano. Considerando que el perfil de la morbilidad sentida varía según las características socioculturales propias de cada región, éste análisis se enfocó en 18 683 personas entre 6 y 69 años (23 % del total de encuestados)

de la región central colombiana, constituida a su vez por: Medellín y área metropolitana; Antioquia sin Medellín ni Área Metropolitana; Caldas con Risaralda y Quindío; y Tolima con Huila y Caquetá. La ENS 2007 obtuvo los datos de la percepción de los menores entre 6 y 18 años con base en la encuesta a un adulto responsable (10).

Para establecer el perfil de los encuestados se realizó un análisis de correspondencias múltiples, que se considero pertinente al evaluar los supuestos de correlación de las variables y considerar que los métodos de interdependencia podrían reflejar bien el fenómeno en estudio. Se tomaron como variables participantes en la construcción de los ejes factoriales el grupo de edad al que pertenece el encuestado, el sexo, la etnia, el área geográfica donde se ubica, el nivel educativo, el alfabetismo, la ocupación en la última semana, la percepción de salud, la presencia de lesiones por accidente o violencia, de intoxicaciones, de problemas mentales y de problemas de salud en el último mes.

Aunque en la ENS 2007 el tipo y el lugar de trabajo estaban disponibles debieron ser omitidas del análisis por el alto porcentaje de datos perdidos (66 %). La variable subregión se tomó como ilustrativa considerando que los nichos geográficos pudieran aportar una historia ecológica, biológica, económica, conductual, cultural y social, que ha de orientar el proceso salud-enfermedad y la percepción de salud (11).

A través del análisis de correspondencias múltiples (12), se asociaron cada una de las modalidades de las variables en un punto del espacio. Con base en las modalidades que guardaron alguna cercanía estadística se produce una síntesis, reducción o resumen de las mismas en torno a pequeñas dimensiones o factores que se ilustran en un mapa perceptual para permitir una mejor interpretación. Las modalidades de cada variable se representaron en el mapa perceptual con un código para facilitar su ubicación. Se extrajo el número de dimensiones de acuerdo a la mayor proporción de inercia explicada, con el fin de que las modalidades, entendidas como categorías de las variables, quedaran bien reflejadas en el gráfico perceptual.

El procesamiento y análisis de los datos fue realizado en los programas estadísticos SPSS® versión 19, Stata® versión 11, y Xlstat® de Microsoft Excel.

RESULTADOS

Características de la población

La edad promedio de los 18 683 encuestados en la región Central fue 26,4 años (Desviación estándar: 17,7 años), predominando el grupo de 6 a 17 años (47,7 %). Las mujeres representaron el 53,9 % del total. De las 9 960 personas de quienes se obtuvo la variable nivel educativo, las modalidades con mayor proporción fueron básica primaria con 40,9 % y básica secundaria y media con 39,9 %.

La población se caracterizó por señalar predominantemente la no presencia de lesiones por accidentes o violencia (97,1 %) no intoxicaciones (99,5 %) no problemas mentales (93,9 %) y no problemas de salud (72,6 %) en el último mes. Para las 14 143 personas respondientes a la actividad en que se ocupó la última semana, un 38,1 % refirieron dedicarse a actividades laborales; un 29,0 % a labores del hogar y un 25,5 % a estudiar.

Figura 1. Distribución porcentual de la percepción de salud de la población entre 6 y 69 años, según sexo. Región central Colombiana, ENS 2007

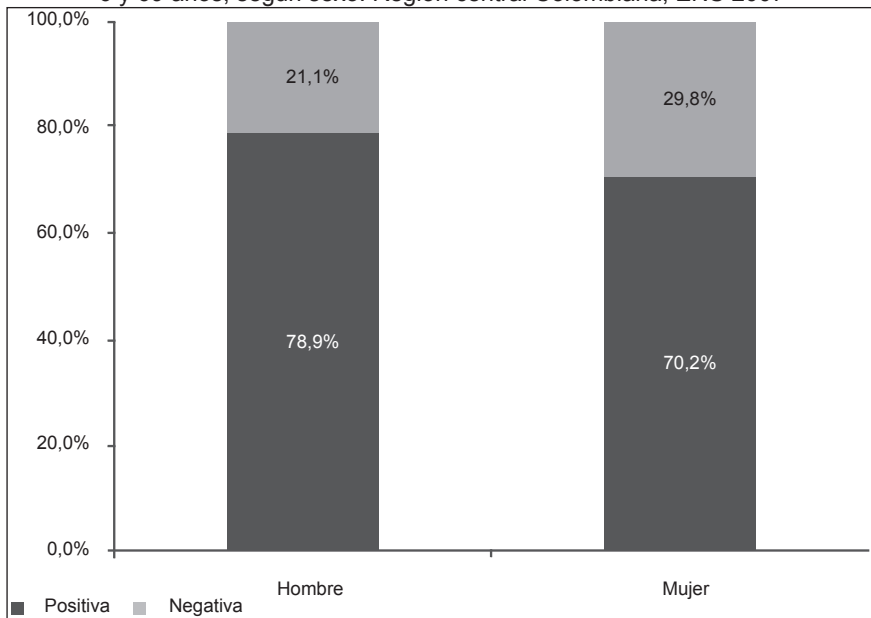
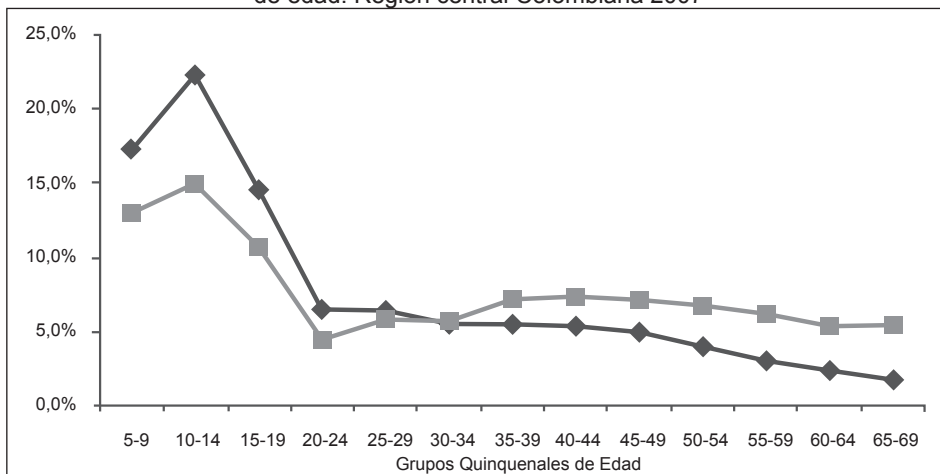


Figura 2. Distribución porcentual de la percepción positiva de salud, según grupo de edad. Región central Colombiana 2007



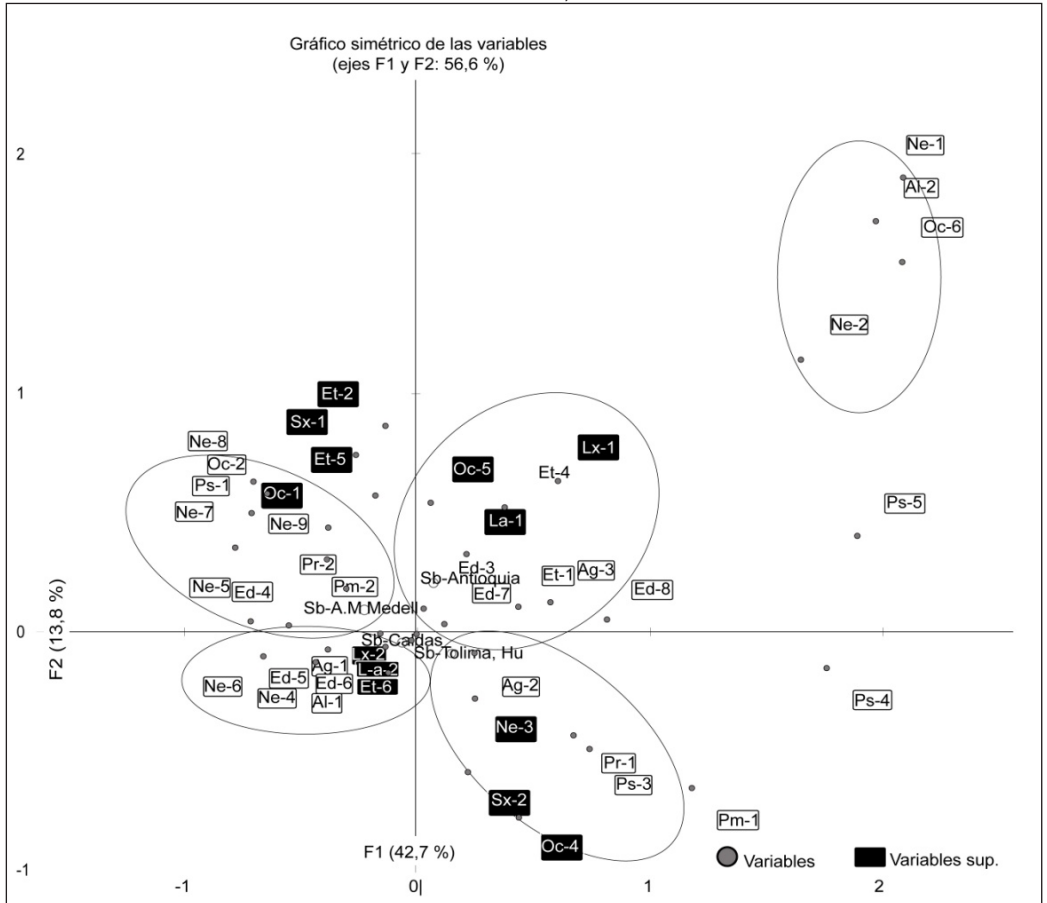
Por su parte, las personas que se dedicaron en la última semana a trabajar y a estudiar tuvieron los mejores reportes del estado de salud (76,0 % y 81,6 %, respectivamente) (Valor de $p < 0,005$) contrario a las personas dedicadas a los oficios del hogar o incapacitadas permanentemente para trabajar, quienes presentaron mayores proporciones negativas de salud (38,9 % y 65,4 %). Por su parte, las personas dedicadas a buscar empleo, los rentistas y pensionados no mostraron diferencias significativas en la percepción de salud.

Análisis de correspondencias múltiples

Las modalidades que guardaron alguna cercanía estadística se resumieron en dos dimensiones o factores que explicaron el 56,6 % de la varianza total de los perfiles del estado de salud para la población. La primera figura explicó el 42,7 % del perfil del estado de salud y la segunda figura el 13,8 % la (Figura 3). El mapa perceptual permitió evidenciar cinco perfiles (Figura 3), que se agrupan en tres tipologías del estado de salud percibido:

1. Tipología para la auto percepción de salud en correspondencia con características sociodemográficas: Se identificaron dos perfiles a través de la correspondencia entre las categorías de la auto percepción de salud: buena o muy buena y regular, con algunas características de las variables: edad, sexo, nivel educativo, ocupación, área de residencia, presencia de problemas de salud y de problemas mentales en el último mes.

Figura 3. Perfil de morbilidad sentida en las personas de 6 a 69 años en la región central colombiana, ENS 2007



En el cuadrante II, se encontró el perfil 1, donde se ubicaron aquellas personas que presentaron buena o muy buena percepción de salud, sin presencia de problemas de salud física ni mentales en el último mes, habitantes del área metropolitana de Medellín, con edades entre los 18 y 24 años y nivel educativo por encima de la secundaria (Técnico o tecnólogo, universitario con título, posgrado con o sin título), que trabajaban o están buscando empleo.

En el cuadrante IV, se encontró el perfil 2, donde se ubicaron aquellas personas con percepción de salud regular, que presentaron problemas de salud física y mental en el último mes; caracterizadas, además, por ser mujeres sin ningún rango de edad específico, con educación básica primaria,

dedicadas al oficio del hogar, que vivían en centros poblados del Tolima, Huila y Caquetá.

No se identificó ningún perfil específico para el reporte de mala y muy mala salud.

2. Tipología para el reporte o no de eventos mórbidos: Se evidenciaron dos perfiles según el reporte o no de eventos mórbidos: lesiones por accidente o violencia; envenenamientos e intoxicaciones en el último mes.

En el cuadrante I, se encontró el perfil 3, en cual se detectó correspondencia entre el reporte de lesiones por accidente ó violencia; haber sufrido envenenamientos ó intoxicaciones; pertenecer a grupos indígenas de zonas dispersas de la subregión de Antioquia sin Medellín ni Área Metropolitana; tener edades entre 45 y 69 años y dedicarse a otras ocupaciones no especificadas. En este cuadrante se identificó el perfil 4 que aunque no está relacionado con los eventos mórbidos y tiene un peso porcentual menor por estar alejado del origen, agrupa a las personas sin ningún nivel educativo o con preescolar, que no saben leer ni escribir y con incapacidad permanente para trabajar.

Por su lado, en el cuadrante III, se halla el perfil 5, donde se presentó correspondencia entre el reporte de no haber sufrido lesiones por accidente o violencia ni intoxicaciones en el último mes, ser de raza blanca, vivir en cabeceras municipales de la subregión conformada por Caldas, Risaralda y Quindío, tener edades entre los 25 y 44 años y un nivel educativo de básica secundaria y universitaria sin título.

3. Tipología por subregión de análisis: se identificó un perfil de salud específico para cada subregión del área Central Colombiana: Para los encuestados en Medellín y área metropolitana se encontró correspondencia con una auto-percepción de salud buena o muy buena (perfil 1); en tanto, la auto-percepción de salud regular correspondió con los habitantes de la subregión de Tolima, Huila y Caquetá (perfil 2).

El perfil de las personas que reportaron lesiones por accidente o violencia y envenenamientos ó intoxicaciones en el último mes correspondió con los habitantes de la subregión de Antioquia sin Medellín ni área metropolitana (perfil 3).

DISCUSIÓN

Con respecto a los perfiles de la tipología para la auto percepción de salud en correspondencia con características sociodemográficas se encontró que las características que los conformaron son congruentes con lo reportado en la literatura (13) donde el sexo, la edad, la ocupación, el nivel educativo, entre otras, condicionan la percepción del estado de salud de las poblaciones.

En el análisis de correspondencias se encontró que las mujeres de la región central se caracterizaron por una autopercepción de salud regular, complementario con lo hallado en el análisis bivariante donde los hombres presentaron mejores reportes de la percepción del estado de salud (valor de $p < 0,05$); lo que es consistente a su vez con lo reportado en otros estudios (13,14). Las mujeres hicieron parte del perfil 2, donde están incluidas las personas dedicadas a labores del hogar, lo que sugiere una estrecha relación entre ser ama de casa (mujer) y tener una percepción regular del estado de salud. Este hallazgo es compatible con los resultados del estudio de Vargas (15), donde se identificó esta misma relación: “los resultados podrían reflejar la cercanía de las amas de casa con los miembros del hogar y sus condiciones de salud, de esta manera, perciben con más gravedad lo que en realidad sucede”.

Por su parte, la edad sólo correspondió en el perfil, de la percepción de salud positiva para los jóvenes de 18 a 24 años (perfil 1); las demás categorías de la edad no fueron significativas en los perfiles restantes. El análisis bivariante evidenció que a medida que aumenta la edad, decae el nivel de percepción del estado de salud; situación que ha sido detectada en otras investigaciones (13,16) y que pudiera explicarse por el efecto del deterioro fisiológico, de las habilidades funcionales, del bienestar psicológico y del soporte social (13,17). En la investigación de López (16), se encontró que en los más jóvenes las valoraciones positivas de la salud alcanzaban casi a nueve de cada diez personas, mientras en los adultos mayores sólo a cuatro de cada diez. Además, evidenciaron que la edad marcaba diferencias en cuanto a la percepción del estado de salud porque a medida que ésta aumentaba, disminuía la proporción de entrevistados que definieron su estado de salud como bueno o muy bueno.

El análisis bivariante, señaló también, que la actividad en la cual se ocuparon las personas estuvo asociada con la percepción de salud. Se identificó que aquellas personas que estaban ocupadas en actividades labores o académicas tenían mejores percepciones de salud, en contraposición a quienes en la

última semana antes de la encuesta se encontraban incapacitados para trabajar o en oficios del hogar. Aunque estudiar o trabajar pudiera conllevar a accidentes laborales o síntomas asociados con el estrés, también pudiera tener un efecto positivo sobre la percepción de salud, porque está relacionado con sentirse útil en la sociedad, económica o académicamente productivo, lo que confiere un status al individuo. Con respecto a las amas de casa, aunque éstas desempeñan actividades que ocupan su tiempo; el desconocimiento cultural de que ésta es una actividad laboral, puede estar asociada también con percepciones negativas de salud (15,18).

El nivel de instrucción de las personas ha sido catalogado como uno de los mayores determinantes de la percepción del estado de salud (15,16). Algunos trabajos señalan que las personas que tienen estudios superiores presentan valoraciones más positivas del estado de salud: dos de cada tres dicen que su estado de salud es bueno o muy bueno. Lo contrario sucede entre los analfabetas: apenas dos de cada diez reportan valoraciones positivas y la mayoría califica regular o mal su estado de salud (4). Según el análisis de correspondencias múltiples, los perfiles 1 y 2 dan muestra de la correspondencia entre un menor nivel educativo y una peor percepción de salud, y entre un nivel educativo alto (técnico, tecnólogo, universitario con título y posgrado con y sin título) y una mejor percepción de salud. La consistencia de la agrupación entre educación y percepción de salud se podría explicar porque los individuos que estudian son más conscientes del auto-cuidado y, por lo tanto, perciben mejor su estado de salud (14).

Por otro lado, llama la atención, que no se detectan perfiles relacionados con una mala o muy mala percepción de salud; por el contrario, el 74,2 % de la población estudiada, reportó sentirse muy bien o bien al momento de la encuesta, porcentaje levemente mayor que el Nacional que se ubicó en 72,9 % (19). Cifras que evidencian un patrón llamativo en la población colombiana, identificado en otros estudios (7), donde se muestra que los colombianos a pesar de sus problemas de salud reportan valoraciones muy positivas de la misma.

En cuanto a la segunda tipología, relacionada con el reporte o no de eventos mórbidos, los perfiles 3 y 5 muestran que las personas que viven en zonas rurales, que pertenecen a minorías, en este caso indígenas, que presentan mayores edades (mayores de 45 años) y que tienen trabajos no especificados reportaron eventos mórbidos en los últimos 30 días anteriores a la encuesta. En contraste, se hallan las personas más jóvenes (menores de 45), que

viven en zonas urbanas, con niveles educativos mayores a secundaria, de raza blanca quienes no reportaron la presencia de eventos mórbidos. Estos hallazgos son consistentes con lo discutido anteriormente sobre el papel de la edad y el nivel educativo en la salud. Además, resalta el contraste entre las variables raza: blancos e indígenas y el área de residencia: urbano-rural (20).

La tercera y última tipología estuvo configurada en función de la subregión de residencia. En éste se identificó que residir en zonas urbanas o en grandes ciudades estuvo relacionado con mejores percepciones de salud y con menor reportes de eventos mórbidos en el último mes; en tanto, residir en zonas rurales o ciudades pequeñas correspondió con percepciones regulares de salud y reporte de eventos mórbidos en el último mes. Esto pudiera explicarse por las diferencias en el acceso entre las zonas rurales y urbanas a los servicios sociales como educación, empleo, atención en salud, entre otros (21,22).

Para próximos estudios se considera necesario incluir otras variables como las referentes a los estilos de vida, que de acuerdo a la literatura (4) también influyen sobre la percepción de la salud. Así mismo, los datos suministrados por la ENS 2007 sólo aportan información de personas que al momento de la encuesta tenían hasta 69 años (9); se considera importante para próximos estudios incluir a los adultos mayores de 69 años, dado que la edad marca diferencias en cuanto a la percepción del estado de salud (13).

La percepción de salud depende no sólo de las características fisiológicas sino también de experiencias personales, del entorno familiar, del contexto cultural, entre otros; por lo que desconocer condiciones del contexto social y de la vida en comunidad de los individuos pudiera soslayar el impacto de la misma en la percepción de salud. Se recomienda para próximos estudios, ampliar los contextos de análisis, quizá hacia la familia o la comunidad que permitan definir las características que conllevan a que la percepción de salud varíe de lugar en lugar con base en técnicas ecológicas de análisis de datos, como el análisis multinivel.

Esta investigación combinó dos estrategias de análisis de datos; por un lado, la estadística descriptiva mediante análisis univariante y bivariante y por el otro, la técnica de interdependencia de correspondencias múltiples. De acuerdo con los resultados observados a través de las dos metodologías, se sugiere para posteriores investigaciones realizar estudios que permitan contrastar los resultados entre las dos técnicas para mirar la consistencia en los hallazgos.

Una de las limitaciones del estudio es que el 49,2 % de la población eran niños, niñas o adolescentes menores de 18 años para los cuales un adulto fue quien respondió sobre la percepción de salud, lo cual pudiera estar enmascarando la real valoración de los menores. Además, algunas variables no pudieron ser tenidas en cuenta por la alta proporción de datos perdidos ♦

Agradecimientos: Agradecemos la financiación del Fondo de apoyo a los mejores trabajos de grado del Comité para el desarrollo de la investigación – CODI - de la Universidad de Antioquia. Agradecemos la autorización para el acceso y uso de la información a la Facultad Nacional de Salud Pública como parte del “Contrato Interadministrativo de Cooperación N°519-2008 entre el Ministerio de la Protección Social y la Universidad de Antioquia, para realizar el Análisis de la Situación de Salud en Colombia, 2002-2007”.

REFERENCIAS

1. Colombia, Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal -ENSAB III- y II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades crónicas - ENFREC II -. Bogotá: Lito servicios Aler; 1999.
2. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud -ENS- 2005-2006: protocolo de la encuesta. Análisis de la Situación de Salud de Colombia: ASIS-COL 2002-2006: Bogotá; 2006.
3. Colombia, Servicio Seccional de Salud de Antioquia. Diagnóstico de la situación de salud: boletín información para la acción. Medellín; 1992:1-5.
4. Abellán A. Percepción del estado de salud. Rev. Mult Gerontol. 2003;13(5):340-342.
5. Colombia, Ministerio de Salud Pública, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Investigación nacional de morbilidad: manual de entrevistas domiciliarias. Bogotá: Ministerio de Salud Pública; 1966.
6. Colombia, Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Salud. Población y morbilidad general: morbilidad sentida 1977- 80. Bogotá: Ministerio de Salud; 1983.
7. Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Encuesta de Calidad de Vida 2003: presentación de resultados. Bogotá: DANE; 2003.
8. Colombia, Ministerio de la Protección Social, Rodríguez J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, et al. Encuesta Nacional de Salud 2007: resultados nacionales. Bogotá: JAVEGRAF; 2009.
9. Pabon A. Encuesta nacional sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud 1986 - 1989: demanda y utilización de servicios de salud. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 1991.
10. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007: instructivo encuesta a hogares. Bogotá: El Ministerio; 2007.
11. Iñiguez Rojas L. Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. Cad. Saúde Pública. 1998; 14 (4).
12. Salvador-Figueras M. Análisis de correspondencia. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2003. [Internet]. Disponible en: <http://www.5campus.com/leccion/correspondencias>. Consultado noviembre 2012.
13. Sécúli E, Fusté J, Brugulat P, Juncá S, Rué M, Guillén M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. Gac Sanit. 2001;15(3):217-223.

14. López E, Findling L, Abramzón M. Desigualdades en Salud: ¿Es Diferente la Percepción de Morbilidad de Varones y Mujeres? *Salud Colectiva*. 2006;2(1):61-74.
15. Vargas A, Gutiérrez JP, Carreón V. Identificación de estados de salud y su relación con características socioeconómicas y geográficas: análisis de una encuesta poblacional en México. *Salud Pública Méx*. 2006; Vol. 48(6):482-489.
16. López E, Findling L, Abramzón M. Desigualdades en la percepción de morbilidad y en las conductas frente al cuidado de la salud. Centro de Estudios de Estado y Sociedad [Internet]. . Disponible en: <http://www.med.unne.edu.ar/catedras/saludpub/materiales/009.pdf> Consultado Noviembre 2012.
17. Gallegos-Carrillo K, García-Peñal C, Duran-Muñoz C, Reyes H, Durán-Arenas L. Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México. *Rev. Saúde Pública*. 2006;40 (5):792-801.
18. Rohlf's I, Borrell C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escibá V, García-Calvente M, Llacer A, Mazzarrasa L, Pasarin MI, Peiro R, Valls-Llobet C. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gac Sanit*. 2000;14(2):146-155.
19. Gómez-Arias RD, Rodríguez F, Agudelo-Londoño SM. Tomo III Morbilidad y Mortalidad de la población Colombiana. Análisis de la situación de salud en Colombia 2002-2007. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2011. p. 307.
20. Jadue L, Delgado I, Sandoval H, Cabezas L, Vega J. Analysis of the new health module of the National Socioeconomic Characterization Survey 2000. *Rev. méd Chile*. 2004;132(6):750-760.
21. Casa-Zamora J. Salud, desarrollo humano y gobernabilidad en América Latina y el Caribe a inicios del siglo XXI. *Rev. Panam Salud Publica*. 2002; 11(5-6):386-396.
22. Núñez J, Ramírez JC, Cuesta L. Determinantes de la pobreza en Colombia, 1996-2004. Bogotá: Centro de estudios sobre desarrollo económico, Universidad de los Andes; 2005.