



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Sociología

**Determinantes sociales y bienestar subjetivo: Factores explicativos de la
autopercepción en salud en Chile**

Memoria para optar al título de Socióloga

Nombre estudiante: Nelia González Droguett

Profesora guía: Dra. Marcela Ferrer-Lues

Santiago de Chile

Octubre de 2016

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis tardó mucho más tiempo de lo que yo tenía considerado. Quiero agradecer a todas aquellas personas que me apoyaron, aguantaron y tuvieron la paciencia de escucharme hablar sobre este proyecto. Muchas gracias a mi profesora guía, a mis padres, a mi hermana Deania (con su enorme paciencia), a Salvador (por escucharme y aconsejarme siempre) y a mis compañeros y amigos de FACSO y de la vida. Sin su apoyo y consejo, nada de esto hubiese sido posible.

ÍNDICE

I. RESUMEN.....	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
III. OBJETIVOS.....	10
3.1) Objetivo General.....	10
3.2) Objetivos específicos.....	10
IV. ANTECEDENTES EMPÍRICOS.....	11
V. MARCO TEÓRICO.....	16
5.1) El abordaje de la salud desde la sociología.....	16
5.1.1) <i>Los médicos como investigadores de lo social en la salud</i>	16
5.1.2) <i>Siglo XX: La sociología como una disciplina que estudia la salud.</i>	17
5.1.2.1) La explicación de lo médico por lo social.....	18
5.1.2.2) La explicación de lo socioindividual de la enfermedad.....	20
5.1.2.3) La explicación de la enfermedad por sus condiciones sociales.....	21
5.2) Autopercepción en salud.....	24
5.2.1) <i>La construcción de la autopercepción en salud</i>	25
5.2.2) <i>Elementos constituyentes de la autopercepción en salud</i>	27
5.2.3) <i>Los significados de la autopercepción en salud</i>	29
5.2.4) <i>Críticas al modelo de la autopercepción en salud</i>	30
5.2.5) <i>La autopercepción como indicador de la salud</i>	32
5.3) Determinantes sociales de la salud (DSS).....	35
5.3.1) <i>Equidad en salud</i>	37
5.3.2) <i>Modelos de DSS a lo largo de la historia</i>	40
5.3.2.1) <i>Modelo de Margaret Whitehead y Goran Dahlgreen (1991)</i>	40

5.3.2.2)Modelo de Finn Diderichsen y Hallqvist (1998)	42
5.3.2.3)Modelo de Eric Brunner, Michael Marmot y Richard Wilkinson (1998).....	45
5.3.2.4)Modelo de la Comisión de los Determinantes Sociales de la salud OMS 2003-2005	47
5.3.2.5) Críticas al modelo de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS	53
5.4) Bienestar subjetivo.....	55
5.4.1) <i>Algunos resultados de la investigación realizada por el PNUD</i>	59
VI. HIPÓTESIS.....	61
VII. MARCO METODOLÓGICO.....	62
7.1) Metodología cuantitativa	62
7.2) Tipo de investigación	64
7.3) Población y muestra	65
7.4) Variables a utilizar.....	66
7.5) Plan de análisis.....	72
7.5.1) <i>Índices</i>	72
7.5.2) <i>Análisis univariado</i>	76
7.5.3) <i>Análisis bivariado</i>	77
7.5.4) <i>Análisis multivariado</i>	80
VIII. RESULTADOS.....	82
8.1) Estadísticos univariados	82
8.1.1) <i>Variable dependiente: Autopercepción en salud</i>	82
8.1.2) <i>Variables independientes</i>	83
8.1.2.1) Bienestar Subjetivo	83

8.1.2.2) Determinantes sociales de la salud.....	85
8.2) Estadísticos Bivariados.....	97
8.2.1) <i>Bienestar subjetivo</i>	97
8.2.2) <i>Determinantes sociales de la salud</i>	99
8.2.2.1) Determinantes estructurales de la salud	99
8.2.2.2) Determinantes intermedios de la salud	103
8.3) Análisis Multivariado	112
8.3.1) <i>Modelo con todas las variables</i>	112
8.3.2) <i>Modelo sólo con variables significativas</i>	117
IX. CONCLUSIONES.....	123
9.1) Autopercepción en salud	123
9.2) Bienestar Subjetivo	124
9.3) Determinantes Sociales Estructurales	125
9.4) Determinantes Sociales Intermedios	127
9.5) A modo de cierre	129
X. BIBLIOGRAFÍA.....	131

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de Margaret Whitehead y Goran Dahlgreen (1991).....	41
Figura 2. Modelo de Finn Diderichsen y Hallqvist (1998) con intervenciones de puertas de entrada para políticas de Diderichsen, Evans y Whitehead (2001)	44
Figura 3. Simbología modelo de Finn Diderichsen y Hallqvist (1998) con intervenciones de puertas de entrada para políticas de Diderichsen, Evans y Whitehead (2001).....	44
Figura 4. Modelo de Eric Brunner, Michael Marmot y Richard G. Wilkinson (1998)	46
Figura 5. Modelo de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2003-2005).....	52

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variable dependiente.....	66
Tabla 2. Variables independientes	67
Tabla 3. Variable independiente (bienestar subjetivo).....	70
Tabla 4. Variables independientes (índices)	71
Tabla 5: Índice “Condiciones de la vivienda”	73
Tabla 6: Recodificación índice condiciones de la vivienda.....	73
Tabla 7: Índice “Episodios estresantes en los últimos seis meses”	75
Tabla 8: Recodificación Índice Episodios estresantes en los últimos seis meses .	76
Tabla 9: Estadísticos univariados.....	77
Tabla 10: Estadísticos bivariados.....	79
Tabla 11. Recodificación de variables para regresión.....	80
Tabla 12: Regresión logística multinominal con Determinantes Sociales de la Salud y Bienestar subjetivo	81
Tabla 13. Estadísticos univariados de autopercepción en salud.....	82
Tabla 14. Estadísticos univariados Bienestar Subjetivo	83
Tabla 15. Estadísticos descriptivos bienestar subjetivo (escalar).....	84
Tabla 16. Bienestar subjetivo y sexo.....	84
Tabla 17. Prueba de muestras independientes: Bienestar subjetivo y sexo	85
Tabla 18. Estadísticos univariados Nivel socioeconómico	85
Tabla 19. Nivel socioeconómico y sexo	86
Tabla 20. Pruebas de chi-cuadrado: NSE y sexo.....	86
Tabla 21. Estadísticos univariados Condición de actividad.....	86
Tabla 22. Condición de actividad y sexo	87
Tabla 23. Pruebas de chi-cuadrado: Condición de actividad y sexo	87
Tabla 24. Estadísticos univariados Nivel Educativo	88
Tabla 25. Estadísticos univariados Nivel educativo agrupado.....	88
Tabla 26. Nivel educativo y sexo	88
Tabla 27. Pruebas de chi-cuadrado: nivel educativo y sexo.....	89
Tabla 28. Estadísticos de fiabilidad. Índice de condiciones materiales de la vivienda	89

Tabla 29. Estadísticos univariados Índice de condiciones materiales de la vivienda	89
Tabla 30. Condiciones materiales de la vivienda y sexo	90
Tabla 31. Pruebas de chi-cuadrado: Índice de condiciones materiales de la vivienda y género	90
Tabla 32. Estadísticos de fiabilidad índice de episodios estresantes en los últimos seis meses	90
Tabla 33. Estadísticos univariados Índice de episodios estresantes en los últimos seis meses	91
Tabla 34. Índice de episodios estresantes en los últimos seis meses y sexo	91
Tabla 35. Pruebas de chi-cuadrado: Índice de episodios estresantes en los últimos seis meses y sexo	91
Tabla 36. Estadísticos univariados Frecuencia de agobio y preocupación por obligaciones y exigencias.....	92
Tabla 37. Frecuencia de agobio y preocupación por obligaciones y exigencias y sexo.....	92
Tabla 38. Pruebas de chi-cuadrado de Frecuencia de agobio y preocupación por obligaciones y exigencias y sexo	93
Tabla 39. Estadísticos univariados Sistema de salud	93
Tabla 40. Sistema de salud y sexo.....	93
Tabla 41. Pruebas de chi-cuadrado: Sistema de salud y sexo.....	94
Tabla 42. Estadísticos univariados Capital Social - Cantidad autopercebida de amigos.....	94
Tabla 43. Cantidad autopercebida de amigos y sexo.....	94
Tabla 44. Pruebas de chi-cuadrado: Cantidad autopercebida de amigos y género	95
Tabla 45. Estadísticos univariados Sexo.....	95
Tabla 46. Edad (escalar)	95
Tabla 47. Estadísticos univariados Edad (ordinal)	95
Tabla 48. Prueba de muestras independientes según sexo.....	96
Tabla 49. Edad y sexo.....	96
Tabla 50. Autopercepción en salud y Bienestar subjetivo	97

Tabla 51. Autopercepción en salud y Bienestar subjetivo (medidas escalares)	98
Tabla 52. Pruebas de chi-cuadrado: Autopercepción en salud y Bienestar Subjetivo.....	98
Tabla 53. Anova de un factor: Bienestar subjetivo y autopercepción en salud	98
Tabla 54. Autopercepción en salud y Nivel socioeconómico.....	99
Tabla 55. Pruebas de chi-cuadrado: Autopercepción en salud y nivel socioeconómico.....	100
Tabla 56. Autopercepción en salud y condición de actividad	101
Tabla 57. Pruebas de chi-cuadrado: Autopercepción en salud y condición de actividad	101
Tabla 58. Autopercepción en salud y nivel educacional.....	102
Tabla 59. Pruebas de chi-cuadrado: Autopercepción en salud y nivel educacional	102
Tabla 60. Autopercepción en salud y condiciones materiales de la vivienda	103
Tabla 61. Pruebas de chi-cuadrado: Autopercepción en salud y condiciones materiales de la vivienda.....	103
Tabla 62. Autopercepción en salud y condiciones psicosociales (Índice de episodios estresantes en los últimos seis meses).....	104
Tabla 63. Pruebas de chi-cuadrado: Autopercepción en salud e Índice de episodios estresantes en los últimos seis meses).....	104
Tabla 64. Autopercepción en salud y Frecuencia de agobio y preocupación por obligaciones y exigencias.....	105
Tabla 65. Pruebas de chi-cuadrado: Autopercepción en salud y frecuencia de agobio y preocupación por obligaciones y exigencias.....	105
Tabla 66. Autopercepción en salud y Sistema de salud.....	106
Tabla 67. Pruebas de chi-cuadrado: Autopercepción en salud y Sistema de salud	106
Tabla 68. Autopercepción en salud y cantidad autopercibida de amigos.....	108
Tabla 69. Pruebas de chi-cuadrado: Autopercepción en salud y capital social... ..	108
Tabla 70. Autopercepción en salud y sexo.....	109
Tabla 71. Pruebas de chi-cuadrado: Autopercepción en salud y sexo.....	109

Tabla 72. Prueba de muestras independientes entre autopercepción en salud y sexo.....	109
Tabla 73. Autopercepción en salud y edad	110
Tabla 74. Autopercepción en salud y edad (agrupada).....	111
Tabla 75. Anova de un factor: Edad y autopercepción en salud	111
Tabla 76. Pruebas de chi-cuadrado: edad (ordinal) y autopercepción en salud..	111
Tabla 77. Información del ajuste del modelo con todas las variables.....	113
Tabla 78. Pseudo R-cuadrado del modelo	113
Tabla 79. Estimaciones de los parámetros del modelo con todas las variables..	116

I. RESUMEN

La autopercepción es un indicador que ha demostrado ser fiable para dar cuenta del estado de salud de la población al revelar cómo los mismos sujetos califican y autoevalúan la forma en que creen está su salud. Sin embargo, numerosas investigaciones demuestran que este fenómeno no ocurre en forma homogénea, sino que se ve influenciado por los factores sociales en que se encuentran insertos estos sujetos. En el año 2005, la OMS elaboró un modelo sobre la base de estos factores y los denominó “Determinantes sociales de la salud”, definiéndolos como las circunstancias y contextos en que la vida se desarrolla. Ambas variables se han utilizado en numerosas investigaciones en conjunto, sin embargo, son muy pocas en Chile las que incluyen la evaluación que la persona realiza de su propia vida, esto es, el bienestar subjetivo. Utilizando la encuesta realizada por el PNUD en el año 2012, denominada “Bienestar subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo” y, por medio de, regresiones logísticas multinomiales se concluyó que el nivel educacional, el sexo, la edad y el bienestar subjetivo se constituyeron como factores explicativos de la salud, reforzando los resultados empíricos consultados al respecto y los aspectos teóricos referentes al modelo de los DSS. Se concluye que la sociología debe posicionarse como una disciplina que no sólo debe contribuir desde la metodología en los estudios poblacionales, sino que debe aportar desde una perspectiva crítica hacia los modelos planteados desde la epidemiología y el modelo biomédico.

Palabras clave: autopercepción en salud, determinantes sociales de la salud, bienestar subjetivo.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las condiciones sociales de la salud como tema de investigación no siempre estuvo en manos de las ciencias sociales, sino que comenzó como un asunto ligado a los médicos del siglo XIX, quienes se interesaron en lo social a propósito de la insalubridad de las condiciones sanitarias de la época. Siempre desde la vereda de lo biomédico, el objetivo fue tratar el tema desde una visión más holística, considerando los contextos laborales, habitacionales y ambientales en los que se desenvolvía la población (Acharya & Cervantes, 2009).

Con el pasar del tiempo, empero, las ciencias sociales se hicieron un lugar en el área, delimitando temáticas de trabajo diversas, que abarcan desde la explicación de la enfermedad a partir de factores individuales, pasando por la investigación de *lo médico* (socialización de estudiantes de medicina, trabajo en hospitales, institucionalización de la salud, etc.) y hasta la explicación de lo patológico por las condiciones sociales de los sujetos (Cockerham W. , 2011).

Más específicamente, la sociología comenzó el estudio de la salud sólo después de la Segunda Guerra Mundial, cuando Talcott Parsons (1951) publicó “El Sistema Social”, investigación en que escribió acerca del rol del enfermo en la sociedad, siendo considerado el primero en estudiar la salud desde la vereda de la sociología. Posterior a esto, la disciplina amplió sus temas de investigación, desarrollando los campos a la medicalización, los estilos de vida, capital social, entre otros. (Cockerham W. , 2011).

El hecho de que la salud se haya convertido en un problema de investigación de las ciencias sociales da cuenta de cómo se pasó desde la naturalización de la exclusividad de la temática en manos de las ciencias biomédicas a una dotación de teoría por parte de la sociología. De este modo, logró posicionarse como una disciplina que permitió darle un carácter multifactorial al problema de la salud, complejizando las relaciones y midiendo e interpretando los factores sociales, buscando alternativas de solución ante la adherencia a algún tratamiento y, por sobre todo, enriqueciendo el análisis por medio de una

investigación más ligada a la cultura y las formas de vida de los sujetos (Rojó Pérez & García González, 2000).

Una de las maneras en que la sociología se ha presentado en el estudio del tema es desde la metodología. Un ejemplo de ello son las encuestas de salud, en las cuales los sociólogos se han incorporado a los equipos de trabajo a cargo de estos estudios. Su realización, por medio de mediciones periódicas, contribuye a la obtención de conocimiento respecto a cómo se va desarrollando el problema de la salud y enfermedad en una población determinada. Dentro de los objetivos de la realización de este tipo de estudios se encuentran aquellos ligados a las Encuestas Nacionales de Salud, las que se realizan con el propósito de “disponer de un diagnóstico actualizado para evaluar y reformular políticas sectoriales, estimar la demanda que enfrentará el sistema de salud, y establecer la vigilancia epidemiológica correspondiente” (Ministerio de Salud (MINSAL), 2010).

En estas encuestas nacionales, se usan tres tipos de indicadores para medir los problemas de salud: la medición objetiva (a partir de parámetros fisiológicos, como pruebas de agudeza visual, talla, peso, etc.), el autorreporte de algún diagnóstico médico y la autopercepción en salud (Ministerio de Salud, 2003). Ésta última, utilizada como pregunta general (evaluación de la salud en general) suele ocuparse por su capacidad predictiva de la mortalidad y la morbilidad (Jylhä, 2009), siendo los mismos sujetos quienes ponderan lo que significa la salud en su vida y qué elementos necesitarán para responder a la pregunta.

El estudio de la salud desde la autopercepción, de este modo, constituye una fuente válida para medir la salud de la población. Una de las principales características de este indicador radica en que no es una medida con un significado único, sino que varía según los distintos grupos sociales de acuerdo al significado que le otorguen a la salud, las dimensiones que le entreguen a ella, la comparación con otros grupos similares, etc. Ante esto, ha demostrado ser una medida sensible ante las diferencias entre los factores socioeconómicos y demográficos (Girón Daviña, 2009).

Dentro de las temáticas estudiadas por las ciencias sociales y la sociología se encuentra aquella que investiga la salud y la enfermedad según sus condiciones sociales. En este caso, “no se trata de lo que hace o deja de hacer un individuo, sino de las condiciones en las cuales esa persona se encuentra lo que determina la salud y la enfermedad” (Briceño-León, 2003, pág. 39). Para esta línea de estudio, la salud no está en las manos del sujeto, sino que se trata de un asunto colectivo, siendo este punto el que se erige como problemático para las ciencias sociales y la salud pública.

Bajo esta premisa es que surgió, desde la vereda de la Organización Mundial de la Salud, un enfoque que se centró en explicar cómo las condiciones sociales influyen sobre el estado de salud de la población. Si bien este enfoque se encuentra presente desde los fundadores de la salud pública en el siglo XIX, recién se formalizó a mediados de la primera década del XXI. En el año 2005, se reunió a una comisión de expertos con el objetivo “ayudar a los países y los asociados mundiales en pro de la salud a abordar los factores sociales que conducen a la mala salud y las inequidades” (Organización Mundial de la Salud, s.f.).

Los determinantes sociales de la salud (DSS), corresponden a “las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas” (Vega, Solar, & Irwin, 2005, pág. 9). En este sentido, la forma en que los determinantes sociales se desarrollan está relacionada directamente con la estructura social de una nación, la forma en que se distribuyen los recursos (tanto materiales como simbólicos) y cómo éstos afectan los distintos estilos de vida que tienen los individuos. Para el modelo propuesto por la OMS en el año 2005, “esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (Organización Mundial de la Salud, s.f.).

Los factores sociales que determinarán la salud de la población van a ser una manifestación de las desigualdades de una nación. Un ejemplo de esto es el gradiente de las condiciones de salud según el nivel socioeconómico; a medida

que se avanza en ingresos, la salud de la población va mejorando proporcionalmente (Organización Mundial de la Salud, s.f.) En este sentido se afirma que “éste no es un fenómeno natural, sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política” (Organización Mundial de la Salud & Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008, pág. 1).

Por estas razones, el tema de los determinantes sociales de la salud no puede ser tratado sin ser considerado como un problema de equidad. Según Margaret Whitehead (1991), el término de equidad en salud está investido de una dimensión moral y ética y se refiere a “diferencias que son innecesarias y evitables pero que, además, se consideran arbitrarias e injustas” (pág. 4). De este modo, estas inequidades en salud están ligadas directamente con la estructura social en la que el sujeto está inserto, donde hay un desarrollo de fuerzas de poder, un contexto social, político y económico que van a determinar el bienestar de la persona a lo largo de su vida y de manera acumulable (Vega, Solar, & Irwin, 2005, pág. 9).

Lo que afecta la salud, es el hecho de que no todos pueden comportarse o cuidar de su bienestar como las recomendaciones médicas lo indican, sino que va a estar constreñido en todo ámbito por su contexto económico y social. Lo que se plantea, es que “donde las personas tienen poca o ninguna posibilidad de elección del modo de vida y las condiciones de trabajo, las diferencias resultantes en salud tienen mayor probabilidad de ser consideradas injustas en comparación con aquellas que son resultantes de la elección voluntaria de un riesgo” (Whitehead, 1991, pág. 7).

Para la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (2007), estos determinantes sociales de la salud se van a clasificar según la forma en que se desenvuelven en la sociedad, de tal manera de incluir tanto el contexto político como aquellas circunstancias materiales que dan forma a las desigualdades. A grandes rasgos, el primer nivel corresponde al *contexto socioeconómico y político*, que incluye las políticas públicas, sociales, macroeconómicas y los valores

culturales de una sociedad. Si bien estos elementos influyen sobre la salud de la población, su manifestación concreta se traduce en los dos siguientes niveles.

En el siguiente nivel se encuentran los determinantes de tipo *estructural*, que están basados en diferencias de poder, económicas y de prestigio social, lo que implica que factores como el ingreso, el nivel socioeconómico, la ocupación y la etnia de una persona pueden determinar diferencias sociales que, si bien no se traducen directamente en problemas de salud, sí forman parte de una cadena que influencia otros factores que sí los va a determinar (Comission on Social Determinants of Health, 2007).

Estos últimos corresponden a los determinantes de tipo *intermedio*, referidos a la materialización a nivel individual de los factores anteriores. Por ejemplo, se encuentran las condiciones materiales de vivienda o trabajo de una persona, el sistema de salud al que se encuentra adherido, la edad y el sexo. La importancia de estos factores radica en que éstos sí se materializan directamente en la salud, presentándose diferencias a nivel comparado entre los distintos grupos sociales (Comission on Social Determinants of Health, 2007).

De este modo, los determinantes sociales, como un marco teórico para estudiar las condiciones sociales de la salud se han erigido como una conceptualización válida para la investigación; ¿qué es lo que se ha hallado a nivel nacional?

Dentro de las investigaciones realizadas en Chile, hay hallazgos que dan cuenta que, en el caso de los adultos jóvenes de las comunas del Gran Santiago, el ingreso está inversamente relacionado con la mortalidad (Sánchez & Albala, 2004). Ocurre la misma relación entre la mortalidad infantil y los recursos de estas comunas (Donoso, 2004). Algo similar sucede con el nivel educacional, donde se han encontrado hallazgos que dan cuenta de una relación inversa con enfermedades como la hipertensión, la diabetes y el riesgo cardiovascular (Ministerio de Salud (MINSAL), 2010), mostrándose también esta relación con el padecimiento de cáncer en general (Roco, Quiñones, Acevedo, & Zagmutt, 2013).

También se han observado diferencias relacionadas con el género, en tanto que, en el área de salud mental, dentro de la totalidad de pacientes atendidos en el Programa Nacional para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en la Atención Primaria, el 87,1% corresponden a mujeres (Observatorio de Equidad de Género en Salud Chile, 2008). Esta situación se repite en cuanto a trastornos como la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2 (Ministerio de Salud (MINSAL), 2010).

De manera similar, una investigación realizada a partir de la Encuesta Nacional de Salud de Chile efectuada entre 2009 y 2010, indica que las relaciones sociales de confianza hacia los demás contribuyen a una mejor salud mental y a la mejora de medidas negativas de riesgo cardiovascular (Riumallo-Herl, Kawachi, & Avendaño, 2014).

De este modo, los determinantes sociales de la salud consideran aspectos objetivos de la población, esto es, aquellos que dan cuenta de sus condiciones de vida concretas y materiales. Sin embargo, también considera cómo estas condiciones repercuten sobre el estilo de vida y los episodios estresantes (como la pérdida el empleo) de una persona. A pesar de que el modelo incluye un amplio espectro de factores, no contiene la perspectiva del sujeto sobre su propia vida. Una variable que puede dar cuenta de cómo puede plasmarse desde este punto de vista es el bienestar subjetivo.

El bienestar subjetivo corresponde a la evaluación que realiza un sujeto de sí mismo y de su entorno sobre la base de sus condiciones sociales, aspiraciones, proyectos y expectativas (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2012). Autores como Ruut Veenhoven (2008) indican que este concepto está ubicado e influenciado de manera sustancial por el contexto, entregando pistas valiosas respecto al sistema social en que las personas se insertan. Esto se ve manifestado en investigaciones que indican que el ingreso (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2012; Pinquart & Sörensen, 2000; Cruz & Torres, 2006; Vásquez, Pena López & Sánchez Santos, 2013), la ocupación (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2012; Cruz & Torres, 2006;)

y el capital social (Pinquart & Sørensen, 2000) intervienen de manera importante sobre el bienestar.

En este sentido, cabe preguntarse, ¿es el bienestar subjetivo un determinante social? ¿Qué puede aportar el estudio de la subjetividad a las investigaciones sobre la salud?

Durante el año 2011, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2012), en su informe anual, trabajó el bienestar subjetivo como una sumatoria del bienestar subjetivo individual con el de la sociedad. El primero se refiere a una autoevaluación respecto a la imagen personal en torno a la satisfacción vital, los afectos positivos, la felicidad, entre otros, y el segundo también concierne a una evaluación, pero de la sociedad, en torno a la estimación de oportunidades que le otorga y que influye en su propia valoración.

Además del bienestar, el estudio realizado por el PNUD trata temas ligados a lo laboral, el tiempo libre, el capital social, proyectos de vida, metas personales y salud. Este último está abordado desde la perspectiva de atención de salud, seguridad respecto a la propia salud, presencia de problemas físicos y la autopercepción en salud.

A partir de todos los elementos nombrados se puede afirmar que, si bien se han realizado investigaciones que han dado cuenta de diferencias en la salud de la población a partir de la autopercepción, sólo se han incluido como factores explicativos elementos objetivos de los encuestados, es decir, determinantes sociales tanto estructurales como intermedios, sin considerar la perspectiva del sujeto respecto a sí mismo. En este sentido, la presente investigación buscará medir cómo influyen estos aspectos subjetivos y objetivos (materiales) en la salud autodeclarada. De este modo, el aporte del estudio estaría dado por indagar en la complementariedad entre los determinantes sociales de la salud y la satisfacción de la persona con su vida.

Por todo lo anterior, un estudio de la salud en la población desde la perspectiva del autorreporte no sólo resulta pertinente desde los determinantes

sociales que evalúan las condiciones estructurales y materiales de su desarrollo, sino que también desde el bienestar subjetivo como una medida complementaria desde la perspectiva de los individuos. Tomando en cuenta esto, es que la pregunta que guía la presente investigación es **¿Cómo influyen los determinantes sociales y el bienestar subjetivo individual sobre la autopercepción de salud de los chilenos y chilenas?**

Para responder esta pregunta, se utilizarán los datos obtenidos a partir de la encuesta realizada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, denominado “Bienestar subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo”.

III. OBJETIVOS

3.1) Objetivo General

Analizar la influencia de los determinantes sociales estructurales e intermedios y el bienestar subjetivo individual sobre la autopercepción de salud de los chilenos y chilenas.

3.2) Objetivos específicos

- Caracterizar la autopercepción en salud en Chile a partir de sus determinantes sociales estructurales e intermedios, así como desde el bienestar subjetivo.
- Comparar la influencia de los determinantes sociales estructurales e intermedios y el bienestar subjetivo sobre la autopercepción en salud en Chile.

IV. ANTECEDENTES EMPÍRICOS

A continuación, se entregan una serie de estudios realizados a nivel nacional e internacional respecto a la autopercepción en salud como variable dependiente.

Parte de las investigaciones referentes a la autopercepción de salud tienen como población objetivo los adultos mayores. Un ejemplo de este tipo de estudios es el realizado en Manizales durante el año 2004 por José Fernando Gómez y Carmen Lucía Curcio, (2004), quienes correlacionaron la presencia de enfermedades y discapacidad de mayores de 65 años con el autorreporte en salud. Sus resultados indicaron que más de la mitad de los encuestados se sentía saludable o muy saludable y en mejores condiciones que aquellos de su misma edad. Sin embargo, el analfabetismo, ser mujer, poseer al menos una enfermedad y las edades más avanzadas se correlacionaron positivamente con percibir la salud en forma más negativa (Gómez & Curcio, 2004).

Dentro de los estudios que han tratado temas relativos a la autopercepción en salud en la población, se encuentra el análisis multinivel de la influencia de características individuales, capital social y privación en el estado de salud percibida en España. Por medio de la Encuesta de Discapacidades Deficiencias y Estado de Salud de 1999, se indicó que la mayor parte de la población española tiene una percepción positiva sobre su estado de salud, siendo ésta mejor entre la población más joven, por lo que se plantea que la edad suele ser uno de los principales condicionantes de la percepción en salud. Del mismo modo, los hombres tienen mejor percepción de salud que las mujeres, hipotetizando que es debido a que éstas últimas tienen un mayor porcentaje de dolencias y a que son más exigentes con su bienestar (Martín Martín, López del Amo, García Mochón, Moya Garrido, & Jódar Sánchez, 2009).

Siguiendo esta misma línea, Jorge González, Alfredo Sarmiento, Carlos Alonso, Roberto Carlos Angulo y Francisco Espinosa (2005) realizaron una investigación que buscaba relacionar la autopercepción en salud con los efectos del nivel de ingresos y la desigualdad en Bogotá trabajando con la encuesta de

Calidad de Vida realizada durante el año 2003. Se trabajó con un análisis multinivel, donde el primer nivel correspondió a las características asociadas con el individuo, el segundo las del hogar y el tercero a las de la localidad. Dentro de los resultados, se obtuvo que las mujeres y los no afiliados a un sistema de salud tienen mayores probabilidades de reportar mala salud que los que sí lo están. Asimismo, se indica que la salud autopercibida es sensible a la desigualdad de la comunidad en que se encuentra inserto el individuo (González, Sarmiento, Alonso, Angulo, & Espinosa, 2005).

Un estudio que compara la situación de dos años es el realizado por Enrique Regidor, David Martínez, Paloma Ortega, María E. Calle y Vicente Domínguez (2006), el cual consiste en una comparación de la influencia de las desigualdades socioeconómicas sobre las desigualdades en salud medidas en los años 1987 y 2001 por medio de la Encuesta Nacional de Salud de España. Los resultados arrojan que, a pesar de que la renta per cápita de ese país se acercó a la del resto de los países de la Unión Europea, no hubo diferencias significativas en las desigualdades en salud, situación que se materializó en que, la mayor cantidad de personas que consideraban que su estado de salud no era bueno se encontraba en aquellas provincias en que la renta per cápita era más baja. Del mismo modo, se concluye que, a pesar de que el autorreporte de salud operacionalizado como “no buena” disminuyó, las diferencias entre los grupos aumentaron “lo que se debió al aumento de ese porcentaje entre los hombres con nivel de estudios bajo y a su descenso entre los hombres con nivel de estudios alto” (Regidor, Martínez, Ortega, Calle, & Domínguez, 2006, pág. 4). En el caso de las mujeres, la tendencia fue similar, pero con diferencias aún mayores.

Un estudio de similares características es el realizado por Elsa López, Liliana Findling y Mónica Abramzón (2006), que analiza la percepción de morbilidad en hombres y mujeres por medio de la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud de la Dirección de Estadísticas e información de Salud del Ministerio de Salud de Argentina (2003). Los resultados obtenidos siguen la línea de lo explicitado anteriormente, puesto que las desigualdades en autorreporte de

salud se relacionan con la edad y el sexo, además del nivel educativo, el que, a medida que aumenta, tiende a aumentar el porcentaje de sujetos que perciben su salud como muy buena. Este estudio comprueba aquello que fue constatado en investigaciones anteriores.

Asimismo, el estudio realizado por Armando Vargas-Palacios, Juan Pablo Gutiérrez, Víctor Carreón-Rodríguez (2006) con la Encuesta Nacional para la Evaluación de Desempeño de México realizada durante los años 2002 y 2003 buscaba relacionar los estados de salud con las características socioeconómicas y geográficas de ese país. Los resultados encontrados se presentaron como contradictorios con lo obtenido en estudios anteriores, en tanto que las variables de sexo, religión, lengua materna y estado civil no se encontraron correlacionadas con la autopercepción en salud. En este caso, los autores hipotetizan que esto se pudo haber debido a que “esta autopercepción está más ligada a características intrínsecas al individuo, como su personalidad, experiencias personales, entorno familiar, etc.” (Vargas-Palacios, Gutiérrez, & Carreón-Rodríguez, 2006, pág. 486). Lo que se sí se manifiesta concordante con el resto de las investigaciones es el hecho de que el nivel educativo se relaciona positivamente con la variable dependiente.

Asimismo, otro estudio relacionado con la autopercepción en salud es el realizado por Ángel Castro-Vásquez, Irene Espinoza-Gutiérrez, Patricia Rodríguez Contreras y Pablo Santos Iglesias (2007), el cual consiste en el establecimiento de relaciones entre el estado de salud percibido (cuyos datos se obtuvieron de la Encuesta Nacional de Salud española publicada el año 2005) y las medidas objetivas de salud, las que se relacionaron con defunciones, morbilidad, accidentes de trabajo y consumo de medicamentos en España en un periodo que comprende los años 2000 a 2003. Los resultados obtenidos arrojan que no existe una correlación ni relaciones de tipo explicativas entre las variables medidas, lo que permite concluir que el autorreporte no mide condiciones de salud en sí, sino sólo salud autopercebida como tal.

De este mismo modo, se han realizado estudios comparativos entre los países, por ejemplo, Steven G. Prus (2011) investigó respecto a la influencia de los determinantes sociales de la salud en la autopercepción de la misma en Canadá y Estados Unidos. Dentro de los resultados se encontró que estos determinantes influyen de forma importante en cada país. Sin embargo, la magnitud en que lo hacen es diferente. Tal es el caso del género, la raza y el lugar de nacimiento, que en el caso de Estados Unidos, interviene de manera más significativa en la variable dependiente. Por otra parte, en Canadá, los determinantes que más peso tienen son el estado civil y edad. Se concluye que, en general, esto reflejaría diferencias interculturales de cada país.

Otro estudio comparativo es el realizado por J. H. Park y K. S. Lee (2013), quienes trabajan los determinantes de la autopercepción de la salud en Japón y en Corea de Sur por medio de la Encuesta Social del Este Asiático. Dentro de los resultados obtenidos, se encuentra el hecho de que el género no es un factor que influya dentro de la salud autorreportada en ninguno de los dos países (situación que difiere con los resultados obtenidos en sociedades occidentales). Del mismo modo, el hecho de vivir con un cónyuge se encuentra negativamente asociado con la autopercepción en salud entre coreanos y japoneses alrededor de los veinte y treinta años. Los autores hipotetizan que esto puede deberse a la exposición a los todavía presentes valores tradicionales respecto al matrimonio. Por otra parte, el nivel socioeconómico está débilmente relacionado con la autopercepción en salud en los japoneses entre 40 y 50 años, comparado con los coreanos de la misma edad, lo que puede ser explicado por el diferente desarrollo que ha tenido cada una de las naciones, teniendo Corea un desarrollo más rápido que Japón en la era post 1945. Asimismo, en el caso de éstos últimos, la educación y el estatus del empleo están significativamente asociados con la variable dependiente en este mismo rango etario. Finalmente, los efectos de una enfermedad crónica, la felicidad, la desesperanza y los problemas mentales influyen más fuertemente en los japoneses que en los coreanos.

Finalmente, una investigación realizada por Riumallo-Herl, Kawachi y Avendaño (2014) trabajó con la variable de autopercepción desde la Encuesta Nacional de Salud del año 2009-2010 en Chile. Dentro de los resultados del modelo estratificado, se destacó la importancia del capital social en el autorreporte de salud, sobre todo entre los 45 y 54 años. Sin embargo, esta asociación se vuelve más débil en los grupos jóvenes y adultos mayores.

Tal como se pudo apreciar, los antecedentes referidos a la autopercepción en salud son en su mayoría extranjeros, limitándose a uno a aquellos que abordan estas temáticas en Chile (Riumallo-Herl, Kawachi, & Avendaño, 2014). Esto da cuenta de una falta de investigaciones a nivel nacional desde el punto de vista de la salud percibida por el sujeto, razón por la cual esta memoria resulta relevante para la producción de conocimiento. Es importante destacar, empero, que hay numerosos estudios que tocan la temática de desigualdades en salud (Arteaga, Thoullaug, Nogueira, & Darras, 2002; Sánchez & Albala, 2004; Subramanian, Delgado, Jadue, Kawachi, & Vega, 2003; Vega, 2001; Vega, y otros, 2001), sin embargo, no lo hacen desde la vereda de la autopercepción

Del mismo modo, es posible concluir que los grandes factores que determinan el autorreporte en salud son el género, la edad y el nivel educacional principalmente, todos considerados determinantes sociales tanto intermedios como estructurales en el modelo de los determinantes sociales de la salud planteado por la OMS en el año 2005.

V. MARCO TEÓRICO

A continuación, se entregan las principales discusiones teóricas y conceptuales de los conceptos centrales utilizados en la investigación.

5.1) El abordaje de la salud desde la sociología

La sociología, como ya se señaló, es una ciencia social nacida en el siglo XIX que demoró en comenzar a investigar temas relacionados con la salud de la población, ya que sólo finalizada la Segunda Guerra Mundial el tema se comenzó a tratar en forma académica. Antes de ese evento, había sido ignorado ya que no era considerado un tema sociológico y porque no se erigía como constituyente de la estructura y la naturaleza social (Cockerham W. , 2011). De hecho, antes de esa fecha, quienes estudiaban las condiciones sociales de la enfermedad eran únicamente los médicos.

5.1.1) Los médicos como investigadores de lo social en la salud

El estudio de lo social comenzó a ser estudiado durante el siglo XVII en Europa, en plena época de enfermedades infecciosas, en las que la salubridad y el entorno en el que vivían y trabajaban las personas determinaba de sobremanera las patologías que padecían (Moiso, 2007).

En este contexto, médicos interesados en las condiciones en las cuales se presentaban las enfermedades comenzaron a investigar estos temas sin mayor rigurosidad metodológica y sustentados principalmente en la experiencia del ejercicio de su profesión. En estos casos, más que estar basado en las condiciones sociales específicas de la enfermedad, abarcaba condiciones más globales que sólo lo biológico, considerando, por ejemplo, los elementos contextuales de los pacientes (Acharya & Cervantes, 2009).

En este sentido, la concepción sobre la enfermedad apuntaba principalmente al modelo biomédico, es decir, a la enfermedad como una avería del cuerpo humano ocasionada por causas identificables, tratando a la persona como un paciente, aislándolo de su individualidad (Giddens, 2010).

Sin embargo, en la medida que los avances de la salud pública fueron aumentando y las enfermedades transmisibles dejaron de ser las predominantes en la sociedad, el interés por el tema de las condiciones de vida y la salud/enfermedad de la población fue menguando, quedando recluidas a médicos dedicados exclusivamente a la salud pública (Acharya & Cervantes, 2009).

5.1.2) Siglo XX: La sociología como una disciplina que estudia la salud

Tal como se indicó, no fue sino hasta después de la Segunda Guerra Mundial que la sociología se consolidó en el estudio de la salud, muchas veces ayudada y sustentada por las universidades y los ministerios de los gobiernos de turno, quienes buscaron dar un enfoque de las ciencias sociales al estudio del tema (Acharya & Cervantes, 2009). Un ejemplo de esto fue que, en los años sesenta, se recurrió a estas disciplinas para estudiar los problemas de usuarios y usuarias con su sistema de salud (Gil Montes, 2002).

Dentro de los teóricos que fueron decisivos para el desarrollo de la salud como una temática a estudiar en la sociología se encuentra Talcott Parsons y la publicación de su libro “El Sistema Social” (1951). En éste, el autor trató el rol del enfermo desde una perspectiva estructural funcionalista, siendo, para Cockerham (2011), el primero en plantear una teoría directamente aplicable a la sociología de la salud, utilizando los parámetros de sociólogos clásicos como Durkheim y Weber y alejándose de la perspectiva biomédica. Además, “Parsons le otorgó a la sociología de la salud el reconocimiento intelectual que necesitaba en su desarrollo inicial, dotándola de teoría”¹ (Cockerham W. , 2011, pág. 237). En este mismo punto, Briceño-León (2003) indica que a partir de este precedente, la sociología logró legitimidad para comenzar a estudiar e investigar el tema de la salud.

Según Acharya & Cervantes (2009) a partir de este periodo hubo tres corrientes principales de la salud en ciencias sociales, más específicamente, en la sociología; la explicación de lo médico por lo social, la explicación de lo

¹ Traducción propia

socioindividual de la enfermedad y la explicación de la enfermedad por sus condiciones sociales.

5.1.2.1) La explicación de lo médico por lo social

La explicación de lo médico por lo social está referida al estudio de la profesión médica en todas sus dimensiones, tratándose temas que van desde la construcción del rol del médico, instituciones hospitalarias, relación médico paciente e instituciones y organizaciones de salud (Gil Montes, 2002).

Tal como señalan Briceño-León (2003), Kumar & Cervantes (2009) y Cockerham (2011) son teóricos relevantes de este periodo Merton, Becker y Goffman, quienes trabajaron temas ligados tanto a los médicos como a las instituciones de salud en general.

El trabajo realizado por Robert Merton y George Reader y Patricia Kendall (1957), siguiendo la línea teórica de Talcott Parsons, consistió en el estudio de los procesos de socialización de los estudiantes de medicina de varias universidades de Norteamérica.

Este estudio dio cuenta, entre otras cosas, que la decisión de estudiar medicina está mediada por una diversidad de factores que van desde el contacto con profesiones médicas desde la infancia, requerimientos institucionales del sistema educacional al que se busca entrar, expectativas de los otros, opiniones de los padres, etc. En este sentido, la consideración de estudiar medicina varía ya que, mientras algunos toman la decisión antes de los 14 años, otros recién la toman como una opción válida recién al terminar el *college*, siendo los primeros quienes más dudan de su decisión respecto de los segundos (Merton, Reader, & Kendall, 1957).

De manera similar, el desarrollo de la autoimagen del médico es un proceso largo, en tanto que los sujetos parten “pensando” como estudiantes y progresivamente se desarrollan como médicos. Esto va evolucionando en la medida que tienen contacto clínico y con pacientes y otros profesionales del área

de la salud. Un ejemplo de esto es el trato que tienen con las enfermeras, quienes esperan de parte de los estudiantes un comportamiento adecuado a su labor profesional (Merton, Reader, & Kendall, 1957).

Desde otra vereda metodológica, otros dos autores incidieron en el estudio de lo médico por lo social. Según Briceño León (2003), Howard Becker y Erving Goffman destacaron por el uso de la observación participante, basado en el interaccionismo simbólico como método de investigación. Si bien el primero estudió algo similar a los funcionalistas nombrados anteriormente, esto es, las pautas sociales de los estudiantes de medicina, el segundo estudió lo médico como institución, siendo su trabajo más importante el denominado “Internados”.

Howard Becker, junto a Blanche Geer, Everett Hugues, y Anselm Strauss, escribieron el libro “Boys in White. Student culture in a medical school” (1961). Por medio de la observación participante pudieron dar cuenta de cómo las interacciones de los estudiantes de medicina de la Universidad de Kansas con la escuela, los pacientes y los profesores fueron formando sus roles y perspectivas como profesionales del área de la salud (Nunes & Barros, 2014).

Por otra parte, Erving Goffman (2001), se dedicó a estudiar centros de enfermedades mentales, cambiando el foco de estudio desde el enfermo y los médicos a la institución de salud en sí. Basándose en su investigación participante realizada en hospitales psiquiátricos, formuló la denominación de “Instituciones totales”, como lugares que se erigen para el cuidado de personas que son incapaces de cuidarse por sí mismas, pero que a la vez son inminentemente peligrosas para la comunidad a la que pertenecen. En estos lugares se cuida a la gente, despojándolas de los roles sociales que cumplían en el exterior y alejándolos de su dominio. En este caso, la institución de salud cobra una relevancia tal que absorbe todos los aspectos de su vida, racionalizándolo y enmarcándolo dentro de una estructura jerarquizada, con comportamientos y sanciones estrictamente delimitados.

Asimismo, Goffman, en su obra denominada “Estigma” (1961), teorizó el fenómeno del mismo nombre esto es, un atributo socialmente desacreditador, que categoriza a las personas y las contrapone al resto de la sociedad. Un estigma puede ser de tipo físico (abominaciones del cuerpo), de carácter o de raza, nación o religión y es percibido por los otros en forma de inferioridad y peligro (Goffman, 1963). Por ejemplo, en el caso de los estigmas físicos, como las enfermedades, se obliga a los individuos a una muerte de la vida social antes de la muerte física “pues el estigma los inhabilita socialmente aun y cuando pudieran continuar llevando una vida normal desde el punto de vista de su salud” (Briceño-León, 2003).

En el caso de estos autores, el énfasis se pone en la institución de salud, la cual determina quienes son los enfermos de una sociedad y cuándo deben ser internados en una institución (Cockherham, 2011; Briceño-León, 2003; Acharya & Cervantes, 2009).

5.1.2.2) La explicación de lo socioindividual de la enfermedad

Esta línea teórica de los estudios de salud en ciencias sociales comenzó durante los años setenta el siglo pasado y consistió básicamente en explicar el estado de salud de un individuo por medio de las actitudes. En general, fue ampliamente aceptado por las autoridades, en tanto que no estipulaba una gran complejidad para la implementación de políticas públicas en la mejora de las condiciones de salud de las personas (Acharya & Cervantes, 2009).

Las posturas más difundidas al respecto fueron los estudios denominados KAP (Knowledge, Attitudes and Practices), cuya tesis indicaba que, por medio de la entrega de conocimiento las personas podrían cambiar sus actitudes y, por ende, sus prácticas, mejorando así su salud y bienestar. Este tipo de estudios constituyen hasta el día de hoy una “base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a Instituciones u Organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud y nutrición” (Gamboa, López, Prada, & Gallo, 2008, pág. 3).

Otro tipo de estudios que han destacado también en esta línea son los estudios de *compliance* y los estudios de razones. Los primeros corresponden a aquellas investigaciones ligadas a la adherencia terapéutica de los pacientes al tratamiento de sus dolencias y enfermedades, esto es, buscan las razones de por qué algunas personas siguen las indicaciones médicas y otras no (Briceño-León, 2003).

Estos estudios han despertado una serie de críticas que destacan la verticalidad de los tratamientos médicos y el rol pasivo que cumple el paciente en todo el proceso. Esto porque aparentemente éste no podría tomar sus propias decisiones, siendo un actor sumiso de su enfermedad. Del mismo modo, se consideran como sujetos unidimensionales, en tanto que sólo son considerados como “cumplidores” o “no cumplidores”. Finalmente, se plantea que es reduccionista, pues sólo considera lo relacional, ignorando los aspectos subjetivos y creencias culturales del paciente (Alfonso & Grau, 2014).

La principal crítica que Briceño-León (2003) realiza al respecto es que esta visión de ver la enfermedad es netamente individualista, lo que implica una culpabilización del paciente respecto a sus dolencias. En este caso, no se estaría considerando el contexto de los sujetos, lo que hace que éste sea una causa y no una consecuencia de la enfermedad. Esta visión se expresa en la actualidad en el enfoque de los “estilos de vida saludables”, como estrategia para disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles (Ferrer-Lues, 2013).

5.1.2.3) La explicación de la enfermedad por sus condiciones sociales

La explicación de la enfermedad por medio de sus condiciones sociales centra su atención en forma contraria a la anterior línea teórica. En este caso, no se “culpa” al individuo de su enfermedad o dolencia, sino que a las condiciones sociales en las cuales se desenvuelve. En este caso, las variables explicativas que causan las enfermedades residen en lo social (tanto micro como macro), esto es, en lo colectivo o estructural del contexto del individuo (Briceño-León, 2003).

Dentro de lo microsocioal destacan los estudios de la vivienda, siendo las circunstancias materiales de la zona en que habitan aquellos aspectos que van a determinar sus condiciones sociales. Para Cockerham (2001), esto se relaciona con los vecindarios en que habita la gente, en los cuales pueden concentrarse las peores condiciones ambientales dentro de las ciudades. Para el autor, cinco son los factores que pueden afectar la salud: el ambiente físico; el entorno circundante al hogar, trabajo y juegos; los servicios como escuelas, aseo de calles, policía, hospitales, entre otros; aspectos socio culturales del barrio y calidad de las construcciones.

El capital social también es una de las temáticas estudiadas a nivel micro. Una serie de estudios da cuenta que éste funciona, a modo de redes, como un mecanismo para informarse respecto a las ventajas y desventajas de factores de riesgo y acciones protectoras de la salud. Esto se puede llevar a cabo por medio del apoyo social, la influencia, el compromiso y el sustento de persona a persona, además del acceso a recursos materiales (Department of social science, 2010). Lo anterior está en directa relación con lo que plantea la Organización Mundial de la Salud (2008), la cual recomienda a las naciones que, para disminuir las desigualdades en salud se necesita una población empoderada, que sea consciente de sus derechos y que exija un cumplimiento de las normas de equidad sanitaria.

A nivel macro, la salud se explica desde una perspectiva más amplia, donde la enfermedad es causada por procesos sociales amplios, considerando el contexto global y nacional. Un ejemplo de ello son los estudios ligados al estrato socioeconómico, que indican cómo la estructura y jerarquía social se erigen como condicionantes de la salud de las personas, resultando una gradiente donde, a medida que se avanza en nivel socioeconómico, los niveles de bienestar en la población van a aumentar proporcionalmente (Organización Mundial de la Salud, s.f.). Temas como estos fueron estudiados por la Organización Mundial de la Salud, la cual se basó en esta perspectiva para formular la propuesta de los Determinantes Sociales de la salud.

Lo anterior tiene relación con el hecho que, una persona con mayores recursos socioeconómicos no sólo tiene acceso a mejor atención de salud, sino que también posee conocimientos, poder y conexiones sociales que protegen su bienestar e impiden una temprana mortalidad. Del mismo modo, tienen mejor control de su vida, teniendo mecanismos de control del estrés y oportunidades de mantener un estilo de vida más saludable (Cockerham W. , 2011).

Desde un punto de vista latinoamericano, se erige la salud colectiva como un análisis marxista de la salud, destacando el uso de conceptos críticos de las ciencias sociales y resaltando la estructura social como un elemento central en la salud. En este caso, el sujeto se toma en cuenta desde su integralidad, abarcando aspectos de su cultura, ubicación en el proceso productivo y su lugar de subordinación en la producción capitalista. Esta línea investigativa nació no sólo desde la academia, sino que siempre con el objetivo de crear investigación práctica política y cambiar las relaciones existentes en la sociedad (Acero, Caro, Henao, Ruiz, & Sánchez, 2013).

Según Waitzkin, Iriart, Estrada y Lamadrid (2001) de la mano de la salud colectiva nace la medicina social, que buscó investigar las condiciones sociales de la enfermedad y la mortalidad. Uno de los pioneros en la investigación y en la implementación de políticas en esta materia fue Salvador Allende, quien realizó estudios exploratorios de problemas sociales y las consecuencias en la salud de las personas, sobre todo en los casos de privación social.

La medicina social no define a los individuos como unidades de análisis, sino que considera las categorías sociales como centrales en el estudio de la salud. La clase social, definida por las relaciones económicas de producción, junto con sus ideas y doctrinas, la reproducción del sistema capitalista y la consideración de la salud-enfermedad como un sistema dialéctico caracterizan esta línea teórica latinoamericana (Waitzkin, Iriart, Estrada, & Lamadrid, 2001).

5.2) Autopercepción en salud

El concepto de autopercepción en salud es “una medida global, (que) a diferencia de otros indicadores de salud como los de mortalidad y morbilidad, incluye diferentes dimensiones de la salud: física, emocional, social y síntomas y signos biomédicos” (Girón Daviña, 2009, pág. 29).

La medida del autorreporte es valiosa para abordar el tema de la salud en tanto que da cuenta de la fragmentación del significado social de la misma, esto es, muestra las diferencias que puede haber entre los distintos grupos de una población. Esto se relaciona directamente con el hecho de que entrega oportunidades para estudiar los determinantes sociales que subyacen a ella, además de considerar la autodeterminación de los sujetos al momento de tener en cuenta su salud (González, Sarmiento, Alonso, Angulo, & Espinosa, 2005).

La salud autopercebida es un concepto de tipo social, razón por la cual recibe influencias por parte de la cultura en que se encuentra inserto un sujeto, cobrando vital importancia la perspectiva personal del individuo, quien construye el autorreporte de su salud (Tuesca Molina & Amed Salazar, 2013). Esta situación se ha manifestado en una serie de estudios que dan cuenta que el género (Gómez & Curcio, 2004, Prus, 2011; Martín Martín, López del Amo, García Mochón, Moya Garrido, & Jódar Sánchez, 2009), la raza, el lugar de nacimiento (Prus, 2011;), la desigualdad (González, Sarmiento, Alonso, Angulo, & Espinosa, 2005) y el nivel educativo (López, Findling, & Abramzón, 2006; Vargas-Palacios, Gutiérrez, & Carreón-Rodríguez, 2006) influyen de manera importante.

La pregunta por la autopercepción de la salud personal constituye un elemento que ha sido ampliamente estudiado en la literatura especializada, dando cuenta, la mayoría de los hallazgos (como se presentó en el apartado de evidencia empírica), que es un importante predictor de la mortalidad. Sin embargo, las diversas líneas teóricas conceptualizan la noción de manera diferente. Por ejemplo, si bien algunas tratan la pregunta por la salud como algo a lo que se plantean los sujetos sólo al momento de enfrentarse a un cuestionario (o ante la

interrogante por parte de otra persona) (Jylhä, 2009), otras lo consideran como una incógnita del día a día, es decir, como algo que está en constante reformulación (Knäuper & Turner, 2003).

5.2.1) La construcción de la autopercepción en salud

Para Marja Jilhä (2009), al contrario del resto de los indicadores de salud (como aquellos que la miden de forma fisiológica, por medio de exámenes que miden la presencia o ausencia de alguna enfermedad), la autopercepción en salud (o salud autopercebida) no está guiada por definiciones o reglas formales, sino que sólo puede ser entendida, de manera bastante general, como una “suma de declaraciones acerca de la manera en que numerosos aspectos de la salud, tanto subjetivos como objetivos, son combinados dentro de un marco conceptual del respondiente” (Tissue, 1972, pág. 93). Para este último, no es sólo una medida moral o de autoimagen, sino que abarca de una manera más precisa la evaluación de la salud de un sujeto.

Ante esto, Jilhä (2009) plantea que la salud autopercebida conlleva un proceso cognitivo, por medio del cual se siguen una serie de pasos lógicos y racionales para poder conceptualizar y autoevaluar la salud de cada sujeto. Para Huismann & Deeg (2010), el modelo propuesto por la autora corresponde a un proceso de toma de decisiones, constituyendo una selección de información, significados e interpretaciones.

Jilhä (2009) propone un modelo teórico que plantea tres etapas para la autoevaluación de la salud, siendo un modelo subjetivo contextual. La primera de ellas indica que las personas reconocen dentro de sus conocimientos qué significado le otorgan a la salud “ideal”, con el objetivo de reconocer un punto de referencia para ubicar su propio estado de salud. Como no hay una definición universal, cada quien recoge la información que posee, a partir de sus contextos y concepciones culturales, además de las expectativas de vida de una sociedad determinada.

En este sentido, la concepción que los sujetos tengan de la “salud ideal” va a estar influenciada por la clase social, educación, nivel de vida, redes sociales, capital social, entre otras.

Además de lo anterior, Jylhä (2009) indica que la información que recoge la gente para elaborar su significado de salud puede variar de naturaleza y fuente. Uno de los más usuales son diagnósticos médicos, información informal (como aquella recolectada en internet o percibida en los medios de comunicación de masas) y síntomas formales de la enfermedad. También puede influir el ethos de responsabilidad individual por los estilos de vida saludables, los comportamientos en salud (positivos y negativos), factores de riesgo, entre otros.

La segunda etapa de la autopercepción en salud la evalúa tomando en cuenta la edad de la persona, las condiciones de la gente cercana, los estados de salud anteriores y las expectativas que pueden tener de su propia salud. En esta etapa se averigua “cómo tomar los aspectos relevantes y específicos del estado de salud y cómo resumirlos en ‘mi estado en general’”² (Jylhä, 2009, pág. 309). Por ejemplo, una persona que tuvo cáncer evaluará su estado de salud de una manera distinta de aquella que nunca ha padecido la enfermedad y quien pudo recuperarse lo evaluará de diferente que quien la está padeciendo al momento de la aplicación del cuestionario. Del mismo modo, una persona que tiene veinticinco años la percibirá de manera distinta que una de setenta.

Finalmente, la tercera etapa corresponde al posicionamiento por parte del individuo dentro de la escala otorgada por el cuestionario. Se responde la pregunta “¿cuál de las siguientes opciones representa mejor mi estado de salud?”.

Huisman y Deeg (2010) plantean que el modelo teórico de autopercepción en salud de Jylhä sería muy racional, centrándose la respuesta del cuestionario en una evaluación consciente en todas sus etapas. Sin embargo, indican que éste no es tal, sino que se ve influido por factores internos y externos que no están bajo control individual. Por otra parte, indican que las personas no sólo se preguntan

² Traducción propia.

por su salud al momento de enfrentarse al cuestionario, sino que durante muchas veces a lo largo de su vida. Se indica que, al enfrentarse al instrumento, sólo se traen las mediciones a la memoria.

5.2.2) Elementos constituyentes de la autopercepción en salud

Para la línea teórica presentada por Knäuper & Turner (2003), la salud constituye un cuestionamiento constante, en tanto que se erige como un elemento existencial, que requiere ser repensado en el día a día, estando atento a los signos y síntomas del cuerpo que le permitan tomar medidas para prevenir alguna enfermedad o dolencia. En este sentido, la pregunta por la salud sería sumamente relevante, en tanto forma parte esencial para su sobrevivencia.

La evaluación de la salud de los sujetos se encuentra basado en tres representaciones individuales: el conocimiento semántico, el episódico y los cambios en la vida del individuo.

El conocimiento semántico corresponde “todos aquellos conocimientos de los que se dispone y se utiliza sin saber en qué contexto o situación de aprendizaje concreta fueron adquiridos” (de Torres, Tornay Mejías, & Gómez Milán, 1999, pág. 101). La importancia de éste radica en que, una vez que se aprende algo nuevo, se integra a los antiguos conocimientos existentes, lo que permite razonar, aplicarlo a la vida cotidiana y sacar conclusiones. El ejemplo más claro es la cultura, que se incorpora a lo largo de la vida, integrándola en las distintas esferas en que el individuo se desenvuelve.

En el caso de la salud, el conocimiento semántico constituyente de la autopercepción se encuentra referido a las creencias sobre la salud en general (cuidados, enfermedades, etc.), la salud propia (respecto al presente o al pasado), información médica general, acciones de promoción de la salud, estilos de vida saludables y acciones nocivas para el organismo, es decir, todos aquellos conocimientos que se adquieren e incorporan respecto al cuidado de su bienestar (Knäuper & Turner, 2003).

El conocimiento episódico, por su parte, corresponde a aquel que se adquiere en una situación concreta, ligado a un episodio particular. La diferencia que tiene éste con el conocimiento de tipo semántico radica en que ésta se localiza en un espacio y tiempo determinado (de Torres, Tornay Mejías, & Gómez Milán, 1999). En el caso de la salud, se encuentra ligado a experiencias y episodios del pasado, que pueden incluir síntomas de alguna enfermedad, dolor, episodios de discapacidad, experiencias de vitalidad y percepciones generales del cuerpo (Knäuper & Turner, 2003).

Finalmente, el tercer elemento de la autopercepción en salud se encuentra relacionado a variaciones respecto a lo anterior, encontrándose los procesos de salud y enfermedad, de curación y cambios en el curso vital (Knäuper & Turner, 2003).

Los autores (2003) plantean que es improbable que los tres conocimientos descritos anteriormente funcionen en forma simultánea, de hecho, al evaluar su salud, el sujeto sólo considera (inconscientemente) aquellos aspectos que son más accesibles a la memoria en contextos particulares. La forma en que se conciben van a estar influenciados por las experiencias previas, las experiencias de otros, las expectativas de bienestar y las ideas acerca de cómo creen que la salud “debe ser”, así como por comparaciones respecto a otras personas de la misma edad o género.

A partir de lo anterior, los sujetos son capaces de clasificar y evaluar su estado de salud y, con esto, tomar decisiones respecto a acudir por ayuda médica, por ejemplo. En este punto, los autores ponen especial énfasis, ya que es por esta razón que la salud autorreferida constituye un buen predictor de la mortalidad, siendo los sujetos quienes diferencian la información *mortalmente relevante* (como factores de riesgo, enfermedades graves, etc) de la *mortalmente irrelevante* (como un resfriado).

La importancia de lo anterior radica en que no es el investigador quien pondera la información que considera importante sobre la salud, sino que son los mismos sujetos:

“la gente intuitivamente pondera, integra y resume información relevante de varias bases de datos internas. En contraste, los investigadores pueden encontrar difícil de identificar la correcta combinación y ponderación de reglas para resumir varios items para lograr un puntaje válido” (Knäuper & Turner, 2003, pág. 88).

5.2.3) *Los significados de la autopercepción en salud*

Como una manera de conocer qué piensan y cómo entienden los encuestados la pregunta por su salud en general, Idler, Hudson y Leventhal (2009) realizaron un estudio empírico por medio del cual se les consultó qué entendían por la pregunta en cuestión. Por medio de los resultados obtenidos, elaboraron una conceptualización teórica que les permitió determinar qué dominios de la vida comprende la interrogante.

El principal hallazgo encontrado indica que lo que los individuos entienden respecto a la pregunta presentada forma parte de una conceptualización jerárquica y compleja. La principal conclusión extraída indica que la salud no se entiende como un concepto unitario, sino que se consideran factores que van más allá de la presencia o ausencia de una enfermedad.

A partir de los resultados se construyeron códigos jerárquicos que indicaban qué dominios eran considerados por los sujetos, comprendiendo desde lo más restrictivo y biomédico hasta aquello más “holístico”.

La primera categoría creada corresponde a aquella que sólo considera criterios biomédicos para evaluar su salud, comprendiendo salud física, diagnósticos médicos y síntomas generales (como cansancio, cefalea, sensación de falta de aire, fatigabilidad, etc.). La segunda categoría no sólo involucra esto, sino que también aquello que refiere a un impedimento de la capacidad funcional

de la persona. Por ejemplo, caminar cualquier tipo de distancia, subir escaleras, comunicarse, alimentarse o cualquier actividad que impida su autonomía.

La tercera categoría es más inclusiva que las dos anteriores, en tanto que no sólo considera percepciones físicas concretas respecto a la salud, sino que también factores de riesgo y acciones que puedan mejorar o empeorar la salud del sujeto en cuestión. En general, involucra un entendimiento de las causas y consecuencias de una enfermedad padecida, comprendiendo que son fruto de decisiones, de un estilo de vida determinado, etc.

La cuarta categoría va más allá de lo anteriormente descrito, en tanto que no sólo se involucra la funcionalidad que otorga una condición de salud, sino que también la realización de actividades “extraordinarias”, como la participación en actividades comunitarias, por ejemplo. De manera similar, influyen las “obligaciones normativas ligadas a los roles sociales de empleado, esposo(a) o amigo” (Idler, Hudson, & Leventhal, 2009, pág. 468).

La quinta categoría corresponde a aquella en que los sujetos evalúan su salud en relación a la de los otros. Los autores indican que ésta es más inclusiva que las demás porque es maleable dependiendo del ambiente social en que se desenvuelvan los encuestados. En este caso, por ejemplo, la incapacidad para trabajar puede tener distintos significados y comprenderse de manera distinta dependiendo de la clase social, el género o la edad.

Finalmente, la sexta categoría se erige como la más inclusiva ya que los individuos involucran criterios psicológicos, emocionales y espirituales para evaluar su salud, situación en que radica su principal característica: la implicación de aspectos no físicos.

5.2.4) Críticas al modelo de la autopercepción en salud

A pesar de las ventajas que ha demostrado presentar la autopercepción como concepto para medir la salud de las personas, autores como Andrea E. Bombak (2013) plantean una serie de críticas que, si bien no apuntan

directamente a la teoría en sí, apuntan a las implicancias que tiene una investigación que utiliza esta noción como central.

La primera crítica apunta a que si bien muchos grupos muestran altos o bajos niveles de autopercepción en salud no necesariamente es porque ellos crean que su salud se presente de una manera “lineal”, sino porque el discurso de la salud, como un asunto biomédico, fue internalizado de tal forma que se muestran más críticos al respecto. Por ejemplo, hay investigaciones que indican que quienes se encuentran más comprometidos con estilos de vida saludables, evalúan su salud en forma más negativa que quienes no.

La segunda crítica apunta a la correctiva actitud que presentan estos estudios al momento de presentar los resultados de sus investigaciones. Esto porque, en vez de presentar la autopercepción como un indicador para medir la salud, lo utilizan para evaluar la conciencia de los sujetos ante sus patologías o problemas. En este sentido, se remarca la necesidad de crear conciencia en los sujetos respecto al reconocimiento de patologías y factores de riesgo, renegando del “optimismo” presentado por los respondientes y eludiendo los factores sociales o dificultades económicas que pueden subyacer ante esto.

Uno de los ejemplos entregados por Bombak (2013) es el que el que indica que los investigadores “han adoptado un tono crítico en estudios en los cuales los respondientes han reportado salud favorable mientras sufren de condiciones crónicas como diabetes, hipertensión y obesidad, y adoptan comportamientos de riesgo como fumar, ser sedentario (...)”³ (pág. 1).

Lo anterior deriva en que el uso de la salud autopercebida como un indicador de salud que se basa en la subjetividad y concepciones de la persona, puede dar cabida a perspectivas correctivas “no salutogénicas, individualistas y moralistas” (Bombak, 2013).

³ Traducción propia

En este caso, la autopercepción no es utilizada como un concepto que mida la salud como un concepto único, particular y referido a la subjetividad de cada persona, sino que como uno que identifique las incorrectas concepciones de los grupos, con el objetivo de corregirlas, basándolas en perspectivas únicas y morales del bienestar, mediante las cuales deben modificar su comportamiento y orientar su estilo de vida. Esto indica que la autopercepción pierde la multiplicidad de significados que encierra, reduciendo su uso sólo a la versión biomédica de la salud.

5.2.5) La autopercepción como indicador de la salud

Debido a que la salud es un continuo y no un concepto dicotómico, es importante considerar variables que midan este indicador por medio de diversas categorías, que pueden ir desde un percepción excelente a una reconocida como cercana al fallecimiento del sujeto (Girón Daviña, 2009).

Según indica Fayers y Sprangers (2002), para medir la autopercepción, se utilizan tres tipos de preguntas que, si bien apuntan a lo mismo, tienen diversos enfoques y buscan cubrir varios flancos del tema, por lo que, muchas veces, en los cuestionarios de calidad de vida se presenta más de una. En Europa, para consultar sobre el estado de salud, se utiliza la pregunta: “En general, diría que su salud es...”, utilizando cinco categorías de respuesta que van desde “Mala”(1) a “Excelente” (5).

Por otra parte, en el cuestionario EuroQoL Q-5D, utilizado en temas de economía de la salud, la interrogante aplicada corresponde a “Tu estado de salud hoy es...”. En este caso, se utiliza una escala visual de 100 puntos, donde las categorías de respuesta van desde “El peor estado de salud imaginable” (0) a “El mejor estado de salud imaginable” (100).

Finalmente, la pregunta utilizada en el cuestionario EORTC QLQ-C30, sobre calidad de vida en personas con cáncer es “¿Cómo evaluarías tu salud en general durante la semana pasada?” y “¿Cómo evaluarías tu calidad de vida durante la semana pasada?”. Las categorías de respuesta corresponde a una

escala de siete puntos que va desde “Muy malo”(1) a “Excelente” (7) (Fayers & Sprangers, 2002).

Para la Organización Mundial de la Salud (1996), el parafraseo de la pregunta a utilizar debe ser escogido con cuidado. Se indica que no se deben emplear interrogantes que indiquen una comparación “con gente de su misma edad”, pues los respondientes no responden desde su perspectiva, sino desde el promedio de la población. De manera similar, tampoco sugieren preguntar por “el estado de salud presente”, pues las respuestas se ven influenciadas por problemas ocurridos en el corto plazo.

Asimismo, se sugiere que sólo se utilicen cinco categorías de respuesta, con el objetivo de mantener la comparabilidad con las mediciones internacionales. Esto ocurre porque, al presentarse una escala con una mayor cantidad de alternativas, los significados culturales de cada una de ellas varían sustantivamente (de Bruin, Picavet, & Nossikov, 1996).

Algo similar ocurre con la ubicación de la pregunta. Si bien algunos investigadores la ubican al principio del cuestionario con el objetivo de que el respondiente no se vea influenciado con las otras interrogantes incluidas, algunos la posicionan al final, de tal manera que puedan responder de la manera más informada posible, ya que ya habrá pasado por preguntas de tipo emocionales, físicas, o relacionadas al bienestar emocional, teniendo una visión más holística de la salud (Ritzer, 2009).

Para efectos de la presente investigación, se utilizará la pregunta número veinte (de ciento setenta y cuatro) de la Encuesta de Desarrollo Humano realizado por el PNUD durante el año 2012, correspondiente a la SF-36: “Si usted hiciera un balance general de su salud, usted diría que su salud en general es...”, cuyas categorías de respuestas son “Muy buena”, “Buena”, “Regular”, “Mala”, “Muy mala”.

Esta pregunta cumple con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, en tanto que sólo tiene cinco categorías y sólo se pregunta por el

balance general de la salud. Además, la interrogante se encuentra ubicada en una posición relativamente estratégica en el cuestionario. Si bien no se encuentra en el comienzo del instrumento, sí está en la primera mitad, lo que ayuda a que el respondiente no se vea influenciado por el resto de las preguntas a la hora de responder.

5.3) Determinantes sociales de la salud (DSS)

Los determinantes sociales son aquellas circunstancias sociales y de contexto en la que se desarrolla la vida de los individuos y que van a influir sobre la forma en que se va a desenvolver la salud de la población. Estos factores incluyen no sólo las circunstancias materiales en que la persona vive, sino que también su espacio de trabajo, su sistema de salud, su estilo de vida, etc. (Moiso, 2007), todos elementos que han tenido distintos énfasis en los diversos modelos teóricos que han conceptualizado esta noción.

Lo que se plantea es que el estudio de las circunstancias en que las personas nacen, crecen, se desenvuelven, envejecen y trabajan no se van a relacionar directamente con los factores de riesgo individual, sino que se busca ir más allá y dar cuenta que la enfermedad va a estar condicionada por factores sociales (Vega, Solar, & Irwin, 2005).

En este sentido, se hace referencia a cómo las circunstancias externas del individuo, es decir, que no apelan a sus factores biológicos o genéticos, afectan su salud, pudiendo mejorarla o disminuirla. Desde este punto de vista, es que autores como Patricia Frenz (2006) plantean la disyuntiva “¿hasta qué punto es la salud una responsabilidad social y no sólo una responsabilidad individual?” (pág. 4), lo que va en concordancia con la forma en que se desarrollan las inequidades en salud.

De este modo, los DSS, como factores que constituyen las “causas de las causas” de la enfermedad se erigen como piezas clave para la implementación de políticas públicas de un país, en tanto que trabaja algo más profundo que lo inmediato de la patología. En este sentido, para reducir sus consecuencias se puede actuar en cuatro niveles, esto es, disminuyendo la estratificación social, la exposición a los factores de riesgo, reduciendo la vulnerabilidad de las personas y, por último, en la atención sanitaria (Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, 2005).

Si bien la idea de que la salud no son sólo condicionantes biológicos se ha concebido desde hace varios siglos, recién en 1948 la Organización Mundial de la Salud consideró dentro de su declaración de constitución que no solamente debía ser tratada como un fenómeno biomédico que pusiera su énfasis en la tecnología y la salud pública, sino que se trataba de un problema intersectorial, que involucraba la educación, el trabajo y la mayoría de las esferas que configuraban lo social. Esto dio pie a que durante los años cincuenta y sesenta se comenzaran una serie de iniciativas cuyo objetivo era enfocar las políticas públicas en lo anterior, no obstante, siempre con un importante grado de verticalismo. Esto se revirtió (al menos en el discurso) con la “Declaración de Atención Primaria de Alma-Ata”, la que reenfocó la direccionalidad de las políticas (Comission on Social Determinants of Health, 2007). Esta última le otorgó gran importancia a la atención primaria, la cual fue posicionada como central para alcanzar la justicia social en salud, lo cual se vería materializada en la meta “Salud para Todos en el año 2000”, que el bienestar de la población debía ser compatible con una vida económicamente productiva. Esto se debía lograr con intersectorialidad y la participación del individuo y su comunidad en la planificación e implementación de este tipo de atención (Organización Mundial de la Salud, 1978).

Sin embargo, tras la imposición del neoliberalismo como modelo económico imperante durante los años ochenta, los objetivos de intersectorialidad para el desarrollo de la equidad en el área de la salud se vieron alterados, en tanto que las leyes del mercado obstaculizaron las políticas cuyo eje central eran los determinantes sociales de la salud (Comission on Social Determinants of Health, 2007). Esto dio como resultado que se privilegiara la cura de las enfermedades por sobre la prevención y la promoción de la salud, además de desconsiderar aquellas investigaciones que situaban como base de las dolencias el mejoramiento del agua potable, alcantarillado y otros servicios básicos (Álvarez Castaño, 2009). Esta situación se ha llegado a considerar una paradoja, en tanto que los gobiernos estaban más preocupados de la estabilidad financiera de cada país que de lograr la equidad que tanto había sido proclamada por los organismos internacionales en las décadas anteriores (Linares-Pérez & López-Arellano, 2008).

Lo anterior trajo como consecuencia el hecho de que el neoliberalismo profundizara las diferencias de salud alrededor del mundo, lo que dio como resultado una explosión de investigaciones ligadas a los determinantes sociales que dan origen a las desigualdades en salud. En Europa durante los años ochenta y durante los años noventa los datos encontrados al respecto fueron numerosos, sobre todo aquellos que daban cuenta de lo infructuosas que fueron las políticas ligadas a los factores de riesgo individual en el viejo continente. Esto conllevó que los países comenzaran a realizar una serie de políticas de salud basadas en los determinantes sociales (Comission on Social Determinants of Health, 2007).

Todo lo anterior se vio institucionalizado durante el año 2005, cuando la OMS se decidió crear la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, la cual se definió como “un órgano de colaboración internacional integrado por instancias normativas, investigadores y miembros de la sociedad civil, y dirigido por personas que gozan de una experiencia única que combina la política, la actividad académica y la acción de sensibilización” (Organización Mundial de la Salud, 2008, pág. 1). En 2008, esta comisión publicó posteriormente un informe, en el cual se elaboraron diagnósticos y recomendaciones por medio de los cuales se buscaba reducir las desigualdades y las inequidades en salud.

Si bien Chile no ha implementado medidas sanitarias basadas en los determinantes sociales, sí se avala (al menos teóricamente) la medida de la Comisión, indicando que para trabajar su línea se debe realizar un trabajo desde el gobierno, la academia y la sociedad civil para tener objetivos comunes, evaluar y establecer metas sectoriales (Frenz, 2006). No obstante lo anterior, la iniciativa “Chile Crece Contigo”, desarrollada en el primer gobierno de la presidenta Bachelet, es generalmente reconocida como lo más cercano a la aplicación de un enfoque de determinantes sociales de la salud (Ferrer-Lues, 2013).

5.3.1) Equidad en salud

El objetivo central de la Comisión era “alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud” (Organización Mundial de

la Salud, 2008, pág. 6), lo que implicaba que el concepto central de su propuesta era precisamente éste; la equidad como característica preponderante a alcanzar para la generación venidera.

La inequidad en salud, como concepto contrario al anteriormente nombrado, está referido a “las diferencias que son innecesarias y evitables pero que, además se consideran arbitrarias e injustas” (Whitehead, 1991, pág. 4), esto implica considerar aquellos diferenciales sociales que traerán como consecuencia gradientes en la salud de las personas. Esto da cuenta que las inequidades en salud van a depender del contexto político, la estratificación social y las diferencias de poder presentes en las distintas esferas de la sociedad (Vega, Solar, & Irwin, 2005).

De este modo, y sobre la base de la anteriormente planteado, la equidad en salud dice relación con que las personas puedan desarrollar su potencial de salud libremente, sin que el contexto en que se encuentren lo determine para ello (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). Este concepto es considerado un valor que incluso ha sido ligado con los derechos humanos, en tanto que contribuye a la justicia social (Krieger, 2002).

Importante es incluir la discusión que da cuenta de las diferencias entre el concepto de inequidad (*inequity*) y desigualdad (*inequality*). Para Margaret Whitehead (1991) el primer concepto se relaciona con aquellas instancias de salud con características injustas e inevitables, recalcando que todo aquello que se encuentre fuera del control de los sujetos, como las condiciones sociales y económicas de su existencia, forman parte de este grupo. Siguiendo esta línea, se presentan particularidades en la manera de abordar la salud de la población, en tanto que se busca que la atención de salud sea “cada cual según su necesidad”, lo que implica que no se eliminen todas las diferencias de salud, sino sólo aquellas consideradas injustas, arbitrarias e inevitables, todo con el objeto de alcanzar el mayor potencial de salud posible.

En el caso de las desigualdades en salud (inequalities), para Whitehead (1991), corresponden a instancias que no son injustas ni inevitables, en tanto se trate de una libre elección, una diferencia biológica (como género o edad) o comportamientos que favorezcan la salud que comienzan a ser llevados a cabo por un grupo de personas antes que por otro. Esta definición implica que estas diferencias se consideran como naturales, sin ningún tipo de valoración al respecto, esto es, que no se consideran injustas (Diderichsen, Evans, & Whitehead, 2002).

Es menester destacar que la acepción a utilizar va a depender mucho del espacio geográfico en que se desarrolle la investigación en cuestión. En la Unión Europea, por ejemplo se utiliza el término de desigualdades, mientras que en América Latina se utiliza el de inequidades (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). Empero, van a estar referidas al mismo fenómeno.

Sobre la base de la definición de inequidad en salud, se considera que esta situación es evitable y remediable por medio de políticas públicas que suplan las necesidades y lleguen al bienestar de las personas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, pág. 17). Para realizar esto, el Ministerio de Salud de Chile considera que hay tres enfoques; uno relacionado con aquellas políticas y programas ligados a los sectores de la población más pobres, otro que apunta a reducir las brechas entre éstos y aquellos con más recursos y el último a trabajar con el gradiente social de la inequidad (Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud, 2012). Sin embargo, desde otra perspectiva, para el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España esta situación se debe dar de dos maneras; la primera relacionada con estrategias universales y no sólo dirigidas a grupos más vulnerables, y la segunda ligada a modificar la estratificación, el estilo de vida y las consecuencias de ambos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). De este modo, se plantea que la salud y el derecho a acceder a ella no se reduce al hecho de estar sano o eliminar las enfermedades de las personas, sino que va más allá, esto es, al máximo bienestar alcanzable por la ciudadanía, para lo cual se deben trabajar aquellos

modelos y determinantes sociales que influyen sobre la inequidad (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, pág. 15) por sobre aquellos factores de tipo individual.

5.3.2) Modelos de DSS a lo largo de la historia

Las inequidades en salud se manifiestan por medio de los determinantes sociales de la salud, los que se han visto conceptualizados de diferentes maneras desde que nacieron como constructo teórico. Para Vega, Solar e Irwin (2005), éstos se han realizado con el objetivo de servir tanto como puntos de entrada para las políticas públicas como para considerar los nexos entre los componentes de las desigualdades. Los autores describen estos cuatro modelos, los cuales serán expuestos a continuación según el orden cronológico en que se conceptualizaron.

5.3.2.1) Modelo de Margaret Whitehead y Goran Dahlgreen (1991)

Según Vega, Solar e Irwin (2005), este modelo de determinantes sociales de la salud fue desarrollado en 1991, pero en un artículo publicado por los autores en el año 2001 (desarrollado en la Figura 1) se indica que su característica principal es que está conformado por capas o estratos, de tal manera que el sujeto se vea influenciado por aquellos niveles que se encuentran en posiciones más generales a éste. Una de las características que Whitehead y Dahlgreen determinan es que se podrán diseñar e implementar diversas políticas públicas según los distintos niveles de influencia, lo que otorgaría un orden, en tanto que entrega puertas de entrada para cada uno de los estratos (Dahlgreen, Gilson, & Whitehead, 2001).

Lo que indican Dahlgreen, Gilson y Whitehead (2001) es que en el centro de todo el diagrama de salud se encuentra el individuo con sus particularidades, esto es, edad, sexo, genética etc. y todos aquellos elementos relacionados con su constitución biológica. En la segunda capa se encuentra el estilo de vida y los comportamientos individuales de los mismos, es decir, todo aquello ligado a sus factores de riesgo. Dentro de esta categoría se encuentran la alimentación, los hábitos de sueño, la ingesta de alcohol, cigarro y otras drogas etc.

En la siguiente capa se encuentran todas las redes y el espacio comunitario en que se mueve el sujeto. Se incluyen dentro del modelo en tanto que pueden posicionarse como alicientes o detractores del estilo de vida de las personas, por lo que su ambiente influiría en gran medida en su comportamiento. En el siguiente estrato, por otra parte, se encuentran las condiciones laborales y de vida, el abastecimiento de comida y todos los servicios ligados a las personas, como educación, vivienda, servicios sanitarios y de salud, etc. Finalmente, se encuentra la capa que contiene aquellas condiciones generales de la sociedad en su conjunto, estas son las condiciones medioambientales, culturales y económicas (Dahlgren, Gilson, & Whitehead, 2001).

Este modelo da cuenta de cómo las capas más exteriores influyen aquellas que se encuentran en su interior. De este modo, las condiciones económicas de la sociedad como un todo, van a determinar cómo las personas adquieren sus bienes y acceden a sus servicios básicos. Del mismo modo, las condiciones culturales de la misma establecerán un margen de acción para la realización de su vida y el desarrollo de su salud y bienestar (Vega, Solar, & Irwin, 2005).



Figura 1. Modelo de Margaret Whitehead y Goran Dahlgren (1991)

Fuente: Vega, Solar & Irwin (2005)

5.3.2.2) Modelo de Finn Diderichsen y Hallqvist (1998)

Este modelo (Figura 2) le otorga principal importancia al contexto social como generador de estratos sociales diferenciados (I) que conllevarán diferencias en la salud de las personas. Las razones por las cuales esto ocurre radican en torno a que el bienestar de los sujetos no se mide por medio de características individuales, sino que se hace por medio de mediciones sociales, tales como la legislación de un país y las políticas públicas implementadas, entre otras cosas. En esta línea, la segunda relevancia del contexto social dice relación con que la estructura de la sociedad va a influir en la exposición diferencial y las manifestaciones de la salud de la población como un todo. La tercera razón esgrimida se plantea en torno al ambiente social en que las personas se desenvuelven, esto es, la cultura y las manifestaciones de ella en que los individuos desarrollan su vida. Finalmente, se recalcan los mecanismos centralizados a nivel mundial, regional y nacional por medio de los cuales se implementan políticas o líneas de acción tanto para espacios ligados con la salud como para aquellos ligados a la estructura social en sí (Diderichsen, Evans, & Whitehead, 2002).

Sobre la base de los distintos estratos sociales, se presentarán exposiciones diferenciales a la enfermedad (II), como un vínculo entre el contexto social y las dolencias de la población. Lo que se plantea es las posiciones sociales existentes en una sociedad van a determinar distintos tipos, cantidades y duraciones de factores de riesgo para la salud. Esto se ve potenciado con la perspectiva “del curso de la vida”, la que plantea que estos riesgos son acumulables durante la existencia de la persona, situación por la cual la equidad en salud no se puede medir en un único momento (Diderichsen, Evans, & Whitehead, 2002).

Diderichsen continúa con su teoría al plantear que lo anterior traerá como consecuencia una “Vulnerabilidad diferencial” a la exposición de la enfermedad (III), lo que estará dado por el hecho de que “aunque un factor de riesgo determinado se distribuya en forma homogénea entre los sectores sociales, su

repercusión en la salud puede ser desigual debido a las diferencias subyacentes entre ellos en cuanto a su vulnerabilidad o susceptibilidad en relación con ese factor” (Diderichsen, Evans, & Whitehead, 2002, pág. 18).

Finalmente, Diderichsen (2002) indica que el modelo termina con las consecuencias que el contexto y los estratos sociales tienen a nivel de sociedad (IV). A lo que se refiere es que las diversas dolencias van a conllevar efectos diferenciales en su calidad de vida y en la forma en que van a desempeñarse las personas en las distintas esferas económicas y sociales.

Seis años más tarde, Finn Diderichsen, Timothy Evans y Margaret Whitehead (2002), tomaron este modelo de determinantes sociales de la salud y le incluyeron puntos de partida políticos para la acción según cada mecanismo en que se manifiesta la inequidad. El primer punto de partida trabaja sobre las posiciones sociales originadas por la estratificación (A), con lo que proponen una promoción de políticas que disminuyan las consecuencias de ésta última y una evaluación de impacto de las medidas económicas y sociales a nivel estatal, de tal manera de afectar lo menos posible a las poblaciones menos favorecidas. El segundo y tercer punto de partida se encuentran en la reducción de la exposición específica (B) y de la vulnerabilidad diferencial (C) a una enfermedad en las posiciones sociales más perjudicadas. Según se indica, se debe intervenir sobre lo primero, para que tenga una consecuencia directa en lo segundo, como es en el caso de la mejora de las condiciones de vivienda de las personas para combatir enfermedades infecciosas (Moiso, 2007). Finalmente, la última puerta de entrada se encuentra en el sistema de salud secundario y terciario, en tanto que palea las consecuencias de la mala salud.

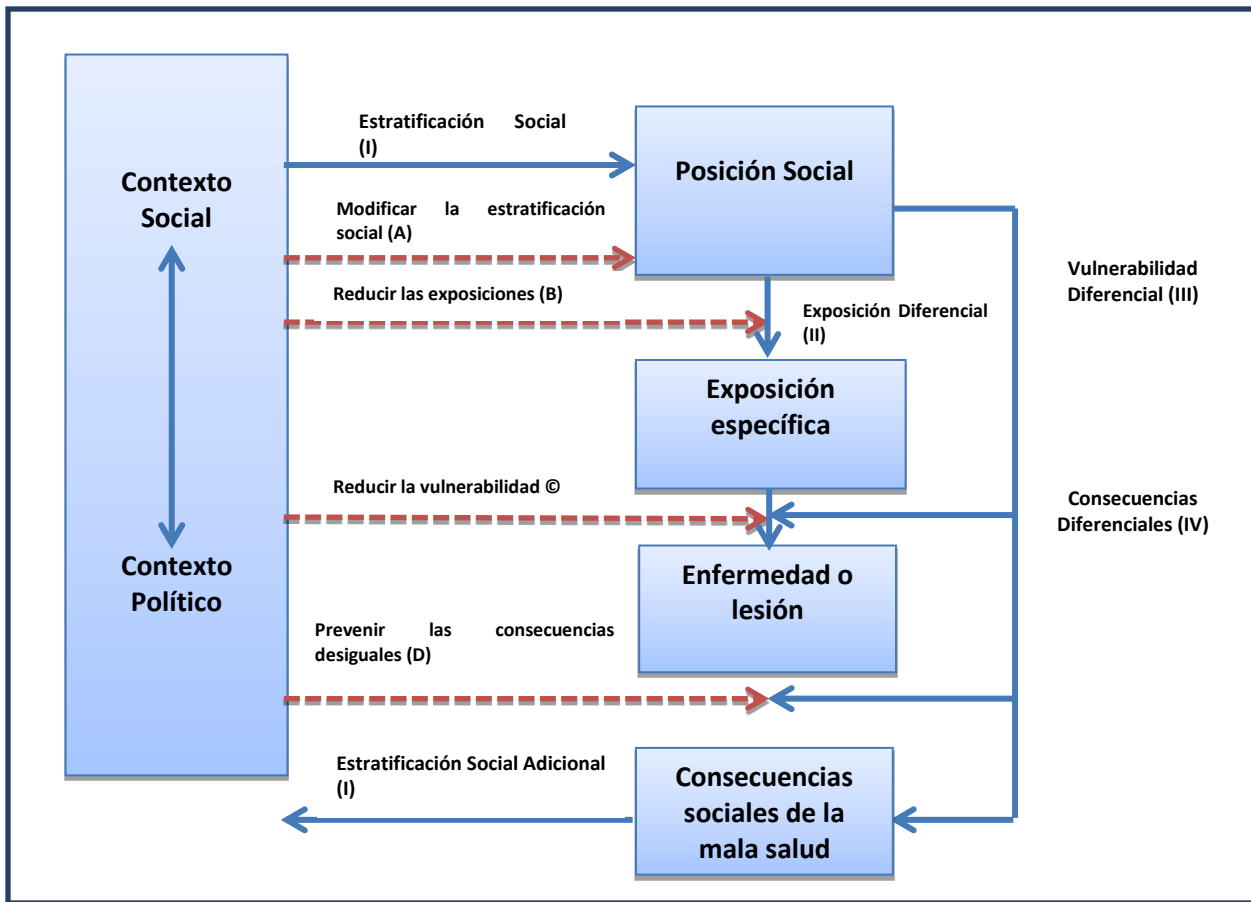


Figura 2. Modelo de Finn Diderichsen y Hallqvist (1998) con intervenciones de puertas de entrada para políticas de Diderichsen, Evans y Whitehead (2001)

Fuente: Adaptada de Diderichsen, Evans & Whitehead, 2002.

Simbología:

—————> Mecanismos que interfieren en la estratificación de salud. Modelo original de Diderichsen y Hallqvist.

- - - - -> Puertas de entrada a políticas. Modelo de Diderichsen, Evans y Whitehead.

Figura 3. Simbología modelo de Finn Diderichsen y Hallqvist (1998) con intervenciones de puertas de entrada para políticas de Diderichsen, Evans y Whitehead (2001)

Fuente: Adaptada de Diderichsen, Evans & Whitehead, 2002

5.3.2.3) Modelo de Eric Brunner, Michael Marmot y Richard Wilkinson (1998)

Este modelo (Figura 4. Modelo de Eric Brunner, Michael Marmot y Richard G. Wilkinson (1998)) fue concebido como una conjunción entre la salud curativa y la salud preventiva (Vega, Solar, & Irwin, 2005). Lo que indica es que hay varios factores que van a influir sobre el bienestar, la morbilidad y la mortalidad de la población en forma diferencial. La estructura social (I) es uno de estos factores, la que opera por medio de las circunstancias materiales de los sujetos (II), el ambiente social (III) y las condiciones laborales de los mismos (IV). Estos dos últimos se traducen en comportamientos ligados a la salud como podrían ser considerados los estilos de vida (V), y factores psicológicos de la población (VI). Todo lo anterior se ve influido por las experiencias de la niñez (a), la genética (b) y la cultura (c) de una población en particular, dando lugar a las manifestaciones biológicas (Marmot & Brunner, 1999).

Para Marmot y Brunner (1999) estas manifestaciones biológicas se traducen tanto en respuestas inmunitarias y endocrinas (VII) como en cambios fisiopatológicos y de debilitamiento (VIII) de los órganos del cuerpo humano, las cuales son las dimensiones en las cuales se centra la atención médica y se posicionan como mediadores entre los factores sociales y el bienestar, la morbilidad y la mortalidad de la población (IX).

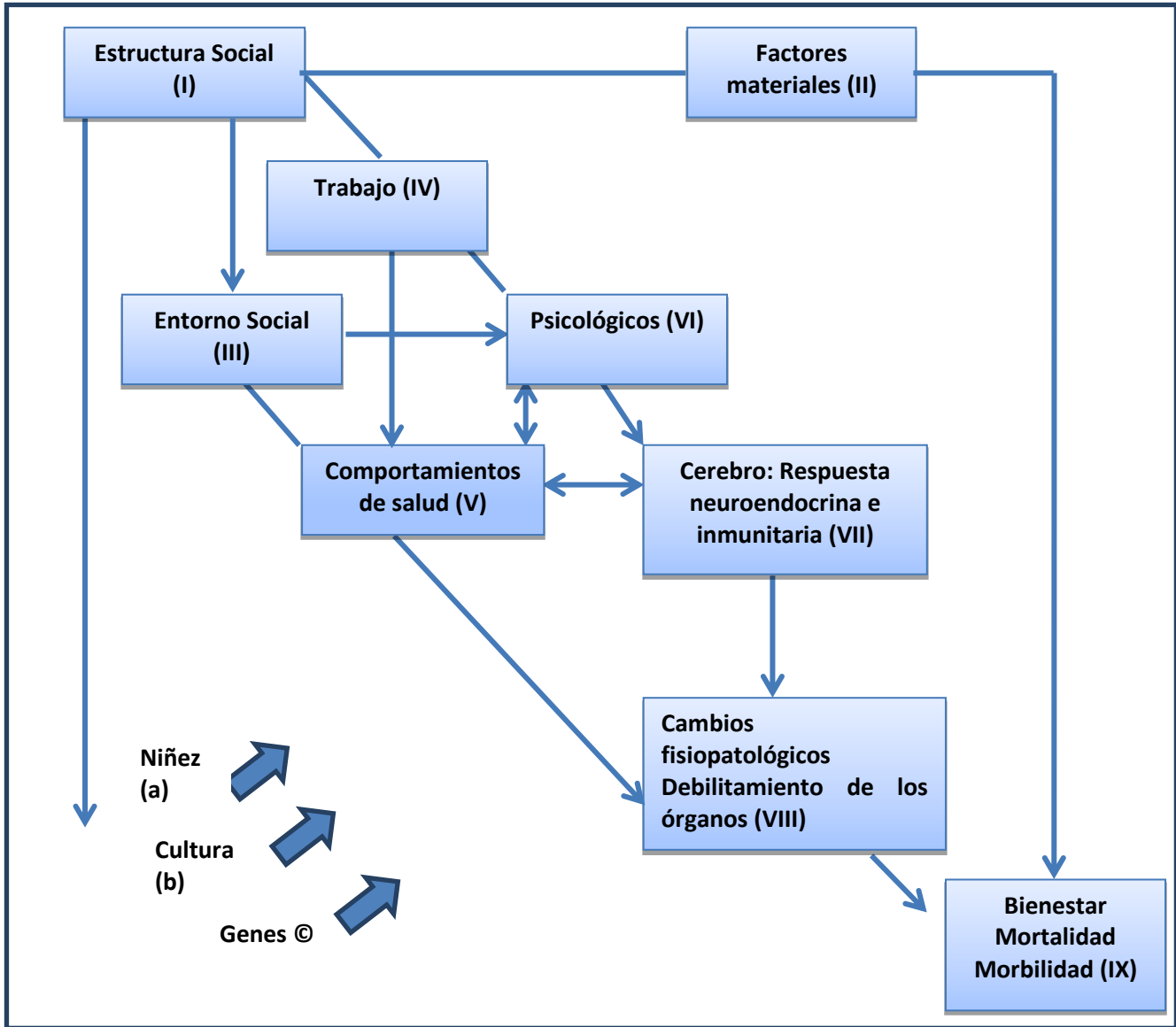


Figura 4. Modelo de Eric Brunner, Michael Marmot y Richard G. Wilkinson (1998)

Fuente: Adaptado de Marmot & Brunner (1999).

5.3.2.4) Modelo de la Comisión de los Determinantes Sociales de la salud OMS 2003-2005

El último modelo de los determinantes sociales de la salud (Figura 5. Modelo de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2003-2005)) fue desarrollado por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) con el objetivo de poder crear un marco para el diseño e implementación de políticas según distintos niveles. Del mismo modo, también se creó para identificar en qué etapa se producen las inequidades y cómo se relacionan estos determinantes entre sí, de tal manera de poder entregar un mapa para las intervenciones y evaluaciones en salud pública. Este nuevo marco consta de tres niveles principalmente; el contexto socioeconómico y político, los determinantes estructurales y los determinantes intermedios.

Contexto socioeconómico y político

Para la CDSS (2007) está referido a aquellos factores que se encuentran en un nivel macro y que no pueden ser medidos de manera individual. El contexto contiene los factores culturales, estructurales y funcionales al sistema social, situación que influirá sobre el siguiente nivel de determinantes, correspondiente a aquellos de tipo estructurales.

La CDSS (2007) destaca que el contexto está formado por cinco puntos específicamente. El primero de ellos corresponde a la gobernanza, el cual incluye las necesidades sociales, la participación de la sociedad civil, la administración pública, etc. En segundo lugar se encuentra la política macroeconómica, la cual incluye la política monetaria, la política fiscal, la balanza de pago de los países y también la supervisión del rol que el mercado ocupa en la sociedad. Posteriormente se incluyen las políticas públicas y las sociales, ambas con el objetivo de mejorar el bienestar de la población, por lo que contienen aquellas relacionadas con el trabajo, la educación, la vivienda, etc. Importante es destacar que estos elementos pueden actuar como amortiguadores o incrementadores de las diferencias en salud de la población, situación por la cual se erigen como

altamente relevantes. Finalmente, se incluyen los valores sociales y culturales, que van a encuadrar estas últimas políticas de acuerdo a un marco específico.

Del mismo modo, se incluye la globalización como un elemento de relevancia del contexto, en tanto que determina aspectos sociales, políticos y económicos de todos los países debido a la integración de las economías de los países a una escala mundial. Este fenómeno implica un intercambio importante de flujos de personas, información y capitales, el que ha repercutido sobre las desigualdades entre las naciones; “aquellos países, y aquellas clases sociales que ya gozaban de una clara ventaja socioeconómica, han recibido los principales beneficios y ganancias de este proceso, y viceversa” (Castro, 2013, pág. 17).

Determinantes Estructurales

Este nivel da cuenta de aquellos ejes que determinan oportunidades de salud de acuerdo a distintas jerarquías y posiciones sociales, según el acceso al poder, al prestigio y a una serie de recursos valorados socialmente (Moiso, 2007). El hecho de pertenecer a alguno de los espacios de las jerarquías o posiciones sociales mermará o potenciará la salud de los individuos, lo que a su vez se traduciría en una reproducción de las condiciones de vida en que se desenvuelven cotidianamente.

La CDSS (2007) clasifica como determinantes estructurales de la salud:

- a) Ingreso: se relaciona directamente con el acceso a recursos materiales, lo que se manifiesta en el consumo que tienen las personas para potenciar o no su salud. Por ejemplo, se puede invertir en recursos que afecten directamente en el bienestar, como lo es la asistencia, alimentación, materiales de vivienda, o que lo afecten de manera indirecta, por medio de la educación, que entrega herramientas para el autocuidado.
- b) Educación: es un determinante social que da cuenta de la transición de la posición socioeconómica que tenían los padres hacia la posición

socioeconómica de una persona adulta, en tanto que va a determinar el nivel de instrucción, empleo y, en consecuencia, el ingreso de una persona.

- c) Ocupación: es un determinante ligado con diversos aspectos sociales. En primer lugar, la ocupación de una persona indica las distintas exposiciones a riesgos, peligros o niveles de estrés en el ambiente laboral. Del mismo modo, da cuenta de una jerarquía según el ingreso de la persona, posición social e intelecto. Finalmente, también se encuentra estrechamente ligado a las redes de apoyo y la autonomía de un individuo para la resolución de problemas.

- d) Clase social: está ligado directamente con la definición realizada por Carlos Marx, que indica que las clases sociales derivan de las relaciones sociales de producción. Esto indica que se encuentran en relación a los modos de producción imperantes en un periodo determinado de la historia. En este caso, la Comisión las define de acuerdo a la posesión o no de medios de producción y a cómo ésta determina relaciones de poder y control sobre los otros. El objetivo de incluir esto es dar cuenta de cómo las “macro estructuras (como relaciones de clase a nivel nacional) pueden afectar micro procesos (comportamiento interpersonal), pero también cómo micro procesos pueden afectar macro estructuras (vía acción colectiva)” (Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, 2005, pág. 25).

- e) Género: está referido a las características de hombres y mujeres que son social y culturalmente construidas, diferenciándose del sexo, que está biológicamente determinado. El objetivo de incluir este determinante se encuentra relacionado con el hecho de que hombres y mujeres pueden tener desventajas en su salud, según las concepciones que tiene cada sociedad respecto al género. Por ejemplo, según los

patrones de masculinidad, los varones pueden verse afectados por hechos de violencia o alcoholismo, mientras que las mujeres pueden verse sometidas a discriminación en la educación o en la obtención de puestos en los empleos. En este sentido, se recalca la necesidad de trabajar con diagnósticos diferentes para cada sexo más allá de los factores biológicos, tomando en consideración, desde la vereda de lo social, las condiciones de vida y los factores de riesgo y protectores de hombres y mujeres (Martínez Benlloch, 2005).

- f) Raza/etnia: al igual que el género, no está referido a las características biológicas de una etnia en particular, sino que se encuentra ligado a las concepciones culturales que tiene una sociedad respecto a éstas. De este modo, quienes son parte de grupos marginados, pueden verse discriminados para el acceso a oportunidades de empleo, educación y recursos.

Determinantes intermedios

La CDSS (2007) indica que corresponden a aquellos factores por medio de los cuales operan los determinantes estructurales de la salud, razón por la cual son aquellos que se materializan a nivel de individuos y dan cuenta de las diferencias en salud entre ellos. Dentro de este grupo se encuentran:

- a) Circunstancias materiales: se encuentran directamente relacionados con las condiciones de vivienda (agua caliente y fría en el hogar, calefacción, baño esté dentro o fuera del hogar, posesión de refrigerador, lavadora o teléfono), barrio, cantidad de personas en el hogar, abrigo, alimentación, etc. que poseen los individuos. En la medida que estas circunstancias sean de peor calidad, más expuestos estarán a la mala salud.
- b) Comportamiento y factores biológicos: en el comportamiento se incluyen aquellos factores que pueden ser protectores (realización de actividad física, dormir ocho horas diarias) o perjudiciales para la salud (fumar,

beber alcohol en exceso), mientras que en los factores biológicos se encuentran la genética, la edad y el sexo.

- c) Factores psicosociales: están referidos a la exposición a circunstancias y situaciones de la vida que pueden percibirse como amenazantes, terribles o difíciles de tratar. En general se encuentran ligadas a episodios estresantes relacionados con la pérdida de empleo o acontecimientos vitales negativos (como el fallecimiento de algún familiar o persona importante).
- d) Sistema de salud: se posiciona como un determinante social de la salud en tanto que actúa como un mediador entre la enfermedad de las personas y aquellas prácticas que le darán cura. Esta situación es origen de inequidad por el acceso y la calidad de este servicio. Del mismo modo, el sistema de salud es un canal para la participación de las personas en las políticas de salud por medio de la evaluación y la toma de decisiones a nivel micro.
- e) Cohesión y capital social como un determinante transversal de la salud: el capital social como relaciones sociales y de reciprocidad por medio de las cuales se crea apoyo y soporte para el logro de objetivos en salud.

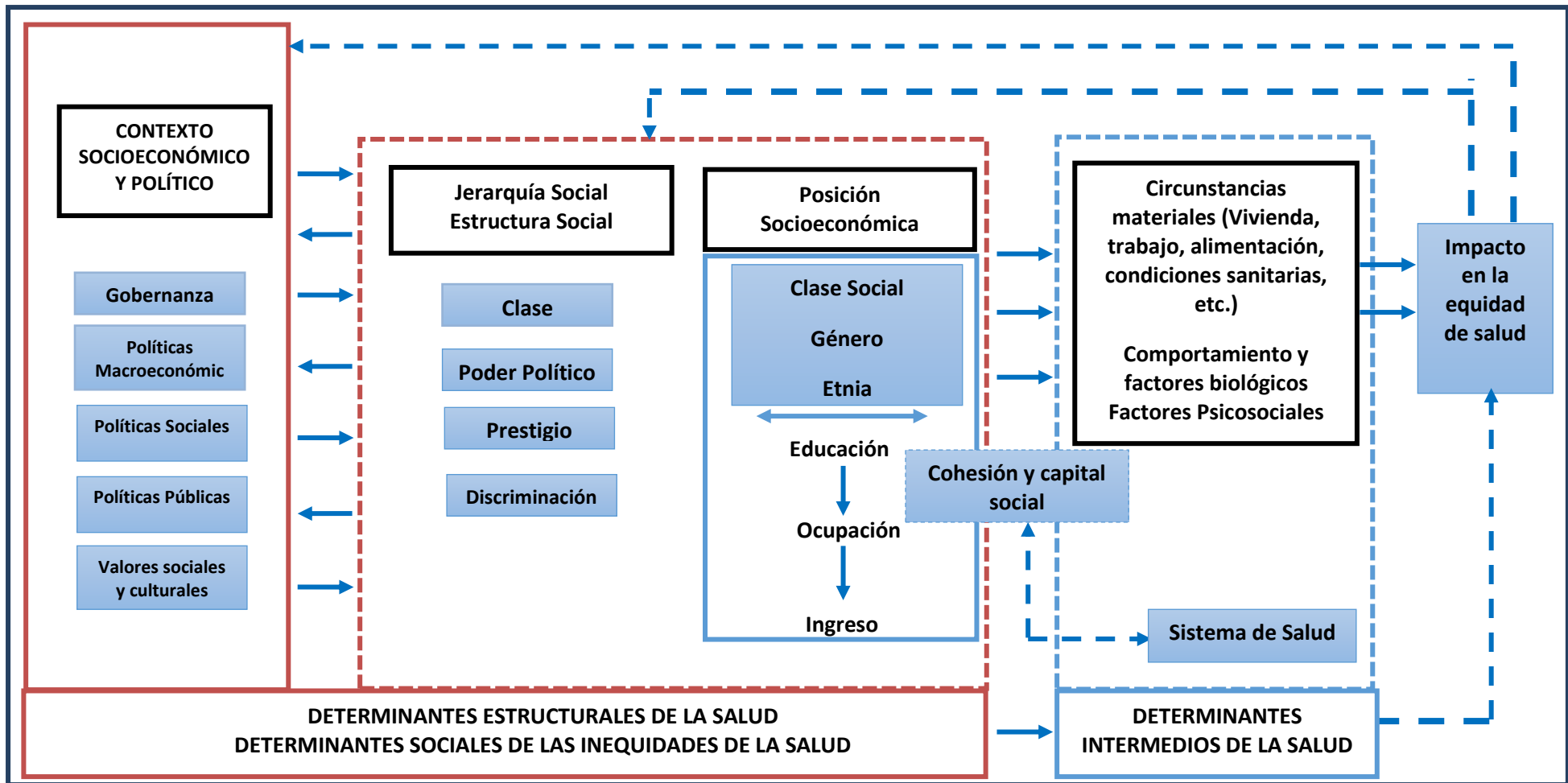


Figura 5. Modelo de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2003-2005)

Fuente: Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (2005)

Estos modelos dan cuenta de la forma en que son conceptualizadas las diferencias de salud de la población. Para efectos de esta investigación, se trabajará con el modelo propuesto por la OMS en el año 2005, en tanto incorpora y diferencia los determinantes sociales según la influencia que tienen sobre el individuo al diferenciarlos entre estructurales e intermedios. Del mismo modo, dentro de estos últimos incluye no sólo condiciones materiales, sino también aquellas circunstancias de la vida de la persona que la afectan psicosocialmente, lo que puede resultar de gran relevancia cuando se mide la autopercepción en salud. Finalmente, es importante agregar que el modelo del año 2005 propuesto por la OMS es el único que incluye el sistema de salud de los individuos, el cual se posiciona como una variable interesante, en tanto que permite determinar la influencia que posee sobre la salud autopercebida.

5.3.2.5) Críticas al modelo de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS

Entre las ciencias sociales latinoamericanas se destaca la iniciativa realizada por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, por dos razones principalmente. La primera de ella indica que hace público un problema que es producto de la inequidad de salud existente en la sociedad y el modelo económico neoliberal ligado a la globalización y la desigualdad (Acero, Caro, Henao, Ruiz, & Sánchez, 2013). Por otra parte, se plantea que esta iniciativa, como ninguna otra, reúne evidencia empírica robusta sobre las desigualdades socioeconómicas que repercuten en la salud de la población (López Arellano, Escudero, & Carmona, 2008).

Empero, a pesar de los esfuerzos realizados por la Organización Mundial de la Salud para elaborar un modelo teórico que permita la implementación de políticas públicas a nivel intersectorial, este modelo no se ha visto libre de críticas desde este mismo sector de la academia.

La crítica principal radica en que, más allá de los factores “aislados” que la Comisión plantea, carecen de una perspectiva global, cayendo en la causalidad y soslayando el papel que juegan las empresas transnacionales en la configuración de los espacios sociales de las personas.

Siguiendo esta línea, se indica que la causalidad, como elemento central del modelo, se considera “únicamente como un mundo de conexiones constantes (causales) y asociaciones externas entre factores” (Breilh, 2008, pág. 17).

Lo anterior se ve manifestado en la crítica latinoamericana que se realiza hacia las metodologías utilizadas, consideradas anglosajonas e inductivistas en tanto utilizan la estadística y los métodos cuantitativos de recogida de datos a nivel micro para establecer conclusiones a nivel macro. Todo esto, por medio de modelos que se expresan a través de variables dependientes e independientes, que describen la realidad en forma lineal y reduccionista, esto es, por medio de un solo plano de la salud (Breilh, 2010).

De manera similar, se plantea que los Determinantes Sociales de la Salud son considerados como factores aislados, evadiendo el contexto histórico, cultural, social, y, por ende, multidimensional, en que se ven envueltos, lo que implica que se pierde el sentido de “proceso” del fenómeno. Al ser tratados de esta manera, en consecuencia, son simplificados con el objetivo de ser traducidos únicamente a factores de riesgo, reduciendo las soluciones a cambios en el estilo de vida de las personas a nivel micro y a sugerencias abstractas a nivel macro (López Arellano, Escudero, & Carmona, 2008).

Asimismo, una de las mayores críticas realizadas corresponde al hecho de que se soslaya el rol del capitalismo, las empresas transnacionales y las relaciones de poder existentes entre los miembros de la sociedad. Para Jaime Breihl (2010), en el planteamiento teórico de los Determinantes Sociales de la Salud se desconoce el modo de producción capitalista, la acumulación del capital y la hegemonía del mercado imperante en la sociedad actual, lo que trae como consecuencia la falta de problematización y cuestionamiento a los límites que éste último impone a la reducción de las desigualdades.

5.4) Bienestar subjetivo

Para delimitar teóricamente el concepto de bienestar subjetivo, se hará uso del apartado conceptual del Informe del Desarrollo Humano realizado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2012). Esto debido a que, como se utilizará la base de datos de la encuesta que sirvió de sustento para la realización de este estudio, es importante conocer las conceptualizaciones y operacionalizaciones de las variables incluidas.

Como queda registrado en el informe desarrollado por el Programa para las Naciones Unidas para el Desarrollo (2012), el bienestar subjetivo corresponde a un estado de subjetividad. La subjetividad corresponde al “espacio y el proceso en que los individuos construyen una imagen de sí, de los otros y del mundo en el contexto de sus experiencias sociales” (pág. 105). Esto significa que el objetivo de la subjetividad es que el sujeto se configure a sí mismo, lo que implica que sea un individuo único que se encuentra ligado a una serie de relaciones sociales que contribuyen a su construcción. Esta situación, en consecuencia, se liga con el contexto social en que la persona se encuentra inserta, por lo que es importante considerar el papel de la cultura y la historia, los valores, el lenguaje, etc. Lo clave de esto es dar cuenta de cómo las personas interiorizan estas instancias desde su perspectiva y sus experiencias a lo largo de su trayectoria vital.

Asimismo, importante es agregar que la subjetividad tiene una dimensión temporal e histórica, lo que implica que va cambiando a medida que se desarrolle la vida del individuo, lo que se traduce en un cambio constante en las estructuras y relaciones sociales en las que está inserto. Se plantea que ambas dimensiones son complementarias, moldeándose de manera independiente e interdependientemente (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2012).

Por medio de esto, hay un desarrollo de dos tipos de imágenes: la imagen de sí y la imagen del mundo. La primera está referida a la apropiación que hace el individuo desde un punto de vista moral de algunos de los referentes, discursos e imaginarios que se dan en su contexto social, situación que se caracteriza por ser selectiva. En la medida que se produzca esta

“selección” de parámetros a asimilar, el sujeto va a juzgarse en función a esto, lo que puede traducirse en una percepción positiva o negativa de sí mismo.

Por otra parte, la imagen del mundo está referida netamente hacia una perspectiva práctica, en el sentido de que se trata de la subjetividad respecto a si el entorno permite o no la realización de las aspiraciones que los sujetos poseen. En este sentido, el individuo, que se encuentra inserto en un contexto, elaborará juicios en relación a las perspectivas y oportunidades que éste le brinda para la construcción de su imagen de sí.

Esta situación se asocia, además, a la capacidad de crear acciones por parte de los sujetos, lo que implica que puedan incidir o no en el contexto en que se encuentran insertos. Esto se manifiesta en las actitudes que se tienen hacia las “reglas colectivas, cooperación con los otros, hacia la autoridad, hacia la innovación o hacia la búsqueda de autonomía dependen no solo de los contextos específicos en que se desarrollan las relaciones con otros, sino también de las disposiciones a actuar que han decantado al calor de las experiencias previas en relación a la autoimagen y la imagen del mundo” (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2012, pág. 108).

Sin embargo, ¿cómo se relaciona la subjetividad, la imagen de sí y la imagen del mundo con el bienestar subjetivo?

El bienestar subjetivo va a tener una dimensión social y una individual. Por una parte, el bienestar subjetivo individual “es el estado subjetivo que resulta de la evaluación cognitiva-emocional positiva que realiza el individuo de su autoimagen –condicionada por marcos sociales de interpretación– en términos de referentes tales como la realización, el placer, el florecimiento, la felicidad, la satisfacción y el propósito” (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2012, págs. 109-110). Por otro lado, el bienestar subjetivo con la sociedad corresponde a este mismo estado subjetivo, sin embargo, la evaluación se realiza en torno a las oportunidades que le brinda la sociedad al sujeto (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2012).

Siguiendo esta línea, el Informe (2012) propone tres precisiones respecto al bienestar y el malestar subjetivos:

- a) Los estados subjetivos no son generales ni unívocos. Esto significa que el malestar y el bienestar subjetivo a nivel individual y con la sociedad no necesariamente van a coincidir, esto es, hay quienes pueden estar satisfechos con su vida, pero insatisfechos a nivel de sociedad y viceversa, o también se pueden sentir satisfechos con ambas o con ninguna. Cualquier combinación no implicará una relación directa entre ellas.
- b) El bienestar subjetivo debe analizarse conjuntamente con el malestar subjetivo.
- c) El bienestar y el malestar deben explicarse de manera contextualizada. Esto está referido a que siempre va a estar inserto en una historia, política y un modelo cultural determinado.

De este modo, el bienestar subjetivo se posiciona como un elemento importante ligado a las percepciones que tienen los sujetos respecto a sí mismos y a la sociedad. Esta situación, por lo tanto, va a depender de las condiciones sociales en que se desenvuelve, razón por la cual el Informe da cuenta de cuáles son aquellos elementos, denominados capacidades, que influirán sobre el bienestar población.

En el caso de la presente investigación, se trabajará con el bienestar subjetivo de tipo individual, en tanto que da cuenta de la satisfacción consigo mismo. Esto permitirá relacionarlo de mejor manera con la autopercepción en salud ya que esta variable se mide desde la misma perspectiva que la primera. Del mismo modo, permitirá una primera indagación respecto al bienestar subjetivo como un determinante social de la salud, situación que se encuentra ligada a las circunstancias materiales en que el sujeto se encuentra inserto.

Las preguntas por medio de las cuales el PNUD midió el bienestar subjetivo individual son las siguientes:

Escala de satisfacción vital: P4. Considerando todas las cosas, ¿cuán satisfecho está usted con su vida en este momento? Por favor use esta tarjeta

en que 1 significa que usted está completamente insatisfecho y 10 significa que usted está completamente satisfecho, ¿dónde se ubica usted?

Satisfacción por ámbitos: P17. De 1 a 10, donde 1 es muy insatisfecho y 10 es muy satisfecho, ¿cuán satisfecho está usted con los siguientes aspectos de su vida? La actividad principal que usted realiza, su situación económica, el barrio o localidad donde usted vive, la vivienda donde usted vive, su salud, su imagen o apariencia física, la relación con sus hijos, la relación con sus padres, su relación de pareja, sus amigos, sus oportunidades de divertirse, sus posibilidades de comprar las cosas que quiere tener.

Escalera de la mejor vida posible: P16. En una escala del 0 al 10, donde el 0 significa la peor vida posible y 10 la mejor vida posible, ¿dónde se ubicaría usted?

Escala de felicidad: P.76 En general, ¿usted diría que es...? “Muy feliz”, “Bastante feliz”, “No muy feliz”, “Nada feliz”.

Balance de afectos: P.18 Por favor, piense acerca de lo que usted ha estado haciendo y viviendo durante las últimas 4 semanas. Luego indique qué tan a menudo ha experimentado los siguientes estados de ánimo, de acuerdo a la siguiente escala de 1 a 5 donde 1 es “muy raramente o nunca” y 5 es “muy a menudo o siempre”. ¿Usted se ha sentido...?

- **Escala de afectos positivos:** Motivado, alegre, entretenido, optimista.
- **Escala de afectos negativos:** tranquilo, enojado, estresado, preocupado, triste y aburrido.

Escala de insatisfacción vital: P125. Pensando en las distintas cosas que le toca vivir, ¿qué tan frecuentemente diría usted que siente insatisfacción o disconformidad con su vida? Conteste utilizando una escala donde 1 es "Nunca siente insatisfacción con su vida" y 10 es "Muy frecuentemente siente insatisfacción con su vida".

Escala de sufrimiento: P.19 Tomando en cuenta que todas las personas en algún momento de sus vidas tienen que enfrentarse al dolor y al

sufrimiento. Podría decirme, ¿cuánto sufrimiento diría usted que ha habido en su vida?

A efectos de la presente investigación, se hará uso de la “Escala de satisfacción vital” en tanto que abarca en forma completa lo que significa el bienestar subjetivo individual. El objetivo de esta pregunta es que los individuos evalúen de forma integral todos los aspectos de su vida, considerando sus metas, expectativas y logros. Según lo indicado en el Informe es “una de las mediciones más estables en el tiempo y que presenta una mayor correlación con indicadores objetivos de calidad de vida de las personas, tales como ingreso y salud” (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2012, pág. 141).

Asimismo, es importante agregar que esta variable da cuenta de una capacidad de las personas para discriminar la satisfacción de la insatisfacción con su vida, lo que se ve manifestado en el posicionamiento ante la pregunta. Esto se relaciona con un estado mental estable en el tiempo, referido al hecho de que la evaluación que realizan los encuestados no es únicamente del momento, sino que se basa también en su pasado, lo cual permite las comparaciones y la elaboración de una valoración final (Oyanedel, Bilbao, & Mella, 2013).

5.4.1) Algunos resultados de la investigación realizada por el PNUD

Para efectos de esta investigación, se incluirán aquellos resultados obtenidos en el Informe de Desarrollo Humano realizado por el PNUD (2012), de tal manera de poder entregar un panorama del bienestar subjetivo individual desde la óptica de la encuesta que se utilizará.

Para estudiar esta variable, en primer lugar se realizó una regresión lineal múltiple situando como variables independientes indicadores socioeconómicos y demográficos como sexo, edad, nivel educacional, ingresos, zona geográfica, macrozonas, estado civil y situación ocupacional. Dentro de los hallazgos encontrados se halla el hecho de que las mujeres están levemente más satisfechas con su vida que los hombres.

Otro resultado interesante es el hecho de que el bienestar subjetivo está desigualmente distribuido, en tanto que quienes poseen un ingreso familiar mayor, poseen una satisfacción vital más alta que quienes perciben menos salario. Algo similar ocurre con la edad. Sin embargo, la relación no es lineal, sino que es curvilínea ya que, en los grupos jóvenes y en los adultos mayores esta satisfacción es más alta, situación que cambia en el tramo de la mediana edad.

Por otra parte, el nivel educacional no se encuentra significativamente relacionado con el bienestar subjetivo, ocurriendo lo contrario que con el estado civil, ya que las personas casadas están más satisfechas con su vida que quienes se han divorciado o enviudado. Sucede lo mismo con aquellos que trabajan en forma remunerada, teniendo menor satisfacción aquellos sujetos que se encuentran desempleados.

Del mismo modo, se indica que no hay diferencia significativa entre quienes habitan en zonas rurales y urbanas, contrario a lo que ocurre según regiones, ya que quienes residen en la zona norte están más satisfechas que el resto del país.

Sobre la base de estos resultados, el Informe concluye que el bienestar subjetivo individual de la población depende del lugar que ocupa el sujeto en la estructura social, lo que da cuenta que la satisfacción vital no es algo que no pueda considerarse como una suma de atributos individuales. En este sentido, se pone especial énfasis en el contexto, en tanto que variables como la tasa de desempleo, confianza en las instituciones, tolerancia o el Índice de Desarrollo Humano marcan diferencias importantes en la satisfacción de la población. Por ejemplo, se indica que “un hombre casado de 45 años, con educación superior, que trabaja remuneradamente (...) viviendo en una sociedad con características similares al de Chile del año 2011 tiene una satisfacción promedio vital de 7,61 puntos (...) (sin embargo), llegaría a 7,77 si la tasa desempleo baja al 5%” (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2012, pág. 155). Lo que se plantea, es que el bienestar subjetivo depende del nivel de desarrollo de una nación.

VI. HIPÓTESIS

Las hipótesis que erigirán la presente investigación se encuentran basadas en la evidencia recolectada sobre los temas tratados. De acuerdo a cada uno de los objetivos presentados en la problematización, las hipótesis serán las siguientes:

Hipótesis 1: Los determinantes sociales estructurales influyen sobre el estado de salud. Aquellos encuestados que hayan respondido las categorías de respuesta “Muy buena” y “Buena” salud, son aquellos que tienen posiciones ventajosas a nivel social, por lo que sus factores estructurales estarán ligados a niveles socioeconómicos más altos, tales como ABC1 o C2 y a niveles educacionales ligados a la educación superior (tanto técnica como profesional).

Hipótesis 2: Los determinantes sociales de tipo intermedio influyen sobre la salud de la población. Aquellos que poseen condiciones materiales más estables, como la presencia de un baño, alcantarillado y acceso a agua caliente en la vivienda, además de ser hombres, tener alrededor de treinta años y verse enfrentado a menos experiencias traumáticas como tensiones, rupturas o enfermedades de cercanos, explican la salud autorreferida de “Muy Buena” o “Buena”. Asimismo, aquellos ligados al sistema privado de salud y quienes tengan un capital social mayor, esto es, más amigos y participación en agrupaciones, siguen esta misma línea.

Hipótesis 3: En cuanto al bienestar subjetivo individual, se considera que quienes tienen una menor satisfacción con su vida, más chances tienen de autorreportarse con una salud “Mala” o “Muy mala”.

VII. MARCO METODOLÓGICO

A continuación se indican los procedimientos metodológicos que dan forma a la presente investigación.

7.1) Metodología cuantitativa

El presente proyecto es de tipo cuantitativo, por cuanto se busca trabajar con datos que son susceptibles de ser medidos o contados. Según Rodrigo Asún (2006), lo que caracteriza a la metodología cuantitativa como metodología de la investigación “es la utilización de los números para el estudio de la realidad natural y social” (pág. 35). Para el mismo autor, esto implica tener una teoría de medición, disponer de procedimientos de obtención de información, un procedimiento para manipular la misma (la más utilizada es la estadística) y herramientas teórico conceptuales que permitan adaptar los conceptos a una forma que permita medirlos de manera clara y simple. Asimismo, implica usar procedimientos muestrales de selección de los individuos que permitan aplicar un instrumento determinado.

Asún (2006) hace referencia al trabajo de Stanley Stevens, quien planteó la *teoría representacional de la medición*, que es el sustento que guía las investigaciones cuantitativas actuales y que está fundamentado en tres ideas principalmente. La primera de ellas dice relación con el hecho de que los números se deben asignar de acuerdo a una determinada regla, la segunda está referida a que lo anterior se puede dar de manera arbitraria, pero “deben ‘representar’ las relaciones entre las variables reales” (Asún, 2006, pág. 47), y la tercera que las variables tienen niveles de medición, de acuerdo a las propiedades de cada una de ellas (Asún, 2006). Una variable corresponde a las “representaciones simbólicas de las dimensiones de los conceptos, o de los atributos de las unidades” (González Blasco, 1996, pág. 282) y que, según Levin, pueden tener tres niveles de medición; nominal, ordinal e intervalar (Levin & Levin, 2004).

La metodología de tipo cuantitativo se encuentra enmarcada en dos tipos de paradigmas; el positivista y el postpositivista, los cuales tienen como característica común y principal el hecho de que su ontología consiste en que

el mundo es externo a las concepciones del hombre, por lo que puede ser conocido fuera de sus concepciones (Corbetta, 2007). Para la presente investigación, será considerado como paradigma principal el postpositivista en tanto la realidad sólo se puede conocer de manera incierta y probabilística, llena de fluctuaciones y perturbaciones, lo que es denominado realismo crítico. Con ello, la epistemología que se vincula con esta ontología indica que la relación entre quien estudia y lo que se estudia se sitúa como algo objetivo, pero no de manera perfecta, sino que siempre de forma aproximada debido a la influencia que tiene el observador sobre el objeto investigado (Corbetta, 2007).

Siguiendo la línea de este paradigma, el instrumento por medio del cual el estudio del PNUD recabó la información que será utilizada en esta investigación es la encuesta. Para García Ferrando (1996), esta técnica se refiere a “una investigación realizada sobre una muestra de sujetos representativos de un colectivo más amplio, que se lleva a cabo en el contexto de la vida cotidiana, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación” (pág. 147). Como se busca la generalización de los resultados, se trabaja con muestras amplias de la población, que trata de ser representativa de la misma.

Dentro de las características que posee la encuesta se encuentran el hecho de que puede recabar aspectos tanto objetivos como subjetivos de los individuos, en tanto que pueden ser consultadas situaciones ligadas tanto al nivel educacional o edad de los mismos, como actitudes u opiniones respecto situaciones personales y circunstancias sociales. Desde este punto de vista, es que aparece una ventaja de esta técnica de recolección de datos, en tanto que puede obtener información diversa de un espectro amplio de personas (Cea D' Ancona, 2009). Asimismo, otra de sus cualidades principales es el hecho de que las respuestas pueden ser agrupadas, medidas y comparadas, lo que está basado principalmente en el hecho de que éstas pueden ser cuantificadas y analizadas estadísticamente.

Como la presente investigación se realizará con una base de datos ya existente, realizada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, es pertinente justificar el hecho de que se utilicen datos secundarios. Para esto, se utilizarán las conceptualizaciones de Benjamín González Rodríguez (1996) y

María de los Ángeles Cea D'Ancona (2009). El primer autor reconoce como ventajas de la utilización de datos secundarios, entre otras cosas, el hecho de que puede servir para llenar vacíos respecto a la información que se tenga de sobre algún fenómeno, esto es, siempre que el investigador esté familiarizado con las fuentes de información existentes. Asimismo, identifica como característica positiva el hecho de que los datos sean accesibles, puesto que “se introduce la posibilidad de disponer en poco tiempo e información abundante, relativamente barata y de calidad” (Rodríguez, 1996, pág. 254). Esto se relaciona con el hecho de, por medio de lo anterior, se pueda desarrollar una potenciación entre teoría e investigación, por cuanto se use para la comprobación y desarrollo de nuevas teorías.

7.2) Tipo de investigación

En primer lugar, es menester indicar que el presente proyecto es de tipo no experimental, ya que los datos medidos por la encuesta se obtienen de la manera en que se presentan, es decir, sin manipularlos ni producir alguna modificación previa, lo que implica que se produzca una única medición del fenómeno, es decir, en un único momento, sin someterlo a mediciones posteriores para medir algún tipo de cambio (Cea D' Ancona, 2009).

Asimismo, la investigación es de tipo transversal, puesto que los datos sólo se obtuvieron en un único momento, es decir, cuando se realizó la encuesta y no en instantes diferentes con la intención de comparar. Cea D'Ancona, plantea que la investigación transversal tiene como propósito describir variables en un momento dado del tiempo, sin considerar la variable temporal como un factor que puede incidir la recolección de información (Cea D' Ancona, 2009).

Por otro lado, la investigación a realizarse es de tipo explicativa, por cuanto determinará las relaciones entre las variables, estableciendo los factores que pueden explicar los fenómenos que se estudian. De este modo, se estudiarán las variables que inciden en la ocurrencia de otra variable. Una de las principales características de estas investigaciones es que se puede determinar si una hipótesis causal es plausible (Infesta, 1996).

En el caso del proyecto, las relaciones explicativas a analizar son aquellas comprendidas entre la autopercepción como medida de salud y los determinantes sociales, tanto estructurales como intermedios, en conjunto con el bienestar subjetivo de la población.

7.3) Población y muestra

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), suscribió un contrato con la empresa Feedback para llevar a cabo la elaboración de la muestra y el trabajo de campo del estudio realizado entre el 18 de junio y el 20 de septiembre de 2011 (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2012).

La población objetivo de la investigación está conformada por los sujetos mayores de dieciocho años residente tanto en áreas urbanas como rurales de las quince regiones del país (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2012).

Lo anterior especifica el marco muestral, el cual está dado por las proyecciones del Censo de Población y Vivienda del año 2002, el cual, a su vez, está constituido por la población rural y urbana que reside en las quince regiones del Chile Continental. El tamaño de la muestra fue de 2.535 casos, con un error muestral de 1,9% y un nivel de confianza de 95%.

El muestreo fue de carácter polietápico. En una primera etapa se estratificó por región en el área rural y urbana, estableciéndose grupos por macrozonas que agrupan distintas regiones del país. La primera corresponde a las comprendidas entre la I a la IV (incluyendo la XV), la segunda comprende sólo a la V, la tercera incluye la VI y la VII, la cuarta a la VIII, la quinta desde la IX a la XII (incluyendo la XIV) y la última únicamente a la Región Metropolitana. Para asegurarse una muestra mínima en cada grupo, se trabajó con una asignación fija.

A partir de esto, se establecieron a las manzanas como unidad de muestreo primaria, las cuales fueron escogidas de manera proporcional a su tamaño en forma aleatoria. Como unidad de muestreo secundaria se

seleccionó los hogares y como unidad de muestreo terciaria a las personas de dieciocho años y más por un procedimiento aleatorio.

7.4) Variables a utilizar

Las variables que serán utilizadas en la investigación se explicitan en las tablas que se presentan a continuación.

La variable dependiente corresponde al estado de salud de la población, sin embargo, tal como se explicitó en el marco teórico, para efectos de la presente investigación se utilizó la autopercepción debido a que corresponde a un indicador fiable de este concepto.

Tabla 1. Variable dependiente

Variable	Indicador	Definición nominal	Categorías de respuesta	Valores	Nivel de medición
Autopercepción en salud	P. 20. Si usted hiciera un balance general de su salud, usted diría que su salud general es...	Idea y conocimiento que tiene una persona de su estado de salud en general.	a) Muy buena	5	Ordinal
			b) Buena	4	
			c) Regular	3	
			d) Mala	2	
			e) Muy mala	1	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Variables independientes

Variable	Definición nominal	Indicador	Categorías de respuesta	Valores	Nivel de medición	
Determinantes Sociales Estructurales	Educación	Nivel de estudios alcanzado en el sistema de educación formal.	P3. ¿Cuál es el nivel de educación que usted alcanzó? Si está estudiando, ¿qué nivel de educación cursa actualmente?	a) Educación básica incompleta o inferior	1	Ordinal
				b) Básica completa	2	
				c) Media incompleta	3	
				d) Media completa	4	
				e) Instituto profesional o centro de formación técnica incompleta	5	
				f) Instituto profesional o centro de formación técnica completa	6	
				g) Universitaria incompleta	7	
				h) Universitaria completa	8	
				i) Posgrado	9	
				Nivel socioeconómico	Posición del sujeto en la estructura, definida según los recursos materiales y económicos del hogar.	
b) C2	2					
c) C3	3					
d) D	4					
e) E	5					

⁴ AIM en su versión de grupos socioeconómicos del año 2008, utiliza como indicadores los bienes del hogar, considerado como una variable económica de flujo (calefont, equipo de música con CD, vehículo e uso particular, cuenta corriente en banco, casa vacacional, entre otras) y una variable social de stock, como es la educación del principal sostenedor del hogar (Asociación Chilena de empresas de Investigación de Mercado, 2008).

Variable	Definición nominal	Indicador	Categorías de respuesta	Valores	Nivel de medición
Condición de actividad	Actividad principal a la que se dedica una persona.	P30. ¿Cuál de las siguientes alternativas representa mejor la actividad en la que usted ocupa la mayor parte de su tiempo?	a) Trabaja de manera permanente	1	Nominal
			b) Estudia	2	
			c) Dueño(a) de casa	3	
			d) Jubilado(a) o rentista	4	
			e) Cesante y busca trabajo	5	
			f) Hace trabajos esporádicos, ocasionales o de temporada	6	
			g) Otro	7	
Frecuencia de agobio y preocupación por obligaciones y exigencias	Episodios negativos que afectan en forma psicológica y social la vida de una persona.	Frecuencia de agobio y preocupación por obligaciones y exigencias	a) Casi Nunca	1	Ordinal
			b) Con poca frecuencia	2	
			c) Con alguna frecuencia	3	
			d) Muy frecuentemente	4	
Determinantes sociales intermedios Sistema de salud	Sistema por medio del cual una persona cubre sus necesidades de asistencia sanitaria.	P25. ¿Cuál es su sistema de salud?	a) Sistema público (Fonasa)	1	Nominal
			b) Sistema privado (Isapre)	2	
			c) Otro sistema (Capredena, Dipreca, etc.)	3	
			d) No tiene	4	
Capital Social	Cantidad autopercebida de amigos que posee una persona.	p119. Con respecto al tema de la amistad, ¿usted diría que...	a) Tiene muchos amigos	1	Ordinal
			b) Tiene pocos amigos	2	

Variable	Definición nominal	Indicador	Categorías de respuesta	Valores	Nivel de medición
			c) No tiene amigos, sólo conocidos	3	
Sexo	Definición de un individuo como hombre o mujer, basada en la biología	B. Sexo	a) Hombre b) Mujer	1	Nominal
Edad	Tiempo vivido por el sujeto, expresado en años.	A. Edad			Intervalar

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Variable independiente (bienestar subjetivo)

Variable	Definición nominal	Indicador	Categorías de respuesta		Valores	Nivel de medición
Bienestar Subjetivo	Evaluación que realiza un individuo respecto a su vida en general.	p172. Considerando todas las cosas, ¿cuán satisfecho está usted con su vida en este momento? Por favor use esta tarjeta en que 1 significa que usted está completamente insatisfecho y 10 significa que usted está completamente satisfecho, ¿dónde se ubica usted?	a)	1	1	Intervalar
		b)	2	2		
		c)	3	3		
		d)	4	4		
		e)	5	5		
		f)	6	6		
		g)	7	7		
		h)	8	8		
		i)	9	9		
		j)	10	10		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Variables independientes (índices)

Variable	Definición nominal	Indicador	Categorías de respuesta	Valores	Nivel de medición
Condiciones materiales	Condiciones materiales mínimas que posee un individuo en la vivienda en que habita.	Índice de condiciones materiales en el hogar	Muy malas	1	Ordinal
			Malas	2	
			Buenas	3	
			Muy buenas	4	
Condiciones psicosociales	Episodios negativos que ha vivido una persona y que afectan su vida psicológica y socialmente.	Índice de episodios estresantes en los últimos seis meses	No ha tenido episodios estresantes	0	Ordinal
			Ha tenido muy poco episodios estresantes	1	
			Ha tenido pocos episodios estresantes	2	
			Ha tenido algunos episodios estresantes	3	
			Ha tenido muchos episodios estresantes	4	

Fuente: Elaboración propia

Importante es agregar que la fundamentación y procedimientos utilizados para la definición de los índices se detallan en el plan de análisis.

7.5) Plan de análisis

El plan de análisis es una etapa del proceso de investigación mediante la cual se detallan los pasos a seguir una vez que se tienen los datos a utilizar. En este apartado se incluye la preparación de la base de datos, un detalle de los índices a utilizar, los análisis univariado, bivariado y multivariado con sus respectivas variables.

Para comenzar a trabajar con la base de datos se debió excluir los casos perdidos de los análisis, para lo cual se consideraron las categorías de “No sabe” y “No responde”.

7.5.1) Índices

Previo a los análisis de las variables con que se trabajó, se realizaron índices que permitieron un mejor desarrollo de la investigación. Esto porque permitieron compilar en una sola variable, aquellas que medían distintos aspectos de un mismo constructo. El primero de ellos corresponde a “Condiciones de la vivienda” y el segundo a “Episodios estresantes en los últimos seis meses”.

Índice de condiciones de la vivienda

En el caso del índice de “Condiciones de la vivienda”, se realizó una recodificación de los valores de las alternativas de respuesta previa a la creación del índice. Como la idea fue que, a mejores condiciones de la vivienda, se presentara un mayor puntaje, se recodificaron estas categorías para que se mostrara como una variable dicotómica (0 como “No” y 1 como “Sí”).

Posteriormente, el índice se creó por medio de una sumatoria entre quienes presentaron acceso a los servicios básicos. Por ser una sumatoria, se clasificaron las categorías de respuesta para indicar las condiciones de la vivienda de los individuos.

Tabla 5: Índice “Condiciones de la vivienda”

Índice	Dimensiones	Variable de entrada	Categorías	Valores	Nivel de medición del índice
Condiciones de la vivienda⁵	Acceso a agua potable a través de una llave dentro de la vivienda	P168.A	a) No existe en el hogar	0	Intervalar (valores de 0 a 3)
			b) Existe en el hogar	1	
	WC dentro de la vivienda conectado a alcantarillado o fosa séptica	P168.B	a) No existe en el hogar	0	
			b) Existe en el hogar	1	
	Calefón u otro sistema de agua caliente	P168.C	a) No existe en el hogar	0	
			b) Existe en el hogar	1	

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, la fórmula del índice quedaría planteada de la siguiente manera:

$$\text{Índice condiciones de la vivienda} = P168.A + P168.B + P168.C$$

A continuación se presenta la asignación de categorías del índice de condiciones de la vivienda. La variable quedó con cuatro categorías, que van desde “Muy malas” a “Muy buenas”.

Tabla 6: Recodificación índice condiciones de la vivienda

Variable original	Variable Recodificada	Valor en la base de datos
Índice de condiciones de la vivienda	Muy malas	0
	Malas	1
	Buenas	2
	Muy buenas	3

Fuente: Elaboración propia

Índice de “Episodios estresantes en los últimos seis meses”

Para el índice de “Episodios estresantes en los últimos seis meses”, se realizó una nueva recodificación de los valores de las alternativas de respuesta. Como la idea fue que, a mayores situaciones estresantes se tuviera un mayor

⁵ En este caso se seleccionaron aquellas variables que dan cuenta únicamente de las condiciones materiales ligadas a la vivienda.

puntaje, se recodificaron estas categorías para que se mostrara como una variable dicotómica (0 como “No” y 1 como “Sí”).

En este caso también se empleó una sumatoria de las categorías de respuesta de las variables a incluir. Nuevamente, esta variable nueva fue de tipo intervalar, de tal manera que, a mayor cantidad de episodios estresantes, mayor fue el puntaje obtenido.

Tabla 7: Índice “Episodios estresantes en los últimos seis meses”

Dimensiones	Variable de entrada	Categorías	Valores	Nivel de medición del índice
En los últimos seis meses, ¿a usted le ha pasado alguna de las siguientes cosas? Muerte de un ser querido o persona importante para usted	P173.A Muerte de un ser querido o persona importante para usted	a) No ha sufrido	0	
		b) Ha sufrido	1	
En los últimos seis meses, ¿a usted le ha pasado alguna de las siguientes cosas? Una enfermedad grave de algún ser querido o persona importante para usted	P173.B Una enfermedad grave de algún ser querido o persona importante para usted	a) No ha sufrido	0	Intervalar
		b) Ha sufrido	1	
En los últimos seis meses, ¿a usted le ha pasado alguna de las siguientes cosas? Término de una relación de pareja importante (divorcio, fin de un pololeo)	P173.C Término de una relación de pareja importante (divorcio, fin de un pololeo)	a) No ha sufrido	0	
		b) Ha sufrido	1	
En los últimos seis meses, ¿a usted le ha pasado alguna de las siguientes cosas? Ruptura o problema familiar grave	P173.D Ruptura o problema familiar grave	a) No ha sufrido	0	
		b) Ha sufrido	1	

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, la fórmula del índice quedaría planteada de la siguiente manera:

Índice episodios estresantes en los últimos meses =

$$P173.A + P173.B + P173.C + P173.D$$

Al igual que en el índice anterior, se etiquetó la variable para que quedara como ordinal. Para esto, se recodificó de 0 a 4, donde 0 signifique “No ha tenido episodios estresantes” y 4 “Ha tenido muchos episodios estresantes”

Tabla 8: Recodificación Índice Episodios estresantes en los últimos seis meses

Variable original	Variable Recodificada	Valor en la base de datos
Índice de episodios estresantes en los últimos seis meses	No ha tenido	0
	Muy pocos	1
	Pocos	2
	Algunos	3
	Muchos	4

Fuente: Elaboración propia

Posterior a la realización de los índices, se midió la consistencia interna por medio de la fórmula 20 de Kuder-Richardson, el cual determinó si las variables incluidas midieron el mismo constructo por medio de la homogeneidad entre sí. Se utilizó este estadístico y no el alfa de Cronbach ya que el primero es específico para los ítems que la componen, mientras que el segundo lo es para politómicas (Campo-Arias & Oviedo, 2008).

7.5.2) Análisis univariado

Por otra parte, siguiendo la línea del análisis descriptivo, Jesús Ibáñez (2006) plantea que la tarea analítica central de la descripción es la síntesis de los resultados recolectados, de tal manera de poder establecer ciertas tendencias dentro en el proceso. En este caso, se entregaron las medidas de media, valor mínimo, valor máximo y desviación estándar para las variables de intervalo y frecuencias y porcentaje válido para las nominales y ordinales.

A continuación se presenta una tabla en que se indica el tratamiento estadístico univariado que se realizará con cada una de las variables.

Tabla 9: Estadísticos univariados

Variable	Nivel de medición	Estadístico a utilizar
Autopercepción en salud	Ordinal	Frecuencia Porcentaje válido
Bienestar subjetivo	Ordinal	Frecuencia Porcentaje válido
	Escalar	Media Valor mínimo Valor máximo Desviación estándar
Nivel educacional	Ordinal	Frecuencia Porcentaje válido
Nivel socioeconómico	Ordinal	Frecuencia Porcentaje válido
Condición de actividad	Nominal	Frecuencia Porcentaje válido
Condiciones materiales	Ordinal	Frecuencia Porcentaje válido
Condiciones psicosociales	Ordinal	Frecuencia Porcentaje válido
Sistema de salud	Nominal	Frecuencia Porcentaje válido
Capital Social	Ordinal	Frecuencia Porcentaje válido
Sexo	Nominal	Frecuencia Porcentaje válido
Edad	Intervalar	Media Valor mínimo Valor máximo Desviación estándar

Fuente: Elaboración propia

Asimismo, se incluyó un análisis en perspectiva de género para cada una de las variables anteriores, con el objetivo de analizar si el ser hombre o ser mujer es una condición relevante. Esto buscará saber si, además de ser influir sobre el estado de salud (medido a través de la autopercepción), también lo hace sobre sus determinantes sociales.

7.5.3) Análisis bivariado

En segundo lugar, se realizó un análisis de tipo bivariado, incluyendo entre ellos tablas de contingencia con cruces entre la variable dependiente y cada una

de las independientes (incluyendo los índices contruidos), con el objetivo de explicitar la comparación entre las variables y al mismo tiempo describir la información obtenida.

En el caso de las variables intervalares, se incluyeron las medias y desviaciones estándar entre las categorías de salud y las variables dependientes, mientras que en las variables cualitativas se incluyeron las proporciones según perfiles columna.

Sin embargo, según como lo plantea Cea D'Ancona (2009), para determinar la asociación de las variables dependientes e independientes y su significancia no es suficiente este tipo de exposición de información, por lo que se utilizó para su complementariedad el estadístico chi cuadrado, en el caso de las variables categóricas, y ANOVA para aquellas de intervalo, utilizando un nivel de significación de 0,05.

A continuación se presenta la Tabla 10, que exhibe los estadísticos utilizados en el caso de cada una de las variables presentes en el estudio.

Tabla 10: Estadísticos bivariados

Variable	Nivel de medición	Estadístico a utilizar
Autopercepción en salud	Ordinal	Tabla de contingencia con variables independientes (todas las categorías)
Bienestar Subjetivo	Ordinal	Tabla de contingencia con variable dependiente (5 categorías) Chi cuadrado
	Escalar	Media con variable dependiente Valor mínimo con variable dependiente
		Valor máximo con variable dependiente Desviación estándar con variable dependiente ANOVA
Nivel educacional	Ordinal	Tabla de contingencia con variable dependiente (5 categorías) Chi cuadrado
Nivel socioeconómico	Ordinal	Tabla de contingencia con variable dependiente (5 categorías) Chi cuadrado
Condición de actividad	Nominal	Tabla de contingencia con variable dependiente (5 categorías) Chi cuadrado
Condiciones materiales (Índice de condiciones de la vivienda)	Ordinal	Tabla de contingencia con variable dependiente (5 categorías) Chi cuadrado
Frecuencia de agobio y preocupación por obligaciones y exigencias	Ordinal	Tabla de contingencia con variable dependiente (5 categorías) Chi cuadrado
Condiciones psicosociales (Índice de episodios estresantes en los últimos seis meses)	Ordinal	Tabla de contingencia con variable dependiente (5 categorías) Chi cuadrado
Sistema de salud	Nominal	Tabla de contingencia con variable dependiente (5 categorías) Chi cuadrado
Capital Social	Ordinal	Tabla de contingencia con variable dependiente (5 categorías) Chi cuadrado
Sexo	Nominal	Tabla de contingencia con variable dependiente (5 categorías) Prueba t
Edad	Escalar	Media con variable dependiente Valor mínimo con variable dependiente Valor máximo con variable dependiente Desviación estándar con variable dependiente ANOVA
		Tabla de contingencia con variable dependiente (5 categorías) Chi cuadrado

Fuente: Elaboración propia

7.5.4) Análisis multivariado

Finalmente, se realizó un análisis de tipo multivariable, con el objetivo de determinar qué variables tienen mayor peso explicativo, controlando el efecto de las demás. Martínez define este tipo de análisis como “conjunto de métodos que analizan un conjunto amplio de medidas, tomadas sobre cada objeto o unidad de análisis, en una o más muestras simultáneamente” (Martínez, 1999).

Para poder contribuir a la parsimonia de los resultados del modelo, se procedió a realizar una recodificación de la variable dependiente. Se tomó esta decisión puesto que la interpretación de los resultados sería más sustantiva y porque permite direccionar de mejor manera la hipótesis. Al mismo tiempo, fue recodificada la variable educación, en tanto que, para incluirla dentro de la regresión se debe respetar el principio de la parsimonia, es decir, evitar la incorporación de variables irrelevantes.

A continuación, se presenta una tabla con el detalle de las recodificaciones realizadas:

Tabla 11. Recodificación de variables para regresión

	Nivel de medición de entrada	Nivel de medición de salida
Autopercepción en salud	Ordinal (5 categorías)	Ordinal (3 categorías)
Educación	Nominal (9 categorías)	Nominal (3 categorías)

Fuente: Elaboración propia

Regresión logística multinomial

La técnica empleada para la realización del análisis de la pregunta presentada fue la regresión logística, la cual se define como un “modelo matemático formulado con el propósito de predecir el comportamiento de una variable dependiente en función de una o más variables independientes” (Vivanco, 1999, pág. 155). En el caso de la presente investigación, la primera corresponde a la autopercepción de la salud, mientras que las segundas están referidas al bienestar subjetivo y a aquellas que den cuenta de los determinantes sociales estructurales e intermedios.

Dentro de las regresiones logísticas existentes se escogió aquella de tipo multinomial, en tanto que permite trabajar con una variable dependiente cualitativa con más de dos categorías, como ocurre en este caso. Esta técnica permitió no depender de la normalidad de la variable dependiente, lo que facilitó el trabajo y la búsqueda de resultados (SPSS Regression Models, 2007).

A continuación se presenta la Tabla 12, que incluyen las variables dependientes e independientes a utilizar en el procedimiento.

Tabla 12: Regresión logística multinomial con Determinantes Sociales de la Salud y Bienestar subjetivo

Variables		
Variable dependiente	Autopercepción en salud	
Variables independientes	Determinantes sociales estructurales	Nivel educacional
		Nivel socioeconómico
		Condición de actividad
	Determinantes sociales intermedios	Condiciones materiales
		Condiciones psicosociales
		Sistema de salud
		Capital social
		Sexo
		Edad
	Bienestar Subjetivo	Bienestar Subjetivo

Fuente: Elaboración propia

Para la realización del análisis de los datos, se utilizó el paquete estadístico ISM SPSS 20, debido a que contiene todos aquellos elementos que permiten llevar a cabo los tratamientos estadísticos detallados.

VIII. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la presente investigación, partiendo por los estadísticos descriptivos (univariados), seguidos por los bivariados y terminando por los multivariados, correspondiente a la regresión logística multinomial.

8.1) Estadísticos univariados

8.1.1) *Variable dependiente: Autopercepción en salud*

El estado de salud (medido a través de la autopercepción), como variable dependiente, se muestra variada respecto a las cinco categorías que la componen. Tal como se indica en la Tabla 13, aquella que más predomina corresponde a quienes creen que su salud es “Buena”, erigiéndose con el 42,0%. Le sigue quienes creen que es “Regular”, con el 38,3% y aquellos que la catalogan como “Muy buena”, con el 11,1%. Finalmente se encuentran quienes piensan que su salud se presenta como “Mala” o “Muy mala”, correspondiente al 8,6% de los consultados⁶.

Lo anterior da cuenta que más de la mitad de los consultados (53,1%) evalúa de manera positiva su salud, mientras que sólo una mínima parte de la muestra (8,6%) lo hace en forma negativa.

Tabla 13. Estadísticos univariados de autopercepción en salud

	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy mala	1,6%	1,6%
Mala	7,0%	8,6%
Regular	38,3%	46,9%
Buena	42,0%	88,9%
Muy buena	11,1%	100,0%
Total	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

⁶ La perspectiva de género para la variable dependiente se incluye en los estadísticos bivariados.

8.1.2) Variables independientes

8.1.2.1) Bienestar Subjetivo

El Bienestar Subjetivo, como variable independiente, posee diez categorías, las cuales van desde “Completamente insatisfecho” a “Completamente satisfecho” con la vida de la persona.

Tal como se muestra en la Tabla 14, aquella categoría que presenta mayor frecuencia es la que califica la satisfacción con su vida con un número 8, presentando el 22,9% de los encuestados. Le sigue el número 7, con el 17,5% y posteriormente el 10 (completamente satisfecho), con el 15,6%. Aquellos valores que presentaron menores frecuencias fueron las categorías que indican menores niveles de bienestar, presentando “Completamente insatisfecho” (1) y 2, frecuencias del 1,2% y 1,1% respectivamente.

A partir de estos datos, es posible afirmar que la gente está muy satisfecha con su vida, en tanto que cerca del 72% evaluó con valores 7 o más, mientras que quienes marcaron 4 o menos muestran un valor de 7%.

Tabla 14. Estadísticos univariados Bienestar Subjetivo

Satisfacción	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Completamente insatisfecho	1,2%	1,2%
2	1,1%	2,3%
3	1,8%	4,1%
4	3,2%	7,3%
5	8,6%	15,9%
6	13,4%	29,3%
7	17,5%	46,8%
8	22,9%	69,7%
9	14,7%	84,4%
Completamente satisfecho	15,6%	100,0%
Total	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

De manera similar, y como una manera de complementar esta información, se calcularon los estadísticos descriptivos de la variable en cuestión, mostrados en la Tabla 15, donde la media es de 7,39 puntos.

Tabla 15. Estadísticos descriptivos bienestar subjetivo (escalar)

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Bienestar Subjetivo	1,00	10,00	7,39	1,96

Fuente: Elaboración propia

Desde una perspectiva de género es posible apreciar que los hombres concentran frecuencias mayores en valores que señalan un bienestar subjetivo alto que las mujeres. Por ejemplo, considerando las categorías de 7, 8, 9 y 10 (un bienestar subjetivo relativamente alto) los primeros muestran el 72,4% mientras que las segundas el 69,2%. Esta diferencia, sin embargo, es muy leve (tres puntos), lo que implica que, a modo de tendencia general, ambos presentan predominantemente una alta satisfacción con la vida.

Tabla 16. Bienestar subjetivo y sexo

	Sexo			
	Hombre	Porcentaje acumulado	Mujer	Porcentaje acumulado
Completamente insatisfecho	,8%	0,8%	1,7%	1,7%
2	,8%	1,6%	1,3%	3,0%
3	,9%	2,5%	2,6%	5,6%
4	3,0%	5,5%	3,4%	9,0%
5	7,8%	13,3%	9,4%	18,4%
6	14,3%	27,6%	12,6%	31,0%
7	17,8%	45,4%	17,2%	48,2%
8	25,0%	70,4%	20,9%	69,1%
9	13,4%	83,8%	16,0%	85,1%
Completamente satisfecho	16,2%	100,0%	15,1%	100,0%
Total	100,0%		100,0%	

Fuente: Elaboración propia

Al mismo tiempo, para determinar si el promedio para el bienestar subjetivo es distinto por género, se aplicó una Prueba T con el objetivo de mantener la riqueza del análisis y corroborar lo obtenido en el estadístico anterior.

En este caso, se presentaron diferencias significativas en los puntajes obtenidos para hombres ($M=7,48$, $DE=1,83$) y mujeres ($M=7,29$, $DE=2,06$), donde $t(2507,396)=2,413$, $p=0,016$. De este modo, los hombres presentan mayores niveles de satisfacción vital que las mujeres.

Tabla 17. Prueba de muestras independientes: Bienestar subjetivo y sexo

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Bienestar subjetivo	Se han asumido varianzas iguales	14,486	,000	2,409	2528	,016	,18736	,07777	,03486	,33985
	No se han asumido varianzas iguales			2,413	2507,396	,016	,18736	,07766	,03508	,33964

Fuente: Elaboración propia

8.1.2.2) Determinantes sociales de la salud

Determinantes estructurales de la salud

El nivel socioeconómico se presenta en la Tabla 18, mostrando que el grupo con mayor frecuencia corresponde al C3, con el 33,1% de los consultados, seguido por el D y el E, con el 26,8% y el 20,1% respectivamente. Finalmente, se encuentran los niveles C2, con el 12% y el ABC1 con sólo el 8,1%.

Tabla 18. Estadísticos univariados Nivel socioeconómico

NSE	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ABC1	8,1%	8,1%
C2	12,0%	20,1%
C3	33,1%	53,2%
D	26,8%	80,0%
E	20,1%	100,0%
Total	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

Desde una perspectiva de género es posible observar que la pertenencia a los segmentos ABC1, C2 y C3 muestra una mayor frecuencia en el caso los hombres, sin embargo, para D y E ocurre lo contrario, siendo las mujeres quienes se vuelven predominantes.

Tabla 19. Nivel socioeconómico y sexo

		Sexo			
		Hombre	Porcentaje acumulado	Mujer	Porcentaje acumulado
Nivel socioeconómico	ABC1	8,1%	8,1%	8,0%	8,0%
	C2	13,1%	21,2%	10,9%	18,9%
	C3	34,9%	56,1%	31,3%	50,2%
	D	26,0%	82,1%	27,6%	77,8%
	E	17,9%	100,0%	22,2%	100,0%
	Total	100,0%		100,0%	

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, se presentan diferencias significativas en torno a la pertenencia a grupo socioeconómicos, en tanto que el valor p de la significación es inferior a 0,05. En términos formales, se tiene que $\chi^2(4, 2530) = 11,684$, ns.

Tabla 20. Pruebas de chi-cuadrado: NSE y sexo

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,684	4	,020

Fuente: Elaboración propia

La condición de actividad que se presenta como prevalente en los consultados en la encuesta del PNUD 2012 corresponde al Trabajo de manera permanente, con el 42,3% de los consultados. Le siguen “Dueña de casa” y “Jubilado(a) o rentista” con el 13,5% y 24% respectivamente. Aquellas ocupaciones que menor frecuencia presentaron fueron los estudiantes con el 7,6% y los cesantes, con 4,5%.

Tabla 21. Estadísticos univariados Condición de actividad

Condición de actividad	Porcentaje válido
Trabaja de manera permanente	42,3%
Estudia	7,6%
Dueño(a) de casa	24,0%
Jubilado(a) o rentista	13,5%
Cesante y busca trabajo	4,5%
Hace trabajos esporádicos, ocasionales o de temporada	6,9%
Otro	1,3%
Total	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Desde una perspectiva de género, destaca que los hombres mayoritariamente trabajan de manera permanente, con el 55,7% de los casos,

mientras que la categoría mayoritaria en el caso de las mujeres corresponde a ser dueña de casa, con el 45,0%.

Tabla 22. Condición de actividad y sexo

		Sexo	
		Hombre	Mujer
<i>Condición de actividad</i>	Trabaja de manera permanente	55,7%	29,1%
	Estudia	9,2%	6,1%
	Dueño(a) de casa	2,5%	45,0%
	Jubilado(a) o rentista	16,2%	10,8%
	Cesante y busca trabajo	5,9%	3,1%
	Hace trabajos esporádicos, ocasionales o de temporada	8,5%	5,2%
	Otro	1,9%	,7%
	Total	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Asimismo, se presentan diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto a la condición de actividad principal, del consultado, donde $\chi^2 (6, 2528) = 632,461$, $p < 0,001$.

Tabla 23. Pruebas de chi-cuadrado: Condición de actividad y sexo

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	632,461 ^a	6	,000

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, el último determinante estructural de la salud a presentar en la investigación corresponde al nivel educacional. En la Tabla 24 se presentan las categorías de la variable tal y como se presentan en el estudio, esto es, cada nivel es presentado según se haya terminado el nivel de estudios o no, pudiendo ser completo o incompleto. En este caso, el nivel predominante corresponde a la Enseñanza Media completa, con el 26,9% de los casos. Le sigue Educación Básica incompleta o inferior y Media incompleta, con el 16,2% y el 14,3% respectivamente. Aquella categoría que presenta menor frecuencia corresponde a los estudios de posgrado, con sólo el 1,4% de los consultados.

Tabla 24. Estadísticos univariados Nivel Educativa

Educación	Porcentaje válido
Educación básica incompleta o inferior	16,2%
Básica completa	13,2%
Media incompleta	14,3%
Media completa	26,9%
Instituto profesional o centro de formación técnica incompleta	4,4%
Instituto profesional o centro de formación técnica completa	6,2%
Universitaria incompleta	7,8%
Universitaria completa	9,4%
Posgrado	1,4%
Total	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Para describir la variable tal y como se incorpora a la regresión, se incorporó la variable recodificada tal como se planteó en el plan de análisis. De manera similar a la salida anterior, la categoría de mayor ocurrencia corresponde a la educación media, con el 41,3% de los casos, seguido por quienes completaron la educación básica, con el 29,4% y finalizando quienes lograron educación superior, con el 29,3%.

Tabla 25. Estadísticos univariados Nivel educativa agrupado

Educación	Porcentaje válido
Educación básica	29,4%
Educación media o secundaria	41,3%
Educación superior	29,3%
Total	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Desde una perspectiva de género es posible afirmar que las mujeres presentan educación básica y media con mayor frecuencia que los hombres, sin embargo, ellos predominan en el caso de la educación superior.

Tabla 26. Nivel educativa y sexo

		Sexo	
		Hombre	Mujer
Nivel educativa	Educación básica	27,0%	31,7%
	Educación media o secundaria	39,1%	43,4%
	Educación superior	33,9%	24,9%
	Total	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Además, es posible afirmar que hay diferencias significativas entre hombres y mujeres, donde $\chi^2 (2, 2530) = 25,275, p < 0,001$.

Tabla 27. Pruebas de chi-cuadrado: nivel educacional y sexo

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,275 ^a	2	,000

Fuente: Elaboración propia

Determinantes intermedios de la salud

Para medir las condiciones materiales de una persona se creó el Índice sumatorio simple de Condiciones de la vivienda, que describe, por medio de valores entre 0 y 3, la presencia de un medio propicio para la habitación. Por medio del estadístico de la fórmula 20 de Kuder-Richardson se midió la consistencia interna, cuyo valor es de 0,689. A continuación, se presenta la salida de SPSS que indica el valor.

Tabla 28. Estadísticos de fiabilidad. Índice de condiciones materiales de la vivienda

Fórmula 20 de Kuder-Richardson	Fórmula 20 de Kuder-Richardson basada en los elementos tipificados	N de elementos
,596	,689	3

Fuente: Elaboración propia

A partir del índice construido se establecieron categorías, quedando la distribución de su frecuencia de la siguiente manera:

Tabla 29. Estadísticos univariados Índice de condiciones materiales de la vivienda

Condiciones materiales de la vivienda	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Condiciones muy malas	2,5%	2,50%
Condiciones malas	2,1%	4,60%
Condiciones buenas	15,8%	20,40%
Condiciones muy buenas	79,6%	100,0%
Total	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

En este caso, la mayor parte de los consultados (casi el 80%) calificó con condiciones muy buenas las condiciones materiales de la vivienda.

Desde una perspectiva de género no se muestran grandes diferencias entre hombres y mujeres. En ambos casos predominan las condiciones materiales muy

buenas de la vivienda, manteniéndose bajas las frecuencias de las condiciones malas y muy malas.

Tabla 30. Condiciones materiales de la vivienda y sexo

		Sexo			
		Hombre	Porcentaje acumulado	Mujer	Porcentaje acumulado
Índice de condiciones materiales de la vivienda	Condiciones muy malas	3,1%	3,1%	1,8%	1,8%
	Condiciones malas	1,9%	5,0%	2,4%	4,2%
	Condiciones buenas	15,3%	20,3%	16,4%	20,6%
	Condiciones muy buenas	79,7%	100,0%	79,4%	100,0%
	Total	100,0%		100,0%	

Fuente: Elaboración propia

Asimismo, no es posible evidenciar diferencias significativas entre hombres y mujeres, donde $\chi^2(3, 2515) = 5,805$, ns.

Tabla 31. Pruebas de chi-cuadrado: Índice de condiciones materiales de la vivienda y género

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,805 ^a	3	,121

Fuente: Elaboración propia

En el caso del determinante social referido a las condiciones psicosociales del sujeto se incluyó el Índice de situaciones estresantes en los últimos seis meses. Para esta variable, también se aplicó la fórmula 20 de Kuder-Richardson para medir la consistencia interna, presentando un valor de 0,45. A continuación, se presenta la salida de SPSS donde se explicita el estadístico.

Tabla 32. Estadísticos de fiabilidad índice de episodios estresantes en los últimos seis meses

Fórmula 20 de Kuder-Richardson	Fórmula 20 de Kuder-Richardson basada en los elementos tipificados	N de elementos
,450	,450	4

Fuente: Elaboración propia

De la misma manera que el anterior, fueron establecidas categorías en el presente índice, cuya distribución queda de la siguiente manera:

Tabla 33. Estadísticos univariados Índice de episodios estresantes en los últimos seis meses

Episodios	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No ha tenido	51,3%	51,3%
Muy pocos	26,5%	77,8%
Pocos	18,2%	96,0%
Algunos	2,9%	98,9%
Muchos	1,0%	100,0%
Total	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

La mayoría de los encuestados no ha tenido episodios estresantes los últimos seis meses (51,3%), presentándose una cifra muy reducida quienes han tenido algunos o muchos episodios (3,9%).

Respecto a las distinciones presentadas por género, hombres y mujeres presentan como categoría predominante “No ha tenido episodios estresantes”, siendo los primeros quienes muestran mayor frecuencia. De manera similar, en ambos sexos “Ha tenido muchos episodios estresantes” se muestra como aquella que tiene menor cantidad de casos válidos.

Tabla 34. Índice de episodios estresantes en los últimos seis meses y sexo

		Sexo			
		Hombre	Porcentaje acumulado	Mujer	Porcentaje acumulado
Índice de episodios estresantes en los últimos seis meses	No ha tenido	52,5%	52,5%	50,1%	50,1%
	Muy pocos	25,7%	78,2%	27,3%	77,4%
	Pocos	17,3%	95,5%	19,1%	96,5%
	Algunos	3,2%	98,7%	2,7%	99,2%
	Muchos	1,3%	100,0%	,8%	100,0%
	Total	100,0%		100,0%	

Fuente: Elaboración propia

Asimismo, es posible afirmar que no se presentan diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, donde $\chi^2 (4, 2515) = 4,176$, ns.

Tabla 35. Pruebas de chi-cuadrado: Índice de episodios estresantes en los últimos seis meses y sexo

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,176 ^a	4	,383

Fuente: Elaboración propia

La siguiente variable referida a las condiciones psicosociales del sujeto corresponde a la frecuencia de la preocupación por obligaciones y exigencias. En este caso, la mayoría de los consultados (63,8%) presenta agobio o preocupación con poca frecuencia o casi nunca. Sólo el 8,4% indica que este fenómeno ocurre con mucha frecuencia.

Tabla 36. Estadísticos univariados Frecuencia de agobio y preocupación por obligaciones y exigencias

Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Casi nunca	24,8%	24,8%
Con poca frecuencia	39,0%	63,8%
Con alguna frecuencia	27,8%	91,6%
Muy frecuentemente	8,4%	100,0%
Total	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

Desde una perspectiva de género, es posible observar que en ambos casos se sufre agobio y preocupación con poca frecuencia como categoría predominante. Sin embargo, estos valores presentan diferencias entre sí, en tanto que, mientras los hombres presentan el 68% de los casos, en las mujeres disminuye al 60%.

Otro dato a ser relevado es el hecho de que la frecuencia presentada por las mujeres en la categoría “Muy frecuentemente” dobla a aquella señalada por los hombres, lo que, además de seguir la línea de lo anterior, da cuenta de cómo las primeras perciben estar sometidas a obligaciones y exigencias en forma más importante.

Tabla 37. Frecuencia de agobio y preocupación por obligaciones y exigencias y sexo

		Sexo			
		Hombre	Porcentaje acumulado	Mujer	Porcentaje acumulado
Frecuencia de agobio y preocupación por obligaciones y exigencias	Casi nunca	27,2%	27,2%	22,5%	22,5%
	Con poca frecuencia	40,8%	68,0%	37,2%	59,7%
	Con alguna frecuencia	26,1%	94,1%	29,5%	89,2%
	Muy frecuentemente	5,9%	100,0%	10,8%	100,0%
	Total	100,0%		100,0%	

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, tal como se presenta en la Tabla 38, es posible evidenciar diferencias significativas entre hombres y mujeres, donde $\chi^2 (3, 2509) = 28,458$, $p < 0,01$.

Tabla 38. Pruebas de chi-cuadrado de Frecuencia de agobio y preocupación por obligaciones y exigencias y sexo

	Valor	Gf	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,458 ^a	3	,000

Fuente: Elaboración propia

El sistema de salud, como otro de los determinantes intermedios de la salud, presenta como predominante el Sistema Público, lo que implica que el 74,3% de los consultados se encuentran afiliados a FONASA. En caso contrario, sólo el 8,2% indica no pertenecer a ninguno de los sistemas presentes en Chile.

Tabla 39. Estadísticos univariados Sistema de salud

Sistema	Porcentaje válido
Sistema público (FONASA)	74,3%
Sistema privado (ISAPRE)	14,0%
Otro sistema (por ejemplo CAPREDENA, DIPRECA, etc.)	3,6%
No tiene	8,2%
Total	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte y, desde una perspectiva de género, es posible apreciar que hombres y mujeres presentan como sistema de salud predominante a FONASA, siendo ellas las que muestran un porcentaje más alto. En cuanto al sistema privado, los primeros son aquellos que indican mayor frecuencia en su afiliación.

Tabla 40. Sistema de salud y sexo

	Sexo	
	Hombre	Mujer
Sistema público (FONASA)	71,5%	77,1%
Sistema privado (ISAPRE)	16,6%	11,5%
Otro sistema (por ejemplo CAPREDENA, DIPRECA, etc.)	3,1%	4,0%
No tiene	8,8%	7,5%
Total	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Asimismo, es posible establecer diferencias significativas por género, donde la significación es inferior a 0,05, lo que da cuenta de asociación entre las variables. Más específicamente, se tiene que $\chi^2 (3, 2518) = 16,958, p < 0,01$.

Tabla 41. Pruebas de chi-cuadrado: Sistema de salud y sexo

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,958 ^a	3	,001

Fuente: Elaboración propia

La siguiente variable está referida al capital social como determinante intermedio de la salud, correspondiendo a la cantidad autopercebida de amigos, siendo “Tiene pocos amigos” aquella que presenta una mayor frecuencia, con el 54,4%, mientras que “Tiene muchos amigos” corresponde a la que indica el menor valor (21,1%).

Tabla 42. Estadísticos univariados Capital Social - Cantidad autopercebida de amigos

	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tiene muchos amigos	21,1%	21,1%
Tiene pocos amigos	54,5%	75,6%
No tiene amigos, sólo conocidos	24,4%	100,0%
Total	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

Desde una perspectiva de género, hombres y mujeres muestran como categoría predominante “Tiene pocos amigos”. Sin embargo, los hombres presentan mayor frecuencia que las mujeres en “tiene muchos amigos”, y ellas en “no tiene amigos, sólo conocidos”.

Tabla 43. Cantidad autopercebida de amigos y sexo

		Sexo			
		Hombre	Porcentaje acumulado	Mujer	Porcentaje acumulado
Cantidad autopercebida de amigo	Tiene muchos amigos	25,9%	25,9%	16,5%	16,5%
	Tiene pocos amigos	53,3%	79,2%	55,6%	72,1%
	No tiene amigos, sólo conocidos	20,8%	100,0%	27,9%	100,0%
	Total	100,0%		100,0%	

Fuente: Elaboración propia

Tal como se muestra en la Tabla 44, es posible indicar la existencia de diferencias significativa entre hombres y mujeres, donde $\chi^2 (2, 2528) = 39,946, p < 0,001$.

Tabla 44. Pruebas de chi-cuadrado: Cantidad autopercebida de amigos y género

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	39,946 ^a	2	,000

Fuente: Elaboración propia

Dentro de los factores biológicos que se erigen como determinantes intermedios de la salud se encuentran el sexo y la edad. En el caso del sexo, hombres y mujeres presentan frecuencias similares, habiendo una diferencia de 1,2 puntos porcentuales entre ellos, siendo las segundas las predominantes en la muestra del estudio.

Tabla 45. Estadísticos univariados Sexo

	Porcentaje válido
Hombre	49,4%
Mujer	50,6%
Total	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En el caso de la edad, la media de los consultados fue de 46,533 años (DE=17,414). Por tramo etario, predomina el grupo comprendido entre 41 y 59 años, con el 34,3%, mientras que aquel que presenta menor frecuencia corresponde a quienes tienen menos de 25 años, con el 14,6%.

Tabla 46. Edad (escalar)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad del encuestado	2531,45	18,000	99,000	46,53	17,414

Fuente: Elaboración propia

Tabla 47. Estadísticos univariados Edad (ordinal)

	Porcentaje válido
18 a 25 años	14,6%
26 a 40 años	24,9%
41 a 59 años	34,3%
60 años y más	26,1%
Total	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Desde una perspectiva de género es posible afirmar que no se presentaron diferencias significativas de medias en los puntajes obtenidos para hombres (M=46.29, DE=17,73) y mujeres (M=46,76, DE=17,10), donde $t(2529) = -0,668$,

p=0,504. A partir de estos resultados se puede deducir que no existen diferencias por sexo en la edad de los consultados.

Tabla 48. Prueba de muestras independientes según sexo

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior	
Edad	Se han asumido varianzas iguales	2,63	,105	-,668	2529	,504	-,46224	,69235	-1,8198	,89539
	No se han asumido varianzas iguales			-,667	2519,8	,505	-,46224	,69267	-1,8205	,89602

Fuente: Elaboración propia

Asimismo, siguiendo la perspectiva de género, es posible observar que en hombres y mujeres predomina el segmento entre 41 a 59 años, mientras que, en ambos casos, el minoritario corresponde al de menores de 25 años.

Tabla 49. Edad y sexo

		Sexo	
		Hombre	Mujer
Edad	25 años o menos	16,7%	12,6%
	26 a 40 años	23,5%	26,3%
	41 a 59 años	33,3%	35,4%
	60 años y más	26,6%	25,7%
	Total	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

8.2) Estadísticos Bivariados

A continuación se describirá el estado de salud (medido a través de la autopercepción) en función de los determinantes sociales que lo subyacen. Además, se indicará la presencia o ausencia de relaciones entre las variables, detallando el estadístico utilizado para tales fines.

8.2.1) Bienestar subjetivo

El bienestar subjetivo, como variable que describe el estado de salud (medido a través de la autopercepción) será descrita a partir de la variable recodificada en tres categorías. Se tomó la decisión de agrupar las categorías para evitar la pérdida de información (con diez se pierde la riqueza del indicador) y para que las muestras no quedaran muy pequeñas en los valores de 1 a 4.

Tabla 50. Autopercepción en salud y Bienestar subjetivo

		Bienestar subjetivo		
		Bajo	Medio	Alto
Autopercepción en salud	Muy mala	8,2%	2,7%	,6%
	Mala	18,2%	11,3%	4,6%
	Regular	45,7%	50,2%	33,8%
	Buena	21,1%	31,8%	47,2%
	Muy buena	6,8%	4,0%	13,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Tal como se muestra en la Tabla 50, hay una tendencia que indica que, a medida que el bienestar subjetivo aumenta, también lo hace la autopercepción en salud. Esto se ve corroborado en la Tabla 51, en la que se calcularon medias, valores máximos, mínimos y desviaciones estándar con la variable completa de bienestar subjetivo (diez categorías). Aquí presenta una diferencia de casi tres puntos en el promedio de quienes evaluaron su salud como “Muy mala” y quienes lo hicieron como “Muy buena”.

Tabla 51. Autopercepción en salud y Bienestar subjetivo (medidas escalares)

		Bienestar Subjetivo			
		Media	Máximo	Mínimo	Desviación típica
Autopercepción en salud	Muy mala	5,14	10,00	1,00	2,62
	Mala	6,20	10,00	1,00	2,15
	Regular	7,05	10,00	1,00	1,97
	Buena	7,80	10,00	1,00	1,70
	Muy buena	8,13	10,00	1,00	1,77

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, tal como se muestra en la Tabla 52, las variables de autopercepción en salud y bienestar subjetivo se muestran asociadas significativamente, en tanto que $\chi^2 (8, 2529) = 244,164 p < 0,001$.

Tabla 52. Pruebas de chi-cuadrado: Autopercepción en salud y Bienestar Subjetivo

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	244,164	8	,000

Fuente: Elaboración propia

Asimismo, se complementó el chi cuadrado con un ANOVA para el bienestar subjetivo como variable escalar en relación a la autopercepción en salud. Tal como se muestra en la Tabla 53, ambas variables se encuentran estadísticamente asociadas, donde $F (4,2523)=63,305 p < 0,001$.

Tabla 53. Anova de un factor: Bienestar subjetivo y autopercepción en salud

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	895,715	4	223,929	64,305	,000
Intra-grupos	8782,308	2522	3,482		
Total	9678,023	2526			

Fuente: Elaboración propia

Los resultados obtenidos corroboran la tercera hipótesis presentada, en la cual se señala que el bienestar subjetivo y la autopercepción en salud se encuentran relacionados. Esto da cuenta que no sólo es importante considerar factores objetivos que afecten sobre la salud e las personas, sino que también es importante considerarlas desde su subjetividad, lo que podría complementar el modelo teórico planteado por la OMS (2005).

8.2.2) Determinantes sociales de la salud

8.2.2.1) Determinantes estructurales de la salud

Tal como se muestra en la Tabla 54, para los segmentos ABC1, C2 y C3 aquella categoría que presenta mayor frecuencia corresponde a “Buena”, cuyos valores corresponden a 51,6%, 51,6% y 48,4% respectivamente. Sin embargo, para los grupos D y E la categoría mayoritaria corresponde a “Regular” con el 45,7% y 49,4% respectivamente.

Por el contrario, en todos los grupos socioeconómicos la categoría “Muy mala” fue el segmento que menor frecuencia presentó, sin embargo, los valores de cada grupo presentan diferencias entre sí. Por ejemplo, el grupo ABC1 muestra el 0%, el C2 el 0,2% y el C3 el 0,9%, mientras que D y E exhiben el 2,3% y 3,3% respectivamente.

A partir de esto importante es relevar que la frecuencia de las categorías “Mala” y “Muy mala” va aumentando de manera importante a medida que se desciende en el estrato, mientras que en el caso de “Buena” y “Muy buena” ocurre lo contrario. En este caso destaca el hecho que la frecuencia de esta última es ocho veces menor en el grupo E que en el ABC1.

Tabla 54. Autopercepción en salud y Nivel socioeconómico

		Nivel socioeconómico				
		ABC1	C2	C3	D	E
Autopercepción en salud	Muy mala	0,0%	,2%	,9%	2,3%	3,3%
	Mala	1,9%	3,5%	5,1%	8,1%	12,9%
	Regular	18,8%	28,1%	34,0%	45,7%	49,4%
	Buena	51,6%	51,6%	48,4%	35,0%	31,0%
	Muy buena	27,7%	16,5%	11,6%	8,9%	3,4%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Tras aplicar chi cuadrado, se presentan diferencias estadísticamente significativas, lo que da cuenta que autopercepción en salud y nivel socioeconómico están asociados, $\chi^2 (16, 2530) = 254,289, p < 0,005$.

Tabla 55. Pruebas de chi-cuadrado: Autopercepción en salud y nivel socioeconómico

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	254,289	16	,000

Fuente: Elaboración propia

Esto da cuenta de cómo el estado de salud no se distribuye homogéneamente en la población chilena, lo que lleva a comprobar lo que plantea la OMS (2005) respecto al “gradiente de la salud”, la que indica que, en la medida que aumenta el nivel de ingreso, las condiciones de salud de las personas también lo hacen.

En este sentido, el nivel socioeconómico demuestra claramente cómo funciona la inequidad, en la que las personas no pueden desarrollar libremente su potencial de salud, sino que el contexto se encuentra mermando su desarrollo.

Condición de actividad

Según se muestra en la Tabla 56 para quienes trabajan en forma permanente, estudian y quienes están cesantes buscando trabajo, destaca “Buena” salud autopercebida como la principal, con 48,7%, 44,2% y 41,1% respectivamente. Por otra parte, dueñas de casa (46,7%), jubilados (45,3%) y quienes hacen trabajos ocasionales, esporádicos o de temporada (43,1%) muestran la salud “Regular” como la predominante.

De este modo, es posible relevar el hecho que, quienes tienen una actividad regular, ya sea de trabajo o estudio, tienden a evaluar en mayor proporción su salud como “Buena” o “Muy buena”, en comparación con el resto. Por el contrario, en las actividades ligadas a sectores económicamente pasivos destaca la evaluación “Mala” y “Muy mala”.

Esto permite comprobar la hipótesis que indica que la condición de actividad (u ocupación) influye sobre el estado de salud de las personas (medido a través de la autopercepción), lo que puede ser explicado por las distintas condiciones de riesgo a las que se ven expuestas o el estrés al que pueda verse afectado un trabajador en su ambiente laboral. Sin embargo, y tomando en cuenta los resultados obtenidos, quienes tienen una actividad regular de carácter “pasivo”

tienden a evaluar de peor manera salud, lo que puede verse explicado por la percepción de una desventajosa posición social en la que se encuentran ubicados o a la falta de redes de apoyo (Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, 2005, pág. 25).

Tabla 56. Autopercepción en salud y condición de actividad

		Condición de actividad						Otro
		Trabaja de manera permanente	Estudia	Dueño de casa	Jubilado(a) o rentista	Cesante y busca trabajo	Hace trabajos esporádicos ocasionales o de temporada	
Autopercepción en salud	Muy mala	1,1%	,5%	1,4%	3,7%	3,3%	,8%	2,4%
	Mala	3,6%	1,4%	10,8%	13,6%	3,7%	9,4%	11,9%
	Regular	32,8%	26,1%	46,7%	45,3%	39,2%	43,1%	32,8%
	Buena	48,7%	44,2%	34,9%	33,7%	41,1%	39,8%	41,6%
	Muy buena	13,8%	27,8%	6,2%	3,7%	12,7%	6,9%	11,3%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Asimismo, aplicando la prueba estadística de chi cuadrado, se rechaza la hipótesis de independencia de variables, por lo que es posible afirmar que ambas están relacionadas, donde $\chi^2 (24, 2529) = 227,711$, $p < 0,005$.

Tabla 57. Pruebas de chi-cuadrado: Autopercepción en salud y condición de actividad

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	227,711	24	,000

Fuente: Elaboración propia

Nivel educacional

Tal como se indica en la Tabla 58, desde el nivel educacional los resultados también van variando según la escolaridad de la persona. Entre quienes sólo alcanzaron la educación básica, el 50,4% indica que su salud es “Regular”, posicionándose como la categoría predominante, mientras que la de menor frecuencia corresponde a “Muy mala” (3,3%).

Tanto para quienes alcanzaron sólo educación media como para quienes poseen educación superior la categoría de autopercepción en salud predominante corresponde a “Buena”, con el 43,6% y el 56,6% respectivamente. Además, en

ambos casos el segmento con menor frecuencia recae en “Muy mala”, con el 1,1% y el 0,6% respectivamente.

De este modo, las personas con mayor escolaridad tienden a evaluar su salud como “Buena” o “Muy buena” en mayor proporción que lo que ocurre con las de menor educación. El ejemplo más claro de esto es que, quienes poseen educación superior, presentan una frecuencia cuatro veces mayor de esta última categoría que quienes poseen sólo educación básica.

Tabla 58. Autopercepción en salud y nivel educacional

		Nivel educacional		
		Educación básica	Educación media o secundaria	Educación superior
Autopercepción en salud	Muy mala	3,3%	1,1%	,6%
	Mala	12,7%	6,4%	2,2%
	Regular	50,4%	39,4%	24,7%
	Buena	29,0%	43,6%	52,6%
	Muy buena	4,7%	9,5%	19,9%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Al igual que los otros determinantes estructurales, también se muestra asociación entre las variables, $\chi^2 (8, 2527) = 273,961 p < 0,005$.

Tabla 59. Pruebas de chi-cuadrado: Autopercepción en salud y nivel educacional

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	273,961	8	,000

Fuente: Elaboración propia

Desde la vereda de la autopercepción, esto se puede relacionar con tres situaciones principalmente; la primera de ellas se encuentra ligada al hecho de que, quienes tienen un mayor nivel educacional pueden adquirir los conocimientos suficientes para reconocer y combatir una enfermedad, estimando si la dolencia es peligrosa y ponderando sus signos y síntomas (Knäuper & Turner, 2003). La segunda manera de verla dice relación con los efectos acumulativos a lo largo del tiempo, razón por la cual se destaca su importancia en la primera infancia (Secretaría General de Sanidad de España, 2003).

En línea con lo mismo, desde los determinantes sociales la educación se constituye como un proxy de las condiciones de vida de las personas, las cuales, al igual que el nivel socioeconómico, influyen sobre sus condiciones sanitarias, de habitabilidad y de acceso a mejores servicios de salud, etc. (Moiso, 2007). En este sentido, esta variable puede determinar, además, el empleo y, en consecuencia, su ingreso.

8.2.2.2) Determinantes intermedios de la salud

Condiciones materiales

Según lo presentado en la Tabla 60, quienes tienen mejores condiciones de la vivienda, tienden a evaluar mejor su salud.

Tabla 60. Autopercepción en salud y condiciones materiales de la vivienda

		Índice de condiciones materiales de la vivienda			
		Muy malas	Malas	Buenas	Muy Buenas
Autopercepción en salud	Muy mala	1,6%	2,3%	3,3%	1,1%
	Mala	12,4%	11,4%	10,5%	6,1%
	Regular	33,9%	47,6%	47,0%	36,7%
	Buena	44,9%	34,5%	32,0%	43,9%
	Muy buena	7,2%	4,2%	7,1%	12,2%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Para este indicador, se muestran diferencias significativas, lo que quiere decir que ambas variables se encuentran relacionadas, $\chi^2 (12, 2512) = 59,957$, $p < 0,005$.

Tabla 61. Pruebas de chi-cuadrado: Autopercepción en salud y condiciones materiales de la vivienda

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	59,957	12	,000

Fuente: Elaboración propia

Lo anterior se condice con lo planteado por Cockerham (2001), quien destaca los estudios de vivienda como aquellos que estudian la salud desde lo microsocioal, posicionando la calidad y las condiciones de las construcciones factores que pueden afectar tanto la salud como su autopercepción.

Condiciones psicosociales

Para trabajar las condiciones psicosociales se utilizaron dos indicadores. El primero de ellos corresponde al índice de condiciones estresantes en los últimos seis meses, cuyas categorías van desde “no hay tenido” hasta “ha tenido muchos”.

En este caso, es posible apreciar que hay una tendencia que indica que, independientemente a la cantidad de episodios estresantes que tenga una persona, la autopercepción de su salud no cambia o varía en forma significativa. La única tendencia que sobresale es aquella presentada para quienes evaluar su salud como “Muy buena”, en tanto que muestra una frecuencia relativamente alta (respecto al resto de las categorías) de no haber tenido episodios estresantes en los últimos seis meses.

Tabla 62. Autopercepción en salud y condiciones psicosociales (Índice de episodios estresantes en los últimos seis meses)

		Índice de episodios estresantes en los últimos seis meses				
		No ha tenido	Ha tenido muy pocos	Ha tenido pocos	Ha tenido algunos	Ha tenido muchos
Autopercepción en salud	Muy mala	1,5%	1,9%	1,8%	,9%	0,0%
	Mala	5,8%	8,3%	8,4%	7,4%	7,6%
	Regular	36,1%	40,2%	40,6%	41,2%	42,4%
	Buena	44,0%	38,9%	40,6%	42,4%	47,1%
	Muy buena	12,7%	10,7%	8,7%	8,1%	2,9%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Lo anterior se condice con los resultados obtenidos en las pruebas de significación, donde no se muestra relación entre las variables, $\chi^2 (16, 2512) = 19,592, ns$.

Tabla 63. Pruebas de chi-cuadrado: Autopercepción en salud e Índice de episodios estresantes en los últimos seis meses)

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,592	16	,239

Fuente: Elaboración propia

El siguiente indicador que mide las condiciones psicosociales corresponde a la frecuencia de agobio y preocupación por obligaciones y exigencias y se muestra en la Tabla 64. Quienes presentan este tipo de inquietudes “casi nunca”, con “poca frecuencia” o “con alguna frecuencia” perciben su salud como “Buena”

predominantemente, siendo esta categoría aquella con mayor frecuencia (46,7%, 43,8% y 40,9% respectivamente). Por el contrario, para quienes presentan estas preocupaciones “muy frecuentemente”, la categoría predominante corresponde a “Regular” (48,6%).

En síntesis, quienes indican presentar una mayor frecuencia de agobio por obligaciones y problemas se muestran como personas que autoperciben su salud de manera más negativa que aquellas que en que esto no ocurre. Por el contrario, quienes indican que estos problemas ocurren con frecuencia menor evalúan este aspecto más positivamente.

Tabla 64. Autopercepción en salud y Frecuencia de agobio y preocupación por obligaciones y exigencias

		Frecuencia de agobio y preocupación por obligaciones y exigencias			
		Casi nunca	Con poca frecuencia	Con alguna frecuencia	Muy frecuentemente
Autopercepción en salud	Muy mala	,8%	1,0%	1,8%	5,1%
	Mala	5,5%	6,2%	7,0%	15,9%
	Regular	33,4%	37,4%	40,8%	48,6%
	Buena	46,7%	43,8%	40,9%	23,0%
	Muy buena	13,6%	11,6%	9,6%	7,4%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Según las pruebas estadísticas de asociación, ambas variables están relacionadas entre sí, lo que ratifica lo anteriormente presentado, $\chi^2 (12, 2508) = 89,624$, $p < 0,001$.

Tabla 65. Pruebas de chi-cuadrado: Autopercepción en salud y frecuencia de agobio y preocupación por obligaciones y exigencias

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	89,624	12	,000

Fuente: Elaboración propia

Si bien ambos indicadores forman parte de las condiciones psicosociales, sólo uno de ellos resultó estadísticamente significativo para los objetivos de la investigación, lo que puede deberse a que el primero tiene un carácter más puntual, mientras que el segundo trasciende en el tiempo, teniendo un carácter más permanente. Esta situación, para la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (2007) es un generador de desigualdades, lo que se ve traducido en la diferencia en el estado de salud entre grupos. Dentro de las razones que esgrime

la Comisión (2007) como situaciones estresantes se encuentran la falta de ingresos, la disparidad entre ellos, la exclusión, incertidumbre financiera, entre otros, todos elementos ligados al largo plazo, trascendiendo en el tiempo.

Sistema de salud

En la Tabla 66 se muestra la relación entre ambos indicadores. Entre quienes se encuentran afiliados a FONASA predominan aquellos que creen que su salud es “Regular” (41,5%), siendo “Muy mala”, la categoría de menor frecuencia (1,8%), al igual que en el resto de los sistemas (ISAPRE, u otro o quien no está afiliado a ninguno). Del mismo modo, en todos los demás sistemas la percepción de una salud “Buena” corresponde a la categoría predominante.

En síntesis, lo que presenta esta tabla es que quienes están en ISAPRE tienden a evaluar mejor su salud: 73% dice que es buena o muy buena versus 50% de los que están en FONASA, 58% de los que tienen otro sistema y 50% de los que no tienen.

Tabla 66. Autopercepción en salud y Sistema de salud

		Sistema de salud			
		Sistema público (FONASA)	Sistema privado (ISAPRE)	Otro sistema	No tiene
Autopercepción en salud	Muy mala	1,8%	,4%	0,0%	2,1%
	Mala	7,3%	3,3%	10,8%	9,6%
	Regular	41,5%	23,6%	30,6%	39,0%
	Buena	40,6%	49,0%	44,3%	41,6%
	Muy buena	8,8%	23,7%	14,3%	7,7%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Todo lo anterior se ve respaldado por la prueba de asociación chi cuadrado, que mostró que ambas variables están relacionadas, $\chi^2 (12, 2516) = 110,274$, $p < 0,001$.

Tabla 67. Pruebas de chi-cuadrado: Autopercepción en salud y Sistema de salud

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	110,274	12	,000

Fuente: Elaboración propia

Según la Organización Mundial de la Salud (2005), el sistema de salud tiene como objetivo (idealmente) ser un mediador entre la enfermedad de las personas y su cura, sin embargo, el hecho de que se muestra una diferencia en el estado de salud (medido a través de la autopercepción) entre quienes pertenecen a FONASA e ISAPRE da cuenta de una inequidad entre ambos servicios. En este sentido, se pueden hipotetizar que la pertenencia a uno u otro sistema puede constituirse un proxy del nivel socioeconómico, es decir, lo que realmente esté actuando sea este último y no la adherencia a FONASA o ISAPRE directamente.

Capital Social

Para trabajar el capital social se utilizó como indicador la cantidad autopercebida de amigos. Tal como se muestra en la Tabla 68 quienes no tienen amigos, principalmente indican que su salud es “Regular”, con el 47,7%, mientras que, en quienes señalan que tienen muchos predomina la categoría “Buena” con 46,6%, siendo ésta última predominante en quienes señalan tener pocas amistades.

En síntesis, los datos arrojan que, quienes declaran tener más amigos, evalúan mejor su salud. El ejemplo más claro de esto es que, quienes no tienen amigos, califican más mal su salud que quienes indican tener muchos. Esto se condice con la búsqueda teórica realizada, en tanto que el capital social puede servir a modo de redes para informarse respecto a las ventajas y desventajas de factores de riesgo y acciones protectoras de la salud. De este modo, esto se puede llevar a cabo por medio del apoyo social, la influencia, el compromiso y el sustento de persona a persona, además del acceso a recursos materiales (Department of social science, 2010, pág. 1103).

Tabla 68. Autopercepción en salud y cantidad autopercebida de amigos

		Cantidad autopercebida de amigos		
		Tiene muchos amigos	Tiene pocos amigos	No tiene amigos, sólo conocidos
Autopercepción en salud	Muy mala	,8%	1,0%	3,4%
	Mala	4,2%	5,8%	12,4%
	Regular	29,4%	37,6%	47,7%
	Buena	46,6%	44,6%	32,3%
	Muy buena	19,0%	11,0%	4,2%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Según las pruebas de asociación, siguiendo esta misma línea, ambas variables se encuentran asociadas estadísticamente, $\chi^2 (8, 2525) = 154,250$, $p < 0,001$.

Tabla 69. Pruebas de chi-cuadrado: Autopercepción en salud y capital social

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	154,250	8	,000

Fuente: Elaboración propia

Sexo

Tal como se muestra en la Tabla 70, los hombres mayoritariamente catalogan su salud como “Buena”, con el 46,2%, mientras que la mayoría de las mujeres indica que es “Regular”, con el 43,2%. En ambos géneros, la categoría con menor frecuencia fue “Muy mala”.

Interesante es agregar que, si bien en términos absolutos las categorías predominantes en cada uno de los géneros son bastante similares, al analizar específicamente los valores de los datos, las diferencias son sustantivas. Un ejemplo de ello es que, si bien en hombres y mujeres las categorías “Mala” y “Muy mala” son las minoritarias, en éstas últimas, estos valores corresponden a 2,4 puntos porcentuales más que en los primeros. Algo similar ocurre con las categorías de evaluación positiva de la salud en tanto que, en ellos se presentan 12,5 puntos más que en ellas.

Tabla 70. Autopercepción en salud y sexo

		Sexo	
		Hombre	Mujer
Autopercepción en salud	Muy mala	1,6%	1,5%
	Mala	5,8%	8,3%
	Regular	33,2%	43,2%
	Buena	46,2%	37,8%
	Muy buena	13,2%	9,1%
	Total	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Por medio de estadísticos de asociación se indica que ambas variables se encuentran relacionadas, $\chi^2 (4, 2528) = 42,306$ $p < 0,005$.

Tabla 71. Pruebas de chi-cuadrado: Autopercepción en salud y sexo

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42,306	4	,000

Fuente: Elaboración propia

Finalmente y al igual que en el caso de la variable de bienestar subjetivo, se aplicó una Prueba T para determinar si el promedio para la variable dependiente es distinto por género. Los resultados de esta prueba se muestran en la Tabla 72.

En este caso, se presentaron diferencias significativas en los puntajes obtenidos para hombres ($M=3,64$, $DE=0,84$) y mujeres ($M=3,45$, $DE=0,83$), $t (2527) = 5,642$, $p=0,001$. De este modo, los resultados indican que existe una relación entre el género y la autopercepción en salud.

Tabla 72. Prueba de muestras independientes entre autopercepción en salud y sexo

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig	t	gl	Sig. (bilatera l)	Difere ncia de medias	Error típ. de la diferenci a	95% Intervalo de confianza para la diferencia Inferio r Superio r	
Autopercepción en salud	Se han asumido varianzas iguales	,072	,78	5,64	2527	,000	,18757	,03324	,12238	,25276
	No se han asumido varianzas iguales			5,64	2522,771	,000	,18757	,03325	,12237	,25277

Fuente: Elaboración propia

Los resultados obtenidos se condicen con los hallazgos revisados anteriormente (Martín Martín, López del Amo, García Mochón, Moya Garrido, & Jódar Sánchez, 2009; González, Sarmiento, Alonso, Angulo, & Espinosa, 2005), en los cuales las mujeres evalúan de peor manera su salud que los hombres. Siguiendo una perspectiva de género, es posible afirmar que las representaciones sociales de mujeres y hombres van a influir sobre su autopercepción donde, muchas veces, los roles sociales, los factores de riesgo diferenciados y la forma de enfrentar las enfermedades van a contribuir a esta evaluación diferenciada (Rohlf, y otros, 2000).

Edad

Finalmente, la edad también constituye un determinante intermedio de la salud que fue medida en años simples, por lo que su análisis considera el promedio. Tal como se muestra en la Tabla 73, a medida que la media de edad disminuye, la salud se percibe mejor. En orden decreciente se encuentra quienes consideraron que su salud era “Muy buena” (M=36,47, DE=14,75), “Buena” (M=44,33, DE=17,09), “Regular” (M=49,66, DE=16,99), “Mala” (M=55,95, DE=15,46) y “Muy mala” (M=58,24, DE=15,87).

Tabla 73. Autopercepción en salud y edad

		Edad			
		Media	Máximo	Mínimo	Desviación estándar
Autopercepción en salud	Muy mala	58,24	92,00	18,00	15,87
	Mala	55,95	83,00	18,00	15,46
	Regular	49,66	89,00	18,00	16,99
	Buena	44,33	99,00	18,00	17,09
	Muy buena	36,47	82,00	18,00	14,75

Fuente: Elaboración propia

Desde el punto de vista de grupos de edad, la distribución se presenta en la Tabla 74. Dados los resultados obtenidos, es posible observar que quienes son más jóvenes evalúan mejor su salud respecto de los mayores. De este modo, quienes mayor frecuencia presentan en la “Buena” y “Muy buena” autopercepción

de salud son quienes se encuentran en el tramo entre 18 y 25 años. Por el contrario, el segmento de los consultados mayores de 60 años son aquellos que mayor frecuencia muestran para la evaluación “mala” y “muy mala”, con el 16,7%.

Tabla 74. Autopercepción en salud y edad (agrupada)

		Edad			
		18 a 25 años	26 a 40 años	41 a 59 años	60 años y más
Autopercepción en salud	Muy mala	,3%	,8%	1,5%	3,2%
	Mala	2,8%	2,7%	7,1%	13,5%
	Regular	27,4%	32,1%	41,5%	46,0%
	Buena	47,8%	48,1%	41,3%	33,8%
	Muy buena	21,8%	16,2%	8,6%	3,6%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Ambas variables se encuentran estadísticamente asociadas, $F(2,2528)=89,053$, $p<0,001$.

Tabla 75. Anova de un factor: Edad y autopercepción en salud

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	50485,335	2	25242,667	89,053	,000
Intra-grupos	716015,441	2526	283,458		
Total	766500,776	2528			

Fuente: Elaboración propia

Lo anterior se puede complementar con el estadístico chi-cuadrado, utilizando la variable edad como una de tipo escalar. Según se muestra en la Tabla 76, $\chi^2(12, 2529) = 222,390$ $p<0,001$.

Tabla 76. Pruebas de chi-cuadrado: edad (ordinal) y autopercepción en salud

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	222,390	12	,000

Fuente: Elaboración propia

En este caso, y tomando en cuenta estos resultados, se destaca que la presente investigación sigue la línea de los hallazgos encontrados, en los cuales se muestra cómo, a medida que aumenta la edad, disminuye la autopercepción en salud de las personas. En las investigaciones destinadas exclusivamente a este tema en adultos mayores, se releva la capacidad explicativa de esta variable, en tanto que puede predecir la mortalidad. Si bien no se trata la mortalidad en

específico en el caso de esta investigación, sí se puede relacionar con la tendencia del aumento de las categorías “Mala” y “Muy mala” en este segmento en específico.

Lo anterior, no sólo da cuenta del deterioro físico de los adultos mayores, sino que, es posible hipotetizar que el estigma de lo que significa pertenecer a este grupo etario puede mermar su autoimagen y, con ello, la de su salud (Goffman, 1963).

8.3) Análisis Multivariado

A continuación se explicará el estado de salud (medido a través de la autopercepción) en función de los determinantes sociales que subyacen a ella. Para esto, fueron utilizadas dos regresiones logísticas multinomiales, donde la variable dependiente corresponde a la autopercepción en salud recodificada en tres categorías. La primera de ellas incluye todas las variables revisadas anteriormente, la segunda, sólo aquellas que resultaron significativas.

8.3.1) Modelo con todas las variables

El primer resultado a revisar corresponde a la prueba de significación del modelo que aparece en la Tabla 77 con todas las variables, la que indica que sí es estadísticamente significativo, esto es, que al menos una de las variables incluidas es significativamente diferente de cero. De este modo, lo que se indica es cómo la inclusión de las variables varía su capacidad explicativa comparándolo con el modelo que sólo incluye la constante.

En este caso, el modelo sin variables presenta un -2 log verosimilitud equivalente a la varianza no explicada de 4498,845 mientras que el que las incluye presenta un valor de 3919,671. Si este valor fuera igual, significaría que las variables no incluidas en el modelo no aportan nada a su explicación, sin embargo, indican una diferencia de 579,175, valor mostrado en la columna de “Chi cuadrado”.

Este valor es estadísticamente significativo, esto es, el modelo estimado explica más varianza que el modelo original (que incluye sólo la constante), $\chi^2 (38, 2531) = 579,175, p < 0,001$.

Tabla 77. Información del ajuste del modelo con todas las variables

Modelo	Criterio de ajuste del modelo			Contrastes de la razón de verosimilitud		
	AIC	BIC	-2 log verosimilitud	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo la intersección	4502,845	4514,470	4498,845			
Final	3999,671	4232,162	3919,671	579,175	38	,000

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, es posible apreciar la capacidad explicativa del modelo por medio de dos estadísticos: Cox y Snell, cuyo valor es de 0,209 y R-cuadrado de Nagelkerke, cuyo valor es de 0,249. Esto quiere decir que el modelo explica el 24,9% de la varianza de la variable dependiente.

Tabla 78. Pseudo R-cuadrado del modelo con todas las variables

Cox y Snell	,209
Nagelkerke	,249

Fuente: Elaboración propia

Para la realización del modelo estadístico multinomial se utilizó como categoría de referencia de la variable dependiente la de salud regular con el propósito de plantear una interpretación más parsimoniosa, en tanto que es la categoría que media entre la buena y la mala salud, permitiendo contrastar mejor las hipótesis. En este sentido, se hipotetizó que tener mejores condiciones materiales en la vivienda afecta positivamente el estado de salud, por lo que se espera que aumente las chances de ocurrencia de la categoría de buena salud, mientras que disminuya las chances de ocurrencia de la categoría de mala salud, en la medida que se comparan con la categoría de salud intermedia.

Para el modelo que contrasta la categoría de salud mala, respecto de la regular, se muestran los resultados en la Tabla 79. En este caso, resultaron estadísticamente significativas las variables de edad, bienestar subjetivo, preocupación por exigencias y obligaciones (casi nunca y con poca frecuencia). Esto significa que éstas inciden en la chance de pertenecer a la categoría de

“mala salud” respecto a la “salud intermedia”. El resto de las variables no presenta impacto estadísticamente significativo.

Al examinar los coeficientes B de ambas variables (edad y bienestar subjetivo) es posible observar la dirección de esta relación, mientras que analizando los odd ratio se da cuenta del peso y la dirección de la relación. En el caso de la edad, al aumentar un año, la chance de evaluar como mala la propia salud aumenta 1,019 veces respecto a la de quienes la evalúan como regular. En cambio, para el bienestar subjetivo ocurre lo contrario, en tanto que, con un odd ratio de 0,835, a medida que ésta aumenta en una unidad, disminuye en 17% las chances de tener mala salud respecto a la de regular, por lo que constituye un factor protector de la salud, que en este caso está siendo medida por la autopercepción.

Como en el caso de la primera comparación, en quienes casi nunca presentan preocupación por exigencias y obligaciones, el odd ratio es 0,471, lo que implica que el aumento en una unidad en esta variable disminuye en 53% las chances de pertenecer a la categoría de salud mala, respecto a la regular. Quienes con poca frecuencia presentan estas preocupaciones, con un odd ratio de 0,611 disminuyen en 39% las chances de pertenecer a la categoría mala, respecto a la de regular, dando cuenta de que, entre menos ocurra este fenómeno, menos chances hay de pertenecer a la categoría en cuestión.

Para el modelo que contrasta la categoría de salud Buena, respecto a pertenecer a la categoría Regular, en la Tabla 79 se presentan como covariables estadísticamente asociadas al modelo la presencia de educación superior, educación básica, la frecuencia de agobio y preocupación por obligaciones y exigencias (casi nunca, poca y alguna), el ser hombre, la edad, el bienestar subjetivo, los episodios estresantes en los últimos meses, el no tener amigos y el nivel socioeconómico.

Según los coeficientes B y los odds ratio es posible afirmar que la pertenencia a tener educación superior, respecto de haber alcanzado educación

media, tiene 1,59 más más chances de declarar una salud buena, respecto de la declaración de salud regular. Siguiendo la misma línea, alcanzar la educación básica, respecto a tener educación media, disminuye en 28% las chances de indicar una salud buena, respecto a la regular.

Por otra parte, respecto a la frecuencia de agobio y preocupación por obligaciones y exigencias es posible afirmar que indican que “casi nunca” presentan estas situaciones respecto a quienes las presentan muy frecuentemente aumenta en 2,7 las chances de declarar su salud buena respecto a declararla regular. En esta misma línea, quienes señalan sentirlo con poca frecuencia presentan 1,78 más chance. Quienes indican que con alguna frecuencia presentan este agobio y preocupación aumenta en 1,6 las chances de declarar buena salud, respecto a la regular.

Asimismo, en quienes señalan que no tienen amigos, respecto de quienes indicaron tener pocos, con un odd ratio de 0,776, disminuye en 22,4% la chance de declarar salud buena, respecto de la salud regular.

Desde un punto de vista de género resulta relevante el hecho que los hombres tienen 1,41 más chance que las mujeres de declarar buena salud, respecto a la salud regular.

Al igual que en el modelo anterior, la edad destaca como una variable estadísticamente significativa respecto a la autopercepción en salud. En este caso, el aumentar en un año la edad del encuestado disminuye en 2% las chances de declarar buena salud, respecto a la regular, constituyéndose como un factor protector.

Asimismo, destaca el nivel socioeconómico, en tanto que al aumentar en un nivel su pertenencia aumenta en 1,15 las chances de declarar salud buena, por sobre la regular.

Del mismo modo, el aumento en una unidad del índice de episodios estresantes los últimos seis meses disminuye 10,7% la chance de declarar a la salud buena, respecto de la regular.

Finalmente y, siguiendo la línea anterior, el bienestar subjetivo también resulta estadísticamente significativo para la autopercepción en salud. En este caso, el aumento en una unidad en el bienestar subjetivo aumenta en 1,17 veces la chance de declarar pertenecer a la buena salud, respecto a la regular.

Tabla 79. Estimaciones de los parámetros del modelo con todas las variables

Autopercepción en salud	B	Sig.	Odds ratio (Exp(B))
Intersección	-,261	,735	
Educación Básica	,257	,195	1,293
Educación superior	-,310	,294	,733
NSE	,115	,269	1,122
Trabajo permanente	-,940	,116	,391
Estudia	-,894	,274	,409
Dueña de casa	-,404	,503	,667
Jubilado	-,441	,473	,643
Cesante	-,879	,211	,415
Trabajos esporádicos	-,710	,267	,492
Índice de condiciones de la vivienda	-,200	,089	,819
Índice de episodios estresantes los últimos seis meses	,097	,259	1,102
Mala salud			
Casi nunca presenta preocupación por exigencias y obligaciones	-,752	,007	,471
Con poca frecuencia presenta preocupación por exigencias y obligaciones	-,492	,048	,611
Con alguna frecuencia presenta preocupación por exigencias y obligaciones	-,457	,064	,633
FONASA	0		
ISAPRE	0		
OTRO	0		
Tiene muchos amigos	,023	,926	1,024
No tiene amigos	,186	,296	1,204
Hombre	,236	,218	1,266
Edad	,018	,004	1,019
Bienestar Subjetivo	-,181	,000	,835
Buena salud			
Intersección	-1,097	,042	
Educación Básica	-,326	,010	,721
Educación superior	,466	,000	1,594

Tabla 79. Estimaciones de los parámetros del modelo con todas las variables

Autopercepción en salud	B	Sig.	Odds ratio (Exp(B))
NSE	,138	,013	1,148
Trabajo permanente	,044	,916	1,045
Estudia	-,331	,471	,719
Dueña de casa	-,162	,708	,850
Jubilado	-,060	,893	,942
Cesante	-,078	,867	,925
Trabajos esporádicos	-,052	,908	,949
Índice de condiciones de la vivienda	,041	,613	1,042
Índice de episodios estresantes los últimos seis meses	-,113	,025	,893
Casi nunca presenta preocupación por exigencias y obligaciones	,993	,000	2,699
Con poca frecuencia presenta preocupación por exigencias y obligaciones	,579	,002	1,784
Con alguna frecuencia presenta preocupación por exigencias y obligaciones	,470	,015	1,599
FONASA	0		
ISAPRE	0		
OTRO	0		
Tiene muchos amigos	,161	,184	1,175
No tiene amigos	-,253	,029	,776
Hombre	,346	,001	1,413
Edad	-,020	,000	,980
Bienestar Subjetivo	,161	,000	1,174

Fuente: Elaboración propia

8.3.2) Modelo sólo con variables significativas

El presente modelo incluye solo las variables que resultaron significativas en el modelo anterior, correspondiente al tener educación básica, superior, nivel superior, el índice de episodios estresantes en los últimos seis meses, presentar preocupación por exigencias y obligaciones con casi nunca, poca y alguna frecuencia, no tener amigos, ser hombre, edad y bienestar subjetivo.

El primer resultado a revisar corresponde a la Tabla 80, indicando que el modelo es estadísticamente significativo, es decir, al menos la inclusión de una de las variables es significativamente diferente de cero, lo que da cuenta de la

variación de su capacidad explicativa. Específicamente, $\chi^2 (22, 2531) = 563,874$, $p < 0,001$.

Tabla 80. Información del ajuste del modelo con variables significativas

Modelo	Criterio de ajuste del modelo			Contrastes de la razón de verosimilitud		
	AIC	BIC	-2 log verosimilitud	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo la intersección	4502,169	4513,805	4498,169			
Final	3982,296	4121,925	3934,296	563,874	22	,000

Fuente: Elaboración propia

Lo que indica la Tabla 81, es que el modelo sin variables presenta un -2 log de verosimilitud de 4498,169, equivalente a la varianza explicada del modelo sin variables, mientras que 3934,296 corresponde a la varianza del modelo que sí las incluye.

Para predecir la capacidad explicativa del modelo se utilizan los estadísticos de Cox y Snell y Nagelkerke. El primero de ellos entrega un valor de 0,203, mientras que el segundo es de 0,242, señalando que el modelo explica el 24,2% de la varianza de la variable dependiente, presentando una diferencia de 0,6 puntos de desventaja respecto al modelo anterior.

Tabla 81. Pseudo R-cuadrado del modelo con variables significativas

Cox y Snell	,203
Nagelkerke	,242

Fuente: Elaboración propia

Al igual que en el caso del modelo que incluye todas las variables, en este caso también se utilizó la categoría de salud autopercebida como “regular” como variable de referencia, con el objetivo de mantener la comparabilidad entre ambas salidas estadísticas.

Para el modelo que contrasta la categoría de mala salud autopercebida, respecto de la regular, resultan significativas cinco variables, correspondientes a que la frecuencia con que se presenta preocupación por exigencias y obligaciones (casi nunca, poca y alguna), edad y bienestar subjetivo. Quedaron fuera todas las variables de ocupación (trabajo permanente, estudiante, dueña de casa, jubilado,

cesante, realiza trabajos esporádicos), aquellas referidas al sistema de salud (Pertenece a FONASA, ISAPRE u otro) y tener muchos amigos.

Los resultados indican que, la frecuencia con que se presenta la preocupación por exigencias y obligaciones resulta ser un factor protector de la autopercepción en salud. De este modo, entre quienes casi nunca señalan presentar esta situación disminuye en 51,9% las chances de presentar mala salud respecto de la regular. Entre quienes lo presentan con poca frecuencia este valor disminuye a 41,3%, mientras quienes lo indican con alguna frecuencia, disminuye en 38,1% las chances de presentar mala salud respecto a la regular.

Por otra parte, al aumentar en un año la edad, aumenta 1,023 las chances de declarar mala salud respecto a la regular. Por el contrario, al aumentar en una unidad el bienestar subjetivo de una persona, disminuyen 16,1% las chances de declarar mala salud respecto a la regular.

Para el modelo que contrasta la categoría de buena salud autopercebida respecto a la de regular resultaron significativas las once variables incluidas en el modelo, correspondientes a la educación básica y superior, el nivel socioeconómico, el índice de episodios estresantes, casi nunca, con poca frecuencia o alguna frecuencia presenta preocupación por obligaciones y exigencias, edad y bienestar subjetivo, quedando fuera las mismas variables que en el modelo que contrasta la mala salud.

En el caso de la educación, es posible afirmar que quienes alcanzaron la educación básica respecto de quienes lograron educación media, disminuyen 28,6% las chances de declarar buena salud respecto a la regular. En caso contrario, quienes tienen educación superior, respecto de quienes poseen educación media, tienen 1,537 más chances de autopercebir una buena salud, respecto de la regular.

Para el nivel socioeconómico, aumentando en uno el nivel socioeconómico, aumentan 1,183 las chances de declarar buena salud, respecto de la regular, constituyendo un factor protector de la autopercepción. De manera similar,

aumentando en una unidad el índice de episodios estresantes en los últimos seis meses (ha tenido mayor cantidad de episodios estresantes en este periodo de tiempo) disminuyen 10,4% las chances de declarar buena salud, respecto de la regular.

Al igual que para la mala salud, la frecuencia con que se presenta la preocupación por exigencias y obligaciones también resultan factores significativos de la buena salud. En este caso, quienes en casi nunca presentan este tipo de preocupaciones tiene 2,61 más chances de declarar buena salud respecto de la regular, constituyendo un factor protector muy fuerte. En quienes presentan con poca frecuencia este tipo de situaciones tienen 1,779 más chances de declarar buena salud respecto a la regular. Finalmente, entre quienes señalan que tienen este tipo de preocupaciones con alguna frecuencia, tienen una chance 1,599 veces mayor de declarar buena salud respecto de la regular.

Asimismo, para quienes declaran no tener amigos, respecto de quienes declararon tener pocos, disminuyen 25,6% las chances de declarar buena salud respecto de la regular.

Desde una perspectiva de género es posible dar cuenta que los hombres tienen 1,512 más chances de declarar buena salud respecto de la regular, que las mujeres.

Asimismo, y siguiendo la línea de la mala salud autopercebida, a medida que aumenta la edad, disminuyen 1,8% las chances de declarar mala salud, constituyéndose como un factor débil, comparativamente al resto de las variables incluidas en el modelo.

Finalmente, el bienestar subjetivo también se constituye como un factor protector de la buena y la mala salud autopercebida, en tanto que el aumento en una unidad aumenta 1,177 las chances de declarar buena salud respecto de la regular.

Si bien no se mostraron diferencias importantes respecto al modelo que incluía todas las variables referidas a los determinantes sociales de la salud, sí es importante dar cuenta de la parsimonia lograda en el segundo modelo. Esto porque, si bien la capacidad explicativa disminuyó levemente (descendiendo desde 24,9 a 24,2), la cantidad de variables utilizadas también lo hizo, dando cuenta de un modelo más simple pero con casi la misma riqueza explicativa.

Tabla 82. Estimaciones de los parámetros con variables significativas

Autopercepción en salud	B	Sig.	Odds ratio (Exp(B))
	-1,455	,002	
	,267	,172	1,307
	-,365	,203	,694
	,048	,633	1,049
	,085	,310	1,089
	-,732	,008	,481
Mala salud	-,533	,030	,587
	-,479	,049	,619
	,245	,144	1,277
	,094	,559	1,099
	,023	,000	1,023
	-,175	,000	,839
	-1,173	,000	
	-,337	,007	,714
	,430	,001	1,537
	,168	,002	1,183
	-,110	,028	,896
	,959	,000	2,610
Buena salud	,576	,002	1,779
	,469	,015	1,599
	-,295	,008	,744
	,414	,000	1,512
	-,018	,000	,982
	,163	,000	1,177

Fuente: Elaboración propia

IX. CONCLUSIONES

Esta Memoria abordó cómo se relaciona la autopercepción, como medida del estado de salud, con los determinantes sociales de la salud y el bienestar subjetivo. Se utilizaron los datos de la Encuesta de Desarrollo Humano realizada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo el año 2012.

Los resultados indicaron que los determinantes sociales incluidos en los modelos que se construyeron se encuentran relacionados con la salud de la población, tomando en cuenta tanto aquellos de carácter estructural (como nivel socioeconómico, condición de actividad, ocupación y nivel educacional) e intermedio (condiciones materiales de la vivienda, episodios estresantes, sistema de salud, capital social, edad y sexo). Destaca el bienestar subjetivo como un factor explicativo, tanto de la buena como de la mala salud percibida. Por último, la mayoría de las variables muestran diferencias por sexo, lo que confirma las diferencias de género en las condiciones en la salud, señaladas en la literatura.

9.1) Autopercepción en salud

Los resultados obtenidos indican que más de la mitad de los consultados indicaron que su autopercepción en salud fue “Muy buena” y “Buena” (53,1%), un 38,3% señaló que fue “Regular” y un 8,6% la calificó como “Mala” o “Muy mala”. La mayoría de las variables incluidas en el modelo mostró relacionarse significativamente a nivel bivariado, lo que da cuenta de cómo los determinantes sociales de la salud y el bienestar subjetivo se ven relacionados con la autoevaluación de la salud, corroborándose lo encontrado en la revisión bibliográfica.

Los resultados obtenidos coincidieron con los de otras investigaciones, donde se destacó la edad, el sexo y el nivel educacional como factores explicativos de la autopercepción en salud (López, Findling, & Abramzón, 2006; Martín Martín, López del Amo, García Mochón, Moya Garrido, & Jódar Sánchez, 2009; Riumallo-Herl, Kawachi, & Avendaño, 2014), a partir de lo cual se pueden comprobar las hipótesis planteadas en el diseño de la investigación. Éstas indican

que, quienes mejor evalúan su salud son quienes tienen posiciones ventajosas a nivel social (como sexo masculino, edades más jóvenes, nivel socioeconómico alto y medio-alto y mayores niveles de educación), poseen condiciones materiales más estables, se ven enfrentados a menos tensiones durante el ciclo vital, pertenecen al sistema privado de salud y cuentan con un capital social mayor, y, además, evalúan positivamente su vida.

9.2) Bienestar Subjetivo

Si bien la satisfacción con la vida se presenta en su mayoría como “buena”, dado que el 70,7% se posicionó entre los valores 7 a 10 (en una escala que oscila entre 1 y 10), existen diferencias a partir de la evaluación de la salud. De este modo, si bien en ningún tramo de autoevaluación de salud predomina la baja satisfacción con la vida, la primera tiende a disminuir cuando decrece el bienestar, lo que corrobora la tercera hipótesis planteada en el diseño, que indica que, quienes evalúan mejor su vida, reporta con más frecuencia una buena salud.

Lo anterior se condice con los resultados obtenidos en los análisis multivariados, en los cuales un descenso en una unidad en la escala de satisfacción vital disminuye en 17% las chances de declarar mala salud. De manera similar, un alza de la misma variable aumenta en 1,17 las chances de declarar buena salud.

Según lo anterior, no sólo los factores sociales o condiciones materiales objetivas se erigen como elementos explicativos y constituyentes de la salud, sino que la evaluación que las personas hacen de sus vidas contribuiría a su explicación, existiendo no sólo una complementariedad entre ellos, sino cobrando una importancia sustantiva. Esto se relacionaría directamente con la concepción de las personas respecto a su vida y cómo el modelo cultural condiciona los modelos de salud mediante los cuales se aborda la autopercepción (Jylhä, 2009).

Siguiendo esta misma línea, es importante destacar el hecho que, ambas variables (salud autopercebida y bienestar subjetivo), tienen importantes dosis de subjetividad, es decir, se encuentran influidas por el contexto social de la persona,

sus experiencias de vida, su autoimagen, sus valores, etc. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2012; Jylhä, 2009), por lo que pueden cambiar a lo largo de la historia del sujeto. Esto puede conllevar una dinámica similar entre éstas, lo que se vería reforzado por el hecho de que ambas tienen variables explicativas similares, siendo el sexo, la edad y la ocupación algunas de ellas (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2012; Roco, Quiñones, Acevedo, & Zagmutt, 2013; Vargas-Palacios, Gutiérrez, & Carreón-Rodríguez, 2006; Tuesca Molina & Amed Salazar, 2013; Tissue, 1972).

Ante esto, resalta una de las principales críticas realizadas al modelo biomédico, en el cual se prescinde de las opiniones de los pacientes y se trata la enfermedad como un elemento separado, eludiendo al individuo en su totalidad y, por ende, no considerando, entre otras variables, al bienestar subjetivo de la persona (Giddens, 2010). En este sentido, la presente investigación resalta la importancia de la subjetividad sobre la condición de salud general de la persona.

Esto sitúa como tema central el cuestionamiento planteado por el interaccionismo simbólico respecto a qué o quién define que una persona esté enferma o sana, donde la patología es un constructo social, que depende de una serie de factores que van más allá de lo biomédico.

9.3) Determinantes Sociales Estructurales

Los Determinantes Sociales Estructurales se erigieron como importantes variables de la autopercepción en salud, reforzando los resultados de investigaciones anteriores y corroborando las hipótesis planteadas. En el caso de la presente investigación, todas las variables se muestran relacionadas significativamente en los análisis bivariados, lo que implica que, tanto el nivel educacional, como el nivel socioeconómico y la condición de actividad se erigen como factores ligados a la autopercepción de la salud de las personas. Esto muestra diferencias entre los grupos, lo que da cuenta que la percepción de la salud no es un fenómeno que se distribuya homogéneamente en la población

chilena. Es así como, por ejemplo, grupos de mayores ingresos (como el ABC1 y el C2) poseen una mejor percepción de su propia salud.

En este sentido, se refuerzan los resultados empíricos revisados anteriormente, donde el nivel educacional se muestra como predictor tanto de enfermedades en concreto (como la hipertensión, diabetes y riesgo cardiovascular), según lo obtenido en el estudio del MINSAL realizado con la Encuesta Nacional de Salud (2010) y el estudio de Roco, Quiñones y Zagmutt (2013), como de autopercepción, según lo obtenido por Vargas-Palacios, Gutiérrez y Carreón- Rodríguez (2006).

De manera similar, es importante destacar que, dentro de los resultados obtenidos en los estadísticos multivariados, llama la atención el hecho que sólo la educación como determinante estructural de la salud resulta ser una variable explicativa estadísticamente significativa para el modelo de “buena” salud autopercebida.

Lo anterior puede deberse a la inequidad en salud y cómo las personas internalizan condiciones de salud, síntomas, signos y estilos de vida. Esto porque, en la medida que las personas adquieren un mayor nivel educacional logran adquirir conocimientos que le permiten reconocer una enfermedad y, ante esto, tomar acciones ante las implicancias que estas tienen. De este modo, una persona que estudia una carrera universitaria puede conocer y ponderar mejor su dolencia que quien llega a la enseñanza media al momento de otorgar una calificación respecto a su salud. Esto se condice con el planteamiento teórico de Knäuper & Turner (2003), quienes indican que las experiencias previas, las de otros y las expectativas de como la salud “debe ser” influyen sobre cómo la gente resume la información, situación fuertemente marcada por la educación alcanzada.

Además de esto, la educación presenta dos condiciones especiales. La primera de ellas dice relación con sus efectos acumulativos, es decir, el desarrollo de una correcta educación en la primera infancia genera consecuencias para “toda la vida” (Secretaría General de Sanidad de España, 2003, pág. 14). La segunda

condición da cuenta que la educación se posiciona como un proxy de las condiciones de vida de las personas, esto es, quienes tienen mayor escolaridad tienen más probabilidades de tener un mejor empleo y, por ende, ingresos más estables (Moiso, 2007).

9.4) Determinantes Sociales Intermedios

Todos los determinantes sociales intermedios (a excepción de las condiciones estresantes en los últimos seis meses) se encuentran relacionados con la autopercepción en salud. De este modo, quienes presentaron mejores condiciones de la vivienda, menores preocupaciones y agobio por obligaciones y exigencias, se encuentran afiliados a ISAPRE e indicaron tener más amigos presentaron una mayor frecuencia de evaluación positiva de su salud. Esto, al igual que ocurre con los determinantes sociales estructurales, se condice y refuerza el modelo elaborado por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (2005), donde se erigen como parte del modelo teórico.

Con el sexo y la edad sucede algo similar, sin embargo, tienen la particularidad de erigirse como factores explicativos en la regresión multinomial, tanto para la buena como para la mala salud. Esto se condice con lo obtenido en otras investigaciones (Martín Martín, López del Amo, García Mochón, Moya Garrido, & Jódar Sánchez, 2009; González, Sarmiento, Alonso, Angulo, & Espinosa, 2005; López, Findling, & Abramzón, 2006; Prus, 2011) donde, en conjunto con el nivel educacional, se posicionan como los principales determinantes de la salud, constituyéndose, sin embargo, como componentes tanto biológicos como sociales.

En el caso de la edad, es importante destacar el deterioro progresivo que implica pasar de la adultez a la tercera edad. Los resultados del estudio, que indican que a mayor edad es mayor la chance de declarar una mala salud, permiten hipotetizar que los resultados dan cuenta del desgaste físico del paso de los años. Sin embargo, también se debe relevar el papel de las concepciones sociales respecto a este último grupo, las que, muchas veces, construyen una

imagen de deterioro sobre los adultos mayores. De este modo, las teorías del etiquetado planteada por Howard Becker (2009) y la del estigma, postulada por Goffman (1963) reflexionan en torno a cómo se construye.

En el caso del género, la situación es bastante similar, siendo ineludible considerar su construcción social y contexto. Ante esto, las representaciones sociales se instalan en los distintos aspectos de la vida de los sujetos, lo que va a influir sobre las concepciones que se tengan sobre las enfermedades, la forma de afrontarlas, donde muchas veces son las mujeres quienes destacan su labor de cuidadoras no monetarizadas, siendo agentes de salud, pero no sujetos de ella (Rohlfs, y otros, 2000). A esto se añaden los factores de riesgo a los que se ven expuestas, y las normas sociales que influyen sobre los modos de enfermar (Martínez Benlloch, 2005). Por esta razón, no es de extrañar que los hombres tengan más chance de declarar su salud como buena que las mujeres.

A raíz de esto, cobra relevancia la realización de estudios nacionales con una perspectiva de género, donde los cuestionarios no sólo no sean adoptados desde una óptica masculina (incluyendo preguntas sobre la actividad principal u ocupación, de un modo más bien general), sino que se puedan enfocar en cómo la actividad del cuidado, la doble jornada, el trabajo doméstico, etc. influyen sobre los roles de género y la salud (Rohlfs, y otros, 2000).

De este modo, en su conjunto, los Determinantes Sociales de la Salud, como modelo teórico, pueden ser utilizados para establecer marcos generales de caracterización de la salud de una población, de tal manera de poder determinar en qué aspectos es posible diseñar políticas públicas al respecto. Sin embargo, no puede soslayarse el papel del contexto y de la historia ante los procesos de salud de la población, lo que se constituiría como una limitación de este estudio también. Siguiendo la línea de las críticas planteadas por la salud colectiva latinoamericana (Breilh, 2008; López Arellano, Escudero, & Carmona, 2008), no se debe perder la perspectiva multidimensional del proceso, de tal manera de no reducir a simples factores de riesgo la caracterización de la salud de una población, puesto que pierde la riqueza analítica de un fenómeno cuya complejidad es patente. En este

sentido, la utilización de nuevas variables que sigan esta línea, la triangulación con estudios cualitativos y la complementariedad con un enfoque latinoamericano puede entregarle mayor profundidad a la investigación.

En este sentido, un estudio realizado “a la medida” y en directa relación con sus objetivos permitiría alcanzar esta riqueza analítica, situación que no se logra completamente con los datos actuales, en tanto que el uso de una base de datos secundaria, que no se adecúa estrictamente sus requerimientos, refuerza el nuevo desafío de aprehender estas nuevas concepciones en proyectos futuros.

9.5) A modo de cierre

Es importante destacar que esta investigación utilizó la autopercepción en salud como variable dependiente, la cual no está determinada por criterios biomédicos, sino por la propia evaluación de los individuos, lo que implica que es un concepto que va más allá de las condiciones físicas, integrando concepciones sociales y culturales.

Por otra parte, otro aspecto importante de la investigación se encuentra centrado en las variables independientes, las cuales corresponden a las condiciones sociales y su impacto sobre el fenómeno de la salud. La ventaja de esto es la creación de nuevo conocimiento sociológico y, con ello, la búsqueda de nuevas implicancias y críticas respecto al modelo de los determinantes sociales de la salud.

En este punto, el papel de la sociología cobra vital importancia, en tanto que, no sólo debe contribuir con marcos metodológicos para la formulación de estudios poblacionales, sino que debe marcar la diferencia respecto a otras disciplinas, como epidemiología, cuyo énfasis en los factores de riesgo desplazó a lo social como elemento explicativo, convirtiéndose, tal como lo señaló Nancy Krieger (2001), en un “telón de fondo de los fenómenos biomédicos” (pág. 693).

Una forma de ampliar en la contribución de la sociología dice relación con la incorporación de factores que además de las condiciones individuales,

materiales y objetivas de las personas incluyan la subjetividad de su propia vida. En este punto, la inclusión del bienestar subjetivo como un nuevo factor a considerar dentro de los determinantes de la salud, abarca un espacio un poco más amplio, donde la subjetividad desde la perspectiva del sujeto juega un rol que va más allá de lo meramente observable.

X. BIBLIOGRAFÍA

Acero, M., Caro, I., Henao, L., Ruiz, L., & Sánchez, G. (2013). Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 103-110.

Acharya, A., & Cervantes, J. (2009). Los desarrollos de la investigación en ciencias sociales de la salud: una visión sustentable. *Revista Salud Pública y Nutrición*.

Acharya, A., & Cervantes, J. (2009). Los desarrollos de la investigación en ciencias sociales de la salud: una visión sustentable. *Revista Salud Pública y Nutrición*.

Alfonso, L., & Grau, J. (2014). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y salud*, 89-99.

Álvarez Castaño, L. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia Política Salud, Bogotá (Colombia)*, 69-79.

Arteaga, O., Thoullaug, S., Nogueira, A., & Darras, C. (2002). Información para la equidad en salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 374-385.

Asociación Chilena de empresas de Investigación de Mercado. (2008). *Grupos socioeconómicos*. Santiago: AIM.

Asún, R. (2006). Medir la realidad social: El sentido de la metodología cuantitativa. En M. Canales, *Metodologías de la investigación social* (págs. 31-61). Santiago: LOM.

Becker, H. (2009). *Outsiders, hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires: Editorial Siglo Veintiuno.

Bombak, A. (2013). Self-rated health an public health: a critical perspective. *Frontiers in Public Health*, 1.

Breilh, J. (2008). Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción basada en la determinación social de la salud. En A. L. Social, *Taller*

Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud: documentos para discusión (págs. 14-29). México D.F.: ALAMES.

Breilh, J. (2010). *Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud*. Rio de Janeiro: Cebes, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.

Briceño-León, R. (2003). Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico. *Ciênc Saúde Coletiva*, 33-45.

Briceño-León, R. (2003). Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico. *Ciênc Saúde Coletiva*, 33-45.

Calvario Parra, E. (2007). Sobre la enfermedad: reflexiones teóricas desde el interaccionismo simbólico. *Revista médica de Sonora*.

Campo-Arias, A., & Oviedo, H. (2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: la consistencia interna. *Revista Salud Pública*, 831-839.

Campo-Arias, A., & Oviedo, H. C. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: La consistencia interna. *Revista de Salud Pública*, 831-839.

Castro, R. (2013). De cómo la sociología construye sus objetos: el carácter problemático de los "determinantes" sociales de la salud-enfermedad. *Idéias*, 15-34.

Castro-Vásquez, Á., Espinoza-Gutiérrez, I., Rodríguez Contreras, P., & Santos Iglesias, P. (2007). Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 883-898.

Cea D' Ancona, M. (2009). *Metodología Cuantitativa: Estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Editorial Síntesis.

Cea D'Ancona, M. (2004). Regresión Múltiple. En M. d. Cea D'Ancona, *Análisis multivariable. Teoría y práctica en la investigación social* (págs. 13-126). Madrid: Editorial Síntesis.

Cockerham, W. (2011). Health Sociology in a globalizing world. *Política y Sociedad*, 235-248.

Cockerham, W. (2011). Health Sociology in a Globalizing World. *Política y Sociedad*, 235-248.

Cohen, S., & Pressman, S. (2006). Positive Affect and Health. *Current Directions in Psychological Science*, 122-125.

Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud. (2005). *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores*. OMS.

Comission on Social Determinants of Health. (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. OMS.

Corbetta, P. (2007). Los paradigmas de la investigación social. En P. Corbetta, *Metodología y técnicas de investigación social* (págs. 4-30). McGraw-Hill.

Dahlgren, G., Gilson, L., & Whitehead, M. (2001). Developing the policy response to inequities in health: a global perspective. En *Challenging inequities in health care: from ethics to action* (págs. 309-322). New York: Oxford University Press.

de Bruin, A., Picavet, H., & Nossikov, A. (Edits.). (1996). *Health Interview Surveys. Towards international harmonization of methods and instruments*. Copenhagen: WHO Regional Publications.

de Torres, J., Tornay Mejías, F., & Gómez Milán, E. (1999). *Procesos psicológicos básicos*. Madrid: McGraw Hill.

Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud. (2012). *Diagnósticos regionales de salud pública basados en el enfoque de los determinantes sociales de la salud*. Santiago: MINSAL.

Department of social science. (2010). Social inequality and health: the role of social capital. *Sociology of health and illness*, 1102-1118.

Diderichsen, F., Evans, T., & Whitehead, M. (2002). Bases sociales de las disparidades en salud. En T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya, M. Wirth, & editores, *Desafío a la falta de equidad en salud. De la ética a la acción* (págs. 13-25). Washington D.C.: The Rockefeller Foundation.

Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. *Health and well-being*, 1-43.

Donoso, E. (2004). Desigualdad en mortalidad infantil entre las comunas de las provincias de Santiago. *Revista Médica de Chile*, 461-466.

Fayers, P., & Sprangers, M. (2002). Understanding self-rated health. *The Lancet*, 187-188.

Ferrando, M. G. (1996). La encuesta. En M. García Ferrando, J. Ibáñez, & F. Alvira, *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (págs. 147-176). Madrid: Alianza Editorial.

Ferrer-Lues, M. (2013). ¿La salud como responsabilidad individual? Análisis del concepto de salud en los Programas de Gobierno de la Concertación en Chile. Avance de investigación en curso. *Acta Científica XXIX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología 2013*. Santiago.

Field, A. (2009). *Discovering Statistics using SPSS*. Sage Publications.

Frenz, P. (2006). Desafíos en Salud Pública de la Reforma: equidad y determinantes sociales de la salud. Santiago de Chile: Subsecretaría de Salud Pública: Ministerio de Salud de Chile.

Gallegos-Carrillo, K., García-Peña, C., Durán-Muñoz, C., Reyes, H., & Durán-Arenas, L. (2006). Autopercepción del estado de salud: una aproximación al los ancianos en México. *Rev Saúde Pública*, 792-801.

Gamboa, E., López, N., Prada, G., & Gallo, K. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en. *Revista Chilena de Nutrición*, 1-17.

Giddens, A. (2010). Salud, enfermedad y discapacidad. En A. Giddens, *Sociología* (págs. 416-461). Alianza Editorial.

Gil Montes, V. (2002). Las ciencias sociales y sus vínculos con la ciencia médica. *Política y cultura*, 220-236.

Girón Daviña, P. (2009). *Los determinantes de la salud percibida en España*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Gobierno de Chile. (2011). *Cuento Pública FONASA 2011*. Santiago: FONASA.

Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Gómez, J. F., & Curcio, C. L. (2004). Autopercepción de salud, presencia de enfermedades y discapacidades en ancianos de Manizales. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátría*, 706-715.

González Blasco, P. (1996). Medir en ciencias sociales. En M. García Ferrando, J. Ibáñez, & F. Alvira, *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación* (págs. 270-333). Madrid: Alianza Editorial.

González, J. I., Sarmiento, A., Alonso, C. E., Angulo, R., & Espinosa, F. A. (2005). Efectos del nivel de ingreso y la desigualdad. Sobre la autopercepción en salud:

análisis para el caso de Bogotá. *Revista Gerencia y Políticas Públicas de Salud*, 120-140.

Ibáñez, J. (2006). El análisis cuantitativo de datos. En M. Canales, *Metodologías de la investigación social: introducción a los oficios* (págs. 169-183). Santiago: LOM.

Idler, E., Hudson, S., & Leventhal, H. (2009). The meanings of Self-Ratings of Health: A Quantitative and Qualitative Approach. *Research on Aging*, 458-476.

Infesta, G. (1996). *Diseños experimentales: su utilidad en la formación metodológica en sociología*. Buenos Aires.

Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual mode. *Social Science & Medicine*, 307-316.

Knäuper, B., & Turner, P. (2003). Measuring health: Improving the validity of health assessments. *Quality of life Research*, 81-89.

Krieger, N. (2001). A glossary for social epidemiology. *Journal of epidemiology and community health*, 693-700.

Krieger, N. (2002). Glosario de epidemiología social. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 480-490.

Levin, J., & Levin, W. (2004). Razones por las que el investigador social utiliza la estadística. En J. Levin, & L. William, *Fundamentos de la estadística en la investigación social* (págs. 1-13). México D.F.: Alfaomega.

Linares-Pérez, N., & López-Arellano, O. (2008). La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina Social*, 247-259.

López Arellano, O., Escudero, J., & Carmona, L. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, 323-335.

López, E., Findling, L., & Abramzón, M. (2006). Desigualdades en Salud: ¿es diferente la percepción de morbilidad en hombres y en mujeres? *Salud Colectiva*, 61-74.

Marmot, M., & Brunner, E. (1999). Social organization, stress and health. En M. Marmot, & R. Wilkinson, *Social Determinants of Health* (págs. 17-43). New York: Oxford University Press.

Martín Martín, J. J., López del Amo, M. d., García Mochón, L., Moya Garrido, M., & Jódar Sánchez, F. (2009). Análisis multinivel de la influencia de características individuales, capital social y privación en el estado de salud en España. En [s. Editores, *XVI Encuentro de Economía Pública. 5 y 6 de febrero de 2009: Palacio de Congresos de Granada*. Granada.

Martínez Benlloch, I. (2005). Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud. En I. Martínez Benlloch, *Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género el Salud, establecido mediante Convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo (Observatorio de la Salud de la Mujer) y la Universidad Complutense de Madrid*. Valencia: Universidad de Valencia.

Martínez, R. (1999). *El análisis multivariante en la investigación científica*. Madrid: La Muralla.

Merino Madrid, H., Pombo, M., & Godás Otero, A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 539-545.

Merton, R., Reader, G., & Kendall, P. (1957). *The Student-Physician. Introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge: The Commonwealth Fund by Harvard University Press.

Ministerio de Salud (MINSAL). (2010). *Encuesta Nacional de Salud*. Santiago: MINSAL.

Ministerio de Salud. (2003). *Resultados I Encuesta de Salud 2003*. Santiago: MINSAL.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Guía metodológica par integrar Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Versión 1*. Madrid.

Moiso, A. (2007). Determinantes de la salud. *Fundamentos de la salud pública* . La Plata, Argentina: EDULP.

Murillo, J. (s.f.). *Métodos de investigación de enfoque experimental*. Métodos de investigación en educación especial.

Nunes, E., & Barros, N. (2014). Boys in white: a classic of qualitative research turns 50. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 1179-1196.

Observatorio de Equidad de Género en Salud Chile. (junio de 2008). *Observatorio de Equidad de Género en Salud Chile*. Obtenido de Proporción de consultantes mujeres y hombres en atención primaria que presentan síntomas de depresión, por grupos de edad.: http://www.observatoriogenerosalud.cl/field_show.php?cmd=439

Organización Mundial de la Salud. (1978). *Alma-Ata 1978. Atención Primaria en Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud 1978.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la igualdad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (s.f). *World Health Organization*. Obtenido de Determinantes sociales de la salud: http://www.who.int/social_determinants/es/

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/

Organización Mundial de la Salud, & Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación*. OMS.

Oyanedel, J., Bilbao, M., & Mella, C. (2013). Midiendo el bienestar subjetivo: aspectos conceptuales y metodológicos. En D. Martínez, F. Ivanovic-Zuvic, & W. Unanue (Edits.), *Felicidad: evidencias y experiencias para cambiar nuestro mundo* (págs. 73-90). Santiago: Sociedad de neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.

Park, J., & Lee, K. (2013). Self-rated health and its determinants in Japan and South Korea. *Public Health*, 834-843.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2012). *Bienestar subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo*. Santiago: PNUD.

Prus, S. G. (2011). Comparing social determinants of self-rated health across the United States and Canadá. *Social Science & Medicine*, 50-59.

Regidor, E., Martínez, D., Ortega, P., Calle, M. E., & Domínguez, V. (2006). Evolución de las desigualdades socioeconómicas y las desigualdades en la percepción de la salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 1-5.

Ritzer, G. (Ed.). (2009). *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*. Londres: Blackwell Publishing.

Riumallo-Herl, C. J., Kawachi, I., & Avendaño, M. (2014). Social capital, mental health and biomarkers in Chile: Assessing the effects of social capital in a middle-income country. *Social Science & Medicine*, 47-58.

Roco, Á., Quiñones, L., Acevedo, C., & Zagmutt, O. (2013). Situación del cáncer en Chile 2000-2010. *Médico sociales*, 83.

Rodriguez, B. G. (1996). La utilización de los datos disponibles. En M. García Ferrando, J. Ibañez, & F. Alvira, *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. (págs. 245-273). Madrid: Alianza Editorial.

Rohlf, I., Borrel, C., Anitua, C., Artazcoz, Colomer, C., Escibá, V., . . . Valls-Llobet, C. (2000). La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gaceta Sanitaria*, 146-155.

Rojo Pérez, N., & García González, R. (2000). Sociología y salud. Reflexiones para la acción. *Revista Cubana de Salud Pública*, 91-100.

Sánchez, H., & Albala, C. (2004). Desigualdades en salud: mortalidad del adulto en comunas del Gran Santiago. *Revista Médica de Chile*, 453-460.

Secretaría General de Sanidad de España. (2003). *Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados*. Madrid: Organización Mundial de la salud.

SPSS Regression Models. (2007).

Subramanian, V., Delgado, I., Jadue, L., Kawachi, I., & Vega, J. (2003). Inequidad de ingreso y autopercepción de salud: un análisis desde la perspectiva contextual en las comunas chilenas. *Rev Med Chile*, 132, 321-330.

Tissue, T. (1972). Another Look at Self-Rated Health Among the Elderly. *Journal of Gerontology*, 91-94.

Tuesca Molina, R., & Amed Salazar, E. (2013). Influencia de las desigualdades sociosanitarias y el capital social en la autopercepción de salud de los colombianos. *Revisalud Unisucre*, 101-115.

Vargas-Palacios, A., Gutiérrez, J. P., & Carreón-Rodríguez, V. (2006). Identificación de estados de salud y su relación con características socioeconómicas y geográficas: análisis de una encuesta poblacional en México. *Salud Pública de México*, 482-489.

Vega, J. (2001). Enfermo de pobre. Las inequidades sociales y la salud en Chile. *Revista Universitaria*, 131, 43-56.

Vega, J., Hollstein, R. D., Delgado, I., Pérez, J., Carrasco, S., & Marshall, G. (2001). Socioeconomic Health Inequities in a Intermediate-development nation:

Chile. En T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya, & W. Meg, *Challenging Health Inequalities: From Ethics to Action* (págs. 122-137). New York: Oxford University Press.

Vega, J., Solar, O., & Irwin, A. (2005). Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. En I. C. Salud, *Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad* (págs. 9-18). Santiago.

Vivanco, M. (1999). *Análisis estadístico multivariable: teoría y práctica*. Santiago: Universitaria.

Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada, A., & Lamadrid, S. (2001). Social Medicine Then and Now: Lessons from Latin America. *American Journal of Public Health*, 1592-1601.

Whitehead, M. (1991). *Los conceptos y principios de la equidad en salud*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.