



Documentos de trabajo sobre
ECONOMÍA REGIONAL



BANCO DE LA REPÚBLICA

CENTRO DE ESTUDIOS ECONÓMICOS REGIONALES (CEER) - CARTAGENA

La serie **Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional** es una publicación del Banco de la República – Sucursal Cartagena. Los trabajos son de carácter provisional, las opiniones y posibles errores son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen al Banco de la República ni a su Junta Directiva.

Violencia de pareja y estado de salud de la mujer en Colombia*

Yuri Reina-Aranza♦

*Trabajo de tesis presentado para optar por el título de magíster en economía en la Universidad del Norte - Barranquilla. La autora agradece de forma especial la orientación y colaboración de Sandra Rodríguez, asesora de tesis, así como los comentarios y sugerencias de los docentes evaluadores. Se agradece también a Jaime Bonet, Julio Romero y Karelys Guzmán por los comentarios y sugerencias a esta última versión del documento.

♦ Profesional del Centro Regional de Estudios Económicos (CREE), Banco de la República sucursal Cartagena.

Los comentarios y sugerencias a este documento pueden ser enviados al correo electrónico yreinaar@banrep.gov.co

Violencia de pareja y estado de salud de la mujer en Colombia

Resumen

Este trabajo busca identificar los determinantes de la percepción del estado de salud de la mujer en Colombia, haciendo énfasis en las variables relacionadas con la violencia de pareja, a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2010). Los resultados muestran que para las mujeres víctimas de violencia de pareja aumenta la probabilidad de percibir un estado de salud regular y malo, en comparación con las no agredidas. Las estimaciones regionales, arrojan diferencias en el tipo de violencia que causa mayor impacto en la percepción de la salud. Adicionalmente se encontró que vivir en la zona urbana, tener acueducto y gas natural en la vivienda, tener un mayor cargo laboral, estar afiliada a los regímenes contributivo y especial, así como estar ubicada en estratos socioeconómicos más altos y tener mayor nivel educativo, están asociados a una percepción favorable de la salud por parte de la mujer.

Palabras clave: Percepción, salud, mujer, violencia de pareja.

Clasificación JEL: I10, J12, J16, R23.

Abstract

This paper identifies the determinants of perceived health status of women in Colombia, with emphasis on variables related to partner abuse. The data used are of the National Demographic and Health Survey (2010). The results show that for women victims of partner abuse increases the likelihood of perceiving to regulate and poor health, compared with non-abused. Regional estimates show differences in the type of violence that cause greater impact on the perception of health. Additionally, the results show that the women that living in urban areas, have water and natural gas in the home, have greater job title, have membership to the contributory and special regimes, be located in higher socioeconomic strata and have more education, are associated with a favorable perception of health.

Key words: Perception, health, women, partner abuse.

JEL classification: I10, J12, J16, R23.

1. Introducción

Acorde a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹. Lo anterior ha llevado a entender que existe un conjunto de variables no asociadas a razones biológicas que pueden afectar el estado de salud. Específicamente, la OMS define los determinantes sociales de la salud como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”². Como medición de estas circunstancias, diversos estudios han utilizado variables como la edad, el ingreso, la educación y el acceso a la atención médica, entre otras, concluyendo que efectivamente están asociadas con el estado de salud de las personas o su percepción³. Adicionalmente, uno de los hallazgos más comunes es la existencia de diferencias de género, lo cual pone de manifiesto que la mujer continua teniendo un menor estatus social que el hombre inclusive en lo referente a la salud.

Teniendo en cuenta que para reducir la inequidad de género en salud es indispensable atender particularmente los requerimientos de la población femenina, este trabajo busca elementos o factores preponderantes en la vida de la mujer que podrían influir en su estado de salud. Uno de estos es la violencia de género o violencia contra la mujer, un problema de salud pública de creciente visibilidad y que constituye además de una manifestación de desigualdad, un abuso a los derechos humanos (Velzeboer, 2003). Dentro de la violencia contra la mujer la ocasionada por la pareja es una de las más frecuentes. En Colombia durante el 2014, el 64,3% de los casos denunciados por violencia intrafamiliar correspondía a violencia de pareja, de los cuales el 85% era en contra de la mujer, mostrando que la

¹ <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>

² Tomado de http://www.who.int/social_determinants/es/ consultado 20/03/2013.

³ Grossman (1972), Wagstaff (1993) y Gerthman *et al.* (1999), entre otros.

población femenina es la más vulnerable a este fenómeno (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2015, p. 203).

Según la OMS en 2004, a nivel mundial el 30% de las mujeres que había tenido una relación de pareja sufrió alguna forma de violencia física o sexual, y el 38% de los asesinatos de mujeres habían sido cometidos por su pareja⁴. Asimismo, un estudio realizado en diez países para más de 24.000 mujeres, estimó que el porcentaje de mujeres que han tenido pareja alguna vez y han sido víctimas de violencia física o sexual oscila entre el 15% y el 71%, según el país⁵. Por su parte, cifras para Colombia en el año 2010 muestran que el 37,4% de las mujeres que alguna vez habían estado casadas o en unión libre habían sido agredidas físicamente por su esposo o compañero (Profamilia, 2010).

La violencia de pareja no es solo una agresión física, es un patrón de conductas violentas y coercitivas entre las que se incluyen el maltrato físico y psicológico, la agresión sexual, el control, el acoso y la humillación, entre otras (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2015). Por esto, aunque a primera vista el efecto de un hecho de violencia sobre la salud puede ser evidente, muchas de las repercusiones suelen ser mayores y desembocar no solo en enfermedades físicas sino también en trastornos psicológicos, afectando directamente el bienestar de la mujer. Cifras para Colombia muestran que entre las consecuencias más frecuentes de la agresión, el 57,7% de las mujeres reportaron haber tenido moretones y dolores, 41,9% se enfermó físicamente, el 13,8% tuvo una herida o hueso quebrado y el 39,2% sintió que disminuyó su productividad (Profamilia, 2010).

En este contexto, el objetivo de esta investigación es identificar los determinantes de la percepción del estado de salud de la mujer, haciendo mayor énfasis en las variables relacionadas con la violencia de pareja. Entre los factores a evaluar están

⁴ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/> consultado el 30/09/2015

⁵ OMS (2005). Los países incluidos en el estudio son: Brasil, Perú, Tailandia, Japón, Namibia, Serbia y Montenegro, Bangladesh, Samoa, Tanzania y Etiopía.

la edad, educación, zona de residencia, ocupación laboral, afiliación al sistema de salud, etnia y estrato socioeconómico; adicionalmente se incluyen variables que miden el contexto familiar de la mujer como la ocupación de su esposo o compañero y la exposición de la mujer a la violencia física, verbal y sexual. Adicionalmente, los resultados también se analizarán desde el punto de vista regional, con el fin de determinar si existen algunas diferencias.

El principal aporte de este trabajo a la literatura nacional e internacional de los determinantes de la salud es la introducción de variables relacionadas con la violencia de pareja, aspecto que no había sido estudiado formalmente como factor influyente de la salud de las mujeres. Solo algunos trabajos descriptivos han indicado sobre una posible relación entre estas dos variables. Asimismo, se destaca el aporte del análisis regional, ya que pone de manifiesto las diferencias geográficas existentes y permite focalizar las políticas públicas que buscan mejorar las condiciones socioeconómicas en pro de una población más saludable.

Este trabajo se divide en cinco secciones. En la segunda se presenta la revisión de literatura. En la tercera sección se hace una breve descripción de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2010 y se puntualizan las variables a utilizar. En la cuarta parte se presenta la metodología y los resultados de las estimaciones econométricas, mientras que en la quinta sección se concluye.

2. Revisión de literatura y marco conceptual

Un resultado que ha sido poco profundizado, que es común en la mayoría de estudios sobre los determinantes del estado de salud y que está relacionado con la existencia de inequidades de género, es que los hombres tienden a percibir mejor estado de salud que las mujeres (Ramírez *et al.*, 2004; Oliva y Zozaya, 2007; Tovar y Arias, 2005). No obstante, estos resultados no han dado origen a estudios específicos sobre los determinantes de la salud femenina; solamente algunos trabajos descriptivos han indicado sobre posibles variables que afectan la salud de la mujer.

Levine *et al.* (2001) encuentran que el nivel de ingresos, la educación y el área geográfica influyen en la salud de la mujer. Así las mujeres pobres, residentes en zonas rurales y que tienen bajo nivel educativo tienden a enfrentar mayores riesgos en su salud reproductiva, como la anemia por deficiencia de hierro que constituye un indicador de mala nutrición, altas tasas de fecundidad y prevalencia de enfermedades crónicas. Por citar un ejemplo en cuanto a la importancia de la educación, investigaciones realizadas en Quito concluyeron que la presencia de cáncer uterino era casi el doble en las mujeres con educación primaria en relación con las que habían alcanzado la secundaria, situación que puede deberse al desconocimiento de los exámenes médicos necesarios para detectar la enfermedad a tiempo (Levine *et al.*, 2001, p. 29).

Para el caso colombiano, Flórez y Camacho (2012) estudiaron la evolución de las inequidades en salud durante el periodo 2000 - 2010, a partir de las Encuestas de Demografía y Salud. Estas autoras encontraron para el caso de la salud materna, evaluada por las complicaciones en el parto y posparto, que este tipo de sucesos son más frecuentes en las zonas rurales que en las urbanas. Por quintiles de ingreso, detectaron que la incidencia es mayor en los más pobres. Por su parte, Prieto *et al.* (2002) encuentran que el principal determinante del estado de salud en las mujeres es el cargo o nivel ocupacional, siendo las mujeres profesionales y de altos cargos las que presentan mejor estado de salud al final de su vida laboral.

Otras variables que se convierten en factores de riesgo para la salud de la mujer, son las relacionadas con malos hábitos en el estilo de vida, como por ejemplo la obesidad, el tabaquismo y la falta de ejercicio físico, problemas que frecuentemente son la causa principal de la diabetes en la mujer (Levine *et al.*, 2001, p. 31).

Acorde con Velzeboer *et al.* (2003), OMS (2005) y Barón (2010), la violencia es una de las principales problemáticas sociales relacionadas con la salud femenina. El maltrato de pareja, la agresión sexual y el abuso sexual en la niñez pueden generar

efectos sobre la salud física como lesiones, alteraciones funcionales y obesidad (por efectos psicológicos). También puede producir trastornos crónicos como los gastrointestinales y la fibromialgia, afectar la salud mental con estrés, depresión, fobias, trastornos alimenticios y baja autoestima, e inducir a la mujer al tabaquismo, abuso de alcohol y drogas, y comportamientos sexuales arriesgados ⁶.

De acuerdo a un estudio realizado por la OMS en Brasil, Perú, Tailandia, Japón, Namibia, Serbia y Montenegro, Bangladesh, Samoa, Tanzania y Etiopía, es mucho más probable que las mujeres que han sido víctimas de violencia de pareja afirmen tener mala o muy mala salud, en comparación con las mujeres que nunca han sido víctimas de violencia por parte de su pareja. Asimismo, es mucho más probable que las mujeres afectadas por la violencia física o sexual presenten problemas de salud mental como angustia emocional y deseos e intento de suicidio, en relación con las mujeres que no han sido maltratadas. También se encontró un efecto negativo sobre la salud reproductiva, indicando que era más probable que las mujeres maltratadas por su pareja hubieran tenido algún aborto espontáneo (OMS, 2005, pp 18-21).

Finalmente, un trabajo focalizado en la salud de la población indígena femenina concuerda con que un importante riesgo para la salud de las mujeres es la violencia, pero además expresa que ésta ha ido incrementándose al mismo tiempo con el abuso del alcohol, la pobreza y el desempleo de los hombres (Organización Panamericana de la Salud, s.f). Lo que podría indicar que el contexto más cercano (familiar o de pareja) al cual está expuesta la mujer, también afecta su estado de salud.

Dada la poca evidencia encontrada para la relación entre violencia de pareja y salud de la mujer y con el fin de poner en contexto y dar un marco conceptual a esta investigación, a continuación se hace un recorrido por varios trabajos. Se iniciará con los primeros aportes a la teoría de los determinantes sociales y con las formas de

⁶ Descripción realizada con base en el esquema de Heise, Ellsberg y Gottemoeller (1999) citado por Velzeboer *et al.* (2003), p. 6.

medir la salud. Posteriormente, se analizarán las variables que han sido utilizadas como determinantes sociales de la salud y sus resultados. Finalmente, se mencionarán los hallazgos en cuanto a inequidades en salud.

2.1 Los primeros aportes a la teoría de los determinantes sociales de la salud y las medidas del estado de salud

El estudio pionero en este campo es el realizado por Grossman (1972), quien basado en la teoría del capital humano introducida por Becker (1965), propone que la salud puede ser vista como un stock de capital donde cada persona hereda un nivel inicial que se deprecia con el tiempo y se incrementa con la inversión. También plantea que las personas demandan salud por dos razones; en primera medida por consumo, dado que los individuos siempre buscarán estar mejor o tener buena salud, y en segundo caso por inversión, ya que con un mejor estado de salud los individuos tienen más tiempo para producir.

A partir de su modelo, Grossman (1972, 1999) encuentra que la edad, la educación y el ingreso son determinantes del estado de salud, así: a medida que pasa el tiempo (edad), la depreciación del stock de salud aumenta y el estado de salud desmejora; las personas más educadas son productores más eficientes de salud, por lo que hay una relación positiva entre salud y educación; y con un nivel más alto de ingresos, el gasto en cuidado médico aumentará y por ende también se incrementará la demanda por salud o nivel de salud deseado por el individuo. Autores como Cropper (1981), Wagstaff (1993) y Gerthman *et al.* (1999), aplicaron con datos específicos estos planteamientos teóricos e incorporaron nuevas variables como factores que podrían influir en la salud.

Paralelo al avance en la teoría de los determinantes de la salud, surgió el debate sobre la manera más correcta de medir la salud, dada la existencia de medidas objetivas y subjetivas. Entre las medidas objetivas más usadas están la tasa de mortalidad, la tasa de morbilidad, nutrición, presencia de enfermedades crónicas y

expectativas de vida. No obstante, las medidas subjetivas han cobrado importancia durante los últimos años con el uso de las encuestas de percepción que proporcionan un indicador del estado de salud auto-reportado, el cual permite identificar la valoración que le da cada persona a su estado de salud.

Algunos trabajos, como los de Kaplan y Camacho (1983) e Idler y Kasl (1991), encontraron relación entre la percepción de salud y la mortalidad. Asimismo, Connelly *et al.* (1989) encontraron evidencia de asociación entre percepción y atención médica (visitas y llamadas al doctor), y recientemente, para el caso colombiano, Tovar y Arias (2005) evaluaron la percepción de salud comparándola con variables como haber sufrido alguna enfermedad en el último mes, tener una enfermedad crónica, y haber sido hospitalizado. Todos estos trabajos lograron concluir que existe una acertada aproximación entre ambas medidas, lo que logra darle validez al uso de la percepción como medida de la salud. No obstante, Gerthman *et al.* (1999) argumentan que una de las dificultades de las variables subjetivas es la interpretación del tamaño de los coeficientes, por lo cual resalta la importancia de la complementariedad entre medidas subjetivas y objetivas.

2.2 Variables usadas y algunos resultados de los determinantes sociales de la salud

Las variables más utilizadas en la estimación de los determinantes de la salud son las siguientes: género, edad, ingreso, educación, diagnóstico de una enfermedad crónica, haber sido hospitalizado en el último año, haber tenido accidentes en el último año, vida sedentaria, alcoholismo y el índice de masa corporal. Entre los resultados se destaca que la edad disminuye la probabilidad de tener buen estado de salud, mientras que la educación tiene una asociación positiva con esta (Prieto *et al.*, 2002; Oliva y Zozaya, 2007; Tovar y Arias, 2005). Por su parte, tener una enfermedad crónica, haber sido hospitalizado, llevar una vida sedentaria, alcoholismo y obesidad (alto índice de masa corporal), como era de esperarse, se

asocian con una menor calidad de vida relacionada con la salud (Oliva y Zozaya, 2007).

Respecto a variables socioeconómicas, se ha encontrado que los ingresos muestran una relación positiva con el estado de salud (Prieto *et al.*, 2002, Tovar y Arias, 2005). Asimismo, en la mayoría de trabajos realizados para el caso colombiano, las variables sobre tipo de afiliación al sistema de salud y la situación laboral son muy utilizadas. Los resultados muestran que las personas afiliadas al régimen de salud contributivo tienen mayor probabilidad de tener buen estado de salud (Ramírez *et al.*, 2004, Tovar y Arias, 2005), así como las personas que tienen menos factores de riesgo en su trabajo (Tovar y Arias, 2005). Por su parte, Ramírez *et al.* (2004) encontraron que un trabajador tiene menor probabilidad de tener mal estado de salud que un estudiante o un desempleado.

Adicionalmente, entre los resultados más importantes de los trabajos relacionados con los determinantes de la salud está la identificación de inequidades en salud. Estas son observables a partir de diferentes aspectos como las condiciones socioeconómicas, el ingreso, la zona geográfica de residencia y el género, entre otros. En este marco, los trabajos de Ramírez *et al.* (2004), Zambrano (2005), Tovar y Arias (2005) y Tovar y Garcia (2006), han incluido otros factores en su análisis.

2.3 Principales hallazgos en cuanto a las inequidades en salud

En términos económicos, la salud es entendida como una de las piedras angulares del capital humano, que junto con la educación constituyen la base de la productividad económica de una persona (OMS, 2002, p. 23). Es así como se entiende que el estado de salud de la población es un indicador del desarrollo económico actual y futuro que puede alcanzar una ciudad, región o país. De hecho, el informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud (CMS) del 2002 estimó que una mejora del 10% en la esperanza de vida (variable utilizada para medir la salud) está asociada con un incremento de entre 0,3% y 0,4% en el crecimiento económico de un país

(OMS, 2002, p. 26). No obstante, la salud también puede entenderse como resultado del desarrollo económico, dado que países con mayores ingresos tendrán mayores recursos para invertir en salud y ofrecerán mejores condiciones de vida a sus habitantes. De acuerdo con OMS (2002), los países con menores ingresos son los que poseen peores indicadores de salud como baja esperanza de vida al nacer y altas tasas de mortalidad infantil. Bajo esta línea de pensamiento, las inequidades en salud observadas entre países o al interior de estos pueden ser consecuencia de la existencia de desigualdades socioeconómicas.

Zambrano (2005) relaciona las diferencias en morbilidad en las regiones de Colombia con las diferencias en las condiciones socioeconómicas. Señala que, de acuerdo a estimaciones realizadas con la Encuesta de Calidad de Vida del 1997 y 2003, en Colombia las regiones más pobres y con menor tasa de afiliación a seguridad social, reportan un mal o regular estado de salud. Asimismo, encontró que la población que habita en la región Pacífica tiene mayor probabilidad de enfermarse, mientras que esta cifra es inferior para el departamento de San Andrés.

Por su parte, Ramírez *et al.* (2004) encontraron que vivir en Bogotá o en Antioquia y un mayor nivel de educación de los padres aumenta la probabilidad de que las personas perciban un mejor estado de salud. Asimismo, si la familia cocina con electricidad o gas natural, la percepción del estado de salud mejora en comparación con el uso de otro combustible. Finalmente, a mayor número de personas en una vivienda el estado de salud se ve afectado negativamente (Ramírez *et al.*, 2004 p. 12).

De igual forma, Tovar y Garcia (2006) utilizando la Encuesta de Calidad de Vida (2003) encuentran que en todas las regiones de Colombia las mejores condiciones de vida en el hogar están relacionadas con una mejor percepción del estado de salud. El hecho de dejar de consumir alguna de las tres comidas muestra un resultado negativo y significativo sobre el estado de salud en las regiones Oriental, Central, Pacífica, Antioquia, Bogotá y San Andrés; Y la ubicación del hogar cerca a alguna

fuente de contaminación tuvo un impacto negativo en la salud de la población de las regiones Oriental, Pacífica, Valle del Cauca y Bogotá. Tovar y Arias (2005) también muestra interesantes resultados en el análisis geográfico. Encontraron que en la región Pacífica hay mayor probabilidad de tener mal estado de salud, mientras que las personas ubicadas en San Andrés y Providencia, Valle y Antioquia presentan mayor probabilidad de tener muy buen estado de salud.

Estas conclusiones de tipo geográfico son importantes dado que “las inequidades sociales van de la mano con las inequidades geográficas, tanto en el uso de los servicios de salud como en el estado de salud: los departamentos de menor nivel de desarrollo son los de menor cobertura en los servicios de salud y los de mayor incidencia de peores estados de salud. Así, los departamentos que están peor en condición social, están también peor en el uso de los servicios de salud y en estado de salud” (Flórez y Acosta, 2007 p. 42).

3. Datos, definición de variables y estadísticas descriptivas

3.1 Datos y definición de variables

Los datos para realizar las estimaciones provienen de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud –ENDS 2010– realizada por PROFAMILIA⁷. La ENDS 2010 tiene una cobertura nacional, con representatividad urbana y rural, regional y departamental, y logró abarcar el 99% de la población civil que habita en el país⁸.

La ENDS reúne información relacionada con indicadores demográficos, de calidad de vida, sistema de seguridad social, salud sexual y reproductiva, salud infantil y materna, violencia intrafamiliar, antropometría y nutrición en niños menores de cinco años. En este trabajo solamente se usaron los datos correspondientes a las

⁷ La descripción de la ENDS está basada en el capítulo 1 de Profamilia (2010). Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

⁸ Solamente por razones de costos no se incluyó la población rural dispersa de la región Orinoquía y Amazonía. Esta región comprende los departamentos de: Arauca, Casanare, Guainía, Vichada, Amazonas, Putumayo, Guaviare y Vaupés.

mujeres en edad fértil (13 a 49 años) que han estado alguna vez casadas o en unión libre. En total, la ENDS 2010 cuenta con resultados para 51.447 hogares de todo el país, y 204.459 personas. El módulo de mujeres en edad fértil (13 a 49 años) contiene 53.521 observaciones, de las cuales 34.681 corresponden a mujeres que alguna vez han estado casadas o han cohabitado con su pareja y que respondieron las preguntas relacionadas con violencia de pareja⁹. Esta última cifra corresponde al número de observaciones con el cual se trabajó en esta investigación.

Para la elección y agrupación de las variables se tuvo en cuenta parte del esquema que la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS propone como un sistema de vigilancia que contiene datos sanitarios y socioeconómicos que permita evaluar el grado de inequidad, llevar un seguimiento e identificar los principales factores susceptibles de cambio para reducir las inequidades sanitarias (Figura 1) (OMS, 2009, pp 181-182).

La Figura 1 organiza los determinantes del estado de salud en cuatro grandes grupos: i) calidad de vida, ii) protección social, iii) atención sanitaria y iv) factores estructurales de las desigualdades sociales. En este trabajo se incluirán solamente tres, ya que la Encuesta Nacional de Demografía y Salud no posee variables relacionadas con el grupo de atención sanitaria. No obstante, se adicionará un último grupo que contiene variables que miden el contexto familiar de la mujer (incluida la violencia de pareja).

El primer grupo correspondiente al conjunto de condiciones de vida reúne aspectos relacionados con el estilo de vida y las condiciones socioeconómicas y laborales, los cuales se medirán con las siguientes variables: ubicación de la vivienda (zona urbana o rural), tenencia de acueducto y gas natural como aproximación de las condiciones de la vivienda; y la ocupación de la mujer como indicador de las condiciones

⁹ Para las que se logró la privacidad para responder la encuesta.

laborales. Por su parte, en el segundo grupo de determinantes están los relacionados con la protección social, en donde se incluirá el tipo de afiliación a seguridad social.

Figura 1.
Determinantes sociales del estado de salud

Condiciones de vida	Comportamientos sanitarios : Tabaquismo, alcoholismo, actividad física y regimen alimentario y nutrición
	Entorno físico y social: Agua y saneamiento, condiciones de la vivienda, infraestructura, transporte y diseño, calidad del aire y capital social
	Condiciones de trabajo: Riesgos físicos laborales y estrés
Atención sanitaria	Cobertura
	Infraestructura del sistema sanitario
Protección social	Cobertura
	Generosidad
Factores estructurales de las desigualdades sanitarias	Genero : Normas y valores, participación económica y salud sexual y reproductiva
	Desigualdades sociales: Exclusión social, distribución del ingreso y la riqueza, y educación.
	Contexto sociopolítico: Derechos civicos, condiciones de empleo, gobernanza y prioridades del gasto público, condiciones macroeconómicas

Fuente: Fragmento del Recuadro 16.3 "Hacia un sistema nacional integral de vigilancia de la equidad sanitaria". Tomado de OMS (2009, p. 182).

El tercer grupo corresponde a los factores estructurales de desigualdades sociales, que son aquellas variables que generan la estratificación social y definen la posición socioeconómica del individuo dentro de las jerarquías de poder, el prestigio y el acceso a los recursos; entre estas variables están los ingresos, la educación, la clase social, el género y la raza (*Commission on Social Determinants of Health*, 2007, p. 34).

En este trabajo, los factores estructurales que se incluirán son el estrato socioeconómico, la educación de la mujer y el grupo étnico.

Asimismo, el valor agregado de este trabajo se concentra en medir el contexto social cercano de la mujer. Para esto se tienen en cuenta las variables de ocupación de la pareja, esposo o compañero y la exposición que tiene la mujer a la violencia de pareja. Adicionalmente a los grupos ya mencionados y siguiendo los trabajos empíricos desarrollados anteriormente, se incluirá como variable explicativa la edad de la mujer.

El Cuadro 1 presenta un resumen de las variables tomadas para el desarrollo de esta investigación. La variable que mide el estado de salud de la mujer es una variable de percepción distribuida en cinco categorías: excelente, muy bueno, bueno, regular y malo. No obstante, dada la baja frecuencia que muestran algunas de estas categorías con relación a otras, y para hacer nuestro trabajo comparable con otros estudios, reagrupamos las cinco categorías en solo tres. La primera contiene las mujeres que respondieron percibir excelente o muy buena salud; la segunda se refiere a las que perciben un buen estado de salud; y la última categoría reúne a las mujeres que dijeron percibir regular o mal estado de salud¹⁰.

Cuadro 1. Variables utilizadas en el modelo

¹⁰ La reagrupación también permite que los resultados tanto del análisis de variables como del modelo sean más consistentes y no sesgados por la cantidad de observaciones en una categoría específica. Para detalles de la reagrupación remitirse a los anexos.

Variables		Descripción	
Variable dependiente			
	Estado de salud	Regular y malo = 0 Bueno = 1 Muy bueno y excelente = 2	
Variables independientes			
Condiciones de vida	Zona	Urbana =1; Rural =0	
	Acueducto	Si =1; No=0	
	Gas Natural	Si =1; No=0	
	Ocupación de la mujer*	Nunca ha trabajado** Operario y otros Ventas y servicios Director, profesional o administrativo No afiliado	
Protección social	Tipo de afiliación al sistema de seguridad social*	Régimen subsidiado** Régimen contributivo y especial (Ej.: Fuerzas Armadas, Ecopetrol)	
Factores estructurales	Etnia*	Ninguna** Otras: gitana, raizal y palenquera Indígena Afrocolombiano	
	Estrato*	Bajo** Medio Alto	
	Máximo nivel educativo alcanzado*	Ninguno Preescolar y primaria** Secundaria Técnico o tecnólogo Superior	
	Entorno familiar	Violencia 1: Golpes, empujones, mordeduras y patadas.	Si = 1; No = 0
		Violencia 2: Amenaza o ataque con arma, estrangulación o quemadura	Si = 1; No = 0
Violencia 3: Abuso sexual		Si = 1; No = 0	
Violencia 4: Agresión verbal, términos desobligantes		Si = 1; No = 0	
Ocupación del esposo /compañero o de su última pareja*		Operario y otros** Ventas y servicios Director, profesional o administrativo	
	Edad	13 - 49 años	

Fuente: ENDS 2010 - Profamilia

* Para las variables que reúnen varias categorías, fueron creadas dummies por categoría: Si =1 y No =0

** Categoría base

En cuanto a las variables explicativas, la edad es la única variable continua, mientras que zona, acueducto y gas natural son binarias. Por su parte, la educación, ocupación

de la mujer y del compañero¹¹, afiliación a seguridad social, etnia y estrato, son variables categóricas. En este caso, cada categoría fue introducida en el modelo como una variable binaria, dejando una categoría como base.

Las variables de violencia de pareja se construyeron a partir de la pregunta Q1107¹² que indica varios tipos de agresión física a los que ha estado expuesta la mujer. A partir de esta pregunta se hicieron reagrupaciones y se generaron variables binarias para tres tipos de violencia: golpes, empujones, mordeduras y patadas (violencia 1); amenaza o ataque con arma, estrangulación o quemadura (violencia 2) y abuso sexual (violencia 3). La variable de agresión verbal o términos desobligantes (violencia 4) se tomó de la pregunta Q1104.

Las hipótesis que se plantean acerca de las variables escogidas como posibles determinantes del estado de salud de las mujeres en Colombia son las siguientes:

Condiciones de vida: Se espera que para las mujeres que viven en una zona urbana, con servicio de acueducto y gas natural aumente la probabilidad de percibir buen, muy buen o excelente estado de salud. En cuanto a la ocupación de la mujer, la expectativa es que trabajos asociados a un menor riesgo físico estén relacionados positivamente con una percepción favorable del estado de salud.

Protección social: La hipótesis es que las mujeres afiliadas al régimen contributivo y especial tengan menor probabilidad de percibir un regular y mal estado de salud, en relación con las que están afiliadas al régimen subsidiado.

Factores estructurales de desigualdades sociales: En cuanto al estrato socioeconómico se espera que los estratos más altos tengan mayor probabilidad de percibir un estado de salud favorable, en relación a los estratos más bajos. Igualmente, en la educación, un mayor nivel alcanzado estará relacionado con una

¹¹ En el caso de mujeres viudas o separadas la información corresponde a la última pareja.

¹² Para mayor detalle de estas preguntas ver los anexos.

percepción favorable del estado de salud. Por su parte, la expectativa es que entre mayor sea la edad, aumente la probabilidad de señalar un estado de salud regular y malo.

Contexto familiar: En este caso, la ocupación de la pareja es vista como un indicador socioeconómico del hogar o del contexto cercano a la mujer, que al igual que el ingreso puede afectar positiva o negativamente el estado de salud. Se intuye que ocupaciones de mayor especialización generan mayores recursos económicos a la pareja, por lo que tanto el hombre como la mujer tienen mayores recursos para dedicar a atención en salud o simplemente para vivir en mejores condiciones. De esta forma, se espera que aquellas mujeres cuya pareja se desempeña en labores más especializadas tengan mayor probabilidad de percibir un estado de salud favorable.

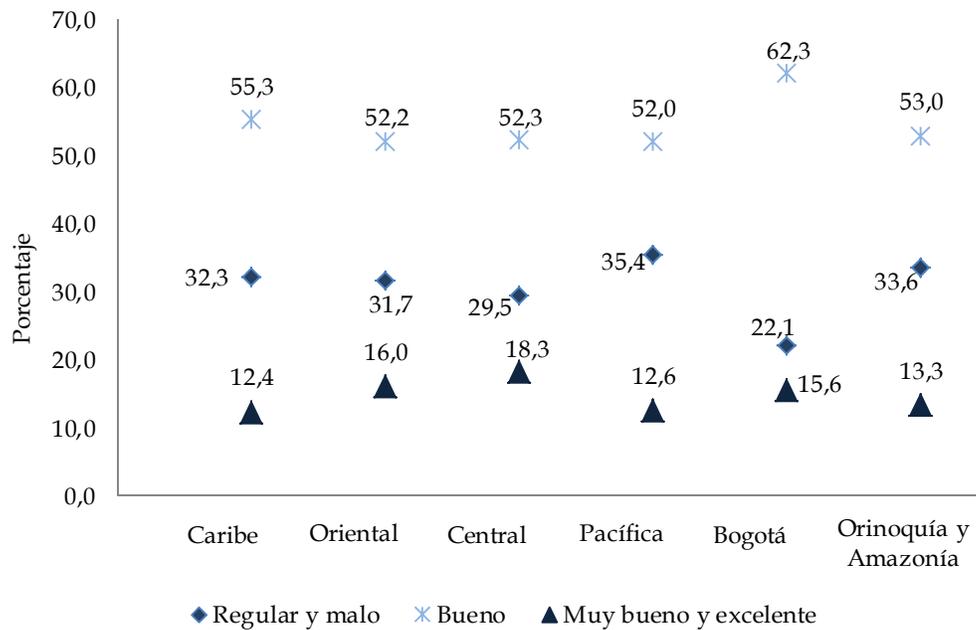
Por su parte, se espera que las variables que miden la violencia (en cualquiera de las formas) tengan una relación negativa con la percepción del estado de salud.

3.2 Estadísticas descriptivas

Un análisis preliminar de la ENDS (2010), muestra que el 53,7% de las mujeres percibieron buen estado de salud, 31,6% regular y malo, y 14,8% muy bueno y excelente. En el contexto regional, las proporciones entre la percepción del estado de salud de las mujeres no cambia demasiado, sigue siendo más frecuente el buen estado de salud, sin embargo, se pueden notar algunas diferencias entre regiones. Por ejemplo, Bogotá en relación con el resto de regiones, posee un mayor porcentaje de mujeres que perciben buen estado de salud, y una menor proporción de aquellas que señalan un estado de salud regular y malo. Por su parte, la proporción de mujeres que perciben muy bueno y excelente estado de salud es mayor, con relación al resto, en las regiones Central y Oriental. Asimismo, en las regiones Pacífica y Orinoquía-Amazonía, el porcentaje de mujeres que califican su estado de salud como regular y malo es más alto que esta misma proporción en otras regiones (Gráfico 1).

Gráfico 1.

Porcentaje de mujeres según la percepción de su estado de salud



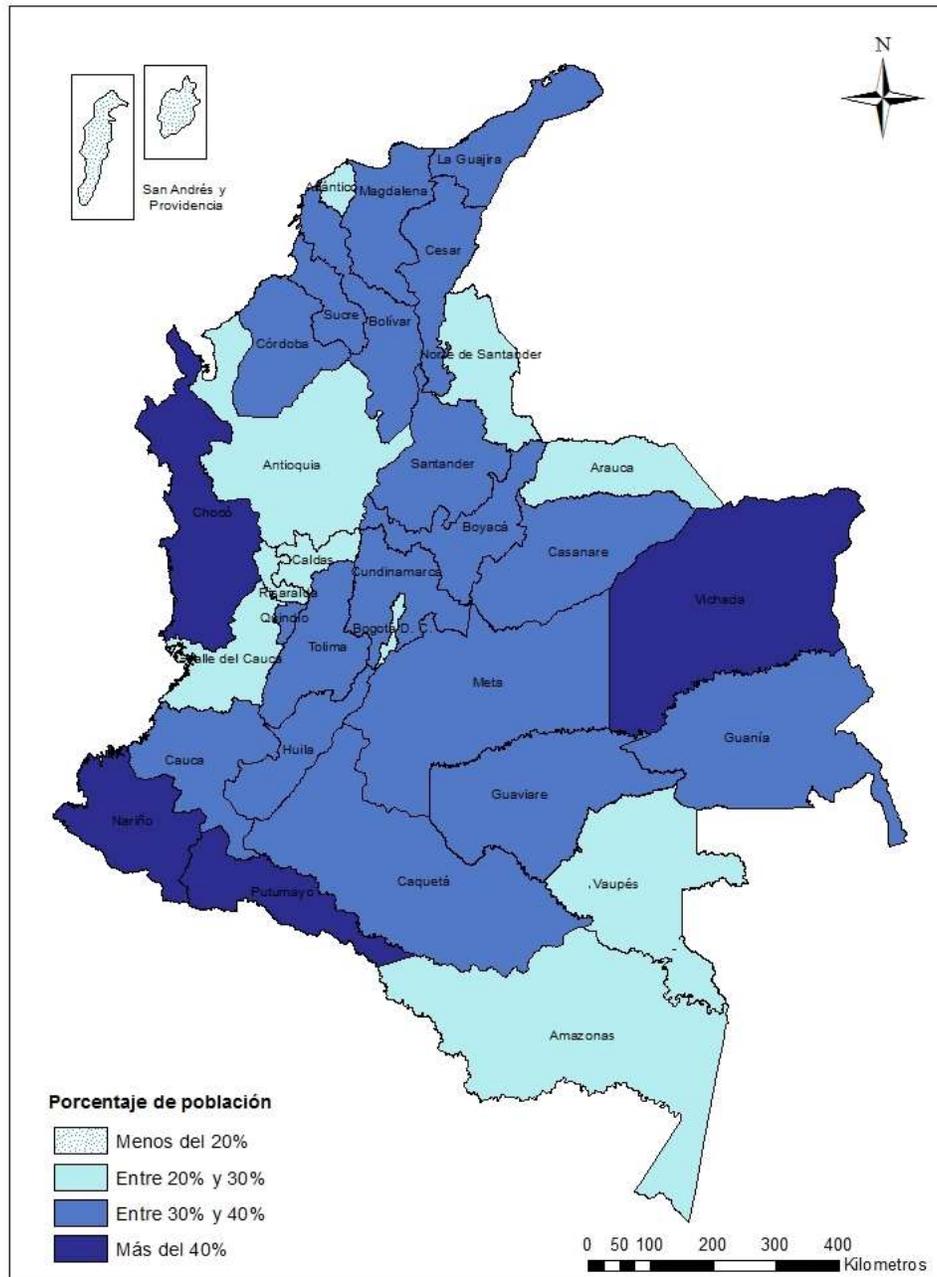
Fuente: ENDS (2010). Cálculos de la autora.

El Mapa 1 muestra en un tono más fuerte los departamentos con mayor porcentaje de mujeres que perciben regular y mal estado de salud. Entre más claro sea el tono menor será la proporción de mujeres con esta percepción.

En la mayoría de departamentos del país, entre 30% y 40% de la población femenina tiene una percepción desfavorable de su estado de salud. En Nariño, Putumayo, Vichada y Chocó más del 40% de la población femenina perciben un estado de salud “regular y malo”. Por su parte, San Andrés es el único departamento en donde menos del 20% (exactamente 18,9%) de las mujeres tienen una percepción desfavorable acerca de su salud. Le siguen Bogotá (22,1%) y Caldas (23,7%), que se ubican en el rango del 20% al 30%.

Mapa 1.

Porcentaje de mujeres que perciben regular y mal estado de salud por departamentos.



Fuente: ENDS 2010. Cálculos de la autora.

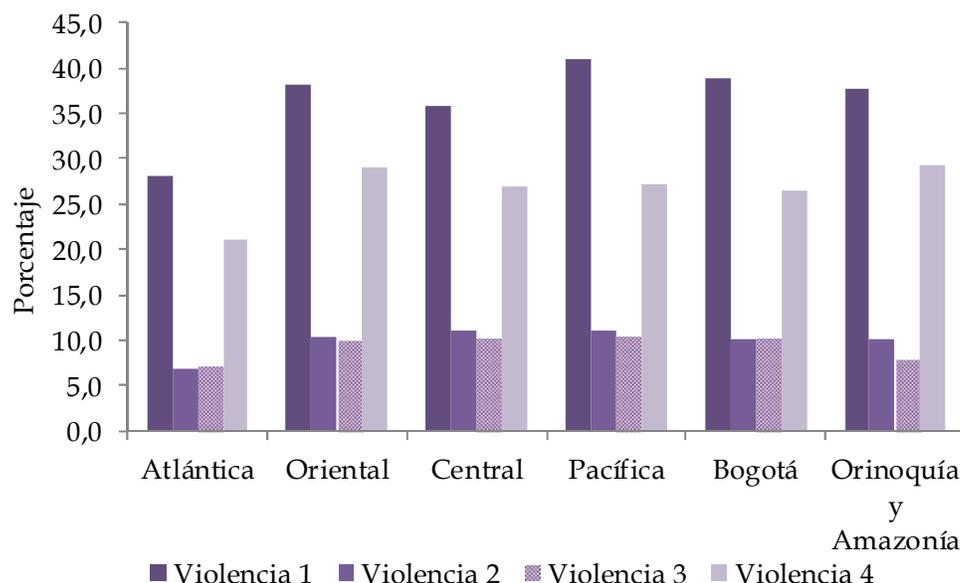
Por su parte, los departamentos que tienen una alta proporción de mujeres que perciben su estado de salud como “muy bueno y excelente” son Norte de Santander (27,2%), Antioquia (25,6%), Risaralda (23,5%) y Caldas (22,5%); mientras que Nariño (4,0%), Putumayo (6,1%), Sucre (7,2%) y Caquetá (7,9%), son los departamentos con

menor proporción de población femenina con “muy buen y excelente” estado de salud.

De las 34.681 mujeres incluidas en este estudio, el 35,7% ha sido víctima de agresiones físicas por parte de su pareja con golpes, empujones, mordeduras y patadas. El 9,8% ha sufrido amenaza o ataque con arma, estrangulación o quemadura; 9,3% ha sido víctima de abuso sexual y 26,4% ha recibido agresión verbal o términos desobligantes.

Gráfico 2.

Porcentaje de mujeres según tipo de violencia en cada región



Fuente: ENDS 2010, Cálculos de la autora.

Nota: La clasificación es la siguiente: golpes, empujones, mordeduras y patadas (violencia 1); amenaza o ataque con arma, estrangulación o quemadura (violencia 2), abuso sexual (violencia 3), violencia verbal o términos desobligantes (violencia 4).

En el contexto regional, se observa un resultado parecido al nacional, con algunas variaciones entre regiones y tipos de violencia. En general prevalecen como los tipos de violencia más comunes o con mayor número de casos: los golpes, empujones, mordeduras y patadas (violencia 1), siendo mayor el porcentaje en las regiones

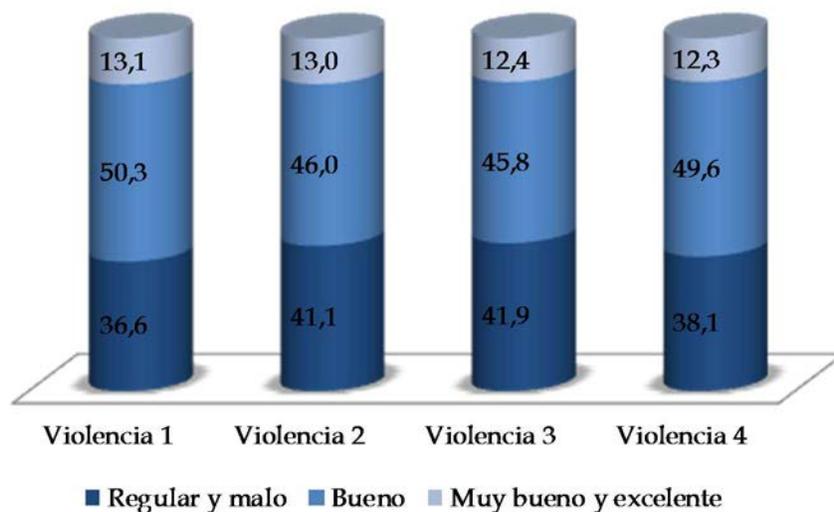
Pacífica (41,0%), Bogotá (38,8%) y Oriental (38,2%); y la agresión verbal (violencia 4), especialmente en las regiones Orinoquía y Amazonía (29,2%) y Oriental (29,0%).

También se observa que a diferencia del resto de regiones, en Caribe y Bogotá el tipo de violencia con mayor impacto, después de la agresión física (violencia 1) y la agresión verbal (violencia 4), es el abuso sexual (violencia 3), con porcentajes de 7,4% y 10,6% respectivamente. Por su parte, los porcentajes más altos de casos de violencia con amenaza o ataque con arma, estrangulación o quemadura (violencia 2), se dieron en las regiones Pacífica (11,1%) y Central (11,0%).

Al hacer una primera aproximación a la relación de la violencia con el estado de salud, se encuentra que la mayoría de las mujeres víctimas de violencia de pareja perciben buen estado de salud. Sin embargo, la proporción de mujeres que manifestó regular o mal estado de salud es la segunda más alta. El Gráfico 3 muestra que de las mujeres que han sido víctimas de golpes, empujones, mordeduras y patadas (violencia 1), el 36,6% perciben regular y mal estado de salud. Asimismo, el 38,1% de las mujeres que han sido agredidas verbalmente (violencia 4) perciben regular y mal estado de salud, este porcentaje asciende a 41,1% en el caso de que la mujer haya sido víctima de amenaza o ataque con arma, estrangulación o quemadura (violencia 2), y es más alto en el caso del abuso sexual (violencia 3) con 41,9%. Adicionalmente, indistintamente del tipo de violencia, el porcentaje de mujeres que perciben un estado de salud muy bueno y excelente, no superó el 13,1%.

Gráfico 3.

Distribución porcentual de las mujeres según la percepción de su estado de salud y tipo de violencia



Fuente: ENDS 2010, Cálculos de la autora.

Nota: La clasificación es la siguiente: golpes, empujones, mordeduras y patadas (violencia 1); amenaza o ataque con arma, estrangulación o quemadura (violencia 2), abuso sexual (violencia 3), violencia verbal o términos desobligantes (violencia 4).

El Cuadro 2 muestra las principales estadísticas descriptivas de las otras variables a utilizar. En general, de la muestra de población femenina tomada para esta investigación, el 70,6% vive en zona urbana y el restante 29,4% en área rural. Asimismo, el 80,6% cuenta con acueducto en su vivienda y solamente el 39,2% tiene gas natural.

En cuanto a la ocupación laboral¹³, el 63,9% se ocupa en labores de ventas y servicios; el 14,3% de las mujeres trabajan en cargos directivos y profesionales; 11,3% realiza trabajos como operarias y otros, mientras que el 10,5% nunca ha trabajado.

¹³ Los cargos que comprende cada categoría de ocupación laboral son los siguientes. Directivo y profesional: reúne los cargos de directivos, profesionales, técnicos, administrativo y funcionario público. La categoría de ventas y servicios reúne los vendedores, comerciantes y trabajadores de los servicios. Finalmente en la categoría de operario y otros están: trabajador agropecuario, operario (conductor o de maquinaria), y otros.

Respecto a la afiliación al sistema de salud, el 52,5% de la población femenina se encuentra en el régimen subsidiado, 36,5% a los regímenes contributivo y especial; mientras que el 11,0% no tiene ningún tipo de afiliación.

Cuadro 2.
Estadísticas descriptivas de las variables explicativas

Variable	Desviación			
	Media	estándar	Mínimo	Máximo
Urbano	0,706	0,455	0	1
Acueducto	0,806	0,396	0	1
Gas natural	0,392	0,488	0	1
Mujer_directivo y profesional	0,143	0,350	0	1
Mujer_ventas y servicios	0,639	0,480	0	1
Mujer_operativosyotros	0,112	0,316	0	1
No afiliado	0,110	0,312	0	1
Contributivo y especial	0,366	0,482	0	1
Indígena	0,099	0,299	0	1
Afro	0,101	0,302	0	1
Etnia_otro	0,009	0,094	0	1
Estrato_medio	0,155	0,362	0	1
Estrato_alto	0,006	0,080	0	1
Educación_ninguna	0,029	0,169	0	1
Educación_secundaria	0,468	0,499	0	1
Educación_técnica	0,085	0,279	0	1
Educación_superior	0,093	0,291	0	1
Edad	33,8	9,0	13	49
Compañero_directivo y profesional	0,141	0,348	0	1
Compañero_ventas y servicios	0,378	0,485	0	1
Violencia1	0,357	0,479	0	1
Violencia2	0,098	0,297	0	1
Violencia3	0,093	0,290	0	1
Violencia4	0,264	0,441	0	1

Nota: Todas la variables contienen 34.681 observaciones.

Fuente: ENDS 2010. Cálculos de la autora.

Acorde a los datos de etnia, el 79,0% no pertenece a ninguna etnia, el 10,1% son mujeres afrocolombianas, el 9,9% es indígena y 0,9% pertenece a otras etnias (gitanas, palanqueras y raizales). La edad promedio de las mujeres incluidas en la

muestra es de 34 años y aproximadamente el 83,8% se ubica en estrato bajo, 15,6% en estrato medio y solamente 0,6% en estrato alto¹⁴.

Respecto al nivel educativo más alto alcanzado por la mujer, el 3,0% nunca asistió a la escuela, el 32,4% llegó hasta preescolar o primaria, 46,8% realizó estudios de secundaria y 8,5% de educación técnica o tecnológica y 9,3% educación superior (universitario y postgrado). Finalmente, la distribución de la ocupación del esposo o compañero es la siguiente: 48,1% operario y otro, 37,8% en ventas y servicios y 14,1% como directivo y profesional¹⁵.

4. Determinantes del estado de salud

4.1 Metodología

La aproximación econométrica sugerida es un logit ordenado:

$$y^* = X\beta + e \quad (1)$$

Donde, el error “e” tiene una distribución normal con media cero y varianza constante, y X corresponde al conjunto de variables explicativas. En este caso la variable latente y^* contiene las siguientes tres categorías:

$y = 0 = \textit{Regular y malo}$

$y = 1 = \textit{Bueno}$

$y = 2 = \textit{Muy bueno y excelente}$

No obstante, uno de los supuestos claves en estos modelos ordenados es que los estimadores son iguales para todas las tres categorías de la variable dependiente, este supuesto es llamado *proportional odds* o líneas paralelas. Si el modelo no llegara

¹⁴ Entiéndase como estrato bajo: estrato 1 y 2, y las viviendas con conexiones piratas a energía eléctrica, viviendas sin recibo o no sabe. Estrato medio: 3 y 4; estrato alto: 5 y 6.

¹⁵ Las ocupaciones del esposo comprenden los mismos cargos que en el caso de la ocupación de la mujer, los cuales fueron explicados en un pie de página anterior.

a cumplir con este supuesto, los estimadores serían sesgados e ineficientes (González, 2010). Para verificar esto se realizó un test de Brant¹⁶, el cual provee información sobre cuáles variables verifican este supuesto. A partir del resultado del test de Brant, se obtiene que aunque la mayoría de las variables incluidas cumplen con el supuesto de líneas paralelas, aún existen algunas que no lo cumplen, por lo que estamos ante un modelo que verifica el supuesto de líneas paralelas de manera parcial (*partial proportional odds models*).

Lo sugerido en este caso (Winkelmann and Boes, 2009; González, 2010) es hacer la estimación de un modelo logit ordenado generalizado, el cual relaja el supuesto de líneas paralelas y permite que los estimadores sean fijos o iguales para las variables que cumplan con dicho supuesto y que varíen entre categorías para aquellas variables que violan el supuesto.

De acuerdo con Williams (2006), el modelo logit ordenado generalizado cumple la siguiente formulación

$$P(Y_i > j) = \Lambda(X\beta_j) = \frac{\exp(\alpha_j + X\beta_j)}{1 + \{\exp(\alpha_j + X\beta_j)\}}, \quad j = 1, 2 \dots M - 1 \quad (2)$$

Donde M es el número total de categorías, α_j son puntos de corte no conocidos y Λ denota la función de densidad acumulada, que para este caso es logística. Los valores de α y β son estimados por máxima verosimilitud.

Las probabilidades estarán dadas por:

$$P(Y_i = 1) = 1 - \Lambda(X_i\beta_1) \quad (3)$$

¹⁶ Los resultados de este test se presentan en los anexos.

$$P(Y_i = j) = \Lambda(X_i\beta_{j-1}) - \Lambda(X_i\beta_1) \quad j = 2, \dots, M - 1$$

$$P(Y_i = M) = \Lambda(X_i\beta_{M-1})$$

Por lo tanto, para esta investigación se utiliza un modelo logit ordenado generalizado que cumple el supuesto de líneas paralelas de manera parcial, el cual Williams (2006) especifica así:

$$P(Y_i > j) = \Lambda(X\beta_j) = \frac{\exp(\alpha_j X1_i\beta1 + X2_i\beta2 + X3_i\beta3_j)}{1 + \{\exp(\alpha_j X1_i\beta1 + X2_i\beta2 + X3_i\beta3_j)\}}, \quad j = 1, 2 \dots M - 1$$

(4)

Donde los estimadores β_1 y β_2 de X_1 y X_2 son iguales para todas las “j” categorías, pero el estimador β_3 de la variable X_3 toma valores diferentes en cada categoría.

Como en nuestro caso $M > 2$, el modelo se define como una serie de regresiones logísticas binarias donde las categorías de la variable independiente se combinan. Así, para nuestro caso: si $M = 3$, entonces para $J = 1$, la categoría 1 es contrastada con las categorías restantes 2 y 3. Y cuando $J = 2$, las categorías 1 y 2 se contrastan con la 3. Sin embargo, al igual que en los modelos ordenados comunes, la interpretación de las magnitudes se hace a partir de los efectos marginales.

Entre las pruebas realizadas al modelo están el test de Heckman, cuyos resultados indican la no existencia de sesgo de selección, dado que se están tomando los datos de un grupo específico de mujeres con la característica de haber estado alguna vez casadas o en unión libre. Adicionalmente se estimó la matriz de correlaciones entre las variables explicativas con el fin de descartar el problema de multicolinealidad¹⁷. También es importante mencionar que la relación entre salud y economía tiene una naturaleza bidireccional generada por el ingreso, dado que las personas con bajos

¹⁷ Estos resultados se presentan en los anexos.

ingresos no tendrán suficiente capacidad económica para mejorar su estado de salud y, a su vez, un deficiente estado de salud contribuirá a que la persona sea menos productiva y genere menores ingresos. Lo anterior puede desembocar en problemas de endogeneidad o simultaneidad en las estimaciones, lo cual debería ser corregido por el uso de variables instrumentales¹⁸. Sin embargo, estudios como el de Cerón (2004), que ha intentado corregir la endogeneidad producida por el ingreso, ha encontrado que instrumentalizar el ingreso a través de los estratos socioeconómicos, como se hace en este trabajo, elimina el problema de la endogeneidad.

4.2 Resultados

En primer lugar se realizaron estimaciones para el total del país. Posteriormente, se consideró el mismo modelo por regiones; es decir, haciendo una regresión para cada región, lo cual permite evaluar el impacto de cada determinante en una región específica, de manera que se podrían observar si existen diferencias regionales en los determinantes de la salud de la mujer.

En el cuadro 3 se encuentran los resultados para Colombia y en los cuadros 4 y 5 se presentan los efectos marginales del modelo estimado para cada una de las regiones. Los resultados se analizarán de acuerdo al grupo de determinantes, comenzando por el que incluye las variables de violencia de pareja.

Contexto familiar: Las estimaciones realizadas arrojan que la violencia de pareja, en sus diversas formas, es un determinante del estado de salud percibido por la mujer. Por regiones, se observan diferencias en el tipo de violencia que causa mayor impacto en la percepción de salud.

¹⁸ Para poder aplicar esta técnica sería necesario restringir la variable dependiente a solamente dos categorías (en este caso, buena y mala salud), lo cual no se contempla en este trabajo, dado que restringir la variable dependiente a dos categorías generaría una variable desbalanceada.

Los resultados confirman lo dicho por Velzeboer *et al.* (2003) y OMS (2005), dado que para las mujeres víctimas de violencia de pareja aumenta la probabilidad de percibir un estado de salud regular y malo, en comparación con las no agredidas. En general, para el total del país, la violencia que genera mayores impactos (de acuerdo a la magnitud de los efectos marginales) en la salud de la mujer es la violencia que conlleva golpes, empujones, mordeduras y patadas (violencia 1) (Cuadro 3). Sin embargo, aunque la dirección del efecto de la violencia sobre la salud se mantiene, se observa que el tipo de violencia que genera mayor impacto no es siempre el mismo para todas las regiones¹⁹.

En la región Oriental los efectos marginales más altos relacionados con percibir regular y mal estado de salud están asociados a la agresión verbal (violencia 4). En Bogotá y la región Caribe, lo es el abuso sexual (violencia 3), mientras que en Central y Pacífica, el mayor impacto lo genera la agresión física de golpes, empujones, mordeduras y patadas (violencia 1). Por su parte, en Orinoquia y Amazonía los efectos marginales más altos están asociados a la amenaza o ataque con arma, estrangulación o quemadura (violencia 2) (Cuadros 4 y 5).

Estos resultados permiten concluir que efectivamente, para el caso de las mujeres colombianas, la violencia de pareja en cualquiera de sus formas influye en el estado de salud percibido. Las diferencias regionales encontradas comprenden un instrumento clave no solo para la búsqueda del mejoramiento de la salud de la población femenina, sino también para el emprendimiento de acciones tendientes a neutralizar la ocurrencia de hechos violentos en contra de la mujer.

Por otra parte, los resultados relacionados con la ocupación de la pareja mostraron que en Colombia, para las mujeres cuya pareja se desempeña en las ocupaciones de

¹⁹ En la región Caribe y Bogotá solamente fueron significativas las variables de violencia 1 y 3. En la región Pacífica solamente la violencia 1, en la Central la 1 y la 4. En la región Oriental todas con excepción del abuso sexual (violencia 3). En la Orinoquia y Amazonía todas fueron significativas excepto la violencia 1.

directivo y profesional, la probabilidad de percibir regular y mal estado de salud disminuye con relación a las mujeres cuya pareja se desempeña como operario y otros, mientras que aumenta la probabilidad de percibir bueno, muy bueno y excelente estado de salud (Cuadro 3). Por regiones, la dirección de los efectos marginales es similar a los resultados de todo el país, pero solamente fueron significativos en las regiones Caribe, Pacífica y Bogotá. Los resultados en la región Pacífica indican una influencia mucho más marcada de la ocupación del esposo o compañero en la percepción de salud de la mujer (Cuadro 5).

Como se mencionó anteriormente, una posible explicación a este comportamiento puede estar en los ingresos del hogar y la calidad de vida que un empleo más especializado y con mayor remuneración puede darle al hombre y en consecuencia a su pareja.

Condiciones de vida: Los resultados indican que la zona de residencia es un determinante de la percepción del estado de salud de las mujeres en Colombia. Asimismo, tener acueducto y gas natural en la vivienda determina positivamente la percepción de salud de las mujeres. Por su parte, el análisis de la ocupación u oficio de la mujer indica que la categoría de directivo y profesional, está más asociada a percepciones de salud más favorables (bueno y muy bueno y excelente) (Cuadro 3).

De acuerdo a las estimaciones, en Colombia las mujeres que viven en la zona urbana tienen mayor probabilidad de percibir mejor estado de salud que las que habitan en zona rural, lo que confirma lo encontrado por Tovar y García (2006). Por regiones, los resultados muestran el mismo comportamiento a favor de la zona urbana y son significativos para todas las regiones, a excepción de la región Pacífica y Bogotá, esta última por solo comprender el área urbana. No obstante, en las regiones Oriental y Caribe se presentan los mayores efectos marginales, indicando que allí es más notoria la diferencia en cuanto a la percepción de salud entre zonas (Cuadro 4). Lo anterior indica que es necesario focalizar los esfuerzos a mejorar las condiciones de

vida en el área rural, especialmente en las regiones con mayor evidencia de inequidades.

En cuanto al servicio de acueducto, para una mujer que habita en una vivienda que cuenta con este servicio disminuye la probabilidad de percibir regular y mal estado de salud en relación con la que no cuenta con dicho servicio. Por regiones, solo se observó significancia en las estimaciones para las regiones Pacífica y Orinoquía y Amazonía. En la primera es donde se evidencia el mayor impacto de esta variable, lo que indica que este servicio público es uno de los mayores determinantes de la salud en esta región pues tener acueducto en la vivienda aumenta en 0,093 pp la probabilidad de percibir buena salud (Cuadro 5).

Por otra parte, tener gas natural en la vivienda presenta el efecto esperado en las categorías regular y malo, y buena salud (Cuadro 3). Sin embargo, en la categoría más favorable (muy bueno y excelente) se observa que tener gas natural disminuye la probabilidad de percibir este estado de salud, lo que podría estar explicado por el asocio del gas natural con enfermedades o daños respiratorios causados por algunos de sus componentes que pueden producir efectos secundarios por inhalaciones prolongadas. Por ejemplo, durante fugas de gas. En sintonía con lo encontrado por Ramírez *et al.* (2004), tener gas natural en la vivienda reduce en 0,010 pp la probabilidad de que la mujer señale un estado de salud regular y malo; mientras que aumenta en 0,019 pp la probabilidad de percibir buena salud (Cuadro 3). Por regiones, los coeficientes fueron significativos solo para Oriental y Pacífica.

En cuanto a la ocupación laboral de la mujer en Colombia, los resultados son congruentes con lo encontrado por Prieto *et al.* (2002), indicando que las percepciones de salud más favorables para las mujeres están relacionadas con cargos de mayor rango laboral. Solo se obtuvieron resultados significativos para la categoría de directivo y profesional, lo que indica que para las mujeres que se desempeñan en cargos directivos o como profesionales-técnicas, funcionarias

públicas, personal administrativo u otros, disminuye la probabilidad de señalar regular o mal estado de salud en comparación con las mujeres que no laboran o nunca lo han hecho (Cuadro 3). Por regiones, los resultados son significativos para Orinoquia y Amazonia, Oriental y Pacífica, pero en estas dos últimas las magnitudes son mayores (Cuadros 4 y 5).

Protección social: En sintonía con los trabajos de Ramírez *et al.* (2004) y Tovar y Arias (2005), para la población femenina afiliada al régimen contributivo y al especial disminuye la probabilidad de percibir regular y mal estado de salud y aumenta la probabilidad de señalar bueno, muy bueno y excelente estado de salud en relación a las mujeres afiliadas al régimen subsidiado (Cuadro 3). Este comportamiento es más acentuado en las regiones Central y Caribe (Cuadro 4); mientras que en Orinoquía y Amazonía el efecto es menor en comparación con el resto de regiones (Cuadro 5). Por su parte, para las mujeres no afiliadas aumenta la probabilidad de percibir regular o mal estado de salud en relación con las afiliadas al régimen subsidiado.

Factores estructurales de desigualdades sociales: En Colombia, para las mujeres indígenas y pertenecientes a otras etnias (gitana, raizal y palanquera), se reduce la probabilidad de percibir regular o mal estado de salud en comparación con las que no tienen ninguna pertenencia étnica. Lo contrario sucede con la población femenina afrocolombiana, para quienes aumenta la probabilidad de percibir un estado de salud desfavorable (Cuadro 3). No obstante, las estimaciones por regiones muestran diferentes comportamientos. En la región Caribe, para las mujeres afrocolombianas y de otras etnias aumenta la probabilidad de percibir bueno, muy bueno y excelente estado de salud, en comparación con la población femenina que no pertenece a ninguna etnia (Cuadro 4). Similares resultados comparte Bogotá, pero solo para el caso de la población femenina afrocolombiana, y Orinoquia y Amazonia para el caso de las mujeres indígenas (Cuadro 5).

Lo contrario se encuentra en la región Oriental donde para las mujeres afrocolombianas se reduce la probabilidad de tener muy bueno y excelente estado de salud. En la región Central se observa que para las mujeres indígenas y afrocolombianas aumenta la probabilidad de percibir regular y mal estado de salud y disminuye la probabilidad de señalar muy bueno y excelente salud, en relación con las mujeres que no pertenecen a ninguna etnia (Cuadro 4). Lo mismo se observa en la región Pacífica pero solamente en las mujeres que pertenecen a otras etnias (gitana, raizal y palanquera) (Cuadro 5). Estos resultados muestran evidentemente que en cada región existe algún tipo de desigualdad entre etnias, por lo menos en cuanto a la percepción del estado de salud de la mujer.

En cuanto a las diferencias socioeconómicas (medidas por el estrato), para las mujeres en estrato medio y alto aumenta la probabilidad de percibir muy bueno y excelente estado de salud y disminuye la probabilidad de percibir regular y mal estado en comparación con las mujeres de estrato bajo. Al comparar entre regiones, la probabilidad de que las mujeres de estrato alto tengan regular o mal estado de salud respecto a las de estrato bajo, disminuye en mayor proporción en las regiones Oriental (0,210 pp), Pacífica (0,183 pp) y Central (0,183 pp). Por lo que se entiende que en estas regiones son más marcadas las diferencias en salud en cuanto a nivel socioeconómico (Cuadros 4 y 5).

Respecto a la educación, se encontró evidencia de que las diferencias en el nivel educativo sí afectan la percepción del estado de salud de las mujeres en Colombia. Las variables relacionadas con la educación de la mujer, muestran el comportamiento esperado y acorde con la teoría y los resultados de otros estudios (Prieto *et al.*, 2002; Oliva y Zozaya, 2007; Tovar y Arias, 2005). A medida que aumenta el nivel educativo se reduce en mayor magnitud la probabilidad de percibir regular o mal estado de salud, y asimismo aumenta la probabilidad de percibir una salud favorable (bueno y, muy bueno y excelente). Este comportamiento es el mismo en

todas las regiones, siendo los coeficientes más altos los referentes al nivel educativo superior (Cuadros 4 y 5).

Si comparamos los efectos marginales en el nivel más alto de educación (superior) en todas las regiones, podemos observar que las magnitudes son más altas en las regiones Orinoquia y Amazonia y Central, indicando que en estos territorios las diferencias en la percepción de salud entre las mujeres que tienen como máximo nivel educativo preescolar y primaria, y las que alcanzaron un nivel superior, tienden a ser mucho mayores que en el resto de regiones.

Para la variable edad, también se encontraron resultados consistentes con la teoría e investigaciones anteriores (Prieto *et al.*, 2002; Oliva y Zozaya, 2007; Tovar y Arias, 2005). Así, para las mujeres Colombianas, indistintamente de la región donde habiten, se cumple que a mayor edad se incrementa la probabilidad de percibir un estado de salud regular y malo. Asimismo, a mayor edad disminuye la probabilidad de percibir bueno y muy bueno y excelente estado de salud.

Cuadro 3. Efectos marginales del modelo logit ordenado generalizado para Colombia

Variables	Colombia		
	Regular y malo	Bueno	Muy bueno y
Condiciones de vida			
Urbano	-0.037*** (0.006)	0.017*** (0.003)	0.020*** (0.003)
Acueducto	-0.024*** (0.007)	0.011*** (0.003)	0.013*** (0.003)
Gas natural	-0.010* (0.006)	0.019*** (0.006)	-0.008** (0.004)
M_directivo y profesional	-0.029*** (0.010)	0.012*** (0.004)	0.017*** (0.006)
M_ventas y servicios	0,01 (0.007)	-0,004 (0.003)	-0,005 (0.004)
M_operativosyotros	-0,008 (0.009)	0,004 (0.004)	0,005 (0.006)
Protección social			
No afiliado	0.032*** (0.008)	-0.034*** (0.009)	0,003 (0.006)
Contributivo y especial	-0.083*** (0.006)	0.046*** (0.007)	0.037*** (0.005)
Factores estructurales			
Indígena	-0.020*** (0.008)	0.008*** (0.003)	0.012** (0.005)
Afrocolombiano	0.037*** (0.008)	-0.018*** (0.004)	-0.019*** (0.004)
Etnia_otro	-0.104*** (0.024)	0.127*** (0.027)	-0,024 (0.017)
Estrato_medio	-0.072*** (0.007)	0,002 (0.008)	0.069*** (0.006)
Estrato_alto	-0.189*** (0.013)	-0,026 (0.017)	0.216*** (0.030)
Educación_ninguna	-0,002 (0.013)	0,001 (0.006)	0,001 (0.008)
Educación_secundaria	-0.054*** (0.006)	0.035*** (0.006)	0.019*** (0.005)
Educación_técnica	-0.110*** (0.009)	0.060*** (0.011)	0.049*** (0.009)
Educación_superior	-0.127*** (0.010)	0.059*** (0.011)	0.068*** (0.010)
Contexto familiar			
Compañero_directivo y profesional	-0.027*** (0.007)	0.011*** (0.003)	0.016*** (0.005)
Compañero_ventas y servicios	-0,003 (0.005)	0,001 (0.002)	0,002 (0.003)
Violencia1	0.038*** (0.006)	-0.029*** (0.007)	-0.009*** (0.004)
Violencia2	0,012 (0.010)	-0.026** (0.011)	0,015 (0.008)
Violencia3	0.028*** (0.010)	-0.029*** (0.011)	0,000 (0.008)
Violencia4	0.029*** (0.006)	-0.013*** (0.003)	-0.015*** (0.003)
Edad	0.009*** (0.000)	-0.006*** (0.000)	-0.003*** (0.000)
Número de observaciones		34.681	
Wald chi2		3.400,98	
Grados de libertad		(36)	
Prob > chi2		0,000	
Pseudo R2		0,0538	

Errores estándar entre paréntesis

* p<0.10, ** p<0.05, *** p<0.01

Nota: las categorías de referencia son vivir en zona rural, sin acueducto y sin gas natural en la vivienda, nunca haber trabajado, afiliado al régimen subsidiado, no pertenecer a ninguna etnia, estrato bajo, con prescolar y primaria como máximo nivel educativo, compañero o esposa tiene ocupación de operario u otro, y no ha sido víctima de ningún tipo de violencia de pareja.

Fuente: Cálculos de la autora con datos de ENDS 2010.

**Cuadro 4. Efectos marginales del modelo logit generalizado para las regiones
Caribe, Oriental y Central**

Variables	Caribe			Oriental			Central		
	Regular y malo	Bueno	Muy bueno y excelente	Regular y malo	Bueno	Muy bueno y excelente	Regular y malo	Bueno	Muy bueno y excelente
Condiciones de vida									
Urbano	-0.052*** (0.014)	0.029*** (0.008)	0.024*** (0.006)	-0.098*** (0.018)	0.045*** (0.009)	0.053*** (0.009)	-0.034*** (0.013)	0.011** (0.005)	0.023*** (0.008)
Acueducto	0.002 (0.013)	-0.001 (0.007)	-0.001 (0.006)	-0.025 (0.020)	0.011 (0.009)	0.014 (0.011)	-0.016 (0.017)	0.005 (0.006)	0.011 (0.011)
Gas natural	0.014 (0.012)	-0.007 (0.006)	-0.007 (0.006)	-0.016 (0.015)	0.032** (0.015)	-0.016 (0.010)	0.012 (0.010)	-0.004 (0.003)	-0.008 (0.007)
M_directivo y profesional	-0.028 (0.022)	0.014 (0.010)	0.014 (0.012)	-0.056** (0.026)	0.018*** (0.006)	0.037* (0.020)	-0.01 (0.020)	0.003 (0.005)	0.007 (0.014)
M_ventas y servicios	0.010 (0.015)	-0.005 (0.008)	-0.005 (0.007)	0.028 (0.020)	-0.011 (0.008)	-0.017 (0.012)	0.007 (0.014)	-0.002 (0.004)	-0.005 (0.010)
M_operativosyotros	-0.038 (0.027)	0.018 (0.011)	0.020 (0.016)	0.018 (0.024)	-0.008 (0.010)	-0.01 (0.013)	0.017 (0.019)	-0.006 (0.007)	-0.012 (0.012)
Protección social									
No afiliado	0.050*** (0.016)	-0.054*** (0.017)	0.004 (0.011)	0.036* (0.020)	-0.016 (0.010)	-0.020* (0.010)	-0.001 (0.015)	0.000 (0.004)	0.000 (0.010)
Contributivo y especial	-0.079*** (0.012)	0.038*** (0.005)	0.041*** (0.007)	-0.065*** (0.015)	0.079*** (0.015)	-0.014 (0.011)	-0.100*** (0.010)	0.026*** (0.003)	0.074*** (0.008)
Factores estructurales									
Indígena	-0.010 (0.019)	0.005 (0.009)	0.005 (0.009)	0.065 (0.055)	-0.032 (0.031)	-0.033 (0.024)	0.096*** (0.030)	-0.043** (0.017)	-0.053*** (0.013)
Afrocolombiano	-0.023* (0.013)	0.011* (0.006)	0.012* (0.007)	0.056 (0.036)	-0.027 (0.019)	-0.029* (0.017)	0.098*** (0.025)	-0.043*** (0.014)	-0.054*** (0.011)
Etnia_otro	-0.131*** (0.025)	0.128*** (0.028)	0.003 (0.019)	-0.018 (0.331)	0.007 (0.113)	0.011 (0.218)	0.121 (0.159)	-0.058 (0.098)	-0.063 (0.061)
Estrato_medio	-0.072*** (0.015)	0.031*** (0.005)	0.041*** (0.010)	-0.025 (0.019)	-0.038* (0.020)	0.063*** (0.015)	-0.070*** (0.013)	-0.014 (0.015)	0.084*** (0.012)
Estrato_alto	-0.138*** (0.042)	0.033*** (0.009)	0.105** (0.050)	-0.210*** (0.042)	-0.071 (0.085)	0.280** (0.127)	-0.183*** (0.019)	-0.079** (0.036)	0.262*** (0.054)
Educación_ninguna	-0.023 (0.023)	0.011 (0.011)	0.012 (0.013)	0.039 (0.039)	-0.018 (0.020)	-0.021 (0.019)	0.029 (0.032)	-0.01 (0.013)	-0.019 (0.019)
Educación_secundaria	-0.021* (0.013)	0.011* (0.007)	0.010* (0.006)	-0.053*** (0.013)	0.021*** (0.005)	0.032*** (0.008)	-0.066*** (0.010)	0.019*** (0.003)	0.046*** (0.007)
Educación_técnica	-0.058*** (0.018)	0.026*** (0.007)	0.031*** (0.012)	-0.088*** (0.022)	0.022*** (0.003)	0.066*** (0.021)	-0.148*** (0.017)	0.061*** (0.021)	0.087*** (0.020)
Educación_superior	-0.089*** (0.021)	0.036*** (0.006)	0.054*** (0.016)	-0.121*** (0.021)	0.023*** (0.004)	0.098*** (0.023)	-0.139*** (0.018)	0.055*** (0.021)	0.084*** (0.021)
Contexto familiar									
Compañero_directivo y profesion	-0.058*** (0.019)	0.053*** (0.018)	0.005 (0.011)	0.006 (0.021)	-0.003 (0.009)	-0.004 (0.012)	-0.01 (0.015)	0.003 (0.004)	0.007 (0.011)
Compañero_ventas y servicios	-0.009 (0.011)	0.004 (0.006)	0.004 (0.005)	0.002 (0.013)	-0.001 (0.005)	-0.001 (0.008)	0.004 (0.010)	-0.001 (0.003)	-0.003 (0.007)
Violencia1	0.042*** (0.014)	-0.046*** (0.013)	0.004 (0.009)	0.039*** (0.014)	-0.016*** (0.006)	-0.022*** (0.008)	0.053*** (0.012)	-0.049*** (0.012)	-0.004 (0.010)
Violencia2	-0.012 (0.021)	0.006 (0.010)	0.006 (0.011)	0.055** (0.025)	-0.060** (0.023)	0.005 (0.019)	-0.023 (0.015)	0.006 (0.004)	0.017 (0.012)
Violencia3	0.044** (0.022)	-0.025* (0.013)	-0.019** (0.009)	-0.033 (0.021)	0.012 (0.006)	0.021 (0.014)	0.022 (0.017)	-0.007 (0.006)	-0.014 (0.011)
Violencia4	0.013 (0.014)	-0.007 (0.007)	-0.006 (0.006)	0.070*** (0.015)	-0.031*** (0.007)	-0.039*** (0.008)	0.025** (0.011)	-0.008** (0.004)	-0.017** (0.007)
Edad	0.010*** (0.001)	-0.007*** (0.001)	-0.002*** (0.000)	0.009*** (0.001)	-0.006*** (0.001)	-0.003*** (0.001)	0.008*** (0.001)	-0.005*** (0.001)	-0.004*** (0.000)
Número de observaciones	7.749			5.441			8.158		
Wald chi2	576,30			613,40			971,69		
Grados de libertad	(29)			(29)			(29)		
Prob > chi2	0,000			0,000			0,000		
Pseudo R2	0,421			0,0617			0,0644		

Errores estándar entre paréntesis

* p<0.10, ** p<0.05, *** p<0.01

Nota: las categorías de referencia son vivir en zona rural, sin acueducto y sin gas natural en la vivienda, nunca haber trabajado, afiliada al regimen subsidiado, no pertenecer a ninguna etnia, estrato bajo, con preescolar y primaria como maximo nivel educativo, compañero o esposo tiene ocupación de operario u otro, y no ha sido victima de ningún tipo de violencia de pareja.

Fuente: Cálculos de la autora con datos de ENDS (2010).

Cuadro 5. Efectos marginales del modelo logit generalizado para las regiones Pacífica, Bogotá y Orinoquía y Amazonía

Variables	Pacífica			Bogotá			Orinoquía y Amazonía		
	Regular y malo	Bueno	Muy bueno y excelente	Regular y malo	Bueno	Muy bueno y excelente	Regular y malo	Bueno	Muy bueno y excelente
Condiciones de vida									
Urbano	-0,004 (0,017)	0,002 (0,010)	0,002 (0,007)	(-)	(-)	(-)	-0,023* (0,013)	0,012* (0,007)	0,011* (0,006)
Acueducto	-0,080*** (0,022)	0,093*** (0,020)	-0,013 (0,014)	-0,043 (0,100)	0,016 (0,046)	0,027 (0,054)	-0,027** (0,013)	0,014** (0,007)	0,013** (0,006)
Gas natural	-0,070*** (0,018)	0,038** (0,018)	0,033*** (0,012)	-0,013 (0,022)	0,004 (0,007)	0,009 (0,015)	0,031 (0,022)	-0,017 (0,012)	-0,015 (0,009)
M_directivo y profesional	-0,097*** (0,030)	0,046* (0,027)	0,051** (0,022)	0,022 (0,047)	-0,006 (0,015)	-0,016 (0,033)	-0,033 (0,028)	0,042* (0,022)	-0,009 (0,014)
M_ventas y servicios	-0,029 (0,023)	0,017 (0,015)	0,012 (0,010)	0,026 (0,040)	-0,006 (0,008)	-0,02 (0,032)	0,02 (0,018)	-0,01 (0,009)	-0,01 (0,009)
M_operativosyotros	-0,046* (0,026)	0,024 (0,017)	0,021 (0,014)	-0,007 (0,048)	0,002 (0,010)	0,005 (0,038)	-0,021 (0,022)	0,01 (0,010)	0,01 (0,011)
Protección social									
No afiliado	0,005 (0,021)	-0,003 (0,012)	-0,002 (0,009)	0,017 (0,028)	-0,005 (0,009)	-0,012 (0,019)	0,031 (0,021)	-0,017 (0,012)	-0,014 (0,009)
Contributivo y especial	-0,071*** (0,018)	0,039** (0,019)	0,033*** (0,012)	-0,076*** (0,020)	0,025*** (0,009)	0,051*** (0,012)	-0,041*** (0,016)	0,020*** (0,007)	0,022** (0,009)
Factores estructurales									
Indígena	-0,03 (0,023)	0,016 (0,013)	0,014 (0,012)	-0,055 (0,065)	0,001 (0,019)	0,054 (0,084)	-0,046*** (0,013)	0,022*** (0,006)	0,024*** (0,007)
Afrocolombiano	0,015 (0,015)	-0,008 (0,009)	-0,006 (0,007)	-0,079** (0,037)	-0,01 (0,026)	0,089 (0,062)	0,042 (0,043)	-0,023 (0,025)	-0,019 (0,017)
Etnia_otro	0,666*** (0,008)	-0,557*** (0,008)	-0,109*** (0,005)	-0,075 (0,111)	-0,008 (0,071)	0,083 (0,182)	-0,131 (0,208)	0,035* (0,020)	0,096 (0,228)
Estrato_medio	-0,090*** (0,021)	0,044* (0,024)	0,046*** (0,015)	-0,054*** (0,016)	0,011*** (0,004)	0,043*** (0,014)	-0,058** (0,023)	0,025*** (0,008)	0,033** (0,015)
Estrato_alto	-0,183*** (0,051)	0,04 (0,063)	0,142** (0,064)	-0,136*** (0,022)	-0,103 (0,066)	0,239*** (0,087)	0,000 (,)	0,000 (,)	0,000 (,)
Educación_ninguna	0,022 (0,046)	-0,013 (0,029)	-0,009 (0,018)	-0,105** (0,047)	-0,038 (0,069)	0,143 (0,116)	0,009 (0,030)	-0,005 (0,016)	-0,004 (0,014)
Educación_secundaria	-0,066*** (0,017)	0,037** (0,017)	0,029*** (0,010)	-0,076*** (0,020)	0,019*** (0,006)	0,057*** (0,015)	-0,040*** (0,013)	0,020*** (0,006)	0,020*** (0,007)
Educación_técnica	-0,126*** (0,029)	0,052 (0,036)	0,074*** (0,025)	-0,113*** (0,019)	-0,017 (0,015)	0,130*** (0,032)	-0,114*** (0,021)	0,039*** (0,004)	0,075*** (0,018)
Educación_superior	-0,131*** (0,032)	0,053 (0,038)	0,078*** (0,028)	-0,129*** (0,021)	-0,019 (0,017)	0,148*** (0,035)	-0,156*** (0,020)	0,041*** (0,004)	0,115*** (0,022)
Contexto familiar									
Compañero_directivo y profesion	-0,076*** (0,022)	0,038* (0,021)	0,038** (0,015)	-0,059*** (0,021)	0,008** (0,003)	0,051** (0,020)	-0,024 (0,018)	0,012 (0,008)	0,012 (0,009)
Compañero_ventas y servicios	-0,012 (0,015)	0,007 (0,009)	0,005 (0,007)	-0,016 (0,017)	0,004 (0,004)	0,012 (0,013)	0,005 (0,013)	-0,003 (0,007)	-0,003 (0,006)
Violencia1	0,033** (0,016)	-0,019 (0,011)	-0,014* (0,007)	0,030* (0,018)	-0,008 (0,005)	-0,022* (0,013)	0,022 (0,014)	-0,011 (0,007)	-0,01 (0,006)
Violencia2	0,000 (0,024)	0,000 (0,014)	0,000 (0,010)	0,009 (0,028)	-0,003 (0,008)	-0,007 (0,019)	0,053** (0,024)	-0,079*** (0,023)	0,027 (0,018)
Violencia3	0,021 (0,024)	-0,012 (0,015)	-0,009 (0,010)	0,058* (0,033)	-0,088** (0,036)	0,030 (0,032)	0,044* (0,024)	-0,024* (0,014)	-0,020** (0,010)
Violencia4	0,014 (0,017)	-0,008 (0,010)	-0,006 (0,007)	0,007 (0,018)	-0,002 (0,005)	-0,005 (0,013)	0,047*** (0,015)	-0,048*** (0,015)	0,001 (0,010)
Edad	0,010*** (0,001)	-0,007*** (0,002)	-0,003*** (0,001)	0,007*** (0,001)	-0,004*** (0,001)	-0,003*** (0,001)	0,008*** (0,001)	-0,004*** (0,000)	-0,004*** (0,000)
Número de observaciones	4.873			2.170			6.290		
Wald chi2	606,64			275,85			498,10		
Grados de libertad	(26)			(25)			(26)		
Prob > chi2	0,000			0,000			0,000		
Pseudo R2	0,0707			0,0754			0,0436		

Errores estándar entre paréntesis

* p<0.10, ** p<0.05, *** p<0.01

Notas: 1. las categorías de referencia son vivir en zona rural, sin acueducto y sin gas natural en la vivienda, nunca haber trabajado, afiliada al regimen subsidiado, no pertenecer a ninguna etnia, estrato bajo, con prescolar y primaria como maximo nivel educativo, compañero o esposo tiene ocupación de operario u otro, y no ha sido victima de ningún tipo de violencia de pareja.

2. Para el caso de Bogotá no se tuvo en cuenta la variable "urbano" como variable explicativa, dado que todas las observaciones de Bogotá corresponden a la zona urbana.

Fuente: Cálculos de la autora con datos de ENDS (2010).

5. Conclusiones y recomendaciones

Esta investigación se concentró en el estudio de los determinantes sociales del estado de salud de la mujer en Colombia y sus regiones, enfocándose principalmente en la violencia de pareja, aspecto poco estudiado como factor que influye en el estado de salud. Limitar este estudio al caso de las mujeres tiene como objetivo identificar particularmente las necesidades de este grupo poblacional, lo cual permitirá focalizar las acciones tendientes a mejorar la salud. Asimismo, este trabajo busca reconocer a la violencia de pareja como un fenómeno cada vez más visible en la sociedad y que genera efectos negativos en la percepción del estado de salud.

Se encontró que la violencia de pareja, evaluada en sus diversas formas, influye en el estado de salud percibido por la mujer, por lo que para las mujeres víctimas de violencia de pareja aumenta la probabilidad de percibir un estado de salud regular y malo, en comparación con las no agredidas. Estos resultados buscan sensibilizar y motivar a las autoridades e instituciones competentes para que diseñen estrategias que erradiquen el problema de la violencia de pareja. Se hace necesario crear mecanismos de vigilancia y control de este tipo de episodios, concientizar a los proveedores de salud para una atención integral a la mujer y conjugar los esfuerzos por reducir la violencia doméstica e incrementar la calidad de vida en salud de la población femenina. La identificación del tipo de violencia que mayor impacto genera en la salud de las mujeres en las diferentes regiones, da un punto de partida para implementar dichas estrategias.

Los resultados sobre el resto de determinantes confirmaron lo encontrado en trabajos anteriores, mostrando que vivir en zona urbana, tener acueducto y gas natural en la vivienda, tener un mayor cargo laboral, estar afiliada a los regímenes contributivo y especial, así como estar ubicada en estratos socioeconómicos más altos y tener mayor nivel educativo, están asociados a una percepción favorable de la salud por parte de la mujer.

Todas estas condiciones socioeconómicas también son susceptibles de mejoramiento, teniendo en cuenta que las soluciones tendientes al incremento de la calidad de vida también generan resultados favorables que en conjunto con las mejoras en el acceso y calidad de la atención médica lograrán producir una población mucho más saludable. En estos aspectos, el incremento de la cobertura educativa, la ampliación de las redes de servicios públicos, la calidad del empleo y el adecuado acceso al servicio de salud tanto en situaciones de prevención como por necesidad, son estrategias adecuadas.

Se propone que trabajos próximos incluyan otras variables relacionadas con la población femenina, así como evaluar la posibilidad de hacer estimaciones por departamentos. Asimismo, se plantea para estudios posteriores la posibilidad de abarcar otros grupos poblacionales como hombres, niños, adolescentes y adultos mayores.

Referencias bibliográficas

- Barón, J.D. (2010). "La violencia de pareja en Colombia y sus regiones", Documento de trabajo, núm 128, Banco de la República, Cartagena.
- Becker, G. (1965). "A Theory of the Allocation of Time", *The Economic Journal*, vol. 75, núm 229, Wiley - Royal Economic Society, pp. 493-517.
- Cerón, J.A. (2004). El Ingreso y el Bienestar Subjetivo: un Problema de Endogeneidad, Tesis de grado de la maestría en economía, Universidad de las Américas, Puebla, México. Disponible en http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/mec/ceron_v_ja/
- Commission on Social Determinants of Health. (2007). "A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health". Discussion paper.
- Connelly, J.E; Philbrick, J.T; Smith, R; Kaiser, D.L; Wymer, A. (1989). "Health perceptions of primary care patients and the influence on health care utilization". *Medical Care*, núm 27, pp. 99-109.

- Cropper, M. L. (1981). "Measuring the Benefits from Reduced Morbidity", *The American Economic Review*, vol 71, núm 2, papers and proceedings of the Ninety-Third Annual Meeting of the American Economic Association, pp. 235-240.
- Flórez, C.E. y Acosta, O.L. (2007). "Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano", Documentos de trabajo, núm 15, Fundación Corona, DNP, Universidad de los Andes y Universidad del Rosario, Bogotá.
- Flórez, C.E. y Camacho, A. (2012). "Dos décadas de cambios en la equidad del sistema de salud colombiano: 1990-2010", Serie financiamiento del desarrollo, núm 242, CEPAL y Asdi, Santiago de Chile.
- Gerthman, U.-G; Johannesson, M; Lundberg, L; Isacson, D. (1999). "The demand for health: results from new measures of health capital", *European Journal of Political Economy*, vol 15, pp. 501-521.
- González, A. (2010). "Determinantes del riesgo de crédito comercial en Colombia". Reporte de estabilidad financiera, Reporte de Estabilidad Financiera, marzo, Banco del República, Bogotá.
- Grossman, M. (1972). "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health", *Journal of Political Economy*, vol. 80, núm 2, The University of Chicago Press, pp 223-255.
- Grossman, M. (1999). "The human capital model of the demand for health", Working Paper NBER, núm 7078, National Bureau of Economic Research, Cambridge.
- Idler, E.L. y Kasl, S. (1991). "Health perceptions and survival: Do global evaluations of health status really predict mortality?", *Journal of Gerontology*, núm 46, pp 555-565.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2015). 2014 Forensis datos para la vida. vol 16, núm , Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Kaplan, G.A. y Camacho, T. (1983). "Perceived health and mortality: A nine-year follow-up of the human population laboratory cohort", *American Journal of Epidemiology*, núm 117, pp. 292-304.

- Levine, R; Glassman, A; Schneidman, M. (2001). *La Salud de la Mujer en América Latina y el Caribe* [en línea], Washington, Banco Interamericano de Desarrollo, consultado el 30 de mayo de 2013, en <http://www.iadb.org/en/publications>
- Oliva, J. y Zozaya, N. (2007). "Valoración y determinantes del stock de capital salud en la comunidad Canaria y Cataluña", Documento de trabajo, núm 29-2007, Fundación de Estudios de Economía Aplicada, Madrid.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico Informe de la comisión sobre Macroeconomía y Salud*. Canadá, OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Resumen del informe: Estudio de país de la OMS sobre la salud de la mujer y violencia domestica*. Ginebra. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: Informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Buenos Aires, OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f). "Genero, equidad, y la salud de las mujeres indígenas en las Américas", Hoja Informativa, Unidad de género y salud, disponible en <http://www.paho.org/generoysalud>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f). "Equidad de género en salud", Hoja informativa, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, disponible en <http://www.paho.org/generoysalud>
- Prieto, J; Romero, D; Álvarez, S. (2002). "Estado de salud y participación laboral de las personas mayores", Papeles de trabajo, núm 15/02, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid.
- PROFAMILIA (2005). *Salud sexual y reproductiva en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005*. Profamilia.
- PROFAMILIA (2010). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Resultados.
- Ramírez, M; Gallego, J.M; Sepúlveda, C.E. (2004). "The Determinants of the Health Status in a Developing Country: Results from the Colombian Case", Borradores de Investigación, núm 41, Universidad del Rosario, Bogotá.

- Tovar, L.M. y Arias, F. A. (2005). "Determinantes del estado de salud de la población colombiana", Documentos de trabajo CIDSE, núm 82, Universidad del Valle, Cali.
- Tovar, L.M. y García, G.A. (2006). "La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003", Documentos de trabajo CIDSE, num 90, Universidad del Valle, Cali.
- Velzeboer , M; Ellsberg, M; Clavel-Arcas, C. y García-Moreno, C. (2003). *La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.
- Wagstaff, A. (1993). "The demand for health: an empirical reformulation of the Grossman model", *Econometrics and Health Economics*, vol 2, pp 189-198.
- Williams, R. (2006). "Generalized ordered logit / partial proportional odds models for ordinal dependent variables", *The Stata Journal*, (6) núm 1, pp. 58-82.
- Winkelmann, R. and Boes, S. (2009). *Analysis of Microdata*. Second edition, Springer.
- Zambrano, A. (2005). "Diferencias regionales en salud según las encuestas de calidad de vida", *Observatorio de la Seguridad Social-GES*, año 4, núm 11, Medellín, pp. 18-20.

Anexos

Anexo 1.

Distribución de las observaciones en cinco y en tres categorías

Categorías	Frecuencia	Participación porcentual
Malo	613	1,8
Regular	10.339	29,8
Bueno	18.615	53,7
Muy Bueno	2.715	7,8
Excelente	2.399	6,9
Total	34.681	100,0

Fuente: ENDS 2010. Cálculos de la autora.

Categorías	Frecuencia	Participación porcentual
Regular y malo	10.952	31,6
Bueno	18.615	53,7
Muy bueno y excelente	5.114	14,8
Total	34.681	100,0

Fuente: ENDS 2010. Cálculos de la autora.

Anexo 2.
Preguntas de la ENDS- 2010 a partir de las cuales se construyeron las variables de violencia.

Q1104: Por favor dígame si su actual o últimos esposo (compañero) se dirige (ía) a Ud. en términos como: “Ud. no sirve para nada”, “Ud. nunca hace nada bien”, “Ud. es una bruta”, o “Mi mamá me hacía mejor las cosas”?

Muchas veces

Algunas veces

Nunca

Q1107: Alguna vez su esposo/compañero o ex esposo/ex compañero:

- a. La ha empujado (la empujó) o zarandeado (zarandeó)?
- b. La ha golpeado (la golpeó) con la mano?
- c. La ha golpeado (la golpeó) con un objeto?
- d. La ha mordido (la mordió)?
- e. La ha pateado (la pateó) o arrastrado (arrastró)?
- f. La ha amenazado (amenazó) con un cuchillo, arma de fuego u otra arma?
- g. La ha atacado (atacó) con un cuchillo, arma de fuego u otra arma?
- h. Ha tratado (trató) de estrangularla o de quemarla
- i. La ha forzado (forzó) físicamente a tener relaciones o actos sexuales que Ud. no quería

Anexo 3.

Matriz de correlaciones de las variables explicativas del modelo

	Urbano	Acueducto	Gas natural	M_directivo y profesional	M_ventas y servicios	M_operativos y otros	No afiliado	Contributivo y especial	Indígena	Afro	Etnia_otros
Urbano	1,00										
Acueducto	0.4352* <i>0,000</i>	1,00									
Gas natural	0.4542* <i>0,000</i>	0.3393* <i>0,000</i>	1,00								
M_directivo y profesional	0.1626* <i>0,000</i>	0.1018* <i>0,000</i>	0.1138* <i>0,000</i>	1,00							
M_ventas y servicios	0.1127* <i>0,000</i>	0.0768* <i>0,000</i>	0.0381* <i>0,000</i>	-0.5445* <i>0,000</i>	1,00						
M_operativosyotros	-0.2218* <i>0,000</i>	-0.1373* <i>0,000</i>	-0.1141* <i>0,000</i>	-0.1453* <i>0,000</i>	-0.4732* <i>0,000</i>	1,00					
No afiliado	-0.0138* <i>0,010</i>	-0.0165* <i>0,002</i>	-0.0106* <i>0,049</i>	-0.0820* <i>0,000</i>	0.0738* <i>0,000</i>	-0.0155* <i>0,004</i>	1,00				
Contributivo y especial	0.2827* <i>0,000</i>	0.1901* <i>0,000</i>	0.2696* <i>0,000</i>	0.3853* <i>0,000</i>	-0.1536* <i>0,000</i>	-0.1016* <i>0,000</i>	-0.2664* <i>0,000</i>	1,00			
Indígena	-0.2120* <i>0,000</i>	-0.2042* <i>0,000</i>	-0.1990* <i>0,000</i>	-0.0640* <i>0,000</i>	-0.0966* <i>0,000</i>	0.1602* <i>0,000</i>	-0.0347* <i>0,000</i>	-0.1437* <i>0,000</i>	1,00		
Afro	-0,01 <i>0,100</i>	-0.0839* <i>0,000</i>	-0.0419* <i>0,000</i>	-0,01 <i>0,160</i>	0,01 <i>0,234</i>	0,00 <i>0,546</i>	0.0161* <i>0,003</i>	-0.0360* <i>0,000</i>	-0.1116* <i>0,000</i>	1,00	
Etnia_otros	-0.0535* <i>0,000</i>	-0.0678* <i>0,000</i>	-0.0675* <i>0,000</i>	0.0318* <i>0,000</i>	0,01 <i>0,119</i>	-0.0309* <i>0,000</i>	-0.0148* <i>0,006</i>	0.0224* <i>0,000</i>	-0.0316* <i>0,000</i>	-0.0320* <i>0,000</i>	1,00
Estrato_medio	0.2446* <i>0,000</i>	0.1556* <i>0,000</i>	0.2150* <i>0,000</i>	0.2347* <i>0,000</i>	-0.0835* <i>0,000</i>	-0.0664* <i>0,000</i>	-0.0168* <i>0,002</i>	0.3118* <i>0,000</i>	-0.1139* <i>0,000</i>	-0.0492* <i>0,000</i>	0.0270* <i>0,000</i>
Estrato_alto	0.0479* <i>0,000</i>	0.0304* <i>0,000</i>	0.0434* <i>0,000</i>	0.0835* <i>0,000</i>	-0.0350* <i>0,000</i>	-0.0229* <i>0,000</i>	-0,01 <i>0,167</i>	0.0812* <i>0,000</i>	-0.0219* <i>0,000</i>	-0.0127* <i>0,018</i>	0,01 <i>0,154</i>
Educación_ninguna	-0.1050* <i>0,000</i>	-0.1006* <i>0,000</i>	-0.0837* <i>0,000</i>	-0.0684* <i>0,000</i>	-0,01 <i>0,054</i>	0.0439* <i>0,000</i>	0.0393* <i>0,000</i>	-0.1105* <i>0,000</i>	0.1021* <i>0,000</i>	0.0143* <i>0,008</i>	-0.0130* <i>0,016</i>
Educación_secundaria	0.1387* <i>0,000</i>	0.0988* <i>0,000</i>	0.0995* <i>0,000</i>	-0.1818* <i>0,000</i>	0.1647* <i>0,000</i>	-0.0634* <i>0,000</i>	0.0177* <i>0,001</i>	0.0169* <i>0,002</i>	-0.0822* <i>0,000</i>	0,01 <i>0,088</i>	0.0112* <i>0,036</i>
Educación_técnica	0.1299* <i>0,000</i>	0.0774* <i>0,000</i>	0.1063* <i>0,000</i>	0.2552* <i>0,000</i>	-0.0962* <i>0,000</i>	-0.0634* <i>0,000</i>	-0.0173* <i>0,001</i>	0.2048* <i>0,000</i>	-0.0511* <i>0,000</i>	0,00 <i>0,890</i>	0.0333* <i>0,000</i>
Educación_superior	0.1420* <i>0,000</i>	0.0795* <i>0,000</i>	0.1178* <i>0,000</i>	0.4315* <i>0,000</i>	-0.2712* <i>0,000</i>	-0.0930* <i>0,000</i>	-0.0579* <i>0,000</i>	0.3263* <i>0,000</i>	-0.0655* <i>0,000</i>	0,00 <i>0,613</i>	0.0315* <i>0,000</i>
Edad	0.0663* <i>0,000</i>	0.0678* <i>0,000</i>	0.1018* <i>0,000</i>	0.0477* <i>0,000</i>	0.0455* <i>0,000</i>	0,01 <i>0,102</i>	-0.0787* <i>0,000</i>	0.1431* <i>0,000</i>	-0.0509* <i>0,000</i>	-0,01 <i>0,161</i>	0.0134* <i>0,012</i>
Compañero_directivo y profesional	0.1553* <i>0,000</i>	0.0937* <i>0,000</i>	0.1042* <i>0,000</i>	0.3812* <i>0,000</i>	-0.1799* <i>0,000</i>	-0.0894* <i>0,000</i>	-0.0623* <i>0,000</i>	0.3227* <i>0,000</i>	-0.0252* <i>0,000</i>	-0.0156* <i>0,004</i>	0,01 <i>0,177</i>
Compañero_ventas y servicios	0.2196* <i>0,000</i>	0.1042* <i>0,000</i>	0.1165* <i>0,000</i>	-0.0743* <i>0,000</i>	0.2001* <i>0,000</i>	-0.1780* <i>0,000</i>	0.0125* <i>0,020</i>	0,00 <i>0,556</i>	-0.0728* <i>0,000</i>	-0,01 <i>0,154</i>	0.0433* <i>0,000</i>
Violencia1	0.0228* <i>0,000</i>	0,01 <i>0,050</i>	-0.0183* <i>0,001</i>	-0.0695* <i>0,000</i>	0.0727* <i>0,000</i>	0.0339* <i>0,000</i>	0.0240* <i>0,000</i>	-0.0781* <i>0,000</i>	0.0175* <i>0,001</i>	0.0233* <i>0,000</i>	-0,01 <i>0,192</i>
Violencia2	0.0113* <i>0,035</i>	0,00 <i>0,817</i>	-0.0216* <i>0,000</i>	-0.0476* <i>0,000</i>	0.0525* <i>0,000</i>	0.0263* <i>0,000</i>	0.0234* <i>0,000</i>	-0.0588* <i>0,000</i>	0,01 <i>0,262</i>	0,01 <i>0,193</i>	0,01 <i>0,279</i>
Violencia3	0.0188* <i>0,001</i>	0,01 <i>0,110</i>	0,00 <i>0,898</i>	-0.0422* <i>0,000</i>	0.0490* <i>0,000</i>	0.0272* <i>0,000</i>	0.0247* <i>0,000</i>	-0.0520* <i>0,000</i>	-0,01 <i>0,058</i>	0.0230* <i>0,000</i>	0,00 <i>0,989</i>
Violencia4	-0.0114* <i>0,034</i>	-0.0187* <i>0,001</i>	-0.0291* <i>0,000</i>	-0.0817* <i>0,000</i>	0.0626* <i>0,000</i>	0.0351* <i>0,000</i>	0.0159* <i>0,003</i>	-0.0848* <i>0,000</i>	0.0122* <i>0,023</i>	0,00 <i>0,401</i>	-0,01 <i>0,051</i>

* Significativo al 5%.

Nota: En cursiva se presentan las significancias.

Anexo 3 (continuación).
Matriz de correlaciones de las variables explicativas del modelo

	Estrato medio	Estrato alto	Educación_n ninguna	Educación_ secundaria	Educación técnica	Educación_ superior	Edad	Comp_d irect y prof	Comp_ ventas y servicios	Violencia1	Violencia2	Violencia3	Violencia4
Urbano													
Acueducto													
Gas natural													
M_directivo y profesional													
M_ventas y servicios													
M_operativosyotros													
No afiliado													
Contributivo y especial													
Indígena													
Afro													
Etnia_otro													
Estrato_medio	1.00												
Estrato_alto	-0.0344* <i>0.000</i>	1.00											
Educación_ninguna	-0.0628* <i>0.000</i>	-0.01 <i>0.069</i>	1.00										
Educación_secundaria	0.00 <i>0.729</i>	-0.0444* <i>0.000</i>	-0.1636* <i>0.000</i>	1.00									
Educación_técnica	0.1195* <i>0.000</i>	0.0129* <i>0.017</i>	-0.0533* <i>0.000</i>	-0.2867* <i>0.000</i>	1.00								
Educación_superior	0.2374* <i>0.000</i>	0.1379* <i>0.000</i>	-0.0559* <i>0.000</i>	-0.3011* <i>0.000</i>	-0.0980* <i>0.000</i>	1.00							
Edad	0.1032* <i>0.000</i>	0.0434* <i>0.000</i>	0.0816* <i>0.000</i>	-0.1757* <i>0.000</i>	-0.0393* <i>0.000</i>	0.0417* <i>0.000</i>	1.00						
Compañero_directivo y profesional	0.2213* <i>0.000</i>	0.1013* <i>0.000</i>	-0.0627* <i>0.000</i>	-0.0642* <i>0.000</i>	0.1418* <i>0.000</i>	0.3397* <i>0.000</i>	0.0394* <i>0.000</i>	1.00					
Compañero_ventas y servicios	0.01 <i>0.249</i>	-0.0180* <i>0.001</i>	-0.0461* <i>0.000</i>	0.1164* <i>0.000</i>	0.0133* <i>0.013</i>	-0.0563* <i>0.000</i>	0.01 <i>0.323</i>	-0.3151* <i>0.000</i>	1.00				
Violencia1	-0.0456* <i>0.000</i>	-0.0260* <i>0.000</i>	0.00 <i>0.790</i>	0.0183* <i>0.001</i>	-0.0278* <i>0.000</i>	-0.0720* <i>0.000</i>	0.0140* <i>0.009</i>	-0.0672* <i>0.000</i>	0.0171* <i>0.001</i>	1.00			
Violencia2	-0.0292* <i>0.000</i>	0.00 <i>0.394</i>	0.0167* <i>0.002</i>	-0.0232* <i>0.000</i>	-0.0302* <i>0.000</i>	-0.0437* <i>0.000</i>	0.0596* <i>0.000</i>	-0.0506* <i>0.000</i>	0.00 <i>0.795</i>	0.4227* <i>0.000</i>	1.00		
Violencia3	-0.0217* <i>0.000</i>	-0.01 <i>0.073</i>	0.0146* <i>0.007</i>	-0.0129* <i>0.016</i>	-0.0236* <i>0.000</i>	-0.0420* <i>0.000</i>	0.0713* <i>0.000</i>	-0.0402* <i>0.000</i>	0.00 <i>0.620</i>	0.3694* <i>0.000</i>	0.4349* <i>0.000</i>	1.00	
Violencia4	-0.0353* <i>0.000</i>	-0.0171* <i>0.002</i>	0.0212* <i>0.000</i>	-0.0153* <i>0.004</i>	-0.0374* <i>0.000</i>	-0.0771* <i>0.000</i>	0.0432* <i>0.000</i>	-0.0607* <i>0.000</i>	0.00 <i>0.366</i>	0.4489* <i>0.000</i>	0.3286* <i>0.000</i>	0.3216* <i>0.000</i>	1.00

* Significativo al 5%.

Nota: En cursiva se presentan las significancias.

Anexo 4.
Test de Brant

Brant Test of Parallel Regression Assumption

Variable	chi2	p>chi2	df
All	207,16	0,00	24
Urbano	1,34	0,25	1
Acueducto	0,09	0,77	1
Gas natural	11,95	0,00	1
M_directivo y profesional	0,01	0,94	1
M_ventas y servicios	0,30	0,58	1
M_operativosyotros	0,72	0,40	1
No afiliado	9,49	0,00	1
Contributivo y especial	4,37	0,04	1
Indígena	0,20	0,66	1
Afro	0,39	0,53	1
Etnia_otro	14,56	0,00	1
Estrato_medio	9,27	0,00	1
Estrato_alto	1,27	0,26	1
Educación_ninguna	2,13	0,14	1
Educación_secundaria	5,29	0,02	1
Educación_técnica	7,02	0,01	1
Educación_superior	3,35	0,07	1
Edad	60,90	0,00	1
Compañero_directivo y profesional	1,25	0,27	1
Compañero_ventasy servicios	1,40	0,24	1
Violencia1	3,91	0,05	1
Violencia2	6,53	0,01	1
Violencia3	4,28	0,04	1
Violencia4	0,08	0,78	1

Anexo 5.
Test de sesgo de selección – Modelo completo

Probit model with sample selection		Number of obs	=	53521		
		Censored obs	=	18840		
		Uncensored obs	=	34681		
		Wald chi2(24)	=	2794,51		
Log likelihood = -49003,84		Prob > chi2	=	0,0000		
	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Salud 3						
Urbano	0,0980109	0,0196407	4,99	0,000	0,0595158	0,1365061
Acueducto	0,0657312	0,0201951	3,25	0,001	0,0261495	0,1053128
Gas natural	0,0318716	0,0173729	1,83	0,067	-0,0021785	0,0659218
M_directivo y profesional	-0,0805302	0,1458096	-0,55	0,581	-0,3663118	0,2052514
M_ventas y servicios	-0,2029599	0,138624	-1,46	0,143	-0,4746579	0,068738
M_operativosyotros	-0,1572505	0,1397858	-1,12	0,261	-0,4312255	0,1167246
No afiliado	-0,0688979	0,0292499	-2,36	0,018	-0,1262267	-0,0115691
Contributivo y especial	0,2380258	0,0196243	12,13	0,000	0,199563	0,2764886
Indígena	0,0577941	0,0252259	2,29	0,022	0,0083523	0,1072359
Afro	-0,0908985	0,0251848	-3,61	0,000	-0,1402598	-0,0415372
Etnia_otro	0,3328658	0,0841829	3,95	0,000	0,1678704	0,4978612
Estrato_medio	0,218847	0,0235739	9,28	0,000	0,172643	0,2650511
Estrato_alto	0,8213829	0,1387295	5,92	0,000	0,549478	1,093288
Educación_ninguna	-0,0101165	0,0506284	-0,20	0,842	-0,1093463	0,0891133
Educación_secundaria	0,2334578	0,0583829	4,00	0,000	0,1190294	0,3478862
Educación_técnica	0,4275006	0,0717726	5,96	0,000	0,2868289	0,5681722
Educación_superior	0,4983943	0,0861158	5,79	0,000	0,3296104	0,6671782
Edad	-0,0253641	0,0010171	-24,94	0,000	-0,0273576	-0,0233705
Compañero_directivo y profesional	0,0944159	0,0262436	3,60	0,000	0,0429793	0,1458525
Compañero_ventasy servicios	0,0163823	0,0164407	1,00	0,319	-0,0158408	0,0486054
Violencia1	-0,1052812	0,0179528	-5,86	0,000	-0,1404681	-0,0700943
Violencia2	-0,0316927	0,0274141	-1,16	0,248	-0,0854234	0,022038
Violencia3	-0,0823637	0,0274142	-3,00	0,003	-0,1360945	-0,0286329
Violencia4	-0,0854193	0,0184069	-4,64	0,000	-0,1214962	-0,0493425
_cons	1,25505	0,1517337	8,27	0,000	0,9576578	1,552443
Select						
Ocupada_algunavez	1,266239	0,0145443	87,06	0,000	1,237733	1,294746
Estrato_bajo	-0,0079592	0,0285247	-0,28	0,780	-0,0638665	0,0479481
Estrato_medio	-0,1086553	0,0317034	-3,43	0,001	-0,1707928	-0,0465178
No afiliado	-0,1758403	0,0185868	-9,46	0,000	-0,2122699	-0,1394108
Educación_prescolar y primaria	-0,4524667	0,0564494	-8,02	0,000	-0,5631054	-0,341828
Educación_secundaria	-1,161772	0,0556524	-20,88	0,000	-1,270848	-1,052695
Educación_técnica	-1,300633	0,0585789	-22,20	0,000	-1,415446	-1,185821
Educación_superior	-1,448498	0,0581283	-24,92	0,000	-1,562427	-1,334568
Etnia_ninguna	0,0689302	0,0151808	4,54	0,000	0,0391763	0,0986841
_cons	0,4470833	0,0597115	7,49	0,000	0,330051	0,5641157
/athrho	-0,2572197	0,218851	-1,18	0,240	-0,6861597	0,1717203
rho	-0,2516932	0,2049869			-0,5955093	0,1700521
LR test of indep. eqns. (rho = 0):		chi2(1) =	1,50	Prob > chi2 =	0,2212	

ÍNDICE "DOCUMENTOS DE TRABAJO SOBRE ECONOMÍA REGIONAL"

<u>No.</u>	<u>Autor</u>	<u>Título</u>	<u>Fecha</u>
1	Joaquín Viloría de la Hoz	Café Caribe: la economía cafetera en la Sierra Nevada de Santa Marta	Noviembre, 1997
2	María M. Aguilera Díaz	Los cultivos de camarones en la costa Caribe colombiana	Abril, 1998
3	Jaime Bonet Morón	Las exportaciones de algodón del Caribe colombiano	Mayo, 1998
4	Joaquín Viloría de la Hoz	La economía del carbón en el Caribe colombiano	Mayo, 1998
5	Jaime Bonet Morón	El ganado costeño en la feria de Medellín, 1950 – 1997	Octubre, 1998
6	María M. Aguilera Díaz Joaquín Viloría de la Hoz	Radiografía socio-económica del Caribe Colombiano	Octubre, 1998
7	Adolfo Meisel Roca	¿Por qué perdió la Costa Caribe el siglo XX?	Enero, 1999
8	Jaime Bonet Morón Adolfo Meisel Roca	La convergencia regional en Colombia: una visión de largo plazo, 1926 – 1995	Febrero, 1999
9	Luis Armando Galvis A. María M. Aguilera Díaz	Determinantes de la demanda por turismo hacia Cartagena, 1987-1998	Marzo, 1999
10	Jaime Bonet Morón	El crecimiento regional en Colombia, 1980-1996: Una aproximación con el método <i>Shift-Share</i>	Junio, 1999
11	Luis Armando Galvis A.	El empleo industrial urbano en Colombia, 1974-1996	Agosto, 1999
12	Jaime Bonet Morón	La agricultura del Caribe Colombiano, 1990-1998	Diciembre, 1999
13	Luis Armando Galvis A.	La demanda de carnes en Colombia: un análisis econométrico	Enero, 2000
14	Jaime Bonet Morón	Las exportaciones colombianas de banano, 1950 – 1998	Abril, 2000
15	Jaime Bonet Morón	La matriz insumo-producto del Caribe colombiano	Mayo, 2000
16	Joaquín Viloría de la Hoz	De Colpuertos a las sociedades portuarias: los puertos del Caribe colombiano	Octubre, 2000
17	María M. Aguilera Díaz Jorge Luis Alvis Arrieta	Perfil socioeconómico de Barranquilla, Cartagena y Santa Marta (1990-2000)	Noviembre, 2000
18	Luis Armando Galvis A. Adolfo Meisel Roca	El crecimiento económico de las ciudades colombianas y sus determinantes, 1973-1998	Noviembre, 2000
19	Luis Armando Galvis A.	¿Qué determina la productividad agrícola departamental en Colombia?	Marzo, 2001
20	Joaquín Viloría de la Hoz	Descentralización en el Caribe colombiano: Las finanzas departamentales en los noventas	Abril, 2001
21	María M. Aguilera Díaz	Comercio de Colombia con el Caribe insular, 1990-1999.	Mayo, 2001
22	Luis Armando Galvis A.	La topografía económica de Colombia	Octubre, 2001
23	Juan David Barón R.	Las regiones económicas de Colombia: Un análisis de <i>clusters</i>	Enero, 2002
24	María M. Aguilera Díaz	Magangué: Puerto fluvial bolivarense	Enero, 2002
25	Igor Esteban Zuccardi H.	Los ciclos económicos regionales en Colombia, 1986-2000	Enero, 2002
26	Joaquín Viloría de la Hoz	Cereté: Municipio agrícola del Sinú	Febrero, 2002
27	Luis Armando Galvis A.	Integración regional de los mercados laborales en Colombia, 1984-2000	Febrero, 2002

28	Joaquín Viloría de la Hoz	Riqueza y despilfarro: La paradoja de las regalías en Barrancas y Tolú	Junio, 2002
29	Luis Armando Galvis A.	Determinantes de la migración interdepartamental en Colombia, 1988-1993	Junio, 2002
30	María M. Aguilera Díaz	Palma africana en la Costa Caribe: Un semillero de empresas solidarias	Julio, 2002
31	Juan David Barón R.	La inflación en las ciudades de Colombia: Una evaluación de la paridad del poder adquisitivo	Julio, 2002
32	Igor Esteban Zuccardi H.	Efectos regionales de la política monetaria	Julio, 2002
33	Joaquín Viloría de la Hoz	Educación primaria en Cartagena: análisis de cobertura, costos y eficiencia	Octubre, 2002
34	Juan David Barón R.	Perfil socioeconómico de Tubará: Población dormitorio y destino turístico del Atlántico	Octubre, 2002
35	María M. Aguilera Díaz	Salinas de Manaure: La tradición wayuu y la modernización	Mayo, 2003
36	Juan David Barón R. Adolfo Meisel Roca	La descentralización y las disparidades económicas regionales en Colombia en la década de 1990	Julio, 2003
37	Adolfo Meisel Roca	La continentalización de la Isla de San Andrés, Colombia: Panyas, raizales y turismo, 1953 – 2003	Agosto, 2003
38	Juan David Barón R.	¿Qué sucedió con las disparidades económicas regionales en Colombia entre 1980 y el 2000?	Septiembre, 2003
39	Gerson Javier Pérez V.	La tasa de cambio real regional y departamental en Colombia, 1980-2002	Septiembre, 2003
40	Joaquín Viloría de la Hoz	Ganadería bovina en las Llanuras del Caribe colombiano	Octubre, 2003
41	Jorge García García	¿Por qué la descentralización fiscal? Mecanismos para hacerla efectiva	Enero, 2004
42	María M. Aguilera Díaz	Aguachica: Centro Agroindustrial del Cesar	Enero, 2004
43	Joaquín Viloría de la Hoz	La economía ganadera en el departamento de Córdoba	Marzo, 2004
44	Jorge García García	El cultivo de algodón en Colombia entre 1953 y 1978: una evaluación de las políticas gubernamentales	Abril, 2004
45	Adolfo Meisel R. Margarita Vega A.	La estatura de los colombianos: un ensayo de antropometría histórica, 1910-2002	Mayo, 2004
46	Gerson Javier Pérez V.	Los ciclos ganaderos en Colombia, 1950-2001	Junio, 2004
47	Gerson Javier Pérez V. Peter Rowland	Políticas económicas regionales: cuatro estudios de caso	Agosto, 2004
48	María M. Aguilera Díaz	La Mojana: Riqueza natural y potencial económico	Octubre, 2004
49	Jaime Bonet	Descentralización fiscal y disparidades en el ingreso regional: experiencia colombiana	Noviembre, 2004
50	Adolfo Meisel Roca	La economía de Ciénaga después del banano	Noviembre, 2004
51	Joaquín Viloría de la Hoz	La economía del departamento de Córdoba: ganadería y minería como sectores clave	Diciembre, 2004
52	Juan David Barón Gerson Javier Pérez V Peter Rowland.	Consideraciones para una política económica regional en Colombia	Diciembre, 2004
53	José R. Gamarra V.	Eficiencia Técnica Relativa de la ganadería doble propósito en la Costa Caribe	Diciembre, 2004
54	Gerson Javier Pérez V.	Dimensión espacial de la pobreza en Colombia	Enero, 2005
55	José R. Gamarra V.	¿Se comportan igual las tasas de desempleo de las siete principales ciudades colombianas?	Febrero, 2005

56	Jaime Bonet	Inequidad espacial en la dotación educativa regional en Colombia	Febrero, 2005
57	Julio Romero P.	¿Cuánto cuesta vivir en las principales ciudades colombianas? Índice de Costo de Vida Comparativo	Junio, 2005
58	Gerson Javier Pérez V.	Bolívar: industrial, agropecuario y turístico	Julio, 2005
59	José R. Gamarra V.	La economía del Cesar después del algodón	Julio, 2005
60	Jaime Bonet	Desindustrialización y terciarización espuria en el departamento del Atlántico, 1990 - 2005	Julio, 2005
61	Joaquín Viloria De La Hoz	Sierra Nevada de Santa Marta: Economía de sus recursos naturales	Julio, 2005
62	Jaime Bonet	Cambio estructural regional en Colombia: una aproximación con matrices insumo-producto	Julio, 2005
63	María M. Aguilera Díaz	La economía del Departamento de Sucre: ganadería y sector público	Agosto, 2005
64	Gerson Javier Pérez V.	La infraestructura del transporte vial y la movilización de carga en Colombia	Octubre, 2005
65	Joaquín Viloria De La Hoz	Salud pública y situación hospitalaria en Cartagena	Noviembre, 2005
66	José R. Gamarra V.	Desfalcos y regiones: un análisis de los procesos de responsabilidad fiscal en Colombia	Noviembre, 2005
67	Julio Romero P.	Diferencias sociales y regionales en el ingreso laboral de las principales ciudades colombianas, 2001-2004	Enero, 2006
68	Jaime Bonet	La terciarización de las estructuras económicas regionales en Colombia	Enero, 2006
69	Joaquín Viloria de la Hoz	Educación superior en el Caribe Colombiano: análisis de cobertura y calidad.	Marzo, 2006
70	José R. Gamarra V.	Pobreza, corrupción y participación política: una revisión para el caso colombiano	Marzo, 2006
71	Gerson Javier Pérez V.	Población y ley de Zipf en Colombia y la Costa Caribe, 1912-1993	Abril, 2006
72	María M. Aguilera Díaz	El Canal del Dique y su sub región: una economía basada en su riqueza hídrica	Mayo, 2006
73	Adolfo Meisel R. Gerson Javier Pérez V.	Geografía física y poblamiento en la Costa Caribe colombiana	Junio, 2006
74	Julio Romero P.	Movilidad social, educación y empleo: los retos de la política económica en el departamento del Magdalena	Junio, 2006
75	Jaime Bonet Adolfo Meisel Roca	El legado colonial como determinante del ingreso per cápita departamental en Colombia, 1975-2000	Julio, 2006
76	Jaime Bonet Adolfo Meisel Roca	Polarización del ingreso per cápita departamental en Colombia	Julio, 2006
77	Jaime Bonet	Desequilibrios regionales en la política de descentralización en Colombia	Octubre, 2006
78	Gerson Javier Pérez V.	Dinámica demográfica y desarrollo regional en Colombia	Octubre, 2006
79	María M. Aguilera Díaz Camila Bernal Mattos Paola Quintero Puentes	Turismo y desarrollo en el Caribe colombiano	Noviembre, 2006
80	Joaquín Viloria de la Hoz	Ciudades portuarias del Caribe colombiano: propuestas para competir en una economía globalizada	Noviembre, 2006
81	Joaquín Viloria de la Hoz	Propuestas para transformar el capital humano en el Caribe colombiano	Noviembre, 2006
82	Jose R. Gamarra Vergara	Agenda anticorrupción en Colombia: reformas, logros y recomendaciones	Noviembre, 2006
83	Adolfo Meisel Roca Julio Romero P	Igualdad de oportunidades para todas las regiones	Enero, 2007
84	Centro de Estudios Económicos Regionales CEER	Bases para reducir las disparidades regionales en Colombia Documento para discusión	Enero, 2007

85	Jaime Bonet	Minería y desarrollo económico en El Cesar	Enero, 2007
86	Adolfo Meisel Roca	La Guajira y el mito de las regalías redentoras	Febrero, 2007
87	Joaquín Viloría de la Hoz	Economía del Departamento de Nariño: ruralidad y aislamiento geográfico	Marzo, 2007
88	Gerson Javier Pérez V.	El Caribe antioqueño: entre los retos de la geografía y el espíritu paisa	Abril, 2007
89	Jose R. Gamarra Vergara	Pobreza rural y transferencia de tecnología en la Costa Caribe	Abril, 2007
90	Jaime Bonet	¿Porqué es pobre el Chocó?	Abril, 2007
91	Gerson Javier Pérez V.	Historia, geografía y puerto como determinantes de la situación social de Buenaventura	Abril, 2007
92	Jaime Bonet	Regalías y finanzas públicas en el Departamento del Cesar	Agosto, 2007
93	Joaquín Viloría de la Hoz	Nutrición en el Caribe Colombiano y su relación con el capital humano	Agosto, 2007
94	Gerson Javier Pérez V. Irene Salazar Mejía	La pobreza en Cartagena: Un análisis por barrios	Agosto, 2007
95	Jose R. Gamarra Vergara	La economía del departamento del Cauca: concentración de tierras y pobreza	Octubre, 2007
96	Joaquín Viloría de la Hoz	Educación, nutrición y salud: retos para el Caribe colombiano	Noviembre, 2007
97	Jaime Bonet Jorge Alvis	Bases para un fondo de compensación regional en Colombia	Diciembre, 2007
98	Julio Romero P.	¿Discriminación o capital humano? Determinantes del ingreso laboral de los afrocartageneros	Diciembre, 2007
99	Julio Romero P.	Inflación, costo de vida y las diferencias en el nivel general de precios de las principales ciudades colombianas.	Diciembre, 2007
100	Adolfo Meisel Roca	¿Por qué se necesita una política económica regional en Colombia?	Diciembre, 2007
101	Jaime Bonet	Las finanzas públicas de Cartagena, 2000 – 2007	Junio, 2008
102	Irene Salazar Mejía	Lugar encantados de las aguas: aspectos económicos de la Ciénega Grande del Bajo Sinú	Junio, 2008
103	Joaquín Viloría de la Hoz	Economía extractiva y pobreza en la ciénega de Zapatosa	Junio, 2008
104	Eduardo A. Haddad Jaime Bonet Geofrey J.D. Hewings Fernando Perobelli	Efectos regionales de una mayor liberación comercial en Colombia: Una estimación con el Modelo CEER	Agosto, 2008
105	Joaquín Viloría de la Hoz	Banano y revaluación en el Departamento del Magdalena, 1997-2007	Septiembre, 2008
106	Adolfo Meisel Roca	Albert O. Hirschman y los desequilibrios económicos regionales: De la economía a la política, pasando por la antropología y la historia	Septiembre, 2008
107	Julio Romero P.	Transmisión regional de la política monetaria en Colombia	Octubre, 2008
108	Leonardo Bonilla Mejía	Diferencias regionales en la distribución del ingreso en Colombia	Diciembre, 2008
109	María Aguilera Díaz Adolfo Meisel Roca	¿La isla que se repite? Cartagena en el censo de población de 2005	Enero, 2009
110	Joaquín Viloría De la Hoz	Economía y conflicto en el Cono Sur del Departamento de Bolívar	Febrero, 2009
111	Leonardo Bonilla Mejía	Causas de las diferencias regionales en la distribución del ingreso en Colombia, un ejercicio de micro-descomposición	Marzo, 2009
112	María M. Aguilera Díaz	Ciénega de Ayapel: riqueza en biodiversidad y recursos hídricos	Junio, 2009

113	Joaquín Viloría De la Hoz	Geografía económica de la Orinoquia	Junio, 2009
114	Leonardo Bonilla Mejía	Revisión de la literatura económica reciente sobre las causas de la violencia homicida en Colombia	Julio, 2009
115	Juan D. Barón	El homicidio en los tiempos del Plan Colombia	Julio, 2009
116	Julio Romero P.	Geografía económica del Pacífico colombiano	Octubre, 2009
117	Joaquín Viloría De la Hoz	El ferroníquel de Cerro Matoso: aspectos económicos de Montelibano y el Alto San Jorge	Octubre, 2009
118	Leonardo Bonilla Mejía	Demografía, juventud y homicidios en Colombia, 1979-2006	Octubre, 2009
119	Luis Armando Galvis A.	Geografía económica del Caribe Continental	Diciembre, 2009
120	Luis Armando Galvis A Adolfo Meisel Roca.	Persistencia de las desigualdades regionales en Colombia: Un análisis espacial	Enero, 2010
121	Irene Salazar Mejía	Geografía económica de la región Andina Oriental	Enero, 2010
122	Luis Armando Galvis A Adolfo Meisel Roca.	Fondo de Compensación Regional: Igualdad de oportunidades para la periferia colombiana	Enero, 2010
123	Juan D. Barón	Geografía económica de los Andes Occidentales de Colombia	Marzo, 2010
124	Julio Romero	Educación, calidad de vida y otras desventajas económicas de los indígenas en Colombia	Marzo, 2010
125	Laura Cepeda Emiliani	El Caribe chocoano: riqueza ecológica y pobreza de oportunidades	Mayo, 2010
126	Joaquín Viloría de la Hoz	Finanzas y gobierno de las corporaciones autónomas regionales del Caribe colombiano	Mayo, 2010
127	Luis Armando Galvis	Comportamiento de los salarios reales en Colombia: Un análisis de convergencia condicional, 1984-2009	Mayo, 2010
128	Juan D. Barón	La violencia de pareja en Colombia y sus regiones	Junio, 2010
129	Julio Romero	El éxito económico de los costeños en Bogotá: migración interna y capital humano	Agosto, 2010
130	Leonardo Bonilla Mejía	Movilidad inter-generacional en educación en las ciudades y regiones de Colombia	Agosto, 2010
131	Luis Armando Galvis	Diferenciales salariales por género y región en Colombia: Una aproximación con regresión por cuantiles	Septiembre, 2010
132	Juan David Barón	Primeras experiencias laborales de los profesionales colombianos: Probabilidad de empleo formal y salarios	Octubre, 2010
133	María Aguilera Díaz	Geografía económica del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Diciembre, 2010
134	Andrea Otero	Superando la crisis: Las finanzas públicas de Barranquilla, 2000-2009	Diciembre, 2010
135	Laura Cepeda Emiliani	¿Por qué le va bien a la economía de Santander?	Diciembre, 2010
136	Leonardo Bonilla Mejía	El sector industrial de Barranquilla en el siglo XXI: ¿Cambian finalmente las tendencias?	Diciembre, 2010
137	Juan David Barón	La brecha de rendimiento académico de Barranquilla	Diciembre, 2010
138	Luis Armando Galvis	Geografía del déficit de vivienda urbano: Los casos de Barranquilla y Soledad	Febrero, 2011
139	Andrea Otero	Combatiendo la mortalidad en la niñez: ¿Son las reformas a los servicios básicos una buena estrategia?	Marzo, 2011
140	Andrés Sánchez Jabba	La economía del mototaxismo: el caso de Sincelejo	Marzo, 2011
141	Andrea Otero	El puerto de Barranquilla: retos y recomendaciones	Abril, 2011

142	Laura Cepeda Emiliani	Los sures de Barranquilla: La distribución espacial de la pobreza	Abril, 2011
143	Leonardo Bonilla Mejía	Doble jornada escolar y la calidad de la educación en Colombia	Abril, 2011
144	María Aguilera Díaz	Habitantes del agua: El complejo lagunar de la Ciénaga Grande de Santa Marta	Mayo, 2011
145	Andrés Sánchez Jabba	El gas de La Guajira y sus efectos económicos sobre el departamento	Mayo, 2011
146	Javier Yabrudy Vega	Raizales y continentales: un análisis del mercado laboral en la isla de San Andrés	Junio, 2011
147	Andrés Sánchez Jabba	Reformas fiscales verdes y la hipótesis del doble dividendo: un ejercicio aplicado a la economía colombiana	Junio, 2011
148	Joaquín Vilorio de la Hoz	La economía anfibia de la isla de Mompo	Julio, 2011
149	Juan David Barón	Sensibilidad de la oferta de migrantes internos a las condiciones del mercado laboral en las principales ciudades de Colombia	Julio, 2011
150	Andrés Sánchez Jabba	Después de la inundación	Agosto, 2011
151	Luis Armando Galvis Leonardo Bonilla Mejía	Desigualdades regionales en la dotación de docentes calificados en Colombia	Agosto, 2011
152	Juan David Barón Leonardo Bonilla Mejía	La calidad de los maestros en Colombia: Desempeño en el examen de Estado del ICFES y la probabilidad de graduarse en el área de educación	Agosto, 2011
153	Laura Cepeda Emiliani	La economía de Risaralda después del café: ¿Hacia dónde va?	Agosto, 2011
154	Leonardo Bonilla Mejía Luis Armando Galvis	Profesionalización docente y la calidad de la educación en Colombia	Septiembre, 2011
155	Adolfo Meisel Roca	El sueño de los radicales y las desigualdades regionales en Colombia: La educación de calidad para todos como política de desarrollo territorial	Septiembre, 2011
156	Andrés Sánchez Jabba	Etnia y rendimiento académico en Colombia	Octubre, 2011
157	Andrea Otero	Educación para la primera infancia: Situación en el Caribe Colombiano	Noviembre, 2011
158	María Aguilera Díaz	La yuca en el Caribe colombiano: De cultivo ancestral a agroindustrial	Enero, 2012
159	Andrés Sánchez Jabba	El bilingüismo en los bachilleres colombianos	Enero, 2012
160	Karina Acosta Ordoñez	La desnutrición en los primeros años de vida: Un análisis regional para Colombia	Enero, 2012
161	Javier Yabrudy Vega	Treinta años de finanzas públicas en San Andrés Islas: De la autosuficiencia a la dependencia fiscal.	Enero, 2012
162	Laura Cepeda Emiliani Juan David Barón	Segregación educativa y la brecha salarial por género entre los recién graduados universitarios en Colombia	Febrero, 2012
163	Andrea Otero	La infraestructura aeroportuaria del Caribe colombiano	Febrero, 2012
164	Luis Armando Galvis	Informalidad laboral en las áreas urbanas de Colombia	Febrero, 2012

165	Gerson Javier Pérez Valbuena	Primera versión de la Política de Seguridad Democrática: ¿Se cumplieron los objetivos?	Marzo, 2012
166	Karina Acosta Adolfo Meisel Roca	Diferencias étnicas en Colombia: Una mirada antropométrica	Abril, 2012
167	Laura Cepeda Emiliani	¿Fuga interregional de cerebros? El caso colombiano	Abril, 2012
168	Yuri C. Reina Aranza	El cultivo de ñame en el Caribe colombiano	Junio, 2012
169	Andrés Sánchez Jabba Ana María Díaz Alejandro Peláez et al.	Evolución geográfica del homicidio en Colombia	Junio, 2012
170	Karina Acosta	La obesidad y su concentración según nivel socioeconómico en Colombia	Julio, 2012
171	Javier Yabrudy Vega	El aguacate en Colombia: Estudio de caso de los Montes de María, en el Caribe colombiano.	Agosto, 2012
172	Andrea Otero	Cali a comienzos del Siglo XXI: ¿Crisis o recuperación?	Agosto, 2012
173	Luis Armando Galvis Bladimir Carrillo	Un índice de precios espacial para la vivienda urbana en Colombia: Una aplicación con métodos de emparejamiento.	Septiembre, 2012
174	Andrés Sánchez Jabba	La reinención de Medellín.	Octubre, 2012
175	Karelys Katina Guzmán	Los subsidios de oferta y el régimen subsidiado de salud en Colombia.	Noviembre, 2012
176	Andrés Sánchez Jabba	Manejo ambiental en Seaflower, Reserva de Biosfera en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.	Noviembre, 2012
177	Luis Armando Galvis Adolfo Meisel	Convergencia y trampas espaciales de pobreza en Colombia: Evidencia reciente.	Diciembre, 2012
178	Karina Acosta	Cartagena, entre el progreso industrial y el rezago social.	Diciembre, 2012
179	Gerson Javier Pérez V.	La Política de Seguridad Democrática 2002-2006: efectos socioeconómicos en las áreas rurales.	Diciembre, 2012
180	María Aguilera Díaz	Bucaramanga: capital humano y crecimiento económico.	Enero, 2013
181	Andrés Sánchez Jabba	Violencia y narcotráfico en San Andrés	Febrero, 2013
182	Luis Armando Galvis	¿El triunfo de Bogotá?: desempeño reciente de la ciudad capital.	Febrero, 2013
183	Laura Cepeda y Adolfo Meisel	¿Habrà una segunda oportunidad sobre la tierra? Instituciones coloniales y disparidades económicas regionales en Colombia.	Marzo, 2013
184	Karelys Guzmán Finol	La industria de lácteos en Valledupar: primera en la región Caribe.	Marzo, 2013

185	Gerson Javier Pérez Valbuena	Barranquilla: avances recientes en sus indicadores socioeconómicos, y logros en la accesibilidad geográfica a la red pública hospitalaria.	Mayo, 2013
186	Luis Armando Galvis	Dinámica de crecimiento económico y demográfico regional en Colombia, 1985-2011	Mayo, 2013
187	Andrea Otero	Diferencias departamentales en las causas de mortalidad en Colombia	Mayo, 2013
188	Karelys Guzmán Finol	El río Cesar	Junio, 2013
189	Andrés Sánchez	La economía del bajo San Jorge	Julio, 2013
190	Andrea Otero	Río Ranchería: Entre la economía, la biodiversidad y la cultura	Julio, 2013
191	Andrés Sánchez Jabba	Bilingüismo en Colombia	Agosto, 2013
192	Gerson Javier Pérez Valbuena Adolfo Meisel Roca	Ley de Zipf y de Gibrat para Colombia y sus regiones:1835-2005	Octubre, 2013
193	Adolfo Meisel Roca Leonardo Bonilla Mejía Andrés Sánchez Jabba	Geografía económica de la Amazonia colombiana	Octubre, 2013
194	Karina Acosta	La economía de las aguas del río Sinú	Octubre, 2013
195	María Aguilera Díaz	Montes de María: Una subregión de economía campesina y empresarial	Diciembre, 2013
196	Luis Armando Galvis Adolfo Meisel Roca	Aspectos regionales de la movilidad social y la igualdad de oportunidades en Colombia	Enero, 2014
197	Andrés Sánchez Jabba	Crisis en la frontera	Enero, 2014
198	Jaime Bonet Joaquín Urrego	El Sistema General de Regalías: ¿mejoró, empeoró o quedó igual?	Enero, 2014
199	Karina Acosta Julio Romero	Estimación indirecta de la tasa de mortalidad infantil en Colombia, 1964-2008	Febrero, 2014
200	Yuri Carolina Reina A.	Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012)	Marzo, 2014
201	Antonio José Orozco Gallo	Una aproximación regional a la eficiencia y productividad de los hospitales públicos colombianos	Marzo, 2014
202	Karelys Guzmán Finol	Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia	Mayo, 2014
203	Jaime Bonet Karelys Guzmán Finol Joaquín Urrego Juan Miguel Villa	Efectos del nuevo Sistema General de Regalías sobre el desempeño fiscal municipal: un análisis dosis-respuesta	Junio, 2014
204	Jhorland Ayala García	La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso	Julio, 2014

205	Jaime Bonet Gerson Javier Pérez V. Jhorland Ayala	Contexto histórico y evolución del SGP en Colombia	Julio, 2014
206	Andrés Sánchez Jabba	Análisis de la respuesta del Estado colombiano frente al Fenómeno de La Niña 2010-2011: El caso de Santa Lucía	Julio, 2014
207	Luis Armando Galvis	Eficiencia en el uso de los recursos del SGP: los casos de la salud y la educación	Agosto, 2014
208	Gerson Javier Pérez V. Ferney Valencia Bernardo González Julio Cesar Cardona	Pereira: contexto actual y perspectivas	Septiembre, 2014
209	Karina Acosta Julio Romero P.	Cambios recientes en las principales causas de mortalidad en Colombia	Octubre, 2014
210	Jhorland Ayala García	Crecimiento económico y empleo en Ibagué	Diciembre, 2014
211	Lina Marcela Moyano Luis Armando Galvis	¿Oportunidades para el futuro?: la movilidad social de los adolescentes en Colombia	Diciembre, 2014
212	Jhorland Ayala García	Aspiraciones económicas, conflicto y trampas de pobreza en Colombia	Diciembre, 2014
213	Karina Acosta	La salud en las regiones colombianas: inequidad y morbilidad	Diciembre, 2014
214	María Aguilera Díaz	Determinantes del desarrollo en la avicultura en Colombia: instituciones, organizaciones y tecnología	Diciembre, 2014
215	Karelys Guzmán-Finol	¿Qué hay detrás de un cambio en la productividad hospitalaria?	Febrero, 2015
216	Luis Armando Galvis-Aponte Lucas Wilfried Hahn-De-Castro	Crecimiento municipal en Colombia: El papel de las externalidades espaciales, el capital humano y el capital físico	Febrero, 2015
217	Jhorland Ayala-García	Evaluación externa y calidad de la educación en Colombia	Abril, 2015
218	Gerson Javier Pérez-Valbuena Alejandro Silva-Ureña	Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia	Abril, 2015
219	Jaime Bonet-Morón Yuri Reina-Aranza	Necesidades de inversión y escenarios fiscales en Cartagena	Mayo, 2015
220	Antonio José Orozco-Gallo	Un análisis del gasto público en salud de los entes territoriales colombianos	Mayo, 2015
221	Karina Acosta-Ordoñez	Nutrición y desarrollo en el Pacífico colombiano	Julio, 2015
222	Jaime Bonet-Morón Karelys Guzmán-Finol	Un análisis regional de la salud en Colombia	Agosto, 2015
223	Gerson Javier Pérez-Valbuena Jhorland Ayala-García Edwin Jaime Chiriví-Bonilla	Urbanización y compromiso comunitario: cinco estudios de caso sobre infraestructura social en educación y salud	Agosto, 2015
224	Yuri Reina-Aranza	Violencia de pareja y estado de salud de la mujer en Colombia	Octubre, 2015