

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LAS NUEVE
PRINCIPALES REGIONES DE COLOMBIA

OSCAR ARMANDO CHINGAL

TESIS DE GRADO COMO REQUISITO PARA OPTAR
AL TÍTULO DE: MAGISTER EN ECONOMÍA APLICADA



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICAS
MAESTRÍA EN ECONOMÍA APLICADA
DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA
UNIVERSIDAD DEL VALLE
SANTIAGO DE CALI
2018

ANALISIS DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LAS NUEVE
PRINCIPALES REGIONES DE COLOMBIA

OSCAR ARMANDO CHINGAL

DIRECTORA DE TESIS

ROSA EMILIA BERMUDEZ
PH.D EN ESTUDIOS DE POBLACIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICAS
MAESTRÍA EN ECONOMÍA APLICADA
DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA
UNIVERSIDAD DEL VALLE
SANTIAGO DE CALI
2018

AGRADECIMIENTOS

A Dios por inclinar su oído y escuchar mis plegarias, por tender su mano para guiarme y así poder llegar al término de este camino.

A mis padres José Mariano Chingal y Aura Nelly Imbacuan, por todo su amor, comprensión y apoyo en todos mis proyectos.

A mi esposa Rut y a mi hijo Camilo Andrés Chingal por todo su cariño, comprensión, compañía y apoyo en cada momento de mi vida.

A mis hermanos Juan José Chingal Imbacuan (Q.E.P.D.) y Julio Gabriel Chingal Imbacuan, por su apoyo y sus sabios consejos.

A la profesora Rosa Emilia Bermúdez de la Universidad del Valle, mi tutora de tesis, Excelente ser humano.

Al profesor Bilver Adrián Astorquiza de la Universidad Eafit Medellín, mi Coasesor de tesis, por sus valiosos aportes en la estimación econométrica.

A la profesora Maribel Castillo Caicedo de la Pontificia Universidad Javeriana y a la profesora Lina María Restrepo de la Universidad del Valle por sus valiosos aportes sobre el tema de estudio.

A todos los profesores de la Facultad de Ciencias Sociales y Económicas de la Universidad del Valle por el compromiso, el esfuerzo y la paciencia, así mismo por compartir sus conocimientos para llegar al feliz término de este proyecto.

Agradecer de manera especial a Esther Julia Villa secretaria de la Maestría en Economía Aplicada de la Universidad del Valle, por sus consejos, paciencia, colaboración, compromiso y apoyo.

Análisis de la calidad de vida del adulto mayor en las nueve Principales regiones de Colombia

RESUMEN

En los últimos cincuenta años, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente; proceso socialmente estructurado que se origina a medida que se desarrollan las sociedades. En respuesta, las agendas de investigación en diversos campos se han direccionado a identificar las condiciones asociadas a una mejor calidad de vida para distintos grupos poblacionales, pero son pocos los que centran el análisis del adulto mayor si a las ciencias económicas se delimita dicha afirmación. Esta investigación se encamina en examinar la calidad de vida de los adultos mayores (C.V.A.M.) para las 9 regiones en Colombia, con el propósito de establecer el nivel en que puede ser definida como muy buena, buena, regular o mala, determinando el perfil social que está asociado a dicha condición y evaluar la existencia de particularidades entre regiones que conducen a que su población cuente con un mejor estado de bienestar. Para ello, se emplea el concepto de adulto mayor a partir del enfoque de edades cronológicas y se estima un modelo probabilístico multinomial ordenado con 5,657 observaciones tomadas de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2015 con una representatividad nacional de 3'317.505 adultos mayores. Los resultados mostrados en la investigación sugieren que la probabilidad de contar con una calidad de vida buena es de 76.02%, asociando perfiles como: pertenecer a los estratos socioeconómicos medio y alto, no tener ausencias en sus niveles de ingesta diaria, vivir en un hogar propio, no vivir solo, contar con educación secundaria o superior, pertenecer al régimen contributivo, no sentirse en contextos de inseguridad, no percibirse como una persona pobre, percibir que su salud es buena y residir en regiones como Valle del Cauca, Oriental, Antioquia y Central.

Palabras Claves: adulto mayor, calidad de vida, multinomial ordenado, salud. **Clasificación JEL:** J14, I31, C35, I10

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	6
1. REVISIÓN DE LITERATURA	9
2. DELIMITACIÓN DEMOGRÁFICA DEL ADULTO MAYOR	18
3. ASPECTOS METODOLÓGICOS	21
4. INFERENCIA ECONOMETRICA Y RESULTADOS	25
CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS.....	45

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LAS NUEVE PRINCIPALES REGIONES DE COLOMBIA

INTRODUCCIÓN

En respuesta al avance tecnológico, a las políticas efectuadas por los gobiernos en procura de mejorar las condiciones de vida de la población y, la detección temprana de enfermedades que comprometían la salud humana y de las cuales no se contaban con tratamientos efectivos, la esperanza de vida aumentó considerablemente en los últimos 50 años. En ese sentido, la revisión de los indicadores del Banco Mundial sobre población muestra como a inicios de los años 60 la esperanza de vida en los países de Europa y Asia Central (61.21 años), Norte América (69.89 años), Asia del Sur (45.46 años) y América Latina y el Caribe (54.38 años) era en promedio 17.4 años menos en comparación con las cifras calculadas para el año 2015; lo cual evidencia la existencia de una población cada vez más longeva.

Colombia no es ajena a esta tendencia. El informe de proyección poblacional del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2015) señala que el país contaba con aproximadamente 5'336,851 personas de 60 años o más (el 11.07% de la población) y donde cerca del 54.55% de la población adulta mayor eran mujeres. En la misma dirección, las cifras del Banco Mundial permiten aseverar que la esperanza de vida de la población colombiana sufrió una reversión de la pirámide poblacional, pues pasó de 56.72 años en 1960 a 73.99 años en 2015. Esta transición demográfica también se sustenta en la medida en que se ha presentado una reducción del 0.41% en el número de personas entre los

12 y los 25 años, mientras que, el número de adultos mayores (60 años o más) presenta un incremento del 20.68% (DANE, 2015).

De la dinámica población descrita, las agendas de investigación en diversos campos se han direccionado en explorar alternativas conducentes en mejorar las condiciones de vida de las personas; liderada en gran medida por investigadores que pertenecen a las ciencias clínicas, pues existe una intrínseca relación entre la calidad de vida y el nivel de salud del individuo tal y como se referencia en los trabajos de Ehlke (1998); Bazo, García, Maiztegui y Martínez (1999); Rivera-Ledesma (2003); Marín, Homar, Niedfeld, Matcovick, Mamonde (2009) entre otros. No obstante, si bien ha sido posible identificar ciertos factores asociados a un mejor estado de bienestar de la población adulta mayor, entendido como aquellas acciones, conductas o características que propician una mejor calidad de vida, la literatura nacional e internacional aún es exigua y más aún si se abordada este planteamiento desde las ciencias económicas.

Por ende, frente a un previsible escenario de poblaciones longevas, es apremiante direccionar estudios que busquen conocer por medio de metodologías cuantitativas propias de la estadística y la economía el estado de bienestar de los adultos mayores, que bien pueden ser transferidas si el interés se replica en otros países. Para ello, esta investigación plantea un interrogante de tipo exploratorio, el cual busca responder *¿cómo fueron las condiciones de calidad de vida para los adultos mayores en Colombia durante el año 2015?* En su desarrollo, son examinados un conjunto de factores que condicionan la probabilidad de que los adultos mayores presenten una calidad de vida muy buena, buena, regular o mala, donde dicha

clasificación se adopta directamente de la pregunta de percepción elaborada por el DANE que termina ubicando dichas categorías en una escala de método de evaluaciones sumarias (Likert), donde si bien, se ha identificado en el ámbito científico que entre mayor sea la cantidad de categorías los individuos terminan por sesgar su respuesta a una categoría en particular; en este caso, la pregunta diseñada por la institución colombiana cuenta con sólo cuatro categorías.

En concordancia con el interrogante, se somete a prueba como hipótesis de investigación la siguiente afirmación: *la probabilidad de que la calidad de vida del adulto mayor en Colombia para el año 2015 sea buena es mayor en comparación con las otras categorías definidas en la investigación (muy buena, regular o mala), al tiempo que esta puede verse influenciada de acuerdo a la región en la que resida el adulto mayor, denotando así la existencia de condiciones particulares por características no solo sociodemográficas sino también geográficas.*

Es preciso mencionar que la definición de calidad de vida sustenta un carácter de multidimensionalidad, pues se construye a partir de condiciones subjetivas y objetivas que se presentan a lo largo de la vida de los individuos como, por ejemplo: el nivel de ingresos, los años de escolaridad, la sensación de seguridad, el estado de salud, la satisfacción personal, las relaciones familiares, los servicios sociales y la participación social como plantea Giraldo y Arango (2011, p. 161). Por ello, para efectuar el análisis de calidad de vida se introduce una serie de variables que por simplicidad son condensadas en cuatro categorías: i) *demográfico*, ii) *socioeconómico*, iii) *vinculación laboral*, y iv) *percepciones de su entorno*. Así, se logra

cuantificar la probabilidad de presentar una calidad de vida muy buena, buena, regular o mala, y también, las características asociadas a ella.

La estructura formal de esta investigación se aborda en cuatro secciones. En la primera se presenta la revisión de literatura sobre calidad de vida restringida al grupo de estudio (adulto mayor). La segunda sección expone de manera sucinta la delimitación demográfica del adulto mayor a partir del enfoque de edades cronológicas como componente conceptual pues permite definir con objetividad la población considerada como adulta mayor; y de igual forma adapta el criterio establecido por diferentes entidades internacionales. La tercera sección describe la aproximación metodológica donde se presentan las variables de control, su forma funcional, la justificación del método econométrico y los principales estadígrafos de la muestra. Los resultados de la inferencia econométrica están en la cuarta sección, mientras que, las conclusiones, recomendaciones y limitaciones del estudio componen el apartado final.

1. REVISIÓN DE LITERATURA

La salud es uno de los factores asociados con la calidad de vida, pues no contar con ella induce a la aparición de problemas corporales y mentales que deterioran el bienestar del individuo. Autores como Ehlke (1998); Bazo, García, Maiztegui y Martínez (1999); Rivera-Ledesma (2003) sustentan que gran parte de la población adulta mayor presenta problemas de salud que suelen agravarse a medida que aumenta la edad, afectando su capacidad funcional y, por ende, su calidad de vida. En la misma línea, Bazo et. al (1999) precisan que las enfermedades de mayor prevalencia son las crónico-degenerativas cuya severidad depende del

estilo de vida que han llevado los individuos y de la asistencia a controles médicos de manera periódica. Por tanto, y si bien se condensa en términos simplistas, es evidente que la salud afecta la calidad de vida, pero dicha afectación está determinada por la capacidad económica del individuo.

En el estudio de Fernández (1997) se analiza la calidad de vida de 1.014 adultos mayores de 65 años en España a partir de variables como el estado de salud, el sexo, las habilidades funcionales, la condición económica, las relaciones sociales, el estado de actividad (rol social), el acceso a servicios sociales, entre otras, prestando mayor atención en si existen diferencias en la calidad de vida dependiendo del tipo de domicilio que ocupa el adulto mayor, siendo estos: domiciliarios con hogar propio, residentes en instituciones públicas y residentes en instituciones privadas. Con dicha segmentación, el autor identifica que la posición social (ser de estrato alto), el sexo (ser hombre), el nivel de ingresos (medios y altos) y habitar en un domicilio propio explican la presencia de una mejor calidad de vida durante la vejez por cuanto informan tener mejores habilidades funcionales y mayor integración social, pero no existe evidencia que sustente que el tipo de domicilio, ya sea público o privado, que ocupa el adulto mayor determina su condición de calidad de vida.

Por otra parte, Chackiel (2000) hace un análisis de las implicaciones que consigo trae el incremento de las personas definidas como adulta mayor en América Latina. Para ello, introduce un marco teórico con el cual asevera que no todas las personas llegan al mismo tiempo a la vejez, siendo este el criterio de habilidades físicas y cognitivas. Dado este criterio, el autor hace un recorrido conceptual alrededor de lo que se considera la reversión de las pirámides poblacionales (menos nacimientos y más personas que llegan a avanzadas edades)

debido a la transición demográfica asociada al desarrollo de los países. En este sentido, la segunda reflexión del texto radica en los retos en materia fiscal para coordinar las inversiones sociales en procura de reducir las tasas de dependencia que se puedan presentar en las personas de edades avanzadas pues en un escenario de menos nacimientos y más personas adultas implica una mayor carga para el Estado en el sistema pensional y menos incentivos para cotizar en fondos privados por parte de los jóvenes activos en el mercado laboral.

De igual forma, Bravo (2000) analiza el proceso de envejecimiento de la población en América Latina, encontrando que, se ha atravesado por una acelerada transición demográfica que proyecta bajas tasas de natalidad y una esperanza de vida mucho más larga para los próximos años, afectando los sistemas pensionales y, por tanto, el nivel de vida de la población. En ese sentido y a diferencia del estudio de Chackiel (2000), este autor profundiza en el análisis sobre la sostenibilidad fiscal de los sistemas de pensiones a partir de lo que el mismo autor ha denominado como los costos de la transición. En sus hallazgos encuentra que si bien países como Argentina y Cuba se encuentran en etapas avanzadas de la transición demográfica, Colombia está en una etapa temprana, pero en conjunto todas las económicas se enfrentan a enormes retos en sus sistemas pensionales haciendo cada vez más necesario encontrar mecanismos que conduzcan a alivianar dichas presiones fiscales.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2003) en su diagnóstico sobre la situación de bienestar de los adultos mayores en América Latina, encuentra que los adultos mayores presentan dificultades para acceder al sistema pensional a razón de la práctica de actividades económicas informales a las que se vieron expuestos durante su etapa

productiva, lo que condujo a que los vínculos sociales de dependencia con otras personas, ya sean familiares o externos sean fuertes y, en los casos donde dicha dependencia no se alcanzaba se llegaron a situaciones de vulnerabilidad que pueden terminar en condiciones de pobreza. Este hecho, según reporta el documento, conduce a que la calidad de vida de los adultos mayores no sea buena, pues terminan expuestos a bajas coberturas en el sistema de salud, condiciones precarias en la atención y en el tratamiento de sus enfermedades, limitado acceso a recreación, a esparcimiento y a problemas de salud ocupacional. De lo anterior, es posible elaborar la idea de que encontrarse vinculado a un sistema de seguridad social es señal de formalidad en el mercado laboral y, por tanto, permite acceder a servicios que no serían posibles de estar por fuera de este como, por ejemplo, el sistema de salud.

Particularmente, el estudio de Arango y Ruiz (2006) centra su atención en la evolución de algunos indicadores socioeconómicos de la población adulta mayor en Colombia a partir de la comparación del Censo Poblacional del año 2005 con el año 1993. Los autores sugieren que aún existe un evidente rezago en materia social con la asistencia a los adultos mayores, dando paso a plantear que mejoras en indicadores de acceso al sistema pensional y de cobertura del sistema de salud se deben traducir en mejores condiciones de calidad de vida. Nuevamente, destacan el alto grado de exposición hacia la pobreza que tiene esta población, explicada en principio por bajos ingresos en la etapa pensional y relacionándola una vez más con la alta dependencia familiar que suele crearse.

Ramírez, Agredo, Jerez y Chapal (2008) realizaron un estudio clínico para las mujeres en condición de adulto mayor en la ciudad de Santiago de Cali (Colombia) entre los 65 y 87 años,

sin dificultades físicas ni psicológicas y no institucionalizadas, es decir, aquellas que no pertenecen a establecimientos que se encargan de proveer de servicios colectivos, con el fin de examinar variables socioeconómicas y antropométricas (medidas del cuerpo) asociadas con la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles. Sus hallazgos reportan que factores como el sobrepeso, la hipertensión y la pérdida de capacidad funcional, que conducen a una alta prevalencia de discapacidades para esta población, inciden negativamente en su calidad de vida.

La incidencia de los hábitos alimenticios y los síntomas depresivos sobre la calidad de vida fue abordado en la investigación de Ávila, Garant y Aguilar (2006). Estos autores centraron su análisis en 1.748 adultos mayores en México, teniendo en cuenta un compendio de variables alineadas en tres categorías: i) salud bucal, ii) función mental y iii) funcionalidad; empleando como variable dependiente la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDGY) que va de 0 a 12, donde puntajes mayores a 6 indican la presencia de síntomas depresivos. Los resultados muestran que la alimentación incide en los síntomas depresivos, pero adicionalmente, los problemas dentales, la dificultad para el manejo del dinero y la hipertensión arterial son factores coligados a la sintomatología de disfunción cognitiva y, por tanto, alteran la calidad de vida del adulto mayor. Así, las condiciones de salud se asocian nuevamente con la calidad de vida y en este caso, se pone a discusión la importancia de la alimentación en su determinación.

Hasta el momento, al reafirmar una vez más que el concepto de calidad de vida está determinado por la multidimensionalidad que incorpora características asociadas a

condiciones patológicas, de salud, demográficas, antropométricas, clínicas, nutricionales, entre otras y, que claramente determinan el estado de bienestar del adulto mayor; la investigación de Marín, Homar, Niedfeld, Matcovick y Mamonde (2009) centra el análisis en la promoción de salud como estrategia para mejorar la calidad de vida. Para tal fin, explora una muestra de 700 adultos mayores en Argentina con la cual menciona que una salud regular o mala se asocia con habitar solos en el hogar, contar con impedimentos físicos, presentar síntomas depresivos, problemas de colesterol, sobrepeso y riesgo nutricional; mientras que, una buena calidad de vida se determina por la ausencia de condiciones patológicas que restringen la movilidad, como por ejemplo obesidad, afecciones cardíacas, desnutrición, entre otras.

No obstante, Estrada et al. (2011) precisan que, si bien el concepto de calidad de vida es multidimensional, cada área del conocimiento posee un marco teórico o proceso metodológico diferente a la hora de abordarlo, aduciendo que para los economistas el concepto se centra en el bienestar, los ingresos, el nivel y las condiciones de vida. De esta forma, a partir de una muestra de 276 adultos mayores de 65 años de la ciudad de Medellín, analizan la relación entre las características demográficas, de apoyo social, estado nutricional, síntomas depresivos, riesgo de ansiedad y de capacidad funcional con la Escala de Valoración de la Calidad de Vida del adulto mayor de la Organización Mundial de la Salud; identificando así un perfil del adulto mayor caracterizado por tener menores puntuaciones en la escala y por ende, una menor calidad de vida: ser mujer, sentirse maltratado por los familiares, padecer de diabetes, tener síntomas depresivos, y contar una capacidad funcional cada vez más limitada.

En investigaciones más recientes, se observa una primera articulación del uso de la econometría como estrategia metodológica para abordar la calidad de vida del adulto mayor. Melguizo, Acosta y Castellano (2012) emplean un modelo logístico y bajo el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) encuentran resultados similares a los reportados más adelante en esta investigación. En primera instancia, encuentran diferencias en la calidad de vida por el sexo del individuo, donde ser hombre se asocia con un mejor bienestar físico y emocional, mientras que, las mujeres presentan un mejor autocuidado. Adicionalmente, mencionan que los adultos mayores que viven en unión libre, que son pensionados, de estrato social distinto a bajo y con acumulación de capital humano (educación) diferente a básica primaria, reportan un mejor bienestar físico, psicológico, de autocuidado y funcionamiento ocupacional.

En cuanto al interés de esta investigación por encontrar una relación entre mercado laboral y la calidad de vida, el documento de Escarbajal y Martínez (2012) aporta una aproximación pertinente para dicho objetivo. Los autores encontraron que los adultos mayores en etapa productiva obtuvieron mejor puntuación en la calidad de vida en comparación con los cesantes; pues aducen que la jubilación es uno de los cambios más importantes por los que pasa un adulto mayor, dado que, en la mayoría de los casos conduce a una pérdida de estatus social, reduce redes de apoyo y causa un descenso en los ingresos, lo que se traduce en una redefinición de las relaciones personales de su entorno.

Por otra parte, uno de los estudios direccionados en analizar las pensiones y su incidencia sobre la calidad de vida es elaborado por Shatz et. al (2012). Los autores elaboran un análisis

cuantitativo y cualitativo para investigar como la pensión influye sobre el bienestar y la salud de los hombres y las mujeres en Sudáfrica. Al emplear como método de contrastación una regresión logística encontraron que las pensiones tienen un impacto particularmente fuerte en los informes de bienestar de las mujeres de más edad. No obstante, los datos cualitativos sugieren que los hombres usan inicialmente su pensión para comprar grandes artículos para el hogar, mientras que las mujeres utilizan su pensión para el mantenimiento diario del hogar.

Lloyd-Sherlock, Barrientos, Moller y Saboia (2012) realizan un estudio comparativo entre personas mayores en Sudáfrica y Brasil, observando la relación entre pensión y bienestar por medio de los datos producto de dos encuestas realizadas en 2002 y 2008. Para el análisis comparativo, en Sudáfrica se optó por definir a las personas mayores como aquellos por encima de los 54 años, mientras que en Brasil se utilizó el criterio de 60 años como punto de corte. Los resultados de la encuesta de 2002 respaldan la afirmación de que las pensiones podrían tener un efecto significativo sobre el estado económico de los hogares más pobres en países como Brasil y Sudáfrica, mientras que la encuesta de 2008, sugieren que el sistema de salud sudafricano fue mucho más eficaz en el servicio a las personas mayores que su homólogo brasileño y, por ende, las pensiones y el sistema de salud inciden positivamente sobre el bienestar de esta población.

Otro resultado interesante sobre el efecto de las pensiones sobre la calidad de vida del adulto mayor se encuentra en Kaushal (2014). El autor analiza los efectos del esquema de pensiones en la India para personas mayores de 65 años, encontrando que la pensión se asocia con un

aumento en el gasto en atención médica y estima que, en 50 años, el 80% de los ancianos vivirán en países en desarrollo, puesto que para estos países este fenómeno es más reciente.

Los hallazgos reportados en la revisión de literatura inicialmente buscan destacar las investigaciones orientadas en exponer los estudios sobre calidad de vida y adulto mayor, los cuales aún siguen siendo limitados. Por otra parte, retratan la importancia de incorporar componentes que van desde las condiciones físicas del individuo y de salud hasta variables socioeconómicas y demográficas como mecanismo para articular una mayor precisión del concepto de calidad de vida. No obstante, gran parte de los estudios profundizan sobre condiciones clínicas y características sólo identificables en encuestas orientadas a temas de la salud. Lo anterior, se configura como la principal limitante de la presente investigación pues no se cuenta con información sobre síntomas y/o enfermedades que presenta este grupo poblacional en Colombia, dado que, la fuente de información empleada ni tampoco la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) desarrolla un módulo acorde a estas exigencias, o por lo menos para la representatividad de la población a nivel nacional.

Por lo anterior, la presente investigación busca identificar inicialmente la condición de calidad de vida de los adultos mayores en las 9 grandes regiones de Colombia por medio de la estimación de la probabilidad de contar con una buena calidad de vida, que al incorporar las características asociadas a cuatro categorías centrales de análisis presentadas previamente, condensan la multidimensionalidad propia del concepto y, se constituye como uno de los aportes que esta investigación realiza desde el plano de las ciencias económicas, pues no existen numerosas investigaciones que permitan realizar inferencias significativas para todo un

conjunto poblacional. De manera secular, se identifica el perfil relacionado con tener una buena o mala calidad de vida, revisando si esta cambia al tener en consideración la región en la cual reside el adulto mayor, lo cual posibilita las recomendaciones en materias de política pública.

2. DELIMITACIÓN DEMOGRÁFICA DEL ADULTO MAYOR

A medida que las personas entran en la etapa donde la edad incide directamente en su funcionalidad social y motriz y en la pérdida de los roles sociales y familiares, se hace cada vez más notorio un descenso en la participación del individuo en diferentes entornos como por ejemplo el laboral. En ese sentido, la connotación cronológica de la edad se convierte para esta investigación como el marco conceptual más apropiada para definir el grupo poblacional objeto de estudio. Esta apropiación conceptual de la edad permite superar la falta de conciliación teórica que se ha originado alrededor del término vejez (adulto mayor); pues si bien, esta hace parte de la teoría del ciclo de vida donde también transitan criterios discriminantes para definirla a partir de enfoques como la edad fisiológica y la edad social; abstraer una definición biológica referente al número de años que una persona ha cumplido, presupone una serie de normas que definen las responsabilidades y privilegios de un sujeto (Aranibar, 2001) y por tanto, permiten presentar con objetividad al grupo poblacional.

Muestra de ello está en la normatividad colombiana 1276 de 2009, la cual establece que un adulto mayor es el individuo que cuenta con 60 años o más, haciendo la salvedad de que se puede considerar de igual manera a las personas que sean menores de 60 años, pero mayores a

55 siempre y cuando sus condiciones fisiológicas y psicológicas permitan determinarlo. De esta forma, esta disposición legal vincula el concepto de adulto mayor al argumentar que, a partir de la agrupación de los agentes sociales en función de dicha característica (su edad), es posible determinar la aparición social de la vejez, que a su vez responde a convencionalismos sociales como, por ejemplo, se es más viejo entre mayor sea la edad (Aranibar, 2001, p.12).

Si bien, existen enfoques alternativos que permiten comprender el concepto de adulto mayor como el social y la teoría de la modernización, solo por citar dos de ellos, adoptarlos haría que la definición esté condicionada a una serie de comportamientos y pautas socialmente aceptadas que van desde características físicas, demográficas, culturales y socioeconómicas, generando la pertinencia de emplear un marco conceptual extenso que dista de los objetivos y del alcance de esta investigación, por cuanto una definición más allá de la edad del individuo implicaría la creación de una métrica que incorpore estos factores sociales que suelen revestir de subjetividad.

En este sentido, y como segunda limitante de la investigación, dada la fuente información utilizada sólo es posible definir de manera objetiva la condición de adulto mayor de acuerdo con la edad que el individuo reporta al momento de responder el formulario de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) y no por la forma en como la sociedad percibe al individuo o por su condición de salud. Sin duda, fijar una edad donde suelen presentarse características del envejecimiento por condiciones biológicas, psicológicas y sociales es complejo, pues no sería posible sustentar que es la misma para cada individuo y que la definición de criterios colectivos para hacerlo no contarían con cierto sesgo, pues puede verse

influenciada por los objetivos trazados por los investigadores. Sin embargo, sería previsiblemente más útil por cuanto incorporaría componentes que con la edad no lograrían ser captados pues no es igual un adulto mayor de 60 años y con buenas condiciones de salud, a un adulto mayor de 60 años y con movilidad reducida a causa de una enfermedad.

Criterios diferentes a la edad para definir al adulto mayor también han sido empleados en diversos estudios, entre ellos el de Pugliese (2010). A lo largo de su investigación la autora menciona algunos criterios para identificar a los adultos mayores en términos demográficos, donde si bien, la discusión teórica está alrededor de las capacidades cognitivas y físicas para definir a los adultos mayores, muestra que el criterio internacional de política establecido por la Organización de Naciones Unidas (ONU), la CEPAL y la Organización Mundial de la Salud viene dado por la edad, donde los 60 años se considera como el momento ideal del ciclo de la vida para denominar a una persona como adulta mayor. Sin embargo, la autora precisa que a medida que aumenta la edad, las implicaciones sobre la salud, el cuidado y la dependencia es mayor, por tanto, recomienda monitorear con especial detenimiento los adultos mayores de 75 años y de 85 años que bien pueden componer la tercera y cuarta edad, respectivamente; reflexión construida al tener en cuenta que a los 85 años en varias partes del mundo ya se ha superado la expectativa de vida y las características del individuo presentan un mayor deterioro.

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

La Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) del año 2015 se convierte en la fuente de información apropiada para desarrollar esta investigación, puesto que, al interior de sus formularios desarrolla múltiples componentes que permiten identificar condiciones socioeconómicas, demográficas y geográficas que, acompañadas de la variable edad, conduce a identificar a 5,657 adultos con 60 años o más que representan cerca de 3'317.505 individuos en nueve regiones. Entre tanto, al ser una encuesta de hogares realizada por el DANE, su diseño muestral es probabilístico, estratificado, multietápico, de conglomerados y con representatividad para el territorio nacional (DIMPE, 2014, p.6).

Como variable dependiente se adopta la forma funcional propuesta por el DANE a la pregunta: “*actualmente las condiciones de vida en su hogar son*”; formulada con el fin de indagar sobre la manera en que los individuos conciben su calidad de vida y que claramente precisa de una instancia subjetiva, pues su elección está determinada por las condiciones en las cuales se ven inmersos. En este sentido, se justifica su elección pues en el inicio del documento se expuso la multidimensionalidad *ad hoc* del concepto calidad de vida, y por ello, su medición debe incorporar una serie de componentes que dependen de cada individuo y cualquier propuesta cuantitativa para construirla incorporaría un sesgo del investigador. Adicionalmente, en términos estadísticos se tiene que esta variable al seguir una escala tipo Likert de cuatro categorías reduce la probabilidad de que las personas sesguen su respuesta a una en particular, al tiempo que hace necesario que su interpretación se de como una observación puntual sobre la cual se realiza un análisis econométrico, y que condicionado por

variables de control conducen a identificar la probabilidad de que un individuo cuente con una buena calidad de vida y el perfil asociado a esta condición. Así, la variable dependiente se ordena de menor a mayor con cuatro respuestas: *muy buenas*, *buenas*, *regulares* o *malas*, bajo las cuales el DANE no aporta una definición sobre cómo se deben interpretar cada una de las categorías.

Para las variables explicativas o de control, se definen cuatro grupos centrales que permiten elaborar un ordenamiento de las mismas. El primero es el *demográfico*, el cual agrupa tres variables: el sexo del individuo como distinción fenotípica tomando el valor de uno si es hombre y cero si es mujer, la edad con el fin de analizar si entre mayor sea, su asociación es negativa con la calidad de vida y si el individuo pertenece a una de las minorías étnico-raciales identificadas en el país, tomando el valor de uno si efectivamente pertenece a este grupo y cero en caso contrario. Esta última variable agrupa los individuos que se identifican como afrocolombianos, raizales, palanqueros, mulatos, gitanos e indígenas (minorías).

El segundo componente es denominado *socioeconómico* y está compuesto por once variables, estas son: estrato socioeconómico, nivel de escolaridad máxima alcanzada, estado civil, sí el tipo de vivienda es propia o no, número de personas en el hogar, sí el nivel de ingesta diaria se restringe por ausencia de ingresos, sí cuenta con acueducto público, conexión a gas por red y sí emplea leña, carbón o material de desecho para cocinar los alimentos. También se analiza el efecto de los ingresos totales del hogar con el fin de conocer si existe una asociación fuerte entre los recursos monetarios y la calidad de vida, relación expuesta en algunas investigaciones documentadas hasta el momento y por último, sí el individuo recibe ingresos

del programa Colombia Mayor, pues el propósito de estas transferencias monetarias se orienta a mejorar las condiciones de vida de la población adulta mayor en situación de vulnerabilidad (pobreza) a través del incremento en sus ingresos.

El tercer componente es *vinculación laboral*, con el cual se aborda la forma en si se encuentran inmersos en el mercado laboral los adultos mayores, teniendo especial interés en conocer si están o no pensionados y el régimen de seguridad social al cual están inscritos: contributivo, especial o subsidiado. Lo anterior permite establecer si la pérdida de los roles sociales asociados con la participación laboral, producto del pasar de los años, se asocia con un deterioro en la calidad de vida.

El último componente se define como *percepciones* el cual agrupa las variables que permiten analizar como la calidad de vida es afectada por condiciones propias del entorno del individuo y que afectan la forma en que el agente concibe su realidad, sin precisar de algún grado. Para ello, se estudian las variables sensación de seguridad, situación de pobreza, estado de salud y calidad del sistema de seguridad social al cual está inscrito. Finalmente, se introduce en este análisis la variable región con el fin de captar efectos puntuales (fijos) que conducirían a que los adultos mayores presenten una mayor probabilidad de contar con mejores condiciones de calidad de vida sólo por residir en un lugar determinado. Con esta evaluación, se busca establecer la existencia de diferencias entre las regiones de Bogotá D.C, Central, Atlántico, Oriental, Pacífica, Antioquia, Valle del Cauca, Insular - San Andrés, Orinoquia-Amazonas, partiendo de la hipótesis de que la capital del país cuenta con un mayor número de recursos (amenities), mejores centros de atención y otras especificidades que podrían encausarse en

mejorar la atención de esta población. En complementariedad, en los anexos 1 y 2 se presenta la forma funcional definida para las variables de control y sus principales estadígrafos, respectivamente. Por otra parte, la especificación econométrica que se estima en la presente investigación es escrita en la siguiente formula:

$$CVAM_i = \sum_{j=1}^3 \beta_j X_{j_{Demográfico}_i} + \sum_{j=1}^{11} \beta_j X_{j_{Socioeconómico}_i} + \sum_{j=1}^2 \beta_j X_{j_{Participación_Laboral}_i} + \sum_{j=1}^4 \beta_j X_{j_{Percepción_Entorno}_i} + Dummy_Región_i + \varepsilon_i \quad \text{con } i = 1,2,3,4 \quad [1]$$

La ecuación 1 muestra el modelo probabilístico multinomial ordenado a estimar, donde el subíndice i hace referencia a una de las cuatro categorías de la variable dependiente siendo esta la Calidad de Vida del Adulto Mayor (CVAM). Así mismo, se observa la presentación de las cuatro categorías centrales del estudio acompañados de los coeficientes β_j y los parámetros X_j en representación del número de variables analizadas, facilitando así la comprensión del número de variables introducidas en el modelo de acuerdo con los componentes ya definidos.

Con la salvedad en el buen actuar del uso de la econometría, antes de efectuarse el proceso de estimación se validó a través de los criterios de información Akaike y Bayesiano la idoneidad de implementar la segunda alternativa de modelación (logit ordenado); encontrando que la técnica propuesta es acertada por cuanto en ambos casos los criterios de información tuvieron menor magnitud en el probit. Este criterio de decisión se presenta en el anexo 3. Por tanto, estimar un modelo probit implica el cumplimiento del supuesto de regresiones paralelas per

sé; y con ello, se prueba que de eliminarse una de las categorías de la variable dependiente no se alteran los coeficientes estimados, ni tampoco su significancia.

4. INFERENCIA ECONÓMETRICA Y RESULTADOS

La estimación del modelo econométrico propuesto, condicionado por las variables de control establecen que la probabilidad de que la calidad del adulto mayor sea buena es del 76.02%, seguida por la probabilidad de presentar una regular calidad de vida con el 20.24%. Este hallazgo soporta la hipótesis de investigación formulada en la medida en que los adultos mayores en Colombia para el año 2015 presentaron una calidad de vida buena y donde la diferencia entre la categoría más cercana en términos probabilísticos termina siendo de poco más de 50 puntos porcentuales (pp). Este resultado permite conjeturar que una alta proporción de los adultos mayores en Colombia perciben que sus condiciones de vida son buenas y, por ende, su bienestar. Sin embargo, existe un número significativo que percibe que su calidad de vida es regular y, por ende, da cabida a un análisis comparativo entre las características que determinan una probabilidad de presentar una calidad de vida buena y regular. Esto se logra al examinar en forma detallada los coeficientes y signos hallados para cada uno de los cuatro componentes centrales reportados en la estimación de la tabla 1, siendo estos los efectos marginales (dy/dx) del modelo probit multinomial ordenado.

Tabla 1. Modelo de regresión probit multinomial ordenado (dy/dx)

	CVAM	Mala	Regular	Buena	Muy Buena
Demográfico	Sexo [1=Hombre]	0.000443 (0.0004)	0.0153 (0.0122)	-0.0114 (0.0090)	-0.00432 (0.0035)
	Minorías étnicas [1=Si pertenece]	0.000495 (0.0005)	0.0162 (0.0162)	-0.0124 (0.0127)	-0.00425 (0.0040)
	Entre 75-90 años	-0.00121*** (0.0003)	-0.0445*** (0.0106)	0.0319*** (0.0073)	0.0138*** (0.0037)
	Más de 90 años	0.00503 (0.0040)	0.114* (0.0644)	-0.099 (0.0613)	-0.0204*** (0.0072)
Socioeconómico	Estrato medio	-0.00120*** (0.0004)	-0.0438*** (0.0120)	0.0316*** (0.0083)	0.0134*** (0.0041)
	Estrato alto	-0.00142*** (0.0005)	-0.0601** (0.0252)	0.0390*** (0.0132)	0.0225* (0.0126)
	No consume alguno de los tres alimentos por falta de dinero	0.0169*** (0.0034)	0.251*** (0.0242)	-0.235*** (0.0256)	-0.0330*** (0.0025)
	Posee acueducto público	0.000587 (0.0004)	0.021 (0.0146)	-0.0154 (0.0104)	-0.00621 (0.0046)
	Posee gas natural	-0.000715* (0.0004)	-0.0238* (0.0131)	0.0181* (0.0101)	0.00643* (0.0034)
	Cocina los alimentos con leña, carbón, material de desecho	0.000985 (0.0007)	0.0308 (0.0197)	-0.0241 (0.0159)	-0.00772* (0.0044)
	Vive solo	0.00126*** (0.0004)	0.0475*** (0.0126)	-0.0335*** (0.0084)	-0.0152*** (0.0047)
	Ln (Ingresos Hogar)	-0.00166*** (0.0003)	-0.0568*** (0.0055)	0.0426*** (0.0043)	0.0158*** (0.0017)
	Básica Primaria o Preescolar	-0.000647 (0.0004)	-0.022 (0.0143)	0.0166 (0.0108)	0.00612 (0.0040)
	Básica Secundaria o Media	-0.00130*** (0.0004)	-0.0491*** (0.0164)	0.0347*** (0.0108)	0.0158*** (0.0061)
	Técnico/Tecnólogo con o sin título	-0.00210*** (0.0004)	-0.102*** (0.0194)	0.0551*** (0.0050)	0.0492*** (0.0158)
	Universitario/Posgrado con o sin título	-0.00268*** (0.0005)	-0.135*** (0.0146)	0.0635*** (0.0045)	0.0742*** (0.0152)
	Unión libre	0.000472 (0.0005)	0.0155 (0.0153)	-0.0119 (0.0119)	-0.0041 (0.0039)
	Viudo	0.000254 (0.0005)	0.00857 (0.0158)	-0.00648 (0.0120)	-0.00234 (0.0042)
	Separado o soltero	0.00204*** (0.0007)	0.0616*** (0.0166)	-0.0487*** (0.0138)	-0.0149*** (0.0036)
	Vivienda Propia [1= Si]	-0.00170*** (0.0005)	-0.0528*** (0.0114)	0.0412*** (0.0093)	0.0133*** (0.0027)

Tabla 1. Modelo de regresión probit multinomial ordenado (dy/dx)

	CVAM	Mala	Regular	Buena	Muy Buena
<i>Vinculación Laboral</i>	Colombia Mayor [1= Recibe este subsidio]	0.000133 (0.0004)	0.0045 (0.0133)	-0.00339 (0.0101)	-0.00124 (0.0036)
	Esta pensionado [1= Si está]	0.000333 (0.0004)	0.0112 (0.0127)	-0.00849 (0.0097)	-0.00306 (0.0034)
	Régimen especial	0.00127 (0.0009)	0.0384 (0.0248)	-0.0305 (0.0207)	-0.00917* (0.0051)
	Régimen subsidiado	0.00252*** (0.0006)	0.0811*** (0.0142)	-0.0618*** (0.0111)	-0.0218*** (0.0038)
<i>Percepciones</i>	Se siente seguro en el lugar que habita	-0.00289*** (0.0007)	-0.0804*** (0.0144)	0.0654*** (0.0126)	0.0179*** (0.0027)
	Se considera pobre	0.00479*** (0.0008)	0.139*** (0.0112)	-0.109*** (0.0094)	-0.0357*** (0.0032)
	La calidad del servicio de salud es malo	0.00123 (0.0010)	0.0384 (0.0281)	-0.03000 (0.0227)	-0.00966 (0.0064)
	La calidad del servicio de salud es bueno	-0.000478 (0.0008)	-0.016 (0.0257)	0.0121 (0.0197)	0.00434 (0.0068)
	La calidad del servicio de salud es muy bueno	-0.00197*** (0.0005)	-0.0878*** (0.0225)	0.0532*** (0.0094)	0.0366*** (0.0138)
	Su estado de salud es malo	-0.00228*** (0.0006)	-0.0804*** (0.0198)	0.0583*** (0.0139)	0.0243*** (0.0066)
	Su estado de salud es regular	-0.00522*** (0.0010)	-0.163*** (0.0206)	0.120*** (0.0151)	0.0482*** (0.0070)
	Su estado de salud es bueno	-0.00300*** (0.0005)	-0.181*** (0.0106)	0.0182*** (0.0194)	0.166*** (0.0282)
<i>Regiones Geográficas</i>	Central	-0.00122*** (0.0004)	-0.0471*** (0.0158)	0.0327*** (0.0100)	0.0156** (0.0062)
	Atlántica	0.00133* (0.0007)	0.0413** (0.0184)	-0.0324** (0.0150)	-0.0103** (0.0041)
	Oriental	-0.00136*** (0.0004)	-0.0522*** (0.0153)	0.0363*** (0.0098)	0.0172*** (0.0060)
	Pacífica	0.000665 (0.0008)	0.0213 (0.0242)	-0.0165 (0.0193)	-0.00546 (0.0057)
	Antioquia	-0.00147*** (0.0004)	-0.0581*** (0.0153)	0.0396*** (0.0093)	0.0200*** (0.0065)
	Valle del Cauca	-0.00115*** (0.0004)	-0.0449*** (0.0169)	0.0311*** (0.0106)	0.0150** (0.0067)
	Insular-San Andrés	0.000849 (0.0053)	0.0264 (0.1490)	-0.0207 (0.1220)	-0.00654 (0.0328)
	Orinoquia-Amazonas	-0.000713 (0.0010)	-0.0269 (0.0406)	0.0191 (0.0270)	0.00853 (0.0146)

Tabla 1. Modelo de regresión probit multinomial ordenado (dy/dx)

CVAM	Mala	Regular	Buena	Muy Buena
Probabilidad de Ocurrencia	0.26%	20.24%	76.02%	3.48%
Pseudo-R2			0.216	
Observaciones			5,657	

Nota: variables significativas al *10%, **5%, ***1%

Fuente: Calculo del autor en el software Stata 13.0 empleando la ENCV 2015

El componente demográfico plantea tres importantes resultados. El primero sugiere que no existen diferencias en la calidad de vida por cuestiones de sexo. El coeficiente resulta ser no significativo en las cuatro categorías. Esto controvierte los hallazgos de Fernández (1997) y Estrada et. Al (2011) pues ambos aducen que los hombres presentan una mejor calidad de vida y Vega (2009) refuerza dicho planteamiento al mencionar que los hombres, al retirarse a una edad más avanzada del mercado laboral, postergan el cumplimiento de responsabilidades del hogar que suele estar a cargo de la mujer; lo cual hace que se enfrenten a un mayor autocuidado que incide positivamente sobre su calidad de vida (Vega, 2009, p.98). Sin embargo, la investigación de Vega (2009) propone que la vejez no debe construirse a partir de la afirmación de una estructura homogénea, sino por el contrario, debe ser heterogénea en virtud de los aspectos biológicos que conducen a la transformación del cuerpo y a la aparición de enfermedades. Ante esto, es posible que tanto los hombres como las mujeres presenten estados de salud similares que explicarían este resultado, pero claro está, no es posible ser asertivos con dicha afirmación.

Entre tanto, al explorar las características físicas del individuo como su condición étnico-racial, los resultados replican un patrón similar al hallado con el sexo, pues los coeficientes no

son estadísticamente significativos y, por tanto, se concluye que durante la vejez la calidad de vida no difiere entre los que no pertenecen a una minoría étnica y los afrocolombianos, raizales, palanqueros, mulatos, indígenas o gitanos (minorías étnicas).

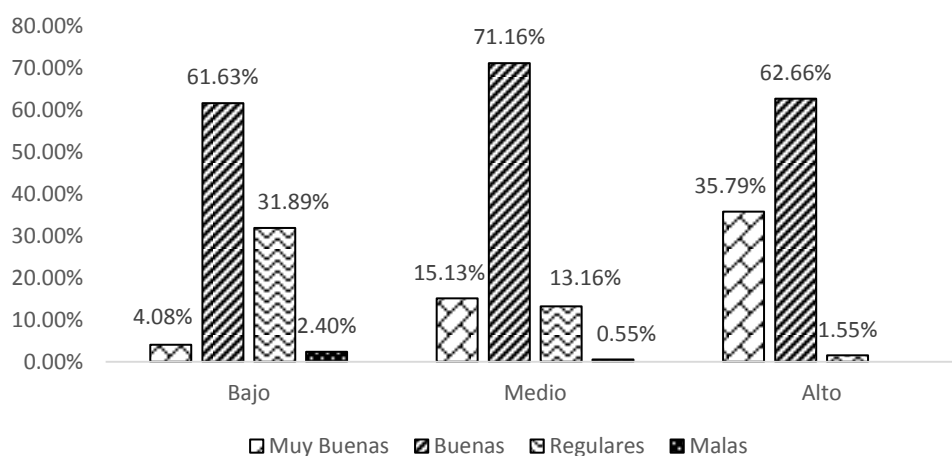
El tercer resultado de este componente acoge la presunción de que la edad del adulto mayor incide de manera negativa sobre su calidad de vida en un punto determinado. Esta variable ha sido definida de acuerdo con la clasificación realizada por la Organización Mundial de Salud, donde aquellos entre 60 a 74 años son considerados como de edad avanzada, de 75 a 90 son considerados como ancianos y más de 90 años son denominados como grandes viejos. Así, los resultados de la estimación muestran que la probabilidad de contar con una calidad de vida buena cuando la edad es mayor a 90 años se reduce en 9.9 pp en comparación con los adultos mayores en edad avanzada; mientras que, tener la condición de anciano aumenta la probabilidad en 3.19 pp.

Lo anterior muestra que si bien, entre mayor edad se supondría una menor calidad de vida, en las investigaciones de Cuervas (2004) y Vega (2009) se argumenta que los ancianos suelen contar con un mayor apoyo por parte de familiares o entidades Estatales en procura de velar principalmente por su salud emocional y física y donde existe cierto conformismo social en el cual se han aceptado gran parte de los cambios que consigo trae la vejez como por ejemplo, la sensación de soledad producida por el distanciamiento de los hijos, lo cual explicaría el resultado aquí encontrado para este grupo. Este hallazgo concilia con la literatura referente a la cuarta edad en donde se argumenta que a mayor edad se hace inevitable la aparición de

sensaciones como la soledad, la pérdida de movilidad y la disminución en la participación social, lo que conduce a un detrimento en la salud mental.

En el componente socioeconómico se examina la relación entre la calidad de vida y el estatus social de los individuos que resultan de los hábitos frecuentados a lo largo de la vida y que repercuten sobre su bienestar. En tal sentido, se encuentra que pertenecer a estratos sociales medios y altos reduce entre 4.38 y 6.01 pp la probabilidad de presentar una calidad de vida regular en comparación con los estratos bajos y, al complementar el análisis econométrico con el estadístico (ver gráfica 1) se encuentra que ninguno de los adultos mayores de estrato alto perciben que las condiciones de vida en su hogar son malas, por el contrario, el 98.4% manifiesta que sus condiciones son muy buenas o buenas, mientras el 34.3% de los adultos mayores de estratos bajos manifiestan que sus condiciones son regulares o malas. Luego entonces, se perfila que una buena calidad de vida se determina por el estrato.

Gráfica 1. Calidad de vida por estrato socioeconómico



Fuente: Elaboración del autor empleando la ENCV 2015

La relación entre los ingresos del hogar, la tenencia de ciertos bienes y los hábitos alimenticios presuponen factores que inciden positivamente sobre la calidad de vida, pues a medida que se incrementen los ingresos del hogar se reduce en 5.68 pp la probabilidad de contar con una calidad de vida regular. De lo anterior, es importante destacar que la incidencia de los ingresos es tan determinística que su efecto resulta ser significativo en las cuatro categorías del estudio con un nivel de significancia del 1%. Ahora, la tenencia de ciertos bienes en el hogar refleja el poder adquisitivo de los individuos; y al analizar su incidencia se encontró que, por ejemplo, los adultos mayores que usan como fuente principal para cocinar los alimentos materiales rudimentarios como leña, carbón o desechos reducen la probabilidad en 0.77 pp de poseer una calidad de vida muy buena; mientras que, aquellos que cocinan con gas aumentan la probabilidad en casi 0.64 pp.

La restricción en la ingesta de al menos uno de los tres alimentos diarios aconsejados para una sana alimentación incide sobre la calidad de vida. El coeficiente encontrado propone que

restringir la alimentación, presuntamente por falta de ingresos, aumenta en 25.1 pp la probabilidad de tener una calidad de vida regular. Este resultado resulta ser de alto impacto, pues dada la magnitud de su coeficiente y la alta significancia estadística (1%), sugiere una imperiosa necesidad de profundizar en esta problemática y también en la urgencia de elaborar programas que se orienten en garantizar la alimentación del adulto mayor, pues claramente es un factor decisivo a la hora de determinar su estado de bienestar.

Ante dicha formulación se introdujo un breve análisis del programa Colombia Mayor desde una perspectiva de incidencia y no de causalidad, dado que, no se hizo un estudio de evaluación de impacto es inapropiado afirmar o negar que el programa tiene una causalidad sobre las condiciones de vida del adulto mayor, pero si es posible establecer una relación. De esta forma, al analizar el coeficiente encontrado y la significancia estadística se propone que las condiciones de vida del adulto mayor que recibe estas transferencias condicionadas del Estado no inciden sobre su bienestar. Lo anterior puede sustentarse en la medida en que este programa está direccionado hacia los individuos que cuentan con ingresos menores o iguales a medio salario mínimo, viven solos, son habitantes de la calle, pertenecen a los niveles 1 o 2 del Sistema de Selección de Beneficiarios Para Programas Sociales (SISBEN), entre otras condiciones que claramente configuran bajos niveles de calidad de vida y que difícilmente se verán mejoradas con los ingresos destinados por el programa.

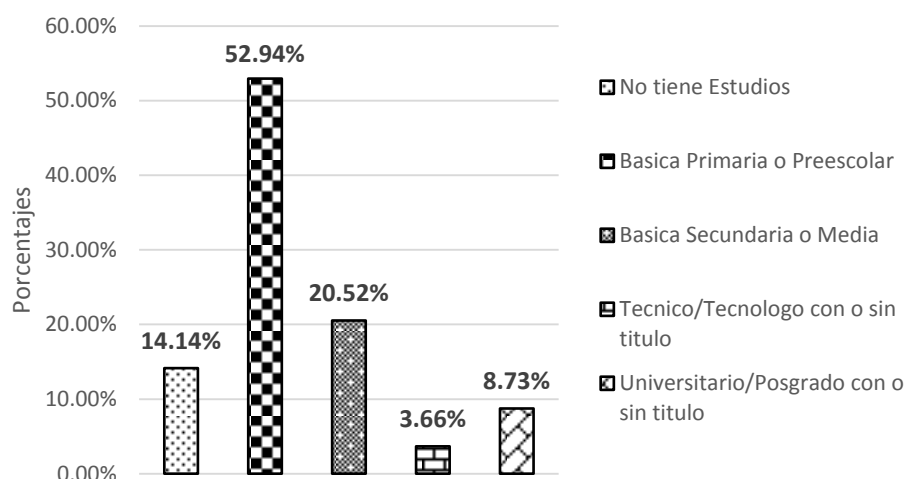
Para aproximarse al análisis de la estabilidad, que implica contar con un lugar propio que habitar, al igual que conocer los efectos de vivir con otras personas en un hogar, fueron incluidas en el modelo dos variables. La primera de ellas es sí la vivienda es propia y está

totalmente pagada, la cual resultó tener una asociación positiva al incrementar en 4.12 pp la probabilidad de contar con una calidad de vida buena, mientras que vivir solo reduce la probabilidad en 3.35 pp. Los resultados de estas variables sugieren que el acompañamiento durante la vejez evidencia una mejora en la condición de bienestar, estando acorde con el planteamiento elaborado por Marín, et al. (2009) y Aldana y Pedraza (2012) donde la sensación de soledad es un factor importante para la depresión en adultos mayores, lo cual incide sobre su calidad de vida.

Finalmente, se examina la incidencia del estado civil y el nivel de escolaridad. Estar soltero se asocia con una disminución en la probabilidad de contar con una calidad de vida buena o muy buena, pues para el resto de categorías como unión libre o viudo no se encontró significancia estadística, por tanto, no reviste de ninguna diferencia. Así, estar soltero se asocia con una reducción que va de 1.49 a 4.87 pp. Ahora, los resultados econométricos establecen que a medida que se incrementa el capital humano la calidad de vida mejora, pues los coeficientes encontrados muestran que aumenta entre 3.47pp (educación media) a 6.45pp (educación universitaria) la probabilidad de presentar una calidad de vida buena.

A nivel descriptivo, la gráfica 2 muestra que una gran proporción de esta población tiene un nivel educativo de básica primaria o preescolar, mientras que sólo el 8.73% cuenta con educación universitaria la cual está asociada positivamente con la probabilidad de contar con una calidad de vida buena o muy buena; lo cual ejemplifica la importancia de mejorar continuamente a lo largo de la vida el capital humano en procura de mantener unas condiciones de vida adecuadas durante la vejez.

Gráfica 2. Nivel educativo



Fuente: Elaboración del autor empleando la ENCV 2015

Una de las variables analizadas en el tercer componente de la investigación denominado vinculación laboral es la incidencia de estar pensionado y la calidad de vida. Como se mencionó en la revisión de literatura, dicha condición reviste de una pérdida de los roles sociales que inciden negativamente en la calidad de vida. Sin embargo, el coeficiente estimado no es significativo, luego entonces, esta investigación considera que la información no es del todo conclusiva para establecer dicha incidencia sobre el bienestar del adulto mayor derivado de estar o no pensionado. Por otra parte, con relación al sistema de seguridad social se identifica que pertenecer a los regímenes subsidiados y especiales reduce la probabilidad de contar con una calidad de vida buena, en comparación con aquellos adultos mayores que pertenecen al régimen contributivo. En este sentido, y sin lograr ser concluyentes, la literatura nacional menciona que existen graves problemas desde la edificación del sistema de salud de régimen subsidiado por cuanto se aumentó la cobertura de afiliados, pero las entidades prestadoras de servicios no logran tener la capacidad financiera para ofrecer un régimen

subsidiado de calidad (Gañan, 2010); lo que se traduce en problemas de atención al usuario que claramente pueden incidir sobre su valoración de calidad de vida.

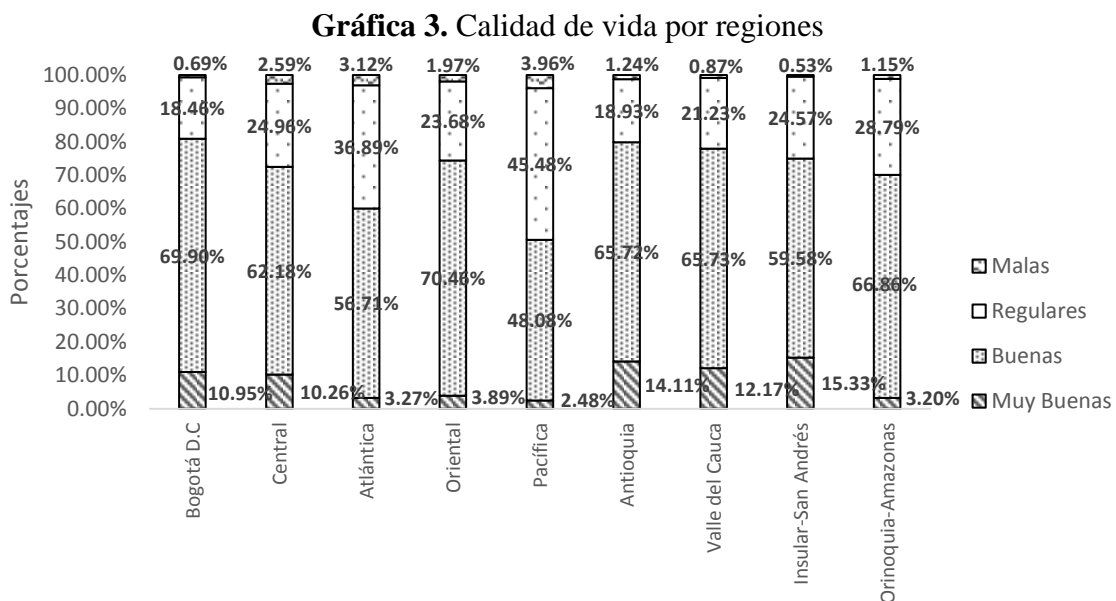
El componente de percepciones configura cuatro grandes resultados, todos ellos con una alta significancia estadística. La sensación de seguridad se asocia con una mejor calidad de vida, pues los resultados muestran que la probabilidad de contar con una buena calidad de vida aumenta en 6.54 pp si se compara con aquellos que se sienten inseguros, destacando así la importancia de hacer frente a este factor externo. Entre tanto, la autopercepción de encontrarse en situación de pobreza se relaciona negativamente con la calidad de vida, dado que, la probabilidad de contar con una buena o muy buena calidad de vida se reduce en 10.9 y 3.57 pp para aquellos adultos mayores que se consideran pobres, respectivamente. De esta forma, nuevamente se concilia la discusión de la afectación directa que tiene la distribución heterogénea de los ingresos y el nivel de vida de la sociedad, que si bien, no hace parte del objetivo central de esta investigación, una mayor examinación de los determinantes de la pobreza arrojaría evidencia complementaria para los estudios de calidad de vida.

Por último, la calidad del servicio de salud y el estado de salud de los adultos mayores son los componentes conclusivos. Los resultados sugieren que un estado de salud bueno, al igual que una valoración positiva sobre la calidad del servicio de salud induce a un aumento de 5.32 y 1.82 pp en la probabilidad de contar con una buena calidad de vida, respectivamente. Este resultado nuevamente es consistente con lo presentado en la revisión de literatura, siendo uno de los principales factores que determinan la calidad de vida.

Ahora, con el fin de explorar si existe características que inciden directamente sobre la calidad de vida y el desarrollo de oportunidades que pueden alcanzar sus habitantes para mejorar su estatus social, el nivel de escolaridad, entre otras características; se introdujo en la modelación una variable dummy de regiones geográficas con lo cual se evalúa si dependiendo de la región que habita el adulto mayor, existe alguna incidencia sobre su calidad de vida, denotando así la existencia de condiciones particulares por características geográficas. En este sentido, y al tener como comparativo Bogotá D.C por ser la ciudad capital del país, los resultados demostraron que residir por fuera de esta ciudad-región se asocia con un signo negativo en algunos casos; lo cual sustenta el postulado de divergencias entre regiones en materia de calidad de vida.

Para las regiones Central, Oriental, Antioquia y Valle del Cauca resulta ser que la probabilidad de contar con una buena calidad de vida es mayor que para aquellos adultos mayores residentes en la Ciudad de Bogotá, mientras que para la región del Atlántico el coeficiente es negativo demostrando que la calidad de vida es menor. Lo anterior precisa que existe divergencias, pero no es posible elaborar un argumento que permita desarrollar tal idea, pues es claro que debería introducirse en la especificación condiciones tales como inversiones en el sistema de salud y programas de atención al adulto mayor con el fin de presentar evidencia objetiva que sustente dicho hallazgo. Sin embargo, si bien es un limitante por la construcción de la investigación, el resultado encontrado demuestra que efectivamente existen disparidades. El gráfico 3 presenta la relación entre calidad de vida y las regiones, donde se logra identificar que si bien, no existe significancia estadística en el análisis econométrico, la región Pacífica cuenta con la mayor proporción de adultos mayores con una calidad de vida regular y mala, lo

cual contextualiza que esta región cuenta con dinámicas sociales profundas que no terminan siendo captadas por el modelo, previsiblemente por cuestiones de tamaño muestral que conducen a la falta de diferencias entre estimadores, pero que bien merecen ser exploradas a profundidad en investigaciones posteriores.



Fuente: Elaboración del autor empleando la ENCV 2015

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

El contexto demográfico en Colombia guarda correlación con lo acontecido en el resto de economías, todas ellas caracterizadas por un incremento en la esperanza de vida se su población. Esta regularidad demográfica se asocia con una nueva configuración de las pirámides poblacionales, lo que sustenta la necesidad de emprender estudios enfocados en

analizar la calidad de vida de diferentes grupos poblacionales, en este caso de los adultos mayores, que bien puede ser elaborado desde un enfoque cuantitativo.

La estimación econométrica propuesta cumple con las condiciones requeridas para sustentar que los hallazgos encontrados surtieron una rigurosidad técnica de tal modo que la relación entre las variables regresoras o de control y la variable dependiente se ajusta en gran medida a los planteamientos teóricos propuestos en otras investigaciones. De esta forma, el modelo multinomial de elección discreta tipo probit ordenado fue adecuado para responder la hipótesis de investigación formulada y cumplir con los objetivos trazados.

El resultado destacable del componente demográfico sugiere que la vejez se vivencia de diferentes formas por la edad del individuo y no por cuestiones de género o por condiciones étnico-raciales. Mientras que el componente socioeconómico muestra que, ante la restricción en la ingesta de al menos uno de los tres alimentos diarios aconsejados para una adecuada alimentación, atribuibles posiblemente a la falta de ingresos, conduce a un aumento de 23.5 pp en la probabilidad de tener una calidad de vida regular. Luego entonces, se hace apropiado recomendar la formulación de políticas que permitan garantizar la alimentación del adulto mayor más allá de programas asistencialistas que busquen aumentar sus ingresos; pues se observa que es una condición que incide profundamente sobre su bienestar.

Los planteamientos teóricos sobre el capital humano desarrollados por Solow (1956), Schultz (1961) y Becker (1964) revisten de importancia para este estudio, pues entre los resultados se evidenció que los adultos mayores con niveles educativos universitarios o superiores reducen la probabilidad de contar con una calidad de vida regular y aumenta la probabilidad de contar

con una calidad de vida buena. Es claro que este proceso se inicia desde temprana edad y, por tanto, debe reforzarse las políticas de inclusión educativa y calidad en la educación que conduzca a que gran parte de la población logre altos niveles educativos.

Entre los resultados del componente de percepciones se destaca la importancia que la seguridad tiene sobre la calidad de vida del adulto mayor, y como esta impacta fuertemente sobre la probabilidad de contar con una buena calidad de vida. De igual forma, la percepción sobre la pobreza es un evento cuya medición es subjetiva ya que, pese a no contar con una definición cuantitativa para elaborarla, su formulación está dada por el constructo social en el que se encuentra el individuo. Por tanto, es imperante mantener políticas que mejoren la asignación de recursos en pro de mejorar las condiciones de vida de la sociedad.

En la disertación del interrogante planteado en la investigación, una vez examinados algunos factores que teóricamente se asocian con la calidad de vida, se concluye que la probabilidad de que la calidad de vida de los adultos mayores en Colombia para el año 2015 sea buena es más alta en comparación con las otras categorías del estudio, afirmación que está sustentada por una probabilidad de ocurrencia del 76.02%, mientras que, el 20.24% presenta una calidad de vida regular.

Por otro lado, se comprueba que existe evidencia de condiciones propias en las regiones que originan resultados diferenciales en la calidad de vida de esta población. En la investigación se encontró que los adultos mayores residentes en las regiones Central, Oriental, Antioquia y Valle del Cauca presentan una mayor probabilidad de contar con una calidad de vida buena en

comparación con los residentes en Bogotá, mientras que en la región Atlántica la dinámica es contraria. Con lo anterior, se logra construir un perfil de los adultos mayores que cuentan con una mayor probabilidad de tener una calidad de vida buena o muy buena: pertenecer a los estratos socioeconómicos medio y alto, no tener ausencias en sus niveles de ingesta diaria, vivir en un hogar propio, no vivir solo, contar con educación secundaria o superior, pertenecer al régimen contributivo, no sentirse en contextos de inseguridad, no percibirse como una persona pobre, percibir que su salud es buena y residir en regiones como Valle del Cauca, Oriental, Antioquia y Central.

Finalmente, y como estrategia de contrastación empírica son estimados de manera individual cada uno de los componentes de la investigación y sus resultados son reportados en los anexos del cuatro al siete. En su revisión, se observa por ejemplo como las variables de minorías étnicas y Colombia Mayor mantienen su signo negativo pero significativo, mientras que las pensiones resultan ser positivas y significativas. No obstante, la capacidad predictiva de esta estrategia de contrastación resulta ser baja en la primera y tercera especificación, dando indicios de problemas de especificación que son tratados una vez se incluyen un mayor número de variables. Por otra parte, la especificación dos en la cual se evalúa el programa de Colombia Mayor tiene un p-seudo R² no despreciable, sin embargo, dado que no se efectúa un análisis de causalidad, la investigación no se aventura a establecer una incidencia más allá de negativa pero presuntamente débil dadas las características de la población que atiende y que configura por sí mismo una baja calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldana, R. y Pedraza, J. (2012). Análisis de la depresión en el adulto mayor en la Encuesta Nacional de Demografía y salud 2010 (tesis de pregrado). Universidad del Rosario, 1-24.
- Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. *Población y desarrollo*, Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas) Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL Área de Población y Desarrollo del CELADE, 1-70.
- Arango, V y Ruiz, I. (2006). Diagnóstico de los Adultos Mayores en Colombia. Fundación Saldarriaga Concha, disponible en <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPoliticasyPoliticasy%20Poblaconales/Envejecimiento%20y%20Vejez/Documentacion/A31ACF931BA329B4E040080A6C0A5D1C>
- Ávila, J., Garant, M., y Aguilar, S. (2006). Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. *Revista Panam Salud Publica*, 19(5), 321–30.
- Bazo, M., García, S., Maiztegui, O. y Martínez, P. (1999). Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. *Médica Panamericana*. Madrid: España.
- Bravo, J. (2000). Envejecimiento de la población y sistemas de pensiones en América Latina. *Revista de la Cepal*, 72. Santiago de Chile.

- Becker, G. (1964). *Human Capital*. New York: Columbia University Press for the National Bureau of Economic Research.
- Chackiel, J. (2000). El envejecimiento de la población latinoamericana. ¿Hacia una relación de dependencia favorable? Serie Población y Desarrollo. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Santiago de Chile.
- CEPAL (2003). Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas. Síntesis. Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003
- Cuervas, M. (2004). Tercera edad: los factores que dan Calidad de Vida. Consultado el 5 de Mazo de 2015 en: <http://www.globalaging.org/elderrights/world/2004/quality.htm>
- Departamento Administrativo Nacional de Planeación (2015). Estimaciones y proyecciones de población. Consultado el 5 de febrero de 2015 en <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>
- Dirección de Metodología y Producción Estadística -DIMPE- (2014) . Encuesta Nacional de Calidad de Vida - ENCV 2013. Archivo nacional de datos.
- Ehlke, K. (1998). La población adulta mayor. En A., Almena y M., Huber. *Enfermería Gerontológica* (pp. 1-51). Madrid, España: Harcourt Brace.
- Escarbajal, H., y Martínez, S. (2012). Jubilación, educación y calidad de vida. *Revista Sociedad Iberoamericana de Pedagogía Social*, (20), 245-272.
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, M., Chavarriaga, L., Ordoñez, J., y Osorio, J. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*, 31(4), 492-502.

- Fernández, B. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*, (73), 89-104.
- Gañan, J. (2010). Los muertos de ley 100: prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud una razón de su ineficacia caso del plan obligatorio de salud del régimen contributivo (POSC) (tesis de doctorado). Universidad Externado de Colombia, Facultad de Derecho.
- Giraldo, G. y Arango, G. (2011). Caracterización de la jubilación y sus efectos en la calidad de vida de los docentes jubilados y en proceso de jubilación en el ambiente universitario. *Revista Eleuthera*, 6, 148-164.
- Marín, G., Homar, C., Niedfeld, G., Matcovick, G., Mamonde, M., y GIS (2009). Evaluación del proyecto estatal de intervención para la mejora de la calidad de vida y la reducción de complicaciones asociadas al envejecimiento: “Agrega salud a tus años”. *Elsevier*, 23 (4), 272–277.
- Melguizo, E., Acosta, A. y Castellano, B (2012). Factores asociados a la Calidad de Vida de Adultos Mayores: Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 28 (2), 251-263.
- Pugliese, L. (2010). Las transformaciones familiares vistas a través de algunos indicadores de adultos mayores. En BPS – AGSS Comentarios de Seguridad Social, 26.
- Ramírez, R., Agredo, R., Jerez, A. y Chapal, L (2008). Calidad de vida y condiciones de salud en adultos mayores no institucionalizados en Cali. *Revista Salud Pública*, 10 (4), 529-536.
- Rivera-Ledesma. A. (2003). *Espiritualidad y salud mental en adultos mayores* (tesis de Maestría). Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Psicología, México.

Schultz, T. (1961). Investment in Human Capital. *The American Economic Review*, 51(1), 1-17

Solow, Robert M. (1956). "A Contribution to the Theory of Economic Growth." *The Quarterly Journal of Economics*, (70) 1, 65-94.

Vega, E. (2009). Prevención de caídas del Adulto Mayor (Revisión Bibliográfica). *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica.*, 97(590), 353-355.

Ernest Gonzales, Christina Matz-Costa, Nancy Morrow-Howell; Increasing Opportunities for the Productive Engagement of Older Adults: A Response to Population Aging, *The Gerontologist*, Volume 55, Issue 2, 1 April 2015, Pages 252–261, <https://doi.org/10.1093/geront/gnu176>.

Kaushal (2014), How Public Pension affects Elderly Labor Supply and Well-being: Evidence from India, In *World Development*, Volume 56, 2014, Pages 214-225, ISSN 0305-750X, <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2013.10.029>.

Schatz, Gómez-Olivé, Ralston, Menken and Tollman (2012), The impact of pensions on health and wellbeing in rural South Africa: Does gender matter?, In *Social Science & Medicine*, Volume 75, Issue 10, 2012, Pages 1864-1873, ISSN 0277-9536, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.07.004>.

Lloyd-Sherlock, Barrientos, Moller and Saboia (2012). Pensions, poverty and wellbeing in later life: Comparative research from South Africa and Brazil, In *Journal of Aging Studies*, Volume 26, Issue 3, 2012, Pages 243-252, ISSN 0890-4065, <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2012.02.00>

ANEXOS

ANEXO 1

Tabla 1. Presentación de las variables explicativas

Variables	Codificación
Calidad de vida	0= Malas 1=Regulares 2=Buenas 3=Muy Buenas
Sexo	0= Mujer 1= Hombre
Estado civil	0= Casados 1=Unión Libre 2=Viudo 3=Separado 4=Soltero
Edad	0= Entre 60 y 74 años 1= Entre 75 y 90 años 2= Mas de 90 años
Minorías étnicas	0= No étnicos 1= Minorías Étnicas (indígenas, gitanos, afrocolombianos, raizales y palenqueros)
Estrato socioeconómico	1= Estrato Bajo 2=Estrato Medio 3=Estrato Alto
Escolaridad	0= Ninguna o Básica 1=Bachiller 2=Técnico o Tecnólogo 3=Universitario 4=Especialización 5=Maestría o Magister 6=Doctorado
Vive solo	0= No 1= Si
Logaritmo ingresos	Logaritmo natural de los ingresos del hogar
Vivienda Propia	0= No es vivienda propia 1=Vivienda Propia
Se considera pobre	0= No se considera pobre 1= Se considera pobre
Colombia Mayor	0= No pertenece al programa 1= Pertenece al programa
Régimen de seguridad social	0= Régimen Contributivo 1=Régimen Especial 2=Régimen Subsidiado
Emplean leña, carbón, material de desecho para cocinar los alimentos	0= No 1= Si
Tienen gas natural conectado por red	0= no cuenta con gas 1= cuenta con gas
Acueducto público	0= No los prepara 1= Si los prepara
Se siente seguro en el lugar que habita	0= No se siente seguro 1= Se siente seguro
No consume alguno de los tres alimentos por falta de dinero	0= Si los consume 1= No los consume
Región	0= Bogotá D.C 1= Central 2= Atlántica 3= Oriental 4= Pacífica 5= Antioquia 6= Valle del Cauca 7= Insular-San Andrés 8= Orinoquia-Amazonas
Calidad del servicio de salud	0= Muy Mala 1= Mala 2=Buena 3=Muy Buena
Estado de Salud	0= Muy Mala 1= Mala 2=Buena 3=Muy Buena
Está pensionado	0= No está pensionado 1= Está pensionado

Fuente: Elaboración del autor empleando la ENCV 2015

ANEXO 2

Tabla 2. Principales estadígrafos

Variable	Observaciones	Media	Mínimo	Máximo
Percepción de la calidad de vida	5657	2.268	1	4
Sexo [Hombre]	5657	0.600	0	1
Estado civil	5657	1.340	0	3
Edad	5657	0.284	0	2
Minorías étnicas	5657	0.158	0	1
Estrato socioeconómico	5657	0.227	0	2
Escolaridad	5657	1.256	0	4
Vive solo	5657	0.205	0	1
Logaritmo ingresos	5657	13.799	8	19
Vivienda Propia	5657	0.740	0	1
Se considera pobre	5657	0.460	0	1
Colombia Mayor	5657	0.292	0	1
Régimen de seguridad social	5657	1.127	0	2
Emplean leña, carbón, material de desecho para cocinar los alimentos	5657	0.175	0	1
Tienen gas natural conectado por red	5657	0.468	0	1
Prepara los alimentos con agua que proviene de acueducto público	5657	0.637	0	1
Se siente seguro en el lugar que habita	5657	0.871	0	1
No consume alguno de los tres alimentos por falta de dinero	5657	0.066	0	1
Región	5657	3.511	0	8
Calidad del servicio de salud	5657	1.803	0	3
Estado de Salud	5657	1.473	0	3
Está pensionado	5657	0.239	0	1

Fuente: Elaboración del autor empleando la ENCV 2015

ANEXO 3

Tabla 3. Criterios de información para elección del modelo

Estadísticas	Logit Ordenado	Probit Ordenado
ll	-4009.151	-4002.533
AIC	8104.303	8091.066
BIC	8389.851	8376.614
P-seudo R2	0.214	0.216

Fuente: Elaboración del autor empleando la ENCV 2015

ANEXO 4

Tabla 4. Estimación modelo por componentes categoría calidad de vida muy buena

Variables	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5
Sexo [1=Hombre]	0.00629 (0.0041)				-0.00432 (0.0035)
Minorías étnicas [1=Si pertenece]	-0.0233*** (0.0055)				-0.00425 (0.0040)
Entre 75-90 años	0.00581 (0.0048)				0.0138*** (0.0037)
Más de 90 años	-0.0354*** (0.0132)				-0.0204*** (0.0072)
Estrato medio		0.0292*** (0.0051)			0.0134*** (0.0041)
Estrato alto		0.0738*** (0.0201)			0.0225* (0.0126)
No consume alguno de los tres alimentos por falta de dinero		-0.0459*** (0.0028)			-0.0330*** (0.0025)
Posee acueducto público		-0.00334 (0.0052)			-0.00621 (0.0046)
Posee gas natural		0.00613 (0.0041)			0.00643* (0.0034)
Cocina los alimentos con leña, carbón, material de desecho		-0.0151*** (0.0049)			-0.00772* (0.0044)
Vive solo		-0.0183*** (0.0053)			-0.0152*** (0.0047)
Ln (Ingresos Hogar)		0.0241*** (0.0019)			0.0158*** (0.0017)
Básica Primaria o Preescolar		0.00961** (0.0047)			0.00612 (0.0040)
Básica Secundaria o Media		0.0313*** (0.0077)			0.0158*** (0.0061)
Técnico/Tecnólogo con o sin título		0.0752*** (0.0191)			0.0492*** (0.0158)
Universitario/Posgrado con o sin título		0.0946*** (0.0165)			0.0742*** (0.0152)
Unión libre		-0.0054 (0.0046)			-0.0041 (0.0039)
Viudo		0.00524 (0.0043)			-0.00234 (0.0042)
Separado o soltero		-0.0184*** (0.0038)			-0.0149*** (0.0036)
Vivienda Propia [1= Si]		0.0184*** (0.0031)			0.0133*** (0.0027)
Colombia Mayor [1= Recibe este subsidio]		-0.0144*** (0.0036)			-0.00124 (0.0036)
Esta pensionado [1= Si está]			0.0226*** (0.0055)		-0.00306 (0.0034)
Régimen especial			0.00576 (0.0096)		-0.00917* (0.0051)
Régimen subsidiado			-0.0869*** (0.0052)		-0.0218*** (0.0038)
Se siente seguro en el lugar que				0.0177***	0.0179***

Tabla 4. Estimación modelo por componentes categoría calidad de vida muy buena

VARIABLES	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5
habita				(0.0037)	(0.0027)
Se considera pobre				-0.0757***	-0.0357***
La calidad del servicio de salud es malo				(0.0042)	(0.0032)
La calidad del servicio de salud es bueno				-0.00488	-0.00966
La calidad del servicio de salud es muy bueno				(0.0090)	(0.0064)
Su estado de salud es malo				0.00435	0.00434
Su estado de salud es regular				(0.0088)	(0.0068)
Su estado de salud es bueno				0.0464***	0.0366***
Central	-0.0255***	0.0204***	0.00195	(0.0164)	(0.0138)
Atlántica	(0.0060)	(0.0071)	(0.0068)	0.0284***	0.0243***
Oriental	-0.0599***	-0.0178***	-0.0305***	(0.0082)	(0.0066)
Pacífica	(0.0046)	(0.0045)	(0.0048)	0.0728***	0.0482***
Antioquia	-0.0363***	0.0183***	-0.00758	(0.0088)	(0.0070)
Valle del Cauca	(0.0053)	(0.0067)	(0.0059)	0.281***	0.166***
Insular-San Andrés	-0.0648***	-0.0188***	-0.0379***	(0.0338)	(0.0282)
Orinoquia-Amazonas	(0.0039)	(0.0053)	(0.0046)	-0.00464	0.0156**
	0.00497	0.0383***	0.0179**	(0.0059)	(0.0062)
	(0.0077)	(0.0083)	(0.0076)	-0.0324***	-0.0103**
	-0.000289	0.0228***	0.00844	(0.0041)	(0.0041)
	(0.0082)	(0.0079)	(0.0078)	-0.00873*	0.0172***
	0.00933	0.00726	0.00771	(0.0053)	(0.0060)
	(0.0679)	(0.0516)	(0.0600)	-0.0335***	-0.00546
	-0.0396***	0.0119	-0.00471	(0.0042)	(0.0057)
	(0.0107)	(0.0175)	(0.0162)	0.00587	0.0200***
Observaciones	6,233	5,927	6038.00	5,918	5,657
P-seudo R2	0.0309	0.156	0.0905	0.129	0.216

ANEXO 5

Tabla 5. Estimación modelo por componentes categoría calidad de vida buena

Variables	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5
Sexo [1=Hombre]	0.00898 (0.0059)				-0.0114 (0.0090)
Minorías étnicas [1=Si pertenece]	-0.0415*** (0.0121)				-0.0124 (0.0127)
Entre 75-90 años	0.00788 (0.0063)				0.0319*** (0.0073)
Más de 90 años	-0.0816* (0.0477)				-0.099 (0.0613)
Estrato medio		0.0505*** (0.0070)			0.0316*** (0.0083)
Estrato alto		0.0549*** (0.0038)			0.0390*** (0.0132)
No consume alguno de los tres alimentos por falta de dinero		-0.281*** (0.0239)			-0.235*** (0.0256)
Posee acueducto público		-0.00699 (0.0105)			-0.0154 (0.0104)
Posee gas natural		0.0137 (0.0095)			0.0181* (0.0101)
Cocina los alimentos con leña, carbón, material de desecho		-0.0410** (0.0164)			-0.0241 (0.0159)
Vive solo		-0.0329*** (0.0079)			-0.0335*** (0.0084)
Ln (Ingresos Hogar)		0.0524*** (0.0041)			0.0426*** (0.0043)
Básica Primaria o Preescolar		0.0210** (0.0103)			0.0166 (0.0108)
Básica Secundaria o Media		0.0495*** (0.0088)			0.0347*** (0.0108)
Técnico/Tecnólogo con o sin título		0.0555*** (0.0039)			0.0551*** (0.0050)
Universitario/Posgrado con o sin título		0.0617*** (0.0050)			0.0635*** (0.0045)
Unión libre		-0.0126 (0.0114)			-0.0119 (0.0119)
Viudo		0.0109 (0.0086)			-0.00648 (0.0120)
Separado o soltero		-0.0479*** (0.0115)			-0.0487*** (0.0138)
Vivienda Propia [1= Si]		0.0464*** (0.0090)			0.0412*** (0.0093)
Colombia Mayor [1= Recibe este subsidio]		-0.0361*** (0.0101)			-0.00339 (0.0101)
Esta pensionado [1= Si está]			0.0330*** (0.0069)		-0.00849 (0.0097)
Régimen especial			0.00904 (0.0139)		-0.0305 (0.0207)
Régimen subsidiado			-0.155*** (0.0093)		-0.0618*** (0.0111)
Se siente seguro en el lugar que				0.0426***	0.0654***

Tabla 5. Estimación modelo por componentes categoría calidad de vida buena

Variables	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5
habita				(0.0108)	(0.0126)
Se considera pobre				-0.170***	-0.109***
La calidad del servicio de salud es malo				(0.0093)	(0.0094)
La calidad del servicio de salud es bueno				-0.01	-0.03
La calidad del servicio de salud es muy bueno				(0.0194)	(0.0227)
Su estado de salud es malo				0.00871	0.0121
Su estado de salud es regular				(0.0180)	(0.0197)
Su estado de salud es bueno				0.0501***	0.0532***
Central	-0.0457***	0.0343***	0.00324	(0.0083)	(0.0094)
Atlántica	(0.0134)	(0.0091)	(0.0110)	0.0503***	0.0583***
Oriental	-0.139***	-0.0480***	-0.0701***	(0.0130)	(0.0139)
Pacífica	(0.0156)	(0.0146)	(0.0142)	0.130***	0.120***
Antioquia	-0.0695***	0.0323***	-0.0139	(0.0137)	(0.0151)
Valle del Cauca	(0.0134)	(0.0095)	(0.0115)	-0.0501*	0.0182
Insular-San Andrés	-0.217***	-0.0563***	-0.113***	(0.0270)	(0.0194)
Orinoquia-Amazonas	(0.0234)	(0.0216)	(0.0222)	-0.00959	0.0327***
Observaciones	0.00669	0.0528***	0.0253***	(0.0128)	(0.0100)
P-seudo R2	-0.000408	0.0364***	0.013	(0.0127)	(0.0106)
	(0.0115)	(0.0091)	(0.0108)	(0.0129)	(0.1220)
	0.0117	0.0139	0.0117	-0.0439	-0.0207
	(0.0753)	(0.0863)	(0.0807)	(0.1290)	(0.1220)
	-0.0973**	0.0212	-0.00857	-0.0685	0.0191
	(0.0438)	(0.0250)	(0.0315)	(0.0438)	(0.0270)
Observaciones	6,233	5,927	6038.00	5,918	5,657
P-seudo R2	0.0309	0.156	0.0905	0.129	0.216

ANEXO 6

Tabla 6. Estimación modelo por componentes categoría calidad de vida regular

Variables	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5
Sexo [1=Hombre]	-0.0134				0.0153
Minorías étnicas [1=Si pertenece]	(0.0087)				(0.0122)
Entre 75-90 años	0.0559***				0.0162
Más de 90 años	(0.0148)				(0.0162)
Estrato medio	-0.012				-0.0445***
Estrato alto	(0.0098)				(0.0106)
	0.0984**				0.114*
	(0.0487)				(0.0644)
		-0.0760***			-0.0438***
		(0.0113)			(0.0120)
		-0.124***			-0.0601**

Tabla 6. Estimación modelo por componentes categoría calidad de vida regular

Variables	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5
		(0.0193)			(0.0252)
No consume alguno de los tres alimentos por falta de dinero		0.288***			0.251***
		(0.0204)			(0.0242)
Posee acueducto público		0.00982			0.021
		(0.0149)			(0.0146)
Posee gas natural		-0.0188			-0.0238*
		(0.0128)			(0.0131)
Cocina los alimentos con leña, carbón, material de desecho		0.0528***			0.0308
		(0.0198)			(0.0197)
Vive solo		0.0487***			0.0475***
		(0.0125)			(0.0126)
Ln (Ingresos Hogar)		-0.0727***			-0.0568***
		(0.0052)			(0.0055)
Básica Primaria o Preescolar		-0.0291**			-0.022
		(0.0142)			(0.0143)
Básica Secundaria o Media		-0.0772***			-0.0491***
		(0.0156)			(0.0164)
Técnico/Tecnólogo con o sin título		-0.126***			-0.102***
		(0.0183)			(0.0194)
Universitario/Posgrado con o sin título		-0.151***			-0.135***
		(0.0144)			(0.0146)
Unión libre		0.0171			0.0155
		(0.0151)			(0.0153)
Viudo		-0.0153			0.00857
		(0.0123)			(0.0158)
Separado o soltero		0.0626***			0.0616***
		(0.0142)			(0.0166)
Vivienda Propia [1= Si]		-0.0612***			-0.0528***
		(0.0112)			(0.0114)
Colombia Mayor [1= Recibe este subsidio]		0.0477***			0.0045
		(0.0128)			(0.0133)
Esta pensionado [1= Si está]			-0.0512***		0.0112
			(0.0113)		(0.0127)
Régimen especial			-0.0136		0.0384
			(0.0217)		(0.0248)
Régimen subsidiado			0.218***		0.0811***
			(0.0113)		(0.0142)
Se siente seguro en el lugar que habita				-0.0560***	-0.0804***
				(0.0132)	(0.0144)
Se considera pobre				0.226***	0.139***
				(0.0104)	(0.0112)
La calidad del servicio de salud es malo				0.0139	0.0384
				(0.0265)	(0.0281)
La calidad del servicio de salud es bueno				-0.0122	-0.016
				(0.0250)	(0.0257)
La calidad del servicio de salud es muy bueno				-0.0915***	-0.0878***
				(0.0233)	(0.0225)
Su estado de salud es malo				-0.0738***	-0.0804***
				(0.0197)	(0.0198)
Su estado de salud es regular				-0.189***	-0.163***
				(0.0198)	(0.0206)

Tabla 6. Estimación modelo por componentes categoría calidad de vida regular

Variabes	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5
Su estado de salud es bueno				-0.222*** (0.0089)	-0.181*** (0.0106)
Central	0.0613*** (0.0163)	-0.0523*** (0.0155)	-0.00477 (0.0164)	0.0133 (0.0174)	-0.0471*** (0.0158)
Atlántica	0.166*** (0.0154)	0.0621*** (0.0177)	0.0908*** (0.0166)	0.113*** (0.0175)	0.0413** (0.0184)
Oriental	0.0906*** (0.0153)	-0.0483*** (0.0154)	0.0196 (0.0158)	0.0256 (0.0165)	-0.0522*** (0.0153)
Pacífica	0.221*** (0.0180)	0.0705*** (0.0249)	0.134*** (0.0224)	0.136*** (0.0237)	0.0213 (0.0242)
Antioquia	-0.0103 (0.0154)	-0.0873*** (0.0143)	-0.0399*** (0.0152)	-0.0155 (0.0165)	-0.0581*** (0.0153)
Valle del Cauca	0.000612 (0.0173)	-0.0565*** (0.0163)	-0.0197 (0.0172)	-0.00332 (0.0182)	-0.0449*** (0.0169)
Insular-San Andrés	-0.0186 (0.1270)	-0.0201 (0.1320)	-0.0179 (0.1300)	0.0559 (0.1510)	0.0264 (0.1490)
Orinoquia-Amazonas	0.114*** (0.0427)	-0.0316 (0.0408)	0.0121 (0.0435)	0.0839* (0.0481)	-0.0269 (0.0406)
Observaciones	6,233	5,927	6038.00	5,918	5,657
P-seudo R2	0.0309	0.156	0.0905	0.129	0.216

ANEXO 7

Tabla 7. Estimación modelo por componentes categoría calidad de vida mala

Variabes	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5
Sexo [1=Hombre]	-0.00188 (0.0013)				0.000443 (0.0004)
Minorías étnicas [1=Si pertenece]	0.00890*** (0.0028)				0.000495 (0.0005)
Entre 75-90 años	-0.00165 (0.0013)				-0.0012*** (0.0003)
Más de 90 años	0.0186 (0.0122)				0.00503 (0.0040)
Estrato medio		-0.00367*** (0.0007)			-0.0012*** (0.0004)
Estrato alto		-0.00449*** (0.0007)			-0.0014*** (0.0005)
No consume alguno de los tres alimentos por falta de dinero		0.0387*** (0.0061)			0.0169*** (0.0034)
Posee acueducto público		0.000511 (0.0008)			0.000587 (0.0004)
Posee gas natural		-0.00102 (0.0007)			-0.000715* (0.0004)
Cocina los alimentos con leña, carbón, material de desecho		0.00322** (0.0014)			0.000985 (0.0007)
Vive solo		0.00237*** (0.0006)			0.0013*** (0.0004)

Tabla 7. Estimación modelo por componentes categoría calidad de vida mala

Variables	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5
Ln (Ingresos Hogar)		-0.00385*** (0.0005)			-0.0017*** (0.0003)
Básica Primaria o Preescolar		-0.00155** (0.0008)			-0.000647 (0.0004)
Básica Secundaria o Media		-0.00358*** (0.0008)			-0.0013*** (0.0004)
Técnico/Tecnólogo con o sin título		-0.00456*** (0.0007)			-0.0021*** (0.0004)
Universitario/Posgrado con o sin título		-0.00546*** (0.0008)			-0.0027*** (0.0005)
Unión libre		0.000943 (0.0009)			0.00047 (0.0005)
Viudo		-0.000792 (0.0006)			0.00025 (0.0005)
Separado o soltero		0.00373*** (0.0010)			0.00204*** (0.0007)
Vivienda Propia [1= Si]		-0.00358*** (0.0008)			-0.0017*** (0.0005)
Colombia Mayor [1= Recibe este subsidio]		0.00277*** (0.0009)			0.00013 (0.0004)
Esta pensionado [1= Si está]			-0.00433*** (0.0010)		0.000333 (0.0004)
Régimen especial			-0.00118 (0.0018)		0.00127 (0.0009)
Régimen subsidiado			0.0237*** (0.0025)		0.00252*** (0.0006)
Se siente seguro en el lugar que habita				-0.00435*** (0.0012)	-0.0029*** (0.0007)
Se considera pobre				0.0200*** (0.0022)	0.00479*** (0.0008)
La calidad del servicio de salud es malo				0.000983 (0.0019)	0.00123 (0.0010)
La calidad del servicio de salud es bueno				-0.000851 (0.0018)	-0.000478 (0.0008)
La calidad del servicio de salud es muy bueno				-0.00496*** (0.0011)	-0.0020*** (0.0005)
Su estado de salud es malo				-0.00492*** (0.0014)	-0.0023*** (0.0006)
Su estado de salud es regular				-0.0141*** (0.0022)	-0.0052*** (0.0010)
Su estado de salud es bueno				-0.00850*** (0.0010)	-0.0030*** (0.0005)
Central	0.00982*** (0.0031)	-0.00246*** (0.0007)	-0.000425 (0.0014)	0.000942 (0.0013)	-0.0012*** (0.0004)
Atlántica	0.0333*** (0.0048)	0.00377*** (0.0013)	0.00990*** (0.0023)	0.00998*** (0.0022)	0.00133* (0.0007)
Oriental	0.0152*** (0.0033)	-0.00232*** (0.0007)	0.00184 (0.0016)	0.00185 (0.0013)	-0.0014*** (0.0004)
Pacífica	0.0610*** (0.0095)	0.00459** (0.0020)	0.0176*** (0.0043)	0.0137*** (0.0036)	0.0007 (0.0008)
Antioquia		-0.0014	-0.00382***	-0.00103	-0.0015***

Tabla 7. Estimación modelo por componentes categoría calidad de vida mala

Variabes	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5
	(0.0021)	(0.0007)	(0.0012)	(0.0011)	(0.0004)
Valle del Cauca	8.54E-05	-0.00260***	-0.00169	-0.000226	-0.0012***
	(0.0024)	(0.0007)	(0.0014)	(0.0012)	(0.0004)
Insular-San Andrés	-0.00245	-0.000998	-0.00153	0.00459	0.00085
	(0.0159)	(0.0001)	(0.0105)	(0.0146)	(0.0053)
Orinoquia-Amazonas	0.0227*	-0.00151	0.00114	0.0075	-0.0007
	(0.0118)	(0.0018)	(0.0042)	(0.0055)	(0.0010)
Observaciones	6,233	5,927	6038.00	5,918	5,657
P-seudo R2	0.0309	0.156	0.0905	0.129	0.216