

¿Cómo están nuestros ancianos? Una exploración empírica de la calidad de vida de las personas mayores en Colombia¹

Bilver Adrián Astorquiza Bustos y Óscar Armando Chingal

Resumen

En los últimos cincuenta años la esperanza de vida ha aumentado considerablemente; las pirámides poblacionales han experimentado una reversión ante el incremento del número de personas mayores. En este estudio se examina la calidad de vida de estas personas en nueve regiones o departamentos de Colombia para determinar si es muy buena, buena, regular o mala. Para ello, se estima un modelo logístico multinomial ordenado con 20.720 observaciones tomadas de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2018 y que en conjunto representan 3.914.448 individuos. Los resultados proponen que la probabilidad de contar con una calidad de vida buena es del 80,2%, con divergencias entre zonas geográficas y asociada al siguiente perfil: ser mujer, pertenecer a los estratos socioeconómicos medio y alto, no tener restricciones en la alimentación diaria, tener vivienda propia, no pertenecer al régimen subsidiado y no sentirse en una situación de inseguridad ni de pobreza, entre otros.

Palabras clave

Ancianos, calidad de vida, bienestar social, medición, evaluación, aspectos demográficos, encuestas, metodología estadística, modelos econométricos, Colombia

Clasificación JEL

J14, I31, C35, I10

Autores

Bilver Adrián Astorquiza Bustos es Docente e Investigador de la Facultad de Ciencias Contables, Económicas y Administrativas de la Universidad de Manizales (Colombia). Correo electrónico: bilvera@umanizales.edu.co.

Óscar Armando Chingal es Docente de la Corporación Universitaria Comfacauca, en Santander de Quilichao (Colombia). Correo electrónico: ochingal@unicomfacauca.edu.co.

¹ Agradecemos profundamente los valiosos comentarios realizados por la profesora Rosa Emilia Bermúdez, que desde la perspectiva de la sociología condujo a mejorar ostensiblemente el documento.

I. Introducción

Producto de los avances tecnológicos, de las políticas desarrolladas por los gobiernos para mejorar las condiciones de vida de la población y de la detección temprana de enfermedades que comprometen la salud humana y para las cuales antes no se contaba con tratamientos efectivos, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente en los últimos 50 años. Los indicadores de población del Banco Mundial muestran cómo a inicios de los años sesenta la esperanza de vida de los países de Europa y Asia Central, América del Norte, Asia Oriental y del Pacífico, Oriente Medio y Norte de África, África Subsahariana y América Latina y el Caribe era en promedio 18,9 años menor que en 2017, lo que evidencia la existencia de una población cada vez más longeva (véase el cuadro 1).

Cuadro 1
Esperanza de vida y población por zonas geográficas

Zona	Esperanza de vida		Población (en millones)		Crecimiento poblacional (en porcentajes)
	1960	2017	1960	2017	
Colombia	56,75	74,56	16,06	48,90	204,53
Asia Oriental y el Pacífico ^a	45,72	74,64	894,88	2 068,16	131,11
Europa y Asia Central ^a	63,39	73,18	275,15	415,71	51,09
América Latina y el Caribe ^a	55,64	75,57	204,21	603,25	195,40
América del Norte	69,89	78,94	198,62	361,75	82,13
África Subsahariana ^a	40,38	60,80	227,19	1 050,06	362,19
Oriente Medio y Norte de África ^a	46,61	73,23	97,55	376,55	285,99
Promedio	54,05	72,99			

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos del Banco Mundial.

^a Se excluyen los países de altos ingresos.

Colombia no es ajena a esta tendencia. El informe de proyección poblacional del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2017) señala que el país contaba con aproximadamente 5.970.956 personas de 60 años o más (el 12,4% de la población) en 2017; de estas personas, cerca del 54,87% eran mujeres. En la misma línea, las cifras del Banco Mundial para Colombia sustentan la hipótesis de reversión de la pirámide poblacional, pues la esperanza de vida pasó de 56,75 años en 1960 a 74,56 años en 2017. Esta transición demográfica también se sostiene al analizar el crecimiento de la población en el período 2005-2017: mientras el número de jóvenes entre 12 y 25 años aumentó un 6,1%, el número de personas mayores (de 60 años o más) presentó un incremento del 56,5% (DANE, 2017).

Esta dinámica de la población sentó las bases para orientar las agendas de investigación en diversos campos hacia el estudio de alternativas para mejorar las condiciones de vida de las personas mayores. La investigación es liderada en gran medida por las ciencias clínicas, dada la intrínseca relación entre la calidad de vida y el nivel de salud del individuo que demuestran, por ejemplo, los trabajos de Ehlike (1998), Bazo (1999), Rivera-Ledesma y Montero (2005) o Marín y otros (2009). No obstante, si bien ha sido posible identificar ciertos factores asociados a un mayor bienestar de la población mayor (acciones, conductas o características que propician una mejor calidad de vida), la literatura aún es exigua y más aún desde el planteamiento de las ciencias económicas.

Frente a un previsible escenario de poblaciones longevas, es apremiante emprender estudios que busquen conocer el estado del bienestar de las personas mayores por medio de metodologías cuantitativas propias de la estadística y la economía de fácil transferencia académica, lo que permitiría replicar el método en otros países. Para ello, esta investigación plantea el siguiente interrogante de

tipo exploratorio: ¿cómo fueron las condiciones de calidad de vida para las personas mayores en Colombia durante el año 2018? Se examinan un conjunto de factores que condicionan la probabilidad de que las personas mayores presenten una calidad de vida muy buena, buena, regular o mala; su categorización se adopta directamente de la pregunta de percepción elaborada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de Colombia, que ubica estas categorías de acuerdo al método de evaluaciones sumarias (escala de Likert). Se ha detectado en el ámbito científico que cuando la cantidad de categorías es elevada los individuos tienden a sesgar su respuesta hacia una categoría en particular, por lo que la pregunta diseñada por la institución colombiana cuenta con solo cuatro categorías.

En concordancia con el interrogante, se somete a prueba como hipótesis de investigación la siguiente afirmación: “la probabilidad de que en 2018 la calidad de vida de las personas mayores en Colombia sea buena es mayor que en el caso de las otras categorías definidas en la investigación (muy buena, regular o mala), al tiempo que esta puede verse influenciada por la región en la que resida la persona, lo que denota la existencia de condiciones particulares que responden a características no solo sociodemográficas, sino también geográficas”.

Es preciso mencionar que la definición de calidad de vida reviste un carácter multidimensional, pues se construye a partir de condiciones subjetivas y objetivas que se presentan a lo largo de la vida, 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 (2012, pág. 161). Por ello, para efectuar el análisis de la calidad de vida se introducen una serie de variables que, en aras de la simplicidad, son condensadas en cuatro categorías: i) características demográficas, ii) características socioeconómicas, iii) vinculación laboral y iv) percepciones de su entorno. De esta forma, se logra cuantificar la probabilidad de presentar una calidad de vida muy buena, buena, regular o mala, además de las características asociadas a ella.

La estructura formal de esta investigación se compone de cuatro secciones principales. Tras esta introducción, se presenta una revisión de la literatura sobre la temática de calidad de vida referida específicamente al grupo de estudio (las personas mayores). En la siguiente sección se expone de manera sucinta la delimitación demográfica de las personas mayores a partir del enfoque de edades cronológicas como componente conceptual, pues permite definir con objetividad la población considerada como mayor, y adoptando también el criterio establecido por diferentes entidades internacionales. A continuación se describe la aproximación metodológica: se presentan las variables de control, su forma funcional, la justificación del método econométrico y los principales estadígrafos de la muestra. Por último, se presentan los resultados de la inferencia econométrica, seguidos de las conclusiones, recomendaciones y limitaciones del estudio.

II. Revisión de la literatura

La salud es uno de los factores asociados a la calidad de vida, pues la falta de salud se relaciona con la aparición de problemas corporales y mentales que deterioran el bienestar del individuo. Autores como Ehlike (1998), Bazo (1999) y Rivera-Ledesma y Montero (2005) sustentan que gran parte de la población 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 (1999) precisa 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, pese a condensarse en términos simplistas, es evidente que la salud afecta la calidad de vida, pero su efecto viene determinado por la capacidad económica del individuo.

En el estudio de Fernández-Ballesteros (1997) se analiza la calidad de vida en España de 1.014 personas mayores de 65 años a partir de variables como el estado de salud, el sexo de la persona, las habilidades funcionales, la condición económica, las relaciones sociales, la actividad (rol social) o el acceso a servicios sociales, entre otras, fijándose especialmente en si existen diferencias en la calidad de vida dependiendo del tipo de domicilio de la persona mayor. Para ello, se observa si son domiciliarios con hogar propio, residentes en instituciones públicas o residentes en instituciones privadas. A partir de dicha segmentación, el autor identifica que una posición social de estrato alto, el sexo masculino, 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 una mayor integración social, pero no existen datos empíricos que sustenten que el tipo de domicilio, ya sea público o privado, en que reside la persona mayor determine por sí solo su calidad de vida.

Por otra parte, Chackiel (2000) analiza las implicaciones que trae consigo el incremento del número de personas mayores en América Latina. Para ello, introduce un marco teórico mediante el cual prueba que no todas las personas llegan al mismo tiempo a la vejez, ya que se identifica esa etapa siguiendo un criterio de habilidades físicas y cognitivas. Además, el autor hace un recorrido conceptual de lo que se considera la reversión de la pirámide poblacional (menos nacimientos y más personas que llegan a edades avanzadas) por efecto de la transición demográfica asociada al desarrollo de los países. La segunda reflexión del texto se centra en los retos fiscales de coordinar las inversiones sociales para reducir las tasas de dependencia que pueden afectar a las personas de edades avanzadas, pues un escenario de menos nacimientos y más personas mayores implica una mayor carga para el Estado en el sistema de pensiones y menos incentivos para que los jóvenes activos en el mercado laboral coticen en fondos privados.

De igual forma, Bravo (2000) analiza el proceso de envejecimiento de la población en América Latina y observa que ha atravesado una transición demográfica acelerada, y que, para los próximos años, se proyectan tasas de natalidad bajas y una esperanza de vida mucho más larga, lo que afectará a los sistemas de pensiones y, por tanto, al 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 él mismo denomina “los costos de la transición”. En sus hallazgos afirma que, si bien países como la Argentina y Cuba se encuentran en etapas avanzadas de la transición demográfica, Colombia está en una etapa temprana; no obstante, concluye que, en conjunto, todas las economías se enfrentan a enormes retos en sus sistemas de pensiones, lo que justifica la idoneidad de encontrar mecanismos que conduzcan a aliviar dichas presiones fiscales.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2004) en su diagnóstico sobre la situación del bienestar de las personas mayores en América Latina, afirma que estas presentan dificultades para acceder al sistema de pensiones cuando han llevado a cabo actividades económicas informales durante su etapa productiva, situación que conduce a fuertes vínculos sociales de dependencia con otras personas, ya sean familiares o personas externas. Hay casos en que no se cuenta con dicho apoyo de terceros, lo que lleva a condiciones de vulnerabilidad que pueden abocar a situaciones de pobreza. Según dicha publicación, este hecho explicaría por qué la calidad de vida de las personas mayores no es buena: están expuestas a bajas coberturas en el sistema de salud, condiciones precarias en la atención y en el tratamiento de sus enfermedades, un acceso limitado a la recreación y el esparcimiento y problemas de salud ocupacional. En contraste, la vinculación al sistema de seguridad social (como señal de formalidad en el mercado laboral) se asocia a servicios a los que no tendrían acceso fuera de este, como el sistema de salud.

El estudio de Arango y Ruiz (2006) centra su atención en la evolución de algunos indicadores socioeconómicos de la población mayor de Colombia a partir de la comparación del censo poblacional del año 2005 con el del año 1993. Los autores sugieren que aún existe un evidente rezago en materia social en lo que respecta a la asistencia a las personas mayores. Plantean que la mejora

de los indicadores de acceso al sistema de pensiones y de cobertura del sistema de salud deberían traducirse en mejores condiciones de vida. Nuevamente, se destaca el alto grado de exposición a la pobreza que presenta esta población, lo que en principio se explica por los bajos ingresos en la etapa de las pensiones, y, una vez más, se hace hincapié en la alta dependencia familiar que suele crearse.

Ramírez-Vélez y otros (2008) llevaron a cabo un estudio clínico en la ciudad de Santiago de Cali (Colombia) con el fin de examinar las variables socioeconómicas y antropométricas asociadas a la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles entre las mujeres de 65 a 87 años sin dificultades físicas ni psicológicas y no internadas en ningún centro médico o residencia. Sus hallazgos muestran que factores como el sobrepeso, la hipertensión y la pérdida de capacidad funcional, que conducen a una alta prevalencia de discapacidades entre esta población, inciden negativamente en su calidad de vida.

La incidencia de los hábitos alimentarios y los síntomas depresivos sobre la calidad de vida fue abordada en la investigación de Ávila-Funes, Garant y Aguilar-Navarro (2006). Estos autores centraron su análisis en 1.748 personas mayores de México; aplicaron un compendio de variables alineadas en las categorías de salud bucal, función mental y funcionalidad, y emplearon como variable dependiente la escala de depresión geriátrica de Yesavage, que va de 0 a 12 (los 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 vinculados a la sintomatología de disfunción cognitiva y, por tanto, alteran la calidad de vida de la persona mayor. Así, una vez más se asocian las condiciones de salud a la calidad de vida y, en este caso, se plantea la importancia de la alimentación en la determinación de dicha calidad.

Marín y otros (2009) reafirman una vez más que el concepto de calidad de vida tiene múltiples dimensiones, incluidos aspectos asociados a condiciones patológicas, de salud, demográficas, antropométricas, clínicas y nutricionales, entre otros, y que claramente determinan el estado de bienestar de la persona mayor. Su investigación se centra en el análisis de la promoción de la salud como estrategia para mejorar la calidad de vida; para tal fin, explora una muestra de 700 personas mayores en la Argentina a partir de la cual concluye que vivir solos en el hogar, contar con impedimentos físicos y presentar síntomas depresivos, problemas de colesterol, sobrepeso y riesgo nutricional se asocia con una salud regular o mala; mientras que una buena calidad de vida viene determinada por la ausencia de condiciones patológicas que restrinjan la movilidad, como obesidad, afecciones cardíacas o desnutrición, entre otras.

Estrada y otros (2011) precisan que, si bien el concepto de calidad de vida es multidimensional, cada área del conocimiento se aborda desde un marco teórico o proceso metodológico diferente: para los economistas el concepto se centra en el bienestar, los ingresos y el nivel y las condiciones de vida. A partir de una muestra de 276 personas de 65 años o más 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 de las personas mayores de la Organización Mundial de la Salud (OMS). De esta forma, identifican un perfil de persona mayor caracterizada por tener una menor puntuación en la escala y, por ende, peor calidad de vida: es mujer, se siente maltratada por los familiares y tiene diabetes, síntomas depresivos y una capacidad funcional cada vez más limitada.

En el trabajo de Melguizo, Acosta y Castellano (2012) se puede hallar la primera articulación del uso de la econometría como estrategia metodológica para abordar la calidad de vida de las personas mayores. Los autores emplean un modelo logístico y, bajo el concepto de calidad de vida relacionada con la salud, obtienen resultados similares a los de esta investigación. En primera instancia, encuentran diferencias en la calidad de vida según el sexo: ser hombre se asocia con un mejor bienestar físico y

emocional, mientras que las mujeres presentan un mejor autocuidado. Adicionalmente, mencionan que las personas mayores pensionadas, de estrato social distinto al bajo, que viven en unión libre y cuyo nivel de educación es distinto de la básica primaria presentan un mejor bienestar físico y psicológico, autocuidado y funcionamiento ocupacional.

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

Por otra parte, uno de los estudios enfocados a analizar las pensiones y su incidencia sobre la calidad de vida es el elaborado por Schatz y otros (2012). Los autores llevan a cabo un análisis cuantitativo y cualitativo para investigar cómo influyen las pensiones en el bienestar y la salud de los hombres y las mujeres en Sudáfrica. Empleando como método de contrastación una regresión logística encontraron que las pensiones tenían un impacto particularmente fuerte en el bienestar declarado por las mujeres de más edad. No obstante, los datos cualitativos sugerían que los hombres inicialmente usaban su pensión para comprar grandes artículos para el hogar, mientras que las mujeres la utilizaban para el mantenimiento diario de la casa.

Lloyd-Sherlock y otros (2012) realizan un estudio comparativo entre personas mayores de Sudáfrica y el Brasil, observando la relación entre pensión y bienestar a partir de los datos de dos encuestas realizadas en 2002 y 2008. En Sudáfrica se definieron las personas mayores como aquellos por encima de los 54 años, mientras que en el 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 el Brasil y Sudáfrica, mientras que los datos de la encuesta de 2008 sugieren que el sistema de salud sudafricano es mucho más eficaz en el servicio a las personas mayores que su equivalente 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 en la calidad de vida de las personas mayores se encuentra en Kaushal (2014). El autor analiza el sistema de pensiones en la India y su efecto en las personas de más de 65 años, y observa que la pensión se asocia con un aumento del gasto en atención médica. Estima que en 50 años el 80% de los ancianos vivirán en países en desarrollo, puesto que en estos países el aumento de la esperanza de vida es más reciente.

En los últimos años, las investigaciones sobre las personas mayores continúan realizándose desde el ámbito clínico. Rubio y otros (2015) exponen las razones por las cuales se debería estudiar la calidad de vida de las personas mayores, así como parte de los lineamientos definidos por las autoridades de la salud en Cuba para establecer estándares para su calidad de vida. Los autores argumentan que esta viene determinada por características sociodemográficas y, por ende, se requieren protocolos para una evaluación sistemática que permita identificar los principales factores que llevan a una mejor calidad de vida en ámbitos como la salud mental, los servicios públicos y privados, la protección social, la economía y la educación, entre otros. Los autores proponen que lo correcto no es propender hacia el aumento de la esperanza de vida, sino de su calidad.

Varela y Gallego (2015) llevan a cabo un trabajo cualitativo para evaluar la percepción de la calidad de vida en un grupo de personas mayores ubicadas en Envigado (Colombia). Para ello, las

autoras seleccionaron una muestra de personas con diferentes niveles de ingreso y los entrevistaron para determinar las condiciones subjetivas y objetivas que podían afectar a la calidad de vida de las personas mayores. A partir de categorías analíticas, se identificaron diferentes elementos que permitieron concluir que el ingreso asociado a la jubilación era determinante en la independencia de las personas de edad con respecto a sus familiares y que las actividades de esparcimiento, el apoyo del Estado y el acceso a un buen sistema de salud eran elementales para garantizar una buena calidad de vida. Por otra parte, se observó que las mujeres estaban en desventaja con respecto a los hombres, dado que era más frecuente que ellas no trabajaran formalmente por dedicarse al hogar, y en esos casos no tenían acceso a una pensión.

Alba y otros (2017) observan que aproximadamente un 1,2% de las personas mayores de Colombia viven en hogares geriátricos, y califican su calidad de vida a partir de dimensiones físicas, psicológicas, relacionales y de entorno. Para identificar estos factores los autores emplearon el instrumento usado por la OMS para medir la calidad de vida, y se hicieron comparaciones entre sus indicadores sobre la base de un estudio cualitativo y descriptivo con personas de 60 años o más. Se observó que en los municipios de Cajicá y Tenjo se experimentaba una mayor calidad de vida, si bien se daban bajas calificaciones en las dimensiones psicológica y relacional. Los resultados más reveladores apuntaban que no existía una correlación entre la edad y la calidad de vida ni diferencias significativas entre los sexos dentro de la muestra, lo cual coincide con algunos de los resultados hallados en esta investigación.

En el estudio de corte transversal para analizar la calidad de vida de las personas mayores residentes en un hospital geriátrico de la localidad de Manzanillo (Cuba) realizado por Pons y otros (2018), se observó que las personas con un nivel de escolaridad bajo tendían a percibir su calidad de vida como mala a medida que aumentaba la edad. También la percepción de la salud resultó ser un determinante importante de la calidad de vida para las personas de la muestra. Al comparar los resultados de estudios previos con algunos más recientes, se constata que estos son disímiles en lo que respecta a la relación entre la edad de las personas mayores y la percepción de su propia calidad de vida, pero constantes en la relación entre esta y el nivel de escolaridad.

En esta revisión de literatura se han presentado las investigaciones orientadas a estudiar los factores que inciden sobre la calidad de vida de las personas mayores, pero este tipo de investigación aún sigue siendo limitada. Sus conclusiones revelan la importancia de incorporar componentes que vayan desde las condiciones físicas del individuo y la salud hasta las 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 en las condiciones clínicas y en características que solo resultan identificables en encuestas orientadas a la salud. Esta es la principal limitación de la presente investigación: no se cuenta con información sobre los síntomas o enfermedades que presenta este grupo poblacional en Colombia, dado que estos datos no estaban disponibles en las fuentes de información empleadas, y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) no incluye un módulo acorde a estas exigencias ni tampoco para la representatividad de la población nacional.

Así, esta investigación determina la calidad de vida de las personas mayores en las nueve grandes regiones de Colombia por medio de la estimación probabilística. Para ello se reconoce la multidimensionalidad del concepto; se incluyen características asociadas a las cuatro categorías centrales de análisis presentadas previamente. Este es uno de los aportes de esta investigación desde el plano de las ciencias económicas, pues es limitado el número de investigaciones que permitan realizar inferencias significativas para todo un conjunto poblacional. De igual forma, se identifica el perfil de la persona mayor que presenta una buena o mala calidad de vida y se evalúa si la calidad de vida cambia al tener en consideración la región en que la persona reside.

III. Delimitación demográfica de las personas mayores

A medida que las personas entran en una etapa en que 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 el descenso de su participación en diferentes entornos como, por ejemplo, el laboral. En ese sentido, la connotación cronológica de la edad se convierte en el marco conceptual más apropiado para definir el grupo poblacional objeto de estudio en esta investigación. Esta apropiación conceptual de la edad permite superar la falta de conciliación teórica que se ha originado alrededor del término “vejez” (personas mayores); si bien el concepto de la vejez forma parte de la teoría del ciclo de vida y esta también emplea criterios discriminantes en su definición 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 (Araníbar, 2001) y, por tanto, permiten presentar al grupo poblacional con objetividad.

Una muestra de ello es la Ley 1.276 de 2009 de Colombia, que establece que una persona mayor es un individuo de 60 años o más, con la salvedad de que se puede considerar también personas mayores a las que tengan entre 55 y 60 años y presenten determinadas condiciones fisiológicas y psicológicas. Esta disposición legal argumenta que, a partir de la agrupación de los agentes sociales en función de su edad, es posible determinar la aparición social de la vejez, que a su vez responde a convencionalismos sociales como, por ejemplo, que se es más viejo cuanto mayor sea la edad (Araníbar, 2001, pág. 12).

Si bien existen enfoques alternativos que permiten comprender el concepto de persona mayor, como el enfoque social y la teoría de la modernización, por citar dos de ellos, adoptarlos sería condicionar la definición a una serie de comportamientos y pautas socialmente aceptadas, incluidas características físicas, demográficas, culturales y socioeconómicas. Para ello, sería necesario emplear un marco conceptual extenso que dista de los objetivos y del alcance de esta investigación; una definición más allá de la edad del individuo implicaría la creación de una métrica que incorporara estos factores sociales, que suelen ser subjetivos.

En este sentido —y como segunda limitación de la investigación—, dada la fuente de información utilizada solo es posible definir de manera objetiva la condición de persona mayor por la edad que el individuo declara en el momento de cumplimentar el formulario de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, y no por la forma en que la sociedad percibe al individuo o por su condición de salud. Sin duda, fijar la edad en que suelen presentarse las características biológicas, psicológicas y sociales del envejecimiento es complejo, pues no sería posible sostener que es la misma para cada individuo, y la definición de criterios colectivos para hacerlo presentaría cierto sesgo, pues se vería influenciada por los objetivos trazados por los investigadores. Sin embargo, sería previsiblemente más útil, por cuanto incorporaría componentes que no sería posible captar con la edad (no es igual una persona de 60 años con buenas condiciones de salud que una persona de 60 años con movilidad reducida a causa de una enfermedad).

Diversos estudios también han empleado criterios diferentes a la edad para definir a las personas mayores. Entre ellos se encuentra el de Pugliese (2010), en el que la autora menciona algunos criterios para identificar a las personas mayores en términos demográficos; si bien la discusión teórica se centra en las capacidades cognitivas y físicas para definir a las personas mayores, también recoge que el criterio internacional de política establecido por las Naciones Unidas, la CEPAL y la Organización Mundial de la Salud (OMS) viene dado por la edad: se considera que los 60 años son el momento adecuado del ciclo de la vida para comenzar a referirse a un individuo como “persona mayor”. Sin embargo, la autora precisa que, a medida que aumenta la edad, crecen las implicaciones sobre la salud, el cuidado y la dependencia, por lo que recomienda hacer un seguimiento particular a las personas mayores de

75 y 85 años, que bien pueden componer la tercera y cuarta edad, respectivamente; la autora construye esta reflexión teniendo en cuenta que a los 85 años ya se ha superado la esperanza de vida en varias partes del mundo y las características del individuo presentan un mayor deterioro.

IV. Aspectos metodológicos

Se consideró que la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del año 2018 era la fuente de información apropiada para desarrollar esta investigación, puesto que sus formularios contienen múltiples componentes que permiten conocer las condiciones socioeconómicas, demográficas y geográficas que, acompañadas de la variable edad, conducen a identificar 20.720 personas de 60 años o más que representan a cerca de 3.914.448 individuos de nueve regiones del país. Además, 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 (DANE, 2016, pág. 6).

La variable dependiente adopta la forma funcional propuesta por el DANE en la entrada “actualmente las condiciones de vida en su hogar son...”, formulada con el fin de indagar sobre el modo en que las personas conciben su calidad de vida y que conlleva una respuesta subjetiva, pues su elección está determinada por las condiciones en las cuales se ven inmersas. La elección de esta fórmula se justifica por la multidimensionalidad *ad hoc* del concepto “calidad de vida”, por la que su medición debe incorporar una serie de componentes que dependen de cada individuo, y cualquier propuesta cuantitativa para construirla incorporaría un sesgo del investigador. En términos estadísticos, esta variable sigue una escala tipo Likert de cuatro categorías, lo que reduce la probabilidad de que las personas sesguen su respuesta a una en particular. Al mismo tiempo, su interpretación debe realizarse como una observación puntual sobre la que se hace un análisis econométrico y que, condicionada por variables de control, conduce a identificar tanto la probabilidad de que un individuo disfrute de una buena calidad de vida como el perfil asociado a esta condición. Así, la variable dependiente se ordena de mayor a menor con cuatro respuestas: “muy buenas”, “buenas”, “regulares” o “malas”, para las que el DANE no aporta ninguna definición ni interpretación.

Las variables explicativas o de control se ordenan en cuatro grupos centrales. El primero es el demográfico, que agrupa tres variables: el sexo del individuo como distinción fenotípica, tomando el valor uno si es hombre y cero si es mujer; la edad, con el fin de analizar si a mayor edad peor calidad de vida, y la pertenencia a una minoría étnico-racial (variable que engloba a los individuos que se identifican como afrocolombianos, raizales, palanqueros, mulatos, gitanos o indígenas), tomando el valor uno si el individuo pertenece a uno de estos grupos y cero en caso contrario.

El segundo componente es el socioeconómico, y está compuesto por 11 variables: el estrato socioeconómico, el nivel de escolaridad máxima alcanzada, el estado civil, si el individuo cuenta con vivienda propia o no, el número de personas residentes en el hogar, si el nivel de ingesta diaria se restringe por ausencia de ingresos, si el domicilio tiene acceso a acueducto público o no, si tiene conexión a la red de gas y si emplea leña, carbón o material de desecho para cocinar los alimentos. También se estudian los ingresos totales del hogar con el fin de conocer si existe un vínculo estrecho entre los recursos monetarios y la calidad de vida, relación expuesta en algunas investigaciones documentadas hasta el momento y, por último, si el individuo recibe ingresos del programa Colombia Mayor, pues el propósito de estas transferencias monetarias es mejorar las condiciones de vida de la población mayor en situación de pobreza a través del incremento de sus ingresos.

El tercer componente, la vinculación laboral, examina la participación de la persona mayor en el mercado de trabajo, prestando especial interés en si están o no pensionados y el régimen de seguridad social al que están inscritos: contributivo, especial o subsidiado. Esto permite establecer si la pérdida de los roles sociales vinculados a la participación laboral con el paso de los años se asocia a un deterioro en la calidad de vida.

El último componente son las percepciones: agrupa las variables que permiten analizar (sin precisar de ningún grado) cómo se ve afectada la calidad de vida del individuo por condiciones propias de su entorno que modifican la forma en que concibe su realidad. Para ello se estudian las siguientes variables: sensación de seguridad, situación de pobreza, estado de salud y calidad del sistema de seguridad social al que está inscrito. Finalmente, se introduce en este análisis la variable de la región, con el fin de captar efectos puntuales fijos que conducirían a una mayor probabilidad de que las personas mayores contaran con mejores condiciones de calidad de vida solo por residir en un lugar determinado. Con esta evaluación, se busca esclarecer si existen diferencias entre las siguientes regiones o departamentos: Distrito Capital de Bogotá, Central, Atlántico, Oriental, Pacífica, Antioquia, Valle del Cauca, Insular-San Andrés y Orinoquía-Amazonas, partiendo de la hipótesis de que la capital del país cuenta con un mayor número de recursos y servicios, mejores centros de atención y otras especificidades que podrían suponer una mejor atención de esta población². La especificación econométrica estimada se escribe de la siguiente forma:

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

La ecuación muestra un modelo logístico multinomial ordenado, donde el subíndice i hace referencia a una de las cuatro categorías de la variable dependiente (la calidad de vida del adulto mayor (CVAM)). Asimismo, se presentan las cuatro categorías centrales del estudio acompañadas de los coeficientes β_j y los parámetros X_j en representación de las variables independientes, facilitando así la comprensión del número de variables introducidas en el modelo de acuerdo con los componentes establecidos.

Antes de efectuar el proceso de estimación, se validó —a través de los criterios de información de Akaike y Bayesiano— la idoneidad de implementar la primera alternativa de modelación (logit ordenado); se halló que la técnica propuesta era acertada, por cuanto en ambos casos los criterios de información tuvieron menor magnitud en el logit. Este criterio de decisión se presenta en el cuadro A1.3 del anexo, mientras que en el cuadro A1.4, a partir del factor de inflación de varianza, se demuestra que no existe correlación entre las variables independientes que pueden causar multicolinealidad y ocasionar varianzas grandes en las estimaciones; ello invalida las hipótesis de significancia estadística, pues el valor promedio del estadístico fue menor a 10 y, de acuerdo con Mansfield y Helms (1982), cuanto menor sea el modelo menos posibilidades tendrá de sufrir problemas relacionados con esta condición.

V. Inferencia econométrica y resultados

La estimación de modelo econométrico propuesto muestra que la probabilidad de contar con una buena calidad de vida es del 80,2%, seguida por la probabilidad de presentar una calidad de vida regular (un 14,85%). Este hallazgo confirma la hipótesis de investigación formulada, en la medida en que en 2018 las personas mayores en Colombia presentaron una calidad de vida buena; la diferencia entre esta y la categoría más cercana en términos probabilísticos es de poco más de 65,35 puntos porcentuales. Este resultado sugiere que una alta proporción de las personas mayores en Colombia perciben que sus condiciones de vida son buenas y expresan su bienestar. Sin embargo, existe un

² Los cuadros A1.1 y A1.2 del anexo presentan la forma funcional de las variables y sus principales estadígrafos, respectivamente.

número significativo de personas mayores que califican su calidad de vida como regular, lo que da cabida a un análisis comparativo entre las características que determinan la probabilidad de presentar una calidad de vida buena o una calidad de vida regular. Para ello se examinan en forma detallada los coeficientes y signos hallados en los cuatro componentes centrales incluidos en la estimación del cuadro 2: los efectos marginales (dy/dx) del modelo logit multinomial ordenado.

Cuadro 2

Colombia: modelo de regresión logit multinomial ordenado (dy/dx) de los principales componentes en el estudio de la calidad de vida de las personas mayores

	Características por componentes	Mala	Regular	Buena	Muy buena
Demográfico	Sexo [1=Hombre]	0,0007*** (0,0002)	0,0189*** (0,0051)	-0,0129*** (0,0034)	-0,0066*** (0,0018)
	Minorías étnicas [1=Si pertenece]	-0,0001 (0,0002)	-0,0023 (0,0069)	0,0016 (0,0047)	0,0008 (0,0024)
	Entre 75 y 90 años	-0,0002 (0,0002)	-0,0049 (0,0048)	0,0033 (0,0033)	0,0017 (0,0017)
	Más de 90 años	0,0037*** (0,0012)	0,0923*** (0,0254)	-0,0757*** (0,0230)	-0,0203*** (0,0036)
	Estrato medio	-0,0015*** (0,0002)	-0,0440*** (0,0053)	0,0285*** (0,0033)	0,0170*** (0,0023)
Socioeconómico	Estrato alto	-0,0028*** (0,0002)	-0,0862*** (0,0054)	0,0334*** (0,0020)	0,0557*** (0,0064)
	No consume alguna de las tres comidas por falta de dinero	0,0064*** (0,0008)	0,1485*** (0,0152)	-0,1273*** (0,0144)	-0,0277*** (0,0017)
	Posee acceso a acueducto público	-0,0010*** (0,0002)	-0,0295*** (0,0060)	0,0191*** (0,0036)	0,0115*** (0,0026)
	Posee acceso a gas natural	-0,0007*** (0,0002)	-0,0190*** (0,0061)	0,0134*** (0,0044)	0,0062*** (0,0019)
	Cocina los alimentos con leña, carbón, material de desecho	0,0011*** (0,0003)	0,0311*** (0,0088)	-0,0230*** (0,0069)	-0,0093*** (0,0023)
	Vive solo	0,0011*** (0,0002)	0,0310*** (0,0051)	-0,0201*** (0,0031)	-0,0120*** (0,0022)
	Ingresos hogar	-0,0012*** (0,0001)	-0,0334*** (0,0025)	0,0231*** (0,0018)	0,0115*** (0,0009)
	Básica primaria o preescolar	-0,0001 (0,0002)	-0,0023 (0,0063)	0,0016 (0,0043)	0,0008 (0,0022)
	Básica secundaria o media	0,0002 (0,0003)	0,0054 (0,0080)	-0,0037 (0,0056)	-0,0018 (0,0027)
	Técnico/tecnólogo con o sin título	-0,0014*** (0,0003)	-0,0418*** (0,0092)	0,0242*** (0,0041)	0,0190*** (0,0055)
	Universitario/posgrado con o sin título	-0,0015*** (0,0003)	-0,0446*** (0,0081)	0,0268*** (0,0041)	0,0193*** (0,0044)
	Unión libre	0,0007*** (0,0003)	0,0203*** (0,0070)	-0,0146*** (0,0052)	-0,0064*** (0,0020)
	Viudo	0,0011*** (0,0003)	0,0297*** (0,0073)	-0,0214*** (0,0055)	-0,0094*** (0,0021)
	Separado o soltero	0,0021*** (0,0003)	0,0555*** (0,0075)	-0,0412*** (0,0059)	-0,0164*** (0,0019)
	Vivienda propia [1= Sí]	-0,0014*** (0,0002)	-0,0385*** (0,0050)	0,0279*** (0,0038)	0,0120*** (0,0014)
	Colombia Mayor [1= Recibe este subsidio]	0,0004* (0,0002)	0,0099* (0,0059)	-0,0070* (0,0042)	-0,0033* (0,0019)

Cuadro 2 (conclusión)

Características por componentes		Mala	Regular	Buena	Muy buena
Vinculación laboral	Está pensionado [1= Sí]	0,0003 (0,0002)	0,0080 (0,0054)	-0,0055 (0,0037)	-0,0028 (0,0020)
	Régimen especial	-0,0008** (0,0003)	-0,0221** (0,0088)	0,0141*** (0,0051)	0,0088** (0,0040)
	Régimen subsidiado	0,0024*** (0,0003)	0,0659*** (0,0067)	-0,0465*** (0,0049)	-0,0218*** (0,0022)
Percepciones	Se siente seguro en el lugar que habita	-0,0058*** (0,0005)	-0,1420*** (0,0075)	0,1159*** (0,0068)	0,0319*** (0,0013)
	Se considera pobre	0,0058*** (0,0004)	0,1498*** (0,0060)	-0,1133*** (0,0051)	-0,0424*** (0,0017)
	La calidad del servicio de salud es mala	-0,0016*** (0,0003)	-0,0479*** (0,0092)	0,0289*** (0,0046)	0,0207*** (0,0050)
	La calidad del servicio de salud es buena	-0,0029*** (0,0005)	-0,0783*** (0,0122)	0,0585*** (0,0097)	0,0228*** (0,0031)
	La calidad del servicio de salud es muy buena	-0,0039*** (0,0003)	-0,1192*** (0,0055)	0,0174*** (0,0067)	0,1056*** (0,0115)
	Su estado de salud es malo	-0,0024*** (0,0004)	-0,0674*** (0,0102)	0,0434*** (0,0061)	0,0264*** (0,0046)
	Su estado de salud es regular	-0,0061*** (0,0006)	-0,1607*** (0,0127)	0,1144*** (0,0094)	0,0524*** (0,0042)
	Su estado de salud es bueno	-0,0045*** (0,0003)	-0,1431*** (0,0039)	0,0911*** (0,0191)	0,2386*** (0,0220)
	Región o departamento	Central	-0,0007*** (0,0002)	-0,0195*** (0,0070)	0,0128*** (0,0043)
Atlántico		0,0005* (0,0003)	0,0129* (0,0077)	-0,0092* (0,0056)	-0,0042* (0,0024)
Oriental		0,0000 (0,0003)	0,0005 (0,0071)	-0,0004 (0,0049)	-0,0002 (0,0024)
Pacífica		0,0010** (0,0004)	0,0281** (0,0115)	-0,0208** (0,0089)	-0,0084*** (0,0030)
Antioquia		0,0003 (0,0003)	0,0092 (0,0077)	-0,0065 (0,0055)	-0,0030 (0,0025)
Valle del Cauca		-0,0005** (0,0003)	-0,0151** (0,0075)	0,0100** (0,0048)	0,0056* (0,0030)
Insular-San Andrés		-0,0000 (0,0021)	-0,0003 (0,0580)	0,0002 (0,0400)	0,0001 (0,0201)
Orinoquía-Amazonas		-0,0006 (0,0005)	-0,0177 (0,0145)	0,0115 (0,0087)	0,0069 (0,0063)
Probabilidad de ocurrencia		0,45%	14,85%	80,18%	4,52%
P-seudo R2			0,225		
Observaciones			20 720		

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2018.

Nota: Los asteriscos indican que las variables son significativas al 10% (*), 5%** y 1% (***).

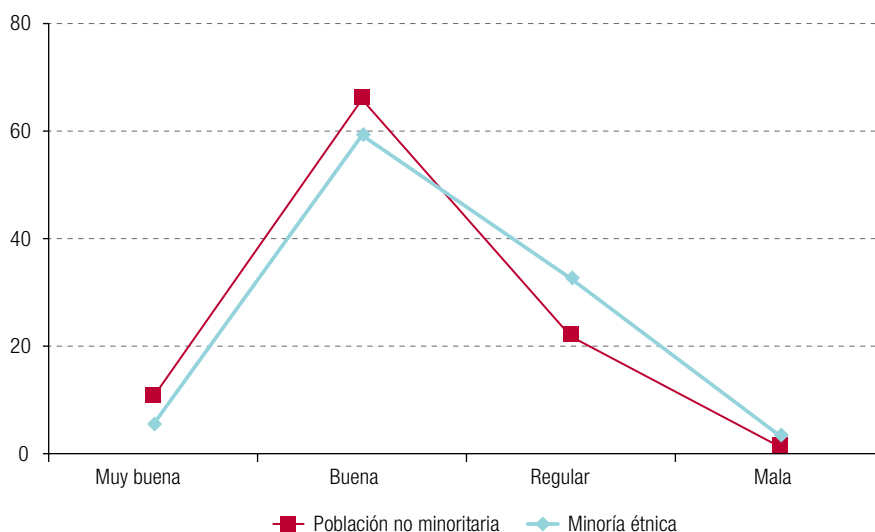
El componente demográfico plantea tres resultados importantes: el primero sugiere la existencia de diferencias en la calidad de vida en razón del sexo. El coeficiente resulta ser significativo en las cuatro categorías de este componente; si bien la magnitud es relativamente baja, el análisis permite concluir que los hombres mayores cuentan con una menor probabilidad de tener una buena calidad de vida. Esto contradice los hallazgos de Fernández-Ballesteros (1997) y Estrada y otros (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 dediquen un mayor autocuidado que incide positivamente sobre su calidad de vida (Vega, 2009, pág. 98). Sin embargo, la investigación de Vega (2009) también propone que al estudiar la vejez no cabe afirmar una estructura homogénea; al contrario, esta debe ser heterogénea, en virtud de los aspectos biológicos que conducen a la transformación del cuerpo y a la aparición de enfermedades.

Por otro lado, al explorar características del individuo como su condición étnico-racial, los resultados muestran un patrón distinto al encontrado en la variable “sexo”. Si bien los coeficientes no son estadísticamente significativos, se concluye que durante la vejez la calidad de vida no difiere entre las minorías étnicas, pero el signo encontrado muestra ser positivo para las categorías buena y muy buena. Esto reafirma la necesidad de emprender estudios que se centren en esta población, pues su proporción no presenta un descenso vertiginoso a la hora de evaluar la calidad de vida en términos estadísticos en las categorías regular y mala, como sí sucede en el caso del grupo poblacional no minoritario (véase el gráfico 1).

Gráfico 1

Colombia: calidad de vida de las personas mayores por condición étnico-racial, 2018
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2018.

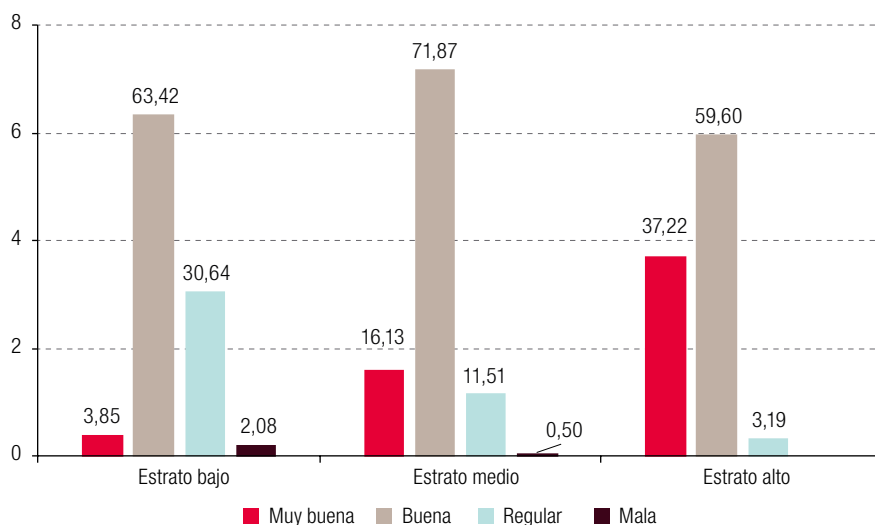
El tercer resultado de este componente recoge la presunción de que la edad de la persona mayor incide de manera negativa sobre su calidad de vida en un punto determinado. Para esta variable se considera, por un lado, a las personas de entre 60 y 74 años; por otro lado, a aquellas entre los 75 y los 90 años, y, por último, a las personas de más de 90 años. Así, los resultados de la estimación muestran que la probabilidad de contar con una buena calidad de vida entre las personas de más de 90 años se reduce 7,57 puntos porcentuales en comparación con las personas de entre 60 y 74 años; mientras que la condición de aquellos entre los 75 y los 90 años, si bien no es significativa, muestra un signo positivo, lo que sugiere un estadio en que la persona presenta una mejor calidad de vida que en la etapa posterior. Esto parecería indicar que a mayor edad, menor calidad de vida. En las investigaciones de Cuervas (2004) y Vega (2009) se argumenta que las personas de entre 75 y 90 años suelen contar con un mayor apoyo por parte de familiares o entidades estatales, que velan principalmente por su salud emocional y física, y que existe cierto conformismo social por el que se han aceptado gran parte de los cambios que la vejez trae consigo (como la sensación de soledad producida por el distanciamiento de los hijos), lo que explicaría el resultado que presenta este grupo.

El segundo resultado coincide con la literatura referente a la cuarta edad, en que se afirma que con la edad se hace inevitable la aparición de sensaciones como la soledad, la pérdida de movilidad y la disminución de la participación social, en detrimento de la salud mental.

En el componente socioeconómico se examina la relación entre la calidad de vida y el estatus social de los individuos que resulta de los hábitos practicados a lo largo de la vida y que repercute sobre su bienestar. Se concluye que pertenecer a estratos sociales medios y altos reduce entre 4,40 y 8,86 puntos porcentuales, respectivamente, la probabilidad de presentar una calidad de vida regular en comparación con los estratos bajos. Al complementar el análisis econométrico con el estadístico (véase el gráfico 2), se observa que ninguna de las personas mayores del estrato alto percibe que las condiciones de vida en su hogar sean malas; por el contrario, el 96,81% manifiesta que sus condiciones son muy buenas o buenas, y solo el 3,19% expresa que su calidad de vida es regular. Por el contrario, el 32,73% de las personas mayores de estrato bajo manifiesta que sus condiciones de vida son regulares o malas. Por lo tanto, se perfila que una buena calidad de vida viene determinada por el estrato socioeconómico, el cual es producto de la capacidad de acumulación de riqueza de los individuos desde una edad temprana.

Gráfico 2

Colombia: calidad de vida de las personas mayores por estrato socioeconómico, 2018
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2018.

Los ingresos del hogar, la posesión de ciertos bienes y determinados hábitos alimentarios son factores que pueden incidir positivamente sobre la calidad de vida. A medida que se incrementan los ingresos del hogar se reduce 3,34 puntos porcentuales la probabilidad de contar con una calidad de vida regular. Cabe destacar que la incidencia de los ingresos es tan determinante que su efecto resulta ser significativo en las cuatro categorías del estudio con un nivel de significancia del 1%. A su vez, la posesión de ciertos bienes en el hogar refleja el poder adquisitivo de los individuos, y al analizar su incidencia se observa que, por ejemplo, en el caso de las personas mayores que usan materiales rudimentarios como leña, carbón o desechos como fuente principal para cocinar los alimentos se reduce 0,93 puntos porcentuales la probabilidad de poseer una calidad de vida muy buena, mientras que para aquellos que cuentan con servicio de gas y acueducto público la probabilidad de tener una buena calidad de vida aumenta 1,34 y 1,91 puntos porcentuales, respectivamente.

Las restricciones en la ingesta de al menos una de las tres comidas diarias aconsejadas para una alimentación sana (desayuno, almuerzo y cena) inciden sobre la calidad de vida. El coeficiente obtenido sugiere que restringir la alimentación, presuntamente por falta de ingresos, hace aumentar 14,85 puntos porcentuales la probabilidad de tener una calidad de vida regular. Este resultado es de alto impacto, pues, dada la magnitud de su coeficiente y la alta significancia estadística (1%), implica una imperiosa necesidad de profundizar en esta problemática, así como la urgencia de elaborar programas orientados a garantizar la alimentación de las personas mayores, ya que claramente es un factor decisivo a la hora de determinar su bienestar.

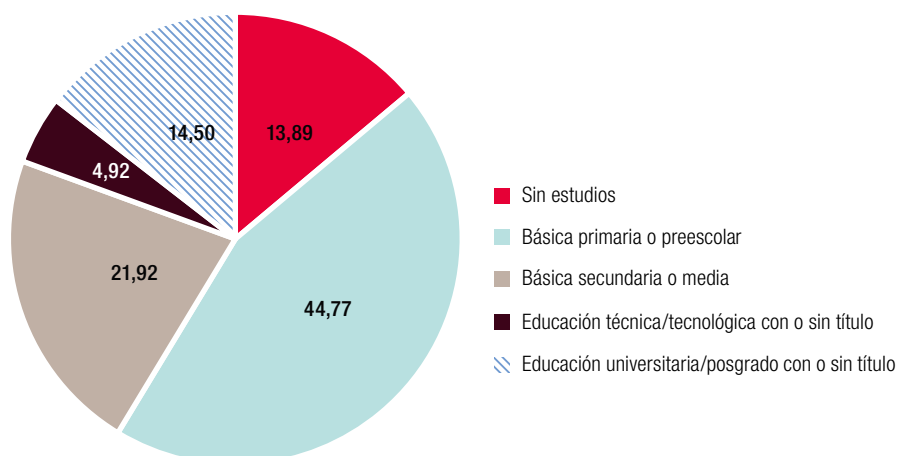
Ante dicha observación se realizó un breve análisis del programa Colombia Mayor desde una perspectiva de incidencia y no de causalidad, dado que, al no elaborar un estudio de evaluación de impacto sería inapropiado afirmar o negar que el programa ejerce una causalidad sobre las condiciones de vida de las personas mayores. No obstante, el análisis propuesto en esta investigación sí permite establecer incidencias. Al analizar el coeficiente encontrado y la significancia estadística se propone que las condiciones de vida de las personas mayores que reciben estas transferencias condicionadas del Estado no inciden sobre su bienestar, pues el coeficiente resulta ser negativo en las categorías “muy buena” y “buena”. Esto puede deberse a que este programa está orientado a individuos que cuentan con ingresos menores o iguales a medio salario mínimo, viven solos, están en situación de calle o pertenecen a los niveles 1 o 2 del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), entre otras condiciones que claramente son indicativas de bajos niveles de calidad de vida y que difícilmente mejorarán con los subsidios del programa.

Para aproximarse al análisis de la estabilidad emocional y conocer los efectos de vivir con otras personas en un hogar se incluyeron en el modelo dos variables: la primera de ellas es si la vivienda es propia y está totalmente pagada, la cual resultó tener una asociación positiva, al incrementar 2,79 puntos porcentuales la probabilidad de contar con una buena calidad de vida. La segunda variable, si la persona vive sola o en compañía, demostró que vivir solo reducía la probabilidad de contar con una buena o muy buena calidad de vida. Los resultados de estas variables sugieren que el acompañamiento durante la vejez se asocia a una mejora en la condición de bienestar. Esto es acorde con el planteamiento elaborado por Marín y otros (2009) y Aldana y Pedraza (2012), para los que la sensación de soledad es un factor importante en la depresión de las personas mayores, lo cual incide sobre su calidad de vida. Al mismo tiempo, se afirma que la formulación de políticas orientadas a mejorar las condiciones para adquirir una vivienda estará justificada por el impacto futuro que tendrá sobre la población.

Finalmente, se examina la incidencia del estado civil y del nivel de escolaridad. Estar casado se asocia a un incremento en la probabilidad de contar con una calidad de vida buena o muy buena, pues en cualquier estado distinto a este se observa un signo negativo. Por ejemplo, se encontró que el hecho de que una persona sea soltera o viuda se asocia con una reducción de la probabilidad de tener una buena calidad de vida de 4,12 y 2,14 puntos porcentuales, respectivamente. Ahora bien, los resultados econométricos establecen que a medida que se incrementa el capital humano mejora la calidad de vida: los coeficientes encontrados muestran que la probabilidad de presentar una buena calidad de vida aumenta entre 2,42 puntos porcentuales (educación técnica o tecnológica) y 2,68 puntos porcentuales (educación universitaria).

Este resultado evidencia la importancia de la formación de los agentes económicos, no solo para las disposiciones laborales tempranas, sino también para la calidad de vida futura. A nivel descriptivo, el gráfico 3 muestra que una gran proporción de la población mayor tiene un nivel educativo de básica primaria o preescolar (58,7%), mientras que solo el 14,5% cuenta con educación universitaria, que está asociada positivamente con la probabilidad de contar con una calidad de vida buena o muy buena. Esto ilustra la importancia de mejorar el capital humano continuamente a lo largo de la vida en procura de mantener unas condiciones de vida adecuadas durante la vejez.

Gráfico 3
Colombia: nivel educativo de las personas mayores, 2018
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2018.

Entre las variables analizadas en el tercer componente está el estar o no pensionado y su incidencia sobre la calidad de vida. Como se mencionó en la revisión de la literatura, dicha condición implica una pérdida de los roles sociales que incide negativamente en la calidad de vida. Sin embargo, el coeficiente estimado no es significativo, por lo que esta investigación considera que la información no es del todo concluyente para establecer la incidencia sobre el bienestar de las personas mayores derivada de estar o no pensionadas. Con relación al sistema de seguridad social, se observa que pertenecer al régimen subsidiado reduce la probabilidad de contar con una buena calidad de vida, en comparación con aquellas personas mayores que pertenecen al régimen contributivo, mientras que aquellos en régimen especial tienen una mayor probabilidad de tener una buena calidad de vida que los primeros. Sin llegar a ser concluyente, la literatura nacional recoge graves problemas en el sistema de salud de régimen subsidiado desde su concepción: si bien ha aumentado la cobertura de afiliados, las entidades prestadoras de servicios no logran adquirir la capacidad financiera para ofrecer un régimen subsidiado de calidad (Gañán, 2010), lo que se traduce en problemas de atención al usuario que claramente pueden incidir sobre cómo percibe su calidad de vida.

El componente de percepciones arroja cuatro grandes resultados, todos ellos con una alta significancia estadística. La sensación de seguridad se asocia a una mejor calidad de vida: los resultados muestran que en ese caso la probabilidad de contar con una buena calidad de vida aumenta 11,59 puntos porcentuales si se compara con aquellos que se sienten inseguros, lo que destaca la importancia de hacer frente a este factor externo. Por otro lado, la percepción 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 11,33 y 4,24 puntos porcentuales, respectivamente, entre aquellas personas mayores que se consideran pobres. De esta forma, surge nuevamente la discusión del efecto directo que tiene la distribución heterogénea de los ingresos sobre el nivel de vida de la sociedad. Si bien esto no forma parte del objetivo central de esta investigación, al examinar con mayor atención los determinantes de la pobreza se extraen datos empíricos complementarios para los estudios sobre la calidad de vida con un enfoque de segmentación poblacional.

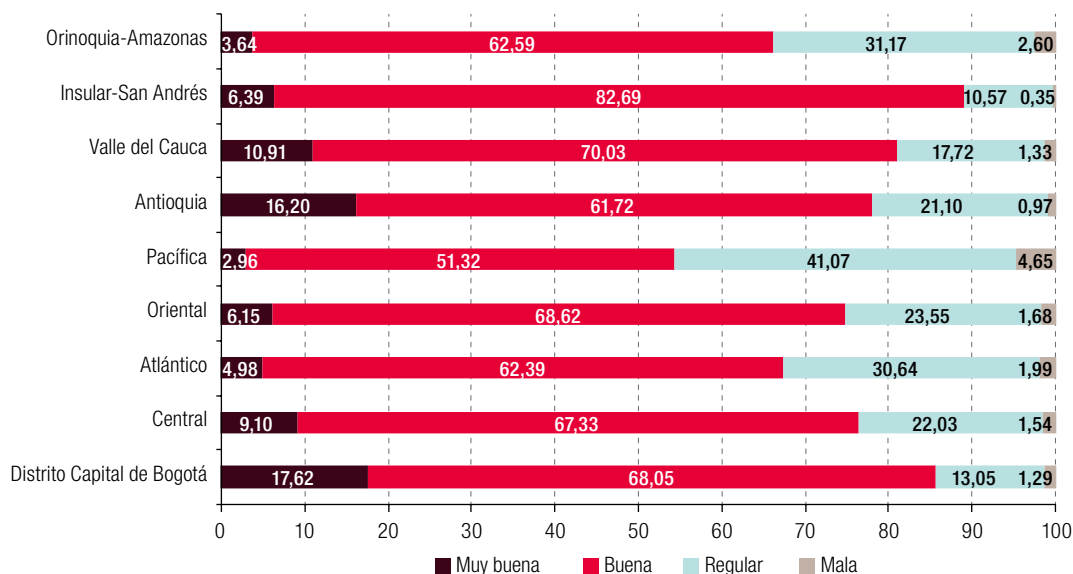
La calidad del servicio de salud y el estado de salud de las personas mayores son los últimos indicadores del componente de percepciones. Los resultados sugieren que un estado de salud bueno y una valoración positiva de la calidad del servicio de salud inducen a un aumento de 23,86 y 2,28 puntos

porcentuales, respectivamente, en la probabilidad de contar con una muy buena calidad de vida. Este resultado es coherente con lo presentado en la revisión de la literatura, y el factor de la salud se configura como uno de los principales a la hora de determinar la calidad de vida, pero cabe mencionar que también los coeficientes del resto de categorías resultan ser estadísticamente significativos: la categoría de referencia es percibir un estado de salud y una calidad del servicio muy malos; por ende, cualquier percepción distinta a esta categoría exhibe una mejoría en las probabilidades.

Con el fin de explorar si existen características que incidan directamente sobre la calidad de vida y el desarrollo de oportunidades que pueden alcanzar sus habitantes para mejorar su estatus social (como, entre otras, el nivel de escolaridad), se introdujo en la modelación la variable ficticia de las regiones geográficas. De esta forma, se evalúa si la región en la que habita la persona mayor tiene alguna incidencia sobre su calidad de vida y se indaga la existencia de condiciones particulares por características geográficas. Al emplear como categoría de referencia el Distrito Capital de Bogotá, los resultados demostraron que residir fuera de esta ciudad-región se asocia con un signo negativo en algunos casos, lo cual sustenta el postulado de divergencias de calidad de vida entre las regiones.

En la región Central y el departamento de Valle del Cauca la probabilidad de que las personas mayores cuenten con una buena calidad de vida resulta ser mayor que en Bogotá, mientras que en el departamento de Atlántico y la región Pacífica el coeficiente es negativo, demostrando que la calidad de vida de estas personas es menor. Si bien esto revela que existen divergencias entre las regiones, no es posible elaborar un argumento que permita desarrollar tal idea, dado que para sustentar dicho hallazgo se precisarían datos objetivos para los que habría que introducir en la especificación condiciones como las inversiones en el sistema de salud y los programas de atención a las personas mayores. En cualquier caso, el resultado encontrado demuestra que efectivamente existen disparidades. En el gráfico 4 se presenta la relación entre la calidad de vida y las regiones: se observa que la región Pacífica cuenta con la mayor proporción de personas mayores con una calidad de vida regular y mala (45,72%), lo cual deja traslucir que existen dinámicas sociales profundas que terminan siendo captadas por el modelo y que merece la pena explorar en profundidad en investigaciones futuras sobre el tema.

Gráfico 4
Colombia: calidad de vida por regiones o departamentos
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2018.

VI. Conclusiones, recomendaciones y limitaciones

El contexto demográfico de Colombia, como el del resto de las economías en el mundo, se caracteriza por un incremento de la esperanza de vida de la población. Esto se asocia a una nueva configuración de la pirámide poblacional, lo que justifica la necesidad de emprender estudios enfocados en analizar la calidad de vida de diferentes grupos de la población —en este caso, de las personas mayores— desde un enfoque cuantitativo, entre otros.

La estimación econométrica propuesta cumple con las condiciones requeridas para sustentar la rigurosidad técnica de los hallazgos del estudio: la relación entre las variables regresoras y la variable dependiente se ajusta en gran medida a los planteamientos teóricos propuestos en otras investigaciones. El modelo multinomial de elección discreta tipo *logit* ordenado fue adecuado para responder la hipótesis de investigación formulada y cumplir con los objetivos trazados.

El resultado destacable en el componente demográfico sugiere que la vejez se experimenta de diferentes formas según la edad y el sexo del individuo. A su vez, el componente socioeconómico muestra que la restricción en la ingesta de al menos una de las tres comidas diarias aconsejadas para una alimentación adecuada, atribuible posiblemente a la falta de ingresos, conduce a un aumento de 14,85 puntos porcentuales en la probabilidad de tener una calidad de vida regular. Por lo tanto, es apropiado recomendar la formulación de políticas que permitan garantizar la alimentación de las personas mayores más allá de los programas asistenciales que buscan aumentar sus ingresos, pues se observa que es un factor que incide profundamente sobre su bienestar. Además, es necesario focalizar las políticas sociales de acuerdo con la estructura de edades y por grupos étnicos, dado que, como ha quedado demostrado, las personas dentro de los grupos étnicos minoritarios presentan peores condiciones de calidad de vida y, si bien no es posible decir que merecen prioridad, sí deberían ser objeto de mayor atención.

Los planteamientos teóricos sobre el capital humano desarrollados por Solow (1956), Schultz (1961) y Becker (1964) revisten especial importancia para este estudio, pues entre los resultados se evidenció que las personas mayores con niveles educativos universitarios o superiores tenían una menor probabilidad de contar con una calidad de vida regular y una mayor probabilidad de contar con una calidad de vida buena. Es evidente que este proceso se inicia desde una edad temprana, por lo que deben reforzarse las políticas de inclusión educativa y calidad en la educación para lograr que gran parte de la población alcance altos niveles educativos.

Entre los resultados del componente de percepciones destaca la importancia de la seguridad en la calidad de vida de las personas mayores, así como el fuerte impacto que tiene en la probabilidad de contar con una buena calidad de vida. En el caso de la percepción de la pobreza, cabe destacar que su medición es subjetiva, ya que, pese a no contar con una definición cuantitativa, su formulación viene dada por el constructo social en el que se encuentra el individuo. Es imperante que las políticas busquen mejorar la asignación de recursos y, consecuentemente, también las condiciones de vida de la sociedad.

En la disertación del interrogante planteado en la investigación, una vez examinados algunos factores que en teoría se asocian a la calidad de vida, se concluye que la probabilidad de que la calidad de vida de las personas mayores de Colombia en el año 2018 sea buena es más alta que la de las otras categorías del estudio (una probabilidad de ocurrencia del 80,18%, en contraste con un 14,85% en el caso de la calidad de vida regular).

Por otro lado, los datos demuestran que las condiciones propias de cada región originan resultados diferenciales en la calidad de vida de su población. En la investigación se observó que las personas mayores residentes en la región Central y Valle del Cauca presentaban una mayor probabilidad de contar con una calidad de vida buena que aquellas residentes en Bogotá. A partir de

estos datos, se construye un perfil de las personas mayores que cuentan con una mayor probabilidad de tener una calidad de vida buena o muy buena: mujer, perteneciente a los estratos socioeconómicos medio y alto, sin carencias en sus niveles de ingesta diaria, con hogar propio, con educación técnica o superior, perteneciente al régimen contributivo, que no se siente en un contexto de inseguridad ni se considera una persona pobre, con una buena percepción de su salud y residente en Valle del Cauca o la región Central.

Bibliografía

- Alba, J. y otros (2017), “Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Bogotá D.C. y municipios de Cajicá y Tenjo en segundo periodo 2017”, tesis para optar al grado de licenciado, Bogotá, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales.
- Aldana, R. y J. Pedraza (2012), “Análisis de la depresión en el adulto mayor en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010”, tesis para optar al grado de licenciado, Bogotá, Universidad del Rosario.
- Arango, V. e I. Ruiz (2006), *Diagnóstico de los adultos mayores de Colombia*, Bogotá, Fundación Saldarriaga Concha.
- Aranibar, P. (2001), “Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina”, *serie Población y Desarrollo*, N° 21 (LC/L.1656-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Ávila-Funes, J., M. Garant y S. Aguilar-Navarro (2006), “Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 19, N° 5, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Bazo, M. (ed.) (1999), *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*, Madrid, Editorial Médica Panamericana.
- Becker, G. (1964), *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*, Nueva York, Columbia University Press.
- Bravo, J. (2000), “Envejecimiento de la población y sistemas de pensiones en América Latina”, *Revista CEPAL*, N° 72 (LC/G.2120-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2004), *Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, Santiago.
- Chackiel, J. (2000), “El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?”, *serie Población y Desarrollo*, N°4 (LC/L.1411-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Cuervas, M. (2004), “Tercera edad: los factores que dan calidad de vida”, *El Mercurio*, Santiago, 4 de octubre.
- DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) (2017), “Estimación y proyección de población nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad y edades simples de 0 a 26 años 1985-2020” [en línea] <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>.
- _____(2016), “Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2016”, Bogotá.
- Ehlke, K. (1998), “La población adulta mayor”, *Enfermería gerontológica: cuidados integrales del adulto mayor*, M. Burke y M. Walsh, Madrid, Harcourt Brace.
- Escarbajal, A. y S. Martínez (2012), “Jubilación, educación y calidad de vida”, *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, N°20, Sevilla, Sociedad Iberoamericana de Pedagogía Social.
- Estrada, A. y otros (2011), “Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín”, *Biomédica*, vol. 31, N°4, Bogotá, Instituto Nacional de Salud.
- Fernández-Ballesteros, R. (1997), “Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales”, *Anuario de Psicología*, N°73, Ámsterdam, Elsevier.
- Gañán, 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 para optar al grado de doctor, Universidad Externado de Colombia.
- Giraldo, G. y G. Arango (2012), “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”, *Eleuthera*, vol. 6, Manizales, Universidad de Caldas.

- Kaushal, N. (2014), "How public pension affects elderly labor supply and well-being: evidence from India", *World Development*, vol. 56, Ámsterdam, Elsevier.
- Lloyd-Sherlock, P. y otros (2012), "Pensions, poverty and wellbeing in later life: comparative research from South Africa and Brazil", *Journal of Aging Studies*, vol. 26, N° 3, Ámsterdam, Elsevier.
- Mansfield, E. y B. Helms (1982), "Detecting multicollinearity", *The American Statistician*, vol. 36, N° 3a, Abingdon, Taylor & Francis.
- Marín, G. y otros (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'", vol. 23, N°4, Ámsterdam, Elsevier.
- Melguizo, E., A. Acosta y B. Castellano (2012), "Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores: Cartagena (Colombia)", *Salud Uninorte*, vol. 28, N°2, Barranquilla, Universidad del Norte.
- Pons, S. y otros (2018), "Apreciación de la calidad de vida en el adulto mayor", *Multimed*, vol. 22, N° 1, La Habana, Universidad de Ciencias Médicas de Granma.
- Pugliese, L. (2010), "Las transformaciones familiares vistas a través de algunos indicadores de adultos mayores", *Comentarios de Seguridad Social*, N°26, Montevideo, Banco de Previsión Social.
- Ramírez-Vélez, R. y otros (2008), "Calidad de vida y condiciones de salud en adultos mayores no institucionalizados en Cali, Colombia", *Revista de Salud Pública*, vol. 10, N°4, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
- Rivera-Ledesma, A. y M. Montero (2003), "Espiritualidad y salud mental en adultos mayores mexicanos", *Salud Mental*, vol. 28, N°6, Ciudad de México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Rubio, D. y otros (2015), "Calidad de vida en el adulto mayor", *Varona*, N°61, La Habana, Universidad Pedagógica Enrique José Varona.
- Schatz, E. y otros (2012), "The impact of pensions on health and wellbeing in rural South Africa: does gender matter?", *Social Science & Medicine*, vol. 75, N°10, Ámsterdam, Elsevier.
- Schultz, T. (1961), "Investment in human capital", *The American Economic Review*, vol. 51, N°1, Nashville, Tennessee, American Economic Association.
- Solow, R. (1956), "A contribution to the theory of economic growth", *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 70, N°1, Oxford, Oxford University Press.
- Varela, L. y E. Gallego (2015), "Percepción de la calidad de vida en un grupo de adultos mayores de Envigado (Colombia)", *Salud & Sociedad*, vol. 2, N°1, Tunja, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.
- Vega, E. (2009), "Prevención de caídas en el adulto mayor (revisión bibliográfica)", *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, vol. 67, N°590, San José, Asociación de Médicos Especialistas de la Salud Pública de Costa Rica.

Anexo A1

Cuadro A1.1

Colombia: presentación de las variables explicativas para el estudio de la calidad de vida de las personas mayores, 2018

VARIABLES	CODIFICACIÓN
Calidad de vida	0= Mala 1= Regular 2= Buena 3= Muy buena
Sexo	0= Mujer 1= Hombre
Estado civil	0= Casado 1= Unión libre 2= Viudo 3= Separado 4= Soltero
Edad	0= Entre 60 y 74 años 1= Entre 75 y 90 años 2= Más de 90 años
Minorías étnicas	0= No forma parte de minoría étnica 1= Forma parte de minoría étnicas (indígenas, gitanos, afrocolombianos, raizales y palenqueros)
Estrato socioeconómico	1= Estrato bajo 2= Estrato medio 3= Estrato alto
Nivel de 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= Sí
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
Emplea leña, carbón o material de desecho para cocinar los alimentos	0= No 1= Sí
Tiene gas natural conectado por red	0= No cuenta con gas 1= Cuenta con gas
Prepara los alimentos con agua que proviene de acueducto público	0= No 1= Sí
Se siente seguro en el lugar que habita	0= No se siente seguro 1= Se siente seguro
No consume alguna de las tres comidas por falta de dinero	0= Sí las consume 1= No las consume
Región o departamento	0= Bogotá 1= Central 2= Atlántico 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 propia, sobre la base de datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2018.

Cuadro A1.2
Colombia: principales estadígrafos del estudio de la calidad de vida
de las personas mayores, 2018

Variable	Observaciones	Media	Desviación	Mínimo	Máximo
Percepción de la calidad de vida	2 0720,00	2,148	0,597	1,000	4,000
Sexo [Hombre]	2 0720,00	0,571	0,495	0,000	1,000
Minorías étnicas	2 0720,00	0,098	0,297	0,000	1,000
Edad	2 0720,00	0,282	0,477	0,000	2,000
Estrato socioeconómico	2 0720,00	0,461	0,632	0,000	2,000
No consume alguna de las tres comidas por falta de dinero	2 0720,00	0,043	0,204	0,000	1,000
Prepara los alimentos con agua que proviene de acueducto público	2 0720,00	0,796	0,403	0,000	1,000
Tiene gas natural conectado por red	2 0720,00	0,695	0,460	0,000	1,000
Emplea leña, carbón o material de desecho para cocinar los alimentos	2 0720,00	0,104	0,306	0,000	1,000
Vive solo	2 0720,00	0,236	0,424	0,000	1,000
Logaritmo ingresos	2 0720,00	14,197	1,188	8,034	18,590
Nivel de escolaridad	2 0720,00	1,637	1,212	0,000	4,000
Estado civil	2 0720,00	1,436	1,203	0,000	3,000
Vivienda propia	2 0720,00	0,725	0,446	0,000	1,000
Colombia Mayor	2 0720,00	0,216	0,412	0,000	1,000
Está pensionado	2 0720,00	0,694	0,461	0,000	1,000
Régimen de seguridad social	2 0720,00	0,924	0,973	0,000	2,000
Se siente seguro en el lugar que habita	2 0720,00	0,812	0,391	0,000	1,000
Se considera pobre	2 0720,00	0,365	0,481	0,000	1,000
Calidad del servicio de salud	2 0720,00	1,844	0,629	0,000	3,000
Estado de salud	2 0720,00	1,625	0,636	0,000	3,000
Región	2 0720,00	2,797	2,081	0,000	8,000

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2018.

Cuadro A1.3

Colombia: criterios de información para la elección del modelo en el estudio de la calidad de vida de las personas mayores, 2018

Estadísticas	Logit ordenado	Probit ordenado
ll	-14 400	-14 400
AIC	28 923,324	28 924,296
BIC	29 264,695	29 265,667
Pseudo R ²	0,225	0,225

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2018.

Nota: ll (*log likelihood*) indica la probabilidad logarítmica; AIC (*Akaike information criterion*), el criterio de información de Akaike, y BIC (*Bayesian information criterion*), el criterio de información bayesiano.

Cuadro A1.4

Colombia: factor de inflación de varianza (FIV) de las variables en el estudio de la calidad de vida de las personas mayores, 2018

Variable	FIV	1/FIV
Logaritmo ingresos	2,24	0,4471
Régimen de seguridad social	2,19	0,4560
Estado civil	1,91	0,5225
Prepara los alimentos con agua que proviene de acueducto público	1,91	0,5226
Tiene gas natural conectado por red	1,86	0,5376
Nivel de escolaridad	1,86	0,5383
Estrato socioeconómico	1,78	0,5623
Emplea leña, carbón o material de desecho para cocinar los alimentos	1,62	0,6162
Sexo [Hombre]	1,52	0,6563
Colombia Mayor	1,51	0,6637
Vive solo	1,46	0,6868
Está pensionado	1,44	0,6966
Se considera pobre	1,37	0,7277
Estado de salud	1,19	0,8434
Edad	1,14	0,8801
Vivienda propia	1,1	0,9098
Región	1,09	0,9173
Régimen de seguridad social	1,07	0,9363
Calidad del servicio de salud	1,07	0,9385
No consume alguna de las tres comidas por falta de dinero	1,06	0,9438
Minorías étnicas	1,05	0,9485
Promedio FIV	1,41	

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2018.