

# Construyendo Políticas Públicas para una Sociedad que Envejece



auspician:



organizan:



Universidad de Chile  
Facultad de Medicina  
Escuela de Salud Pública

# Construyendo Políticas Públicas para una Sociedad que Envejece

auspician:



organizan:



Construyendo Políticas Públicas para una Sociedad que Envejece  
I.S.B.N: 978-956-8678-03-6

Publicado en Santiago de Chile, junio 2008.

---

# V

## La Salud del adulto mayor en Chile: Una responsabilidad compartida por las personas, las empresas y el Estado

*Esteban Calvo  
Bernardo Martorell*

\* Los autores agradecen a la Subsecretaría de Previsión Social de Chile haberles permitido el acceso a los datos de la Encuesta de Protección Social. También dan las gracias por sus comentarios y colaboración a Consuelo Araos, Iris Delgado, Hernán Montenegro, Paulina Osorio, así como al grupo de discusión convocado por Expansiva. La totalidad de los resultados del estudio son de responsabilidad de los autores y en nada comprometen a la Subsecretaría, a Expansiva, a la Universidad de Chile o a las personas incluidas en los agradecimientos. Para mayor información contactar a Esteban Calvo, [calvobra@bc.edu](mailto:calvobra@bc.edu)



## Introducción

Un chileno que nace hoy espera vivir cerca de 80 años.<sup>(1)</sup> Esta cifra es impactante si la comparamos con los 55 que esperaba vivir uno nacido en 1950. Si bien este aumento substancial en la esperanza de vida es un gran logro, también trae consigo nuevos desafíos, fundamentalmente, garantizar una buena salud para un número creciente de personas que viven más allá de los 65 años.

Los adultos mayores de 65, que en 1950 correspondían al 4% de la población de Chile, hoy representan cerca del 15% de los habitantes.<sup>(2)</sup> Dado que se espera que esta cifra siga creciendo rápidamente durante las próximas décadas, el éxito o el fracaso en asegurarles niveles de salud adecuados tendrá implicancias de considerable magnitud para el país en su totalidad.

Una pregunta clave al respecto es ¿quién es el responsable de la salud de los adultos mayores? En un extremo del debate la respuesta apunta a las personas, quienes pueden optar por un estilo de vida más o menos saludable.<sup>(3)</sup> Al extremo opuesto se le otorga un rol preponderante al Estado en la protección de los grupos que ocupan un lugar desaventajado en la estructura social.<sup>(4)</sup> Una tercera respuesta, quizás menos frecuente, apunta a la empresa y su implicancia en las condiciones de la vida laboral. Dado que la mayoría de los individuos se encuentran jubilados a los 65 años, se podría pensar que las empresas quedan libres de responsabilidad, sin embargo, muchas personas trabajan por más de tres o cuatro décadas, de modo que las características de su empleo podrían tener repercusiones en su salud, las que incluso pueden permanecer después de la jubilación.<sup>(5)</sup>

En este estudio nos preguntamos quiénes son los responsables de la salud del adulto mayor. Para responder esta pregunta, primero, ocupamos datos

***Si bien este aumento substancial en la esperanza de vida es un gran logro, también trae consigo nuevos desafíos, fundamentalmente, garantizar una buena salud para un número creciente de personas que viven más allá de los 65 años.***

---

(1) INE-CEPAL 2004; INE 2003.

(2) INE-CEPAL 2004; INE y Comité Nacional Para el Adulto Mayor 1999.

(3) Ferraro 2006; Hendricks y Rusell Hatch 2006.

(4) Ferraro 2006; Siegrist y Marmot 2006.


(5) Calvo 2006; Moen 1996; Siegrist, Von dem Knesebeck y Pollack 2004.

---

longitudinales (tipo panel) de la Encuesta de Protección Social en Chile, los cuales nos permiten identificar los principales determinantes de la salud del adulto mayor: estilos de vida, características del empleo y ventajas/desventajas estructurales.<sup>(6)</sup> Luego, conectamos estos determinantes a tres actores sociales relevantes: personas, empresas y Estado. Ellos influyen en la salud del grupo estudiado a través de diversos mecanismos, tales como: acciones y decisiones, políticas organizacionales y políticas públicas. Este modelo de análisis, resumido en el cuadro 1, incluye determinantes, responsables y mecanismos de impacto en la salud que corresponden a los niveles micro, macro y meso de la realidad social. Finalmente, concluimos nuestro estudio proponiendo que la salud del adulto mayor es una responsabilidad compartida por las personas, las empresas y el Estado.

**Cuadro 1**  
**Determinantes, responsables y mecanismos de impacto**  
**en la salud del adulto mayor a distintos niveles de la realidad social**

| Determinantes          | Responsables | Mecanismos                 | Niveles |
|------------------------|--------------|----------------------------|---------|
| Estilo de vida         | Personas     | Acciones y decisiones      | Micro   |
| Empleo                 | Empresas     | Políticas organizacionales | Meso    |
| Factores estructurales | Estado       | Políticas públicas         | Macro   |



Fuente: Elaboración propia.  
 Notas: Las flechas a la derecha del cuadro indican que los tres niveles de este modelo analítico no son totalmente independientes, sino que están interrelacionados.

## Dimensiones de la salud

La salud puede ser entendida como un fenómeno global o bien como uno parcial con múltiples dimensiones.<sup>(7)</sup> Por ejemplo, es posible evaluar la salud general de las personas y clasificarlas como más o menos saludables. Sin embargo, también es posible distinguir múltiples dimensiones de la salud. Por un lado, existe una dimensión subjetiva, que consiste en cómo las personas perciben su propio nivel de salud. También hay una funcional, que tiene que ver con la capacidad que poseen los individuos para desenvolverse de forma autónoma

(6) Subsecretaría de Previsión Social de Chile 2008.

(7) Steffie 2000.

y realizar las actividades prácticas de la vida diaria que les permiten mantenerse socialmente integrados (por ejemplo, salir de la cama, caminar y subir escaleras). En tercer lugar, podemos referirnos al ámbito objetivo que dice relación con la presencia o ausencia de síntomas y enfermedades. Por último, la salud también tiene que ver, en su nivel más básico, con el hecho de estar vivo o muerto. En este estudio nos centramos en la salud global de los adultos mayores, pero también estudiamos su componente subjetivo, funcional y objetivo, así como la mortalidad.

***En este estudio nos centramos en la salud global de los adultos mayores, pero también estudiamos su componente subjetivo, funcional y objetivo, así como la mortalidad.***

### ***Las causas de las causas de la salud***

La pregunta acerca de quién posee la responsabilidad sobre la salud de los adultos mayores no apunta a los responsables o causas más inmediatas de enfermedad, sino a las “causas de las causas.”<sup>(8)</sup> Por ejemplo, desde los años 60 se sabe que el colesterol alto puede ser la causal inmediata de un infarto.<sup>(9)</sup> Sin embargo, el colesterol alto puede ser ocasionado por la obesidad, el sedentarismo, una alimentación excesiva y diversos factores asociados al estilo de vida de una persona, entre otros. Los estilos de vida, a su vez, están relacionados a múltiples determinantes sociales, tales como el nivel de ingresos, nivel educacional, ocupación y ambiente laboral.<sup>(10)</sup>

A continuación resumimos algunos de los puntos más relevantes presentes en la literatura sobre las “causas de las causas” de la salud o enfermedad de los adultos mayores. Estos son: estilos de vida, características del empleo y factores estructurales.

### **Estilo de vida**

Numerosos estudios sugieren que el estilo de vida tiene un efecto considerable en la salud.<sup>(11)</sup> Por ejemplo, un seguimiento a 2.333 personas entre los años 1988 y 2000, en Europa, demostró que seguir una dieta sana

---

(8) Rose 1992.

(9) NIH 2008.

(10) Berkman y Kawachi 2000; Hill y Melanson 1999; Martínez 2000; NIH 2008.

(11) Hendricks y Rusell Hatch 2006.



(mediterránea), realizar actividad física, no fumar y una ingesta moderada de alcohol son factores que disminuyen la mortalidad total, incluyendo la causada por motivos cardiovasculares y el cáncer, independiente del sexo, edad, nivel educacional y otras variables.<sup>(12)</sup> En esta investigación, los factores de estilo de vida dan cuenta de un 60% del riesgo de mortalidad atribuible a la población.

Sin embargo, las personas son solo en cierta medida los responsables de su propio estilo de vida. Por ejemplo, un individuo puede decidir hacer ejercicio o no, pero esta decisión, probablemente, está influenciada por la cercanía y acceso a un parque o un gimnasio. En otras palabras, el estilo de vida de cada persona refleja sus acciones y decisiones dentro de un marco de posibilidades limitadas por las oportunidades del entorno.

### **Características del empleo**

Si bien un estilo de vida saludable puede hacer una gran diferencia entre dos personas expuestas al mismo nivel de riesgo, la salud de un individuo también se ve afectada por factores que están lejos de su control directo, entre los que cabe destacar las características de su empleo. Dado que muchas personas entran a la tercera edad habiendo trabajado por más de 30 o 40 años, un ambiente laboral saludable puede tener un impacto muy beneficioso. La evidencia acumulada sugiere que los principales factores que en esta materia se asocian a

***Si bien un estilo de vida saludable puede hacer una gran diferencia entre dos personas expuestas al mismo nivel de riesgo, la salud de una persona también se ve afectada por factores que están lejos de su control directo.***

una mala salud son una ocupación muy demandante, poca autonomía y control sobre el trabajo, y un entorno físico adverso.<sup>(13)</sup>

Por otra parte, un empleo saludable no solamente es importante para envejecer de modo sano, sino también para posibilitar la continua participación laboral de los adultos mayores. Dado el contexto de envejecimiento poblacional y escasez de trabajadores jóvenes, numerosas empresas a nivel internacional han adoptado medidas para promover un ambiente laboral saludable, con el objetivo de facilitar el empleo de trabajadores de edades avanzadas.<sup>(14)</sup>

---

(12) Knoop et al. 2004; Anu et al. 2006; Marmot et al. 1997.

(13) Anu et al. 2006.

(14) Fundación Europea 1997.

---

## Factores estructurales

Junto con las características del empleo, existen otros factores que escapan al control directo de las personas y que impactan su salud. Estos factores han sido llamados “estructurales” porque reflejan una forma de organización relativamente estable de la sociedad.<sup>(15)</sup> Numerosos estudios muestran que, por ejemplo, los niveles de salud disminuyen con la edad, con el nivel socioeconómico y con la inequidad social.<sup>(16)</sup> Yendo todavía un paso más atrás en el tiempo, también es importante considerar que existen grupos de ancianos que partieron su vida en una situación desaventajada y acumularon desventajas desigualmente durante el curso de su vida.<sup>(17)</sup> Particular atención requieren dos grupos, aquellos que crecieron en un hogar vulnerable y las mujeres, quienes enfrentaron distintas formas de discriminación por género.

**Numerosos estudios muestran que, por ejemplo, los niveles de salud disminuyen con la edad, con el nivel socioeconómico y con la inequidad social.**

De acuerdo a numerosos estudios, la relación entre factores estructurales (como los mencionados en el párrafo anterior) y la salud persiste en el tiempo y se mantiene significativa aun cuando uno controla por los estilos de vida de las personas.<sup>(18)</sup> Esto quiere decir que el efecto que tienen los factores estructurales en la salud existe más allá del tipo de vida que elijan las personas. Pese a ello, la literatura previa también señala que queda mucho por comprender acerca de las interacciones y relaciones de causalidad entre factores estructurales, estilos de vida y características del empleo.

## Metodología

Para explorar el impacto que tienen un estilo de vida saludable (personas), un empleo saludable (empresas) y las ventajas/desventajas estructurales (Estado) en la salud (global, subjetiva, funcional y objetiva) de la población adulta

(15) Dado que las políticas públicas pueden variar substancialmente entre gobiernos, en este estudio las conceptualizamos como un mecanismo para cambiar factores estructurales y no como un factor estructural en sí mismas.

(16) Berkman y Kawachi 2000; Link y Phelan 1995; Ross y Wu 1995; Riley 1987; Siegrist y Marmot 2006; Subramanian, Delgado, Jadue, Vega y Kawachi 2003. Los mecanismos causales de la relación entre nivel socioeconómico y salud aún son temas bajo investigación, sin embargo, se sostiene que a menor nivel socioeconómico se hace más difícil conseguir acceso a cuidados de salud, vivir en un ambiente saludable y obtener educación en hábitos de vida sana.

(17) George 1996; Moen y Chermack 2005; Moen, Dempster-McClain y Williams 1992.

(18) Lantz et al. 1998.

mayor en Chile, ocupamos datos longitudinales de tipo panel de la Encuesta de Protección Social (años 2002, 2004 y 2006), cuya muestra es representativa de la población total del país de 18 años y más.<sup>(19)</sup>

Nuestros análisis se basan en una muestra analítica de 1.712 individuos, los que cumplen dos criterios: primero, pueden ser clasificados como adultos mayores, ya que el año 2006 cumplieron 65 o más años de edad. Segundo, trabajaron al menos 10 años entre 1980 y 2004, de modo que las características de sus empleos son potencialmente relevantes para su salud.<sup>(20)</sup>

En análisis subsecuentes incorporamos 172 individuos fallecidos entre las encuestas 2002 y 2004, quienes cumplirían ambos criterios de selección en caso de estar vivos. Los datos perdidos los derivamos a partir de otras variables en la medida de lo posible y luego los imputamos de forma múltiple mediante una cadena de ecuaciones.<sup>(21)</sup>

Las variables utilizadas en el análisis se describen en el cuadro 2.<sup>(22)</sup> Una vez realizado el análisis univariado y bivariado de estas variables, estimamos una regresión multivariada para el índice de salud y regresiones logísticas para los indicadores dicotómicos de salud subjetiva, funcional y objetiva. En una segunda etapa incluimos los entrevistados fallecidos para controlar por el sesgo potencial de analizar una muestra de individuos sobrevivientes. Finalmente, exploramos interacciones entre los distintos determinantes sociales de la salud.

## **Resultados: tres determinantes de la salud del adulto mayor**

En la tabla 1 (ver anexo) presentamos los resultados de nuestro análisis. Para facilitar la interpretación codificamos salud global, subjetiva, funcional y objetiva, de tal forma que un coeficiente positivo representa un efecto beneficioso en la salud y uno negativo denota un efecto perjudicial. En general, los resultados que obtuvimos para el índice de salud global son consistentes con los indicadores simples de salud subjetiva, funcional y objetiva.

---

(19) Subsecretaría de Previsión Social de Chile 2008.

(20) A pesar de que los criterios de selección de la muestra tienden a excluir a mujeres dueñas de casa del modelo, nuestros resultados identifican diferencias significativas en la salud de acuerdo al género. Probablemente nuestros resultados subestiman estas diferencias.

(21) Cada una de nuestras regresiones utiliza cinco bases de datos imputados. Este método para imputar datos (Multiple Imputation by Chained Equations - MICE) es uno de los mejores disponibles actualmente. Más información acerca del procedimiento utilizado en Allison, 2001 y Royston 2004.

(22) Las variables “total de años trabajados” y “edad” fueron centradas alrededor de su media para evitar problemas de colinealidad.

---

**Cuadro 2**  
**Descripción de las variables incluidas en el análisis**

| Salud (observada en el año 2006)  |  |
|---|--|
| Índice de salud global  | Índice calculado mediante análisis de componentes principales sobre indicadores continuos de salud subjetiva, funcional y objetiva ( $\alpha = 0,76$ ).  |
| Salud subjetiva   | Autoevaluación de la salud (donde 1 = “excelente a buena” y 0 = “regular a muy mala”).   |
| Salud funcional   | Indica ausencia de dificultades o necesidad de ayuda para realizar actividades de la vida cotidiana tales como: bañarse, vestirse, comer, salir de la cama, hacer ejercicio, caminar distancias largas y subir escaleras (1 = sin dificultad; 0 = con dificultad).   |
| Salud objetiva  | Mide el diagnóstico de enfermedades crónicas tales como: asma o enfisema, diabetes, hipertensión, problemas cardíacos, cáncer, artritis o artrosis, enfermedades renales, derrame cerebral, depresión, enfermedad mental, VIH o SIDA (1 = ausencia; 0 = presencia).  |
| Sobrevivencia   | Indica el estado vital del entrevistado (1 = vivo; 0 = fallecido).   |
| Estilo de Vida (observado en el año 2004)                                     |  |
| Sedentarismo  | Nunca o casi nunca practica deporte o alguna actividad física.   |
| Obesidad  | Indica individuos cuyo índice de masa corporal (peso partido por estatura al cuadrado) es superior o igual a 30.   |
| Características del Empleo (reconstrucción de historias laborales desde 1980) |  |
| Total de años trabajados  | Duración total de los períodos en que el entrevistado estuvo empleado.   |
| Jornada laboral   | Ocupamos dos variables dicotómicas para indicar que la mayoría del tiempo en que el entrevistado ha trabajado ha sido por: (1) jornada parcial (menos de 44 horas), (2) jornada completa (entre 44 y 48 horas). La categoría de referencia (3) es más que jornada completa (más de 48 horas).  |
| Tipo de ocupación   | Agrupamos las ocupaciones según su nivel de calificación. Ocupaciones de calificación alta corresponden a: personal directivo de la administración pública y privada, y profesionales científicos e intelectuales. Ocupaciones de calificación media, incluyen: técnicos y profesionales nivel medio; empleados de oficina; trabajadores de servicio y vendedores de comercio, y fuerzas armadas. Ocupaciones de calificación baja son: trabajadores agropecuarios y pesqueros; operarios, artesanos de artes mecánicas y otros oficios, y operadores de instalaciones, de máquinas y montadores. La categoría de referencia son ocupaciones no calificadas. Más detalles en OIT 2008. |
| Pérdida del empleo por razones de salud                                       | Variable dicotómica indicando si el entrevistado perdió una o más veces su empleo por razones de salud. Incluida para controlar por el sesgo potencial de individuos sanos trabajando por más tiempo. Proxy de antecedentes mórbidos.  |
| Ventajas/Desventajas Estructurales (observadas en múltiples años)             |  |
| Edad  | Años cumplidos al momento de ser entrevistado en 2006.   |
| Género  | 1=mujer; 0=hombre  |
| Grupo socio-económico   | Incluimos tres variables dicotómicas para los grupos ABC1, C2 y C3. La categoría de referencia es el grupo DE.   |
| Nivel socioeconómico del hogar de origen                                      | Esta variable indica personas que crecieron en un hogar de situación socioeconómica (1) “buena o muy buena”, o (2) “pobre.” La categoría de referencia son personas que clasifican su hogar de origen como (3) “indigente.”  |
| Padres analfabetos  | El entrevistado reporta que sus padres no saben leer ni escribir.  |

En cuanto al estilo de vida, tal como podría esperarse, la obesidad y el sedentarismo son perjudiciales para la salud. Los adultos mayores que mantienen su peso controlado y que hacen ejercicio o practican algún deporte tienden a tener mejor salud que aquellos obesos que nunca o casi nunca hacen ejercicio o practican deporte.

Las características del empleo también son relevantes para la salud. Controlando por otras características de éste, el haber trabajado más años está asociado con un mejor estado de salud en la vejez. Esto no significa que trabajar sea siempre beneficioso, puesto que el hacerlo en exceso es un factor de riesgo. En concreto, las personas que trabajaron jornada completa durante la mayor parte del tiempo que estuvieron empleados tienden a tener mejor salud en la vejez que aquellos que lo hicieron en exceso. El tipo de ocupación también es relevante, pero la dirección del efecto cambia dependiendo de la medida de salud utilizada.<sup>(23)</sup> Además, los resultados de haber experimentado una pérdida del empleo por razones de salud se asocian con un mayor riesgo de mortalidad. El efecto capturado por esta variable puede ser atribuido a la presencia de antecedentes mórbidos.

Entre los factores estructurales las variables edad, género y nivel socioeconómico influyen de manera significativa en la salud. Ciertamente, las dos primeras tienen una base biológica, pero en este estudio las interpretamos como factores estructurales, ya que la sociedad organiza la distribución de oportunidades, roles, estatus y recursos en base a criterios etarios y de género, y no solo de clase o nivel socioeconómico.<sup>(24)</sup> Tal como puede esperarse, la salud empeora con la edad. Cabe destacar que encontramos que las mujeres presentan peores niveles de salud al ser comparadas a los hombres, pero viven por más tiempo. En otras palabras, la mayor *sobrevida* de las mujeres no está acompañada de una mejor *calidad de vida* en términos de su salud. Por último, tanto el nivel socioeconómico actual de las personas como el nivel socioeconómico del hogar donde crecieron influyen en la dimensión subjetiva de la salud.

Análisis adicionales sugieren que los efectos de un estilo de vida saludable, de las características del empleo y de los factores estructurales

---

(23) Un análisis más detallado del tipo de ocupación podría ayudar a explicar estas diferencias.

(24) Doyal 1995; Moen et al. 1992; Riley 1987.

---

se retroalimentan uno a otro. Por ejemplo, el impacto negativo de trabajar en exceso se multiplica para las personas que se encuentran en una posición desaventajada en la estructura social. También, las consecuencias que un estilo de vida poco saludable tiene para la salud son todavía más graves para quienes crecieron en un hogar pobre o indigente. Esto significa que las personas no son los únicos responsables de cambiar su estilo de vida ni las empresas de asegurar un empleo saludable ni el Estado de corregir factores estructurales.

Volviendo a nuestra pregunta inicial, estos resultados sugieren que la salud es una responsabilidad compartida por distintos agentes: las personas son los principales responsables de su estilo de vida, las empresas de las características del empleo y el Estado de los factores estructurales que afectan la salud de los individuos a lo largo del curso de su vida. Lo anterior no significa que personas, empresas y Estado sean individualmente responsables de su propia parcela en la promoción de la salud; por el contrario, nuestro énfasis está en una *responsabilidad compartida*.

Si bien al responsabilizar principalmente a las personas de su estilo de vida, a las empresas de las características del empleo y al Estado de los factores estructurales, se logra dar cuenta respectivamente de los niveles micro, meso y macro de la realidad social (ver cuadro 1), futuros estudios podrían explorar el rol de otros actores responsables, por ejemplo, comunidades locales, familias y otras redes sociales. Otro posible desarrollo de nuestro estudio consiste en explorar las estructuras de relación causal entre los determinantes de la salud. Por ejemplo, el que las variables socioeconómicas no presenten un efecto consistente en los indicadores de salud que analizamos podría explicarse porque su efecto es principalmente indirecto, a través de los estilos de vida o del empleo. También sería relevante comparar la importancia relativa de los factores y actores considerados, así como posibles cambios a través del tiempo a consecuencia del crecimiento económico y del desarrollo social. Por último, sería interesante incluir nuevas variables explicativas relacionadas a antecedentes mórbidos.

*(...) la salud es una responsabilidad compartida por distintos agentes: las personas son los principales responsables de su estilo de vida, las empresas de las características del empleo y el Estado de los factores estructurales.*

## Conclusión

Nuestros resultados muestran la existencia de una relación entre un estilo de vida saludable, las características del empleo y factores estructurales con el nivel de salud de la población adulta mayor. Estos resultados son consistentes con la literatura previa y tienen implicancia práctica a distintos niveles. A nivel micro, las personas pueden actuar y modificar su estilo de vida de una forma beneficiosa para su salud, por ejemplo, controlando su peso y haciendo ejercicio con más frecuencia. A nivel meso, empresas con políticas organizacionales que promuevan un empleo saludable pueden hacer una contribución significativa a la salud de los adultos mayores. Facilitar una participación laboral prolongada y sin exceso de trabajo a lo largo de la vida es un primer paso. Muchas otras políticas organizacionales podrían resultar beneficiosas, por ejemplo: incluir minutos de relajación en la jornada de trabajo, entregar almuerzos saludables y mejorar las condiciones del entorno en cuanto a seguridad, contaminación e iluminación. A nivel macro, el Estado puede contrarrestar el efecto de factores estructurales que ejercen influencia a lo largo de toda la vida, tales como las diferencias de nivel socioeconómico y género. El principal mecanismo de influencia del Estado son las políticas públicas y las medidas regulatorias. Por ejemplo, políticas

*(...) proponemos que la salud del adulto mayor es una responsabilidad compartida por las personas, las empresas y el Estado.*

para facilitar el empleo de los adultos mayores o medidas regulatorias para enfrentar las inequidades de género y edad en el sistema de Isapres. Por último, nuestros resultados indican

interacciones entre los tres niveles mencionados, lo cual sugiere la importancia de una acción coordinada y sinérgica entre los diversos actores sociales en la promoción de la salud del adulto mayor.

En síntesis, tomando en cuenta nuestros resultados y el cuerpo de evidencia acumulado previamente, proponemos que la salud del adulto mayor es una responsabilidad compartida por las personas, las empresas y el Estado.

## Referencias

---

- Allison, P.D. (2001). *Missing Data*. Quantitative Applications in the Social Sciences, 07-136. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Anu, Molarius, Berglund, Kenneth, Eriksson, Charli, Lambe, Mats, Nordström, Eva, Eriksson, Hans G. y Feldman, Inna. (2006). “Socioeconomic Conditions, Lifestyle Factors, and Self-rated Health among Men and Women in Sweden European” *Journal of Public Health* 17(2):125–33.
- Berkman, Lisa F. y Kawachi, Ichiro (Eds.). (2000). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Calvo, E. (2006). *Does Working Longer Make People Healthier and Happier?* Center for Retirement Research Issue Brief WOB#2, Chestnut-Hill, MA: Boston College. Visitada en Abril de 2008 (<http://www2.bc.edu/~calvobra/publications.htm>).
- Doyal, Lesley. 1995. *What Makes Women Sick: Gender and the Political Economy of Health*. London, UK: Macmillan.
- Ferraro, Kenneth F. (2006). “Health and Aging” En R. H. Binstock y L. K. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (6 ed., pp. 238-56). San Diego, CA: Academic Press - Elsevier.
- Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. (1997). *La Lucha Contra las Barreras de la Edad en el Empleo. Resumen de la Investigación*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- George, Linda K. (1996). “Social Factors and Illness” In R. H. Binstock y L. K. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (4 ed., pp. 229-53). San Diego, CA: Academic Press - Elsevier.
- Hendricks, Jon y Rusell Hatch, Laurie. (2006). “Lifestyle and Aging” In R. H. Binstock y L. K. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (6 ed., pp. 301-19). San Diego, CA: Academic Press - Elsevier.
- Hill, James O. y Melanson, Edward L. (1999). “Overview of the Determinants of Overweight and Obesity: Current Evidence and Research Issues” *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 31(11):515-21.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2003). *Censo 2002: Síntesis de Resultados*. Visitada en marzo de 2008 (<http://www.ine.cl/cd2002/sintesisencensal.pdf>).



- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2004). Chile: Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País, 1950-2050. Serie de la publicación (CEPAL) OI N° 208. Visitada en marzo de 2008 ([http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/demografia\\_y\\_vitales/proyecciones/Informes/Microsoft%20Word%20-%20InforP\\_T.pdf](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/proyecciones/Informes/Microsoft%20Word%20-%20InforP_T.pdf))
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y Comité Nacional Para el Adulto Mayor. (1999). *Chile y los Adultos Mayores: Impacto en la Sociedad del 2000*. Visitada en marzo de 2008 ([http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/estadisticas\\_sociales\\_culturales/adultosmayores/pdf/mayor2000.pdf](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/adultosmayores/pdf/mayor2000.pdf)).
- Knoops, Kim T., Lisette, de Groot C., Kromhout, Dean, Perrin, Anne-Elisabeth, Moreiras-Varela, Olga, Menotti, Alessandro y Van Staveren, Wija A. (2004). “Mediterranean Diet, Lifestyle Factors, and 10-Year Mortality in Elderly European Men and Women. The HALE Project” *JAMA*, 292(12):1433-9.
- Lantz, Paula M, House, James S., Lepkowski, James L., Williams, David R., Mero, Richard P. y Chen, Jieming. (1998). “Socioeconomic Factors, Health Behaviors, and Mortality Results From a Nationally Representative Prospective Study of US Adults” *JAMA*, 279(21):1703-8.
- Link, Bruce G. y Phelan, Jo. (1995). “Social Conditions as Fundamental Causes of Disease” *Journal of Health and Social Behavior*, 35 (Extra Issue: Forty Years of Medical Sociology: The State of the Art and Directions for the Future):80-94.
- Marmot, Michael G., Hans, Bosma, Hemingway, Harry, Brunner, Eric y Stansfeld, Stephen A. (1997). “Contribution of Job Control and Other Risk Factors to Social Variations in Coronary Heart Disease Incidence” *The Lancet*, 350(9073):235–9.
- Martínez, Alfredo J. (2000). “Body-weight Regulation: Causes of Obesity” *Proceedings of the Nutrition Society*, 59(3):337-45.
- Moen, Philys. (1996). “A Life Course Perspective on Retirement, Gender, and Well-Being” *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(2):131-44.
- Moen, Phyllis y Chermack, Kelly. (2005). “Gender Disparities in Health: Strategic Selection, Careers, and Cycles of Control” *The Journals of Gerontology*, 60(2):99-108.

- Moen, Phyllis, Dempster-McClain, Donna y Williams Jr, Robin M. (1992) “Successful Aging: A Life-course Perspective on Women’s Multiple Roles and Health” *American Journal of Sociology*, 97(6):1612-38.
- National Institutes of Health (NIH). (2008). *Framingham Heart Study: 50 Years of Research Success*. National Heart Lung and Blood Institute, Department of Health and Human Services, NIH. Visitada en marzo de 2008. (<http://www.nhlbi.nih.gov/about/framingham/index.html>).
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2008). Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-88). Oficina de Estadística. Visitada en marzo de 2008 (<http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/class/isco.htm>).
- Rose, Geoffrey. (1992). *The Strategy of Preventive Medicine*. New York: Oxford University Press.
- Ross, Catherine E. y Wu, Chia-Ling. (1995). “The Links Between Education and Health” *American Sociological Review*, 60(5):719-745.
- Royston, Patrick. (2004). “Multiple Imputation of Missing Values” *Stata Journal*, 4(3):227-41.
- Riley, Matilda W. (1987). “On the Significance of Age in Sociology” *American Sociological Review*, 52(1):1-14.
- Siegrist, Johannes y Marmot, Michael (Eds.). (2006). *Social Inequalities in Health: New Evidence and Policy Implications*. New York: Oxford University Press.
- Siegrist, Johannes, Von dem Knesebeck, Olaf y Pollack, Craig Evan. (2004). “Social Productivity and Well-being of Older People: A Sociological Exploration” *Social Theory and Health*, 2(1):1-17.
- Steffick, Diane E. (2000). *Documentation of Affective Functioning Measures in the Health and Retirement Study HRS/AHEAD*. HRS Documentation Report DR-005. Ann Arbor, MI: University of Michigan, Institute for Social Research.
- Subramania, SV, Delgado, Iris, Jadue Liliana, Vega, Jeanette y Kawachi, Ichiro. (2003). “Income Inequality and Health: Multilevel Analysis of Chilean Communities” *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(11):844-8.
- Subsecretaría de Previsión Social de Chile. (2008). *Encuesta de Protección Social—Chile 2002, 2004 y 2006*. Visitada en febrero de 2008 (<http://www.proteccionsocial.cl/>).

Anexo

**Tabla 1**  
**Resultados del análisis multivariado sobre factores explicativos de la salud del adulto mayor**

|   | Salud global<br>(índice de salud<br>subjetiva, funcional y<br>objetiva) | Salud subjetiva<br>(autoevaluación<br>excelente a buena vs.<br>regular a muy mala) | Salud funcional<br>(realiza actividades<br>vida diaria sin dificultad<br>vs. con dificultad) | Salud objetiva<br>(ausencia vs. presencia<br>de enfermedades<br>crónicas) | Sobrevivencia<br>(entrevistado vivo<br>vs. entrevistado<br>fallecido) |
|---|---|--|--|---|---|
| <i>Estilo de Vida Saludable</i>                       |   |  |  |   |   |
| <b>Obesidad</b>                                       | -0,406***<br>(0,09)   | -0,442**<br>(0,14)   | -0,397*<br>(0,17)  | -0,647***<br>(0,16)   | 0,377<br>(0,44)   |
| <b>Sedentarismo</b>                                   | -0,418***<br>(0,10)   | -0,528***<br>(0,14)  | -0,331<br>(0,19)   | -0,396**<br>(0,14)  | -0,102<br>(0,25)  |
| <i>Características del Empleo</i>                     |   |  |  |   |   |
| <b>Participación laboral</b>                          | 0,039***<br>(0,01)  | 0,053***<br>(0,01)   | 0,042**<br>(0,01)  | 0,046***<br>(0,01)  | 0,076***<br>(0,02)  |
| <b>Jornada completa</b>                               | 0,352***<br>(0,09)  | 0,327***<br>(0,12)   | 0,41**<br>(0,15)   | 0,159<br>(0,13)   | 0,337<br>(0,19)   |
| <b>Jornada parcial</b>                                | 0,121<br>(0,10)   | 0,159<br>(0,15)  | 0,117<br>(0,17)  | -0,006<br>(0,15)  | 0,174<br>(0,23)   |
| <b>Ocupación de calificación<br/>alta</b>             | 0,170<br>(0,14)   | 0,509*<br>(0,21)   | 0,368<br>(0,28)  | -0,726**<br>(0,23)  | 0,307<br>(0,37)   |
| <b>Ocupación de calificación<br/>media</b>            | 0,132<br>(0,12)   | 0,368*<br>(0,16)   | -0,001<br>(0,19)   | 0,070<br>(0,17)   | 0,288<br>(0,28)   |
| <b>Ocupación de calificación<br/>baja</b>             | -0,034<br>(0,10)  | 0,064<br>(0,14)  | -0,016<br>(0,17)   | -0,144<br>(0,14)  | 0,119<br>(0,21)   |
| <b>Pérdida del trabajo por<br/>problemas de salud</b> | 0,159<br>(0,12)   | 0,108<br>(0,17)  | 0,311<br>(0,24)  | 0,113<br>(0,18)   | -0,551*<br>(0,27)   |

(Continúa)

**Tabla 1 (Continuación)**

|   | Salud global<br>(índice de salud<br>subjetiva, funcional y<br>objetiva) | Salud subjetiva<br>(autoevaluación<br>excelente a buena vs.<br>regular a muy mala) | Salud funcional<br>(realiza actividades<br>vida diaria sin dificultad<br>vs. con dificultad) | Salud objetiva<br>(ausencia vs. presencia<br>de enfermedades<br>crónicas) | Sobrevivencia<br>(entrevistado vivo<br>vs. entrevistado<br>fallecido) |
|---|---|--|--|---|---|
| <i>Ventajas/Desventajas Estructurales</i>                   |   |  |  |   |   |
| Edad  | -0,036***<br>(0,01)   | -0,008<br>(0,01)   | -0,093***<br>(0,01)  | -0,017<br>(0,01)  | -0,092***<br>(0,01)   |
| Mujer   | -0,314***<br>(0,09)   | -0,212<br>(0,12)   | -0,310*<br>(0,15)  | -0,413**<br>(0,13)  | 0,988***<br>(0,24)  |
| Grupo socioeconómico ABC1                                   | 0,373<br>(0,19)   | 0,554*<br>(0,26)   | 0,263<br>(0,37)  | 0,366<br>(0,27)   | 0,210<br>(0,47)   |
| Grupo socioeconómico C2                                     | 0,229<br>(0,12)   | 0,251<br>(0,17)  | 0,411<br>(0,23)  | 0,130<br>(0,20)   | 0,381<br>(0,31)   |
| Grupo socioeconómico C3                                     | 0,096<br>(0,10)   | 0,202<br>(0,13)  | 0,204<br>(0,15)  | -0,062<br>(0,14)  | -0,113<br>(0,20)  |
| Hogar de origen con situación<br>socioeconómica pobre       | -0,069<br>(0,15)  | 0,475<br>(0,24)  | -0,180<br>(0,26)   | -0,271<br>(0,22)  | -0,147<br>(0,34)  |
| Hogar de origen con situación<br>socioeconómica (muy) buena | 0,067<br>(0,15)   | 0,976***<br>(0,25)   | -0,066<br>(0,26)   | -0,332<br>(0,22)  | -0,101<br>(0,35)  |
| Padres analfabetos  | -0,047<br>(0,11)  | -0,016<br>(0,16)   | -0,173<br>(0,18)   | 0,205<br>(0,16)   | -0,309<br>(0,22)  |
| Constante   | 7,072***<br>(0,60)  | -1,464<br>(0,88)   | 7,239***<br>(1,01)   | 0,565<br>(0,93)   | 7,287***<br>(1,27)  |
| Bondad de ajuste  | -3058,769   | -1083,316  | -841,380   | -1068,920   | -512,224  |
| N   | 1712  | 1712   | 1712   | 1712  | 1884  |

Fuente: Cálculos de los autores basados en la Encuesta de Protección Social en Chile, años 2002, 2004 y 2006.  
 Notas: Reportamos coeficientes regulares para la regresión multivariada del índice de salud global y coeficientes logit para todos los otros modelos. Presentamos los errores estándar entre paréntesis.  
 \* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001.

## **Autores**

---



### **Esteban Calvo**

Sociólogo de la Universidad Católica y Magíster en Sociología de Boston College. Actualmente cursa su Doctorado en Sociología y trabaja como investigador en el Center for Retirement Research at Boston College.



### **Bernardo Martorell**

Médico Cirujano de la Universidad de Chile. Magíster en Salud Pública en la Universidad de Harvard. Actualmente es académico de la División de Políticas y Gestión de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

