



**Departamento de Economía**  
Facultad de Ciencias Sociales  
Universidad de la República

## **Documentos de Trabajo**

### **Salud y felicidad en Uruguay**

**Mariana Gerstenblüth, Todd Jewell y Máximo Rossi**

**Documento No. 12/10**  
Setiembre 2010

ISSN 1688-5031

## **Salud y felicidad en Uruguay**

Mariana Gerstenblüth (\*), Todd Jewell (\*\*) y Máximo Rossi (\*)

(\*) Department of Economics (dECON), Universidad de la Republica, Uruguay

(\*\*) Department of Economics, University of North Texas

## **Resumen**

En el presente trabajo se estudia la relación que existe entre la felicidad individual y el estado de salud auto-reportado, utilizando la encuesta Religión, Salud y Emancipación Juvenil del ISSP para Uruguay en el 2008. La estimación *probit* sugiere que el estado de salud es la variable que presenta la mayor correlación con la felicidad. A efectos de controlar por la potencial heterogeneidad observable de dicha variable, se estima utilizando técnicas de correspondencia, de lo que se encuentra que tener un buen estado de salud incrementa entre 18 y 29 puntos porcentuales la probabilidad de ser feliz. Este resultado es respaldado por similares trabajos realizados para la región con anterioridad.

**Palabras claves:** felicidad, estado de salud, técnicas de correspondencia

**Classificación JEL:** D60, I31, I12

## **Abstract**

In this paper we study the relationship between individual happiness and self reported health status, using the Religion, Health and Young Emancipation ISSP survey for Uruguay in 2008. Probit estimates suggests that health status has the highest correlation with happiness. In order to control for the observed heterogeneity of this variable, we estimate using matching methods. Results show that reporting a good health rises the probability of being happy between 18 and 29 percentage points. Previous literature support this findings.

**Keywords:** happiness, health, matching methods

**JEL classification:** D60, I31, I12

## 1. Introducción<sup>1</sup>

Existe en la actualidad –principalmente en los países desarrollados- una vasta literatura en temas de satisfacción con la vida y felicidad. Uno de los aspectos más sorprendentes de la misma tiene que ver con el hecho que encuentran que los países con mayores tasas de crecimiento en los últimos 50 años, no han mostrado como resultado mejoras en los niveles de felicidad (Frey y Stutzer, 2002). La mayor disponibilidad de bienes y servicios permite satisfacer las preferencias a más bajo costo económico que en el pasado; a la vez que el progreso económico puede generar un freno al bienestar a través de la insatisfacción permanente de los individuos. Todo ello lleva a relativizar la aproximación a la utilidad a través de los métodos basados en el ingreso como aproximación al bienestar individual.

Los estudios en la economía de la felicidad se basan en encuestas donde las personas reportan sus niveles de felicidad o satisfacción con la vida, en vez de medir su bienestar a través de su poder de compra o consumo. En este sentido, en la materia se ha encontrado que variables no económicas influyen de manera muy significativa en la satisfacción con la vida de los individuos, como por ejemplo el estado de salud (Frey y Stutzer, 2002). Un buen estado de salud está asociado con un más alto nivel de felicidad, y los shocks de salud (como discapacidades permanentes) tienen efectos negativos sobre el bienestar individual. La causalidad parece ir en ambas direcciones, principalmente debido a características personales y otros factores no observables. Por otra parte, es posible que con la salud exista algún tipo de adaptación, es decir, a medida que los estándares mejoran a través del tiempo, las personas comienzan a incorporarlos. Además, luego de que un cierto nivel es alcanzado, los beneficios de una mayor longevidad pasan a segundo plano comparados con otros tales como una mejor calidad de vida.

El objetivo de este trabajo es analizar la felicidad en Uruguay y su relación con el estado de salud, a través del autoreporte de los individuos recogido en la Encuesta Religión, Salud y Emancipación juvenil del ISSP para el año 2008.

---

<sup>1</sup> Trabajo realizado en el marco del Proyecto: Religión, Salud y Emancipación Juvenil del ISSP en el Uruguay. Este proyecto se lleva a cabo en conjunto entre University of North Texas, University of Pennsylvania y dECON. Los autores uruguayos agradecen a Todd Jewell de la University of North Texas y a Frank Furstenberg de la University of Pennsylvania el financiamiento de la encuesta del ISSP para Uruguay.

## **2. Antecedentes**

Existe una vasta literatura que haciendo uso de encuestas de opinión pública estudian la felicidad individual, aproximándola a través de respuestas a preguntas de satisfacción con la vida o niveles de felicidad. En general en estos trabajos se hace especial hincapié en la relación de la felicidad con aspectos tales como salud, situación ocupacional, nivel educativo, ingreso, estado civil y demás.

Particularmente, el rol del ingreso ha despertado especial interés en la literatura de economía de la felicidad, existiendo diversa evidencia empírica a favor de la importancia del nivel del ingreso, de los cambios en el mismo, o del ingreso relativo entre los individuos (Frank, 1985; Easterlin, 2001 y 1974; Frey y Stutzer, 2002; Gerdthman y Johannesson, 2001; Deaton, 2007).

Por otra parte, es ampliamente aceptado que variables no económicas influyen de manera decisiva sobre la felicidad de los individuos. Tal como lo establece Graham (Graham, 2008) la salud es un importante determinante de la felicidad autorreportada, trascendiendo fronteras nacionales y creencias, así como la naturaleza altamente subjetiva del concepto. Más aún, su efecto sobre la felicidad es más fuerte que el de cualquier otra variable, incluso que el ingreso.

En este sentido, recientemente se ha profundizado en la medición de la salud, a través de la morbilidad, comportamientos riesgosos, o de la autopercepción de los individuos, y su relación con la satisfacción individual con la vida (Gerdthman y Johannesson, 2001).

En particular, Stutzer (2007) estudia la relación entre obesidad y los problemas de autocontrol y pérdida de felicidad, a través de la utilización de la Encuesta de Salud Suiza 2002 y el Cuestionario de Bienestar Subjetivo de Berna. En el entendido que la obesidad se ha convertido en un grave problema en gran parte de los países de occidente, dicho autor estudia empíricamente el rol que la falta de autocontrol tiene sobre la obesidad, así como su efecto sobre la utilidad experimentada. Lo anterior suponiendo que un mayor índice de masa corporal no necesariamente significa algo “mejor” que uno más bajo, esto es, que los distintos niveles de masa corporal no tienen un ordenamiento evidente en relación a la

utilidad. Los resultados para los adultos suizos muestran que en el caso de sufrir problemas de autocontrol, los individuos obesos reportan un menor nivel de bienestar subjetivo.

Por su parte, Blanchflower y Oswald (2007) estudian la relación entre la felicidad y una enfermedad específica, hipertensión, interés que se despierta a partir de la evidencia de que la felicidad y altos niveles de ritmo cardíaco están negativamente asociados en los hombres (Stephens, 2005). Dicha enfermedad es autoreportada por los individuos, pero asociado a la pregunta de si un médico les ha informado que padecen de hipertensión cardíaca, por lo que puede considerarse un autoreporte relativamente objetivo. A partir de los datos del Eurobarómetro 2001 para diversos países, los autores concluyen que aquellos con menores problemas de hipertensión son los que reportan más altos niveles de satisfacción con la vida.

Sin embargo, el estudio de la relación entre la felicidad y la salud puede presentar problemas de endogeneidad, que son poco abordados por la literatura. En este sentido, Gerdtman y Johannesson (2001), a través de medidas categóricas de ambas variables, realizan estimaciones de modelos probit ordenados. Para datos provenientes de una muestra de más de 5000 individuos adultos suecos en 1991, encuentran que la felicidad crece con la educación y el ingreso, a la vez que decrece con el desempleo, la soltería, el vivir en ciudades grandes y para los hombres. El efecto de la salud es positivo y de gran magnitud.

Para el caso de Uruguay, el primer antecedente es el trabajo de Cid et al (2007), los cuales analizan la satisfacción con la vida de los adultos mayores montevideanos en base a la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE, OPS/OMS, 2001). Dichos autores encuentran que los individuos tienden a reportar mayores niveles de felicidad cuando están casados, tienen mejor salud y más alto nivel de ingreso. Por el contrario, reportan baja felicidad cuando viven solos y su nutrición es insuficiente, a la vez que la educación no tiene un impacto claro sobre la felicidad.

Luego, Gerstenblüth et al (2008), a través de la Encuesta Latinobarómetro para Argentina y Uruguay del año 2004, utilizando medidas auto-reportadas de la satisfacción con la vida y del estado de salud de los individuos, así como variables demográficas y

socioeconómicas, estiman a través de modelos *probit* la probabilidad de que un individuo sea feliz. Encuentran que la principal correlación positiva se da entre la felicidad y el buen estado de salud, y a efectos de controlar la potencial endogeneidad de esta variable, utilizan técnicas de correspondencia encontrando que tener buena salud aumenta entre 31 y 46 puntos porcentuales la probabilidad de ser feliz en Uruguay, entre 15 y 27 puntos porcentuales en Argentina; y entre 17 y 27 puntos porcentuales para los datos agrupados regionales.

Cid et al (2008) utilizando la encuesta SABE realizada entre 1999 y 2000 a adultos mayores de 60 años, estudian la relación entre la felicidad e ingreso, salud, composición familiar y religión en el Cono Sur (Argentina, Chile y Uruguay). Encuentran que niveles más altos de ingreso, estar casado y ser practicante de una religión incrementan la probabilidad de ser feliz, en tanto la malnutrición y el mal estado de salud tienen un efecto negativo.

Finalmente, Gerstenblüth y Rossi (2009), utilizando el Latinobarómetro 2007 estiman la probabilidad de estar satisfecho con la vida en Uruguay y Chile a través de modelos *probit*. De forma de controlar la heterogeneidad observable se estima a través de la utilización de técnicas de correspondencia (*propensity score matching*). Los resultados muestran que el efecto de mayor importancia es el del estado de salud, en línea con lo encontrado en investigaciones anteriores para la región.

### **3. Metodología e Información**

En el presente trabajo se estima la probabilidad de que un individuo sea feliz a partir de los datos de la encuesta Religión, Salud y Emancipación Juvenil del ISSP para Uruguay en el 2008.

#### *Variables*

Se especifica la variable binaria *feliz* que toma el valor “1” si el individuo auto reporta estar muy feliz o bastante feliz, y “0” si responde estar poco o nada feliz. Para reducir el sesgo de orden (cuando los entrevistados favorecen una pregunta por su posición en una

lista) la pregunta debe ubicarse al principio del cuestionario, lo que efectivamente sucede en la encuesta utilizada (Graham, 2005).

Respecto a las variables independientes, se consideran variables que den cuenta de las capacidades y funcionalidades de los individuos para afrontar la vida (Deaton, 2007; Sen, 1999). En este sentido, la salud es de los factores fundamentales, especificándose una variable binaria que toma el valor 1 si el individuo describe su estado general de salud como muy buena, buena, o ni buena ni mala (*buena salud*).

A su vez, se considera la *edad* en tramos a efectos de captar la no linealidad de la misma, ya que en la literatura se suelen reportar formas de U; el sexo (*mujer*, variable binaria que toma el valor 1 si el individuo es mujer); la educación medida a través de cinco variables dicotómicas por nivel educativo máximo alcanzado: *primaria* (omitida), *secundaria incompleta*, *secundaria completa*, *terciaria incompleta* y *terciaria completa*; el estado civil, a través de la variable *casado* que toma el valor 1 si el individuo está casado o en unión libre y *separad o viudo* que vale 1 si el individuo está separado o es viudo; la religión, a través de *católico* (omitida), *protestante* y *otras*, que valen 1 si el individuo declara profesar esa fe; y la religiosidad, medida a través de variables dicotómicas que dan cuenta de la asiduidad con la que se asiste al templo (*no muy practicante*, *practicante*, *muy practicante*).

Finalmente, como aproximación al nivel socioeconómico de los individuos se considera la situación laboral y el ingreso del hogar. Respecto a la primera, se crean dos variables binarias, *desocupado* e *inactivo*, que valen 1 si el individuo es desocupado o inactivo respectivamente, y cero en otro caso. Por su parte, para el ingreso se crean tres categorías: *menos de \$5000* (omitida), *\$5000-\$15000*, *más de \$15000*.

[insertar tabla 1]

Es importante tener en cuenta que en las ciencias sociales es especialmente difícil distinguir entre correlación y causalidad, ya que en general no es posible realizar experimentos controlados, en los cuales los individuos sean elegidos al azar, y cualquier

diferencia observada entre el grupo denominado de control y el de tratamiento puede ser atribuible al experimento (Altonji et al, 2000).

Desde la perspectiva económica, los factores que afectan los niveles de felicidad pueden tener los clásicos problemas de endogeneidad, por lo cual los resultados pueden llevar a estimadores sesgados de los coeficientes. La endogeneidad existe si el estado de salud está correlacionado con el término de error. Dicha correlación puede resultar de la selección en observables (Rosenbaum y Rubin, 1983) ó selección en inobservables (Heckman y Robb, 1985). Las estimaciones *probit* “sesgadas” pueden ser vistas como resultados de la forma reducida, reflejando la relación global entre la felicidad y sus covariantes, pero no la relación estructural. La única forma de obtener estimadores insesgados es mediante el uso de un método de estimación que tome en cuenta estos sesgos, lo cual requiere de bases de datos que incluyan restricciones de exclusión para cada variable potencialmente endógena.

En el caso particular del estado de salud, la buena salud está asociada a más altos niveles de felicidad. Al mismo tiempo, numerosos estudios han encontrado que las personas más felices son más saludables. La causalidad parece ir en ambas direcciones, probablemente porque la personalidad y otras características inobservables determinan ambos fenómenos.

De forma de controlar por la heterogeneidad observable, se emplean técnicas de correspondencia (*propensity score*) para encontrar un grupo de control y uno de tratamiento, de modo de poder estimar el efecto causal del estado de salud (variable de tratamiento) sobre la felicidad (variable de resultado) de los individuos.

Dado que la muestra no proviene de un experimento aleatorio, y que resulta imposible observar al mismo individuo en las dos situaciones contrafactuales, se opta por la metodología propuesta por Rosenbaum y Rubin (1983).

En este trabajo, importa determinar el impacto de la variable de tratamiento ( $D$ , estado de salud) sobre la variable de resultado ( $Y$ , felicidad), controlando por una serie de variables socioeconómicas ( $X$ ). Esta aproximación se basa en la contrastación de los resultados de un grupo de tratamiento ( $Y_1$ ) con los de un grupo “comparable” de control ( $Y_0$ ), donde las diferencias en los resultados entre ambos grupos se atribuyen únicamente al tratamiento. Si

la distribución de los resultados es independiente del tratamiento  $D$  condicionado a los valores que toma el conjunto de las variables pre-tratamiento (de control), es posible estimar el efecto medio del tratamiento sobre los tratados (Rosenbaum y Rubin, 1983).

Esto es,

$$Y_1, Y_0 \perp D \mid X \quad (1)$$

$$E(Y_1 - Y_0 \mid D = 1) = E(Y_1 \mid D = 1) - E(Y_0 \mid D = 0)$$

De modo de estimar este efecto se han propuesto una gran variedad de estimadores de correspondencia. Los métodos tradicionales agrupan individuos que son similares en términos de las variables de control, siendo en la práctica difícil combinar individuos en base a un vector  $n$  dimensional. Por tal motivo, se resumen las características previas al tratamiento de cada individuo en una única variable llamada *propensity score* (Rosenbaum y Rubin 1983).

El *propensity score*  $P(X)$  se define como la probabilidad de recibir tratamiento condicionada a las características previas al tratamiento. El método se basa en la hipótesis de que existe un equilibrio de las variables pre-tratamiento dado el  $P(X)$ . Esto es,

$$D \perp X \mid p(X) \quad (2)$$

Si la hipótesis de equilibrio es satisfecha, observaciones con el mismo  $P(X)$  tendrán la misma distribución de características observables (e inobservables), independientemente de su estado respecto al tratamiento. En otras palabras, para un determinado  $P(X)$  la exposición al tratamiento es aleatoria, de lo que las unidades tratadas y de control deberán, en promedio, ser observacionalmente idénticas.

Rosenbaum y Rubin (1983) demuestran que la correspondencia puede hacerse solo en base a  $P(X)$ , siempre que se cumpla la hipótesis de equilibrio.

En el presente trabajo se estima el  $P(X)$ , el cual es utilizado para realizar la correspondencia entre las unidades tratadas y de control. Dado que las estimaciones son

sensibles al método de correspondencia utilizado, se aplican diferentes aproximaciones (vecino más cercano, Kernel y estratificación). El algoritmo empleado es ATT (Becker y Ichino, 2002).

#### 4. Resultados

Respecto a los resultados, en primer lugar, la predicción para el Uruguay muestra que la probabilidad de ser feliz es de 84%<sup>2</sup>. La predicción es más grande que la probabilidad de la muestra, la que es 81%. De acuerdo al modelo *probit*, el buen estado de salud tiene un efecto positivo y significativo de 27.6 pp. Esto es consistente con los hallazgos de la literatura, de mayor magnitud que un trabajo previo para Argentina y Uruguay donde el efecto está en el entorno de 20 pp, de acuerdo a la técnica de estimación utilizada (Gerstenblüth et al, 2008) y mayor que lo encontrado para Uruguay y Chile conjuntamente (Gerstenblüth y Rossi, 2009).

[insertar tabla 2]

En la literatura se encuentran niveles de felicidad más altos para las mujeres, casados, más educados, religiosos, saludables, con más altos ingresos, jóvenes y adultos mayores (forma de U) y cuentapropistas, entre otros; en tanto es menor para los divorciados, personas de entre 40 y 50 años, desocupados, inmigrantes, personas con más estado de salud y poco educados (Blanchflower, 2008).

En el presente trabajo, en cuanto a la edad, se encuentra el mismo perfil convexo que en la literatura, es decir, la felicidad decrece con la edad hasta alcanzar un mínimo entre los 45 y 65 años. Una posible explicación de la forma de U es que las personas aprenden a adaptarse a sus fortalezas y debilidades, y en su adultez logran acallar aquellas aspiraciones que no son realizables (Blanchflower y Oswald, 2008). En otros trabajos, hay un efecto positivo y significativo para mujeres, pero en este trabajo no se encuentra un efecto significativo.

---

<sup>2</sup> Este valor se calcula tomando todas las variables en la media. Si se toman todas las variables en su media y *salud* toma el valor 0, entonces la probabilidad predicha es de 0.58.

El hecho de ser separado o viudo aparece como no significativo, en tanto estar casado o en unión libre incrementa en 10.6 pp la probabilidad de ser feliz, lo cual es respaldado por la evidencia empírica internacional. Los niveles de felicidad promedio son mayores para los casados, y el efecto es positivo y de larga duración.

En cuanto a la educación, los niveles educativos más bajos (secundaria incompleta y completa) no presentan diferencias significativas respecto a primaria (omitida), mientras que tener educación terciaria incompleta incrementa en 10.8 pp la probabilidad de ser feliz. Luego, la educación terciaria completa tampoco presenta diferencias significativas respecto a primaria. Este es un hecho destacable, dado que en general en América Latina la educación aparece como no significativa en la explicación de la satisfacción con la vida, mientras que sí lo es en los países desarrollados (Graham, 2008). Es posible que la educación aumente la probabilidad de ser feliz, pero es más probable que la educación es un proxy para ingresos, dado que personas que tienen mejores ingresos también tienen probabilidades de ser feliz más alta.

También relacionado con el status socioeconómico, ser desocupado aparece como significativa y con efecto marginal de gran magnitud (-14.7 pp). Esto es un hecho estilizado en la literatura, donde se establece que el desempleo es uno de los hechos con peores efectos sobre la felicidad de los individuos y uno de los más difíciles de adaptarse.

Respecto a la religiosidad, existen diferencias significativas en cuanto a la felicidad para los no muy practicantes y los muy practicantes respecto a los que no son religiosos, con efectos marginales de 7.0 y 6.8 pp respectivamente, en línea con la evidencia empírica anterior. Luego, la religión aparece también como un factor de importancia. Los protestantes tienen 7.7 pp menos de probabilidad de ser felices en relación a quienes declaran ser católicos.

Como se mencionó en la sección anterior, en particular la variable que indica buena salud puede presentar problemas de heterogeneidad que únicamente permitirían referirnos a la correlación positiva entre felicidad y buen estado de salud. A efectos de controlar parte de ésta heterogeneidad (observable), se estima el efecto promedio del tratamiento (tener un buen estado de salud) sobre la felicidad.

[insertar tabla 3]

El efecto promedio del tratamiento sobre los tratados es de entre 18.1 y 28.9 pp de acuerdo a los distintos algoritmos utilizados. Excepto cuando la aproximación se hace por el método Kernel, el efecto es algo menor a lo encontrado en el modelo probit, dando cuenta de la existencia de un posible sesgo en la estimación *naive*.

## **5. Conclusiones**

En este trabajo se estima la probabilidad de ser felices de los uruguayos poniendo especial énfasis en su relación con el estado de salud auto-reportado.

Utilizando la encuesta Religión, Salud y Emancipación Juvenil del ISSP para Uruguay en el 2008 se encuentra que la probabilidad de sentirse feliz por parte de los uruguayos es del 84%. En términos generales se encuentran resultados similares al de otros estudios sobre el impacto de las variables socioeconómicas sobre los niveles de felicidad (edad, sexo, estado civil, educación, religiosidad y situación laboral).

Sobre el tema central del estudio se encuentra un impacto positivo y significativo del estado de salud sobre la probabilidad de sentirse feliz. El hecho de tener un buen estado de salud incrementa la probabilidad de sentirse feliz entre 18.1 y 28.9 puntos porcentuales respecto a los que no manifiestan dicho estado.

## 6. Bibliografía

Altonji, J., T. Elder y C. Taber. (2000): “Selection observed and unobserved variables: assessing the effectiveness of catholic schools”, National Bureau of Economic Research, Working Papers 7831.

Becker, S. y A. Ichino. (2002): “Estimation of average treatment effects based on propensity scores”, The Stata Journal. Vol. 2. N° 4.

Bentham, J. (1789/1948): An introduction to the principles of morals and legislation. New York Haffner.

Blanchflower, D y A. Oswald (2008): “Is Well-being U-shaped over the Life Cycle?”, Social Science & Medicine, Vol. 66, issue 8.

Cid, A., D. Ferres y M. Rossi. (2007): “Testing happiness hypothesis among the elderly”, working paper unpublished. dECON WP 12/07.

Deaton, A. (2007): “Income, aging, health and wellbeing around the world: evidence from the Gallup World Poll”, National Bureau of Economic Research, Working Papers 13317.

Easterlin, R. (2001): “Income and happiness: Towards an unified theory”, The Economic Journal, Vol. 111 (473).

Edgeworth, F. (1967/1881): “Mathematical psychics: An essay on the application of mathematics to the moral sciences”. Augustus M. Kelley.

Frank, R. (1985): Luxury fever. Money and happiness in an era of excess, Barnes and Noble.

Frey, B. y A. Stutzer. (2002): “What can economists learn from happiness research?” Journal of Economic Literature, Vol. 40, No. 2.

Gerdtham, U. y M. Johannesson. (2001): “The relationship between happiness, health, and socio-economic factors: results based on Swedish microdata”, The Journal of Socio-Economics Vol. 30 (6).

Gerstenblüth, M., M. Rossi y P. Triunfo (2008): “Felicidad y salud: Una aproximación al bienestar en el Río de la Plata”, Estudios de Economía. Vol. 35 (1).

Gerstenblüth, M. y M. Rossi. (2009): “¿Son más felices las personas saludables? La evidencia de Chile y Uruguay”, dECON WP 25/09.

Graham, C. (2008): Happiness And Health: Lesson and questions for public policy. Health Affairs. Vol. 27. 1.

Graham, C. y A. Felton (2006): “Does Inequality Matter to Individual Welfare? Some Insights from Latin America”, Journal of Economic Inequality. Vol. 4.1.

Graham, C. (2005): “Insights on Development from the Economics of Happiness”, *World Bank Res. Obs.* 20.

Heckman, J. y R. Robb. (1985): “Alternative methods for evaluating the impact of interventions: An overview”, *Journal of Econometrics*, Vol. 30, issue 1-2.

Peiró, A. (2001): “Condiciones socioeconómicas y felicidad de los españoles”, WP-EC 2001-23.

Rosenbaum, P. y D. Rubin (1983): “ The central role of the propensity score in observational studies for causal effects”, *Biométrica* 70(1).

Sen, A. (1999): Development as freedom, New York, Knopf.

Stutzer, A. (2007). “Limited self –control, obesity and the loss of happiness”, IZA DP N° 2925.

<b>Tabla 1: Estadísticas descriptivas</b>		
<b>N=1011</b>		
<b>Variable</b>	<b>Media</b>	<b>Desvío</b>
Feliz	0.811	0.392
Buena salud	0.934	0.250
26-45 años	0.342	0.477
46-65 años	0.315	0.465
Más de 65 años	0.193	0.395
Mujer	0.620	0.485
Casado	0.365	0.482
Separado o viudo	0.275	0.446
Secundaria incompleta	0.333	0.471
Secundaria completa	0.145	0.352
Terciaria incompleta	0.076	0.265
Terciaria completa	0.100	0.300
Desocupado	0.058	0.234
Inactivo	0.353	0.478
No muy practicante	0.209	0.407
Practicante	0.069	0.254
Muy practicante	0.132	0.338
Protestante	0.137	0.344
Otra	0.059	0.237
\$5000-\$15000	0.389	0.488
Más de \$15000	0.228	0.420

Fuente: Elaboración propia en base a ISSP 2008.

<b>Tabla 2: Resultados modelo <i>probit</i>, variable dependiente <i>feliz</i></b>				
Variable	Coefficiente	Error estándar	Efecto marginal	Error estándar
Buena salud	0.860***	0.170	0.276***	0.064
26-45 años	-0.341*	0.181	-0.087*	0.048
46-65 años	-0.801***	0.202	-0.220***	0.061
Más de 65 años	-0.450**	0.237	-0.123*	0.072
Mujer	0.065	0.108		
Casado	0.470***	0.138	0.106***	0.029
Separado o viudo	-0.163	0.141		
Secundaria incompleta	0.076	0.125		
Secundaria completa	-0.011	0.161		
Terciaria incompleta	0.591**	0.258	0.108***	0.033
Terciaria completa	0.209	0.201		
Desocupado	-0.504**	0.214	-0.148**	0.073
Inactivo	-0.092	0.135		
No muy practicante	0.321**	0.133	0.070***	0.026
Practicante	0.278	0.191		
Muy practicante	0.319*	0.171	0.068**	0.031
Protestante	-0.288*	0.157	-0.077**	0.046
Otra	-0.021	0.199		
\$5000-\$15000	0.262**	0.118	0.061**	0.027
Más de \$15000	0.455***	0.143	0.096***	0.026
N=1008				
Pseudo R <sup>2</sup>	0.1312			
Prob ( <i>feliz</i> )=0.842				

Nota: \*Significativo al 1%, \*\*Significativo al 5% y \*\*\*Significativo al 10%.

Nota: Muestra total 1011. En la estimación se utilizan 1008 dados los *missing values*.

Fuente: Elaboración propia en base a ISSP 2008.

<b>Tabla 3: Resultados de los métodos de correspondencia</b>		
Método de correspondencia	ATT	Error estándar
Vecino más cercano	0.181	0.124
Kernel	0.289	0.071
Estratificación	0.239	0.082

Notas:

1) ATT = El efecto promedio del tratamiento sobre los tratados.

2) Los errores estándar se obtienen haciendo *bootstrap* (StataCorp, 2005).

3) Fuente: Elaboración propia en base a ISSP 2008.