



Centro de Estudios®
Espinosa Yglesias
PROMOVEMOS LA IGUALDAD
DE OPORTUNIDADES

Transmisión intergeneracional de la desigualdad en salud y políticas públicas en México

Autor:

Carlos Moreno Jaimes
*Instituto Tecnológico y de Estudios
Superiores de Occidente*

Documento de trabajo no.

08/2017

Centro auspiciado por:



Transmisión intergeneracional de la desigualdad en salud y políticas públicas en México

Carlos Moreno Jaimes*

Diciembre 2017

Resumen

Se plantea una estrategia metodológica para abrir brecha en el tema de la movilidad intergeneracional en salud. Se enfoca en la esperanza de vida de dos generaciones consecutivas y ofrece un modelo de estimación para analizar el fenómeno de la movilidad intergeneracional en salud en México, a partir de dos fuentes de datos diferentes: el Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (MCS-ENIGH) 2014 y la Encuesta de Movilidad Social (EMOVI) 2011. El modelo, además de estimar el grado en que la esperanza de vida de las madres y los padres condiciona la de sus hijas e hijos (fenómeno al que podemos denominar «transmisión intergeneracional en salud»), permite analizar la influencia del contexto socioeconómico de los hogares sobre la esperanza de vida, así como la capacidad de ciertas políticas públicas para reducir los obstáculos a la salud que una generación hereda a la otra.

* Profesor-investigador del ITESO.

Introducción

Pese a los avances notables que México ha logrado en indicadores sanitarios básicos y un aumento considerable en la esperanza de vida (Frenk, 2012), las mejoras no han beneficiado a todas las personas en la misma proporción. Si bien en general el país ha transitado de un perfil de enfermedades características de países de ingresos bajos a otro más propio de países ricos, la evolución ha sido sumamente heterogénea (Rivera, et. al., 2002). Además, existen variaciones regionales muy marcadas en indicadores tan básicos como la mortalidad infantil; por ejemplo, según datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2016 un recién nacido en Puebla tenía el doble de probabilidad de morir durante su primer año de vida que una persona nacida en Nuevo León.¹ Y la desigualdad no sólo atañe a los resultados en salud, sino también a los sistemas de provisión de servicios sanitarios: todavía hay diferencias profundas en los recursos, procesos, capacidades y desempeños entre las instituciones públicas de protección a la salud y entre las entidades federativas que operan servicios para la población que no es derechohabiente a la seguridad social (Flamand y Moreno, 2014). En síntesis, a pesar de que la salud es un derecho constitucional desde 1983, la desigualdad sigue siendo un problema fundamental que amerita la intervención del Estado para eliminar los obstáculos que limitan el acceso de las personas al pleno goce de la salud (Whitehead, 1990).

Es un hecho cada vez más reconocido que las desigualdades sociales pueden transmitirse de una generación a otra a través de diversos mecanismos (Bowles y Gintis, 2002). De hecho, existe ya una abundante literatura sobre el tema, especialmente aplicada al caso de la educación, los ingresos y la riqueza (Black y Devereaux, 2010). Sin embargo, poco se ha estudiado el tema de la movilidad intergeneracional en salud, en México notablemente menos. En particular, sería deseable poder responder las siguientes preguntas básicas: ¿qué tan estrecha es la relación entre las condiciones de salud de dos generaciones consecutivas? ¿Qué papel juega el entorno familiar y social en explicar la transmisión intergeneracional de la salud? Y, sobre todo, ¿qué tipo de intervenciones públicas tienen la posibilidad de romper o aminorar la persistencia intergeneracional de las desigualdades en salud?

Este documento plantea una estrategia metodológica para abrir brecha en el tema de la movilidad intergeneracional en salud. Se enfoca en la esperanza de vida de dos generaciones consecutivas y ofrece un modelo de estimación para analizar el fenómeno de la movilidad intergeneracional en salud en México, a partir

¹ Consejo Nacional de Población [CONAPO], *Indicadores demográficos básicos*, consultado el 26 de enero de 2016 en http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indicadores_sociodemograficos.

de dos fuentes de datos diferentes: el Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (MCS-ENIGH) 2014 y la Encuesta de Movilidad Social (EMOVI) 2011 del Centro de Estudios Espinosa Yglesias. El modelo, además de estimar el grado en que la esperanza de vida de las madres y los padres condiciona la de sus hijas e hijos (fenómeno al que podemos denominar “transmisión intergeneracional en salud”), permite analizar la influencia del contexto socioeconómico de los hogares sobre la esperanza de vida, así como la capacidad de ciertas políticas públicas para reducir los obstáculos a la salud que una generación hereda a la otra.

El trabajo inicia con una breve discusión sobre el problema de la desigualdad en salud y su transmisión intergeneracional, haciendo énfasis en el caso mexicano. Posteriormente, describe la estrategia metodológica que se siguió para responder las preguntas centrales de esta investigación y las fuentes de datos con las que se sustentan las estimaciones. A continuación, se presentan los principales resultados del análisis y, finalmente, se discuten algunas implicaciones de política pública y algunos temas pendientes para una agenda futura de investigación.

La desigualdad en salud

La desigualdad en salud es un problema complejo, estrechamente ligado al fenómeno más amplio de la desigualdad social, particularmente debido al acceso diferenciado de las personas a factores como el dinero, el conocimiento, el prestigio y las conexiones sociales, elementos que influyen sobre la manera en que las personas cuidan y atienden su salud (Link y Phelan, 1995).

Para entender el fenómeno de la desigualdad en salud, es importante tomar en consideración que existen numerosas variables que influyen en las condiciones de salud de las personas y que no todas dependen de decisiones libremente tomadas por los individuos. Es decir, hay factores que disminuyen la calidad de la salud de las personas, que están fuera del control de éstas y que podrían evitarse o, por lo menos, disminuir. Por tanto, siguiendo a Margaret Whitehead, el concepto de equidad en salud “implica que, idealmente, todos tengan la oportunidad de lograr plenamente su potencial en salud y, de manera pragmática, que nadie se encuentre en desventaja para alcanzarlo” (Whitehead, 1990). El papel de la política pública sería, por tanto, remover los obstáculos que limitan el acceso pleno de la gente a la salud.

¿Cuáles son las causas de la desigualdad en salud? Como se ya comentó anteriormente, el acceso diferenciado a recursos clave –tal y como ocurre con el

fenómeno de la desigualdad social en general- afecta la manera como la gente atiende su salud o previene enfermedades (Link, B. y J. Phelan, 1995). En el caso específico de México, dos de las principales causas de la desigualdad en la protección de la salud son el acceso limitado a los servicios sanitarios que provee el Estado y el riesgo financiero asociado a los gastos por enfermedad. La primera causa obedece a que, históricamente, el acceso de las personas a los servicios de salud se ha determinado por su forma de inserción al mercado laboral, de tal manera que los trabajadores asalariados de los sectores privado y público tienen cobertura de la seguridad social, pero el resto de las personas carecen del mismo y no tienen más opción que pagar los servicios de atención privada, o bien afiliarse voluntariamente al Seguro Popular creado en 2004 y que cubre únicamente 285 intervenciones. Pese a la existencia de ambos mecanismos, 21.8 millones de mexicanos reportaron en 2014 que no contaban con acceso a servicios de salud (Cuadro 1). La segunda causa de la desigualdad en salud es la enorme dependencia financiera que el sistema de salud tiene respecto al gasto privado, especialmente el “gasto de bolsillo”, el cual equivale en México a la mitad del gasto total en salud. Representa no un gasto privado en aseguramiento contra enfermedades, sino lo que la gente desembolsa en consultas médicas, adquisición de medicamentos o servicios de hospitalización al enfrentar una enfermedad y que puede conducir a una familia a caer en pobreza; es decir, se trata de un mecanismo de financiamiento injusto e ineficiente (OMS, 2010).

Cuadro 1. Carencias por acceso a la seguridad social y a servicios de salud en México (Millones de personas, 2000-2014)

Año	2000	2012	2014
<i>Carencia por acceso a la seguridad social</i>	69.6 (60.7%)	71.8 (61.2%)	70.1 (58.5%)
<i>Carencia por acceso a servicios de salud</i>	33.5 (29.2%)	25.3 (21.5%)	21.8 (18.2%)

Fuente: CONEVAL, *Resultados de pobreza en México 2014 a nivel nacional y por entidades federativas*, 2014, consultado el 14 de febrero de 2017 en http://www.coneval.gob.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2014.aspx.

Un asunto que ha recibido poca atención, particularmente en México, es en qué medida la desigualdad en salud se transmite de manera intergeneracional. Como ya se apuntaba en la introducción, es un hecho cada vez más reconocido que las desigualdades sociales pueden transmitirse de una generación a otra a través de diversos mecanismos (Bowles y Gintis, 2002), pero no hay muchos

estudios que se enfoquen en el tema de salud específicamente. ¿Por qué la transmisión intergeneracional en salud es un fenómeno importante de estudiar? Fundamentalmente porque si el logro en salud de los hijos es altamente dependiente del logro en salud de los padres, ello pondría en un cuestionamiento muy serio el principio de igualdad de oportunidades, según el cual los resultados en salud de una persona no deberían estar determinados por sus orígenes. Si la condición anterior no se cumple, habría argumentos para justificar la intervención del Estado para mejorar la igualdad de oportunidades en salud, aunque también es necesario entender qué tipo de intervenciones son eficaces para conseguir tal propósito.

Algunos estudios como el de Yashing y Iachine (1997) han estimado que la correlación entre la esperanza de vida de los hijos y sus padres oscila entre 0.15 y 0.3. Más allá de la simple medición del grado de asociación entre los logros en salud de dos generaciones consecutivas, el reto es poder ofrecer un marco explicativo de tal asociación. Por ejemplo, uno de los principales dilemas en el estudio de la transmisión intergeneracional de resultados en salud es si ésta se explica por factores puramente genéticos o si también entran en juego elementos de tipo social o ambiental (Ahlburgh, 1998), es decir si los logros de una generación fueron transmitidos por la otra a través del aprendizaje de hábitos, por la presencia de condiciones socioeconómicas, o incluso por la existencia de políticas públicas que favorecieron (o inhibieron) dicha transmisión. Otro dilema interesante tiene que ver con la dirección de la causalidad entre los factores sociales y la movilidad en salud: ¿son los primeros los que determinan o condicionan a la movilidad en salud de las personas? O, alternativamente, ¿son los resultados en salud los que generan el lugar de las personas en las jerarquías sociales? El presente trabajo tiene un propósito mucho menos ambicioso del que plantean los dilemas aquí descritos. Busca, en primer lugar, determinar la magnitud de la influencia de la esperanza de vida de una generación sobre la subsecuente y analizar el peso de algunas variables del entorno social y de política pública sobre el fenómeno de la transmisión intergeneracional en salud.

La esperanza de vida en México y su transmisión intergeneracional

Como ya se señalaba en la introducción, México ha logrado avances en los indicadores sanitarios básicos y la esperanza de vida no ha sido una excepción. Según datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), entre 1990 y 2014, la esperanza de vida pasó de 70.42 años a casi 75. Si bien las mujeres siguen aventajando a los hombres en esperanza de vida, la brecha entre ambos géneros

se ha ido cerrando, pues mientras que en 1990 la diferencia era de siete años, en 2014 ésta se redujo a poco más de cinco (Cuadro 2).

Cuadro 2. Esperanza de vida al nacer a nivel nacional (CONAPO)

Esperanza de vida al nacer	Promedio nacional			2014	
	1990	2014	Desv. Est	Min	Max
Hombres	67.02	72.09	1.23	68.71	73.60
Mujeres	73.99	77.64	0.80	75.74	78.82
Total	70.42	74.80	0.99	72.28	76.00

Fuente: CONAPO, Indicadores demográficos básicos.

Si el cambio en la esperanza de vida se observa a través de dos generaciones consecutivas y por grupos de edad, resulta evidente que prácticamente la mayor parte de la población mexicana se ha beneficiado, particularmente los grupos etarios más jóvenes (Cuadro 3). No obstante los avances logrados, éstos palidecen si se les observa en comparación con los logros a escala internacional. El Cuadro 3 presenta el valor máximo de la esperanza de vida para cada grupo de edad. Podemos observar que las diferencia entre los logros a nivel internacional y los de México son abismales, llegando a niveles de más de 11 años. En otros términos, los avances en salud de nuestro país son muy modestos en comparación a los logros internacionales. Es por ello que la evolución de la esperanza de vida se aprecia mejor cuando se observa a través de un indicador desarrollado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en 2016, denominado Índice de Salud (IS), el cual incluye una perspectiva internacional en la medición de la esperanza de vida.

Según el PNUD, el Índice de Salud:

Refleja el porcentaje de avance alcanzado por el país respecto de la diferencia entre el mayor y el menor logro en años de vida registrados en el mundo. Toma valor de cero cuando lo que se alcanza es lo mínimo, y de uno cuando se consigue el logro máximo. (PNUD, 2016, p. 52)²

² Más adelante en el documento se describe la fórmula de cálculo del IS, el cual se utiliza como una de las variables dependientes de los modelos de estimación. Baste, por el momento, con señalar que el IS puede estimarse a nivel individual, tomando como base la esperanza de vida ajustada al ingreso de cada persona (lo cual incluye una consideración a su edad, su entidad de nacimiento, su sexo, su ingreso y su educación), así como a la esperanza de vida máxima de una persona de edad similar a nivel internacional.

Al analizar las diferencias intergeneracionales en la esperanza de vida a través del IS, podemos observar, por una parte, que su valor promedio entre los descendientes de los hogares mexicanos en 2014 es 0.82, mientras que para sus padres y madres es, respectivamente, de 0.77 y 0.78 (Cuadro 4). Ello implica que las generaciones nuevas han mejorado sus resultados en salud respecto a sus antecesores, pero, en promedio, están todavía 18 puntos por debajo de personas similares que viven en contextos distintos del mexicano.

Por otra parte, cabe anotar que las mejoras en salud de las generaciones más recientes no han beneficiado a todas las personas en la misma proporción. Como se muestra en la Gráfica 1, existen todavía diferencias importantes en el Índice de Salud de las generaciones actuales, con mínimos inferiores a 0.7 –es decir por debajo del promedio del IS de la generación predecesora- y superiores a 0.9 –es decir niveles comparables a los de países desarrollados.

¿En qué medida la esperanza de vida de una generación se transmite a la subsecuente? La Gráfica 2 resulta útil para observar esta relación. Por una parte, como ya se ha comentado, resulta muy evidente que la gran mayoría de los descendientes mejoró su índice de salud respecto a la de sus padres (todos quienes están por arriba de la línea de 45 grados), con excepción de 19% que lo empeoraron en términos absolutos (todos quienes están por debajo de esa misma línea). Además de ello, la misma gráfica revela que existe una clara asociación positiva entre el índice de salud de padres y el de los hijos, lo cual puede interpretarse como un fenómeno de transmisión intergeneracional en salud: es esperable que los descendientes de padres con esperanza de vida alta elevada vivan más años que quienes son descendientes de padres con bajas esperanzas de vida, lo cual implica que la desigualdad en salud se transmite entre generaciones; un resultado que cuestiona el principio de igualdad de oportunidades. ¿Qué tan estrecha es dicha transmisión? El coeficiente de correlación entre el IS de los descendientes (sin distinguir por sexo) y su padre y su madre es, respectivamente, de 0.78 y 0.83. En otros términos, los resultados en salud de las generaciones actuales están altamente influidas por los de sus progenitores, aunque la influencia de la madre es un poco mayor que la del padre. Sin embargo, como veremos más adelante, hay múltiples factores que influyen en el fenómeno de transmisión intergeneracional de la esperanza de vida.³

³ Desconocemos con precisión cuáles son los mecanismos causales a través de los cuales los resultados en salud de la generación antecesora se transmiten a la generación subsecuente. ¿Se trata de una herencia de tipo genético o también juegan algún papel los hábitos aprendidos en el ámbito del hogar, así como las condiciones del entorno social? Estas preguntas trascienden los alcances de este trabajo.

Cuadro 3. Esperanza de vida por grupo de edad (MCS-ENGH 2014)

Grupo de edad	Hijos(as)	Jefes de hogar	Diferencia hijos/padres	Máxima internacional	Diferencia máxima internacional /hijos
menores de un año	74.75	n.d	n.d	84.52	9.77
1-4 años	73.14	n.d	n.d	83.90	10.77
5-9 años	68.77	n.d	n.d	79.96	11.19
10-14 años	63.85	n.d	n.d	75.01	11.16
15-19 años	59.14	56.60	2.54	70.15	11.01
20-24 años	54.56	52.54	2.02	65.33	10.76
25-29 años	50.03	48.24	1.79	60.53	10.49
30-34 años	45.62	43.85	1.78	55.74	10.12
35-39 años	40.93	39.48	1.45	50.79	9.86
40-44 años	36.59	35.34	1.24	46.13	9.55
45-49 años	32.15	31.08	1.07	41.32	9.17
50-54 años	27.81	26.97	0.84	36.62	8.81
55-59 años	23.92	23.04	0.88	32.17	8.25
60-64 años	20.15	19.38	0.77	27.86	7.71
65-69 años	16.74	16.26	0.48	23.67	6.93
70-74 años	13.33	13.06	0.27	20.22	6.90
75-79 años	11.01	10.50	0.51	16.67	5.66

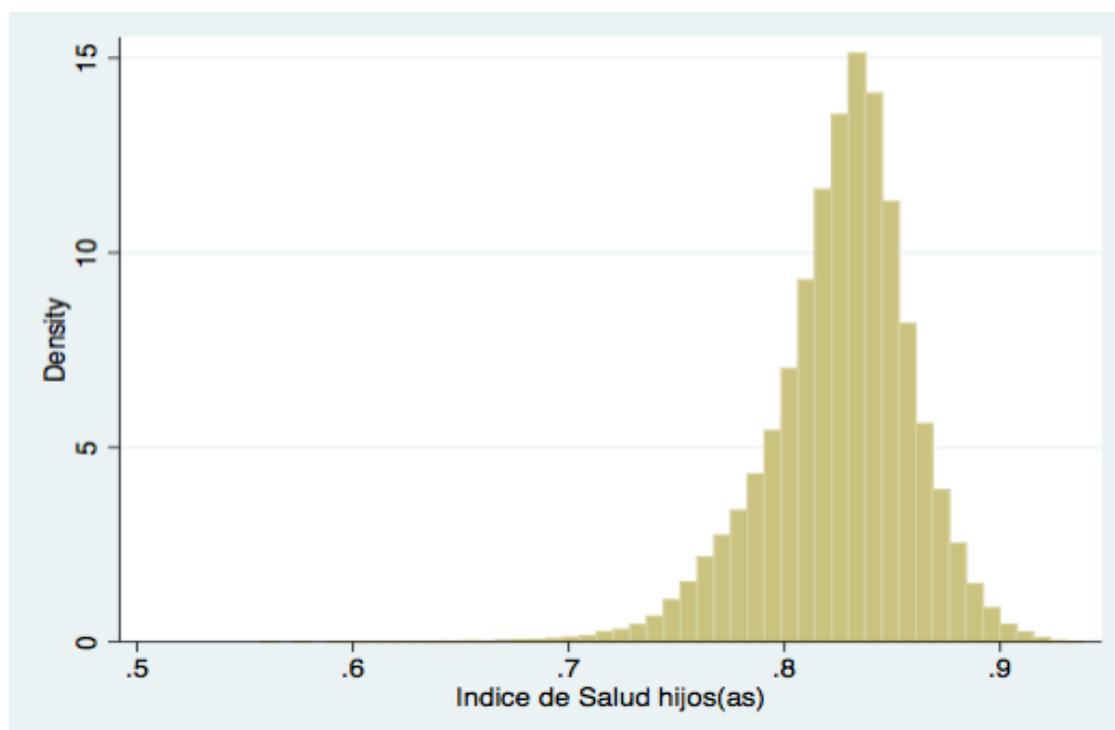
Fuente: Elaboración propia con base en MCS-ENIGH 2014 y PNUD (2016).

Cuadro 4. Índice de salud de dos generaciones según datos de 2014

Índice de salud	Media	Std. Dev.	Min	Max
Padres	0.77	0.05	0.34	0.89
Madres	0.78	0.04	0.37	0.91
Hijos	0.82	0.03	0.56	0.94

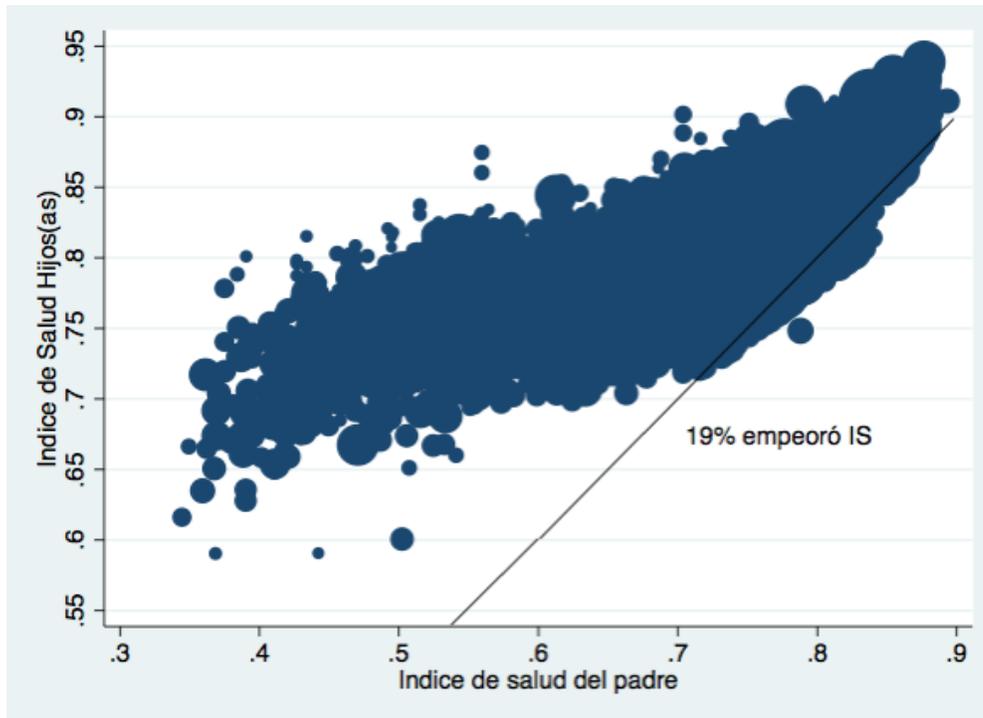
Fuente: Elaboración propia con base en datos del Módulo de Condiciones Socioeconómicas 2014 y PNUD (2016).

Gráfica 1. Distribución del Índice de Salud (IS) de los hijos e hijas de los hogares mexicanos en (MCS-ENIGH 2014)



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Módulo de Condiciones Socioeconómicas 2014 y PNUD (2016).

Gráfica 2. Relación entre el Índice de Salud de los padres y sus descendientes



Estrategia metodológica y datos

Este trabajo ofrece un modelo de estimación para analizar el fenómeno de la movilidad intergeneracional en salud en México que considera la influencia de padres (y madres) sobre la esperanza de vida de sus descendientes. Además de ello, incorpora el papel de ciertos factores contextuales en la esperanza de vida (fundamentalmente variables del entorno socioeconómico de las personas) e identifica algunas variables de política pública que inciden en las condiciones de salud de las personas.

El marco general de estimación aquí propuesto toma como punto de partida el modelo de Akbulut-Yuksel y Kugler (2016) referido a la movilidad intergeneracional en salud. Éste se reporta en la ecuación 1:

$$H_{1i} = \rho H_{0i} + \beta X_{1i} + \gamma Z_{1i} + \varepsilon_{1i} \quad (1)$$

Donde,

H_{1i}	es el resultado en salud de la generación de descendientes;
H_{0i}	son los resultados en salud de la generación de sus padres;
X_{1i}	es un vector de características sociodemográficas que afectan los resultados en salud de ambas generaciones;
Z_{1i}	es un vector de variables de política pública capaces de incidir sobre los resultados en salud de ambas generaciones;
ε_{1i}	es un error aleatorio.

Para los propósitos de este trabajo se utilizarán dos variables dependientes. La primera es la esperanza de vida ajustada al ingreso (EXAI) de la generación de descendientes, la cual es la esperanza de vida de cada individuo ajustada por el ingreso individual, educación promedio del hogar, edad, sexo y entidad de residencia.⁴ En términos más intuitivos, la EXAI mide cuántos años restantes se espera que viva un individuo a una edad determinada, dado su ingreso y educación. Dicha variable tiene la ventaja de que su interpretación resulta bastante intuitiva para el análisis de la transmisión intergeneracional de la salud, pues indica cuántos años restantes de vida se espera que tenga una persona a una edad determinada, dada la esperanza de vida que sus padres tienen en el mismo momento. Su desventaja, sin embargo, es que para que el indicador tenga sentido, es necesario controlar por la edad tanto de los hijos como de sus padres, variables que están íntimamente correlacionadas entre sí, lo cual puede crear un problema de colinearidad en la regresión. Es por ello que el análisis de la transmisión intergeneracional en salud echa mano de una segunda variable dependiente, el Índice de Salud (IS) que ya se discutió en secciones anteriores, cuyo algoritmo de estimación se reporta en la ecuación 2:

$$IS_i = \frac{EX_{e,g,s}^{Aj} - EX_{e,g}^{min}}{EX_{e,g}^{max} - EX_{e,g}^{min}} \quad (2)$$

Donde,

IS_i	Es el índice de salud de la persona i;
$EX_{e,g,s}^{Aj}$	Es la esperanza de vida, ajustada al ingreso, de una persona de edad e, cuyo género es g y que reside en la entidad s;

⁴ El procedimiento detallado a través del cual se calcula la esperanza de vida ajustada al ingreso se desarrolla en PNUD (2016).

$EX_{e,g}^{min}$	Es el valor mínimo internacional de la esperanza de vida de una persona de edad e, cuyo género es g;
$EX_{e,g}^{max}$	Es el valor máximo internacional de la esperanza de vida de una persona de edad e, cuyo género es g.

Como puede observarse, el IS puede tomar valores entre 0 y 1. Tomemos como ejemplo el caso de una mujer recién nacida en Tabasco cuya esperanza de vida ajustada al ingreso es de 77.9 años. El valor de la esperanza de vida (también ajustada al ingreso) para otra mujer recién nacida en Sierra Leona, África, sería de 22.5 años (el valor mínimo a nivel internacional), por lo que la distancia absoluta en años entre ambas mujeres sería de 55.4 años. Para establecer dicho valor en términos relativos, habrá que dividirlo entre la distancia entre el valor máximo internacional y el mínimo, es decir entre la esperanza de vida (ajustada al ingreso) de una tercera mujer recién nacida en Singapur (87.7 años) y la de la mujer de Sierra Leona. Por lo tanto, siguiendo el algoritmo de la ecuación 2, tendríamos que el IS para la mujer tabasqueña recién nacida sería igual a 0.85. Como el lector puede apreciar, el IS es un poco menos intuitivo que la esperanza de vida como variable dependiente, aunque tiene la ventaja de no requerir ningún control de edad.

El modelo se estima a través de dos tipos de datos:

- a) Dos cortes transversales con preguntas contemporáneas para dos generaciones que coexisten en un mismo hogar, uno proveniente del Módulo de Condiciones Socioeconómicas (MCS) de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) y otro proveniente de la Encuesta de Movilidad Social en México (EMOVI) de 2011.
- b) Datos transversales agregados a escala estatal.
- c) *Datos transversales con preguntas contemporáneas*

El Módulo de Condiciones Socioeconómicas (MCS) de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) correspondiente a 2014 ofrece datos de corte transversal a nivel vivienda, hogar e integrantes del hogar. Esta fuente de datos hace posible identificar la relación de parentesco entre las personas al interior de un mismo hogar, lo cual a su vez posibilita aplicar el modelo de estimación discutido anteriormente para dos generaciones que coexisten en un mismo espacio y tiempo. Sin embargo, como se señala en el trabajo de Vélez Grajales et. al. (2015), este tipo de datos tiene la desventaja de que no se toma en cuenta que la posición de un individuo varía a lo largo de la vida y además excluye a la población que no cohabita en el hogar paterno. De cualquier forma, el MCS-ENIGH contiene variables muy relevantes para los propósitos de este trabajo, tanto de política pública como del entorno sociodemográfico. El Cuadro 5 presenta

las variables independientes y de control que se utilizan en la estimación del modelo con estos datos.

Cuadro 5. Variables independientes del modelo estimado con datos MCS_ENIGH 2014

Variables de política pública	Variables del entorno
<ul style="list-style-type: none"> • Afiliación al Seguro Popular. • Afiliación a instituciones de seguridad social. • Tiempos de espera para ser atendidos • Prácticas de prevención (chequeos médicos periódicos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Tamaño de la localidad • Acceso al agua potable dentro de la vivienda o terreno de la vivienda. • Acceso al drenaje. • Disponibilidad de piso firme en la vivienda.
Variables de control	
<ul style="list-style-type: none"> • Edad del hijo o hija • Edad de los padres (promedio del padre y la madre) • 31 Efectos fijos estatales (Michoacán es el caso comparativo, por estar en el promedio nacional de esperanza de vida) 	

La segunda fuente de datos transversales es la Encuesta de Movilidad Social en México (EMOVI) de 2011. Ésta, además de contener información generada a través de algunas preguntas retrospectivas a los informantes (quienes no necesariamente son los jefes del hogar), incluye datos del resto de los miembros del hogar, lo que resulta útil para el análisis de la movilidad intergeneracional. Sin embargo, son muy pocas las variables de política pública incluidas en el cuestionario (la única relevante para efectos de esta investigación es la condición de aseguramiento médico provisto por las fuentes de trabajo, pero carece de variables sobre la calidad de los servicios médicos y las prácticas preventivas), por lo que la estimación del modelo con dichos datos se presenta únicamente con fines exploratorios. La técnica de estimación aplicada a los datos de ambas fuentes, son mínimos cuadrados ordinarios y se reportan errores estándar robustos del tipo Huber-White. Además, todos los datos se ponderan por el factor de expansión de cada hogar en la muestra.

a) Datos transversales agregados a escala estatal

Una variable de política pública que, en principio, debería tener una influencia importante sobre el logro en salud de las personas es el gasto público en salud. Puesto que no existen datos a nivel individual de dicha variable, más adelante ésta se analiza de manera agregada a escala estatal. Aprovechando que los datos del MCS-ENIGH son representativos de todas las entidades federativas, se hace una agregación estatal de algunas variables del Cuadro 5 (la esperanza de vida promedio de los padres e hijos recién nacidos ajustada al ingreso del hogar, el Índice de Salud de hijos y padres, las edades promedio, el porcentaje de mujeres, el porcentaje de viviendas con agua y la población total) y además incorpora el promedio anual del gasto federal en salud per cápita, durante el periodo 2004-2013, destinado a la atención de personas no derechohabientes de la seguridad social (también llamada “población abierta”), es decir el Ramo 12 del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF).

Resultados y discusión

Comencemos por describir los resultados a partir de los datos del MCS-ENIGH 2014. En primer lugar, se presentan los estadísticos descriptivos básicos de cada una de las variables del modelo en el Cuadro 6. Como puede observarse -y considerando que la unidad de observación de la base de datos es cada hijo o hija dentro del hogar encuestado (y que existe un padre o madre, o ambos, para cada hijo, sin que necesariamente exista un lazo de consanguinidad entre ellos)-, poco menos de la mitad de la generación de descendientes en la muestra son mujeres (47.83%); lógicamente, el promedio de la esperanza de vida de los hijos e hijas es superior a la de sus padres, sin considerar las diferencias entre edades de cada uno. Como ya se discutió anteriormente, el IS es superior para los hijos que para sus padres, lo cual revela que los resultados en salud han mejorado con el tiempo, aunque todavía muy poco en comparación con estándares internacionales. En su gran mayoría, las viviendas tienen acceso a los servicios y condiciones básicos (agua, drenaje, piso firme), aunque con algunas variaciones, y se ubican predominantemente en ciudades de más de 100 mil habitantes. Destaca el hecho de que únicamente 38.75% de los descendientes tienen acceso a la seguridad social formal, mientras que 44.92% están afiliados al Seguro Popular, lo cual implica que hay 16.33% que no tienen ninguna protección en salud proveniente de recursos públicos. El tiempo promedio de espera para ser atendido en alguna clínica es de 36 minutos, pero con variaciones muy importantes, pues hay quienes reportaron haber tenido que esperar hasta 72 horas en el último evento de

accidente o enfermedad. Finalmente, una gran mayoría de descendientes (73.5%) manifestó haber sido pesado y medido en los últimos doce meses.

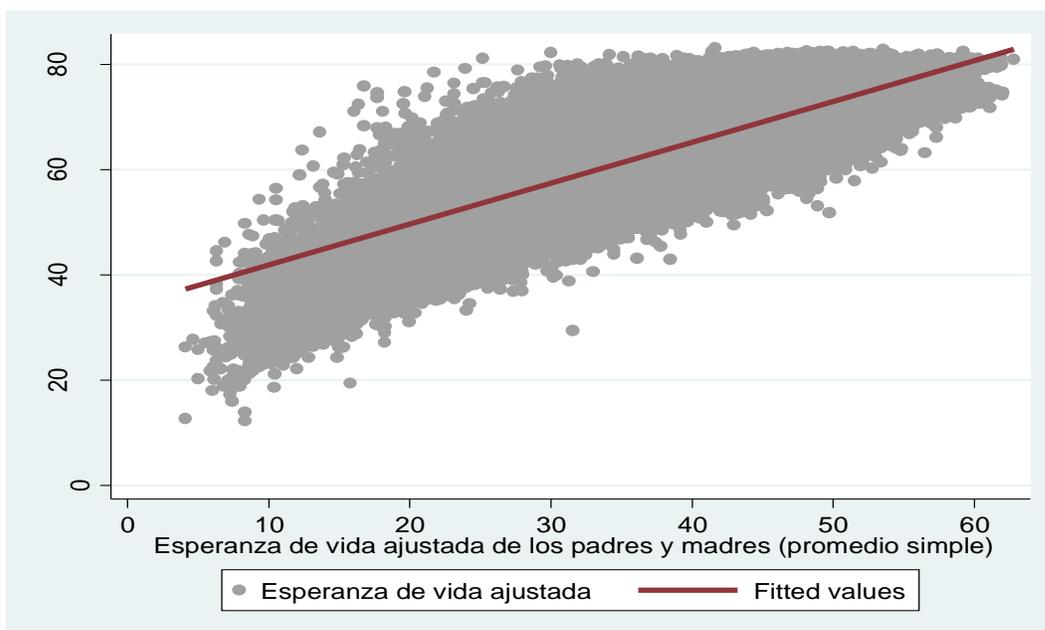
Cuadro 6. Descriptivos básicos de las variables del modelo

Variable	Observaciones	Media	Desv estándar	Min	Max
Sexo (% que son mujeres)	89,156	47.83	49.95	0	100
Esperanza de vida de los hijos e hijas		62.17	10.68	10.13	83.19
Esperanza de vida de los padres (promedio simple de padre y madre)	70,316	38.17	9.49	4.09	62.79
Índice de Salud de los hijos e hijas	89,156	0.82	0.03	0.56	0.94
Índice de Salud de los padres (promedio simple de padre y madre)	70,316	0.78	0.04	0.39	0.89
Viviendas con piso firme (%)	104,553	96.42	18.55	0	100
Viviendas con acceso al agua potable (%)	104,553	91.08	28.49	0	100
Viviendas con drenaje (%)	104,553	91.09	28.48	0	100
Viviendas en localidades con menos de 2 mil 500 habitantes (%)	104,553	24.71	43.13	0	100
Viviendas en localidades entre 2,500 y 15 mil habitantes (%)	104,553	14.77	35.27	0	100
Viviendas en localidades entre 15 mil y 100 mil habitantes (%)	104,553	14.77	35.48	0	100
Hijos(as) afiliados(as) al Seguro Popular (%)	89,156	44.92	49.74	0	100
Hijos(as) afiliados(as) a la seguridad social	89,156	38.75	48.71	0	100
Tiempo de espera para ser atendido en la última ocasión en que se enfermó (horas)	59,331	0.60	1.40	0	72
En los últimos doce meses, ¿algún médico o enfermera lo ha pesado y medido? (% de quienes respondieron que sí)	89,156	73.49	44.13	0	100

Fuente: elaboración propia con base en datos del MCS-ENIGH 2014.

Los resultados del análisis de regresión se reportan en el Cuadro 7, haciendo una distinción entre aquellos cuya variable dependiente es la esperanza de vida ajustada al ingreso (EXAI) de los hijos e hijas y aquellos donde la variable dependiente es el IS de hijas e hijos. El resultado fundamental es que la esperanza de vida (así como el IS) de los padres es una variable que influye de manera muy significativa sobre la esperanza de vida (así como el IS) de sus descendientes. Su efecto marginal es de 0.58 años, lo cual implica que, en promedio, independientemente de cuál sea su edad, un hijo o hija puede esperar vivir siete meses adicionales de vida por cada año extra en la esperanza de vida de sus padres. Un efecto nada despreciable que también puede enunciarse de una manera menos positiva: dos personas con la misma edad, sexo, entidad de residencia y condición socioeconómica no pueden esperar vivir el mismo número de años, ya que siempre tendrá siete meses de desventaja quien provenga de padres cuya esperanza de vida es un año inferior al de los padres de la otra persona. En otros términos, la evidencia demuestra que la desigualdad en salud que se transmite de una generación a otra tiene un valor aproximado de siete meses de esperanza de vida. Esto se puede observar también a través de la Gráfica 3, donde se muestra el valor ajustado de la esperanza de vida de los hijos para cada nivel de esperanza de vida de sus padres.

Gráfica 3. Efecto promedio de la esperanza de vida de los padres sobre los hijos.



Cuadro 7. Resultados del análisis de regresión de la esperanza de vida de los(as) hijos(as) e Índice de Salud (datos MCS-ENIGH 2014)

	Variable dependiente: Esperanza de vida de los(as) hijos(as)			Variable dependiente: Índice de Salud (IS)		
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Constante	30.97*** (0.584)	30.37*** (0.773)	30.98*** (0.585)	0.537*** (0.002)	0.535*** (0.002)	0.537*** (0.002)
Edad de los(as) hijos(as)	-0.952*** (0.0006)	-0.957*** (0.0008)	-0.952*** (0.000685)	-0.0009*** (9.64e-06)	-0.0009*** (1.17e-05)	-0.0009*** (9.67e-06)
Edad de los padres	0.498*** (0.006)	0.507*** (0.009)	0.497*** (0.00694)			
Esperanza de vida de los padres	0.586*** (0.007)	0.593*** (0.010)	0.586*** (0.00780)	0.375*** (0.002)	0.378*** (0.003)	0.374*** (0.002)
IS de los padres				0.0112*** (0.0001)	0.010*** (0.0001)	0.011*** (0.0001)
Sexo (1=mujer, 0=hombre)	5.076*** (0.006)	5.094*** (0.007)	5.076*** (0.00611)	0.00260*** (0.0003)	0.0030*** (0.0004)	0.002*** (0.0003)
Piso firme	0.215*** (0.017)	0.224*** (0.022)	0.214*** (0.0173)	0.00226*** (0.0002)	0.002*** (0.0002)	0.002*** (0.0002)
Agua dentro de la vivienda (o terreno)	0.0909*** (0.010)	0.107*** (0.013)	0.0908*** (0.0101)	0.00251*** (0.0002)	0.002*** (0.0002)	0.002*** (0.0002)
Drenaje	0.152*** (0.010)	0.152*** (0.013)	0.152*** (0.0108)	-0.00362*** (0.0001)	-0.003*** (0.0002)	-0.003*** (0.0001)
Localidades con menos de 2 mil 500 hab.	-0.256*** (0.009)	-0.236*** (0.012)	-0.256*** (0.00988)	-0.00247*** (0.0001)	-0.002*** (0.0002)	-0.002*** (0.0001)
Localidades entre 2 mil 500 y 15 mil hab.	-0.158*** (0.010)	-0.158*** (0.012)	-0.158*** (0.0101)	-0.00135*** (0.0001)	-0.001*** (0.0002)	-0.001*** (0.0001)

Localidades entre 15 mil y 100 mil hab.	-0.0704*** (0.009)	-0.0781*** (0.011)	-0.0705*** (0.00980)	(0.0002) -0.00406***	(0.0002) -0.004***	(0.0002) -0.004***
Afiliación al Seguro Popular	-0.160*** (0.008)	-0.163*** (0.010)	-0.161*** (0.00809)	(0.0001)	(0.0001)	(0.0001)
Cuenta con seguridad social	0.169*** (0.008)	0.171*** (0.010)	0.168*** (0.00836)	0.00209*** (0.0001)	0.001*** (0.0002)	0.001*** (0.0001)
Tiempo de espera para ser atendido (horas)		-0.0142*** (0.003)			-0.0002*** (7.22e-05)	
Pesado y medido en los últimos 12 meses			0.00567 (0.00745)			0.001*** (0.0001)
Observaciones	70,316	47,102	70,316	70,316	47,102	70,316
R ²	0.996	0.996	0.996	0.846	0.834	0.846

Nota: Se incluyen 31 variables dicotómicas para identificar a las entidades federativas (Michoacán es el caso comparativo), pero sus coeficientes no se reportan en este cuadro. Errores estándar robustos entre paréntesis.

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Un segundo hallazgo es que las condiciones socioeconómicas de los hogares, particularmente las condiciones de las viviendas que habitan, tienen la influencia esperada sobre la esperanza de vida (e IS) de los descendientes. Contar con piso firme, acceso al agua potable y al drenaje en la vivienda son factores que contribuyen positivamente a elevar la esperanza de vida de las personas. Sin embargo, la magnitud de su efecto sobre la esperanza de vida (e IS) es muy reducida, sobre todo en comparación con el impacto que tiene la transmisión intergeneracional. Cabe destacar que habitar en localidades de menos de 2 mil 500 habitantes tiene un efecto negativo sobre la esperanza de vida, es decir que el fenómeno de la dispersión poblacional afecta negativamente los resultados en salud de las personas, sobre todo debido al enorme costo que representa proveer servicios de salud en localidades remotas y de difícil acceso.

¿Qué papel puede desempeñar la política pública para incidir sobre el fenómeno de transmisión intergeneracional de la salud? Para abordar este tema, habría que distinguir aquellas intervenciones gubernamentales que no están explícitamente dirigidas al sector salud, pero que sí tienen efectos sobre las condiciones y resultados en salud de las personas. Me refiero, principalmente, a las intervenciones que modifican las condiciones socioeconómicas de los hogares, por ejemplo el acceso a servicios básicos como el agua y el drenaje y la provisión de piso firme para las viviendas. En este sentido, los resultados del análisis indican que, efectivamente, dichas condiciones tienen una influencia positiva, aunque de magnitud limitada, sobre la esperanza de vida de las personas, por lo que la inversión en infraestructura básica –la cual es, predominantemente, una responsabilidad de autoridades municipales en México- es una política indispensable para mejorar la salud de las personas. Por otra parte, hay políticas que están orientadas más directamente a mejorar el acceso de las personas a los servicios de salud, por ejemplo los esquemas de aseguramiento médico, ya sea a través del empleo formal (es decir la seguridad social) o a través de mecanismos de protección no contributivos, como es el caso del Seguro Popular. Los resultados del análisis indican que las personas que están cubiertas por la seguridad social tienen, en general, una mayor esperanza de vida que quienes carecen de tal cobertura. Sin embargo, pese a que el coeficiente de la variable de seguridad social es altamente significativo en un sentido estadístico, su magnitud es muy reducida. En cambio, la afiliación al Seguro Popular aparece, de manera paradójica, con un signo negativo, aunque su impacto a la esperanza de vida es igualmente pequeño. Una posible explicación de esto es que los servicios de atención a la salud financiados a través del Seguro Popular –y provistos por los servicios de salud de los estados- son altamente heterogéneos en cuanto a su

calidad, tal y como se ha documentado en estudios sobre su implementación descentralizada (Flamand y Moreno, 2014).

Una variable que resulta tener una influencia significativa sobre la esperanza de vida (y sobre el IS) es el tiempo de espera de quienes buscan atención médica. Conforme éste aumenta, la esperanza de vida de las personas disminuye (la reducción es de aproximadamente cinco días por cada hora adicional de espera). Por el contrario, algunas rutinas de salud preventiva—específicamente haber sido pesado y medio por algún médico o enfermera en los últimos 12 meses—no parecen tener consecuencias en el modelo donde la esperanza de vida es la variable dependiente, pero sí en donde la variable dependiente es el IS.

Una forma alternativa de analizar las consecuencias de las políticas públicas sobre el fenómeno de la transmisión intergeneracional de la salud es observando el efecto que éstas tienen sobre la esperanza de vida (y del IS) de las personas, pero de manera indirecta a través de la esperanza de vida (y del IS) de los padres⁵. En otros términos, es posible que ciertas políticas reduzcan el efecto que los resultados en salud de una generación tienen sobre los resultados de la generación subsecuente. Para analizar tal posibilidad, el modelo establecido en la ecuación 1 se estima sobre la base de tres muestras diferentes: 1) entre quienes están cubiertos por la seguridad social (es decir quienes tienen acceso a servicios médicos debido a que están empleados formalmente o que son derechohabientes de quienes lo están), 2) entre quienes únicamente están afiliados al Seguro Popular (por carecer de una inserción asalariada al empleo formal) y 3) entre quienes no tienen ningún tipo de protección a la salud financiada con recursos públicos. En principio, deberíamos esperar que la política de protección financiera en salud reduzca la dependencia de los hijos y las hijas respecto a sus padres, lo cual implica que el tamaño del coeficiente asociado a la variable “esperanza de vida de los padres” (y del IS de éstos) debería ser menor entre quienes están cubiertos por algún tipo de aseguramiento médico que entre quienes no lo están. Sin embargo, como se muestra en el Cuadro 8, lo anterior no ocurre en ninguno de los dos modelos. De hecho, pareciera ocurrir lo contrario, pues el tamaño del coeficiente resulta ser ligeramente superior entre las personas cubiertas por la seguridad social que entre quienes carecen de cualquier tipo de aseguramiento público, lo que implica que la seguridad social no reduce el fenómeno de la transmisión intergeneracional de la salud en México. Por otro lado, observamos que la influencia de las condiciones socioeconómicas sobre la esperanza de vida (y sobre el IS) sí cambia entre cada muestra: la población más desprotegida —es

⁵ Retomo esta idea del artículo de Bowles & Gintis (2002), aunque sigo un procedimiento diferente al que dichos autores establecen para estimar el efecto indirecto de las políticas públicas. Agradezco a Rodolfo de la Torre por sus sugerencias en este sentido.

decir quienes carecen de acceso a un sistema de protección pública para la atención médica- son más vulnerables a la carencia de piso firme, drenaje y a la dispersión poblacional, ya que los coeficientes de dichas variables son, en términos absolutos, más grandes para dicha muestra que para las otras dos.

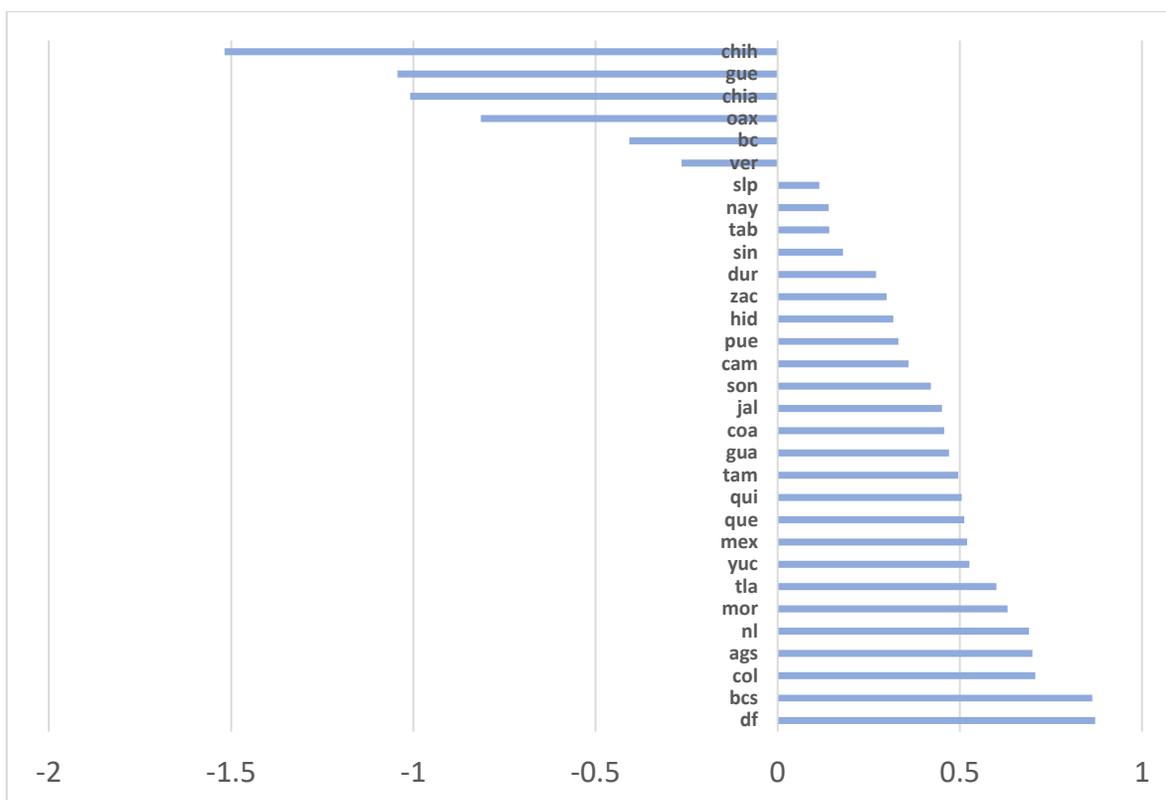
Es importante observar que el lugar de residencia de las personas es una variable sumamente significativa para la esperanza de vida. Como se muestra en la Gráfica 4, hay diferencias muy profundas entre las entidades federativas, siendo el Distrito Federal, Baja California Sur y Colima los estados con mayor esperanza de vida y Chihuahua, Guerrero y Oaxaca los estados donde la esperanza de vida es la más baja. De hecho, la distancia en esperanza de vida entre los dos casos extremos de la distribución (el Distrito Federal y Chihuahua) es de dos años y cuatro meses. Esto revela que la desigualdad en salud es un fenómeno que reproduce las grandes desigualdades territoriales en México.

Al llevar a cabo un análisis similar al anterior, pero ahora con los datos de la Encuesta de Movilidad Social en México (EMOVI) de 2011, observamos en el Cuadro 9 que el coeficiente asociado tanto a la esperanza de vida (ajustada al ingreso) como al IS de los padres, resulta tener una magnitud de casi la mitad en comparación con el obtenido del análisis de los datos del MCS-ENIGH. En otros términos, el efecto estimado a través de la EMOVI es tan sólo de tres meses y medio por cada año adicional en la esperanza de vida de los padres (recordemos que en el modelo estimado mediante los datos MCS-ENIGH el efecto marginal era de siete meses). Otro hallazgo digno de destacar es el efecto significativo que tiene sobre la esperanza de vida el hecho de que la vivienda cuente con electricidad, pues la diferencia en esperanza de vida entre las personas que residen en viviendas que tienen acceso a tal servicio y quienes residen en otras que no lo tienen, es de un año. Finalmente, resulta un tanto paradójico observar que quienes tienen algún servicio de atención médica como parte de sus prestaciones laborales no se ven beneficiados con una mayor esperanza de vida en comparación con quienes no lo tienen.

Finalmente, se ofrece un análisis de los datos del MCS-ENIGH 2014 agregado a nivel estatal para evaluar una variable de política pública que nos parece fundamental: el gasto público para población no asegurada –es decir el promedio anual de los recursos del Ramo presupuestal federal 12 durante todo el periodo 2004-2013. El objetivo es saber si dicho gasto ha tenido algún impacto sobre el promedio de la esperanza de vida de personas de cero años de edad en los 32 estados de la república. El modelo, cuyos resultados se reportan en el Cuadro 10, retoma algunas de las variables que se analizaron con datos a nivel individual, pero agregadas para cada estado del país. El hallazgo fundamental es que el gasto federal per cápita en salud ejercido a través del Ramo 12 durante

diez años (periodo que comienza desde la reforma a la Ley General de Salud que dio origen al Seguro Popular para la población no asalariada en el sector formal de la economía) no ha tenido efecto alguno sobre la esperanza de vida de los recién nacidos en cada estado, lo cual pone en tela de juicio, de nueva cuenta, la eficacia de una política pública cuyo objetivo fundamental era proteger financieramente a los excluidos de la seguridad social. Los resultados indican que, por lo menos, el gasto público fue inconsecuente en mejorar la esperanza de vida de los más jóvenes.

Gráfica 4. Efectos fijos estatales en la esperanza de vida de hijas e hijos.



Nota: El caso comparativo es Michoacán por estar en el promedio estatal de esperanza de vida ajustada al ingreso.

Fuente: elaboración propia con base en los resultados del modelo general.

Cuadro 8. Resultados en función de la condición de aseguramiento médico (mínimos cuadrados ordinarios)

	Variable dependiente: Esperanza de vida de los(as) hijos(as)			Variable dependiente: Índice de Salud (IS)		
	Personas con seguridad social	Personas afiliadas al Seguro Popular	Personas sin aseguramiento público	Personas con seguridad social	Personas afiliadas al Seguro Popular	Personas sin aseguramiento público
Constante	27.12*** (1.053)	34.45*** (0.942)	33.20*** (1.152)	0.485*** (0.00504)	0.579*** (0.00318)	0.535*** (0.00472)
Edad de los(as) hijos(as)	-0.961*** (0.00129)	-0.951*** (0.00101)	-0.939*** (0.00148)	-0.000837*** (1.63e-05)	-0.00112*** (1.56e-05)	-0.000926*** (2.01e-05)
Edad de los padres	0.549*** (0.0123)	0.454*** (0.0113)	0.463*** (0.0136)			
Esperanza de vida de los padres	0.638*** (0.0139)	0.537*** (0.0126)	0.556*** (0.0155)	0.445*** (0.00614)	0.315*** (0.00396)	0.378*** (0.00593)
IS de los padres				0.00937*** (0.000214)	0.0126*** (0.000183)	0.0117*** (0.000276)
Sexo (1=mujer, 0=hombre)	4.953*** (0.0109)	5.219*** (0.00868)	4.992*** (0.0152)	0.00108 (0.00120)	0.00254*** (0.000360)	0.00371*** (0.000735)
Piso firme	0.181** (0.0721)	0.179*** (0.0201)	0.303*** (0.0390)	0.00285*** (0.000655)	0.00198*** (0.000251)	0.00247*** (0.000509)
Agua dentro de la vivienda (o terreno)	0.149*** (0.0296)	0.0521*** (0.0113)	0.179*** (0.0261)	0.00298*** (0.000708)	0.00323*** (0.000257)	0.00132** (0.000542)
Drenaje	0.148*** (0.0420)	0.152*** (0.0124)	0.218*** (0.0273)	-0.00309*** (0.000385)	-0.00408*** (0.000282)	-0.00393*** (0.000411)
Localidades con menos de 2 mil 500 hab.	-0.212*** (0.0219)	-0.218*** (0.0146)	-0.376*** (0.0230)	-0.00166*** (0.000289)	-0.00289*** (0.000289)	-0.00290*** (0.000289)

Localidades entre 2 mil 500 y 15 mil hab.	-0.125*** (0.0181)	-0.140*** (0.0159)	-0.237*** (0.0253)	(0.000346)	(0.000314)	(0.000440)
Localidades entre 15 mil y 100 mil hab.	-0.0765*** (0.0155)	-0.0434*** (0.0165)	-0.0783*** (0.0246)	-0.00125*** (0.000357)	-0.00117*** (0.000351)	-0.00152*** (0.000472)
Observaciones	23,203	29,282	13,545	0.445***	0.315***	0.378***
R ²	0.996	0.995	0.996	23,203	29,282	13,545
				0.818	0.835	0.857

Nota: Se incluyen 31 variables dicotómicas para identificar a las entidades federativas (Michoacán es el caso comparativo), pero sus coeficientes no se reportan en este cuadro. Errores estándar robustos entre paréntesis.

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$.

Cuadro 9. Modelo general con datos de la EMOVI 2011

	Variable dependiente	
	Esperanza de vida (ajustada al ingreso) de los(as) hijos(as)	Índice de Salud de los(as) hijos(as)
Constante	52.44*** (4.745)	0.669*** (0.0282)
Edad del entrevistado	-0.907*** (0.0127)	-0.00222*** (0.000274)
Edad de los padres	0.212*** (0.0571)	
Sexo del entrevistado (1=mujer, 0=hombre)	4.343*** (0.108)	0.0131*** (0.00221)
Esperanza de vida de los padres	0.306*** (0.0688)	
IS de los padres		0.187*** (0.0253)
Piso firme	0.400*** (0.154)	0.00939*** (0.00330)
Agua dentro de la vivienda	0.0591 (0.168)	-0.00237 (0.00410)
Vivienda con baño adentro	-0.431*** (0.132)	-0.0106*** (0.00332)
Vivienda con electricidad	1.066** (0.482)	0.0414** (0.0183)
Con prestación laboral de servicios médicos	-0.102 (0.140)	-0.00130 (0.00402)
Observaciones	1,163	1,163
R ²	0.982	0.688

Cuadro 10. Modelo con datos agregados a nivel estatal para hijos e hijas recién nacidos

VARIABLES	Variable dependiente	
	Promedio estatal en la esperanza de vida (ajustada al ingreso) de los(as) hijos(as) de cero años	Promedio del Índice de Salud de los(as) hijos(as) de cero años
Constante	-42.43** (18.78)	0.0487 (0.154)
Esperanza de vida promedio de los padres (ajustada al ingreso)	1.511*** (0.262)	
IS promedio de los padres		1.028*** (0.224)
Edad promedio de los padres	1.416*** (0.247)	
Porcentaje de mujeres	5.311*** (0.788)	-0.00332 (0.0128)
Porcentaje de viviendas con agua	-0.428 (1.923)	-0.00477 (0.0365)
Recursos del Ramo 12 (Salud) por habitante	-0.00013 (0.0010)	7.67e-07 (1.78e-05)
Población total del estado	-7.02e-07 (2.03e-06)	-4.85e-09 (4.33e-08)
Observaciones	32	32
R ²	0.945	0.921

Errores estándar robustos entre paréntesis.

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.

Conclusiones

El principal hallazgo de este trabajo es que los logros en salud de una generación afectan los logros en salud de la generación subsecuente. Tomando a la esperanza de vida (ajustada al ingreso) como principal indicador del logro en salud de cada generación, se ha estimado que existe una influencia promedio de siete meses de vida adicional para una persona por cada año de aumento en la

esperanza de vida de sus padres.⁶ Desconocemos, sin embargo, si dicha influencia obedece a factores estrictamente genéticos, si se trata de una herencia de tipo social, es decir fundada en aprendizajes y hábitos compartidos, o de una combinación de ambos factores. Desentrañar el mecanismo causal de la transmisión intergeneracional en salud es materia de una agenda de investigación futura.

Un segundo hallazgo que conviene subrayar es que las condiciones del entorno de los hogares influyen positivamente sobre los resultados de salud de las personas, especialmente entre quienes carecen de algún tipo de aseguramiento público contra enfermedades. Por una parte, el acceso a servicios básicos como el agua, el drenaje o el piso firme contribuyen a elevar la esperanza de vida. Por la otra, la dispersión poblacional que caracteriza a una buena parte del México rural sigue siendo una gran limitante para el logro en salud. Si bien la magnitud del efecto de todos estos factores es relativamente pequeño (por lo menos comparado con el efecto de la transmisión intergeneracional), la presencia de efectos estadísticamente significativos sirven como recordatorio sobre la importancia de la infraestructura básica como un requisito para el logro en salud de las personas.

Finalmente, es un hallazgo importante que la política pública de protección financiera en salud más ambiciosa de las últimas dos décadas –el Sistema de Protección Social en Salud, comúnmente conocido como Seguro Popular- no ha tenido un impacto relevante en elevar la esperanza de vida de las generaciones actuales y tampoco en moderar la transmisión del logro en salud de padres a hijos. Ello no cuestiona los resultados positivos que, según diversos estudios, Seguro Popular ha tenido como mecanismo de protección financiera, especialmente entre los grupos más pobres (Ávila-Burgos et. al., 2013; Wirtz et. al., 2012), pero la evidencia no demuestra que dicha política esté además generando mejoras en la salud de la gente. El nulo impacto de Seguro Popular sobre la esperanza de vida puede obedecer al problema bien reconocido de la muy heterogénea calidad de los servicios de salud provistos por cada uno de los 32 servicios estatales de salud, asunto que sigue siendo una deuda pendiente con la sociedad mexicana.

⁶ Conviene apuntar que la magnitud de dicha influencia puede ser de tan sólo tres meses y medio al estimarse a través de datos de la EMOVI 2011.

Bibliografía

- Ahlburg, Dennis. "Intergenerational Transmission of Health." *The American Economic Review* 88.2 (1998): 265-270.
- Ávila-Burgos, L., Serván-Mori, E., Wirtz, V. J., Sosa-Rubí, S. G., and Salinas-Rodríguez, A. (2013). "Efectos del seguro popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos a diez años de su implementación". *Salud Pública de Mexico*, 55(SUPPL.2), 91–99.
- Black Sandra E. and Paul J. Devereux (2010). "Recent Developments in Intergenerational Mobility", NBR Working Paper Series 15889, National Bureau of Economic Research.
- Bowles, Samuel, and Herbert Gintis. "The Inheritance of Inequality." *The Journal of Economic Perspectives* 16.3 (2002): 3-30.
- Flamand, Laura y Carlos Moreno-Jaimes, (2014). *Seguro Popular y federalismo en México: un análisis de política pública*. México: CIDE.
- Julio Frenk, "La salud como derecho ciudadano", *Nexos*, 2012, consultado el 26 de enero de 2016 en <http://www.nexos.com.mx/?p=14680>.
- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). "Social Conditions as Fundamental Causes of Disease". *Journal of Health and Social Behavior, Spec No*(1995), 80–94.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*, Ginebra, OMS, 2010.
- PNUD (2016). *Informe sobre Desarrollo Humano, México 2016, Desigualdad y Movilidad*, PNUD-México.
- Rivera, J. A., Barquera, S., Campirano, F., Campos, I., Safdie, M., & Tovar, V. (2002). "Epidemiological and nutritional transition in Mexico: rapid increase of non-communicable chronic diseases and obesity". *Public Health Nutrition*, 5(1a).
- Wirtz, V. J., Santa-Ana-Tellez, Y., Servan-Mori, E., & Avila-Burgos, L. (2012). "Heterogeneous Effects of Health Insurance on Out-of-Pocket Expenditure on Medicines in Mexico". *Value in Health*, 15(5), 593–603.
- Whitehead, M. (1990). "The Concepts and Principles of Equity and Health". *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 22(3), 429–445.
- Yashin, Anatoli I., and Ivan A. Iachine. "How frailty models can be used for evaluating longevity limits: Taking advantage of an interdisciplinary approach." *Demography* 34.1 (1997): 31-48.