

Ahorro y seguridad social en los hogares de México: un análisis de cohortes sintéticas

Savings and Social Security in Mexico: an Analysis of Synthetic Cohorts

Isalia Nava Bolaños¹

Universidad Nacional Autónoma de México. UNAM

Resumen

En esta investigación se revisan los perfiles etarios del ahorro corriente de los hogares en México según condición de acceso a servicios médicos por parte del trabajo. El estudio se basa en un análisis de cohortes sintéticas que permite analizar el comportamiento del ahorro corriente a lo largo del ciclo de vida. La base de datos que se utiliza es la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) de 1994 a 2014 y se construyen diez cohortes sintéticas. Los resultados muestran que el perfil por edad de la tasa de ahorro no presenta forma de U invertida como lo ilustra la hipótesis de ciclo de vida. Además, entre quienes trabajan y no tienen acceso a servicios médicos las tasas de ahorro siempre son menores y en los inicios de la vida son negativas.

Palabras clave: Hogares. Ahorro corriente. Hipótesis de Ciclo de Vida. Pseudopanel.

Abstract

This research reviews the age profiles of current household savings in Mexico depending on access condition to medical services by the job. The study is based on an analysis of synthetic cohorts to analyze the current saving behavior along the life cycle. The database used is the National Household Income and Expenditure Survey (ENIGH) for 1994 to 2012 and ten synthetic cohorts are built. The results show that the age profile of saving rate no describe an inverted U-shaped as illustrated by the Life Cycle Hypothesis. Moreover, among those who work and have no access to medical services, saving rates are always smaller and negative at the beginning of life.

Key Words: Households. Current Savings. Life Cycle Hypothesis. Pseudo-panel.

¹ Es doctora en Estudios de Población por El Colegio de México e investigadora del Instituto de Investigaciones Económicas (IIEC) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Sus líneas de investigación son Demografía y Economía, impacto económico del cambio poblacional, economía y envejecimiento de la población, género y economía. Contacto: <iza_24@hotmail.com>.

Introducción²

En el siglo pasado, México experimentó importantes transformaciones sociales, económicas y demográficas. En la revisión de estos cambios la seguridad social aparece como un factor relevante. Se trata de un mecanismo que tiene como objetivo brindar protección y bienestar a toda la población sin distinción de edad, sexo o grupo poblacional. Sin embargo, a pesar de que los fundamentos legislados hacen referencia a la cobertura de todos los trabajadores, en la práctica solo funciona para un segmento. Los indicadores más recientes dan cuenta de una mayor precariedad en el mercado laboral: de acuerdo con Ramírez (2008: 51) la población ocupada (PO) con protección social ha disminuido de manera «alarmante» en los últimos años. La autora lo atribuye, en gran parte, a las transformaciones en el mercado laboral y al hecho de que el derecho a la seguridad social se vincula con «tener empleo en el sector formal y protegido».

En esta línea, García (2013) documenta el deterioro de las condiciones de los trabajadores asalariados y resalta la mayor presencia de contrataciones temporales, la ausencia de contratos escritos y el limitado acceso a las instituciones de salud. Los datos más recientes de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) señalan que en el segundo trimestre de 2015 solo 37,0% de la PO³ contaba con acceso a atención médica por parte del trabajo. A partir de este contexto laboral, en esta investigación existe particular interés por estudiar el comportamiento económico de la PO tomando en cuenta las condiciones de acceso a la seguridad social, en particular las prestaciones derivadas del trabajo, como el acceso a las instituciones de salud. Algunas de las preguntas que se plantean son: ¿Existen diferencias en el ahorro de la PO según condición de acceso a las instituciones de salud? ¿En qué grupo de trabajadores se presenta mayores tasas de ahorro? ¿Existe alguna relación entre el acceso a los servicios de salud y la formación de ahorro?

En la literatura sobre ahorro individual y el ahorro de los hogares es común analizar los perfiles etarios del ingreso, consumo y, en consecuencia, del ahorro a partir del comportamiento de la hipótesis de ciclo de vida (HCV) (Deaton, 1997). La HCV plantea que el consumo es una función del ingreso permanente y que el ahorro tendrá una forma de joroba o U invertida. Este planteamiento provoca varios cuestionamientos: ¿El perfil de ahorro de la PO en México sigue el patrón sugerido por la HCV? ¿Qué diferencias existen en el perfil de ahorro de la PO según condición de acceso a las instituciones de salud? La población trabajadora sin protección social, enfrenta por lo general una serie de desventajas que se reflejan en el deterioro de sus condiciones económicas, la evidencia empírica da cuenta de bajos niveles de ingreso y situaciones de adversidad frente a la ausencia de la protección social (Ramírez, 2013). Por lo tanto, resulta relevante revisar si este grupo de trabajadores generará ahorro y si esos recursos acumulados les permitirán suavizar su consumo a lo largo de la vida y, lo que es más importante, si ese ahorro garantizará su consumo durante sus años de retiro.

2 Este trabajo forma parte del proyecto «Cambio en la estructura por edades, ahorro y seguridad social», UNAM/IIEC. La investigación fue realizada gracias al programa UNAM-DGAPA-PAPIIT IA300615 *Ahorro y seguridad social en la población adulta mayor de México*.

3 «La población ocupada incluye a las personas que durante la semana de referencia realizaron algún tipo de actividad económica, estando en cualquiera de las siguientes situaciones: 1) Trabajando por lo menos una hora o un día, para producir bienes y/o servicios de manera independiente o subordinada, con o sin remuneración. 2) Ausente temporalmente de su trabajo sin interrumpir su vínculo laboral con la unidad económica» (INEGI, 2015).

Con base en estos antecedentes, el objetivo de esta investigación es analizar los perfiles etarios del ahorro corriente de los hogares en México según condición de acceso de los jefes de hogar a los servicios médicos por parte del trabajo. Para ello se construyen dos muestras de hogares: la primera se compone de los jefes de hogar que realizaron algún tipo de actividad económica (ocupados) y contaban con acceso a servicios médicos por parte del trabajo; la segunda se integra por los jefes de hogar ocupados que no contaban con servicios médicos. El análisis se realiza a partir de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) de 1994 a 2014. Dado que el marco teórico utilizado es la HCV, el estudio se basa en un análisis de diez cohortes sintéticas, mediante el uso de un pseudopanel o panel sintético a través del cual es posible seguir el comportamiento medio del ahorro corriente a lo largo del ciclo de vida.

El documento se divide en tres secciones además de las conclusiones. En la primera sección se presenta una revisión de los orígenes y fundamentos de la seguridad social así como los principales antecedentes de acceso a la protección social entre los trabajadores mexicanos. En la segunda sección se exponen los principales planteamientos de la HCV, que corresponde al marco teórico utilizado en esta investigación. En la tercera sección se incluye una descripción general de la ENIGH; la definición de las variables centrales, como ingreso corriente, gasto corriente y ahorro corriente; y se presenta la técnica de construcción del pseudo panel. Finalmente, en la cuarta sección aparecen los perfiles por edad del ingreso, consumo y ahorro de las cohortes según condición de acceso a servicios de salud y se estima un modelo de regresión de la tasa de ahorro corriente.

Seguridad social, principios y alcances

Orígenes y fundamentos

La seguridad social es la protección que otorga la sociedad a las personas, con el objetivo de garantizar el acceso a la asistencia médica y a la seguridad en el ingreso, frente a contingencias económicas y sociales como la enfermedad, la maternidad, los riesgos en el trabajo, la invalidez, la vejez y la muerte (OIT, 1984).

Los antecedentes de la seguridad social se ubican en el año 1920 con el Convenio sobre la indemnización por accidentes del trabajo (agricultura) (n.º 012). Más tarde, en 1944, con la Declaración de Filadelfia de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y su Recomendación sobre la Seguridad de los medios de vida (n.º 67), la seguridad social quedó definida como un derecho humano básico. En el año 1948 la seguridad social fue confirmada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en 1966 en el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Al mismo tiempo, desde la OIT se han adoptado distintos convenios sobre seguridad social con el objetivo de alcanzar la cobertura universal. Destaca el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (n.º 102) donde se establecen las normas mínimas para el nivel de prestaciones de la seguridad social y las condiciones de acceso. Incluye las nueve ramas principales, es decir, asistencia médica, enfermedad, desempleo, vejez, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, familia, maternidad, invalidez y prestaciones

de sobrevivientes. Este convenio fue ratificado por México el 12 de octubre de 1961.⁴ Recientemente, la Conferencia Internacional del Trabajo (CIT) aprobó la Recomendación sobre los pisos de protección social (2012, n.º 202), este instrumento busca establecer y mantener pisos de protección social que garanticen niveles más elevados de seguridad social para un número mayor de personas (OIT, 2014).

En el análisis de la seguridad social es posible distinguir entre seguro social y asistencia social (Marco, 2004). La asistencia social se refiere a la protección que otorga el Estado a grupos de la población en situaciones de desventaja, a través de mecanismos de redistribución. En el caso de México, la asistencia social es limitada y cuenta con recursos escasos; el régimen más importante es el de los servicios de salud pública, a través de la creación del Seguro Popular en el año 2001 con un programa piloto, aunque presenta varios problemas —por ejemplo, no considera padecimientos que ocupan las principales causas de mortalidad y morbilidad en el país (Tamez y Eibenschutz, 2008)—. Por otro lado, el seguro social cuenta con las cuotas a cargo de los trabajadores asegurados y demás sujetos obligados, como los patrones, así como con las contribuciones a cargo del Estado. En el caso de México, al igual que en otros países de América Latina, la protección social se refiere básicamente a la protección de la fuerza de trabajo. De acuerdo con la OIT (2001), esta protección se da a través de dos áreas. Primero, a partir de la protección de los derechos de los trabajadores y el mejoramiento de las condiciones de trabajo. Segundo, desde la protección que otorgan los regímenes de seguridad frente a los riesgos derivados de la interrupción de la actividad laboral.

Los fundamentos anteriores muestran que la relación laboral es un elemento condicionante de la protección que otorga la seguridad social. A ello se debe agregar que son los trabajadores formales los que generalmente están protegidos por los regímenes de seguridad social. Se trata de un elemento que resulta importante toda vez que, como se presenta en la siguiente sección, los mercados de trabajo en México son limitados en términos de la protección social que se les otorga a los trabajadores.

Empleo y desprotección social en México

En las últimas décadas México ha experimentado una serie de transformaciones importantes de los mercados de trabajo. Las investigaciones más recientes documentan bajas tasas de desempleo, pero acompañadas de condiciones precarias de trabajo, donde destacan los bajos ingresos, la falta de contratos de trabajo permanentes, la ausencia de protección social y de sindicalización, entre otros elementos (García, 2010).

Las estadísticas de la ENOE⁵ indican que la población económicamente activa (PEA) creció en México de 35,1 millones en el año 1995 a 39 millones en 2000, a 42,3 millones en 2005 y llegó a 47,1 millones en el segundo trimestre del 2010. La PEA se compone de la PO y la población desocupada. En un contexto de bajos niveles de desempleo, donde la necesidad de contar con una fuente de ingresos se vuelve primordial, frente a la ausencia de un seguro de desempleo a nivel nacional y dados los objetivos de esta investigación, interesa

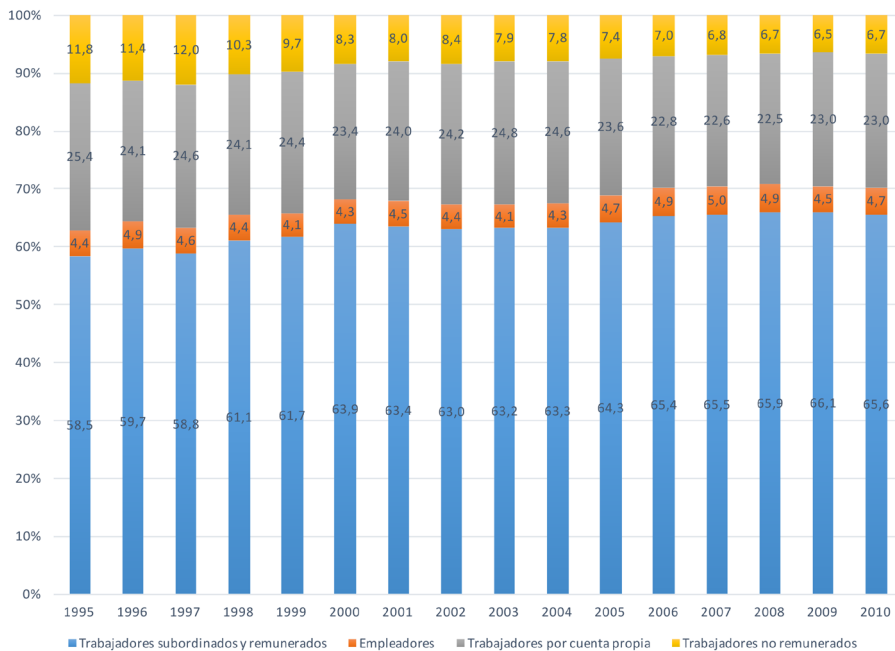
4 México ha aceptado las partes II (Asistencia médica), III (Prestaciones monetarias de enfermedad), V (Prestaciones de vejez), VI (Prestaciones en caso de accidente del trabajo y de enfermedad profesional), VIII (Prestaciones de maternidad), IX (Prestaciones de invalidez) y X (Prestaciones de sobrevivientes).

5 Las estadísticas de la ENOE que se utilizan en esta sección corresponden al segundo trimestre de cada año. Se seleccionó este período porque es el que presenta menos fluctuaciones estacionales.

analizar la PO. Al igual que la PEA, la PO en México registró aumentos significativos en los últimos años, al pasar de 32,7 millones en el año 1995 a 38,0 millones en 2000, a 40,8 millones en 2005 y a alcanzar los 44,7 millones en 2010.

En el análisis de la PO una de las categorías de análisis que adquiere relevancia es la posición en la ocupación en la medida en que denota el vínculo que existe con los medios de producción y con la propiedad de los bienes y servicios que se generan. La gráfica 1 muestra la importancia de los trabajadores subordinados y remunerados a lo largo del tiempo: en el año 2000 representaron 63,9% y aumentaron su participación a 65,6% en 2010. La segunda categoría en importancia son los trabajadores por cuenta propia, quienes registran los porcentajes más altos en los años 1995 y 2003: 25,4 y 24,8%, respectivamente. Se trata de un segmento de la fuerza laboral que, de acuerdo con García (2013), es motivo de preocupación por los bajos niveles de ingreso y la casi total ausencia de prestaciones sociales.

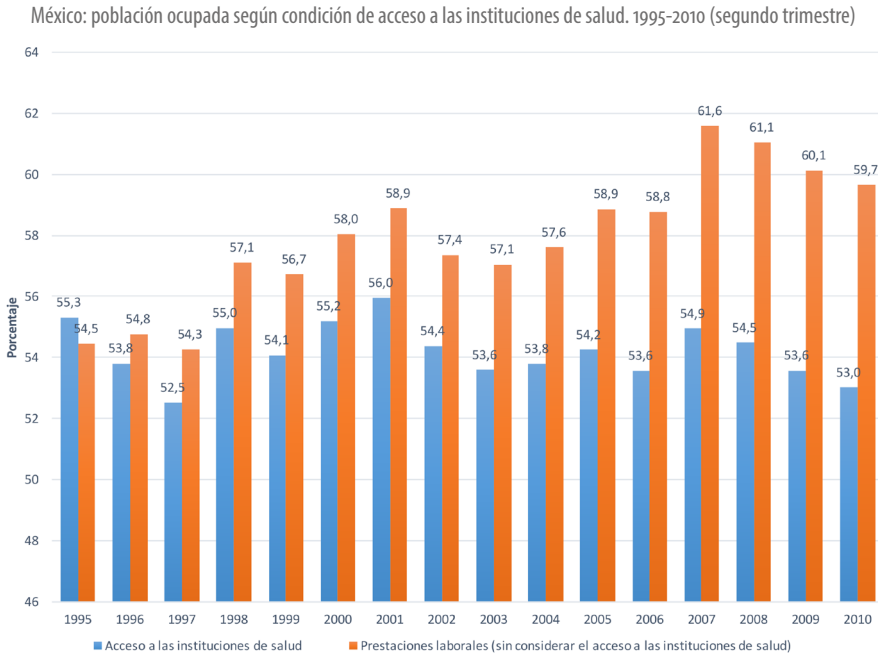
Gráfica 1
México: población ocupada según posición 1995-2010 (segundo trimestre)



Fuente: elaboración propia con base en Indicadores Estratégicos de la ENOE. INEGI

En el análisis de la PO un primer elemento que se debe considerar es la condición de acceso a las instituciones de salud. A partir de los porcentajes que aparecen en la gráfica 2 se aprecia que solo un segmento muy reducido de la PO tiene acceso a estas instituciones. La cifra más alta corresponde al año 2007 y es de solo 36,3% (en términos absolutos, 15,5 millones de trabajadores). Al analizar a la PO con acceso a las instituciones de salud, es importante mencionar que algunos trabajadores solo cuentan con los servicios de salud, mientras que otros tienen pensiones y otros además gozan de otras prestaciones provenientes del trabajo, que se consideran como un beneficios social (Ramírez, 2006).

Gráfica 2



Fuente: elaboración propia con base en Indicadores Estratégicos de la ENOE. INEGI

Un rasgo distintivo de las configuraciones laborales en los últimos años es el de la precarización de los trabajadores asalariados. La gráfica 3 muestra a los trabajadores subordinados y remunerados con acceso a las instituciones de salud y con acceso a prestaciones laborales.⁶ En relación con las instituciones de salud, se aprecia que solo un porcentaje reducido de la población tiene acceso a estos servicios, sobre todo en los años más recientes. Además, hay períodos en los que disminuye marcadamente este tipo de protección social: la cifra más alta corresponde a 2001 con 56,0%, mientras que la más baja se ubica en el año 1997 y fue de 52,5%, y en 2010 con 53,0%. Estas estadísticas coinciden con los resultados de García (2013), en el sentido de que desde finales de la década del noventa e inicios del siglo XXI los trabajadores asalariados mexicanos enfrentaban situaciones de precariedad laboral acentuadas, pero que fue en el transcurso de la primera década de los años 2000 cuando las condiciones laborales registraron mayores deterioros. La autora encuentra además que quienes más carecen de prestaciones de salud son los trabajadores más jóvenes y con menos escolaridad. Además, las ramas más desprotegidas son la agricultura, la construcción y los servicios. Asimismo, la fuerza de trabajo femenina asalariada se encuentra en peor situación en relación con la población masculina.

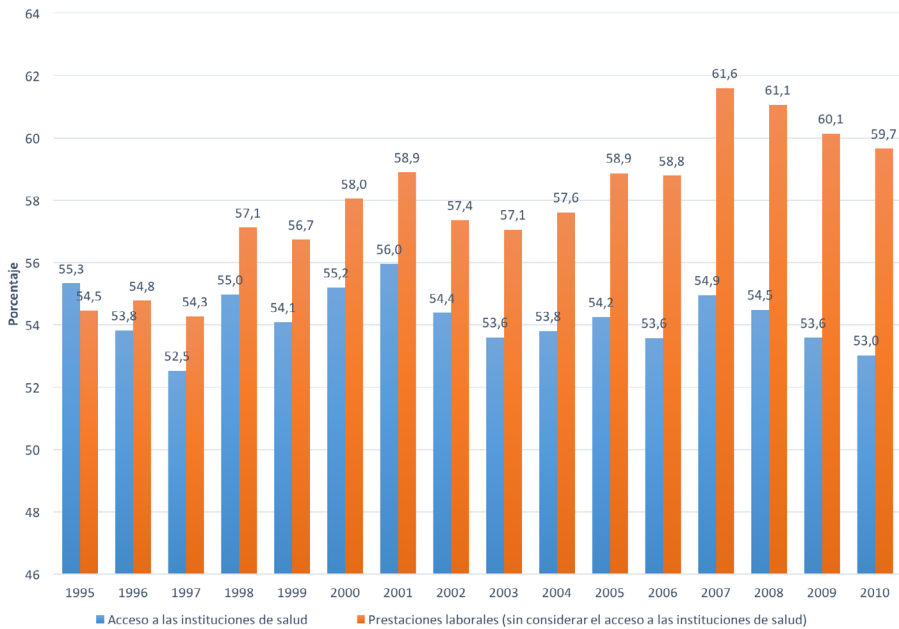
Respecto a los trabajadores con prestaciones laborales (sin considerar el acceso a las instituciones de salud), con excepción de 1995, los porcentajes son más altos en comparación con aquellos que tienen acceso a las instituciones de salud. En el año 1997 se

6 Las prestaciones laborales se refieren a los bienes y servicios, diferentes al acceso a las instituciones de salud, en dinero o en especie, adicionales a su sueldo, que reciben los trabajadores subordinados y remunerados de parte de la unidad económica para la que trabajan, como complemento a sus ingresos laborales (INEGI, 2014). En 2010 se preguntó por aguinaldo, vacaciones con goce de sueldo y reparto de utilidades.

otorgaron prestaciones como aguinaldo, vacaciones con goce de sueldo o reparto de utilidades al 54,3% de los trabajadores. La cifra más alta se ubica en 2007 y es de 61,6%. A partir de ese año la gráfica 3 denota una reducción en términos relativos de las prestaciones otorgadas a los trabajadores subordinados y remunerados. Como Bensusán menciona, ... todo ello nos revela una muy limitada capacidad de los trabajadores en lo individual y del Estado —o simplemente el total desinterés en ese caso— en fiscalizar y hacer efectivas las obligaciones de los empleadores con sus trabajadores, de lo que depende en gran medida la calidad de los empleos (2013: 33).

Gráfica 3

México: trabajadores subordinados y remunerados con acceso a salud y prestaciones. 1995-2010 (segundo trimestre)



Fuente: elaboración propia con base en Indicadores Estratégicos de la ENOE. INEGI

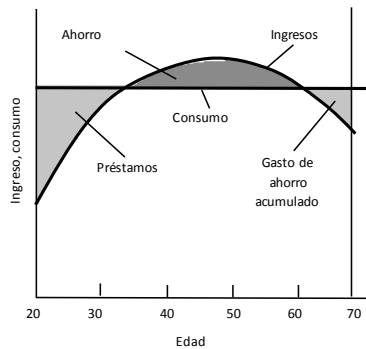
Las estadísticas anteriores dan cuenta de la ausencia de protección y de prestaciones sociales en el empleo. Se trata de evidencia empírica que para el caso mexicano denota una precarización del empleo. Para los objetivos de este documento, resulta relevante analizar el comportamiento económico, en particular el del ahorro de la PO con acceso a las instituciones de salud en relación con aquella que no cuenta con este tipo de protección. Algunas de las interrogantes que se surgen son: ¿Existen diferencias en el ahorro de la PO según la condición de acceso a las instituciones de salud? En la siguiente sección se presenta un breve repaso al ahorro y a la HCV.

Ciclo de vida y ahorro

En el análisis del ahorro uno de los marcos teórico-analíticos más utilizados es la HCV propuesta por Modigliani y Brumberg (1954). De acuerdo con Modigliani (1986), la HCV se basa en un criterio de optimización intertemporal que permite al individuo mantener constante su utilidad marginal de consumo a lo largo de la vida, considerando que

su ingreso no siempre es igual a su consumo y que este último es una función del ingreso permanente. Así, en los años de juventud, cuando los ingresos son bajos, los individuos se endeudan (desahorran). Más tarde, en los años de madurez de la vida activa, cuando se logran los mejores niveles de ingreso, se procede a la acumulación de activos para pagar las deudas previas y acumular fondos (ahorro) anticipándose al futuro. Finalmente, los activos acumulados se van reduciendo paulatinamente después de que se produce el abandono de la vida activa (desahorro). Entonces, hay dos períodos de desahorro a lo largo de la vida, en los primeros y los últimos años y un período de ahorro en los años intermedios (gráfica 4).

Gráfica 4
Hipótesis del ciclo de vida



Fuente: elaboración propia

En general, el modelo de HCV permite estudiar el comportamiento del ahorro a lo largo de la vida en un contexto dinámico. Este marco teórico sugiere algunas interrogantes sobre el ahorro en México: ¿El perfil de ahorro en México sigue el patrón sugerido por la HCV? ¿Qué diferencias existen en el perfil de ahorro de la PO según condición de acceso a las instituciones de salud? Para realizar un análisis empírico de este tipo, es necesario contar con información de los mismos individuos a lo largo del ciclo de vida, dado que estos datos no existen una alternativa es la construcción de un panel sintético. El método fue propuesto por Browning, Deaton e Irish (1985) y ampliamente desarrollado y utilizado por Deaton (1985 y 1997). Los autores plantean construir cohortes sintéticas a partir de la información de grupos de individuos, como el jefe del hogar. Se trata de una técnica que permite superar las limitaciones en el análisis dinámico del ahorro, elemento que resulta relevante en el enfoque de HCV. Es importante mencionar que para el caso de México, las investigaciones que analizan el ahorro y toman como marco analítico de referencia la HCV se basan en análisis de cohortes sintéticas sobre la edad de nacimiento del jefe de familia. Attanasio y Székely (1999) estudian el ahorro de los hogares a lo largo del ciclo de vida y según nivel de educación del jefe de hogar. Solís y Villagómez (1999) exploran el comportamiento del ahorro de las familias a lo largo del ciclo vital y bajo un esquema de pensiones público de reparto. Fuentes y Villagómez (2001) revisan el ahorro a lo largo del ciclo vital de los hogares de bajos ingresos. Montes y Villagómez (2002) estudian el efecto de los hijos en el ahorro de los hogares a lo largo de su ciclo de vida.

Metodología

Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares

La base de datos que se utiliza es la ENIGH, que levanta el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Es una encuesta que proporciona información estadística sobre el comportamiento de los ingresos y gastos de los hogares, relacionado con su monto, procedencia y distribución. Además, ofrece información sobre las características ocupacionales y sociodemográficas de la población; y sobre las características de la infraestructura de la vivienda y el equipamiento del hogar. Tiene representatividad nacional, para el área urbana (localidades de 2500 y más habitantes) y rural (localidades de menos de 2500 habitantes); y a nivel entidad federativa para las entidades que, en su momento, convinieron con INEGI una ampliación de la muestra. En esta investigación se trabaja con las encuestas de 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012 y 2014.

Es importante mencionar que desde 1984 los objetivos de la ENIGH se mantienen y las encuestas resultan comparables en diseño, metodología y cuestionario (Díaz, 2015). Si bien es cierto que la encuesta ha incorporado las recomendaciones internacionales, siempre se ha cuidado la comparabilidad histórica. El cambio más importante se presentó en 2008 cuando la construcción de variables se realizó conforme a las recomendaciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).⁷ Esto llevó a que el ingreso corriente dejara de desagregarse en sus componentes monetario y no monetario, y a que el gasto corriente solo incluyera el componente monetario. Sin embargo, a partir de 2008 el INEGI presenta la información de la encuesta en dos versiones, la nueva construcción, que incluye las modificaciones anteriores y la tradicional, que mantiene la comparabilidad con las encuestas anteriores; en esta investigación se utilizan la versión tradicional.

Variables centrales

Las principales variables que se utilizan para la estimación del ahorro corriente son el ingreso corriente y el gasto corriente de los hogares:

1. *El ingreso corriente incluye los componentes monetario y no monetario.*

El ingreso corriente monetario se refiere a las percepciones corrientes recibidas en dinero provenientes del trabajo asalariado, del trabajo independiente, de los ingresos derivados de la posesión de activos físicos y no físicos, y de las transferencias recibidas de instituciones públicas o privadas, así como de otros hogares.

El ingreso corriente no monetario corresponde a la adquisición de bienes y servicios sin que medie una transacción monetaria.

2. *El gasto corriente se compone de los rubros monetario y no monetario.*

El gasto corriente monetario es la suma de los gastos regulares que realizan los hogares directamente en bienes y servicios para su consumo. Incluye los rubros de alimentos y bebidas consumidas dentro y fuera del hogar, y tabaco; vestido y calzado; vivienda, servicios de conservación, energía eléctrica y combustibles; artículos y servicios para la limpieza y cuidados de la casa, enseres domésticos, muebles, cristalería, utensilios domésticos y blancos; cuidados médicos y conservación de la salud; transporte, adquisición, mantenimiento y accesorios para vehículos y comunicaciones; servicios y artículos de educación

7 Específicamente las recomendaciones emitidas en la 17.^a Conferencia Internacional de Estadígrafos del Trabajo en el *Reporte del Grupo de Canberra*.

y esparcimiento, paquetes turísticos y para fiestas, hospedaje y alojamiento; artículos y servicios para el cuidado personal, accesorios y efectos personales, y otros gastos diversos y transferencias. El gasto corriente no monetario corresponde exactamente con el ingreso corriente no monetario.

El S_c de los hogares se obtiene de restar el gasto en consumo corriente C_c que realizan los integrantes del hogar del ingreso corriente I_c . Esto se puede expresar como:

$$S_c = I_c - C_c$$

para deflactar las variables se utiliza el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) base 2010, segunda quincena.

El análisis del ahorro según condición de acceso a la seguridad social se realiza a partir de dividir la muestra en hogares en los que el jefe de hogar realiza algún tipo de actividad económica (ocupado) y tiene acceso a las prestaciones que otorgan las instituciones de salud y aquellos jefes de hogar trabajadores que carecen de estas prestaciones. Las variables que se utilizan son las siguientes:

1. Jefe del hogar: es la persona reconocida como tal por los residentes habituales de la vivienda. Los cuestionarios de la ENIGH de 1994 a 2014 consideran la jefatura declarada.
2. Jefe del hogar ocupado: la variable se construyó a partir de la condición de ocupación del jefe del hogar durante el mes pasado y la verificación de la ocupación. Ambas preguntas aparecen en los cuestionarios de 1994 a 2014.
3. Jefe del hogar ocupado según condición de acceso a servicios médicos: la variable se construyó a partir de las prestaciones sociales que otorga el empleo.
- Los cuestionarios de la ENIGH de 1994 a 2006 incluyen la pregunta «¿Cuenta con prestaciones sociales provenientes de este empleo?». Las respuestas incluyen al menos cuatro opciones relacionadas con los servicios de salud. Por ejemplo, en 1994 fueron: 1) Servicios médicos del IMSS, 2) Servicios médicos del ISSSTE, 3) Servicios médicos por parte de PEMEX, marina, ejército o universidades y 4) Servicios médicos privados. En 2006 fueron: 1) Servicios médicos del IMSS, 2) Servicios médicos del ISSSTE, 3) Servicios médicos del ISSSTE estatal, 4) Servicios médicos de PEMEX, del ejército o de la marina, 5) Servicios médicos de universidades y 6) Servicios médicos privados.
- Los cuestionarios de 2008 a 2014 incluyen la pregunta «¿En qué institución está afiliado o inscrito?». Las respuestas son: 1) en el IMSS, 2) en el ISSSTE, 3) en el ISSSTE estatal, 4) por PEMEX, la Defensa o la Marina y 5) otro. También incorporan la pregunta «¿Está usted afiliado o inscrito por...?», entre cuyas respuestas se incluye 1) prestación en el trabajo.

Construcción del pseudopanel

Con el objetivo de realizar un análisis del ahorro basado en el planteamiento de la HCV, es deseable contar con una serie de observaciones consecutivas de los individuos a lo largo del tiempo. Sin embargo, las encuestas que existen y proporcionan información sobre los ingresos y gastos son de corte transversal y si se opta por identificar los perfiles del ciclo de vida con base en la «fotografía» obtenida a partir de un análisis de corte transversal los resultados pueden ser erróneos. Por ejemplo, si hay fuertes efectos cohorte, el perfil por edades derivado del análisis transversal será muy diferente al perfil por edades de cualquier individuo. Con el fin de no incurrir en estos problemas se construye un pseudopanel o panel sintético (Deaton, 1997).

El pseudopanel consiste en la construcción de n cohortes sintéticas con base en un criterio fijo y para un intervalo constante. Dado que las personas comparten algunas características comunes, es posible identificar al mismo grupo de personas en distintos períodos. Deaton (1985) sugiere utilizar el año de nacimiento, ya que se trata de la característica más común que agrupa a las cohortes. A partir de este antecedente y considerando que la literatura que analiza el ahorro con base en el análisis de cohortes sintéticas generalmente ocupa este criterio, en esta investigación la construcción de las cohortes se realiza a partir del año de nacimiento del jefe de hogar en intervalos de cinco años. La muestra se restringió a aquellos jefes en edades 20-74, ya que en los extremos se reduce el número de unidades familiares (Verbeek, 2007). Además, en la cuarta edad (75 y más años) es común la presencia de enfermedades crónico-degenerativas y discapacidades que limitan la participación en el mercado laboral (Nava y Ham, 2014).

La tabla 1 muestra las edades de las diez cohortes sintéticas en los once años de levantamiento de la encuesta, de tal forma que la primera cohorte corresponde a los jefes de hogar que pertenecen a la generación 1925-1929, por lo que para el año de la primera encuesta en 1994, tendrán entre 65 y 69 años de edad; en el segundo año de la encuesta, en 1996, alcanzarán las edades 67-71, y en el año 1998 tendrán entre 69 y 73 años y así sucesivamente hasta la última encuesta. Por su parte, la segunda cohorte corresponde a los jefes de hogar que nacieron en el período 1930-1934. En el año 1994 sus edades fluctuarán entre 60 y 64 años; en 1996 habrán cumplido los 62 y 66 años, y así repetidamente hasta llegar al año 2004, donde tendrán entre 70 y 74 años de edad. En total se construyeron diez cohortes sintéticas. La más reciente corresponde a la generación 1970-1974, que para el año 1994 se encontraba entre 20 y 24 años. En el año 2014 la cohorte más joven alcanzó edades de 40 a 44 años.

Tabla 1
Construcción del pseudopanel

Cohorte	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
Año	1925	1929	1930	1934	1935	1939	1940	1944	1945	1949	1950	1954	1955	1959	1960	1964	1965	1969	1970	1974
1994	65	69	60	64	55	59	50	54	45	49	40	44	35	39	30	34	25	29	20	24
1996	67	71	62	66	57	61	52	56	47	51	42	46	37	41	32	36	27	31	22	26
1998	69	73	64	68	59	63	54	58	49	53	44	48	39	43	34	38	29	33	24	28
2000	71		66	70	61	65	56	60	51	55	46	50	41	45	36	40	31	35	26	30
2002	73		68	72	63	67	58	62	53	57	48	52	43	47	38	42	33	37	28	32
2004			70	74	65	69	60	64	55	59	50	54	45	49	40	44	35	39	30	34
2006			72		67	71	62	66	57	61	52	56	47	51	42	46	37	41	32	36
2008			74		69	73	64	68	59	63	54	58	49	53	44	48	39	43	34	38
2010					71	75	66	70	61	65	56	60	51	55	46	50	41	45	36	40
2012					73		68	72	63	67	58	62	53	57	48	52	43	47	38	42
2014							70	74	65	69	60	64	55	59	50	54	45	49	40	44

Fuente: elaboración propia

Tabla 2
Precisiones estadísticas de las cohortes

		Jefes de hogar ocupados con servicios de atención médica									
Año	Precisiones estadísticas	Cohorte									
		1925-1929	1930-1934	1935-1939	1940-1944	1945-1949	1950-1954	1955-1959	1960-1964	1965-1969	1970-1974
1994	Estimación	98.929	165.934	264.651	478.458	549.831	841.184	1.049.372	1.184.553	991.485	518.805
	Error Est.	16.588	25.854	26.387	45.578	47.127	63.524	72.593	94.566	113.921	51.957
	Coef. Var.	16,8%	15,6%	10,0%	9,5%	8,6%	7,6%	6,9%	8,0%	11,5%	10,0%
1996	Estimación	45.614	103.204	182.995	338.359	549.642	827.907	1.057.768	1.156.839	1.117.945	718.691
	Error Est.	10.744	18.019	22.062	32.299	45.988	52.071	65.745	81.638	93.333	76.042
	Coef. Var.	23,6%	17,5%	12,1%	9,5%	8,4%	6,3%	6,2%	7,1%	8,3%	10,6%
1998	Estimación	23.360	78.552	209.776	384.239	574.955	793.366	1.085.602	1.257.011	1.183.525	942.147
	Error Est.	6.822	14.591	31.684	37.646	42.634	54.748	62.957	68.636	69.265	65.262
	Coef. Var.	29,2%*	18,6%	15,1%	9,8%	7,4%	6,9%	5,8%	5,5%	5,9%	6,9%
2000	Estimación	14.211	59.827	173.185	288.913	564.310	980.724	945.296	1.301.933	1.271.234	1.109.131
	Error Est.	5.882	19.403	38.142	41.690	81.406	90.543	80.379	104.385	87.132	80.998
	Coef. Var.	41,4%*	22,4%	22,0%	14,4%	14,4%	9,2%	8,5%	8,0%	6,9%	7,3%
2002	Estimación	50.225	36.916	195.902	346.341	530.089	833.346	978.495	1.284.328	1.301.133	1.096.337
	Error Est.	18.799	9.030	60.394	49.783	47.539	52.758	61.335	73.556	80.002	75.421
	Coef. Var.	37,4%*	24,5%	20,8%	14,4%	9,0%	6,3%	6,3%	5,7%	6,1%	6,9%
2004	Estimación		48.559	69.632	213.836	400.084	745.959	846.843	1.301.755	1.387.259	1.372.335
	Error Est.		14.666	10.389	20.652	30.961	63.809	38.970	74.263	114.088	91.654
	Coef. Var.		30,2%*	14,9%	9,7%	7,7%	8,6%	4,6%	5,7%	8,2%	6,7%
2006	Estimación		27.065	62.049	131.079	342.382	718.503	980.665	1.362.499	1.397.538	1.396.443
	Error Est.		9.521	11.160	16.569	28.517	43.944	50.789	65.425	71.385	64.951
	Coef. Var.		35,2%*	18,0%	12,6%	8,3%	6,1%	5,2%	4,8%	5,1%	4,7%
2008	Estimación		33.288	35.865	123.762	316.988	633.957	912.880	1.168.768	1.298.021	1.306.771
	Error Est.		7.593	7.586	15.432	25.382	32.346	39.038	46.731	51.701	55.605
	Coef. Var.		22,8%	21,2%	12,5%	8,0%	5,1%	4,3%	4,0%	4,0%	4,3%
2010	Estimación			34.527	89.602	201.187	550.137	855.400	1.222.504	1.264.625	1.445.206
	Error Est.			7.993	13.740	18.411	32.286	40.406	51.561	54.466	60.000
	Coef. Var.			23,1%	15,3%	9,2%	5,9%	4,7%	4,2%	4,3%	4,2%
2012	Estimación			25.348	82.026	144.279	437.901	745.701	1.158.772	1.151.402	1.274.359
	Error Est.			10.725	27.383	26.072	59.176	75.820	91.677	87.148	99.602
	Coef. Var.			42,3%*	13,4%	18,1%	13,5%	10,2%	7,9%	7,6%	7,8%
2014	Estimación				50.766	133.253	306.886	710.162	1.056.474	1.331.451	1.650.964
	Error Est.				15.905	21.149	31.437	47.495	54.094	61.627	80.401
	Coef. Var.				31,3%*	15,9%	10,2%	6,7%	5,1%	4,6%	4,9%

Jefes de hogar ocupados sin servicios de atención médica											
Año	Precisiones estadísticas	Cohorte									
		1925-1929	1930-1934	1935-1939	1940-1944	1945-1949	1950-1954	1955-1959	1960-1964	1965-1969	1970-1974
1994	Estimación	538.536	653.780	787.947	948.016	1.132.307	1.128.118	1.417.752	1.354.195	946.295	584.354
	Error Est.	50.199	48.451	52.505	53.183	67.603	66.169	84.160	106.885	59.777	50.249
	Coef. Var.	9,3%	7,4%	6,7%	5,6%	6,0%	5,9%	5,9%	7,9%	6,3%	8,6%
1996	Estimación	414.851	608.763	768.876	926.335	1.182.999	1.368.151	1.382.202	1.477.322	1.247.874	753.281
	Error Est.	36.034	41.800	47.959	54.553	60.351	67.138	63.158	66.504	65.121	45.230
	Coef. Var.	8,7%	6,9%	6,2%	5,9%	5,1%	4,9%	4,6%	4,5%	5,2%	6,0%
1998	Estimación	374.728	664.445	727.731	983.130	1.216.425	1.401.542	1.448.153	1.484.076	1.384.952	937.068
	Error Est.	36.892	51.230	53.671	67.627	71.612	65.272	69.477	71.125	75.187	62.504
	Coef. Var.	9,8%	7,7%	7,4%	6,9%	5,9%	4,7%	4,8%	4,8%	5,4%	6,7%
2000	Estimación	388.941	605.374	724.383	1.117.926	1.150.904	1.433.290	1.535.745	1.544.362	1.565.809	1.068.128
	Error Est.	43.822	50.435	60.049	76.480	75.298	115.799	91.880	81.599	118.760	76.038
	Coef. Var.	11,3%	8,3%	8,3%	6,8%	6,5%	8,1%	6,0%	5,3%	7,6%	7,1%
2002	Estimación	302.303	479.059	780.403	955.580	1.238.015	1.552.770	1.462.126	1.910.151	1.493.270	1.226.977
	Error Est.	59.581	41.149	77.886	71.590	76.280	104.778	79.642	111.850	77.250	79.428
	Coef. Var.	19,7%	8,6%	10,0%	7,5%	6,2%	6,7%	5,4%	5,9%	5,2%	6,5%
2004	Estimación		541.528	663.831	921.987	1.155.251	1.290.958	1.510.538	1.655.706	1.787.348	1.493.184
	Error Est.		52.910	44.458	56.034	107.742	76.755	72.986	106.284	89.761	78.561
	Coef. Var.		9,8%	6,7%	6,1%	9,3%	5,9%	4,8%	6,4%	5,0%	5,3%
2006	Estimación		456.231	657.913	962.930	1.118.565	1.434.165	1.503.598	1.748.227	1.863.508	1.804.626
	Error Est.		46.559	46.863	71.082	54.959	67.417	74.485	79.743	95.874	89.021
	Coef. Var.		10,2%	7,1%	7,4%	4,9%	4,7%	5,0%	4,6%	5,1%	4,9%
2008	Estimación		290.355	528.015	834.088	1.100.786	1.317.179	1.502.471	1.810.650	1.839.205	1.968.746
	Error Est.		22.908	34.840	44.118	49.703	50.816	52.299	66.575	63.218	75.012
	Coef. Var.		7,9%	6,6%	5,3%	4,5%	3,9%	3,5%	3,7%	3,4%	3,8%
2010	Estimación			418.108	693.293	925.462	1.284.938	1.581.641	1.844.460	1.861.384	2.072.448
	Error Est.			27.989	42.639	41.441	47.403	67.661	64.640	65.743	66.581
	Coef. Var.			6,7%	6,2%	4,5%	3,7%	4,3%	3,5%	3,5%	3,2%
2012	Estimación			462.102	646.683	1.132.667	1.419.682	1.679.050	1.972.407	1.996.116	2.372.166
	Error Est.			44.070	59.077	73.348	90.949	104.182	105.022	120.392	119.854
	Coef. Var.			9,5%	9,1%	6,5%	6,4%	6,2%	5,3%	6,0%	5,1%
2014	Estimación				576.295	873.686	1.209.127	1.444.289	1.789.115	2.016.572	2.142.269
	Error Est.				38.275	47.538	53.514	61.473	71.078	70.951	74.499
	Coef. Var.				6,6%	5,4%	4,4%	4,3%	4,0%	3,5%	3,5%

Fuente: cálculos realizados por la Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas del INEGI (noviembre de 2015).

*Indica un coeficiente de variación igual o mayor a 25%.

A fin de conocer la magnitud de los errores asociados a la estimación de las diez cohortes sintéticas, en la tabla 2 se presentan las precisiones estadísticas por cohorte y año de la encuesta según condición de acceso a servicios médicos. Las estimaciones y los errores estándar se utilizan para calcular el coeficiente de variación (CV). Estos últimos dan cuenta de la precisión de la estimación. Los valores cercanos a 0% indican que la precisión estadística del dato es mayor. En el caso de este trabajo solo se utiliza la información de las cohortes cuando el CV es estadísticamente confiable (menor a 25%).

A través de este pseudopanel es posible seguir el comportamiento medio de las variables de interés de grupos de hogares a través del tiempo, en este caso del ahorro corriente. Los promedios se calcularon utilizando datos ponderados.

A partir de la muestra de la ENIGH se construyeron dos submuestras: la primera corresponde a las cohortes sintéticas o grupos de hogares, donde el jefe de hogar es un trabajador con prestaciones de servicios médicos por parte del trabajo. La segunda incluye a los jefes de hogar que trabajan y no cuentan con prestaciones de servicios médicos.

Perfiles de ingreso, consumo y ahorro

En el análisis del ahorro el ingreso aparece como una variable relevante, en la medida en que afecta o determina el ahorro de los individuos y de los hogares. En general se espera que exista un efecto positivo, donde a medida que el ingreso aumente, el ahorro también se incremente. Sin embargo, la manera como el ingreso se incluye en las formulaciones empíricas depende del planteamiento teórico que sustenta el análisis. De acuerdo con la HCV, el ingreso, incluyendo el de tipo laboral y no laboral, describe una joroba o U invertida. En las primeros años de la vida laboral las personas acumulan capital humano que se refleja en un ingreso creciente, luego este decrece como resultado de la menor actividad que impone la vejez y el proceso de obsolescencia en el desempeño por cambios tecnológicos (Butelmann y Gallego, 2000).

En la gráfica 5 aparecen los perfiles por edades del ingreso corriente de los hogares según condición de acceso a los servicios de salud del jefe de hogar, como parte de la actividad laboral. En la gráfica se presentan diez segmentos de línea continua que representan las diez cohortes de estudio, basadas en las edades del jefe del hogar en intervalos de cinco años. A su vez cada línea se integra por once puntos que representan a cada una de las encuestas utilizadas. Dado que cada cohorte se compone por intervalos de cinco años y se tienen diez cohortes, es común que cada cohorte se superponga con las cohortes contiguas. Esto denota que tenemos información a las mismas edades para diferentes cohortes, pero en distintos momentos cronológicos.

Cada uno de los segmentos de unión que aparecen en la gráfica 5 representa el ingreso corriente promedio de los hogares en cada cohorte. Por ejemplo, en la cohorte más joven (1970-1974) se observa el ingreso promedio a una edad media de 22 años en 1994, 24 en 1996, 26 en 1998 y así sucesivamente. Mientras que para la cohorte dos (1965-1969) se presenta el ingreso promedio a una edad media de 27 años en 1994, 29 en 1996 y 31 en 1998. La gráfica ilustra que el ingreso promedio de los hogares presenta un ligero perfil en forma de U invertida, y que, contrario a lo que presupone la HCV, a finales de la vida no se aprecian descensos significativos. Además, entre los hogares donde el jefe no tiene acceso a los servicios de salud el perfil por edades es más plano y los ingresos medios son inferiores. En relación con el nivel de ingresos, estos resultados coinciden con la

literatura que da cuenta de las condiciones de precariedad en el mercado laboral. García (2013) documenta el bajo nivel de ingresos de los trabajadores asalariados y enfatiza en que la situación empeora cuando se trata de trabajadores que no cuentan con prestaciones sociales o contratos. El análisis que aquí se presenta muestra que estas condiciones de deterioro se extienden de los jefes de hogar ocupados a la unidad familiar. Respecto al perfil que describen las cohortes, en un estudio similar sobre el ahorro de los hogares, Solís y Villagómez encuentran que tanto para la muestra de cohortes que incluyen jefes de familia asalariados, como la muestra de no asalariados «el perfil de ingreso evoluciona de acuerdo con lo sugerido por el modelo de cv, aumenta con la edad y alcanza un punto máximo entre los 40 y 50 años de edad» (1999: 352).

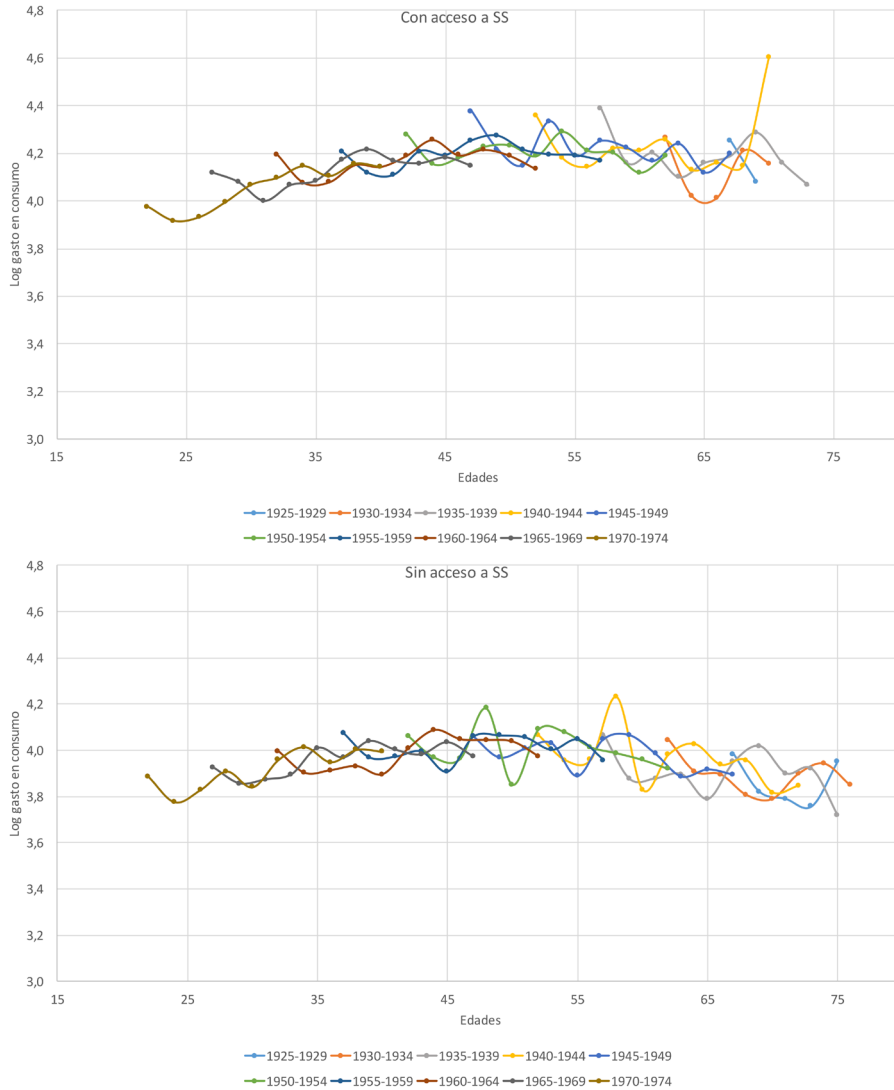
Gráfica 5
México: Ingreso corriente según condición de acceso a servicios de salud (pesos mensuales, 2010=100)



Fuente: elaboración propia con base en ENIGH 1994-2014. INEGI

En el modelo de HCV las decisiones de consumo son de carácter intertemporal y se espera que este se mantenga constante a lo largo del ciclo vital. En la gráfica 6 aparece el gasto en consumo corriente de los hogares según condición de acceso a los servicios de salud por parte de los jefes de hogar. Se observa que la trayectoria de consumo se ajusta al patrón de comportamiento del ingreso corriente. Estos resultados coinciden con los hallazgos de otras investigaciones que analizan los perfiles de ingreso y consumo (Solís y Villagómez, 1999).

Gráfica 6
México: Gasto en consumo corriente según condición de acceso a servicios de salud (pesos mensuales, 2010=100)



Fuente: elaboración propia con base en ENIGH 1994-2014. INEGI.

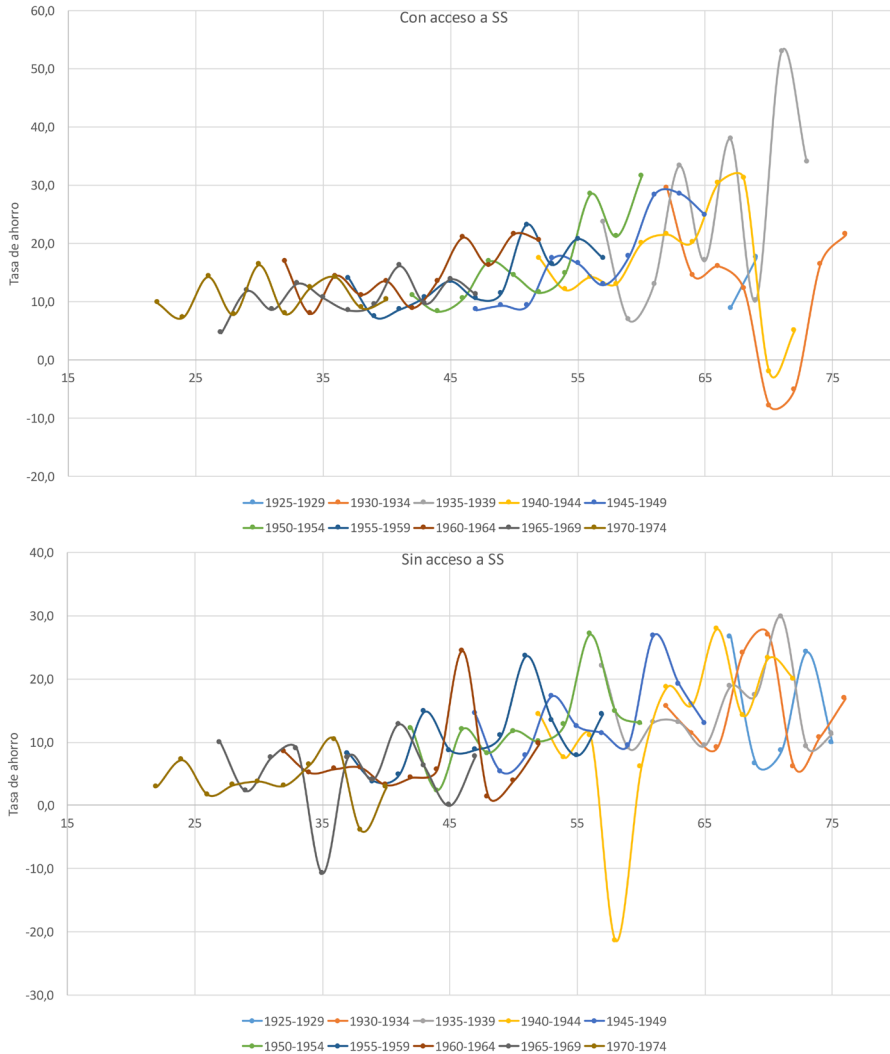
El ahorro corriente se refiere al consumo presente no realizado y transferido hacia el futuro. En el planteamiento de la HCV, el ahorro es una variable central, que garantiza el consumo de los individuos, en particular en las edades más avanzadas donde los ingresos son muy bajos o inexistentes. Dado que el comportamiento del ingreso y el gasto en consumo es muy similar en varias de las etapas del ciclo de vida, el perfil de la tasa de ahorro corriente que aparece en la gráfica 7 no toma la esperada forma de U invertida. Entre los hogares donde la jefatura tiene acceso a los servicios de salud, el ahorro medio describe un perfil bastante aplanado hasta antes de las etapas de mayor edad, momento en el que se registran tasas de ahorro negativas. En relación con los hogares sin acceso a los servicios de salud, en el análisis del perfil por edades resalta que en las etapas de inicio de la vida no hay ahorro y en algunos casos las cifras son negativas. Además, las tasas de ahorro más significativas se presentan en las edades avanzadas. Entre la literatura que analiza el perfil por edades del ahorro destaca el estudio de Solís y Villagómez (1999), en el que los autores encuentran que en los hogares donde el jefe de hogar es un trabajador asalariado con seguridad social el perfil se asemeja más a una forma de U invertida, mientras que en los hogares cuyos jefes de hogar son asalariados sin seguridad social el perfil se mantiene muy plano y cercano a un valor. En un estudio posterior, Montes y Villagómez (2002) analizan los perfiles de ahorro según la presencia de hijos. Sus resultados también muestran un comportamiento similar del ingreso y el consumo, por lo que el ahorro no toma la forma de U invertida. En relación con la literatura internacional, después de analizar el perfil de ahorro de varias cohortes en Estados Unidos, China, Tailandia y Gran Bretaña y en distintos grupos educativos y ocupacionales, Deaton (1997) encuentra poca evidencia de perfiles de ahorro en forma de joroba. Por lo general encuentra que el consumo muestra perfiles muy cercanos al ingreso, lo que se manifiesta en poco ahorro a lo largo de la vida.

Es importante mencionar que en las diez cohortes sin acceso a los servicios de salud la tasa de ahorro promedio fue 10,7%, cifra significativamente inferior a la tasa media de las cohortes con estas prestaciones, que es 15,8%. Los resultados anteriores dan cuenta de las menores posibilidades de ahorro entre los hogares sin acceso a servicios de salud. Se trata de un grupo poblacional que enfrenta enormes desventajas económicas que se perpetúan a lo largo de la vida y que restan posibilidades de garantizar un consumo suficiente en las etapas más avanzadas del ciclo de vida. En este primer análisis del comportamiento de los perfiles por edad del ahorro se aprecia la ausencia de un motivo precautorio, que se esperaría fuera importante frente a la incertidumbre de los ingresos futuros.

Al análisis anterior sobre el comportamiento de los perfiles-edad para los grupos de hogares donde el jefe de hogar trabaja y tiene acceso a los servicios de salud, y donde el jefe de hogar trabaja pero no tienen acceso a los servicios médicos, proporciona un primer acercamiento al efecto edad. Es decir, el comportamiento del ingreso, el gasto en consumo y el ahorro como una función de la edad. Sin embargo, también se observan importantes efectos cohorte y período. El efecto cohorte se refiere a las diferencias generacionales; esto es que la variable se puede comportar de manera diferente para las personas que nacieron entre 1970 y 1974 que para las personas que nacieron entre 1960-1964, debido a que el comportamiento de las generaciones es distinto. Las distintas cohortes analizadas han transitado por condiciones económicas y laborales con profundas diferencias que afectan sus patrones de ingreso y de gasto en consumo y ahorro. En la gráfica 5 se pueden apreciar las diferencias verticales en el monto de los ingresos para diferentes cohortes a la misma edad, lo que puede atribuirse a la presencia de efectos cohorte. Sin embargo, es importante

considerar que estas diferencias pueden ser resultado de efectos temporales y de la edad. En relación con el efecto período, éste ubica eventos históricos en determinados momentos del tiempo, por lo que afecta a toda la población. Por ejemplo, la caída del ingreso promedio que se registra para todas las cohortes en el año 1996, producto de los estragos de la crisis económica que vivió el país a finales de 1994 y durante 1995. No obstante, el efecto período puede reproducirse como una combinación de los efectos cohorte y edad.

Gráfica 7
México: Ahorro corriente según condición de acceso a servicios de salud (pesos mensuales. 2010=100)



Fuente: elaboración propia con base en ENIGH 1994-2014. INEGI.

Con el objetivo de identificar el efecto edad en el ahorro de los hogares se estimó un modelo de regresión de la tasa de ahorro siguiendo el procedimiento utilizado por Deaton (1997):

$$S_{ct} = \alpha + A\beta + Cy + Y^* \delta + u_{ct}$$

para $c = 1. \dots 10$ y $t = 1. \dots 11$

donde: S_{ct} es el promedio de la tasa de ahorro por cohorte. Las variables explicativas son las $n - 1$ variables dicotómicas para las edades (A) y cohortes (C); y las nuevas variables de período (Y^*), que cumplen con la condición de ortogonalidad a una tendencia lineal y suman cero. De esta forma, el efecto edad sobre el ahorro puede ser estimado sin que sea afectado por la posición de la cohorte ni por el efecto período.

Primero se estimó la prueba de Wald para determinar si los efectos edad, cohorte y período son significativos conjuntamente. Se encuentra que los efectos edad y período son estadísticamente significativos en ambos hogares, mientras que las variables dicotómicas de cohorte solo resultaron conjuntamente significativas en el modelo de ahorro de las cohortes integradas por jefes de hogar con acceso a los servicios de salud (tabla 3).

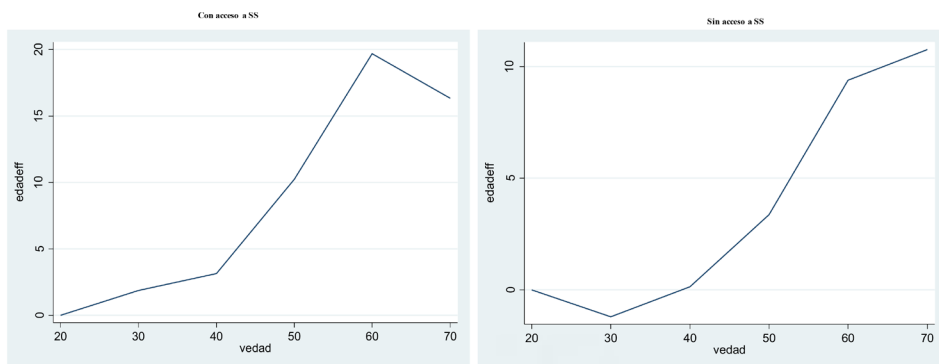
Tabla 3
Prueba de Wald de significancia conjunta de la tasa de ahorro

Ecuación	Efecto edad	Efecto cohorte	Efecto período
Tasa de ahorro de las cohortes de hogares donde el jefe tiene acceso a servicios de salud	F=5.84 (0.00)*	F=2.73 (0.00)*	F=2.53 (0.01)*
Tasa de ahorro de las cohortes de hogares donde el jefe no tiene acceso a servicios de salud	F=2.80 (0.02)**	F=0.87 (0.55)	F=4.72 (0.00)*

Nivel de significancia: * 0.01, ** 0.05 y *** 0.10

La gráfica 8 ilustra que después de controlar por los efectos cohorte y período, el efecto edad en la tasa de ahorro no describe un perfil de U invertida como lo predice la HCV: en especial, no hay desahorro en las edades avanzadas. Es posible que el resultado se relacione con las motivaciones de las personas para ahorrar: entre la población en edades avanzadas existe mayor incertidumbre que puede afectar su vida debido a la presencia de enfermedades crónico-degenerativas y discapacitantes. A ello se agrega la incertidumbre sobre la esperanza de vida y el momento de la muerte. Además, es posible que exista un motivo herencia que incentive la acumulación del ahorro en las edades avanzadas (Kim *et al.*, 2012). Asimismo, puede haber un efecto selectividad, que lleve a incluir en la muestra a las personas en edades avanzadas que son jefes de hogar y que se encuentran en una mejor situación económica, mientras que el resto de los adultos mayores que posiblemente presentan menores tasas de ahorro o desahorro forman parte de otras unidades familiares (Deaton, 1997).

Gráfica 8
Efecto edad en la tasa de ahorro según acceso a servicios de salud



Conclusiones

En esta investigación se presenta un análisis de los perfiles etarios del ingreso, consumo y ahorro corriente de los hogares en México, según condición de acceso del jefe del hogar a los servicios médicos por parte del trabajo. El análisis se apoya en un pseudopanel que permite seguir el comportamiento de diez cohortes sintéticas. Los perfiles por edades del ingreso y gasto en consumo muestran un alto grado de paralelismo en ambas variables: en consecuencia, poco ahorro. Después de controlar por los efectos cohorte y período, el análisis de regresión muestra que el perfil por edad del ahorro corriente de los hogares no describe una forma de joroba o U invertida como lo ilustra la HCV. Además, entre los hogares donde el jefe de hogar no tiene acceso a los servicios médicos se observa una caída del ahorro en las primeras edades y un efecto positivo en las edades más avanzadas, mientras que en los jefes con acceso a servicios médicos el ahorro aumenta hacia finales de la vida y disminuye después de los sesenta años.

Los resultados previos adquieren relevancia en un contexto donde la precariedad laboral se mantiene elevada y se vislumbra un empeoramiento en los últimos años. A ello debe agregarse la dinámica de envejecimiento de la población, donde el desgaste físico y de las condiciones de salud entre la población en edades avanzadas forzosamente llevará a un retiro definitivo de la actividad laboral y a la necesidad de contar con algún ingreso para satisfacer las necesidades más básicas de consumo de bienes y servicios: los resultados muestran que la población sin prestaciones sociales difícilmente lo conseguirá. En este sentido, las recomendaciones de política pública que pueden desprenderse de estos resultados apuntan hacia la necesidad de empleos que garanticen la protección social de los trabajadores.

En términos de futuras líneas de investigación es importante considerar en el análisis de regresión los factores que determinan o pueden afectar los perfiles de ingreso y consumo, en especial las características de los hogares como el tamaño, la composición, la clase, el tipo y la estructura, ya que el consumo de un hogar con hijos mayores es distinta al de uno sin hijos o con hijos pequeños. Todas estas variables influyen en el comportamiento del ahorro en el ciclo vital. Asimismo, es importante analizar la trayectoria de la tasa de ahorro de otros grupos de población.

Referencias bibliográficas

- ATTANASIO, O. y SZÉKELY, M. (1999), «Ahorro de los hogares y distribución del ingreso en México», *Economía Mexicana*, Nueva Época, vol. VIII, n.º 2: 267-338.
- BENSUSÁN, G. (2013), «Reforma laboral, desarrollo incluyente e igualdad en México», *Serie Estudios y Perspectivas*, 143, Sede subregional de la CEPAL en México.
- BROWNING, M.; DEATON, A. y IRISH, M. (1985), «A profitable approach to labor supply and commodity demands over the life-cycle», en *Econometrica*, 53: 503-543.
- BUTELMANN, A. y GALLEGU, F. (2000), «Ahorro de los hogares en Chile: evidencia microeconómica», en *Economía Chilena*, vol. 3, n.º 1: 5-24.
- DEATON, A. (1985), «Panel Data from Time Series of Cross-Sections», EN *Journal of Econometrics*, 30: 109-126.
- (1997), *The Analysis of Households Surveys: A Microeconomic Approach to Development Policy*, Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press.
- DÍAZ, A. (2015), «Algunas notas sobre las encuestas nacionales de ingreso-gasto de los hogares (ENIGH)», *nexos*, en <<http://redaccion.nexos.com.mx/?p=7204>>, acceso: 09/11/2015.
- FUENTES, R. y VILLAGÓMEZ, A. (2001), «El ahorro en los hogares de bajos ingresos en México. Un análisis por cohortes», *Trimestre Económico*, vol. 68, n.º 269 (1): 109-133.
- GARCÍA, B. (2010), «La población económicamente activa: evolución y desafíos», en GARCÍA, B. y ORDORICA, M. (coords.), *La población*, Ciudad de México: El Colegio de México, Serie Los Grandes Problemas de México, pp. 363-392.
- (2013), «Precariedad laboral y desempleo en México», en VALDÉS, L. M. (coord.), *Hacia una nueva Ley General de Población*, Ciudad de México: IJ-UNAM, pp. 157-177.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI) (1994-2012), *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*, en <<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/regulares/enigh/>>, acceso: 27/4/2015.
- (1995-2010), *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*, en <<http://www3.inegi.org.mx/Sistemas/infoenoe/Default.aspx?s=est&c=14042>>, acceso: 27/4/2015.
- (2015), *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*, en <http://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/consulta.aspx?p=encue&c=4>, acceso: 27/4/2015.
- KIM, E.; HANNA, S., CHATTERJEE, S. y LINDAMOD, S. (2012), «Who Among the Elderly Owns Stocks? The Role of Cognitive Ability and Bequest Motive», *J Fam Econ*, vol. 33: 338-352.
- MARCO, F. (2004), «Rasgos generales de los sistemas previsionales de capitalización individual y de sus contextos laborales y demográficos», en MARCO, F. (coord.), *Los sistemas de pensiones en América Latina: un análisis de género*, Santiago de Chile: CEPAL, pp. 31-58.
- MODIGLIANI, F. (1986), «Life cycle, individual thrift, and the wealth of nations», *American Economic Review*, 76: 297-313.
- y BRUMBERG, R. (1954), «Utility Analysis and the Consumption Function: an Interpretation of Cross-section Data», en KURIHARA, K. (ed.), *Post Keynesian Economics*, New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press, pp. 388-436.
- MONTES, A. y VILLAGÓMEZ, A. (2002). «El efecto de los hijos sobre el ahorro de los hogares mexicanos», *Economía Mexicana Nueva Época*, 11 (2): 261-297.
- NAVA, I. y HAM, R. (2014). «Determinantes de la participación laboral de la población de 60 años o más en México», *Papeles de Población*, 20 (81): 59-87.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT) (1984), *Introducción a la seguridad social*, Ginebra: OIT.
- (2001), *Programa modular de capacitación e información sobre género, pobreza y empleo. Guía para el lector*, Santiago de Chile: OIT.

- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT) (2014), *La Estrategia de Desarrollo de los Sistemas de Seguridad Social de la OIT. El Papel de los Pisos de Protección Social en América Latina y el Caribe*, Lima: OIT.
- RAMÍREZ, B. (2006), «Envejecimiento demográfico, seguridad social y desarrollo en México», en HAM, R. y RAMÍREZ, B. (coords.), *Efectos económicos de los sistemas de pensiones*, Ciudad de México: El Colegio de la Frontera Norte-Plaza y Valdés Editores, pp. 47-96.
- (2008), «Entorno socioeconómico y laboral de la seguridad social, 1997-2014», en ORTIZ, R. (coord.), *Diez años de reformas a la seguridad social en México. Balance, perspectivas y propuestas*, Ciudad de México: Centro de Producción Editorial, pp. 45-60.
- SOLÍS, F. y VILLAGÓMEZ, A. (1999), «Ahorro y pensiones en México: un estudio a nivel de las familias», *Economía Mexicana. Nueva Época*, vol. VIII, n.º 2:339-366.
- TAMEZ S. y EIBENSCHUTZ, C. (2008), «El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud», *Revista Salud Pública*, 10 sup (1): 133-145.
- VERBEEK, M. (2008), «Pseudo-Panels and Repeated Cross-Sections» en MÁTYÁS L. y SEVESTRE P. (ed.), *The Econometrics of Panel Data*, Berlin Heidelberg: Springer, pp. 369-383.