

# Inversiones en Salud: Determinación de la Tasa de Retorno a la Salud

M. en C. Héctor Arreola-Ornelas  
Dra. Felicia Marie Knaul  
Dr. Gustavo Nigenda  
Lic. Christian Borja  
Javier Dorantes  
Oscar Méndez  
Dr. Julio Frenk

---

## *Síntesis Ejecutiva*

VERSION PRELIMINAR

---

México, junio de 2002



## **I. Introducción**

Estudios recientes indican que las mejoras en la salud de los trabajadores están asociadas con las mejoras en la productividad, pero particularmente en aquellos casos donde los ingresos son bajos, (Schultz, 1997; Strauss y Thomas, 1997; y Knaul, 1999).

Hay muchas razones por las cuales la relación entre productividad y salud en países en desarrollo son de especial interés. El ingreso laboral es un insumo fundamental al bienestar individual y de la familia, convirtiéndose éste en un recurso último para aliviar la pobreza. Esta relación no es nueva, dicha hipótesis comúnmente llamada como de salarios de eficiencia, fue discutida por Leibenstein (1957), la cual considera que entre los trabajadores pobremente nutridos, aquellos que consumen más calorías pueden no sólo ser más productivos, sino que a muy bajos niveles de ingestión, las mejoras en la nutrición podrían ser asociadas con incrementos relativamente altos en la productividad.

Cabe hacer mención, que la salud juega un papel muy importante en la disminución de la pobreza, pues por un lado un individuo más sano es también un individuo más productivo, y un individuo más productivo ve reflejado este hecho en salarios mayores, pero a su vez un individuo más sano puede competir en igualdad de condiciones con otros, así lo que hace la salud es poner a los individuos situaciones de igualdad de oportunidades, lo que mejora su ingreso, pero también a su vez mejora el crecimiento de la economía (Frenk, González Block, Lozano, et al., 1997).

Dichos estudios han intentado estimar, sobre la base de este reconocimiento que se le concede a la inversión en salud, el retorno a dicha inversión y sus mejoras en los ingresos de las personas. Un ejemplo de tales estudios es el presentado por Strauss y Thomas (1997), el cual pretende describir el papel de la salud medida a través de cuatro indicadores de salud (estos indicadores fueron: peso, talla, estatura e índice de masa corporal) y si ésta representa mejoras en los salarios tanto de hombres como mujeres; los resultados fueron significativos en grupos de población de ingresos bajos y no así para grupos de ingresos medios o altos. Esto indica que las inversiones en salud tienen un mayor impacto sobre los ingresos de las personas con ingresos bajos y mucho menor en los altos, es decir disminuyen la pobreza de este grupo poblacional.

Típicamente se han empleado medidas antropométricas como indicadores del riesgo de morbilidad y mortalidad de los niños. Por otro lado, estudios recientes han indicado la importancia de algunos otros indicadores, como son la estatura del adulto y a su vez el índice de masa corporal IMC, sobre la probabilidad de padecer algún tipo de enfermedad o morir.

Los resultados de dichos estudios son mostrados en la tabla 1. Las diferencias en las elasticidades de los salarios con respecto a la salud se refieren a diferencias en los indicadores de salud empleados y en las variables con las cuales fueron instrumentados. De dicha tabla podemos observar que la elasticidad de los salarios con respecto a la salud se encuentra dentro de un rango 0.09 a 0.8%, en donde, en general la mayoría de los resultados resultaron significativos excepto para las mujeres en el estudio de Parker (1999) en México.

En lo referente al crecimiento económico, el Banco Mundial en su informe de 1993, es claro al señalar que la salud es un elemento que impacta el bienestar, y al indicar que la salud contribuye al crecimiento económico en cuatro formas: 1) reduce las pérdidas de producción por enfermedad de los trabajadores; 2) permite utilizar recursos naturales que, debido a las enfermedades, eran total o prácticamente inaccesibles; 3) aumenta la matrícula escolar de los niños y les permite aprender mejor; y 4) libera, para diferentes usos, recursos que de otro modo sería necesario destinar al tratamiento de las enfermedades.

Por otro lado, algunos otros estudios (Casas, 2000) han determinado que la salud es una causa así como una consecuencia del crecimiento económico de los países. En este sentido, el estudio de Gertler y Van der Gaag, en una muestra de 34 países, determinó que un incremento en el 10% de los ingresos de la población se podían asociar con un año extra en la esperanza de vida. Mientras que de manera inversa, Cemeño (2000) determina que un incremento permanente de un año en la esperanza de vida logra un aumento permanente en la tasa de crecimiento de 0.08, siendo en México de 2% anual el crecimiento en el ingreso nacional.

En un estudio paralelo (Mayer, 2000) -haciendo uso de las regresiones básicas de Barro (1996) mediante el método de Islam (1995), que ponen a prueba el modelo de Solow de crecimiento económico aumentado por capital humano- en Latinoamérica, Brasil, Colombia y México, las regresiones señalan que

la salud juega un papel más prominente que la educación sobre el crecimiento económico. Los resultados son presentados en la tabla 2. Dichos resultados muestran contribuciones entre 0.01 y 0.37% en la tasa de crecimiento anual permanente del PIB.

## **II. Material y Métodos**

Para el estudio se hizo uso de la información de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA2000), donde además, esta se complementó con información del Censo Nacional de Vivienda 2000 (Censo 2000), llevado a cabo por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), y con información del Boletín Estadístico de la Secretaría de Salud (Ssa).

La información con la que se trabajó consistió básicamente del módulo de adultos de la ENSA2000 así como sus complementos hogar y vivienda. Para la estimación de los retornos de la salud se hizo uso del modelo de productividad laboral de Schultz, (1997). Dicho modelo consiste en una adecuación de la ecuación de salarios minceriana (Mincer, 1978), y el cual parte del supuesto de que el objetivo de los individuos es maximizar su función de utilidad la cual está condicionada por su nivel de salud. Por lo que el nivel de salud, a su vez, es determinado por una demanda derivada por insumos de salud.

Para corregir los coeficientes en la estimación, debido a problemas de endogeneidad por la inclusión de la variable del nivel de salud en la ecuación de salarios, se hace uso de una corrección mediante variables instrumentales. El conjunto de variables instrumentales elegido este estudio para la determinación del nivel de salud de los individuos consiste en: 1. Variables de servicios públicos y calidad del hogar, 2. Servicios personales de salud, y el capital educativo en la comunidad.

## **III. Resultados**

Los resultados sobre los determinantes del nivel de salud son presentados en la tabla 3. Debemos mencionar que dicha estimación resultó indispensable para la determinación de los retornos a las inversiones en salud, pues corresponde a la primera etapa de dicha estimación.

Las elasticidades salariales con respecto a cada una de las variables explicativas son presentadas en la tabla 4. En ella se puede observar que sólo peso y estatura resultaron indicadores significativos sobre el nivel de salarios de los individuos y no así el índice de masa corporal.

La elasticidad del salario con respecto al nivel de salud varió entre 0.01 y 0.06% consistente con lo reportado en la literatura en la región., lo que se traduce como un incremento de una unidad en el nivel de salud, representado por el por una subida en un kg de peso, de las mujeres y los hombre que participan en la fuerza laboral, se traduce en un incremento en el nivel de salarios en un 0.025 y 0.011% en el nivel de los respectivos salarios. Mientras que en caso de la estura del adulto incrementos en la estatura de un cm puede interpretarse como mejoras en el nivel de salud que representan un incremento en el nivel de salario de 0.061 y 0.024%.

Es natural destacar que en todas las estimaciones presentadas en la tabla 4, los coeficientes estimados tienen el signo esperado por la literatura, además de resultar significativos, es decir, inversiones en educación se traducen en incrementos en el nivel de salarios, con variaciones que van desde 0.08 hasta 0.11 por un año de incremento en el nivel de salarios. Por otro lado, la experiencia resulto al igual que la educación significativa y con retornos crecientes a escala, tal y como era de esperarse.

Debemos mencionar que la interacción entre las variable nivel de salud (medido a través del índice de masa corporal, peso o estatura) y nivel de escolaridad no resulto significativa a más de no hacer la estimación más robusta, probado lo anterior mediante la prueba de selección de Hausman.

La misma prueba de Asuman nos permitió determinar que el correr el modelo de productividad de Mincer incluyendo nivel de salud y sin instrumentar estimación mediante mínimos cuadrados ordinarios es una estimación inconsistente, por lo que la estrategia de instrumentación es adecuada. De la misma manera que se hizo la selección de modelo mediante la prueba de Hausman, se determinó que el incluir la variable de nivel de salud incluida como un término cuadrático, adicionado a lineal con la finalidad de determinar retornos de crecientes a escala al igual que sucede con la experiencia, no resultó significativo.

Puede observarse demás que las elasticidades del salario con respecto al nivel de salud, así como de las demás variables de capital humano, son más más altas que para los hombres sirviendo estas como instrumentos de política para disminuir las diferencias salariales entre ambos grupos.

## Referencias

- Banco Mundial**, (1993). Invertir en Salud, Reporte sobre el desarrollo Mundial. Washington D.C.: Banco Mundial.
- Barro R**, (1996). Health and Economic Growth. Anexo I de la convocatoria para propuestas de investigación sobre Inversión en Salud y Crecimiento Económico de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Frenk J., González Block M A, Lozano R, et al.** (1994). Economía y Salud: Propuestas para el Avance del Sistema de Salud en México. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud.
- Islam N., (1995)**. Growth Empirics: A panel Data Approach. Quarterly Journal of Economics 110 (4): 1127-1170.
- Knaul F.(2000)**. Health, Nutrition and Wages: Age at Menarche and Earnings in Mexico. En Wealth from Health: Linking Social Investments to Earnings in Latin America por Savedoff W y Schultz TP. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Leibenstein H.**,(1957). Economic Backwardness and Economic Grow: Studies in the Theory of Economic Development. New York: Wiley & Sons.
- Mayer D, Mora H, Cermeño R, et. al. (2000)**. Salud, Crecimiento y Distribución en Latinoamérica y el Caribe: Un estudio de Determinantes y Comportamiento Regional y Local. Organización Panamericana de la Salud. Concursos regionales Inversión en salud y Crecimiento económico, No. 18.
- Parker S.(2000)**. Erderly Health an Saaries in Mexican Labort Market. En Wealth from Health: Linking Social Investments to Earnings in Latin America por Savedoff W y Schultz TP. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Savedoff W y Schultz TP, (2000)**. Wealth from Health: Linking Social Investments to Earnings in Latin America. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Schultz T.P., (1997)**, "Assessing the Productive Benefits of Nutrition and Health: And Integrated Human Capital Approach", J.E., 77(1): 141-158.
- Schultz TP. y Tansel A., (1993)**. "Measurement of Returns to Adulth Health". The Living Standards Mesurement Study Working Paper No. 95, The World Bank, Washington, DC.
- Strauss J . y Thomas D., (1997)**. "Health and Wages: Evidence on Men and Women in Urban Brazil", J.E., 77(1): 159-186.
- Suchit, A.** "Health, Human Productivity, and Long-Term Economic Growth" Journal-of-Economic-History; 61(3), Septiembre 2001, p.p. 699-749..

## Anexos

Tabla 1: Elasticidad de los salarios con respecto a la salud

Indicador de salud	País	Año	Autor	Elasticidad	
				Hombres	Mujeres
Estatura	Ghana	1996	Schultz	0.06	0.08
	Brasil	1999	Alvez et. al. Ribero y Nuñez	0.04	0.06
	Colombia	1999		0.08	0.07
Edad de la menarquia (Elasticidad con signo inverso)	México	1999	Knaul	-----	-0.47
Índice de masa corporal (Peso kg/estatura M2)	Ghana	1996	Schultz	0.09	0.07
	Costa de Maril	1996	Schultz	0.09	0.14
Enfermedad y/o Discapacidad para Trabajar (Elasticidad con signo inverso)	Ghana	1997	Schultz y Tansel	0.11 a 0.24	-----
	Costa de Maril	1997	Schultz y Tansel	0.09 a .028	-----
	Colombia	1999	Ribero y Nuñez	0.07	0.04
	Colombia	1999	Ribero y Nuñez	0.017	0.01
	Perú	1999	Murrugarra y Valdivia	0.04	0.07
	Perú	1999	Cortez	0.2	0.1
	México	1999	Parker	0.81	n.s.
	Nicaragua	1999	Espinoza y Hernández	n.s.	0.16
Limitaciones Funcionales (Elasticidad con signo inverso)	México	1999	Parker	0.38	n.s.

Notas: n.s. Variable no significativa al 5% de nivel de error  
 ----- No Aplica

Fuente: Modificado de Savedoff y Schultz, 2000, BID.

Tabla 2: Contribución de la Salud Crecimiento Económico

Variable explicativa	País o región	Contribución en el incremento en la tasa de crecimiento del PIB
Expectativa de vida al nacer (log)	Todo el mundo	0.06
	América latina	0.055
Expectativa de vida masculina con un rezago de 15 años (log)	América latina	0.06
	Brasil	0.289
Años perdidos por muerte prematura (Contribución al crecimiento con signo inverso)	Colombia	0.365
	México	0.012

Fuente: Modificado de Mayer, Mora y Cermeño, 2000; OPS

**Tabla 3: Determinantes del nivel de salud**  
Coeficientes de estimación (Error estándar<sup>1/</sup>)

Variables Independientes	Indicadores de salud							
	Índice de Masa Corporal (Peso Kg / Estatura <sup>2</sup> cm <sup>2</sup> )			Peso		(Kg)		Estatura del ad
	Todos	Mujeres	Hombres	Todos	Mujeres	Hombres	Todos	
<b>Variables de política a nivel comunitario</b>								
<b>Servicios Públicos y calidad del hogar</b>								
Piso de tierra (% de hogares en la comunidad)	<b>-0.065</b> (6.016)	* <b>-9.138</b> (9.085)	* <b>-0.048</b> (0.014)	***	<b>-0.054</b> (0.009)	*** <b>-0.044</b> (0.012)	*** <b>-0.050</b> (0.015)	*** <b>0.041</b> (0.008)
Sin drenaje (% de hogares en la comunidad)	<b>-1.438</b> (1.454)	* <b>-2.120</b> (2.138)	* <b>0.015</b> (0.025)	*	<b>0.043</b> (0.006)	*** <b>0.047</b> (0.008)	*** <b>0.034</b> (0.011)	*** <b>0.015</b> (0.006)
Hacinamiento (% de hogares en la comunidad)	<b>12.403</b> (12.492)	* <b>18.893</b> (18.841)	* <b>0.050</b> (0.029)	**	<b>-0.094</b> (0.016)	*** <b>-0.111</b> (0.019)	*** <b>-0.100</b> (0.027)	*** <b>-0.142</b> (0.015)
Sin agua en el hogar (% de hogares en la comunidad)	<b>-2.725</b> (2.696)	* <b>-3.933</b> (3.909)	* <b>-0.033</b> (0.011)	***	<b>-0.028</b> (0.007)	*** <b>-0.026</b> (0.008)	*** <b>-0.046</b> (0.012)	*** <b>0.003</b> (0.006)
Perdidas o abortos en el hogar	<b>-40.334</b> (40.841)	* <b>-50.604</b> (50.057)	* <b>1.128</b> (0.987)		<b>-1.390</b> (0.197)	*** <b>0.713</b> (0.204)	*** <b>-5.145</b> (2.332)	*** <b>-2.913</b> (0.240)
<b>Servicios personales de salud</b>								
Médicos per capita	<b>-117.479</b> (118.495)	* <b>-174.098</b> (175.037)	* <b>0.935</b> (0.632)		<b>0.574</b> (0.406)	* <b>0.188</b> (0.473)	<b>1.852</b> (0.718)	*** <b>-0.142</b> (0.460)
Número de camas censables per cápita	<b>73.283</b> (72.863)	* <b>106.999</b> (106.491)	* <b>0.224</b> (0.528)		<b>-0.101</b> (0.229)	<b>-0.436</b> (0.264)	* <b>0.380</b> (0.412)	*** <b>0.411</b> (0.302)
Unidades médicas en la localidad	<b>-0.806</b> (0.824)	* <b>-1.107</b> (1.132)	* <b>0.006</b> (0.014)		<b>0.021</b> (0.004)	** <b>0.025</b> (0.005)	* <b>0.008</b> (0.008)	* <b>0.014</b> (0.004)
<b>Capital educativo en la comunidad</b>								
Educación primaria incompleta (% de población en la comunidad)	<b>-16.885</b> (17.114)	* <b>-25.253</b> (25.651)	* <b>-0.023</b> (0.052)	*	<b>0.069</b> (0.022)	*** <b>0.075</b> (0.026)	*** <b>-0.007</b> (0.038)	<b>0.005</b> (0.021)
Analfabetas (% de población en la comunidad)	<b>1.975</b> (2.079)	* <b>3.629</b> (3.794)	* <b>-0.010</b> (0.034)		<b>-0.145</b> (0.025)	*** <b>-0.162</b> (0.030)	*** <b>-0.125</b> (0.041)	*** <b>-0.090</b> (0.021)
<b>Otras variables de capital humano</b>								
Educación (Años cumplidos)	<b>-0.452</b> (0.292)	* <b>-0.243</b> (0.323)	* <b>0.006</b> (0.046)		<b>0.205</b> (0.021)	*** <b>0.008</b> (0.025)	<b>0.458</b> (0.035)	*** <b>0.375</b> (0.021)
Edad (Años cumplidos)	<b>10.206</b> (9.704)	* <b>15.280</b> (14.720)	* <b>0.277</b> (0.092)	***	<b>1.098</b> (0.027)	*** <b>1.161</b> (0.032)	*** <b>1.021</b> (0.047)	*** <b>0.020</b> (0.025)
Edad <sup>2</sup> (Años cumplidos)	<b>-0.094</b> (0.089)	* <b>-0.145</b> (0.139)	* <b>-0.003</b> (0.001)	***	<b>-0.011</b> (0.000)	*** <b>-0.012</b> (0.000)	*** <b>-0.011</b> (0.000)	*** <b>-0.001</b> (0.000)
<b>Controles por etnicidad y lugar de residencia</b>								
Población que no habla español (% de población en la comunidad)	<b>-2.595</b> (2.630)	* <b>-3.800</b> (3.862)	* <b>-0.015</b> (0.012)	*	<b>-0.058</b> (0.006)	*** <b>-0.058</b> (0.007)	*** <b>-0.072</b> (0.010)	*** <b>-0.061</b> (0.005)
Residencia rural	<b>7.970</b> (8.008)	* <b>11.715</b> (11.771)	* <b>0.004</b> (0.012)	*	<b>-0.015</b> (0.006)	*** <b>-0.024</b> (0.007)	*** <b>-0.006</b> (0.010)	<b>0.012</b> (0.006)
<b>Factores de riesgo a la salud</b>								
Fuma	<b>5.043</b> (4.917)	* <b>21.540</b> (20.502)	* <b>1.485</b> (1.011)	*	<b>4.042</b> (0.312)	*** <b>2.399</b> (0.431)	*** <b>0.806</b> (0.476)	* <b>4.027</b> (0.331)
Tiempo de fumador	<b>-0.527</b> (0.477)	* <b>-1.044</b> (1.029)	* <b>-0.056</b> (0.028)	***	<b>-0.054</b> (0.011)	*** <b>-0.058</b> (0.016)	*** <b>-0.019</b> (0.016)	<b>0.016</b> (0.010)
Consumo bebidas alcohólicas	<b>-27.324</b> (26.881)	* <b>-22.856</b> (22.795)	* <b>-0.957</b> (0.527)	***	<b>0.706</b> (0.247)	*** <b>-0.287</b> (0.279)	<b>1.885</b> (0.601)	<b>1.885</b> (0.231)
Tiempo consumiendo bebidas alcohólicas	<b>-1.104</b> (1.083)	* <b>-1.272</b> (1.298)	* <b>0.028</b> (0.027)	*	<b>0.078</b> (0.010)	*** <b>0.019</b> (0.013)	*** <b>0.036</b> (0.020)	* <b>0.084</b> (0.009)
Uso de enhervantes	<b>-19.062</b> (20.589)	* <b>-31.867</b> (33.693)	* <b>0.098</b> (0.532)	*	<b>1.017</b> (0.194)	*** <b>1.691</b> (0.228)	*** <b>0.772</b> (0.349)	* <b>-0.077</b> (0.209)
Constante	<b>119.728</b> (103.734)	* <b>139.238</b> (126.391)	* <b>22.276</b> (2.114)	**	<b>42.420</b> (0.849)	*** <b>41.806</b> (0.998)	*** <b>50.315</b> (1.587)	*** <b>154.156</b> (0.887)
n	36172	11393	24779		36139	24738	11401	36289
R2	0.04	0.0026	0.0013		0.1203	0.1021	0.1269	0.0912
F	0.59	12.77	0.34		263.14	150.77	98.79	235.63
(gl, gl)	(20, 36150)	(21, 11372)	(20, 24757)		(21, 36117)	(21, 24716)	(21, 11379)	(21, 36267)

\*\*\* Significativa al 99%

\*\* Significativa al 95%

\* Significativa al 90%

<sup>1/</sup> Error estándar robusto (Huber/ White / Sandwich)

Tabla 4: Estimación de las tasas de retorno en productividad en dos etapas con variables instrumentales  
 Elasticidades del salario con respecto a las variables independientes (Error Estandar<sup>1</sup>)

Variables Independientes	Indicadores de salud					
	Indice de Masa Corporal (Peso Kg. / Estatura <sup>2</sup> cm. <sup>2</sup> )		Peso (En Kg.)		Estatura (En cm.)	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
<b>Nivel de salud (Instrumentada)</b>	<b>0.000</b> (0.000)	<b>-0.041</b> (0.034)	<b>0.025 ***</b> (0.008)	<b>0.011 *</b> (0.007)	<b>0.061 ***</b> (0.013)	<b>0.024 ***</b> (0.008)
<b>Otras variables de capital humano</b>						
Educación (Años cumplidos)	<b>0.107 ***</b> (0.003)	<b>0.092 ***</b> (0.004)	<b>0.101 ***</b> (0.004)	<b>0.078 ***</b> (0.005)	<b>0.092 ***</b> (0.005)	<b>0.079 ***</b> (0.004)
Experiencia (Años cumplidos)	<b>0.021 ***</b> (0.003)	<b>0.040 ***</b> (0.008)	<b>0.004 *</b> (0.007)	<b>0.024 ***</b> (0.005)	<b>0.023 ***</b> (0.003)	<b>0.030 ***</b> (0.002)
Experiencia <sup>2</sup> (Años cumplidos)x100	<b>-0.032 ***</b> (0.004)	<b>-0.057 ***</b> (0.010)	<b>-0.010 *</b> (0.009)	<b>-0.038 ***</b> (0.006)	<b>-0.029 ***</b> (0.005)	<b>-0.044 ***</b> (0.003)
<b>Variables de política a nivel comunitario</b>						
Servicios Públicos y calidad del hogar						
Piso de tierra (% de hogares en la comunidad)	<b>0.002</b> (0.002)	<b>-0.002</b> (0.002)	<b>0.002</b> (0.002)	<b>0.001</b> (0.001)	<b>-0.004 **</b> (0.002)	<b>-0.001</b> (0.001)
Sin drenaje (% de hogares en la comunidad)	<b>0.003 ***</b> (0.001)	<b>-0.001</b> (0.001)	<b>0.001</b> (0.001)	<b>-0.001</b> (0.001)	<b>0.001</b> (0.001)	<b>-0.001</b> (0.001)
Hacinamiento (% de hogares en la comunidad)	<b>-0.005</b> (0.004)	<b>-0.005</b> (0.003)	<b>-0.001</b> (0.003)	<b>-0.007 ***</b> (0.002)	<b>0.006 *</b> (0.004)	<b>-0.004 *</b> (0.002)
Sin agua en el hogar (% de hogares en la comunidad)	<b>0.003 **</b> (0.001)	<b>0.000</b> (0.001)	<b>0.003 ***</b> (0.001)	<b>0.002 **</b> (0.001)	<b>0.004 ***</b> (0.001)	<b>0.002 **</b> (0.001)
Perdidas o abortos en el hogar	<b>0.035</b> (0.024)	<b>-0.086</b> (0.153)	<b>0.001</b> (0.026)	<b>-0.075</b> (0.153)	<b>-0.029</b> (0.040)	<b>0.144</b> (0.169)
<b>Capital educativo</b>						
Educación primaria incompleta (% de población en la comunidad)	<b>-0.007</b> (0.005)	<b>-0.013 ***</b> (0.005)	<b>-0.011 ***</b> (0.004)	<b>-0.010 ***</b> (0.002)	<b>-0.013 ***</b> (0.004)	<b>-0.009 ***</b> (0.002)
Analfabetas (% de población en la comunidad)	<b>-0.020 ***</b> (0.004)	<b>-0.013 ***</b> (0.004)	<b>-0.016 ***</b> (0.005)	<b>-0.011 ***</b> (0.003)	<b>-0.010 *</b> (0.005)	<b>-0.010 ***</b> (0.003)
<b>Controles por etnicidad y lugar de residencia</b>						
Población que no hable español (% de población en la comunidad)	<b>-0.003 **</b> (0.001)	<b>-0.003 ***</b> (0.001)	<b>-0.001</b> (0.001)	<b>-0.002 **</b> (0.001)	<b>0.001</b> (0.002)	<b>-0.001</b> (0.001)
Residencia rural	<b>-0.004 *</b> (0.002)	<b>-0.003 **</b> (0.001)	<b>-0.002 **</b> (0.001)	<b>-0.003 ***</b> (0.001)	<b>-0.001</b> (0.001)	<b>-0.004 ***</b> (0.001)
<b>Constante</b>	<b>6.520 ***</b> (0.093)	<b>8.141 ***</b> (0.881)	<b>5.167 ***</b> (0.472)	<b>6.439 ***</b> (0.432)	<b>-2.806</b> (2.058)	<b>3.054 **</b> (1.333)
<b>n</b>	6789	8244	6781	8245	6804	8254
<b>R<sup>2</sup></b>	0.2225	.	0.1993	0.3539	.	0.2471
<b>F</b>	234.39	238.89	209.33	306.19	158.31	290.26
<b>(gl, gl)</b>	(13, 6775)	(13, 8230)	(13, 6767)	(13, 8231)	(13, 6790)	(13, 8240)

\*\*\* Significativa al 99%

\*\* Significativa al 95%

\* Significativa al 90%

<sup>1</sup> Error estandar robusto (Huber/ White / Sandwich)