

CAF - WORKING PAPER #2023/09

20 de diciembre de 2023

Sistemas de salud e Inequidades en Salud en América Latina

Antonella Bancalari¹ | Samuel Berlinski² | Giancarlo Buitrago³ | María Fernanda García⁴ | Dolores de la Mata⁵ | Marcos Vera-Hernández⁶

¹Senior, Economista Investigador, Institute for Fiscal Studies.
antonella.bancalari@ifs.org.uk

²Economista principal, Banco Interamericano de Desarrollo e IZA.
samuelb@iadb.org

³Vicedecano de Investigación y Extensión, Economista, Universidad Nacional de Colombia y Hospital Universitario Nacional de Colombia.
gbuitragog@unal.edu.co

⁴Consultora independiente.
mariaf.garciaagudelo@hotmail.com

⁵Economista principal, CAF-Banco de Desarrollo de América Latina y el Caribe.
mdelamata@caf.com

⁶Profesor de Economía y Economista, University College London e Institute for Fiscal Studies.
author3@bbu.job

El presente documento describe medidas de desigualdad en el acceso a la atención sanitaria y en los resultados de salud en países de América Latina, utilizando métricas estandarizadas introducidas en un estudio relacionado (Bancalari et al., 2023). Se observa que los países con sistemas de salud tipo Beveridge tienden a presentar menores desigualdades en comparación con aquellos que adoptan sistemas Bismarckianos. Sin embargo, no se identifica un patrón definido en las desigualdades a lo largo de nuestra taxonomía, sugiriendo que variables no observadas del sistema de salud podrían influir más significativamente en las disparidades en salud y en la atención sanitaria que las características generales que definen nuestra clasificación de sistemas de salud. Finalmente, se analizan las diferencias en el uso de la atención sanitaria y los resultados de salud dentro de los países, en relación con el beneficio de los individuos de los subsistemas contributivos o no contributivos, y se evalúan los principales factores que explican estas diferencias mediante descomposiciones de Oaxaca.

KEYWORDS

Seguro de Salud, Público y Privado; Salud y Desigualdad; Salud y Desarrollo Económico

Este es un capítulo preparado para el Latin America and Caribbean Inequality Review (LACIR). La versión en inglés de este documento se encuentra disponible en [este link](#).

Pequeñas secciones del texto, menores a dos párrafos, pueden ser citadas sin autorización explícita siempre que se cite el presente documento. Los resultados, interpretaciones y conclusiones expresados en esta publicación son de exclusiva responsabilidad de su(s) autor(es), y de ninguna manera pueden ser atribuidos a CAF, a los miembros de su Directorio Ejecutivo o a los países que ellos representan. CAF no garantiza la exactitud de los datos incluidos en esta publicación y no se hace responsable en ningún aspecto de las consecuencias que resulten de su utilización.

1 | INTRODUCCIÓN

Un sistema de salud “consiste en todas las organizaciones, personas y acciones cuya intención principal es promover, restaurar o mantener la salud” (WHO, 2007). En consecuencia, un sistema de salud no solo incluiría la prestación de servicios de salud, sino también las funciones de financiamiento, generación de recursos y administración, incluidas aquellas actividades que afectan el impacto en la salud de intervenciones relevantes en otros sectores, incluso si su objetivo principal no es mejorar la salud (Figueras and McKee, 2012; Arteaga, 2014).

Los incentivos que se derivan de los contratos (implícitos o explícitos) que rigen las relaciones entre las diferentes organizaciones y personas que conforman el sistema de salud, así como los recursos con los que estas organizaciones están dotadas, determinarán parcialmente el costo, la calidad y la accesibilidad de la atención médica, el nivel de gasto en salud, así como el tipo de políticas públicas con un impacto potencial en la salud que se implementan.

La producción de salud es un proceso complejo que depende de factores genéticos, ambientales y sociales, así como de los recursos y condiciones de vida de cada individuo. La atención médica y otras políticas con un posible efecto en la salud son insumos en el proceso de producción de salud, pero por sí solo, el sistema de salud no puede explicar completamente las inequidades en la salud. Sin embargo, a través de la influencia que el sistema de salud tiene principalmente en el acceso, costo y calidad de la atención médica, el sistema de salud juega un papel importante en la probabilidad y consecuencias de la mala salud (Arteaga, 2014).

Durante finales del siglo XX, la mayoría de los países de América Latina y el Caribe (LatAm) han hecho un esfuerzo considerable para mejorar los resultados de salud y ampliar el acceso a los servicios de salud, lo que ha resultado en mejoras claras en el uso de la atención materna e infantil, acompañadas también de una reducción de las inequidades socioeconómicas asociadas con dicha atención (Berlinski et al., 2020; Cotlear et al., 2015; Savedoff, 2009; Wagstaff et al., 2015), y un aumento en la proporción del gasto en salud financiado mediante impuestos o contribuciones a esquemas de seguros obligatorios (Savedoff et al., 2012).

Sin embargo, la mayoría de los países de LatAm tienen sistemas de salud segmentados, en los cuales las condiciones para acceder a atención médica de ciertos niveles de calidad dependen en gran medida del estado en el mercado laboral de la persona (formal o informal) y, en general, de sus ingresos o riqueza (Yazbeck et al., 2020). La arquitectura específica de la cobertura de salud varía ampliamente entre los países. Comenzamos describiendo los sistemas de salud en la región y proponemos una taxonomía de cuatro categorías basadas en sus características principales. La taxonomía considera qué tan cerca están los sistemas de salud de los modelos canónicos de atención médica: Beveridge, Bismarck y modelos de Atención Gestionada. Pocos países en la región siguen modelos Beveridge, es decir, atención médica universal financiada por un solo asegurador público, y en cambio, la mayoría de ellos integran elementos de los tres modelos canónicos. Dada la alta tasa de informalidad laboral en la región, en todos los países coexisten dos sistemas de salud: contributivo y no contributivo. La forma en que los países tratan a la población no contributiva es clave en la definición de nuestra taxonomía.

Aunque diferentes países tienen elementos diferentes en sus sistemas de salud que podrían conducir a la desigualdad en el acceso a la atención médica y los resultados de salud, no está claro a priori qué sistemas son más desiguales. Presentamos primero medidas de los niveles de gastos de bolsillo y contribuciones voluntarias a la atención médica como porcentaje del gasto total en salud en el país, como medidas indirectas de hasta qué punto

la capacidad de pago puede determinar el acceso a una atención médica más o de mejor calidad. Mostramos que tanto las contribuciones voluntarias (como % del gasto en salud) como las contribuciones gubernamentales y obligatorias por persona tienden a ser menores en países más cercanos al modelo Bismarckiano y que cuentan con un sistema contributivo y no contributivo (y, por lo tanto, un mayor porcentaje de pagos de bolsillo). En estos países, a mayor contribución gubernamental y obligatoria por persona, menores son los gastos de bolsillo (como % del gasto en salud).

A continuación, procedemos a esbozar medidas de disparidad en el acceso a la atención médica y los desenlaces en salud, utilizando las métricas estandarizadas presentadas en nuestro estudio relacionado (Bancalari et al., 2023). Los países Beveridge parecen ser menos desiguales que los países Bismarckianos. Sin embargo, no hay un patrón fuerte en las inequidades a lo largo de nuestra taxonomía, lo que indica que ciertas variables no observadas del sistema de salud podrían tener más influencia sobre las disparidades en la salud y la atención médica que las características generales que definen nuestra taxonomía del sistema de salud.

Finalmente, analizamos cómo las diferencias en el uso de la atención médica y los desenlaces en salud dentro de los países están relacionadas con si los individuos se benefician de los subsistemas contributivo o no contributivo, y evaluamos los principales factores que explican tales diferencias mediante descomposiciones de Oaxaca¹. Las características demográficas, educativas y de residencia de los individuos explican algunas de estas diferencias, pero aún una parte importante de la diferencia queda sin explicar para algunos indicadores, un resultado que puede apuntar a diferencias de calidad en la cobertura de atención médica proporcionada por cada subsistema. El peso del componente no explicado es particularmente significativo para la atención médica preventiva en adultos, que incluye mamografías, pruebas de cáncer cervical, detección y tratamiento de la hipertensión. Sin embargo, el componente no explicado es insignificante para la atención prenatal, posiblemente debido a importantes expansiones de la atención materno-infantil en la mayoría de los países, y para el estado nutricional de los niños, la maternidad adolescente y otros indicadores relacionados con la salud reproductiva, cuyos determinantes son mucho más amplios que los comprendidos por los sistemas de salud.

2 | MODELOS CANÓNICOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD INTRODUCCIÓN

Los modelos canónicos de sistemas de salud se basan en la separación fundamental entre la financiación y la prestación de servicios de atención médica. A menudo, los pacientes que reciben servicios de atención médica no son directamente responsables de compensar a los proveedores. En muchos países, la financiación predominante de la atención médica proviene de contribuciones obligatorias a la nómina o impuestos. Estos recursos se agrupan y son administrados por entidades como fondos o agencias gubernamentales, que luego asignan recursos para la prestación de servicios de atención médica. Esta separación de la financiación de la atención médica de la provisión de servicios tiene como objetivo mejorar la eficiencia y minimizar las desigualdades. Los modelos canónicos representan diferentes enfoques para organizar los aspectos distintos de la financiación y la prestación de servicios

¹Un tema muy importante es si replantear la división entre sectores contributivos y no contributivos, con el objetivo de desvincular la financiación del sistema de salud del estado laboral. Esto tiene implicaciones no solo para el sistema de salud, sino también para el mercado laboral y el sistema tributario y de prestaciones sociales en general. En este capítulo, nos enfocamos en una pregunta más específica: caracterizar las diferencias en la salud y la atención médica entre estos dos sectores.

de atención médica².

2.1 | Modelo Beveridge

El sistema puro de Beveridge se caracteriza por un único asegurador público y por el principio de que la atención médica depende únicamente de la necesidad de salud y no de la capacidad de pago, lo que conduce a la atención médica gratuita en el punto de consumo (ausencia de copagos o deducibles al consumir servicios de salud financiados públicamente). Todos, independientemente de sus ingresos o estado en el mercado laboral, tendrían el mismo derecho formal a la atención médica financiada por el asegurador público. El asegurador público único se financia a través de impuestos o una combinación de impuestos y contribuciones al seguro social. El ejemplo clásico de este modelo es el Reino Unido, donde se originó.

En muchos contextos, puede que no sea evidente para la población que están “asegurados”, ya que es posible que no tengan un contrato de seguro formal con el asegurador público, sino simplemente que los costos de su tratamiento están cubiertos cuando reciben atención de proveedores de salud (públicos o privados) aprobados por el asegurador público.

Es importante destacar que la atención médica gratuita en el punto de consumo no garantiza necesariamente un acceso oportuno a la atención médica. Por ejemplo, las listas de espera para cirugías electivas son comunes incluso en países de ingresos altos con el modelo Beveridge (Propper, 1995; Vera-Hernández, 1999; Besley et al., 1999). Además, los tiempos de espera para el tratamiento adecuado y el acceso a tecnologías médicas muestran una variación geográfica muy significativa (MTG, 2017).

2.2 | Modelo Bismarck

En el modelo Bismarck, la cobertura del seguro de salud se proporciona a través de múltiples fondos de seguro de salud (públicos, sin fines de lucro o privados), en lugar de un solo fondo. La financiación de la cobertura del seguro de salud se realiza principalmente a través de la nómina y otros impuestos, en lugar de primas de seguros basadas en el riesgo de salud del asegurado, lo que lleva a la subsidización cruzada entre individuos enfermos y saludables (la llamada “seguro tras el velo de la ignorancia”). Los países varían en la cantidad de opciones que tienen los individuos de fondos de seguro de salud. Ejemplos típicos del modelo Bismarck son Alemania, Suiza, Francia, Israel y Japón.

En el modelo puro de Bismarck, los individuos retienen un grado significativo de libertad con respecto a su atención médica. Por lo general, son libres de elegir proveedores de atención médica, que suelen ser de propiedad privada, cobran precios regulados y compiten por pacientes. Esta libertad dificulta mucho que los fondos de seguros implementen barreras no monetarias para la atención, y dependen de los copagos para frenar la demanda.

En países de altos ingresos, los gobiernos han ampliado la cobertura a aquellos que no trabajan al subsidiar parcial o totalmente su contribución al fondo de seguro de salud y financiarlo a través de impuestos. Las contribuciones al fondo de seguro de salud aumentan con los ingresos, y algunos países subsidian explícitamente la contribución de individuos de bajos ingresos. Por lo tanto, el sistema de salud contribuye a la solidaridad de dos maneras diferentes: las personas de mayores ingresos pagan contribuciones más altas que las de menores ingresos, y las personas más saludables pagan las mismas contribuciones (condicionadas por los ingresos) que las personas más enfermas a pesar de sus menores

²Consultar [Bhattacharya et al. \(2014\)](#) para obtener una descripción más detallada de los sistemas de salud ([Bhattacharya et al., 2014](#))

costos de atención médica. Esto contrasta con el seguro actuarial, en el que las primas de seguro dependen de la salud de los individuos y son independientes de sus ingresos (dado un nivel de cobertura).

2.2.1 | Atención Gestionada

Atención Gestionada (Enthoven, 1993), popularizada en los Estados Unidos en la década de 1990, integra elementos de los modelos de Beveridge y Bismarck. Al igual que en el modelo de Bismarck, existen múltiples fondos de seguro. Las personas pueden elegir entre estos fondos de seguro, pero (a diferencia del modelo puro de Bismarck) estarán restringidas a utilizar los proveedores de atención médica que hayan celebrado acuerdos (o incluso relaciones de integración vertical) con el fondo de seguro de salud de su elección, sacrificando así parte de la libertad del modelo puro de Bismarck.

La restricción que imponen los fondos de atención médica en la elección de proveedores permite introducir algunas de las disposiciones no monetarias que moderan la demanda en los modelos de Beveridge, como la gestión de acceso, tiempos de espera y elección restringida de especialistas. Estas disposiciones no monetarias para moderar los costos de atención médica permiten a los fondos de seguro de salud utilizar bajos copagos para moderar la demanda.

La relación vertical entre los fondos de seguro y los proveedores de atención médica facilita la implementación de cuidados siguiendo pautas y protocolos, que también es típico de los sistemas de Beveridge. Por ejemplo, los fondos de seguro pueden incentivar a los proveedores de atención médica (ya sea de manera explícita o a través de los mecanismos de pago) para aumentar la adopción de cuidados preventivos.

Sin embargo, también existen preocupaciones de que la relación vertical entre los fondos de seguro y los proveedores de atención médica pueda conducir a resultados indeseables. Aunque típicamente los fondos de seguro no pueden negar la cobertura a nadie (inscripción abierta), podrían distorsionar la calidad de los servicios que ofrecen para atraer a “tipos más saludables”, una estrategia conocida como “selección de servicios” (Glazer and McGuire, 2002). También podría facilitar el tratamiento insuficiente para reducir costos, lo que se conoce como “escatimar” (Ellis, 1998)³.

3 | CARACTERIZACIÓN DE SISTEMAS DE SALUD EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA*

Solo algunos países en la región estructuran sus sistemas de salud basándose únicamente en los modelos puros mencionados anteriormente. En muchos países, el sistema de salud incorpora elementos de modelos de Bismarck para las personas con empleo formal o que reciben una pensión contributiva: la población contributiva. Además, incluye elementos de modelos de Beveridge para el resto: la población no contributiva. Esto genera una fragmentación en un sistema contributivo y un sistema no contributivo, en la mayoría de los casos con redes separadas de proveedores de atención médica. En los últimos años, algunos países han integrado a toda su población bajo un solo asegurador público para romper el vínculo entre el estado laboral y la cobertura de atención médica. Sin embargo, también

³Ejemplos de tales estrategias podrían incluir la terapia escalonada, según la cual los pacientes solo son elegibles para un medicamento costoso después de demostrar que las terapias con otros medicamentos no han sido efectivas.

*** Al momento de escribir este documento, se están llevando a cabo discusiones en curso sobre reformas importantes en el cuidado de la salud en varios países, incluyendo Colombia y México, las cuales no se reflejan en este texto.

brindan la opción para que la población contributiva opte por salir del sistema público y adquirir cobertura a través de aseguradoras privadas.

En lo que sigue, proporcionamos una taxonomía cuyo objetivo es facilitar nuestra comprensión de las desigualdades en la atención médica en América Latina ^{4 5}. Con este objetivo en mente, intentamos categorizar a los países según las características de la arquitectura de sus sistemas de salud que conducen a un acceso diferencial a la atención médica o a una calidad diferencial de la atención médica para individuos con la misma necesidad de salud. Dada la extensión de la informalidad en la región (ver última columna de la Tabla 1), los arreglos diferenciales de seguros de salud entre trabajadores formales e informales parecen, a priori, de primera importancia.

TABLA 1 Una taxonomía de los sistemas de salud en América Latina

Taxonomía	País	Año	% de la población en sistema contributivo
Beveridge	Brasil	2016	-
	Costa Rica ¹	2018	-
	Cuba	2019	-
Bismarckiano con seguro no contributivo explícito	Colombia	2015	49 %
	República Dominicana	2019	41 %
	México	2018	43 %
	Perú	2016	36 %
Bismarckiano con seguro no contributivo implícito	Argentina	2018	61 %
	Ecuador	2018	34 %
	El Salvador	2014	29 %
	Honduras	2019	19 %
	Paraguay	2016	20 %
Integración parcial de riesgos entre sistemas contributivos y no contributivos, con opción de mejora	Chile	2018	82 %
	Uruguay	2013	71 %

Nota: La proporción de la población en el sistema contributivo se calculó en base a fuentes oficiales. La población contributiva incluye a los trabajadores formales y sus dependientes, así como a aquellos que reciben una pensión contributiva (excepto en la República Dominicana). En Chile, el sistema contributivo no incluye a los afiliados de FONASA A (Chile). El sistema contributivo en Uruguay no incluye a aquellos que se benefician del proveedor público (ASSE) pero no realizan contribuciones. () Costa Rica es un caso especial que combina elementos de los modelos de Beveridge y Bismarck. Nuestra comprensión del funcionamiento real del sistema es que las características más destacadas lo acercan más a un modelo de Beveridge.*

3.1 | Beveridge

Los sistemas de salud de Brasil, Cuba y Costa Rica siguen los principios de Beveridge, aunque con algunas divergencias relevantes⁶. Por ejemplo, en Brasil y Costa Rica, la asegura-

⁴Nos enfocamos en los países para los cuales hay microdatos disponibles en las siguientes secciones del capítulo.

⁵Categorizamos los países según sus disposiciones actuales. Una perspectiva histórica muy útil es proporcionada por (Cotlear et al., 2015).

⁶El sistema de salud de Costa Rica se basa en el sistema de Seguridad Social, que originalmente cubría solo a los trabajadores formales a través de un esquema bismarckiano basado en un sistema contributivo. Desde la década de 1960, el sistema se ha expandido para proporcionar acceso a los mismos beneficios para la población no contributiva, incluyendo dependientes, áreas rurales, población de bajos ingresos y poblaciones vulnerables. En 2010, el gobierno costarricense hizo obligatorio que los solicitantes de residencia se convirtieran en miembros de la CCSS (Caja Costarricense de Seguro Social), la institución de seguridad social que administra el seguro público. Una distinción clave entre el sistema de salud de Costa Rica y, por

dora pública contrata tanto a proveedores de atención médica públicos como privados para brindar atención a la población, bajo las condiciones especificadas por la única aseguradora pública.

Las personas bajo el modelo de Beveridge suelen enfrentar cierto grado de barreras no monetarias, así como racionamiento (elección restringida de especialistas, gatekeeping, listas de espera) para obtener atención a través de la única aseguradora pública, al menos parcialmente debido a la ausencia de copagos, que ayudarían a frenar la demanda en otros entornos. Por lo tanto, a pesar de la cobertura pública, algunas personas adquirirán atención médica privada, al menos en algún aspecto, de mayor calidad que la proporcionada por la aseguradora pública. Esta atención podría financiarse completamente a través de pagos directos o un seguro médico privado (lo que lleva a una doble cobertura para aquellos que compran un seguro médico privado)⁷. Por lo tanto, el principio de que la atención médica depende únicamente de las necesidades de salud y no de la capacidad de pago solo se aplica a la atención médica que está financiada públicamente.

Bhalotra et al. (2019) estudian la expansión de la universalización de la atención médica en Brasil y encuentran grandes reducciones en la mortalidad materna, fetal, neonatal y postneonatal, así como una reducción en la fertilidad. Mora-García et al. (2022) encuentran que la reforma costarricense de 1995, que buscaba universalizar la atención médica fortaleciendo la atención primaria, llevó, a largo plazo, a una disminución del 9 por ciento en la tasa de mortalidad ajustada por edad (Mora-García et al., 2022). El efecto es particularmente importante entre adultos mayores de 65 años y en causas de muerte relacionadas con enfermedades cardiovasculares.

3.2 | Bismarckiano con seguro no contributivo implícito

El segundo grupo de países, que incluye a Argentina, Ecuador, El Salvador, Honduras y Paraguay, implementa esquemas bismarckianos basados en un sistema contributivo, donde se exige el seguro tanto para aquellos empleados en el sector formal como para aquellos que reciben una pensión contributiva. Típicamente, una sola agencia pública administra el seguro, con la excepción de Argentina, que tiene múltiples aseguradoras⁸, incluidos más de 300 fondos de seguros sin fines de lucro conocidos como obras sociales (Álvarez et al., 2020). La prestación de atención médica a través de los esquemas bismarckianos en estos países combina proveedores de atención médica públicos y privados. El(los) fondo(s) de seguro contributivo suele(n) financiarse a través de una combinación de contribuciones de seguro social (impuestos sobre la nómina) e impuestos generales, así como algunos copagos. De estos países, solo Argentina garantiza un plan de beneficios de salud explícito para la población contributiva (Programa Médico Obligatorio, PMO).

En estos países, las personas que no están empleadas en el sector formal o no reciben una pensión contributiva pueden obtener atención médica a través de la red de proveedores de atención médica pública, pero no están inscritas en un programa de seguros específico, y a menudo no hay un paquete explícito de tratamientos o pruebas diagnósticas a los que tengan derecho. Esta falta de seguro explícito los deja particularmente expuestos a lo que

ejemplo, Chile o Uruguay, ambos de los cuales han ampliado la cobertura del sistema de seguridad social a la población no contributiva, es que el sistema costarricense no tiene opciones claras de mejora o exclusión voluntaria, como documentamos en la subsección 3.4 (Comparative Health Policy Library, s.f.).

⁷Esta "doble cobertura" también es común en países de ingresos altos que han adoptado el Modelo de Beveridge, como el Reino Unido, España e Italia (Besley et al., 1998; Propper et al., 2001; Vera-Hernández, 1999).

⁸Las instituciones de seguridad social que administran el seguro público contributivo son el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) en Ecuador, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) en El Salvador, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) en Honduras y el Instituto de Previsión Social (IPS) en Paraguay.

ofrezca el proveedor de atención médica específico que visitan.

Existen algunas excepciones con planes específicos para determinados segmentos de la población, como el Plan Nacer en Argentina, que en una primera fase solo cubría a la población materno-infantil y se ha extendido gradualmente a la población de mayor edad, cambiando su nombre a Plan Sumar. Plan Sumar se caracteriza por la introducción de incentivos en sus mecanismos de pago a proveedores públicos, sujetos al logro de algunos objetivos predefinidos. Utilizando un experimento de campo aleatorio, [Celhay et al. \(2019\)](#) encuentran que los incentivos financieros pagados a las clínicas de salud por el inicio temprano del cuidado prenatal motivaron a los proveedores a probar y desarrollar nuevas estrategias para localizar y alentar a las mujeres embarazadas a buscar atención en el primer trimestre del embarazo ([Celhay et al., 2019](#)). A pesar de los grandes aumentos en el inicio temprano del cuidado prenatal, no hubo efectos en los resultados de salud.

Otros han abogado recientemente por mejoras en la calidad de los servicios ofrecidos por los proveedores de salud pública a la población más vulnerable. A través de la Iniciativa de Salud Mesoamérica (ISM), el Ministerio de Salud de El Salvador amplió el acceso a la atención primaria mediante la creación de equipos de salud comunitarios (CHT), lo que generó no solo cobertura, sino también ganancias de eficiencia en el sistema. Aprovechando la implementación de los CHT en los municipios de El Salvador, [Bancalari \(2022\)](#) encuentran que aumentó la atención preventiva, lo que redujo la demanda de atención curativa para enfermedades transmisibles, liberó recursos para tratar enfermedades transmisibles previamente descuidadas y disminuyó la necesidad de hospitalizaciones por causas susceptibles de atención primaria de calidad ([Bancalari, 2022](#)).

El hecho de que no haya un seguro explícito también implica que no hay un registro de quienes tienen derecho a utilizar la red de atención médica pública, lo que a su vez permite que aquellos con cobertura contributiva también utilicen la red de atención médica pública, resultando en una doble cobertura. Por ejemplo, en Argentina, el personal de los hospitales públicos nacionales tiene habilidades altamente especializadas, y algunos afiliados contributivos utilizan los hospitales públicos para procedimientos complejos, aunque utilizarán proveedores de obras sociales para cuidados más rutinarios, incluida la atención primaria ([Alzua and Pacheco, 2021](#))⁹.

3.3 | Bismarckiano con seguro no contributivo explícito

El tercer grupo de países, que incluye a Colombia, la República Dominicana, México y Perú, también sigue un modelo bismarckiano para el seguro contributivo. Sin embargo, difieren del grupo anterior en que la población no contributiva está inscrita en un programa específico de seguro público totalmente subsidiado, que prioriza su uso de proveedores de atención médica dentro del sistema público y les garantiza un paquete definido de beneficios de atención médica¹⁰.

⁹De manera similar en el Reino Unido, [Vera-Hernandez and Olivella \(2022\)](#) encuentran que la mayoría de los casos graves son tratados en hospitales públicos incluso si las personas tienen seguro médico privado ([Vera-Hernandez and Olivella, 2022](#)).

¹⁰Todos estos sistemas de salud de los países solían seguir un modelo bismarckiano con cobertura implícita para la población no contributiva. Aunque el sector público proporcionaba atención subsidiada, no lograba brindar una protección financiera y acceso adecuados a la atención médica. No fue hasta la década de 1990 o posterior, como documentan [Das and Do \(2023\)](#), que muchos países en desarrollo, incluyendo Colombia, la República Dominicana, México y Perú, adoptaron alguna forma de seguro de salud dedicado para la población no contributiva para abordar esta situación. Los programas de seguro público no contributivo incluyen el Régimen Subsidiado en Colombia (implementado en 1993), el Seguro Nacional de Salud (SENASA) en la República Dominicana (implementado en 2001), el Seguro Popular (implementado en 2003) y el IMSS Oportunidades (implementado en 2002) en México, y el Seguro Integral de Salud (SIS) en Perú (implementado en 2001 y ampliado en 2012). En 2020, el Seguro Popular fue discontinuado. Una nueva

En México y Perú, hay un solo asegurador público para el sistema contributivo, mientras que los inscritos en la República Dominicana pueden elegir entre 20 fondos de seguros públicos, privados o sin fines de lucro (Barinas and Ñopo, 2021).¹¹

El sistema de salud de Colombia sigue una estructura cercana al modelo de atención gestionada, aunque con diferencias entre los inscritos con trabajadores formales e informales. Aquellos con empleo formal o jubilados con una pensión contributiva están cubiertos por el Régimen Contributivo. Los trabajadores deben elegir la cobertura del seguro entre 32 Entidades Promotoras de Salud (EPS) que no compiten en precios sino en calidad, ya que la distribución de los fondos contributivos se basa en pagos por capitación ajustados por riesgo (sexo, edad y ubicación de residencia). El resto de la población obtiene cobertura a través del Régimen Subsidiado. La prima que los fondos de seguros reciben por cada inscrito es menor para los inscritos en el Régimen Subsidiado que para los inscritos en el Régimen Contributivo. Los fondos de seguros deben contratar el 60 % de la atención del Régimen Subsidiado con proveedores del sector público, mientras que esta restricción no se aplica a los fondos de seguros del Régimen Contributivo. Históricamente, los inscritos en el Régimen Subsidiado tenían derecho a un paquete de tratamientos menos generoso que el plan de salud explícito en el sistema contributivo (llamado Plan Obligatorio de Salud, POS), aunque esta diferencia ha desaparecido de jure desde 2012.

Los criterios de elegibilidad para el seguro no contributivo varían entre los países. En Colombia y la República Dominicana, los hogares deben pasar una prueba de ingresos proxy. En Perú, también deben pasar una prueba de ingresos proxy, pero aquellos que no la cumplan aún pueden obtener cobertura a cambio de una prima subsidiada. En México, es gratuito para la mayoría, pero aquellos con capacidad de pago deben pagar una prima. En la República Dominicana, quienes se jubilan de la fuerza laboral no son elegibles ni para el contributivo ni para el no contributivo (Barinas and Ñopo, 2021).

Aunque Colombia y Perú han logrado casi una cobertura universal de salud, no es el caso de México y la República Dominicana, y aún tienen proporciones significativas de la población sin seguro (Tabla 2). Aquellos sin seguro aún tienen acceso a la red de proveedores de atención médica pública, pero enfrentan costos sustanciales, ya que se les exige reembolsar al proveedor por el costo de su atención médica¹². Esto introduce un elemento potencialmente importante de desigualdad entre aquellos sin seguro contributivo.

agencia gubernamental, el Instituto de Salud para el Bienestar, INSABI, comenzó a proporcionar servicios médicos a la población anteriormente cubierta por el Seguro Popular. En 2023, la agencia se fusionó con el IMSS-Bienestar (anteriormente llamado IMSS-Oportunidades).

¹¹El seguro en el sistema contributivo en México es gestionado por el IMSS (trabajadores formales privados) y el ISSTE (empleados públicos) y el Seguro Social de Salud (EsSalud) en Perú. Alrededor del 3 % de los trabajadores optan por no participar en el fondo de seguro público en Perú para unirse a uno privado (consulte la siguiente sección para obtener más detalles). En la República Dominicana, los fondos de seguro son conocidos como Administradoras de Riesgo de Salud.

¹²En la República Dominicana, las consultas y hospitalizaciones son gratuitas, pero aquellos que no tienen seguro deben pagar completamente por sus medicamentos y pruebas diagnósticas.

TABLA 2 Estimaciones del porcentaje de población sin seguro

País	Año	Población no asegurada	% de la población total
Colombia	2015	1,167,921	2.4 %
República Dominicana	2019	2,394,993	23.1 %
México	2018	20,309,601	16.9 %
Perú	2016	1,325,911	4.4 %

Fuente: *Correa et al. (2021)* para México. Fuentes oficiales y cálculos propios de los autores para los demás países. Los años corresponden a los que utilizamos en los microdatos. Las cifras deben considerarse como estimaciones sujetas a error.

Las expansiones escalonadas de los esquemas no contributivos en estos países se han prestado a evaluaciones rigurosas de sus efectos, encontrando mejoras en la salud, un aumento en el uso de la atención médica y una reducción de los gastos catastróficos en salud (Bernal et al., 2017; Camacho and Conover, 2013; Conti and Ginja, 2020; Grogger et al., 2015; Miller et al., 2013; Pfütze, 2014), aunque también hay excepciones para México (King et al., 2009; Spenkuch, 2012).

3.4 | Integración parcial de riesgos entre los sistemas contributivos y no contributivos, con opciones de mejora.

Chile y Uruguay conforman el último grupo en la comparación. En estos países, las personas empleadas en el sector formal están obligadas a realizar contribuciones (impuestos sobre la nómina), lo que les otorga cobertura de seguro público (afiliados contributivos). Además, tienen la opción de elegir entre proveedores de atención médica públicos o privados/sin fines de lucro a un costo mayor. Aunque nos referimos a esto como una “mejora”, es esencial aclarar que lo entendemos en un sentido de preferencia revelada en lugar de una comparación objetiva de calidad. Las personas también pueden optar por completo por salir del sistema de seguro público y utilizar sus contribuciones para pagar parcialmente su prima de seguro privado, siendo esta opción mucho más popular en Chile que en Uruguay.

En estos países, la cobertura se ha expandido para incluir también a personas que trabajan en el sector informal y, por lo tanto, no realizan contribuciones (afiliados no contributivos). Por ley, se les garantiza la misma cobertura que a quienes trabajan en el sector formal¹³. Sin embargo, no se les permite realizar una “mejora”, por lo que reciben atención de los mismos proveedores públicos que atienden a los afiliados contributivos si eligen no realizar una “mejora”. Similarmente a los países con un sistema bismarckiano con seguro no contributivo explícito, los afiliados no contributivos son nominalizados. Sin embargo, hay dos diferencias significativas: (1) por ley, se garantiza a los afiliados no contributivos el mismo paquete mínimo de servicios que a los afiliados contributivos¹⁴ y (2) los afiliados no contributivos comparten proveedores de atención médica con una parte significativa de los afiliados

¹³Claramente, en Chile y Uruguay, la proporción de la población con empleo formal es alta, lo que facilita la integración de las poblaciones con empleo formal y sin empleo formal bajo un sistema público de salud unificado.

¹⁴El paquete mínimo de servicios garantizados se llama Garantías Explícitas de Salud (GES) en Chile y Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) en Uruguay. Colombia es una excepción porque también garantiza el mismo paquete mínimo de servicios (Plan Obligatorio en Salud) para los afiliados contributivos y no contributivos.

contributivos.

En Chile, el sistema público se llama FONASA. Los beneficiarios se dividen según sus ingresos. La población en FONASA se divide en 4 grupos. El Grupo A es la población totalmente subsidiada (sin empleo formal). Los Grupos B, C y D son los afiliados con empleo formal y sus dependientes y los jubilados con una pensión contributiva. El Grupo B es la población con ingresos por debajo del salario mínimo (SM) o jubilados, el Grupo C con ingresos entre 1 y 1.5 SM y el Grupo D con ingresos superiores a 1.5 SM. Los copagos son cero para el Grupo A y B, 10 % para el Grupo C y 20 % para el Grupo D¹⁵. Las personas en los Grupos B, C y D pueden optar por proveedores privados (llamado Modalidad de Libre Elección) pagando montos regulados específicos según el tipo de servicio. Esta elección se realiza por servicio; por lo tanto, solo es una opción parcial de exclusión, ya que no implica que las personas abandonen completamente el sistema público. FONASA cubre al 75 % de la población total de Chile, el 76 % de la cual son empleados formales y sus dependientes y jubilados ([Superintendencia de Salud, 2018a](#))¹⁶.

En Uruguay, los afiliados contributivos están cubiertos por un fondo de seguro público, el "Seguro Nacional de Salud", que se financia mediante impuestos sobre la nómina pagados a un fondo también llamado FONASA. Estos afiliados pueden optar por recibir atención del proveedor público (Administración de los Servicios de Salud del Estado, ASSE) y no tienen copagos, o recibir atención de proveedores sin fines de lucro integrados, llamados Instituciones de Atención Médica Colectiva (IAMCs) o mutualistas, y pagar copagos regulados¹⁷. FONASA transfiere a los IAMCs una cantidad fija por afiliado contributivo (ajustada por edad, sexo y metas de atención médica), que es igual a la cantidad transferida a ASSE por afiliado contributivo. A los IAMCs no se les permite cobrar primas adicionales. ASSE proporciona atención a alrededor del 40 % de la población total de Uruguay, el 37 % de los cuales son empleados formales y sus dependientes y jubilados.

En ambos países, las personas con empleo formal pueden optar por no pagar sus contribuciones al sistema de seguro público, sino a una compañía de seguros privada (exclusión voluntaria)¹⁸. Esta opción de exclusión voluntaria es diferente de la opción de mejora mencionada anteriormente, en la cual las contribuciones permanecen dentro del fondo de seguro público. En Chile, la opción de exclusión implica primero elegir uno de los muchos planes de seguro médico ofrecidos por una de las 6 compañías de seguros privadas, llamadas ISAPREs, que están autorizadas para brindar cobertura a esta población. El gobierno les transfiere una cantidad de recursos que equivale a la cantidad del impuesto sobre la nómina. Si la prima del plan que elige la persona excede esa cantidad, debe pagar la diferencia. Esta población tiene acceso a una red de proveedores privados con un acuerdo con la aseguradora que eligen. Los beneficios otorgados en el sector privado están directamente relacionados con el plan contratado y están sujetos a copagos. Un esquema similar también existe en Uruguay, pero solo el 3 % de la población lo eligió en 2021 ([Ministerio de Salud y Protección Social, 2022](#)), mientras que fue del 18 % en Chile en 2018 ([Superintendencia de Salud, 2018b](#)).

[Balsa and Triunfo \(2021\)](#) estudian la expansión de la cobertura de salud en Uruguay durante el período 2007-2013, que otorgó a los hijos de trabajadores formales, así como a los hijos discapacitados, el derecho a elegir entre IAMCs o ASSE, beneficiando en particular a

¹⁵ Los copagos han sido cero desde septiembre de 2022 para toda la población cubierta por FONASA que busca atención en la red de atención médica pública (conocida como Modalidad Institucional).

¹⁶ El resto de la población está cubierto por ISAPREs (18%) y otros seguros (7%), que incluyen a las fuerzas armadas y coberturas privadas individuales.

¹⁷ Hasta diciembre de 2020, había 36 IMACS activos, pero solo entre 1 y 3 en cada departamento, excepto en Montevideo, donde hay 11 (Junta Nacional de Salud 2020).

¹⁸ Para un análisis detallado de la exclusión de los servicios públicos en la región, consulte ([Ana de la O and Manzi, 2023](#)).

TABLA 3 Razón de financiamiento per cápita entre los subsistemas Contributivo y No Contributivo

País	Año	Razón Contributivo / No contributivo	Fuente
Colombia	2015	1.12	(Ministerio de Salud y Protección Social 2021)
Ecuador	2019	1.29	(Ñopo and Peña 2021)
Honduras	2018	2.53	(Ham and Membreño-Cedillo 2021)
México	2018	2.60	(Correa et al. 2021)
República Dominicana	2020	4.68	(Barinas and Ñopo 2021)

Nota: La cifra de Colombia corresponde a la "Unidad de Pago por Capitación" del año de nuestros microdatos. Para los demás países, utilizamos la única estimación que pudimos encontrar.

las madres menores de 18 años. Encuentran que la expansión de la cobertura llevó, a medio plazo, a una disminución de la fertilidad adolescente, una mejora en la atención prenatal y el peso al nacer, y una disminución de la mortalidad en el primer año entre los niños con bajo peso al nacer. Encuentran que la ampliación de la elección de proveedores y el aumento de la competencia podrían explicar los resultados (Balsa and Triunfo, 2021).

4 | CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD E INEQUIDAD

En esta sección, profundizaremos en las características incorporadas en varios sistemas de salud que pueden contribuir a la inequidad horizontal en el uso de servicios de salud. Nuestro objetivo es comprender por qué estas características podrían resultar en que personas con necesidades de atención médica similares accedan a servicios de salud de manera diferente (van Doorslaer and Wagstaff, 1992) y (Wagstaff et al., 1991).

Una característica común en la mayoría de los países de la región es la coexistencia de un subsistema contributivo y no contributivo, con diferentes redes de proveedores de atención médica en cada subsistema¹⁹. Las diferencias en la densidad, accesibilidad y calidad de la red pueden llevar a diferencias sistemáticas en la frecuencia y calidad del tratamiento de atención médica entre las personas inscritas en diferentes subsistemas. Aunque no podemos estimar la densidad, accesibilidad y calidad de la red, proporcionamos en la Tabla 3 a continuación una estimación de la proporción de financiamiento asignado a cada subsistema para un conjunto de países para los cuales pudimos encontrar tales estimaciones²⁰.

Como se puede observar en la Tabla 3, los subsistemas contributivos tienden a recibir un financiamiento mayor que los no contributivos, lo que probablemente se traduce en redes más densas y de mayor calidad, favoreciendo a los inscritos en el sistema contributivo sobre los no contributivos. Además, en los países bismarckianos sin seguro explícito, los inscritos en el sistema contributivo podrían tener acceso tanto a la red contributiva como a la no contributiva de proveedores de atención médica (doble cobertura), lo que les permite

¹⁹Esto a pesar de disposiciones legales en ciertos países (como Chile, Uruguay y Colombia) que garantizan formalmente el acceso igualitario a tratamientos médicos para individuos inscritos en el sistema contributivo o no contributivo.

²⁰La complejidad de los acuerdos de financiamiento (es decir, la financiación a través de impuestos generales no solo cubre al sistema no contributivo, sino que también parcialmente al contributivo en algunos países, primas o pagos adicionales en otros países), la dificultad para estimar la población beneficiaria en países bismarckianos con seguro implícito y las limitaciones en la información disponible hacen que estimar esta proporción sea una tarea desafiante, por lo que dependemos de estudios específicos por país.

beneficiarse de lo mejor de cada subsistema. Como se indicó anteriormente, se sabe que los hospitales públicos nacionales en Argentina brindan atención de alta calidad para casos complejos, mientras que las obras sociales ofrecen una mejor atención primaria y rutinaria en el hospital (Alzua and Pacheco, 2021).

Las diferencias en calidad y accesibilidad de la atención médica también pueden ser importantes en los países de tipo Beveridge, incluso si no hay una división contributiva vs. no contributiva. En los países de tipo Beveridge, todos los ciudadanos tienen el mismo derecho formal a la atención médica proporcionada públicamente. Por lo tanto, podría considerarse que es adecuado para eliminar la desigualdad en la atención médica; sin embargo, las personas de mayores ingresos tienen acceso a la atención médica privada, que al menos en algunos aspectos es de mejor calidad²¹. De hecho, algunas personas obtienen atención médica privada para eludir mecanismos no monetarios (es decir, listas de espera, elección restringida de especialistas y control de acceso) que suprimen implícitamente la demanda y reducen costos, y que son comunes en los países de tipo Beveridge debido a la ausencia de copagos o tarifas de usuario. Las personas pueden obtener esta atención médica ya sea comprándola directamente y pagando de su bolsillo, o comprando voluntariamente un seguro médico privado (o las empresas lo compran para sus empleados), lo que lleva a que algunas personas se beneficien de una doble cobertura (Propper, 1995; Vera-Hernández, 1999; Besley et al., 1999). Típicamente, serán las personas con ingresos más altos las que disfruten de un seguro médico privado dentro de un sistema Beveridge, lo que reintroduce una vinculación entre la capacidad de pago y el acceso a la atención médica, socavando potencialmente el principio de atención médica según la necesidad y no según la capacidad de pago.

Naturalmente, cuanto menor sea la calidad de la atención proporcionada públicamente, más dispuestas estarán las personas a comprar atención médica en el mercado privado, incluido el seguro médico privado. La demanda de seguros médicos privados tenderá a ser baja si la calidad de la atención proporcionada públicamente es alta, especialmente porque el individuo no recibe ninguna reducción fiscal al comprar un seguro médico privado, y la prima debe cubrir los costos promedio del tratamiento privado, que no está subvencionado por el asegurador público (Olivella and Vera-Hernández, 2013).

Para investigar la relación entre la disposición a comprar atención médica en el mercado privado y la calidad de la atención médica proporcionada públicamente en los países de América Latina, presentamos correlaciones entre las contribuciones gubernamentales y del régimen obligatorio per cápita en los países latinoamericanos y las contribuciones voluntarias (como % del gasto total en salud) (Figura 1) y los pagos directos (como % del gasto total en salud) (Figura 2). Los países están categorizados según nuestra taxonomía de sistemas de salud²². Cabe destacar que las contribuciones gubernamentales y obligatorias per cápita son significativamente más bajas en todos los países latinoamericanos en comparación con los países de la OCDE (excluyendo los países de América Latina y el Caribe), que promediaron 3077 USD PPA (Paridad del Poder Adquisitivo) en 2015. Mientras tanto, la proporción de contribuciones voluntarias y, especialmente, los gastos de bolsillo tienden a ser más altos en la mayoría (aunque no en todos) de los países latinoamericanos en comparación con los países de la OCDE, que promediaron el 6.1 % y el 19 %, respectivamente, en 2015.

En consonancia con el argumento anterior, el panel superior izquierdo de la Figura 1 muestra que, entre todos los países latinoamericanos, Brasil tiene la mayor participación de contribuciones voluntarias (es decir, primas de seguros privados) en el gasto total en

²¹ En la práctica, habrá diferencias en los costos no monetarios (por ejemplo, costos de transporte) y en la calidad de la atención, por ejemplo, debido a la ubicación.

²² En las Figuras 1 y 2, utilizamos años diferentes para cada país para que coincidan con el año para el cual se dispone de microdatos en las secciones restantes del capítulo.

salud, y de hecho, el nivel de financiamiento gubernamental per cápita para la salud es relativamente bajo. Uno esperaría que las personas con mayor capacidad de pago sean las que se beneficien de la cobertura de seguros privados, que cubre el tratamiento en condiciones más ventajosas que el único asegurador público, posiblemente reforzando las desigualdades socioeconómicas en el acceso a la atención médica.

Como muestra también la Figura 1, las contribuciones voluntarias tienden a ser más pequeñas en países con los otros tres tipos de sistemas, todos los cuales cuentan con un esquema contributivo y no contributivo. Posiblemente, esto se debe a que hay una discrepancia entre las personas con capacidad para pagar el seguro de salud privado y aquellas que se beneficiarán más de él (en términos de calidad de atención). Por un lado, las personas en el subsistema no contributivo tienden a recibir atención de menor calidad (Tabla 2), por lo que se beneficiarían más del seguro de salud privado, pero tienden a tener una capacidad de pago más baja. Por otro lado, las personas en el subsistema contributivo disfrutan de una atención de mayor calidad que las del subsistema no contributivo, por lo que obtienen menos beneficios al comprar un seguro de salud privado, aunque son las que tienen una mayor capacidad de pago.

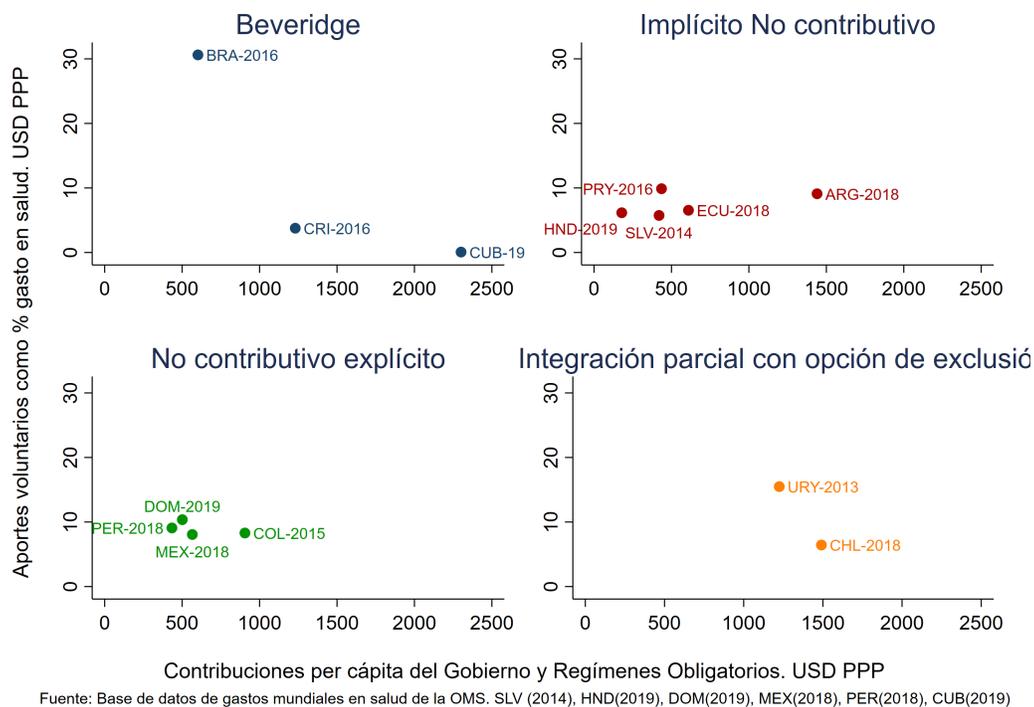


FIGURA 1 Contribuciones Voluntarias

En algunos países, las contribuciones voluntarias se utilizan como mecanismo para excluirse del asegurador público. En Chile, en 2018, aproximadamente el 23 % de la población contribuyente optó por no participar en el asegurador público (FONASA) ([Superintendencia de Salud, 2018a](#)) y utilizó su contribución al seguro social (7 % de las ganancias) para la prima de un fondo de seguro privado (ISAPRES) de su elección. Como era de esperar, la exclusión es más popular entre los trabajadores con ingresos más altos, ya que su contribución del 7 % cubrirá un mayor porcentaje de la prima del seguro privado ([Morales and Olate, 2021](#)). En Uruguay, la exclusión también es una opción, pero menos del 4 % la elige. El valor

relativamente alto de la participación voluntaria en la Figura 1 podría deberse a las primas de seguros de salud privados, especialmente dado que la reciente reforma que amplió la cobertura aún estaba en curso. En Perú, la exclusión del asegurador público (EsSalud) también es posible, aunque solo menos del 3 % de los empleados la aprovechan, posiblemente porque las personas que optan por salir solo pueden llevar el 2.25 % de sus ganancias a la compañía de seguros privada, dejando el 6.75 % en el fondo de seguro público (Ñopo, 2021). Por lo tanto, aquellos que optan por salir tendrán que incurrir en contribuciones voluntarias sustanciales para cubrir la prima del seguro privado²³.

El pago directo de la atención médica, en el momento de la necesidad, puede representar una barrera significativa para acceder a los servicios de salud. Esta barrera a menudo afecta de manera más severa a los menos privilegiados, exacerbando potencialmente las disparidades en salud y atención médica. Además, aumenta los riesgos financieros asociados con la enfermedad, reduce el bienestar y potencialmente empuja a los hogares hacia la pobreza^{24 25}. La Figura 2 muestra una amplia variación entre los países de América Latina y el Caribe en el porcentaje de los gastos de atención médica financiados mediante pagos directos, con valores más bajos para los países de tipo Beveridge, donde representan entre el 10 % y el 25 % de los gastos de atención médica, menos que en la mayoría de los demás países de América Latina y más o menos en línea con el promedio de la OCDE del 19 %.

Los pagos directos de bolsillo se presentan en dos formas muy diferentes. Muchos esquemas de seguros formales (contributivos, no contributivos y privados) incluyen mecanismos de costos compartidos para el consumidor (copagos, coseguros, deducibles). En los países de ingresos altos, el costeo compartido del consumidor se justifica tradicionalmente como una herramienta para reducir el riesgo moral, es decir, el consumo excesivo de atención médica debido al seguro (Ellis and McGuire, 1996). Sin embargo, esta lógica podría ser menos aplicable a los países de ingresos bajos y medianos, donde tiende a subutilizarse la atención médica, y el costeo compartido del consumidor, incluso dentro de los esquemas de seguros formales, podría desempeñar un papel más importante en la financiación de la atención médica.

Por ejemplo, los afiliados al subsistema contributivo en la República Dominicana deben cubrir el 20 % de los costos de pruebas diagnósticas, el 30 % de los medicamentos y 10 dólares estadounidenses por consulta médica general, con costos adicionales por consultas con especialistas (Barinas and Ñopo, 2021). En algunos países, los copagos son una función de las ganancias del afiliado. En Colombia, el copago por cada servicio ambulatorio (consulta, receta o prueba diagnóstica) sigue una función escalonada de las ganancias de los afiliados como porcentaje del salario mínimo. Dentro de un escalón dado, a medida que aumentan las ganancias, el copago representa un porcentaje menor de las ganancias individuales (Figura 3). Además, debido a los escalones, las personas con ganancias muy similares están sujetas a valores de copago sustancialmente diferentes.

²³La opción de renunciar a los fondos de seguro contributivo (obras sociales) también es posible en Argentina, aunque, al igual que en Perú, no es muy común. Solo el 5 % de la población dentro del esquema contributivo (correspondiente al 3.7 % del total de la población) decide renunciar (Torres et al., 2020).

²⁴Según Wagstaff et al. 2020, el 10 % de los hogares en América Latina incurrieron en gastos de atención médica directa que superaron el 10 % de sus ingresos mensuales familiares (conocidos como gastos catastróficos en salud (Wagstaff et al., 2020).

²⁵Buitrago et al. (2023) demuestran que un mayor costo compartido en el esquema contributivo colombiano conduce a un menor uso de la atención médica a corto plazo, pero también a diagnósticos perdidos de afecciones crónicas y a un aumento en el uso de la atención médica a mediano y largo plazo).

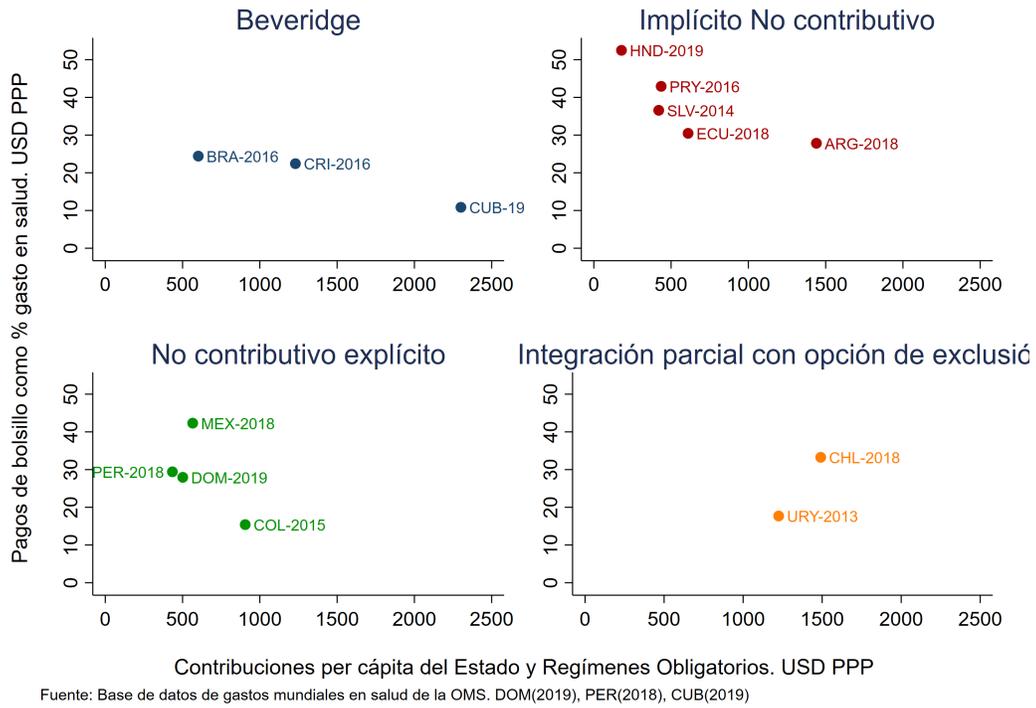


FIGURA 2 Pagos directos de bolsillo

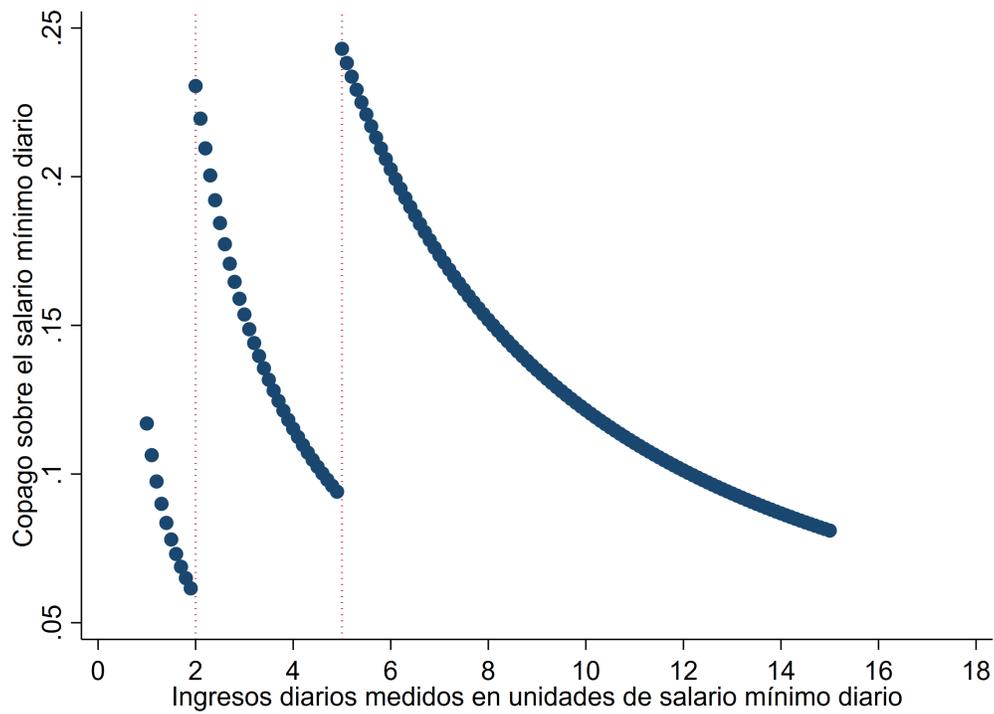


FIGURA 3 Copagos como función de los ingresos de los afiliados al sistema contributivo en Colombia Fuente: cálculos propios mediante simulaciones.

Chile es un ejemplo de un arreglo complejo de costos compartidos para el consumidor. Hasta septiembre de 2022, aquellos afiliados a FONASA en la tercera y cuarta categoría de ingresos más altos (28,4 % en 2017) debían pagar el 10 % y el 20 % de los costos de atención médica, respectivamente, incluso si utilizaban la red de proveedores de atención médica pública²⁶. Además, aquellos en la segunda, tercera y cuarta categoría de ingresos más altos pueden elegir proveedores de atención médica privados pagando copagos adicionales (“mejora”), lo que depende del ingreso del individuo y la categoría del proveedor (Morales and Olate, 2021). Además, aquellos que optan por un seguro privado (ISAPRES) estarán bajo los arreglos de costos compartidos detallados en su contrato. Este amplio uso de los copagos es consistente con el gran porcentaje de gastos de bolsillo informado en la Figura 2.

El coste compartido del consumidor también puede ser un mecanismo de “mejora”. En Uruguay, los trabajadores formales pueden elegir entre ser tratados por los proveedores públicos (ASSE) y no pagar copagos, o proveedores integrados sin fines de lucro (IAMCs) y pagar copagos regulados por cada servicio médico (PAHO, N.D.)²⁷.

Los pagos de bolsillo también pueden ocurrir fuera de los esquemas formales de seguros. Las personas que no están satisfechas con la atención que reciben a través de su seguro, no pueden recibir atención oportuna, enfrentan barreras no monetarias para el acceso (como la ubicación de las clínicas) o simplemente requieren tratamientos no cubiertos por sus esquemas de seguro, pueden buscar atención médica a través del mercado privado y pagar directamente. Además, en algunos países (es decir, países con un esquema bismarckiano y un seguro no contributivo explícito), las personas sin seguro pueden ser cobradas para obtener atención en proveedores de atención médica pública, o eligen proveedores de atención médica privados y pagan en consecuencia. Por otro lado, en países con esquemas bismarckianos con seguro no contributivo implícito, los pagos de bolsillo probablemente reflejen la incapacidad del sector público para proporcionar servicios básicos de atención médica que luego se buscan a través de proveedores privados, una característica común observada en muchos países de ingresos bajos y medianos para finales de la década de 1990 (Das and Do, 2023). De hecho, en países como El Salvador, Honduras y Paraguay, donde el régimen contributivo cubre una pequeña parte de la población, los gastos de bolsillo representan entre un tercio y la mitad del gasto total en salud.

Álvarez et al. (2020) encuentran que la probabilidad de gastos catastróficos en salud (superiores al 10 % del ingreso familiar) es solo mayor para los afiliados no contributivos en Argentina y México, mientras que es mayor para los afiliados contributivos en Perú, Bolivia, Colombia y Chile. Esto refleja que el coste compartido del consumidor tiende a ser mayor en los esquemas contributivos que en los no contributivos, y que los copagos a veces se utilizan como mecanismos de “mejora” para acceder a la atención médica privada. Además, las personas con bajos ingresos pueden optar por no obtener atención médica debido a los costos compartidos, y este costo compartido latente no se registra en los datos. En línea con esto, Álvarez et al. (2020) ofrecen evidencia que muestra que los afiliados no contributivos tienen menos probabilidades de visitar a un profesional de la salud cuando están enfermos que los afiliados contributivos, y es más probable que indiquen que “falta de dinero” fue la razón para no visitar a un profesional de la salud. Esto presenta un panorama muy complejo entre el coste compartido observado y el acceso y la calidad de la atención médica (Álvarez et al., 2020).

En general, esperamos que las personas paguen más de su bolsillo si no tienen seguro,

²⁶FONASA también otorga préstamos para cubrir los copagos.

²⁷Los datos para Uruguay en las Figuras 1 y 2 corresponden a 2013, cuando el país aún estaba expandiendo el nuevo sistema de cobertura de seguro de salud previamente descrito (consulte a Balsa y Triunfo 2021 para obtener más detalles). Informamos los datos de 2013 para que coincidan con los microdatos que informaremos en las próximas secciones del capítulo.

si su seguro cubre un menor porcentaje de los costos de tratamiento y/o si la calidad de la atención proporcionada por el seguro es peor. Curiosamente, para la mayoría de las categorías, la Figura 2 muestra una relación negativa entre el financiamiento promedio per cápita del gobierno y los esquemas obligatorios, y la proporción de los gastos de salud financiados de forma directa.

5 | INEQUIDADES EN LOS SISTEMAS DE SALUD, EN LA UTILIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA Y EN LOS DESENLACES DE SALUD.

En esta sección presentamos medidas de inequidades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud y resultados de salud, medidas en nuestro estudio relacionado (Bancalari et al., 2023). Los indicadores seleccionados de la utilización de servicios de salud y resultados de salud analizados en esta sección incluyen: (i) salud materna e infantil, (ii) salud reproductiva, (iii) enfermedades no transmisibles (ENTs).

Estudiamos las inequidades para todos los países con datos disponibles. Utilizamos Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) y Encuestas de Múltiples Indicadores por Conglomerados (MICS) para informar sobre las inequidades en salud materna e infantil, así como en salud reproductiva. Para estudiar las inequidades en enfermedades no transmisibles y salud mental, utilizamos una amplia gama de encuestas nacionales de salud. Para lo primero, también empleamos el enfoque de la OMS para la vigilancia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (STEPS), que utiliza preguntas estandarizadas y protocolos para recopilar factores de riesgo biológicos clave en diferentes países, incluyendo medidas físicas y bioquímicas. Consulte nuestro trabajo complementario, (Bancalari et al., 2023), para obtener más información sobre las fuentes de datos y la construcción de indicadores seleccionados que son fundamentales a lo largo del ciclo de vida (consulte también el Apéndice A en este capítulo).

5.1 | Salud materna, infantil y reproductiva, y acceso a la atención médica.

Nos enfocamos en dos indicadores de atención materna: atención prenatal con cuatro o más visitas (CPN 4+ visitas); y atención prenatal de calidad, definida como tener al menos una visita de atención prenatal en la que se midió la presión arterial y se tomaron muestras de orina y sangre, siguiendo las directrices de la OMS (WHO, 2016). Como indicador centinela de la salud infantil, analizamos la mortalidad infantil medida como la falta de supervivencia durante el primer año de vida entre los niños nacidos en los cinco años anteriores a la encuesta (multiplicada por 1,000 para ser comparable con las tasas tradicionales de mortalidad infantil). Para la salud reproductiva, utilizamos el embarazo adolescente, medido como si las mujeres tuvieron su primer hijo antes de los 20 años.

La Tabla 4 presenta las inequidades según el estatus socioeconómico representado por el nivel educativo para los cuatro indicadores. Los países están organizados según su tipo de sistema de salud. La educación se estratifica en las siguientes cinco categorías: (i) sin educación o primaria incompleta, (ii) primaria completa, (iii) secundaria incompleta, (iv) secundaria completa y (v) terciaria. Para cuantificar el grado de inequidad, informamos las razones de desigualdad comparando las dos categorías más bajas con las dos más altas:

Razón = (Educación primaria completa o menos, pero sin educación secundaria) / (Educación secundaria completa como mínimo).

TABLA 4 Inequidades en la salud infantil y materna y en la atención médica por tipo de sistema de salud

Tipo de sistema de salud	País/encuesta	Atención prenatal asistida (4+ visitas)			Atención prenatal de calidad			Mortalidad infantil			Madre adolescente		
		N	Promedio	Razón	N	Promedio	Razón	N	Promedio	Razón	N	Promedio	Razón
Beveridge	Costa Rica 2018-MICS	1286	94.4	0.98	1286	98.7	0.99				4468	39.3	2.61***
	Cuba 2019-MICS	1870	79.3		1870	99.2					6017	29.5	2.11***
No Contributivo Implícito	Argentina 2011-MICS	3327	90.6	0.89***	3327	98.3	0.97**				12592	29.6	2.90***
	Honduras 2012-DHS							11064	22.7	1.33			
	Honduras 2019-MICS	3278	88.4	0.86***	3278	95.6	0.93***				10574	50.6	3.02***
	Paraguay 2016-MICS	1803	93.6	0.87***	1803	98.5	0.97	4445	16.0	2.60*	4058	39.5	2.97***
No Contributivo Explícito	Salvador 2014-MICS	2832	90.2	0.90***	2832	98.2	0.97***	7191	16.0	1.37	7194	46.9	3.42***
	Colombia 2015-DHS	4660	90.1	0.79***	4660	94.4	0.87***	11849	13.4	2.84***	22467	36.3	2.32***
	República Dominicana 2019-MICS	3336	92.7	0.87***	3336	98.2	0.95***	8442	25.7	1.28	13147	46.1	1.98***
	México 2015-MICS	3032	94.3	0.86***	3032	98.3	0.93***				7059	37.8	3.00***
Integración Parcial con Mejora	Perú 2016-ENDES	18029	96.2	0.94***	18087	93.2	0.88***	17894	12.0	3.09***	21594	31.4	3.33***
	Uruguay 2013-MICS	433	76.8	1.12	433	98.6	0.98						

Nota: Ratio = Menor/Mayor. 'Menor' corresponde a educación primaria completada o menos, pero sin educación secundaria, y 'Mayor' corresponde a al menos educación secundaria completada. Valores faltantes en las razones si la población no ponderada en cada categoría educativa es <30. La media se refiere al promedio poblacional. Consulte el Apéndice A para la definición de los indicadores "Atención prenatal asistida (4+ visitas)", "Atención prenatal de calidad", "Mortalidad infantil" y "Madre adolescente".

Independientemente de las características del sistema de salud, la inequidad en la cobertura de las visitas de CPN 4+ es proeducación alta (con una razón menor a 1) en todos los países, siendo Uruguay la única excepción. Sin embargo, la razón no es estadísticamente significativa en este país ni en los países con modelos de Beveridge. Los países con mayor desigualdad proeducación alta son Colombia, Honduras, Paraguay, República Dominicana y México, todos de tipo Bismarckiano. No hay diferencias en los niveles de inequidad entre los dos grupos Bismarckianos: las razones varían entre 0.86 y 0.90 en países con seguro implícito para la población no contributiva, mientras que la variación es de 0.86 a 0.94 para países con seguro explícito para la población no contributiva.

Curiosamente, las categorías de educación más alta y más baja tienden a mostrar disparidades menores en la calidad de la atención prenatal en comparación con las visitas de CPN 4+, ya que las razones en la mayoría de los países están más cerca de uno. Aun así, la desigualdad es proeducación alta en todos los países (razón menor a 1), excepto en Cuba. Aunque no hay una fuerte asociación entre el tipo de sistema y la inequidad, dos de los países Bismarckianos con seguro explícito para la población no contributiva, Colombia y Perú, tienen las brechas más grandes entre los más y menos educados. Por otro lado, la inequidad en esta medida no parece ser prevalente en los países de Beveridge ni en aquellos con sistemas parcialmente integrados²⁸.

El embarazo adolescente está entre los indicadores más desiguales. Las mujeres menos educadas tienen entre 2 y 3.4 veces más probabilidades de ser madres adolescentes que las madres más educadas. En este caso, faltan datos para los países con integración parcial (Chile y Uruguay). Según las estimaciones, los países de Beveridge parecen ser menos desiguales que todos los países Bismarckianos, excepto República Dominicana y Colombia.

5.2 | Acceso a la atención médica para adulto.

A continuación, también estudiamos las inequidades en la detección y tratamiento de la hipertensión, un importante factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, que tiene la cobertura más completa de todos los factores de riesgo metabólicos en los datos disponibles (consulte nuestro trabajo complementario, [Bancalari et al. \(2023\)](#)). Solo utilizamos conjuntos de datos que miden la presión arterial de los individuos, de modo que tengamos una medida objetiva del estado de hipertensión de las personas, independientemente de si

²⁸La tasa de mortalidad infantil está ausente para la mayoría de los países de la Tabla 4, lo que nos impide obtener conclusiones.

han sido diagnosticadas o no. Debido a que la hipertensión varía según la edad, pero las diferentes encuestas que utilizamos muestrean a personas de diferentes rangos de edad, estandarizamos el resultado a los 60 años, utilizando una regresión Logit con un polinomio de segundo orden sobre la edad y variables ficticias para los grupos educativos.

La Tabla 5 informa si se ha medido alguna vez la presión arterial del individuo, así como, para aquellos individuos que padecen hipertensión, si la están tratando o no. En cuanto al primer indicador, para todos los países excepto Perú, la mayoría de las personas han tenido su presión arterial medida a los 60 años, y las razones de desigualdad son muy cercanas a uno (ausencia de desigualdad). En Perú, solo el 56 % de la población ha tenido su presión arterial medida a los 60 años, y la desigualdad proeducación alta es muy significativa (razón = 0.66).

La Tabla 5 también muestra los gradientes educativos en la proporción de personas con hipertensión no tratada. Cuando son estadísticamente significativos, siempre son proeducación alta (razones mayores a 1). Los países de Beveridge no exhiben desigualdades proeducación alta. El resto de los países (excepto Colombia) muestran desigualdades proeducación alta, que son estadísticamente significativas, excepto en Perú. La desigualdad es proeducación alta y estadísticamente significativa en países con subsistemas de salud parcialmente integrados con mejora (Chile y Uruguay), y para los dos países Bismarckianos con cobertura implícita para la población no contributiva (Argentina y Ecuador). Para los países Bismarckianos con cobertura explícita, los resultados son solo proeducación alta y estadísticamente significativos para México (no son estadísticamente significativos ni para Colombia ni para Perú)²⁹.

TABLA 5 Desigualdades en la prevención y tratamiento de la hipertensión por grupos de educación, estandarizadas a los 60 años

Tipo de sistema de salud	País/encuesta	Alguna vez se les tomó la presión arterial			Hipertensión no tratada		
		N	Promedio	Razón	N	Promedio	Razón
Beveridge	Brasil 2016-ELSI	9335	99.8		5880	26.5	0.92
	Costa Rica 2010-CRELES	2794	99.5		2908	24.6	0.95
No Contributivo Implícito	Argentina 2018-ENFR	29224	97.7	0.97***	7466	53.1	1.09*
	Ecuador 2018-STEPS	4638	92.3	0.94***	897	43.4	1.24*
No Contributivo Explícito	Colombia 2015-SABE				3533	29.6	0.74
	México 2018-ENSANUT				4556	42.6	1.27***
	Perú 2016-ENDES	32352	56.1	0.66***	4203	55.9	1.06
Integración Parcial con mejora	Chile 2019-ENS	5714	97.3	0.99	1981	27.1	1.62**
	Uruguay 2013-STEPS	2458	97.7	0.97***	810	39.6	1.30*

Nota: Ratio = Menor/Mayor. 'Menor' corresponde a educación primaria completada o menos, pero sin educación secundaria, y 'Mayor' corresponde a al menos educación secundaria completada. La media se refiere al valor poblacional estandarizado a los 60 años. Valores faltantes en las razones si la población no ponderada en cada categoría educativa es <30. Márgenes estimados a los 60 años a partir de una regresión Logit controlando por el polinomio de segundo orden de la edad. STEPS, Paso hacia un mundo más saludable: monitoreo de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo; ENFR, Encuesta Nacional de Factores de Riesgo; ELSI, Estudio Longitudinal sobre el Envejecimiento; ENS, Encuesta Nacional de Salud; SABE, Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento; CRELES, Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable; ENSANUT, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; ENDES, Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Consulte el Apéndice A para la definición de los indicadores "Alguna vez se les tomó la presión arterial" e "Hipertensión no tratada". La significancia estadística de la diferencia entre grupos se denota por * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$.

También informamos en la Tabla 6 sobre las inequidades en la realización de mamografías (prueba para el cáncer de mama) y tamizaje de cáncer cervical (pruebas basadas en citología

²⁹Como se indicó anteriormente, en 2013 Uruguay aún estaba implementando la reforma que amplió la cobertura de atención médica utilizando el esquema que discutimos anteriormente.

o pruebas basadas en ADN de VPH), utilizando el mismo método de estandarización a los 60 años que en la Tabla 5. Desafortunadamente, la información es escasa en varios países. Cuando es estadísticamente significativa, que es el caso en la mayoría de los países, la inequidad es favorable a las personas altamente educadas. Sin embargo, resulta difícil determinar un patrón de inequidad según el tipo de sistema de salud.

TABLA 6 Mamografía y prueba de cáncer cervical estandarizadas a los 60 años de edad.

Tipo de sistema de salud	País/encuesta	Mamografía en los últimos 2 años			Prueba de cáncer cervical en los últimos 3 años		
		N	Promedio	Razón	N	Promedio	Razón
Beveridge	Brasil 2016-ELSI	3727	60.1	0.71***			
	Costa Rica 2010-CRELES	1705	56.6	0.75***			
No Contributivo Implícito	Argentina 2018-ENFR	4709	63.6	0.68***	9110	62.1	0.70***
	Ecuador 2018-STEPS	778	24.2	0.22***			
	Honduras 2012-DHS				17530	19.9	0.78***
No Contributivo Explícito	Colombia 2015-DHS				26670	60.2	0.82***
	República Dominicana 2013-DHS				7508	21.9	0.64***
	Perú 2016-ENDES	564	45.5	1.14	6186	76.4	
Integración Parcial con mejora	Chile 2019-ENS	1197	58.2	0.93	1449	8.3	
	Uruguay 2013-STEPS	546	71.7	0.66***	895	14.6	0.47

*Nota: La razón = Menor/Mayor. 'Menor' corresponde a educación primaria completada o menos, pero sin educación secundaria, y 'Mayor' corresponde a al menos educación secundaria completada. La media se refiere al valor poblacional estandarizado a los 60 años. Valores faltantes en razones si la población no ponderada en cada categoría educativa es <30. Márgenes estimados a los 60 años a partir de una regresión Logit controlando por el polinomio de segundo orden de la edad. STEPS, Paso hacia un mundo más saludable: monitoreo de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo; ENFR, Encuesta Nacional de Factores de Riesgo; ELSI, Estudio Longitudinal sobre el Envejecimiento; ENS, Encuesta Nacional de Salud; SABLE, Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento; CRELES, Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable; ENSANUT, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; ENDES, Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Consulte el Apéndice A para la definición de los indicadores "Mamografía en los últimos 2 años" y "Prueba de Cáncer Cervical en los últimos 3 años". La significancia estadística de la diferencia entre grupos se denota por * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$.*

6 | ¿LA SEGMENTACIÓN ENTRE LOS SUBSISTEMAS CONTRIBUTIVOS Y NO CONTRIBUTIVOS: UNA FUENTE CLAVE DE INEQUIDAD?

Como queda claro en la descripción anterior, la mayoría de los países de la región cuentan con un subsistema contributivo al que solo tienen acceso los trabajadores formales y que está mejor financiado que el subsistema no contributivo al que tienen acceso los trabajadores informales, aunque a menudo los copagos son más altos en el sistema contributivo. En algunos países, los afiliados al sistema contributivo se benefician de una doble cobertura o pueden pagar extra para "mejorar" y utilizar proveedores privados. Por lo tanto, las diferencias en la cobertura de seguros pueden desempeñar un papel importante en las desigualdades en el acceso a la atención médica (tanto en cantidad como en calidad) y a la salud. De hecho, estudios específicos de cada país han destacado el papel que el tipo de cobertura de seguro puede desempeñar en la determinación de las inequidades en la salud y la atención médica (Barraza-Lloréns et al., 2013; Lavín et al., 2013; González and Triunfo, 2020).

En esta subsección, utilizamos encuestas a hogares para informar las diferencias en el uso de la atención médica y los resultados de salud entre la población en los subsistemas contributivo y no contributivo de cada país, y descomponemos tales diferencias con respecto a las características observadas: demográficas (edad y sexo), educativas (educación propia para adultos, educación de los padres para los resultados de los niños) y geográficas (rural/urbano) de los individuos. Cuando está disponible, también utilizamos como covariable

un índice de riqueza proxy del hogar disponible en los conjuntos de datos DHS y MICS, que captura los quintiles del primer componente principal de un conjunto de activos que están correlacionados con la riqueza general del hogar³⁰. Esta descomposición revela en qué medida las desigualdades en los resultados de salud según la cobertura de seguro pueden explicarse por las diferencias en características observables³¹.

Para lograr nuestro objetivo, utilizamos la descomposición de Oaxaca (Oaxaca 1973), que típicamente involucra tres pasos: (i) estimar un modelo de regresión para predecir la variable de resultado de interés; (ii) descomponer la diferencia entre la variable de resultado entre dos grupos (es decir, con o sin acceso al seguro de salud contributivo); (iii) analizar la contribución de cada variable independiente a la diferencia general en los resultados entre los dos grupos. En particular, supongamos que tenemos dos grupos, aquellos que tienen seguro contributivo y aquellos sin seguro no contributivo. La diferencia en los resultados de salud promedio entre los dos grupos se puede descomponer en una parte explicada y una parte no explicada. La parte explicada se calcula utilizando un modelo de regresión lineal que predice un resultado de salud a partir de un conjunto de covariables independientes para cada grupo. Luego, utilizamos el modelo de regresión predicho para cada grupo para estimar la diferencia que puede explicarse por las variables independientes. La diferencia entre la diferencia real en los resultados de salud entre los dos grupos y la diferencia en los valores predichos refleja la parte no explicada.

Aunque la descomposición de Oaxaca puede proporcionar ideas útiles sobre la fuente de las diferencias grupales en los resultados de salud, y se ha utilizado ampliamente en la literatura (O'Donnell, 2007; O'Donnell et al., 2006; Wagstaff and Nguyen, 2002), es una descomposición estadística que revela las asociaciones que conforman las desigualdades por esquema de seguro en lugar de los efectos casuales.

Estudiamos las desigualdades en la salud en indicadores seleccionados que son fundamentales a lo largo del ciclo de vida, en particular en (i) salud materna e infantil, (ii) salud reproductiva y (iii) enfermedades no transmisibles. Utilizamos Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) y Encuestas de Múltiples Indicadores por Conglomerados (MICS) para informar sobre las desigualdades en salud materna e infantil, así como en salud reproductiva. Para estudiar las desigualdades en enfermedades no transmisibles, utilizamos una amplia gama de encuestas nacionales de salud y las encuestas realizadas por el enfoque STEPwise de la OMS para la vigilancia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (STEPS). Consulta el Apéndice A para obtener una descripción detallada de todos los indicadores. Utilizamos menos países que en las secciones anteriores debido a que la variable de cobertura de seguro está ausente en muchas de las encuestas en las que nos basamos (consulta el Apéndice B para la definición de la población contributiva y no contributiva en cada país).

Para cada indicador, primero informamos sobre la desigualdad por seguro, así como cuánta de esa desigualdad podemos explicar mediante la desigualdad en los factores seleccionados. Luego, presentamos la descomposición de la disparidad y la contribución relativa de la desigualdad en los factores seleccionados para la parte explicada de la desigualdad.

6.1 | Salud materna e infantil

En primer lugar, nos enfocamos en dos indicadores de atención materna: cuidado prenatal con cuatro o más visitas; y atención prenatal de calidad, definida como tener al menos una visita de atención prenatal en la que se midió la presión arterial y se tomaron

³⁰Consulta <https://dhsprogram.com/topics/wealth-index/Wealth-Index-Construction.cfm>.

³¹La descomposición de Oaxaca también puede descomponer la desigualdad entre los dos grupos en diferencias en cómo estas características afectan los resultados de salud (los coeficientes de la regresión), pero en este capítulo hemos asumido que tales coeficientes son iguales.

muestras de orina y sangre, siguiendo las directrices de la OMS (WHO, 2016).

La Tabla 7 informa importantes disparidades en la atención prenatal a favor de aquellos en esquemas contributivos: una menor proporción de mujeres inscritas en esquemas de seguro no contributivos accede a atención prenatal frecuente y de alta calidad en comparación con mujeres inscritas en el contributivo. Sin embargo, las covariables del modelo (edad, educación, indicador rural y un índice de riqueza del hogar como proxy) explican la mayor parte de las diferencias, y ninguna de las diferencias no explicadas es estadísticamente significativa, excepto en México en la frecuencia de la atención prenatal. Según las Figuras 4 y 5, la riqueza y la educación son las variables que más influyen en las diferencias observadas.

Los resultados son consistentes con las diferencias en la atención prenatal entre contributivos y no contributivos que son impulsadas por efectos de composición, en lugar de características diferenciales entre los subsistemas. Esto concuerda con la importante expansión de la atención primaria que tuvo lugar entre los años 70 y 90 en áreas rurales y periurbanas desatendidas, priorizando la atención materna e infantil, y una disminución observada en la desigualdad en la atención materna e infantil (Berlinski et al., 2020; Cotlear et al., 2015).

TABLA 7 Descomposición de indicadores de atención prenatal en explicados y no explicados

Panel A. Recibió al menos 4 visitas de atención prenatal						
País	Obs	Promedio No Contributivo	Promedio Contributivo	Diferencia	Explicado	No explicado
Argentina 2011	3318	0.889	0.919	-0.030 [0.019]	-0.035*** [0.012]	0.005 [0.021]
Colombia 2015	4652	0.866	0.945	-0.079*** [0.013]	-0.102*** [0.012]	0.023 [0.016]
República Dominicana 2019	3332	0.903	0.967	-0.064*** [0.011]	-0.043*** [0.008]	-0.021 [0.013]
Honduras 2019	3278	0.876	0.961	-0.085*** [0.016]	-0.075*** [0.010]	-0.010 [0.017]
México 2015	3032	0.927	0.984	-0.058*** [0.010]	-0.031*** [0.007]	-0.026*** [0.010]
Perú 2016	18029	0.955	0.981	-0.025*** [0.005]	-0.031*** [0.003]	0.006 [0.005]
Panel B. Calidad prenatal: recibió todas las pruebas prenatales recomendadas en al menos una visita prenatal						
País	Obs	Promedio No Contributivo	Promedio Contributivo	Diferencia	Explicado	No explicado
Argentina 2011	3318	0.977	0.989	-0.012* [0.006]	-0.006* [0.003]	-0.006 [0.006]
Colombia 2015	4652	0.921	0.973	-0.051*** [0.009]	-0.054*** [0.009]	0.002 [0.011]
República Dominicana 2019	3332	0.975	0.993	-0.019*** [0.006]	-0.013*** [0.004]	-0.005 [0.006]
Honduras 2019	3278	0.952	0.988	-0.036*** [0.009]	-0.036*** [0.006]	-0.000 [0.009]
México 2015	3032	0.978	0.996	-0.018*** [0.005]	-0.015*** [0.005]	-0.003 [0.004]
Perú 2016	18087	0.919	0.969	-0.050*** [0.006]	-0.054*** [0.004]	0.004 [0.006]

Nota: La descomposición de Oaxaca en la regresión lineal controla la edad, educación, quintiles de riqueza por proxy del hogar y residencia (urbana/rural).

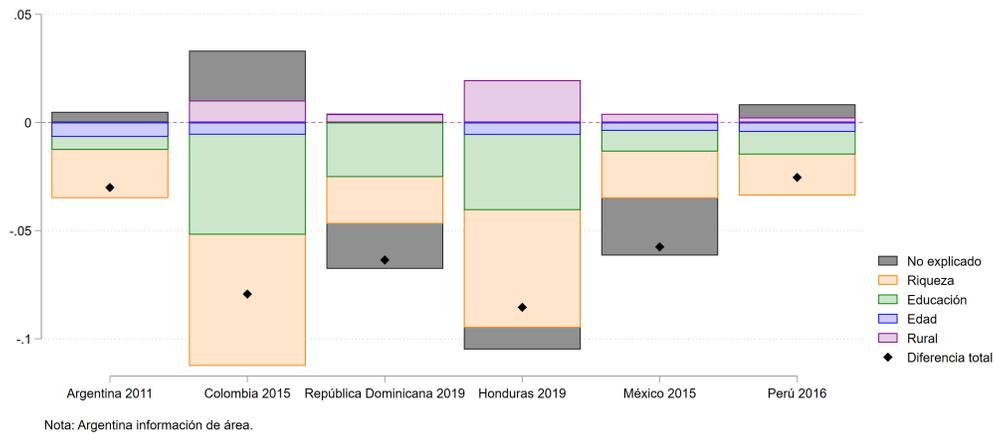


FIGURA 4 Descomposición Oaxaca: Atención prenatal (4+ visitas)

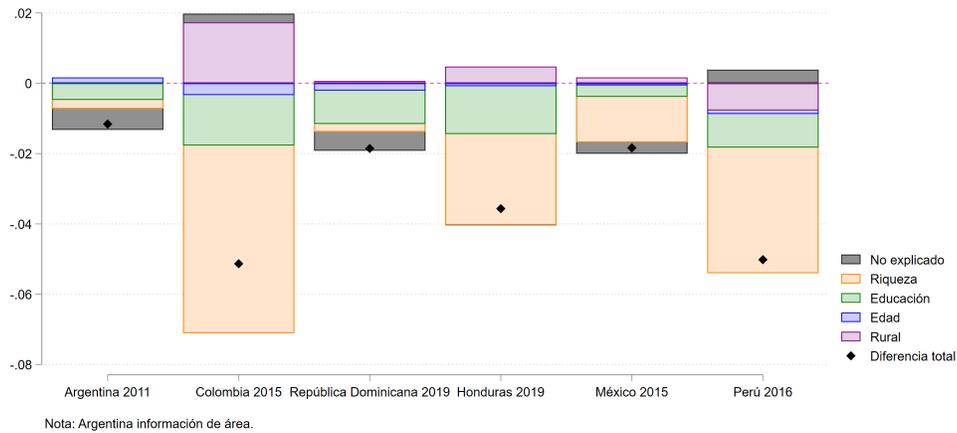


FIGURA 5 Descomposición Oaxaca: Atención prenatal (4+ visitas)

A continuación, nos centramos en la salud infantil, y en particular en la doble carga de malnutrición que existe en la región de América Latina y el Caribe: la desnutrición crónica y el sobrepeso. La Tabla 8 informa que, en todos los países analizados, las tasas de desnutrición crónica son más bajas para los niños inscritos en los esquemas contributivos. La brecha varía desde 2.9 puntos porcentuales en la República Dominicana (2019) hasta 14 puntos porcentuales en Honduras (2019). Por el contrario, las tasas de sobrepeso son más altas para los contributivos, pero de menor magnitud.

En general, la mayor parte de las diferencias se explica por las covariables de los modelos: educación de la madre; edad y sexo del niño; ruralidad y servicios básicos. En estos últimos, incluimos el acceso a agua corriente y servicios de saneamiento seguros, que se ha encontrado que afectan el entorno de enfermedades y el estado nutricional de los niños en la región (Attanasio et al., 2004, 2013; Bancalari and Martinez, 2017; Bhalotra et al., 2021). También incluimos el acceso a la electricidad, ya que los combustibles alternativos pueden afectar el desarrollo físico de los niños (Ghosh et al., 2011; Nazif-Muñoz et al., 2020). Con estos factores explicamos el 50-95 % de la disparidad en la desnutrición crónica por esquema de seguro de salud, con el mayor poder explicativo logrado en Perú (2016). En la mayoría de los países, la desigualdad se explica principalmente por las desigualdades en el acceso

de los hogares a servicios básicos, seguido de las desigualdades en la educación de la madre (Figura 6).

Respecto al sobrepeso, la Figura 7 informa que la mayor parte de la diferencia se explica por la educación y el acceso a servicios básicos, que también estarán correlacionados con la riqueza, ambos en la misma dirección. La ruralidad no parece desempeñar un papel importante en la explicación de las diferencias observadas.

TABLA 8 Descomposición de indicadores de atención prenatal en explicados y no explicados

Panel A. Retraso en el crecimiento para niños menores de 5 años						
País	Obs	Promedio No Contributivo	Promedio Contributivo	Diferencia	Explicado	No explicado
Colombia 2010	15707	0.156	0.086	0.070*** [0.008]	0.052*** [0.005]	0.019** [0.009]
República Dominicana 2019	7772	0.081	0.051	0.029*** [0.008]	0.017*** [0.005]	0.013 [0.010]
Honduras 2019	7841	0.201	0.062	0.140*** [0.013]	0.095*** [0.008]	0.045*** [0.015]
México 2015	7699	0.142	0.087	0.054*** [0.017]	0.031*** [0.007]	0.023 [0.017]
Perú 2016	20519	0.157	0.051	0.106*** [0.006]	0.089*** [0.005]	0.017*** [0.006]
Panel B. Sobrepeso para niños menores de 5 años						
País	Obs	Promedio No Contributivo	Promedio Contributivo	Diferencia	Explicado	No explicado
Colombia 2010	15698	0.044	0.056	-0.012** [0.005]	-0.016*** [0.003]	0.004 [0.006]
República Dominicana 2019	7711	0.061	0.100	-0.040*** [0.009]	-0.024*** [0.005]	-0.016* [0.009]
Honduras 2019	7788	0.043	0.069	-0.026** [0.013]	-0.022*** [0.005]	-0.004 [0.015]
México 2015	7676	0.047	0.063	-0.016 [0.010]	-0.003 [0.003]	-0.014 [0.011]
Perú 2016	20519	0.065	0.110	-0.046*** [0.008]	-0.034*** [0.003]	-0.012 [0.009]

Nota: La descomposición de Oaxaca en la regresión lineal controla la edad, sexo, educación de la madre, acceso del hogar a servicios básicos (agua potable, sistema de alcantarillado, combustible seguro para cocinar, terminación de paredes, piso y techo de la casa, conexión a la red eléctrica y habitaciones en relación a la cantidad de personas), y residencia (urbana/rural).

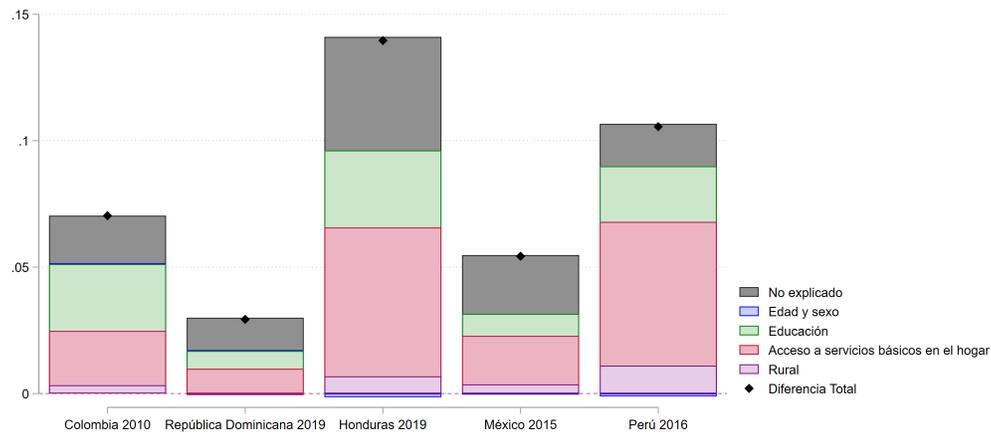


FIGURA 6 Descomposición Oaxaca: Retraso en el desarrollo

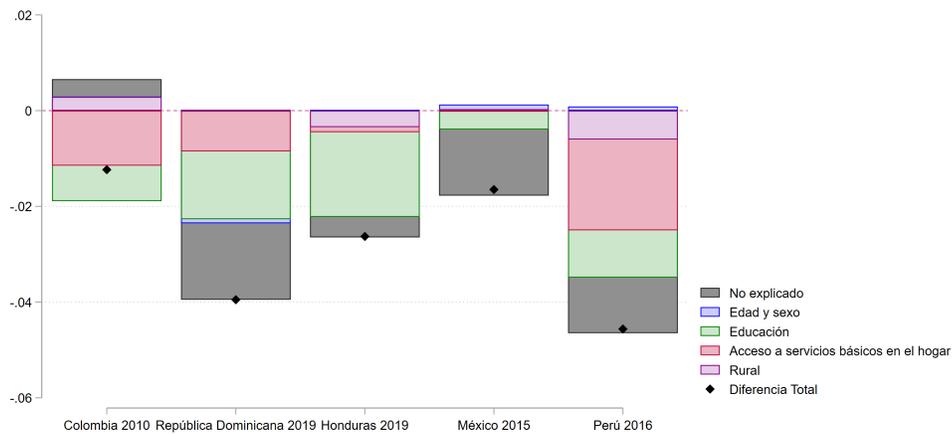


FIGURA 7 Descomposición Oaxaca: Sobrepeso

En general, encontramos que las brechas en el estado nutricional de los niños se explican principalmente por nuestras covariables, y que la componente no explicada tiende a ser pequeña. Estos resultados son consistentes con las elecciones alimentarias y la actividad física de los niños que son principalmente influenciadas por los recursos y elecciones de los padres, así como el acceso a servicios básicos, en lugar de tener acceso a la atención médica. Aunque el sistema de salud puede desempeñar un papel a través del monitoreo del crecimiento de los niños y proporcionar información a los padres, estos son o bien poco efectivos o se proporcionan de manera similar en los esquemas contributivos y no contributivos (quizás gracias a la expansión a la que nos referimos anteriormente).

En resumen, las desigualdades en la salud materna e infantil según el esquema de seguro de salud se explican principalmente por efectos de composición (diferencias en educación, riqueza y acceso a servicios públicos). Es interesante destacar que las diferencias en la ruralidad a menudo explican poco de la brecha entre contributivos y no contributivos, con algunas excepciones. Las diferencias relativamente pequeñas e inexplicadas entre contributivos y no contributivos nos llevan a hipotetizar que la cobertura de seguros diferencial ya no es un determinante importante de las brechas en la atención prenatal, la desnutrición crónica y el sobrepeso infantil, y que se necesitarían políticas más amplias para reducir las

desigualdades en estos indicadores.

6.2 | Salud Reproductiva

A continuación, nos enfocamos en tres resultados de salud vinculados a la salud reproductiva y la planificación familiar: (i) embarazo adolescente (medido cuando la madre tiene 25 años o más); (ii) embarazo no deseado; (iii) necesidad insatisfecha de anticonceptivos (para espaciamiento o limitación). El acceso a un seguro de salud de calidad puede afectar la demanda de planificación familiar, ya que permite una mayor interacción con el personal de salud que promueve la adopción, así como la oferta de servicios y anticonceptivos ^{32,33}.

La Tabla 9 informa sobre los niveles y diferencias en los tres indicadores de interés entre los inscritos en los esquemas contributivos y no contributivos. Como ya discutimos en nuestro trabajo complementario, Bancalari et al. 2023, las tasas de maternidad adolescente son muy altas. Para las mujeres inscritas en los esquemas contributivos, varían del 16.9% al 36.8%, y en los no contributivos, del 38.6% al 53.7%. Las brechas entre estos dos grupos son de 20 puntos porcentuales en la mayoría de los países. Aunque las tasas y diferencias en nacimientos no deseados y necesidades insatisfechas de anticonceptivos son más pequeñas (4-18 puntos porcentuales para el embarazo no deseado y por debajo de 5 puntos porcentuales para las necesidades insatisfechas de anticonceptivos), siguen siendo bastante significativas, especialmente para los nacimientos no deseados. Los inscritos en los esquemas contributivos tienen, en todos los países, mejores indicadores que los inscritos en los no contributivos.

La Tabla 9 también muestra que la mayor parte de las brechas entre contributivos y no contributivos se explican por las covariables del modelo (educación, índice de riqueza como proxy, ruralidad y edad), siendo la mayoría de las diferencias no explicadas mucho menores que las explicadas, y solo algunas son estadísticamente significativas.

La brecha en la maternidad adolescente se explica principalmente por la educación, con la riqueza desempeñando un papel mucho menor (Figura 8), y casi ningún papel para la ruralidad (excepto tal vez en Colombia (2015)). La mayor parte de las disparidades en la necesidad insatisfecha y los embarazos no deseados son impulsadas por la educación de las mujeres y la riqueza de sus hogares (Figuras 9 y 10). La ruralidad tiende a explicar poco de la brecha entre contributivos y no contributivos, excepto en Colombia (2015) donde parece ser más relevante.

Similar al estado nutricional de los niños, el hecho de que las diferencias entre los inscritos en los esquemas contributivos y no contributivos en las tasas de estos indicadores de salud reproductiva parecen estar impulsadas por efectos de composición observados lleva a hipotetizar que tanto los servicios de salud de ambos esquemas ejercen un esfuerzo similar en la salud reproductiva, o que los esfuerzos son diferentes pero, en cualquier caso, tienden a ser ineficaces porque estos comportamientos podrían estar en gran medida determinados por normas de género, factores socioeconómicos y otros factores culturales que están a cierta distancia del papel que tradicionalmente juega el sistema de salud. Por lo tanto, las intervenciones para reducir las desigualdades deberán tener en cuenta el conjunto muy amplio de determinantes y trabajar en varios sectores para afectarlos.

³²Nos enfocamos en el último embarazo (o los dos últimos embarazos si la mujer estaba embarazada en el momento de la entrevista). La muestra de DHS se limita a embarazos que ocurrieron durante los cinco años anteriores a la entrevista, mientras que la muestra de MICS se limita a los últimos dos años.

³³Las mujeres con necesidades insatisfechas son aquellas que son fértiles y sexualmente activas (de 15 a 49 años) y están casadas o en unión consensual, pero no están utilizando ningún método anticonceptivo, y declaran no querer más hijos o querer retrasar el próximo hijo.

TABLA 9 Descomposición de indicadores de salud reproductiva

Panel A. La mujer fue madre adolescente (Actualmente tiene más de 25 años)						
País	Obs	Promedio		Diferencia	Explicado	No explicado
		No Contributivo	Contributivo			
Argentina 2011	12498	0.410	0.228	0.182*** [0.015]	0.134*** [0.009]	0.049*** [0.018]
Colombia 2015	22406	0.463	0.273	0.190*** [0.011]	0.172*** [0.008]	0.017 [0.012]
República Dominicana 2019	12678	0.537	0.368	0.170*** [0.012]	0.149*** [0.008]	0.021* [0.013]
Honduras 2019	10573	0.535	0.320	0.216*** [0.018]	0.201*** [0.012]	0.014 [0.018]
México 2015	7055	0.419	0.298	0.121*** [0.024]	0.108*** [0.013]	0.013 [0.023]
Perú 2016	21594	0.386	0.169	0.217*** [0.010]	0.199*** [0.007]	0.018 [0.011]

Panel B. Nacimiento no deseado						
País	Obs	Promedio		Diferencia	Explicado	No explicado
		No Contributivo	Contributivo			
Colombia 2015	2970	0.290	0.131	0.159*** [0.022]	0.133*** [0.019]	0.025 [0.027]
Honduras 2012	3021	0.196	0.086	0.110*** [0.021]	0.054*** [0.013]	0.056** [0.023]
México 2015	1869	0.219	0.176	0.043 [0.039]	0.050*** [0.017]	-0.007 [0.038]
Perú 2016	16404	0.262	0.154	0.109*** [0.010]	0.081*** [0.007]	0.027*** [0.011]

Panel C. Necesidad insatisfecha de anticonceptivos						
País	Obs	Promedio		Diferencia	Explicado	No explicado
		No Contributivo	Contributivo			
Colombia 2015	35884	0.071	0.045	0.027*** [0.004]	0.018*** [0.003]	0.009** [0.004]
Honduras 2012	22751	0.068	0.048	0.020*** [0.006]	0.013*** [0.003]	0.007 [0.007]
Perú 2016	33135	0.041	0.033	0.008** [0.004]	0.009*** [0.002]	-0.001 [0.004]

Nota: La descomposición de Oaxaca en la regresión lineal controla la edad, educación, quintiles de riqueza por proxy del hogar y residencia (urbana/rural).

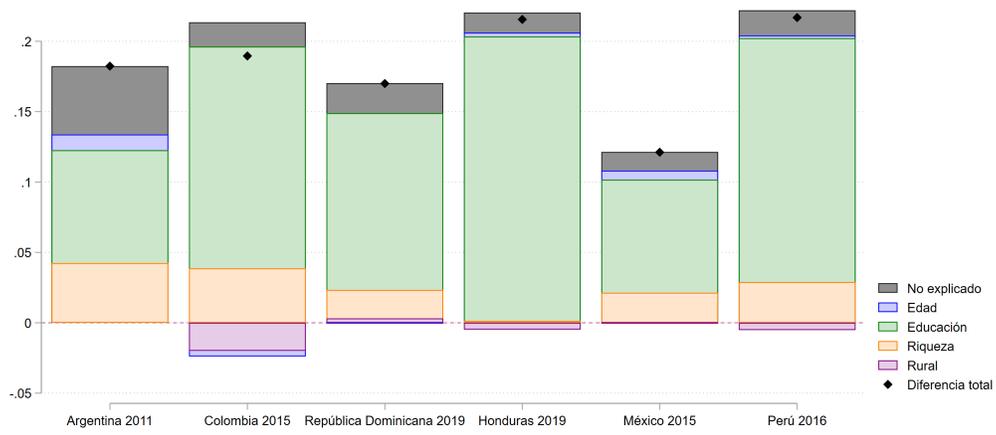


FIGURA 8 Descomposición Oaxaca: Madres adolescentes (edad actual +25 años)

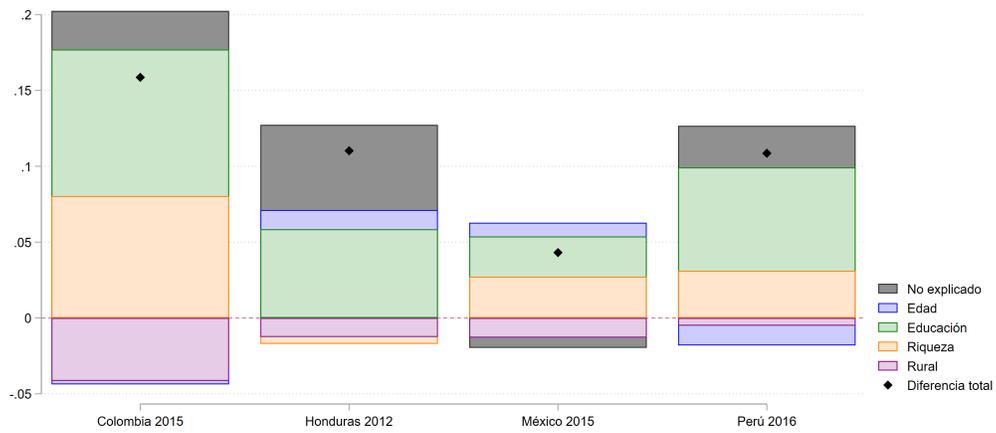


FIGURA 9 Descomposición Oaxaca: Embarazo no deseado

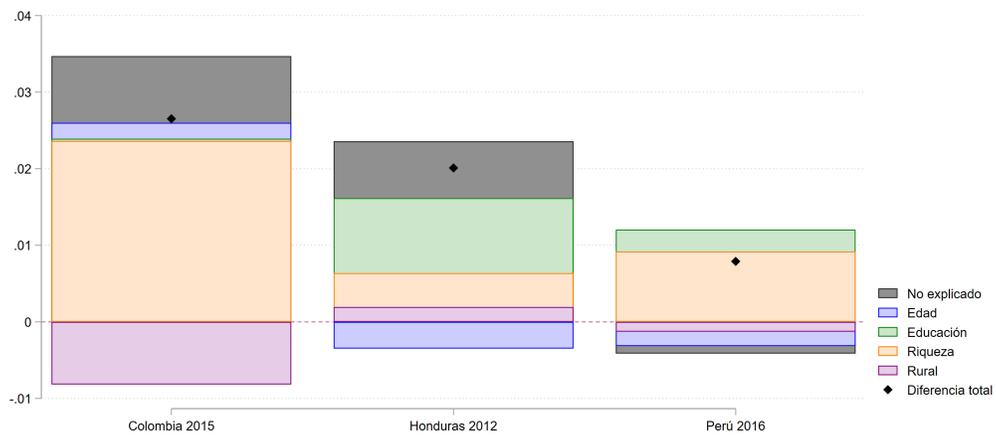


FIGURA 10 Descomposición Oaxaca: Necesidad insatisfecha del uso de anticonceptivos

6.3 | Enfermedades No Transmisibles

Utilizamos información de STEPS y encuestas nacionales de salud que identifican factores de riesgo para enfermedades no transmisibles mediante mediciones clínicas estandarizadas: el índice de masa corporal para la obesidad y la presión arterial para la hipertensión. También recurrimos a preguntas de seguimiento sobre si la presión arterial del entrevistado ha sido medida y si su hipertensión está siendo tratada o no. Aunque las encuestas STEPS están relativamente armonizadas, las encuestas nacionales de salud no lo están, por lo que se requirió un esfuerzo importante para armonizar estas diferentes encuestas de salud.

La Tabla 10 informa que la tasa de hipertensión es significativamente mayor en los inscritos en los esquemas contributivos que en los no contributivos, en todos los países excepto Chile, donde la brecha no es estadísticamente significativa (diferencias que van desde -0.11 hasta 0.01). Los resultados para la prevalencia de la obesidad son más matizados, con tasas más altas para los contributivos en Colombia (2015) y Perú (2016), más bajas en Chile (2019) y diferencias no estadísticamente significativas en Argentina (2018) y México (2018).

El equilibrio entre las diferencias explicadas por nuestras covariables (edad y sexo, educación y ruralidad) y las diferencias inexplicadas también es relativamente matizado. En algunos países, las diferencias explicadas son mayores que las inexplicadas (Argentina 2018, Perú 2016), mientras que en otros las inexplicadas son mayores (Colombia 2015). Aunque la prevalencia de la hipertensión y la obesidad depende en gran medida de la dieta, la actividad física y otras elecciones de estilo de vida que pueden estar influenciadas por las condiciones socioeconómicas y el tipo de trabajo, el sistema de salud también puede contribuir a su prevención brindando asesoramiento y orientación oportunos. Las asociaciones entre la dieta y el tipo de trabajo y las condiciones socioeconómicas también pueden variar según el país.

TABLA 10 Descomposición de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares

Panel A. Hipertensión						
País	Obs	Promedio No Contributivo	Promedio Contributivo	Diferencia	Explicado	No explicado
Argentina 2018	16204	0.376	0.487	-0.111*** [0.015]	-0.125*** [0.009]	0.015 [0.016]
Chile 2019	5401	0.283	0.273	0.010 [0.023]	-0.009 [0.013]	0.019 [0.021]
Colombia 2015	5371	0.601	0.681	-0.080*** [0.030]	-0.007 [0.016]	-0.073** [0.030]
México 2018	14429	0.270	0.351	-0.080*** [0.011]	-0.040*** [0.007]	-0.040*** [0.011]
Perú 2016	16936	0.181	0.253	-0.072*** [0.011]	-0.049*** [0.007]	-0.023** [0.011]
Panel B. Obesidad en adultos						
País	Obs	Promedio No Contributivo	Promedio Contributivo	Diferencia	Explicado	No explicado
Argentina 2018	16387	0.319	0.325	-0.005 [0.015]	-0.036*** [0.008]	0.030* [0.016]
Chile 2019	5371	0.382	0.332	0.050* [0.026]	0.019** [0.008]	0.032 [0.026]
Colombia 2015	20418	0.201	0.266	-0.065*** [0.016]	0.002 [0.008]	-0.067*** [0.015]
México 2018	12433	0.368	0.369	-0.001 [0.012]	0.002 [0.006]	-0.003 [0.013]
Perú 2016	16935	0.153	0.275	-0.122*** [0.011]	-0.058*** [0.006]	-0.064*** [0.013]

Nota: La descomposición de Oaxaca en la regresión lineal controla la edad, género, educación y residencia (urbana/rural). Los valores en la tabla no están estandarizados por edad, por lo que se debe tener cuidado al comparar entre países. Los rangos de edad son: Argentina 2018 (18-104 años); Chile 2019 (15-98 años); Colombia 2015 (60-101 años); México 2018 (20-105 años); y Perú 2016 (15-98 años).

Las Figuras 11 y 12 informan sobre la contribución de cada covariable a la brecha en estos factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. La edad y el sexo desempeñan un papel muy importante en explicar la brecha de hipertensión en México (2018), Argentina (2018) y Perú (2016), y también para la obesidad en Argentina (2018) y Perú (2016). La educación desempeña un papel insignificante en la prevalencia de la hipertensión, pero parece más importante para explicar la brecha de obesidad, aunque en Perú va en sentido contrario al resto de los países.

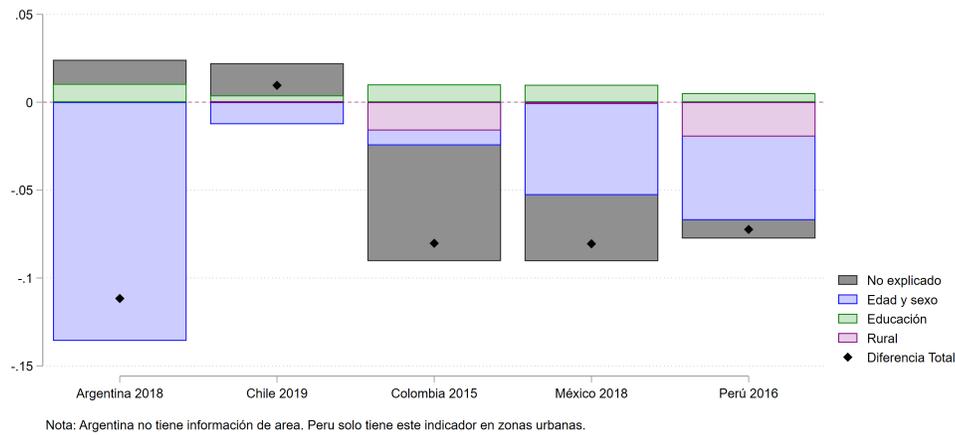


FIGURA 11 Descomposición Oaxaca: Prevalencia de hipertensión

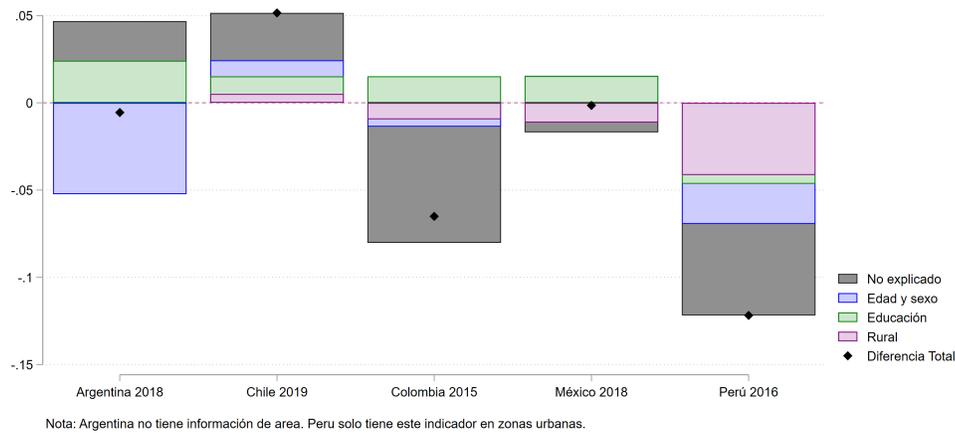


FIGURA 12 Descomposición: Prevalencia de obesidad

La Tabla 11 informa sobre la descomposición de si alguna vez se ha medido la presión arterial del individuo, así como si las personas que sufren de hipertensión la están tratando o no. Encontramos que los inscritos en los esquemas contributivos son más propensos a que les hayan medido la presión arterial que los inscritos en los esquemas no contributivos (con diferencias que van desde -0.026 puntos porcentuales en Chile (2019) hasta -0.286 puntos porcentuales en Perú (2016)), y que también es más probable que la estén tratando si la padecen (brechas desde 0.10 puntos porcentuales en Colombia (2015) hasta 0.21 puntos porcentuales en Argentina (2018)), con la única excepción de Chile, donde no es estadísticamente significativo. La prevalencia de la hipertensión no tratada es preocupantemente alta en los esquemas no contributivos de algunos países como Argentina, Perú y México, donde supera el 50% y llega al 81% en Argentina³⁴.

De los indicadores de salud para adultos analizados hasta ahora en esta sección, estos dos indicadores son probablemente los en los que el sistema de salud puede tener un efecto más definitivo. En general, tanto los factores explicados como los no explicados son

³⁴Alzúa y Pacheco (2021) resaltan las dificultades asociadas con obtener atención primaria de manera oportuna en el sistema no contributivo en Argentina.

estadísticamente significativos, y, a diferencia de otros indicadores vistos hasta ahora, el tamaño de los factores inexplicados tiende a ser bastante importante, a menudo más grande que los factores explicados (que incluyen edad, género, educación y ruralidad). Aunque no podemos estar seguros al respecto, estas diferencias inexplicadas significativas podrían deberse a las características diferenciales de los esquemas contributivos frente a los no contributivos de cada país.

TABLA 11 Descomposición de la probabilidad de detección y tratamiento de la hipertensión

Panel A. Prueba de hipertensión realizada alguna vez						
País	Obs	Promedio No Contributivo	Promedio Contributivo	Diferencia	Explicado	No explicado
Argentina 2018	16554	0.864	0.961	-0.096***	-0.063***	-0.033***
				[0.010]	[0.006]	[0.007]
Chile 2019	5595	0.905	0.931	-0.026*	-0.006	-0.020
				[0.016]	[0.005]	[0.016]
Perú 2016	16920	0.334	0.625	-0.291***	-0.099***	-0.192***
				[0.012]	[0.007]	[0.013]
Panel B. Hipertensión no tratada						
País	Obs	Promedio No Contributivo	Promedio Contributivo	Diferencia	Explicado	No explicado
Argentina 2018	7461	0.816	0.604	0.212***	0.175***	0.037*
				[0.019]	[0.013]	[0.022]
Chile 2019	1941	0.414	0.345	0.069	-0.003	0.072
				[0.049]	[0.020]	[0.046]
Colombia 2015	3514	0.294	0.192	0.103***	-0.003	0.106***
				[0.031]	[0.019]	[0.032]
México 2018	4434	0.589	0.419	0.171***	0.072***	0.099***
				[0.020]	[0.011]	[0.020]
Perú 2016	3212	0.672	0.497	0.176***	0.073***	0.103***
				[0.026]	[0.017]	[0.028]

Nota: La descomposición de Oaxaca en la regresión lineal controla la edad, género, educación y residencia (urbana/rural). Los valores en la tabla no están estandarizados por edad, así que se debe tener cuidado al comparar entre países. Los rangos de edad son: Argentina 2018 (18-104 años); Chile 2019 (15-98 años); Colombia 2015 (60-101 años); México 2018 (20-105 años); y Perú 2016 (15-98 años).

Las Figuras 13 y 14 informan sobre la descomposición en estos dos indicadores en su componente no explicado y cada uno de los explicados. Aparte del componente no explicado que tiende a ser el más importante, la edad y el género también desempeñan un papel significativo en la mayoría de los países, seguidos por la educación y la ruralidad, aunque tienden a ser mucho menos importantes.

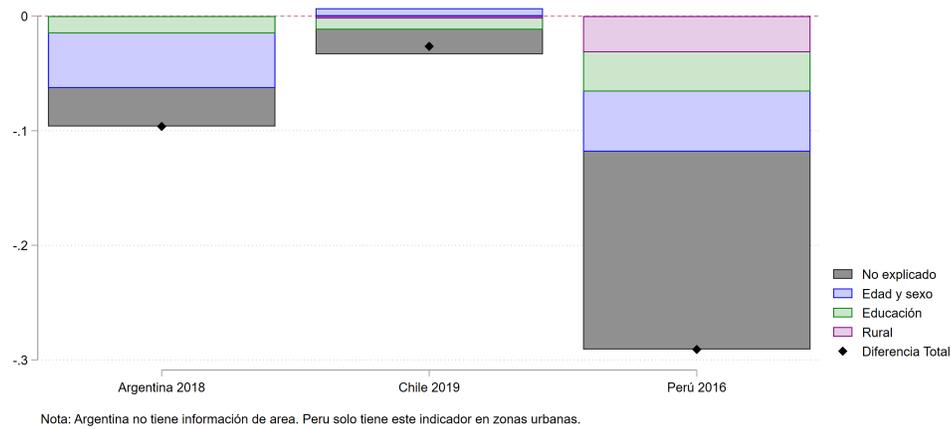


FIGURA 13 Descomposición Oaxaca: Prueba de hipertensión realizada alguna vez

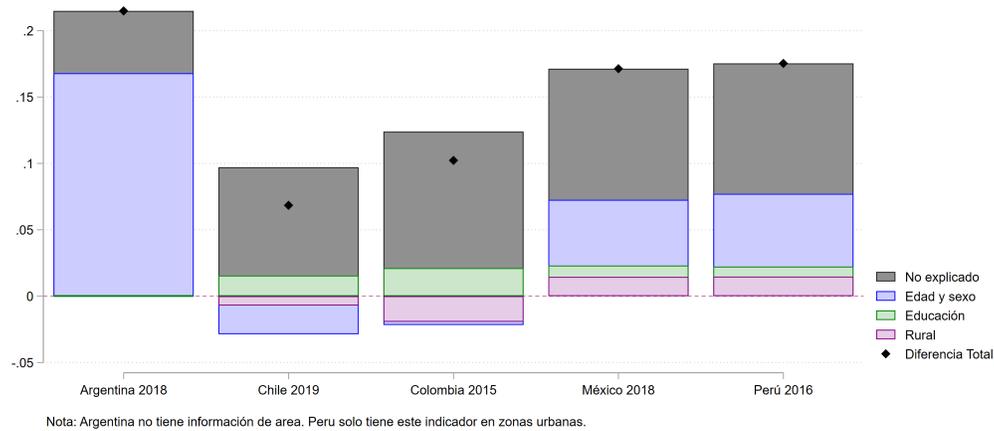


FIGURA 14 Descomposición Oaxaca: Hipertensión no tratada

Finalmente, analizamos dos indicadores de atención preventiva: si una mujer (de 20 a 49 años) ha tenido una prueba de detección de cáncer de cuello uterino (pruebas basadas en citología o pruebas basadas en ADN de VPH) en los últimos 3 años y si una mujer (de 50 a 69 años) se ha realizado una mamografía en los últimos 2 años (Tabla 12). Al igual que los dos anteriores, estos indicadores pueden estar fuertemente influenciados por las características del sistema de salud. Observamos que las mujeres inscritas en el subsistema contributivo tienen muchas más probabilidades de realizarse estas dos pruebas que las mujeres en el sistema no contributivo, con algunas diferencias muy grandes de hasta 26 puntos porcentuales. La única excepción es Chile (2019), donde las diferencias no son estadísticamente diferentes de cero.

TABLA 12 Descomposición de la probabilidad de realizar pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y mamografía

Panel A. Tamizaje de cáncer cervical en los últimos 3 años						
País	Obs	Promedio	Promedio	Diferencia	Explicado	No explicado
		No Contributivo	Contributivo			
Argentina 2018	5244	0.645	0.806	-0.161*** [0.024]	-0.066*** [0.011]	-0.095*** [0.025]
Chile 2019	1429	0.689	0.723	-0.034 [0.043]	-0.001 [0.022]	-0.033 [0.044]
Colombia 2015	26670	0.809	0.899	-0.089*** [0.008]	-0.017*** [0.005]	-0.073*** [0.008]
Honduras 2012	17529	0.489	0.621	-0.133*** [0.015]	-0.039*** [0.006]	-0.094*** [0.015]

Panel B. Mamografía en los últimos 2 años						
País	Obs	Promedio	Promedio	Diferencia	Explicado	No explicado
		No Contributivo	Contributivo			
Argentina 2018	2741	0.447	0.705	-0.258*** [0.043]	-0.042** [0.021]	-0.216*** [0.046]
Chile 2019	1175	0.517	0.546	-0.029 [0.060]	0.011 [0.020]	-0.039 [0.061]
Perú 2016	542	0.401	0.654	-0.252*** [0.058]	0.027 [0.024]	-0.280*** [0.059]

Nota: La descomposición de Oaxaca en la regresión lineal controla la edad, educación y residencia (urbana/rural). Los valores reportados en la tabla no están estandarizados por edad, por lo que se debe tener cuidado al comparar entre países. Para la detección de cáncer cervical en los últimos 3 años, el rango de edad para todos los países es de 20 a 49 años. Para la mamografía en los últimos 2 años, el rango de edad en Argentina 2018 y Chile 2019 es de 50 a 69 años, y para Perú es de 50 a 59 años.

Las Figuras 15 y 16 descomponen la realización de estas dos pruebas (cáncer de cuello uterino y mamografía) en un componente no observado y cada uno de los factores observados. Al igual que en los dos indicadores anteriores, encontramos que lo no explicado tiende a ser dominante. La educación tiende a desempeñar algún papel, excepto en Chile (2019) y Perú (2016), lo cual no es sorprendente porque las personas con mayor educación tienden a demandar más atención preventiva, y en promedio, la educación es más alta en el contributivo que en el no contributivo. En general, la contribución de la ruralidad tiende a ser insignificante.

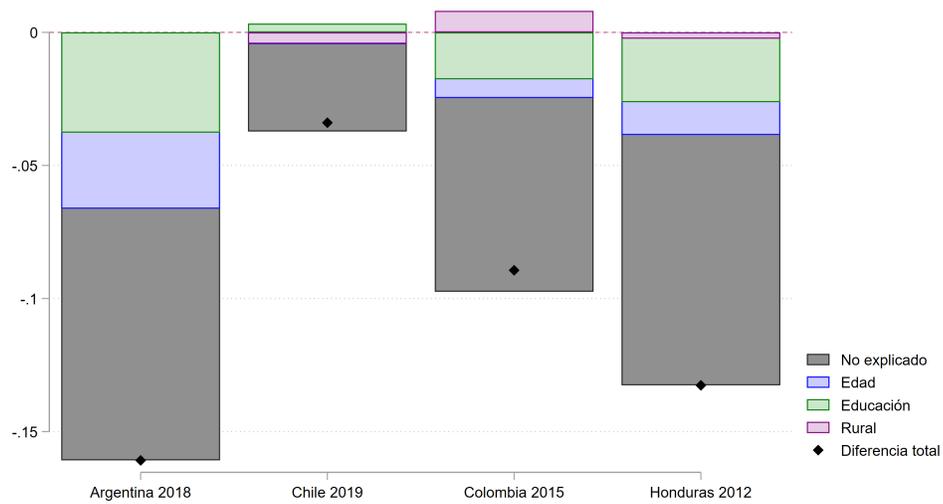


FIGURA 15 Descomposición Oaxaca: Tamizaje de cáncer cervical en los últimos tres años

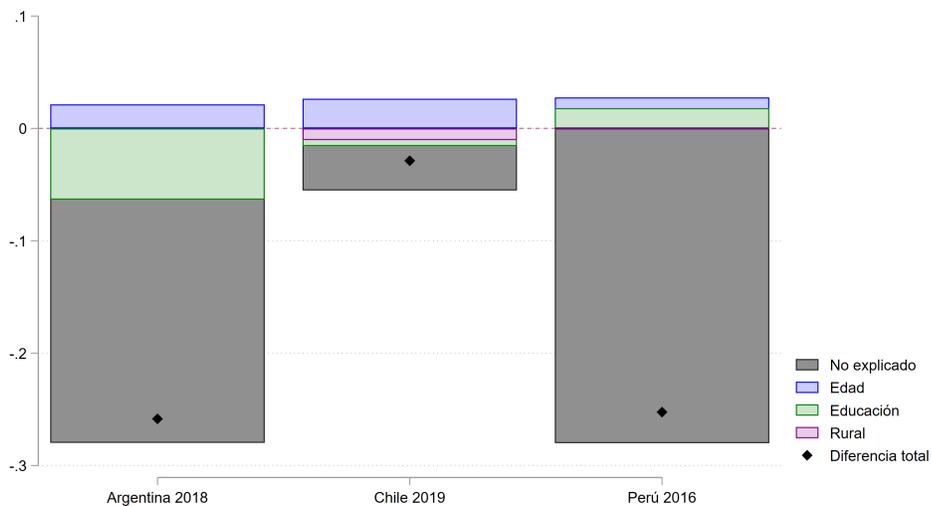


FIGURA 16 Descomposición Oaxaca: Mamografía en los últimos 2 años

En esta sección, hemos estudiado las brechas entre los afiliados contributivos y no contributivos en una serie de indicadores de salud y atención médica, con el objetivo no solo de cuantificar la diferencia promedio entre los afiliados de cada grupo, sino también de descomponer las diferencias entre lo que puede explicarse por las covariables de nuestros modelos (educación, cuantiles de un índice de riqueza doméstica proxy, servicios básicos, ruralidad, edad y género) y lo que queda sin explicación, y por lo tanto podría estar parcialmente relacionado con las diferencias en las características del sistema contributivo frente al no contributivo.

En general, encontramos que aquellos inscritos en el sistema contributivo disfrutaban de niveles mejores en los indicadores que estudiamos. Para entender los resultados de la descomposición de tales diferencias entre lo explicado y lo no explicado, es útil considerar por separado los indicadores de uso de atención médica (tanto curativa como preventiva) e

indicadores que miden los resultados de salud (ampliamente definidos).

En cuanto a los resultados de salud (es decir, retraso del crecimiento y sobrepeso en niños, maternidad adolescente, embarazos no deseados, obesidad en adultos y prevalencia de hipertensión), encontramos que las diferencias explicadas por las covariables tienden a ser mayores que las no explicadas (con la excepción de la hipertensión y la obesidad en adultos, para las cuales la relación es más matizada). Esto es de alguna manera esperado porque, como se mencionó en la introducción, la producción de salud es un proceso complejo que depende de factores genéticos, ambientales y sociales, así como de los recursos y condiciones de vida individuales. Aunque la atención médica puede ser un insumo importante en este proceso complejo, varios otros insumos (dieta, actividad física, normas culturales y de género, etc.) también son importantes, y el sistema de salud hasta ahora solo tiene una influencia limitada en estos.

En cuanto al uso de atención médica, vale la pena separarlos en aquellos relacionados con el parto y aquellos relacionados con la salud adulta. En cuanto al primero, aunque encontramos diferencias entre los afiliados contributivos y no contributivos en la frecuencia y calidad de la atención prenatal, estas se explican por las covariables del modelo, y el componente no explicado tiende a ser bastante pequeño. Esto es coherente con las importantes expansiones de la atención primaria que tuvieron lugar entre los años 70 y 90 en áreas rurales y periurbanas desatendidas, que priorizaron la atención materno-infantil y redujeron considerablemente las diferencias entre estos dos subsistemas en la atención prenatal.

Con respecto a los indicadores de atención médica para adultos (detección y tratamiento de la hipertensión, tamizaje de cáncer de cuello uterino y mamografía), también encontramos diferencias significativas entre los afiliados contributivos y no contributivos, pero en este caso, las diferencias no explicadas son muy importantes y tienden a ser mayores que la diferencia explicada por los factores sociodemográficos incluidos como covariables en los modelos. Aunque no podemos estar seguros, el resultado nos lleva a hipotetizar que parte de estas diferencias no explicadas podrían deberse a la calidad y accesibilidad diferencial entre los subsistemas contributivo y no contributivo.

Cuando se trata de países individuales, es interesante notar que las disparidades en los indicadores de atención médica para adultos tienden a ser relativamente pequeñas en Chile (2019), incluido el componente no explicado. Esto es consistente con la integración de los afiliados contributivos y no contributivos dentro del asegurador público, FONASA. Aun así, la Tabla 5 identificó una diferencia importante en la hipertensión no tratada entre los más y menos educados. Podría ser que esta diferencia surja dentro del sistema contributivo, debido a la opción de salir de FONASA y elegir cobertura de seguro privado.

7 | CONCLUSIONES

En este capítulo, hemos categorizado los sistemas de salud de América Latina según la segmentación de su cobertura de seguro de salud. Excepto Brasil, Cuba y Costa Rica, que se ajustan relativamente bien a un sistema Beveridge tradicional, la mayoría de los países comparten características de sistemas tradicionales Bismarckianos y Beveridge.

Aparte de Brasil, Costa Rica y Cuba, todos los demás países que estudiamos vinculan, en mayor o menor medida, la cobertura de seguro de los individuos a su estatus en el mercado laboral, como es tradicional en los sistemas Bismarckianos. En América Latina, el factor determinante en términos de estatus en el mercado laboral es si los individuos son trabajadores formales y contribuyen a la seguridad social, o informales y no lo hacen. Sin embargo, todavía hay diferencias sustanciales entre los países en cómo tratan sus sistemas de salud a sus afiliados contributivos y no contributivos, lo que nos lleva a categorizarlos

como Bismarckianos sin seguro no contributivo explícito, Bismarckianos con seguro no contributivo explícito y aquellos con integración parcial con la posibilidad de optar por no participar.

Aquellos países (Argentina, Ecuador, Honduras, Paraguay y El Salvador) que no tienen un seguro no contributivo explícito ofrecen a sus afiliados acceso a una red pública de proveedores de atención médica, pero a menudo no están inscritos en un programa de seguros en particular y no hay un paquete explícito de tratamientos o pruebas diagnósticas a los que tengan derecho. Esta falta de seguro explícito los deja particularmente expuestos a lo que ofrezca el proveedor de atención médica que visiten.

Otros países (Colombia, México, Perú y la República Dominicana) con un sistema Bismarckiano brindan a los individuos no contributivos elegibles un programa de seguro explícito, que garantiza un conjunto de servicios y tratamientos, fortaleciendo la responsabilidad del sistema hacia los afiliados no contributivos. Chile y Uruguay tienen un fondo de seguro común para afiliados contributivos y no contributivos, pero los contributivos pueden realizar pagos adicionales para optar por no participar por completo o “mejorar” a proveedores de atención médica privados.

Como es evidente a partir de las discusiones en el capítulo, no hay predicciones fáciles sobre qué tipo de sistema de salud debería conducir a una menor desigualdad en la salud y la atención médica. Por ejemplo, aunque los modelos Beveridge otorgan los mismos derechos a todos dentro del seguro público, las personas insatisfechas con el nivel de calidad o acceso proporcionado por el asegurador público comprarán atención médica privada, ya sea de su bolsillo o a través de un seguro privado.

La relación entre el copago del consumidor y la desigualdad también está lejos de ser trivial. La mayoría de los sistemas contributivos tienden a tener un mayor copago del consumidor en los esquemas contributivos que no contributivos. El copago también se puede utilizar en Chile y Uruguay para “mejorar” a proveedores de atención médica privados, lo que puede aumentar la desigualdad entre los afiliados contributivos y no contributivos, pero también dentro de los contributivos. En países en los que el seguro no contributivo no está completamente implementado, los trabajadores informales que no están cubiertos por el seguro no contributivo están sujetos a un mayor copago, aumentando la desigualdad dentro de los trabajadores informales. Y especialmente en los países Beveridge, los pagos directos pueden manifestarse en que las personas compran atención médica privada.

Estimar el financiamiento per cápita para cada subsistema (contributivo y no contributivo) es una tarea desafiante que va más allá del alcance de esta revisión, pero basándonos en estudios detallados por país, documentamos claras diferencias, para un subconjunto de países, en el financiamiento a favor del sistema contributivo, lo que posiblemente conduce a un trato desigual por parte del sistema de salud hacia los afiliados contributivos frente a los no contributivos.

Relacionamos medidas de desigualdad en la atención médica, estimadas a través de diversas encuestas domiciliarias (consulte nuestro trabajo complementario, Bancalari et al. 2023), con nuestra categorización de sistemas de salud. Este ejercicio se realiza sujeto a múltiples y muy importantes advertencias: (i) los datos son muy escasos (tanto entre países como entre medidas de uso de la atención médica), (ii) la disponibilidad de indicadores varía por país, (iii) el año de la encuesta varía por país, (iv) solo consideramos un conjunto muy pequeño de indicadores, (v) los países son obviamente diferentes en muchas otras dimensiones que no son el sistema de salud. Enfatizamos que nuestros resultados solo pueden entenderse como patrones o asociaciones, y no como un resultado causal del sistema de salud en sí mismo.

Reportamos medidas de desigualdad en la atención prenatal, el embarazo en la adoles-

encia, la prueba y tratamiento de la hipertensión, así como si las mujeres se han realizado una mamografía en los últimos dos años y una prueba de cáncer cervical en los últimos tres años. Sujeto a las muy importantes advertencias indicadas anteriormente, tendemos a encontrar que los países Beveridge (Brasil, Costa Rica y Cuba) suelen estar entre los menos desiguales de manera consistente. Además de esto, es difícil encontrar algún otro patrón, en parte debido a la escasez de datos.

Luego nos centramos en los países no Beveridge y descomponemos la desigualdad en los indicadores de salud entre los afiliados contributivos y no contributivos en lo explicado por las características sociodemográficas y un componente no explicado. Encontramos un conjunto de indicadores para los cuales las características sociodemográficas explican la mayor parte de la desigualdad entre los afiliados contributivos y no contributivos, y para los cuales los componentes no explicados son pequeños. Los indicadores que caen en esta categoría son la atención prenatal, el estado nutricional de los niños, el embarazo en la adolescencia y otros indicadores relacionados con la salud reproductiva. Es plausible que la diferencia entre contributivos y no contributivos no juegue un papel importante para estos indicadores, ya sea porque sus determinantes son mucho más amplios que el sistema de salud (posiblemente el caso del estado nutricional de los niños y el embarazo en la adolescencia) o porque las importantes expansiones de la atención primaria que tuvieron lugar entre los años 70 y 90 en áreas rurales y periurbanas desatendidas, que priorizaron la atención materno-infantil, redujeron considerablemente las diferencias entre estos dos subsistemas en la atención prenatal.

También encontramos otro conjunto de indicadores para los cuales el componente no explicado tiende a ser considerable y más importante que los componentes explicados. Estos indicadores son si las mujeres se han realizado una mamografía en los últimos dos años, una prueba de cáncer cervical en los últimos tres años, si un individuo alguna vez se ha hecho una prueba de hipertensión y, para aquellos con hipertensión, si está sin tratar. Es plausible pensar que estos son indicadores para los cuales el sistema de salud puede tener un efecto directo con más facilidad, y por lo tanto, si hay diferencias importantes entre los subsistemas contributivo y no contributivo, se reflejan en el componente no explicado que estimamos.

La producción de salud es un proceso multifacético, moldeado por una amplia gama de insumos influenciados por los recursos familiares, el empoderamiento, la información y las normas sociales. Si bien expandir la cobertura de atención médica y abordar las disparidades en el acceso a la atención son pasos vitales para reducir las desigualdades en salud, pueden resultar insuficientes. Las políticas efectivas destinadas a disminuir las disparidades en salud deben extenderse más allá del sector de la atención médica y trabajar en colaboración para remodelar las normas sociales, mejorar la información, corregir los desequilibrios de poder y asegurar recursos suficientes para los hogares, todos los cuales son componentes integrales en el intrincado proceso de producción de salud.

La mayoría de los países de la región tienen esquemas de seguros contributivos y no contributivos segmentados, siendo los primeros mejor financiados que los últimos. Hemos identificado disparidades significativas entre los miembros de estos esquemas en términos de la prevención y el tratamiento de enfermedades no transmisibles. Estas disparidades no parecen explicarse únicamente por factores socioeconómicos; más bien, pueden derivarse parcialmente de diferencias en el acceso y la calidad entre estos sistemas segmentados. Mejorar los esquemas no contributivos presenta desafíos debido a una base impositiva limitada y altos niveles de informalidad. Sin embargo, el alarmante aumento de las enfermedades no transmisibles en la región subraya la necesidad de una acción urgente.

APÉNDICE

| Apéndice A: Descripción de indicadores

TABLA 13 Indicadores de salud en niños y mujeres

Indicador	Definición	Muestra (denominador)	Construcción (numerador)	Edad	Fuente
Tasa de mortalidad infantil	Porcentaje de niños que mueren antes de cumplir el primer año de vida, por cada 1,000 nacidos vivos	Niños nacidos en los últimos 5 años previos a la encuesta según el historial de nacimientos	1 si falleció antes de cumplir el primer año, 0 si sobrevivió	Edad del niño: 0-5 años	DHS y MICS
Retraso del crecimiento infantil	Porcentaje de niños con retraso del crecimiento, medido como la proporción de niños cuya altura para la edad es más de dos desviaciones estándar por debajo de la media de la OMS	Niños entre 0 y 59 meses de edad antes de la encuesta según el indicador antropométrico	1 si está por debajo de -2 DE de altura para la edad según la OMS; 0 en caso contrario	Edad de la madre: 12-49 años Edad del niño: 0-59 meses	DHS y MICS
Sobrepeso	Porcentaje de niños con sobrepeso, medido como la proporción de niños cuya peso para la altura es más de dos desviaciones estándar por encima de la media de la OMS	Niños entre 0 y 59 meses de edad antes de la encuesta según el indicador antropométrico	1 si el puntaje z de peso para la altura está por encima de +2 DE según la OMS; 0 en caso contrario	Edad del niño: 0-59 meses	DHS y MICS
Visitas prenatales durante el embarazo; 4 + visitas	Porcentaje de mujeres con un nacido vivo que hicieron 4 o más visitas prenatales durante el último embarazo	Mujeres que han dado a luz en los últimos 2 años antes de la encuesta según el historial de nacimientos	1 si la mujer tuvo 4 o más visitas prenatales durante el último embarazo; 0 si tuvo menos de 4 visitas	Edad de la mujer; 12-49 años	DHS y MICS
Atención prenatal de alta calidad	Porcentaje de mujeres con al menos una visita de atención prenatal de alta calidad durante el último embarazo	Mujeres que han dado a luz en los últimos 2 años antes de la encuesta según el historial de nacimientos	1 si las mujeres tuvieron la presión arterial medida, la orina y la sangre probadas y recibieron suplementos de hierro durante la atención prenatal (ANC) durante el último embarazo, 0 si no tuvieron ninguna ANC o los componentes no fueron completados.	Edad de la mujer; 12-49 años	DHS y MICS
Embarazo adolescente	Porcentaje de mujeres mayores de 25 años que tuvieron su primer hijo antes de los 20 años	Mujeres +25 años	1 si la mujer tuvo un hijo antes de los 20 años; 0 en caso contrario	Edad de la mujer; 26-49 años	DHS y MICS
Embarazo no deseado	Porcentaje de mujeres embarazadas o con un hijo que no desean tener más hijos	Mujeres + 25 años embarazadas o con un hijo en los últimos 2 años	1 si la mujer no quería en absoluto el embarazo cuando quedó embarazada; 0 si la mujer quería o quería el embarazo más adelante cuando quedó embarazada	la mujer; 25-49 años	DHS y MICS
Necesidad insatisfecha de planificación familiar	Porcentaje de mujeres con una necesidad insatisfecha de planificación familiar	Mujeres casadas o en una unión	1 si hay necesidad insatisfecha de anticoncepción (para espaciar o limitar), 0 en caso contrario	Edad de la mujer; 15-49 años	DHS y MICS

TABLA 14 Indicadores de salud en adultos

Indicador	Definición	Muestra (denominador)	Construcción (numerador)	Edad	Fuente
Obesos	Porcentaje de obesos (IMC 30 kg/m ²)	Personas con medidas de peso y talla	1 si IMC ≥ 30; 0 si IMC < 30	mín: 15 máx: 108	Encuestas de salud y STEPS
Hipertensión	Porcentaje con PA elevada (PAS 140 y/o PAD 90 mmHg o actualmente con medicación para PA elevada)	Medidas para personas con hipertensión	1 si PAS 140 y/o PAD 90 mmHg para la presión arterial alta; 0 si no tiene hipertensión según las medidas antropométricas y no está tomando medicamentos actualmente para la presión arterial alta	mín: 15 máx: 111	Encuestas de salud y STEPS
Alguna vez les han tomado la tensión	Porcentaje de personas que informan haber tenido alguna vez su presión arterial medida	Personas a las que se les preguntó si alguna vez les tomaron la presión arterial	1 si la persona informa que le han tomado la presión arterial alguna vez; 0 en caso contrario.	mín: 15 máx: 105	Encuestas de salud y STEPS
Hipertensión no tratada	Personas hipertensas que no toman medicación para su condición	Personas hipertensas (bp_HBP=1)	1 si la persona no toma medicamentos para controlar la hipertensión o no sabe que tiene hipertensión; 0 si toma medicamentos para controlar la hipertensión	mín: 15 máx: 105	Encuestas de salud y STEPS
Tamizaje de cancer cervical en los últimos 3 años	Porcentaje de mujeres 20-49 años quienes tuvieron un tamizaje para cancer cervical en los últimos 3 años	Mujeres 20-49 años	1 si se realizó una prueba de detección de cáncer cervical en los últimos tres años; 1 si no se ha realizado una prueba de detección de cáncer cervical o si la última prueba fue hace más de tres años	mín: 20 máx: 49	Encuestas de salud, DHS y STEPS
Mamografía en los últimos 2 años	Porcentaje de mujeres 20-49 años quienes tuvieron un mamografía en los últimos 2 años	Mujeres 50-69 años	1 si se realizó una mamografía en los últimos dos años; 1 si no se ha realizado una mamografía o si la última prueba fue hace más de dos años	mín: 50 máx: 69	Encuestas de salud, DHS y STEPS

Apéndice B: Clasificación de en regímenes contributivos y no contributivos, según información disponible en las encuestas

TABLA 15 Descripción de Esquemas Contributivos y No Contributivos por País

País	Año	Fuente	Regímenes contributivos	Regímenes no contributivos
Argentina	2018.0	ENFR	· Obra social o prepaga	· Solo cobertura pública
Colombia	2015.0	SABE	· Régimen Contributivo · Especial · De excepción	· Régimen Subsidiado · Ninguno
Chile	2019.0	ENS	· Sistema público Fonasa grupo B · Sistema público Fonasa grupo C · Sistema público Fonasa grupo D · FFAA y de orden · ISAPRE · Sistema público Fonasa, grupo desconocido	· Sistema público Fonasa grupo A · Ninguno
Mexico	2018.0	ENSANUT	· Seguro Social (IMSS) · ISSSTE · ISSSTE Estatal · Pemex, Defensa o Marina	· Seguro Popular o Seguro Médico Siglo XXI · IMSS PROSPERA (antes Oportunidades) · Ninguno · Ningún seguro de salud
Peru	2012.0	DHS	· ESSALUD (Seguro Social de Salud)/ Entidad Prestadora de Salud · Especial (IPSS, Instituto Peruano de Seguridad Social; Fuerzas Armadas o Policiales, otro)	· Seguro Integral de Salud (SIS) · Ninguno
Argentina	2012.0	MICS	· Obra social o prepaga a través de obra social · Prepaga por contratación voluntaria	· Programas o planes de salud estatales · Ninguno
Dominican Republic	2019.0		· Un seguro pagado por la empresa u organización donde trabaja el titular de la póliza, según la Ley 87-01 · Seguro de salud privado · Un seguro deducido del titular de la póliza a través de una pension · Otro	· Un seguro, pero no pagado porque el titular de la póliza está afiliado a SENA-SA según la Ley 87-01 · Ninguno
Honduras	2019.0	MICS	· Tener cobertura de seguro de salud	· No tener cobertura de seguro de salud
Mexico	2015.0	MICS	· Seguro Social (IMSS) · ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) · Pemex, Defensa o Marina · Seguro privado · Otro	· IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera · Seguro Popular

Nota: STEPS, Paso hacia un mundo más saludable: monitoreo de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo; ENFR, Encuesta Nacional de Factores de Riesgo; ELSI, Estudio Longitudinal del Envejecimiento; ENS, Encuesta Nacional de Salud; SABE, Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento; CRELES, Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable; ENSANUT, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; ENDES, Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

REFERENCIAS

- Álvarez, F., Brassiolo, P., Toledo, M., Allub, L., Alves, G., De la Mata, D., Estrada, R. and Daude, C. (2020) *RED 2020: Los sistemas de pensiones y salud en América Latina. Los desafíos del envejecimiento, el cambio tecnológico y la informalidad*. CAF.
- Alzua, M. and Pacheco, A. (2021) *Proteccion social, formalidad y subsidios cruzados: Evidencia para la argentina working paper no. 16. documento de antecedentes para el informe*

- regional de desarrollo humano. Working Paper No. 16. Documento de Antecedentes Para El Informe Regional de Desarrollo Humano.
- Arteaga, O. (2014) *Health Systems*, 2752–2756. Dordrecht: Springer Netherlands. URL: https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_3390.
- Attanasio, O., Gomez, L. C., Rojas, A. G. and Vera-Hernandez, M. (2004) Child health in rural colombia: determinants and policy interventions. *Economics & Human Biology*, **2**, 411–438.
- Attanasio, O. P., Maro, V. D. and Vera-Hernández, M. (2013) Community nurseries and the nutritional status of poor children. evidence from colombia. *The Economic Journal*, **123**, 1025–1058.
- Balsa, A. I. and Triunfo, P. (2021) The effects of expanded social health insurance on young mothers: Lessons from a pro-choice reform in uruguay. *Health economics*, **30**, 603–622.
- Bancalari, A. (2022) Unintended consequences of infrastructure development in peru. W20/32.
- Bancalari, A., Berlinski, S., Buitrago, G., García, M. F., de la Mata, D. and Vera-Hernández, M. (2023) Health inequalities in latin american and the caribbean: Child, adolescent, reproductive, metabolic syndrome and mental health.
- Bancalari, A. and Martinez, S. (2017) Exposure to sewage from on-site sanitation and child health: A spatial analysis of linkages and externalities in peri-urban bolivia. *Journal of Water Sanitation and Hygiene for Development*, **8**, washdev2017179.
- Barinas, S. and Ñopo, H. (2021) Políticas de protección social y laboral en la república dominicana working paper no 18 programa de las naciones unidas para el desarrollo. Working Paper No 18 Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo. URL: <https://www.undp.org/es/latin-america/publications/pol%C3%ADticas-de-protecci%C3%B3n-social-y-laboral-en-la-rep%C3%BAblica-dominicana>.
- Barraza-Lloréns, M., Panopoulou, G. and Díaz, B. Y. (2013) Income-related inequalities and inequities in health and health care utilization in mexico, 2000-2006. *Rev. Panam. Salud Publica*, **33**, 122–30, 9 p preceding 122.
- Berlinski, S., Gagete-Miranda, J. and Vera-Hernandez, M. (2020) Health inequality: A tale of expansion and frgmentation. *The inequality crisis. Latin America and the Caribbean at the crossroads*, 125–158.
- Bernal, N., Carpio, M. A. and Klein, T. J. (2017) The effects of access to health insurance: evidence from a regression discontinuity design in peru. *Journal of Public Economics*, **154**, 122–136.
- Besley, T., Hall, J. and Preston, I. (1998) Private and public health insurance in the uk. *European Economic Review*, **42**, 491–497. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001429219800004X>.
- (1999) The demand for private health insurance: do waiting lists matter? *Journal of Public Economics*, **72**, 155–181. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S004727279800108X>.
- Bhalotra, S., Rocha, R., Soares, R. R. et al. (2019) Can universalization of health work? evidence from health systems restructuring and expansion in brazil. *IZA DP*.
- Bhalotra, S. R., Diaz-Cayeros, A., Miller, G., Miranda, A. and Venkataramani, A. S. (2021) Urban water disinfection and mortality decline in lower-income countries. *American Economic Journal: Economic Policy*, **13**, 490–520.
- Bhattacharya, J., Hyde, T. and Tu, P. (2014) *Health Economics*. Bloomsbury Publishing Plc.
- Buitrago, G., Amaya-Nieto, J., Miller, G. and Vera-Hernández, M. (2023) Cost-sharing in medical care can increase adult mortality: Evidence from colombia.

- Camacho, A. and Conover, E. (2013) Effects of subsidized health insurance on newborn health in a developing country. *Economic Development and Cultural Change*, **61**, 633–658.
- Celhay, P., Gertler, P., Giovagnoli, P. and Vermeersch, C. (2019) Long run effects of temporary incentives on medical care productivity.
- Conti, G. and Ginja, R. (2020) Who benefits from free health insurance?: Evidence from Mexico. *Journal of Human Resources*, **58**, 146–182.
- Correa, A., García de Alba, M., Martínez, A., Martínez, C. and Sulmont, A. (2021) El sistema de protección social y laboral en México. contribución paradójica a las luchas contra la desigualdad working paper no. 23 programa de las naciones unidas para el desarrollo. *Tech. rep.* URL: <https://www.undp.org/es/latin-america/publicaciones/el-sistema-de-proteccion-social-y-laboral-en-mexico-contribucion-paradojica-a-las-luchas-contra-la-desigualdad>.
- Cotlear, D., Gómez-Dantés, O., Knauth, F., Atun, R., Barreto, I. C., Cetrángolo, O., Cueto, M., Francke, P., Frenk, P., Guerrero, R. et al. (2015) Overcoming social segregation in health care in Latin America. *The Lancet*, **385**, 1248–1259.
- Das, J. and Do, Q.-T. (2023) The prices in the crises: What we are learning from 20 years of health insurance in low- and middle-income countries. *Journal of Economic Perspectives*, **37**, 123–52. URL: <https://www.aeaweb.org/articles?id=10.1257/jep.37.2.123>.
- Ellis, R. P. (1998) Creaming, skimming and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. This is a substantially rewritten version of a paper entitled 'creaming, skimming, and dumping: Provider competition for patients'. *Journal of Health Economics*, **17**, 537–555. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167629697000428>.
- Ellis, R. P. and McGuire, T. G. (1996) Hospital response to prospective payment: Moral hazard, selection, and practice-style effects. *Journal of Health Economics*, **15**, 257–277. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0167629696000021>.
- Enthoven, A. C. (1993) The history and principles of managed competition. *Health Aff. (Millwood)*, **12 Suppl**, 24–48.
- Figueras, J. and McKee, M. (2012) *Health Systems, health, wealth and societal well-being: Assessing the case for investing in Health Systems*. Open University Press.
- Ghosh, R., Amirian, E., Dostal, M., Sram, R. J. and Hertz-Picciotto, I. (2011) Indoor Coal Use and Early Childhood Growth. *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, **165**, 492–497.
- Glazer, J. and McGuire, T. (2002) Multiple payers, commonality and free-riding in health care: Medicare and private payers. *Journal of Health Economics*, **21**, 1049–69.
- González, C. and Triunfo, P. (2020) Horizontal inequity in the use and access to health care in Uruguay. *International Journal for Equity in Health*, **19**, 127.
- Grogger, J., Arnold, T., Leon Lince, A. S. and Ome, A. (2015) Heterogeneity in the effect of public health insurance on catastrophic out-of-pocket health expenditures: The case of Mexico. *Health Policy and Planning*, **30**.
- King, G., Gakidou, E., Imai, K., Lakin, J., Moore, R. T., Nall, C., Ravishankar, N., Vargas, M., Téllez-Rojo, M. M., Hernández Avila, J. E. and et al. (2009) Public policy for the poor? a randomised assessment of the Mexican universal health insurance programme. *The Lancet*, **373**, 1447–1454. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19359034/>.
- Lavín, F., Paraje, G. and Estay, M. (2013) Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000–2009. *Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health*, **33**, 98–106.
- Miller, G., Pinto, D. and Vera-Hernández, M. (2013) Risk protection, service use, and health outcomes under Colombia's health insurance program for the poor. *Am. Econ. J. Appl. Econ.*, **5**, 61–91.

- Ministerio de Salud y Protección Social (2022) Censos 2005-2021 asse, iamc, seguros. *Tech. rep.*, Ministerio de Salud y Protección Social. URL: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/poblacion-afiliada-asse-iamc-seguros-privados-integrales-segun-censos-serie-2005-2021>. Accessed 24 September 2023.
- Mora-Garcia, C. A., Pesec, M. and Prado, A. M. (2022) The effect of primary health care on mortality: Evidence from costa rica. *SSRN*, 33.
- Morales, M. and Olate, C. (2021) ¿cuán eficaz es la protección social en chile? working paper no. 15 programa de las naciones unidas para el desarrollo. *Tech. rep.*, UNDP. URL: <https://www.undp.org/es/latin-america/publicaciones/cuan-eficaz-es-la-proteccion-social-en-chile>. Retrieved February 20, 2023.
- MTG (2017) The north-south nhs divide: How were you are not what you need dictates your care. *Tech. rep.*, MTG. URL: <https://www.mtg.org.uk/wp-content/uploads/2017/08/The-North-South-NHS-divide-how-where-you-are-not-what-you-need-dictates-your-care-FINAL-low-res.pdf> Accessed 31 August 2023.
- Nazif-Muñoz, J., Spengler, J., Arku, R. and Oulhote, Y. (2020) Solid fuel use and early child development disparities in ghana: analyses by gender and urbanicity. *Journal of Exposure Science Environmental Epidemiology*, **30**, 1–9.
- Ana de la O, C. R. and Manzi, P. (2023) Opting out from public services and the social contract in latin america. *Tech. rep.*, IDB WORKING PAPER SERIES N o IDB- WP -01552 Inter - American Development Bank December , 2023.
- O'Donnell, O. (2007) Access to health care in developing countries: Breaking down demand side barriers. *Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública*, **23**, 2820–34.
- O'Donnell, O., Doorslaer, E., Wagstaff, A. and Jones, A. (2006) *Decomposition of Inequalities in Health and Health Care*, 179–92.
- Olivella, P. and Vera-Hernández, M. (2013) Testing for Asymmetric Information in Private Health Insurance. *The Economic Journal*, **123**, 96–130. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0297.2012.02520.x>.
- PAHO (N.D.) Functioning of the health system in uruguay. principles, financing, management and care model. *Tech. rep.*, PAHO. URL: <https://www.paho.org/es/file/103089/download?token=-JfoeRJ0>.
- Pfütze, T. (2014) The Effects of Mexico's Seguro Popular Health Insurance on Infant Mortality: An Estimation with Selection on the Outcome Variable. *World Development*, **59**, 475–486. URL: <https://ideas.repec.org/a/eee/wdevel/v59y2014icp475-486.html>.
- Propper, C. (1995) The disutility of time spent on the united kingdom's national health service waiting lists. *J. Hum. Resour.*, **30**, 677.
- Propper, C., Rees, H. and Green, K. (2001) The demand for private medical insurance in the UK: A cohort analysis. *Econ. J. (London)*, **111**, C180–C200.
- Superintendencia de Salud, Ministerio de Salud, G. d. C. (2018a) Boletín estadístico 2017-2018). *Tech. rep.*, Superintendencia de Salud, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. URL: https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/adjuntos/boletin_estadistico_20172018 Accessed 30 March 2023.
- (2018b) Cartera de beneficiarios de isapres a~no 2018. *Tech. rep.*, Superintendencia de Salud, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. URL: <https://supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-18249.html>. Accessed 24 September 2023.
- Savedoff, W. (2009) A moving target: Universal access to healthcare services in latin america and the caribbean. inter-american development bank working paper 667. *Tech. rep.*, Inter-American Development Bank. URL: <https://www.econstor.eu/handle/10419/51524>.

- Savedoff, W. D., de Ferranti, D., Smith, A. L. and Fan, V. (2012) Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *Lancet*, **380**, 924–932.
- Spenkuch, J. L. (2012) Moral hazard and selection among the poor: evidence from a randomized experiment. *J. Health Econ*, **31**, 72–85.
- Torres, R., Jorgensen, N. and Robba, M. (2020) *Mitos y Realidades de las Obras Sociales: Sofismas y Falacias sobre el sistema de seguridad social en salud en Argentina*. Universidad Isalud.
- van Doorslaer, E. and Wagstaff, A. (1992) Equity in the delivery of health care: some international comparisons. *Journal of Health Economics*, **11**, 389–411. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/016762969290013Q>.
- Vera-Hernandez, M. and Olivella, P. (2022) Prioritization, risk selection, and illness severity in a mixed health care system. *Tech. rep.* URL: <https://ifs.org.uk/publications/prioritization-risk-selection-and-illness-severity-mixed-health-care-system>.
- Vera-Hernández, A. M. (1999) Duplicate coverage and demand for health care. the case of catalonia. *Health Econ.*, **8**, 579–598.
- Wagstaff, A., Dmytraczenko, T., Almeida, G., Buisman, L., Hoang-Vu Eozenou, P., Brendenkamp, C., Cercone, J. A., Diaz, Y., Maceira, Danieland Molina, S., Paraje, G., Ruiz, Fernando and Sarti, F., Scott, J., Valdivia, M. and Werneck, H. (2015) Assessing latin america’s progress toward achieving universal health coverage. *Health Aff. (Millwood)*, **34**, 1704–1712.
- Wagstaff, A., van Doorslaer, E. and Paci, P. (1991) On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care. *J. Health Econ.*, **10**, 169–205.
- Wagstaff, A., Eozenou, P. and Smitz, M. (2020) Out-of-pocket expenditures on health: A global stocktake. *World Bank Res. Obs.*, **35**, 123–157.
- Wagstaff, A. and Nguyen, N. N. (2002) *Poverty and survival prospects of Vietnamese children under Doi moi*. The World Bank.
- WHO (2007) Everybody’s business - strengthening health systems to improve health.
- (2016) Who recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.
- Yazbeck, A., Savedoff, W., Hsiao, W., Kutzin, J., Soucat, A., Tandon, A., Wagstaff, A. and Yip, W. (2020) The case against labor-tax-financed social health insurance for low- and low-middle-income countries: A summary of recent research into labor-tax financing of social health insurance in low- and low-middle-income countries. *Health Affairs*, **39**, 892–897.
- Ñopo, H. (2021) Políticas de protección social y laboral en el Perú. una espiral de buenas intenciones, malos resultados y peores respuestas working paper no. 17 programa de las naciones unidas para el desarrollo. *Tech. rep.*, UNDP. URL: <https://www.undp.org/es/latin-america/publicaciones/politicas-de-proteccion-social-y-laboral-en-el-peru-una-espiral-de-buenas-intenciones-malos-resultados-y-peores>. Retrieved February 20, 2023.

AGRADECIMIENTOS

Nos gustaría agradecer a Juliana Sánchez Ariza y Sofía Marinkovic Dal Poggetto por su destacada asistencia en la investigación y a Romar Baquero Galvis por su asistencia en la traducción del documento. Estamos agradecidos con Guillermo Cruces, Nicholas Barr, Francisco Ferreira, Julian Messina y todos los participantes del Taller LACIR 2022 en el Banco Interamericano de Desarrollo y del Taller LACIR 2023 en la Universidad de los Andes - Cartagena por sus comentarios. Las opiniones expresadas en esta publicación son las de

los autores y no necesariamente reflejan las opiniones del Banco de Desarrollo de América Latina y el Caribe-CAF, el Banco Interamericano de Desarrollo, su Junta Directiva o los países que representan.