

CAF - WORKING PAPER #2023/08

18 de diciembre de 2023

Inequidades en Salud en América Latina y el Caribe: Salud Infantil, Adolescente, Reproductiva, Síndrome Metabólico y Salud Mental

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

Este estudio examina la desigualdad en salud en América Latina y el Caribe (LAC). En primer lugar, se describe cómo las transformaciones demográficas han modificado la carga de enfermedad en los últimos 30 años. Inicialmente dominada por problemas maternos, neonatales y transmisibles, la región enfrenta ahora un aumento de enfermedades cardiovasculares, cánceres, diabetes y trastornos de salud mental. Luego se documentan las marcadas disparidades en salud por condición socioeconómica. Los hallazgos subrayan que las desigualdades de salud en la infancia y adolescencia son más críticas que en la adultez, con diferencias notables en salud infantil según la riqueza del país y en algunos resultados de salud en adultos.

KEYWORDS

Desigualdad en salud, Disparidades socioeconómicas en salud, Salud Materno-infantil, Salud Adolescente, Salud Mental, Salud reproductiva, Enfermedades no transmisibles

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

Nuestra salud constituye un aspecto fundamental de nuestro bienestar. También es un factor clave para determinar nuestra contribución a la producción en el mercado y fuera de él. La desigualdad en salud se refiere a la realización desigual de los desenlaces de salud entre diferentes grupos de la población. Las disparidades sistemáticas en los desenlaces de salud y en el acceso a recursos sanitarios no solo socavan los principios básicos de equidad y justicia social, sino que también contribuyen a perpetuar la pobreza y la desventaja.

En este capítulo, comenzamos presentando evidencia sobre cómo ha cambiado la carga de enfermedad en América Latina y el Caribe (LatAm) durante los últimos 30 años. En relación con la caída de la fertilidad y el envejecimiento de la población, la región ha pasado de una carga de enfermedad dominada por enfermedades maternas, neonatales y transmisibles en la década de 1990 a una dominada por enfermedades cardiovasculares, cánceres, diabetes y cada vez más por trastornos de salud mental.

Dada la evolución del perfil epidemiológico de la región, resulta de gran interés estudiar las desigualdades en salud en diferentes áreas de la salud utilizando una metodología homogénea. Hasta dónde llega nuestro conocimiento, este capítulo constituye el primer intento de informar y comparar las desigualdades en salud en un amplio conjunto de áreas de la salud (cuidado materno e infantil, salud reproductiva, enfermedades no transmisibles y salud mental) y a través de tres dimensiones clave: estatus socioeconómico, residencia urbana/rural y sexo.

Los más pobres en la región tienen peor acceso a la atención materna y niveles más altos de mortalidad infantil y desnutrición. A pesar de conocer los métodos anticonceptivos, las mujeres jóvenes en América Latina y el Caribe tienen niveles muy altos de embarazo adolescente con un marcado gradiente socioeconómico. Las enfermedades no transmisibles también afectan desproporcionadamente a los pobres en muchos países. Finalmente, la salud mental es una fuente creciente de días perdidos de vida saludable entre las mujeres y los pobres.

En general, nuestros resultados resaltan qué a pesar de la transición epidemiológica en curso, las disparidades socioeconómicas en salud en la región de LatAm son más importantes durante la infancia y la adolescencia que en la adultez, al menos en lo que respecta a los resultados analizados en este capítulo. Al mismo tiempo, mostramos que mientras las desigualdades socioeconómicas en la salud infantil son menores en los países más ricos, ocurre lo contrario con las desigualdades en algunos desenlaces en la adultez.

Aunque el acceso desigual a insumos críticos para la atención médica (ej. tratamientos médicos económicos para controlar la hipertensión) y los recursos financieros pueden explicar la existencia de ciertos gradientes socioeconómicos en los desenlaces de salud, estas explicaciones no son suficientes para aquellos observados en resultados (como la desnutrición, la obesidad o el embarazo no deseado) en los que el acceso a información, normas sociales, factores de comportamiento, condiciones de vida y el entorno desempeñan un papel importante. Aunque el análisis de los determinantes detrás de estas desigualdades está fuera del alcance de este capítulo, proporcionamos un amplio abanico de políticas que abordan los múltiples factores que afectan la producción de salud, como por ejemplo el acceso y la calidad de la atención médica, la información, los hábitos, los recursos financieros y las condiciones de vida, lo que puede contribuir a reducir los gradientes socioeconómicos en salud.

El capítulo acompañante (Bancalari et al., 2023a) sobre sistemas de salud e inequidades en salud amplía la relación entre la arquitectura de los sistemas de atención médica y las inequidades en salud mencionadas en este capítulo. Muestra que estas desigualdades solo se explican parcialmente por las diferencias de calidad en los sistemas de atención médica

fragmentados que prevalecen en la mayoría de los países –que están divididos en sistemas contributivos y no contributivos– o el modelo de salud específico que adoptan (modelos tipo Beveridge versus Bismarck), lo que respalda la importancia que tienen otros determinantes en la producción de la salud.

2 | PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Durante los últimos 30 años, América Latina y el Caribe (LatAm) ha experimentado cambios drásticos en su perfil epidemiológico, con un aumento en la carga de enfermedades no transmisibles (ENT) y mejoría en las enfermedades transmisibles (ET), así como problemas de salud asociados con la salud materna, neonatal e infantil precarias (SMNI). Hoy en día, LatAm enfrenta una triple carga de enfermedades.

Aunque las ENT representan el mayor porcentaje de muertes y enfermedades, aún persisten altas tasas de lesiones, de ET y complicaciones en la SMNI. Según datos del Global Burden of Disease, Global Health Data Exchange (GHDx), el porcentaje de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) causados por ETs y SMNI disminuyó en 20 puntos porcentuales (ppts) entre 1990 y 2019 (Figura 1)¹. En 1990, la incidencia de ET y SMNI estaba cerca del 40 % en países como Guatemala, Bolivia y Haití. Los trastornos maternos y neonatales fueron la principal causa de pérdida de años de vida saludable en la región, cayendo al octavo lugar en 2019 (Tabla ?? y ??). Sin embargo, en países como Bolivia, República Dominicana y Haití, los trastornos maternos y neonatales siguen siendo una de las dos causas principales de pérdida de años de vida saludables (Tabla ??).

Muchas ET y SMNI son fácilmente prevenibles, pero persisten en la región debido a bajos ingresos, falta de acceso a la atención médica e infraestructuras de sanidad, calidad de agua y prácticas de sanidad e higiene pobres (Attanasio et al., 2004; Paxson and Schady, 2010; Rocha and Soares, 2010; Bancalari and Martinez, 2018; Herrera-Almanza and Rosales-Rueda, 2020). Las muertes y hospitalizaciones por las ET pueden prevenirse con un mayor acceso y calidad de la atención primaria, a la cual generalmente no tienen acceso las poblaciones más vulnerables (Bancalari, 2022).

LatAm ha logrado avances significativos en la cobertura de atención prenatal y las enfermedades prevenibles por vacunación. Sin embargo, la desnutrición sigue siendo un problema significativo, a pesar de las mejoras. Surgen nuevos desafíos en el extremo opuesto del espectro nutricional: sobrepeso en las mujeres embarazadas y niños. La obesidad en mujeres embarazadas aumenta el riesgo de resultados adversos maternos y neonatales, incluyendo el riesgo de muerte fetal o neonatal, malformaciones congénitas, diabetes gestacional, trastornos hipertensivos durante el embarazo y complicaciones en el parto, entre otros (Aune et al., 2014; Cnattingius and Villamor, 2016; Persson et al., 2017). La obesidad pone en riesgo la salud y el desarrollo de los niños. Especialmente en el contexto del COVID-19, los niños con sobrepeso tienen un mayor riesgo de hospitalización, necesidad de cuidados intensivos y ventilación mecánica. Muchos países de la región enfrentan ahora una difícil doble carga de malnutrición, es decir, una combinación de sobrepeso y retraso del crecimiento infantil junto con deficiencias de micronutrientes.

Las ENT representan una carga grande y creciente. Mientras que en 1990 alrededor de la mitad de la pérdida de años de vida saludable se debían a ENT, en el 2019 la carga aumentó a casi el 80 %, acercándose al nivel de los países de ingresos altos en América del Norte, Europa y Asia del Este (Figura 1). Para 2019, la carga de enfermedad en la región está liderada por enfermedades cardiovasculares, neoplasias y diabetes, mientras que en

¹Los AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad) representan la pérdida equivalente a un año de salud completa.

1990 estaba liderada por trastornos maternos y neonatales, enfermedades cardiovasculares, infecciones respiratorias y tuberculosis, en este orden (Tablas A1 y A2). Con un cambio en la importancia de las ENT, la clasificación de AVAD por causa en la región se parece cada vez más a la de Europa, Asia Central y América del Norte, y menos a la de África Subsahariana.

Los principales factores de riesgo metabólico para la mortalidad y morbilidad en la región son todos impulsores de las ENT: un alto índice de masa corporal, nivel de glucosa, presión arterial y nivel de grasa en la sangre. La carga de las ENT varía en y entre los países de LatAm, y está impulsada por factores de riesgo conductuales asociados con prácticas nutricionales, estilo de vida (sedentarismo), así como la composición étnica/racial y demográfica (Webber et al. 2012).

La Figura 3 destaca tres puntos principales. En primer lugar, aunque el porcentaje de AVAD causados por ENT está asociado positivamente con el PIB per cápita, no está asociado con la inequidad de ingresos medida por el índice de Gini. En segundo lugar, debido al aumento de la esperanza de vida y los cambios en la composición demográfica, más personas son susceptibles a las ENT en las etapas tardías de sus vidas. Por lo tanto, el porcentaje de años de vida saludable perdidos debido a las ENT está asociado positivamente con el porcentaje de la población anciana. La carga de enfermedad por ENT es aproximadamente del 80 % en países con más del 15 % de su población mayor de 65 años, como Barbados, Cuba y Uruguay.

Finalmente, el porcentaje de las AVAD debido a las ENT es mayor en países con altos gastos en salud. Algunos hechos pueden explicar esto, por ejemplo, los costos de atención médica asociados con el tratamiento de las ENT y sus complicaciones son altos, y los países donde la carga de ENT es alta también tienen una población envejecida con mayores demandas de atención médica. En la región, la atención médica se financia a través de una combinación de arreglos financieros que incluyen gasto público y seguro de salud obligatorio, así como seguros de salud voluntarios y pagos directos de los hogares (ver nuestro capítulo acompañante, (Bancalari et al., 2023a)). Un caso interesante es Cuba, un país alineado con el modelo de atención médica Beveridge donde todos los ciudadanos tienen garantizado el acceso a la atención médica. El gasto en salud de Cuba supera el 10 % de su PIB, por encima del promedio de las naciones del modelo Beveridge como Australia, Canadá y el Reino Unido, y su carga de enfermedad causada por ENT es muy similar a la de estas economías avanzadas (Figura 3, paneles 3c y 3d).

Las lesiones siguen causando de manera persistente mortalidad y morbilidad en la región, especialmente entre los jóvenes. Las tasas de homicidio son casi cinco veces el promedio de los países de la OCDE (Banco Mundial, 2020). La autolesión y la violencia interpersonal, especialmente entre los jóvenes, se encuentran entre las tres principales causas de AVAD en El Salvador, Guatemala, Honduras, Colombia y Venezuela (Tabla ??).

A pesar de los avances, la región aún está lejos de los resultados de salud de las personas que viven en los países de la OCDE, aunque su carga de enfermedad comienza a parecerse más a la de estos países. La siguiente sección mostrará que las disparidades socioeconómicas, las inequidades espaciales y las brechas de género en los desenlaces en salud están marcadas en la región.

3 | INEQUIDADES A LO LARGO DEL CICLO DE VIDA

En esta sección, describimos las desigualdades en salud en América Latina y el Caribe (LatAm) en indicadores seleccionados que son clave a lo largo del ciclo de vida, especialmente en (i) salud materna e infantil, (ii) salud reproductiva, (iii) enfermedades no transmisibles y (iv) salud mental. Consulte las Tablas B1 y B2 en el apéndice para obtener más información

sobre la construcción de indicadores, el rango de edad y las fuentes de datos.

Estudiamos las desigualdades en todos los países con datos disponibles desde 2008 en adelante. Utilizamos Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) y Encuestas de Indicadores Múltiples 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 y salud mental, utilizamos una amplia gama de encuestas nacionales de salud, incluido el enfoque STEPwise de la OMS para la vigilancia de factores de riesgo de ENT (STEPS), que utiliza preguntas y protocolos estandarizados para recopilar factores de riesgo biológicos clave en diferentes países, incluidas medidas físicas y bioquímicas.

Aunque las encuestas DHS y MICS son muy similares en las estrategias de muestreo y el diseño de cuestionarios (tanto entre sí como en diferentes países) y están disponibles para una amplia gama de países, las encuestas nacionales de salud no están tan ampliamente disponibles, utilizan diferentes instrumentos de recopilación de datos, a menudo muestrean diferentes rangos de edad y, por lo tanto, requieren esfuerzos de armonización sustanciales.

Analizamos las desigualdades en tres dimensiones: por estatus socioeconómico, por lugar de residencia (es decir, urbano vs. rural) y por género. Para medir los gradientes socioeconómicos, utilizamos tanto la educación como un indicador de riqueza indirecto a nivel del hogar². Utilizamos la educación de los padres o del encuestado, estratificada en cinco categorías: (i) sin educación o primaria incompleta (ii) primaria completa, (iii) secundaria incompleta, (iv) secundaria completa y (v) terciaria.

En cuanto a la riqueza del hogar, utilizamos una variable disponible en los conjuntos de datos de DHS y MICS que captura los quintiles del primer componente principal de un conjunto de activos que están correlacionados con la riqueza general del hogar³. Cuando utilizamos STEPS y las encuestas nacionales de salud, creamos quintiles de ingresos (cuando están disponibles). Todas las estimaciones presentadas se calcularon a partir de los microdatos originales utilizando pesos de muestreo y otras características del diseño de la encuesta para estimar errores estándar.

Primero presentamos dos gráficos de equiplots para cada indicador de salud, uno según el nivel educativo y otro según los quintiles de riqueza. Los equiplots muestran indicadores estratificados por grupos determinados por la dimensión de desigualdad en consideración, ofreciendo una ayuda visual tanto del nivel en cada grupo como de la distancia entre grupos, que representa la desigualdad absoluta. Ordenamos las observaciones del país y la encuesta según la prevalencia de cada indicador y presentamos la significancia estadística conjunta de la diferencia entre grupos.

Para cuantificar el grado de inequidad socioeconómica, informamos las razones que comparan la salud o la atención médica de aquellos con educación primaria completa o menos (pero sin educación secundaria), con aquellos con educación secundaria completa o más, así como las razones que comparan el primer y quinto quintil de nuestra variable de riqueza del hogar indirecto⁴. También informamos las razones de la salud y la atención médica de las personas que viven en áreas rurales frente a urbanas (desigualdad por lugar de residencia) y entre hombres y mujeres (desigualdad de género).

El Apéndice B presenta más detalles sobre los datos y la medición. La Tabla B1 presenta en detalle los indicadores de niños y mujeres, y la Tabla B2 los indicadores de adultos.

²Una alta correlación entre la educación de los padres y la educación de los niños implicaría una alta correlación en los resultados de salud a lo largo del ciclo de vida (Acevedo et al., 2023).

³Ver <https://dhsprogram.com/topics/wealth-index/Wealth-Index-Construction.cfm>

⁴En la literatura de economía de la salud, es común cuantificar el grado de inequidad mediante el índice de concentración (Kakwani, 1977, 1980; Doorslaer et al., 1989; Kakwani et al., 1997; O'Donnell and Lindelow, 2008). Sin embargo, en este capítulo, preferimos utilizar las razones para simplificar las comparaciones con otros capítulos de la Revisión de Inequidad en América Latina y el Caribe.

La Tabla B3 explica el nivel educativo que utilizamos para cada indicador al estudiar las inequidades por nivel educativo.

3.1 | Salud Materna e infantil

Un comienzo saludable en la vida tiene consecuencias positivas duraderas en los logros educativos y los salarios, incluso en países de ingresos bajos y medios (Currie and Vogl, 2013). La región ha avanzado significativamente en los indicadores de salud materna e infantil, impulsada en gran parte por la expansión de la cobertura de salud a hogares informales a través de sistemas no contributivos en las últimas décadas (Cotlear et al., 2015; Bernal et al., 2017; Berlinski et al., 2020). Al igual que en las economías avanzadas, la expansión del seguro social de salud ha demostrado ser un factor clave en la producción de la salud infantil (Currie, 2000).

Analizamos datos de hasta ocho países utilizando DHS y 16 países utilizando MICS. Utilizamos la última ronda disponible para cada país, que abarca desde 2008 hasta 2019⁵. La información se obtuvo de mujeres de 12 a 49 años y niños menores de 5 años. Ampliamos el análisis de (Sanhueza et al., 2021), quienes estudiaron las inequidades en salud materna, infantil y reproductiva entre 2011 y 2016 en LatAm utilizando DHS y MICS, centrándonos en un conjunto más amplio de países y años, y presentando gradientes educativos en cinco categorías en los equiplots (en lugar de tres: ninguna, primaria y secundaria o superior).

En primer lugar, 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 (WHO, 2016). Nos centramos en los últimos nacidos vivos. Los datos de la encuesta incluyen a mujeres de 12 a 49 años. La muestra de DHS está limitada a los nacidos vivos ocurridos durante los cinco años anteriores a la entrevista, mientras que la muestra de MICS se limita a los últimos dos años. Para que sean comparables, restringimos el análisis a informes a los dos años previos a la entrevista.

En promedio, hay una amplia cobertura para CPN 4+ visitas (86 %) y atención prenatal de calidad (92 %), consulte las Tablas A1 y A2 respectivamente. Sin embargo, todavía existen disparidades significativas entre y dentro de los países de la región. Haití (2017) presenta la menor cobertura de CPN 4+ visitas (63 %), y también las mayores disparidades por nivel socioeconómico. Las mujeres con mayor educación (con secundaria completa o terciaria) y las más ricas tienen más del doble de probabilidades de asistir a 4+ visitas de CPN que las mujeres con menor educación (sin educación o algo de primaria) y más pobres. Perú (2016), Costa Rica (2018) y México (2015) presentan la mayor cobertura de CPN 4+ visitas (por encima del 94 %) y también una relativa baja inequidad en las categorías de educación más alta.

En cuanto a la calidad de los CPN, Bolivia (2008) y Guatemala (2015) tienen la menor cobertura (alrededor del 60 %), mientras que Barbados (2012) y Cuba (2019) tienen la más alta (99 %). Al comparar las mujeres con menor y mayor educación, la cobertura es la mitad en Bolivia (2008) para la calidad de los CPN (Tabla 2).

En toda la región de ALC, las mujeres sin educación y las mujeres más pobres tienen una cobertura mucho menor de CPN 4+ visitas y calidad de CPN, con brechas de más de 10 puntos porcentuales en países como Haití (2017) y Bolivia (2008). En general, las tres categorías de educación más altas y las tres categorías de riqueza más altas tienden a tener un nivel similar de los indicadores, aunque esto es más evidente para la atención prenatal de calidad. Dependiendo del país, el gradiente es más pronunciado entre la categoría más

⁵A pesar de esta amplia cobertura, no podemos informar sobre Brasil ni Chile debido a la falta de encuestas recientes de DHS o MICS.

baja o las dos categorías más bajas y el resto. Por ejemplo, en Panamá, Colombia, Paraguay y México hay una gran diferencia entre la categoría de educación más baja y el resto, mientras que en Guyana, Bolivia y Honduras, las dos categorías más bajas están relativamente cerca, con una diferencia mayor con el resto (Figuras 4 y 5).

Las áreas rurales tienden a tener una menor cobertura de CPN 4+ visitas y calidad de CPN. Bolivia (2008) tiene las mayores desigualdades pro-ricos y pro-urbanas en CPN 4+ visitas (razones de 0.5 y 0.7, respectivamente, en la Tabla A1) y calidad de CPN (razones de 0.3 y 0.4, respectivamente, en la Tabla 2).

Paralelamente, la salud infantil ha mejorado drásticamente en las últimas décadas, pero aún existen desafíos. La supervivencia infantil y su desarrollo físico están determinados en gran parte por la riqueza del hogar y el acceso a infraestructura pública y servicios en la región (Attanasio et al., 2004). Estudios en Argentina y México muestran cómo la expansión del alcantarillado y el agua corriente, así como la desinfección del agua en áreas urbanas, redujeron la mortalidad por enfermedades diarreicas en la infancia (Bhalotra et al., 2021); (Galiani et al., 2005), pero evidencia reciente en Perú muestra cómo el mismo resultado aumenta durante la fase de construcción (Bancalari, 2022). Un estudio en México revela además que un programa a gran escala para reemplazar los pisos de tierra por pisos de cemento disminuyó la incidencia de infecciones parasitarias, diarrea, anemia y mejoró el desarrollo cognitivo de los niños (Cattaneo et al., 2009). También se han implementado campañas nacionales para promover el lavado de manos con jabón en la región, pero sin mejoras observables en la salud de los niños menores de 5 años en un estudio en Perú (Galiani et al., 2016). En Colombia, un estudio encuentra que un programa de preescolar en áreas rurales mejoró el estado nutricional de los niños (Attanasio et al., 2013). Varios estudios en la región han concluido que los programas de transferencias monetarias condicionales (CCT) mejoran la salud de los niños (Gertler, 2004; Barham, 2011; Rasella et al., 2013; Attanasio et al., 2015; Amarante et al., 2016; Celhay et al., 2021) y su desarrollo cognitivo (Macours et al., 2012). Estudios en Colombia, México y Perú también revelan que el acceso a seguros de salud no contributivos mejoró la salud de los niños (Camacho and Conover, 2013; Miller et al., 2013; Celhay et al., 2019; Bernal et al., 2022). En relación con esto, la expansión de la atención primaria en Brasil también llevó a una reducción de la mortalidad neonatal y post-neonatal (Bhalotra et al., 2019).

Nos enfocamos en tres indicadores clave para el continuum de salud materno-neonatal-infantil: (i) mortalidad infantil, medida como no sobrevivir el primer año de vida entre los niños nacidos durante los cinco años anteriores a la encuesta (multiplicado por 1,000 para ser comparable con las tasas tradicionales de mortalidad infantil); (ii) retraso del crecimiento, medido como la altura para la edad que está por debajo de -2 desviaciones estándar de la mediana del grupo de referencia de la OMS, y (iii) sobrepeso infantil, medido como peso para la altura que está por encima de 2 desviaciones estándar de la mediana del grupo de referencia de la OMS. Los datos sobre antropometría infantil están disponibles para niños menores de 5 años.

La mortalidad infantil sigue siendo prevalente en LatAm, llegando a ser tan alta como 56 muertes por cada 1,000 niños en Haití (2017), ver Tabla 3. La mortalidad infantil promedio en las observaciones de país y encuesta en nuestra muestra (25 muertes por cada 1,000 niños) es cinco veces el promedio de la OCDE. La mortalidad infantil es consistentemente más alta para los bebés cuyos padres tienen un nivel educativo más bajo, con brechas marcadas entre los grupos educativos en Guyana (2009), Bolivia (2008) y Haití (2017, Figura 6, Panel 6a). En estos países, la mortalidad infantil de los padres menos educados es más de tres veces mayor que la de los más educados. Además, en Bolivia (2008) y Haití (2017), Colombia (2015) y Guatemala (2015), hay una diferencia muy grande entre la categoría educativa más baja y la segunda.

Asimismo, la mortalidad infantil es más alta para los hogares en los quintiles de riqueza más bajos. El nivel más alto y las brechas más amplias entre los quintiles de riqueza se observan en Bolivia (2008), principalmente por debajo de la mediana de la distribución de riqueza (Figura 6, Panel 6b). Debido al bajo número de muertes infantiles, los gradientes de riqueza solo son estadísticamente significativos para cinco de los 11 países en el análisis. A diferencia de la evidencia de las economías avanzadas (Kennedy-Moulton and Aldana, 2022), encontramos que la mortalidad infantil varía monótonamente con la riqueza en los países donde los gradientes de riqueza son conjuntamente significativos. La mayor inequidad de riqueza se observa en Paraguay (2016), donde la mortalidad infantil es 20 veces mayor para los más pobres (el primer y segundo quintil están en el mismo nivel) que para los más ricos (la tasa de mortalidad infantil es muy cercana a cero para este último grupo) (Tabla 3).

En general, no hay grandes disparidades en la mortalidad infantil por lugar de residencia y género entre los países de LatAm. La mayor inequidad pro-urbana se observa en Guyana (2014), donde la mortalidad infantil es cinco veces mayor en las áreas rurales. Solo en Bolivia (2008) encontramos una inequidad significativa pro-femenina (Tabla 3).

A continuación, nos enfocamos en la doble carga de malnutrición en la región: retraso del crecimiento y sobrepeso. Mientras que el retraso del crecimiento es el resultado de la desnutrición crónica o recurrente, el sobrepeso es causado por el exceso de alimentación, el consumo de alimentos poco saludables (por ejemplo, procesados, ricos en azúcar, grasa o sal) y la falta de actividad física (UNICEF, 2022). El estado nutricional temprano es un determinante clave de la salud adulta, el desarrollo cognitivo y la productividad (Case and Paxson, 2008, 2010). Para aquellos que sobreviven, un entorno de enfermedades desatendidas y una baja ingesta calórica los ponen en riesgo de un crecimiento y desarrollo deteriorados (Deaton, 2007; Bozzoli et al., 2009). Los gradientes de ingresos observados en la salud de los adultos tienen antecedentes en la infancia, y parte de la transmisión intergeneracional del estatus socioeconómico se produce a través del impacto del ingreso promedio a largo plazo de los padres en la salud de los niños (Case et al., 2002). Los niños empobrecidos reciben menos insumos a nivel del hogar y la comunidad en el proceso de desarrollo (por ejemplo, nutrición, salud, educación y estimulación receptiva) que los niños no pobres (Attanasio and Oppedisano).

El retraso del crecimiento es alto en la región (15 % en promedio en nuestra muestra de estudio, casi 10 puntos porcentuales más alto que el promedio de la OCDE), con la prevalencia más alta en Guatemala (46 %). Este país también tiene brechas marcadas entre las categorías educativas y de riqueza, brechas tan grandes como 10 puntos porcentuales entre los grupos (Figura 7). El retraso del crecimiento infantil es sorprendentemente alto entre los menos educados y los más pobres en América Latina y el Caribe (LatAm), y las inequidades tienden a ser mayores en países con una mayor prevalencia. Las inequidades entre los niños menos educados y los más educados son particularmente altas en Paraguay (2016) y Perú (2016), donde el porcentaje de niños de los menos educados que tienen retraso del crecimiento es tres veces y media mayor que el porcentaje de los más educados. Como en indicadores anteriores, las categorías más altas tienden a tener valores bastante similares, y la mayoría de la inequidad existe entre los grupos de menos educación, segundo menos educación y el resto (Figura 7).

Perú (2016) también tiene las mayores disparidades pro-urbanas, con el retraso del crecimiento en las áreas rurales siendo tres veces mayor que en las áreas urbanas. Curiosamente, el retraso del crecimiento tiende a ser más prevalente en niños que en niñas en los países de LatAm, con la mayor disparidad encontrada en Trinidad y Tobago (2011), donde la prevalencia entre los niños es casi la mitad que entre las niñas (Tabla 4). El sobrepeso infantil es un desafío creciente en la región, aunque aún no es tan importante como el retraso del

crecimiento (en nuestra muestra, el 7% de los niños tienen sobrepeso en comparación con el 15% que tiene retraso del crecimiento). La tasa promedio de sobrepeso en nuestra muestra está cerca del promedio de la OCDE, pero esto coexiste con la desnutrición en la región de LatAm.

De los indicadores analizados hasta ahora, el sobrepeso infantil es el único en el que la inequidad es pro-pobre, ya que el sobrepeso infantil es más prevalente entre los hijos de padres altamente educados y aquellos de los hogares más ricos (ver Figura 8). Sin embargo, las brechas no son tan marcadas como en el retraso del crecimiento. La mayor brecha educativa en sobrepeso infantil se observa en Honduras (2019, 0.35) y Perú (2016, 0.33), favoreciendo a los padres menos educados, mientras que ocurre lo contrario en Cuba (2019, 1.27), que tiene la brecha más alta favoreciendo a los padres más educados (ver Tabla 5). El sobrepeso infantil es consistentemente mayor en los hogares más ricos en comparación con los más pobres, con la mayor inequidad de riqueza observada en Perú (2016, 0.19). Las áreas urbanas enfrentan esta amenaza mucho más que las áreas rurales, y la disparidad es más alta en Perú (2016), donde el sobrepeso en las áreas rurales es un tercio que en las áreas urbanas. El sobrepeso también tiende a afectar más a los niños que a las niñas. Observamos brechas de género significativas en Haití (2017), Cuba (2019), Colombia (2010) y Perú (2016).

3.2 | Salud Reproductiva

Nos enfocamos en cuatro desenlaces de salud vinculados a la salud reproductiva: (i) embarazo en adolescentes; (ii) embarazo no deseado; (iii) necesidad insatisfecha de anti-conceptivos (ya sea para espaciar o limitar); y (iv) obesidad en mujeres. Mientras que los primeros indicadores se centran en la planificación familiar, el último es de preocupación más amplia para la salud de las mujeres, incluida la salud reproductiva. Los datos sobre salud reproductiva estuvieron disponibles para siete países en las DHS y 14 países en las MICS.

La prevalencia del embarazo en adolescentes es alarmantemente alta en la región de América Latina y el Caribe (LatAm). Con 60 nacidos vivos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años, la región tiene la segunda tasa de prevalencia regional más alta, superada solo por África subsahariana (World Bank, 2020). El embarazo en adolescentes agrava la brecha de género en educación, participación en la fuerza laboral y salarios, ya que las mujeres se ven expuestas a la penalización por maternidad más temprano, como se destaca en el Capítulo de inequidades de género del LACIR (Berniell, 2023).

Durante la última década ha habido un debate considerable sobre el rol de los programas de planificación familiar en la reducción de la fertilidad y la mejora del nivel de vida de las mujeres en la región. Un estudio de una de las intervenciones de planificación familiar más antiguas y grandes del mundo en Colombia, Profamilia, encontró que explica menos del 10% de la disminución de la fertilidad en Colombia durante su transición demográfica (Miller, 2005). Sin embargo, este estudio destaca cómo posponer el primer parto produjo importantes ganancias socioeconómicas, permitiendo que las jóvenes avancen en su educación y trabajen más para vivir de forma independiente. De manera similar, un estudio en Argentina muestra que las políticas que fomentan la autonomía anticonceptiva en adolescentes redujeron las tasas de natalidad en mujeres de 15 a 19 años (Roig, 2023).

Medimos el embarazo en adolescentes como si las mujeres tuvieran su primer hijo antes de los 20 años. Dado que el logro educativo puede verse afectado por ser madre adolescente, el embarazo en adolescentes se expresa como un porcentaje basado en mujeres que tienen más de 25 años durante la entrevista (y hasta 49 años), cuando suele haber terminado la etapa educativa típica. En promedio en nuestra muestra, el 40% de las mujeres tuvieron su primer hijo mientras aún eran adolescentes, variando desde el 51% en Honduras (2019)

hasta menos del 30 % en Cuba (2019) y Argentina (2011).

Dentro de los países, el embarazo en adolescentes es menor entre aquellas personas con educación terciaria, con brechas significativas en todos los países, llegando a ser tan amplias como 20 puntos porcentuales (Figura 9, Panel 9a). El embarazo en adolescentes entre las personas menos educadas es aproximadamente cinco veces mayor que entre las personas mejor educadas (terciaria) en Surinam (2018). Aunque las brechas educativas son más amplias, también existen marcadas diferencias por quintiles de riqueza (Figura 9, Panel 9b). Especialmente en Perú (2016), el embarazo en adolescentes entre las personas más pobres es más de cuatro veces mayor que entre las personas más ricas (Tabla 6). A diferencia de indicadores anteriores, hay diferencias significativas entre las tasas de las tres categorías superiores de educación y riqueza (Figura 9).

El embarazo en adolescentes es más alto en áreas rurales que en áreas urbanas en todos los países, con la mayor disparidad espacial observada en Perú (2016) (Tabla 6). Las mujeres que viven en áreas rurales enfrentan mayores barreras para el uso de anticonceptivos, como se discutirá a continuación.

3.2.1 | Conocimiento de anticoncepción entre adolescentes

El embarazo en adolescentes persiste incluso cuando el conocimiento sobre métodos anticonceptivos modernos es alto en la región. En nuestra muestra, en promedio, el 93 % de los adolescentes de 15 a 17 años (edades para las cuales tenemos datos sobre la educación de los padres) conocen los métodos contraceptivos modernos encubiertos (es decir, píldoras, DIU, inyectables o implantes, excluyendo condones). Estos métodos encubiertos son menos conocidos en comparación con los condones, pero son una opción importante para las mujeres cuando los valores sociales, morales y religiosos generan mayores barreras para su adopción (Roig, 2023). Dado el alto nivel de conocimiento, las generaciones más jóvenes podrían tener tasas de embarazo en adolescentes más bajas en el futuro, pero las inequidades según la educación de los padres y la riqueza todavía están presentes. Las desigualdades son mayores en países con un conocimiento general más bajo (Figura 10 y Tabla BOX 7). En Bolivia (2008), donde el 84 % de los adolescentes conocen estos métodos contraceptivos encubiertos, el conocimiento es 1,20 veces mayor entre los adolescentes de padres con educación superior que entre los de padres con educación inferior, y 1,6 veces mayor entre los más ricos que los más pobres. Para Bolivia (2008) y Guatemala (2015), las mayores disparidades se observan en la parte inferior de las distribuciones educativas y de riqueza.

Los embarazos no deseados tienen efectos duraderos en la vida de las mujeres, perpetuando y reproduciendo desequilibrios de género, pero ha recibido poca atención por parte de los líderes políticos y muestra mejoras insignificantes en la región (Greene, 2019). Nos centramos en el último embarazo (o los dos últimos embarazos si la mujer estaba embarazada en el momento de la entrevista). La muestra de DHS y MICS se limita a embarazos que tuvieron lugar durante los dos años anteriores a la entrevista. Al igual que con los embarazos en adolescentes, restringimos el análisis a mujeres de 25 a 49 años, cuando suele haber finalizado la etapa educativa típica. En nuestra muestra, en promedio, el 22 % de las mujeres no deseaban su último embarazo, con cifras que van desde el 10 % en El Salvador (2014) hasta el 45 % en Bolivia (2015). Las inequidades son más evidentes en países con una mayor prevalencia de embarazos no deseados (Figura 11).

Los embarazos no deseados son más comunes entre las mujeres menos educadas y las más pobres, y las disparidades son evidentes en los puntos más bajos y medios de las distribuciones educativas y de riqueza. Varios países (como Bolivia, 2008; Colombia, 2015; Haití, 2017; México, 2015, y Perú, 2016) presentan inequidades marcadas en la mayoría de los grupos educativos. Las inequidades más altas se observan en Haití (2017), donde el

porcentaje de mujeres con embarazos no deseados entre las menos educadas es cinco veces mayor que entre las más educadas. Las disparidades de riqueza también son significativas, especialmente en Guyana (2014), donde el porcentaje de mujeres más pobres con embarazos no deseados es 4.8 veces mayor que el de las mujeres más ricas. Las inequidades prourbanas son estadísticamente significativas en siete de los 15 países estudiados, siendo la disparidad más grande en Bolivia (2008), donde los embarazos no deseados son casi el doble de frecuentes entre las mujeres que viven en áreas rurales que entre las de áreas urbanas (Tabla 8). Sin embargo, hay varios países en los que las inequidades entre áreas urbanas y rurales parecen ser pequeñas.

La necesidad insatisfecha mide qué tan bien el sistema de salud y las condiciones sociales de un país apoyan la capacidad de las mujeres para materializar su preferencia declarada de retrasar o limitar los nacimientos (Machiyama et al., 2017). Las 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 contraceptivo y declaran no querer más hijos o querer retrasar el próximo hijo. El concepto de necesidades insatisfechas señala la brecha entre las intenciones reproductivas de las mujeres y su comportamiento anticonceptivo.

En nuestra muestra, en promedio, el 12 % de las mujeres casadas (o en unión libre) tienen necesidades insatisfechas de anticoncepción moderna en los países de LatAm que estudiamos. Las disparidades por nivel socioeconómico tienden a ser más altas en países con una mayor prevalencia de necesidades insatisfechas de planificación familiar (Figura 12). El país con la mayor prevalencia de necesidades insatisfechas es Haití (2017), donde aproximadamente el 25 % de las mujeres tienen necesidades insatisfechas y donde la brecha entre las menos educadas y aquellas con educación secundaria completa es casi de 10 puntos porcentuales. Las brechas socioeconómicas y prourbanas más amplias se encuentran en Bolivia (2008), donde las menos educadas tienen 2.6 veces más probabilidades de tener necesidades insatisfechas en el uso de anticonceptivos que las más educadas, las más pobres tienen 4.5 veces más que las más ricas, y las mujeres rurales tienen el doble que las urbanas (Tabla 9). En general, sin embargo, la inequidad en las necesidades insatisfechas de anticonceptivos es menor que en los embarazos adolescentes y no deseados.

Finalmente, nos enfocamos en un factor de riesgo para la salud reproductiva que está ganando importancia en la región: la obesidad, que también tiene implicaciones marcadas para la salud de las mujeres que van más allá de la salud reproductiva. La obesidad puede estar acompañada de varias disfunciones neuroendocrinas y ováricas y aumentar el riesgo durante el embarazo. La evidencia muestra que la obesidad puede llevar a la pérdida del embarazo y a tasas bajas de nacidos vivos en las mujeres (Incedal Irgat and Bakirhan, 2022).

En promedio, en nuestra muestra, casi el 20 % de las mujeres entre 12 y 49 años son obesas, con la mayor prevalencia en Honduras (2012, 22 %) y la más baja en Haití (2017, 11 %). Los gradientes socioeconómicos no siempre van en la misma dirección. En general, las mujeres menos educadas sufren más de obesidad, pero el caso contrario se da para las mujeres más pobres (Figura 13). En países como Haití (2017), Guatemala (2015) y Honduras (2012), las mujeres de algunos de los grupos más educados tienen más probabilidades de tener sobrepeso, quizás porque pueden permitirse alimentos ricos en calorías y calorías costosas (por ejemplo, productos grasos y azucarados). Las mayores inequidades se observan en Haití, donde las mujeres más educadas tienen 1.5 veces más probabilidades de ser obesas que las menos educadas, y las más ricas tienen 6 veces más probabilidades de ser obesas que las más pobres. La obesidad en las mujeres tiende a ser mayor en las áreas urbanas, excepto en Colombia (2010, ver Tabla 10).

3.3 | Enfermedades no transmisibles

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) generan una alta carga de morbilidad y mortalidad en todo el mundo (WHO, 2019). La composición demográfica y factores genéticos, ambientales y de comportamiento están asociados con la incidencia de estas enfermedades. Muchos pacientes afectados por estas enfermedades son adultos económicamente activos, lo que genera un impacto social a través de la discapacidad y las muertes prematuras (Strong et al., 2005).

Desde el año 2000, existe un gran volumen de evidencia que muestra que la mayor carga de mortalidad asociada a las ENT afecta de manera desproporcionada a países de bajos y medianos ingresos o a poblaciones con bajos niveles socioeconómicos en países de altos ingresos (Ezzati et al., 2018; Niessen et al., 2018). Por esta razón, las ENT fueron incluidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la ONU, objetivo 3.4: "para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar".

El perfil epidemiológico de la región de LatAm se ha transformado hacia un aumento en las ENT. Esta transformación epidemiológica ha estado acompañada por una transformación socioeconómica que ha llevado a un aumento en la disponibilidad de alimentos, una reducción de la actividad física y un reemplazo de las dietas tradicionales con un mayor consumo de carbohidratos, grasas y azúcares (Fraser, 2005; Popkin et al., 2012; Lin et al., 2020; Aguilar et al., 2021). Estas disparidades, junto con el hecho de que las redes de seguridad contra los golpes de ingresos son limitadas en la región, tienen implicaciones para la inequidad de ingresos (Berlinski et al., 2020).

Aunque las principales causas de mortalidad por ENT están relacionadas con enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas, que representan aproximadamente el 80 % de todas las muertes prematuras por ENT (Lin et al., 2020; NCD Countdown 2030 collaborators, 2022), no existen encuestas nacionales de salud estandarizadas ampliamente disponibles para identificar la prevalencia de estas enfermedades en la región. Por lo tanto, estudiamos las inequidades por educación y riqueza en la prevalencia de cuatro factores de riesgo metabólicos bien conocidos para enfermedades cardiovasculares⁶: (i) obesidad; (ii) colesterol alto; (iii) hipertensión; y (iv) diabetes. También estudiamos la detección y el tratamiento de estos factores de riesgo, lo que depende de la capacidad de los sistemas de salud.

Utilizamos información de las encuestas STEPS y de salud nacionales que identificaron estos factores de riesgo con mediciones clínicas estandarizadas: índice de masa corporal para la obesidad, presión arterial para la hipertensión y análisis de muestras de sangre para diabetes e hipercolesterolemia. También nos basamos en preguntas de seguimiento sobre si el encuestado estaba al tanto o no de su condición y si fue tratado o no. Se requirió un gran esfuerzo para armonizar diferentes encuestas de salud. Utilizamos hasta cinco rondas de países de las encuestas STEPS de la OMS y siete encuestas de salud nacionales. A pesar de este esfuerzo extenso, lamentablemente, tenemos una muestra limitada de países con todas las mediciones requeridas.

Las encuestas utilizadas varían en el rango de edad de la muestra (consulte Apéndice B) para obtener más información sobre el rango de edad). Para tener esto en cuenta, para cada encuesta, informamos la prevalencia de los factores de riesgo por grupo (socioeconómico, urbano/rural o hombre/mujer) estandarizado a los 60 años. Lo hacemos estimando un modelo Logit para cada encuesta en el que la variable dependiente es un indicador binario del factor de riesgo, y las variables independientes incluyen un polinomio de segundo orden

⁶Ejemplos de enfermedades cardiovasculares incluyen enfermedad cardíaca isquémica, accidente cerebrovascular isquémico y accidente cerebrovascular hemorrágico.

en la edad y variables de tipo dummy para los grupos que se están estudiando en términos de inequidades. En las tablas y equiplots, reportamos la prevalencia del factor de riesgo para cada grupo para una persona de 60 años.

La obesidad a los 60 años es menos prevalente en Colombia (2015) y más prevalente en las Bahamas (2011) (Tabla 11). Las subpoblaciones más educadas tienen una menor prevalencia de obesidad que las menos educadas en países como Argentina (2018), Chile (2019), Uruguay (2013) y México (2018), mientras que Perú (2016) y Guyana (2016) exhiben una inequidad opuesta (es decir, mayor prevalencia de obesidad entre los más educados). En los demás países de la Tabla 11, el gradiente de la proporción de obesidad-educación no es estadísticamente diferente de uno.

La riqueza está disponible solo para 7 de los 12 países. El gradiente de la razón de riqueza solo es estadísticamente significativo en Perú (2016) y Argentina (2018) con resultados opuestos. En Perú (2016), los menos acomodados tienen menos probabilidad de ser obesos (proporción de 0.2), mientras que en Argentina los más pobres tienen 1.3 veces más probabilidad de ser obesos que los más ricos. La desigualdad de riqueza en obesidad en Argentina, un país relativamente más rico en América Latina, muestra un patrón similar al de Inglaterra (2020-2021), donde la prevalencia de sobrepeso y obesidad en el decil más empobrecido es 1.1 veces la del decil menos empobrecido (Case and Kraftman, 2022).

La prevalencia de la obesidad se ve fuertemente afectada por hábitos de vida saludables, como una dieta equilibrada y la actividad física (Cawley, 2015). Las poblaciones más educadas son más propensas a tener comportamientos más saludables. Sin embargo, los países en el análisis (Brasil (2016), Colombia (2015), Costa Rica (2010), México (2018) y Perú (2016)) muestran una menor prevalencia de obesidad en áreas rurales en comparación con las áreas urbanas, con la excepción de Chile, donde ocurre lo contrario. Esto puede estar relacionado con una mayor actividad física a través del trabajo y una menor disponibilidad de alimentos procesados y chatarra en las áreas rurales de estos países. Finalmente, se observa que las mujeres tienen una mayor prevalencia de obesidad que los hombres, aproximadamente el doble en Guyana (2016), Barbados (2007) y Colombia (2015) (ver Tabla 11).

La alta prevalencia de la hipertensión, su fácil diagnóstico y su tratamiento con medicamentos relativamente asequibles la convierten en uno de los principales factores de riesgo de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) y su control es una prioridad a nivel mundial. La prevalencia de la hipertensión es mayor entre las personas menos educadas que entre las más educadas en países como Bahamas (2011), Chile (2019), Brasil (2016), Uruguay (2013), Costa Rica (2010), Argentina (2018) y México (2018). Perú (2016) muestra una relación inversa, consistente con el gradiente encontrado en la obesidad.

La relación entre la prevalencia de la hipertensión y el sexo no es homogénea en LatAm. En algunos países, las mujeres tienen una mayor prevalencia de hipertensión (Brasil (2016), Colombia (2015) y Costa Rica (2010)), y en otros, la prevalencia es mayor en los hombres (Argentina (2018), Ecuador (2018), México (2018), Perú (2016) y Uruguay (2013)). La ubicación (urbana/rural) no está disponible en varias de las encuestas nacionales que recopilan datos sobre hipertensión, pero hay una tendencia a que la prevalencia de la hipertensión sea mayor en áreas urbanas.

En contraste, se observan diferencias muy marcadas en todos los países evaluados entre hombres y mujeres en relación con el diagnóstico de la hipertensión (porcentaje de personas que padecen hipertensión pero que no son conscientes de ello) y su tratamiento. La razón mujer/hombre del porcentaje de personas que no son conscientes de su hipertensión o que no son tratadas para esta enfermedad muestra un valor inferior a 1 en casi todos los países, siendo Barbados (2007) el país con el valor más bajo y Argentina (2018) el país con el valor más alto (Tabla 13). Esta diferencia puede explicarse por una mayor propensión de las mujeres a utilizar los servicios de salud. Las áreas rurales muestran una mayor proporción

de subdiagnóstico o falta de tratamiento en Colombia (2015), Costa Rica (2010), México (2018) y Perú (2016), lo que puede explicarse por un menor acceso a la atención médica en estas áreas. La mayoría de los sistemas de salud en LatAm tienen un mejor acceso a los servicios de salud para las poblaciones con empleos formales (consulte nuestro capítulo complementario, (Bancalari et al., 2023b)). En las áreas rurales, hay una menor proporción de la población con empleos formales en comparación con las áreas urbanas. Además, la oferta de servicios de salud en las áreas rurales suele ser menor o de peor calidad en comparación con las áreas urbanas.

En cuanto a las diferencias socioeconómicas en las personas que no son conscientes de su hipertensión o que no reciben tratamiento, los resultados para varios países no son estadísticamente diferentes en función de la educación o la riqueza, en parte porque estos indicadores utilizan un subconjunto de la muestra, solo aquellos que padecen hipertensión. Cuando los resultados son estadísticamente significativos, muestran peores resultados para las personas menos educadas o menos favorecidas económicamente, excepto en Argentina y Bahamas para el indicador de desconocimiento de la hipertensión.

El número de países que podemos analizar para colesterol alto y diabetes es menor que para la obesidad y la hipertensión porque se requiere una prueba de sangre para hacer el diagnóstico de estas condiciones. Solo ocho países tenían esta información (Tabla 14). A diferencia de la hipertensión, la prevalencia del colesterol alto tiende a ser más alta entre las personas más educadas o más ricas, y significativamente así en Argentina (2018), Ecuador (2018) y México (2018). Las mujeres tienen una mayor prevalencia de colesterol alto (Tabla 14, Panel A); sin embargo, al igual que en la hipertensión, se observa que las mujeres tienen una menor proporción de subdiagnóstico o falta de tratamiento. En Argentina (2018) y Ecuador (2018), el porcentaje de personas con colesterol alto no tratado es más alto entre las menos educadas o más pobres, pero ocurre lo contrario en Costa Rica (2010) y Guayana (2016). Respecto a las inequidades urbanas/rurales, mientras que en México (2018) la prevalencia de colesterol alto es mayor en áreas urbanas, en Colombia (2015) es mayor en áreas rurales. En términos de diagnóstico y tratamiento, las áreas rurales siempre tienen peores indicadores.

En el caso de la diabetes, se observa que la prevalencia es mayor entre las personas menos educadas o más pobres en Argentina (2018), Barbados (2007), Colombia (2015) y México (2018) (Figura 19, Tabla 15, Panel A). Asimismo, parece que las mujeres tienen una mayor prevalencia de diabetes, aunque la diferencia solo es estadísticamente significativa en México (2018), Guyana (2016) y Chile (2019). En cuanto al subdiagnóstico o falta de tratamiento, el tamaño de la muestra nos impide llegar a conclusiones claras (Tabla 15, Paneles B y C). Sin embargo, parece que, aunque la prevalencia es mayor entre las mujeres, la detección y el tratamiento para aquellas con diabetes son más bajos para las mujeres que para los hombres.

3.4 | Salud mental

Las enfermedades mentales abarcan una amplia gama de trastornos que afectan el estado de ánimo, el pensamiento, el comportamiento y el funcionamiento general de una persona. Estos trastornos pueden ser causados por una combinación de factores biológicos, psicológicos y ambientales, y pueden afectar las actividades diarias y las relaciones interpersonales. Ejemplos incluyen la depresión, la ansiedad, el trastorno bipolar, la esquizofrenia y los trastornos de la alimentación.

La carga de enfermedad debida a las enfermedades mentales ha cambiado en los últimos 30 años. Los trastornos mentales ahora ocupan el sexto lugar en la región en términos de AVAD, mientras que en 1990 ocupaban el noveno lugar (ver Tablas A1 y A2). Los trastornos de salud mental tienen un rango más alto en Europa y Asia Central y América del Norte

(4°), y un rango más bajo en regiones más pobres como Asia del Sur y África subsahariana (9° y 11°, respectivamente). Esto refleja no solo el aumento de la incidencia de trastornos mentales, sino también un mayor reconocimiento de la importancia de la salud mental y una mayor inversión en servicios de salud mental e investigación que acompaña al desarrollo. Sin embargo, muchos países aún tienen brechas significativas en sus sistemas de salud mental, especialmente en países de bajos y medianos ingresos, y el acceso a atención basada en evidencia sigue siendo un desafío para muchas personas con enfermedades mentales.

Lamentablemente, la medición y el informe sistemáticos de las enfermedades mentales son bastante deficientes en la región. Utilizamos información de escalas de salud mental (generalmente diferentes en cada país, consulte la Tabla C1) que evalúan la depresión en cinco países de América Latina y el Caribe: Brasil (2019), Chile (2016), Colombia (2015), Costa Rica (2009) y Paraguay (2015). Utilizamos el umbral adecuado para cada escala para construir una variable binaria de síntomas depresivos elevados (consulte el Apéndice C para más detalles).

Al igual que en el caso de las Enfermedades No Transmisibles (ENT), nuestras estimaciones de la prevalencia de la depresión se estandarizan a los 60 años mediante un modelo Logit con un polinomio cuadrático en la edad. Lo hacemos para tener en cuenta la diferencia en el rango de edad de la muestra entre los países, y también debido al hecho de que la depresión (similarmente a la felicidad) muestra un patrón en forma de U con la edad tanto para hombres como para mujeres en Brasil (2019), Colombia (2015), Costa Rica (2009) y Paraguay (2015), y un patrón en forma de U invertida en Chile (2016, Figura 22).

En los cinco países analizados, observamos consistentemente una mayor prevalencia de síntomas depresivos entre las personas menos educadas (Tabla 16). La disparidad educativa más grande se observa en Costa Rica (2009), donde las personas menos educadas tienen el doble de probabilidades de tener depresión que las más educadas. En todos los países, la depresión es más alta en las mujeres, siendo la mayor brecha a favor de los hombres observada en Paraguay (2015). Estos hallazgos son consistentes con los de [Case and Kraftman \(2022\)](#), quienes encuentran que la depresión es sistemáticamente mayor en las mujeres y que es el doble de prevalente para aquellas que viven en las áreas más desfavorecidas en comparación con las áreas menos desfavorecidas.

La inequidad rural-urbana en la depresión es menos marcada que en las dimensiones socioeconómicas o de género, con una mayor prevalencia de depresión en las zonas urbanas de Brasil (2019) y Paraguay (2015).

4 | CORRELATOS DE LA INEQUIDAD EN SALUD Y EL PIB PER CÁPITA

La región de LatAm está atravesando una transición epidemiológica de manera que su perfil de enfermedades se asemeja mucho al de las economías avanzadas, pero aún enfrenta muchos de los desafíos de los países de ingresos bajos y medianos. Sin embargo, existe heterogeneidad en la carga de enfermedad dentro de la región, así como inequidades dentro de cada país. Muchos países se enfrentan ahora a una desafiante doble carga de desnutrición infantil (una combinación de sobrepeso y retraso del crecimiento) junto con marcadas inequidades en los factores de riesgo metabólicos para las Enfermedades No Transmisibles (ENT) y la salud mental.

En los países más pobres, existe una mayor inequidad a favor de los individuos con educación alta en el retraso del crecimiento infantil. En países como Haití (2017), Honduras (2019) y Bolivia (2008), los países más pobres en nuestro análisis, la prevalencia de retraso del crecimiento entre los hijos de padres menos educados es aproximadamente tres veces mayor que la de los hijos de padres más educados, mientras que no hay inequidad en

países más ricos como Trinidad y Tobago (2011) y Costa Rica (2018). Existe una correlación negativa (claramente lineal) entre el PIB per cápita y la desigualdad a favor de los individuos con educación alta en el retraso del crecimiento, con solo unos pocos valores atípicos (es decir, Perú (2016) y Paraguay (2016)) en el rango medio del PIB per cápita, pero con una desigualdad muy alta (Figura 23, Panel 23a).

Al mismo tiempo, las inequidades a favor de los individuos con educación baja en el sobrepeso infantil son más marcadas en los países más pobres: los hijos de padres más educados tienden a sufrir más de sobrepeso que los hijos de padres menos educados, pero la diferencia disminuye con el aumento del PIB per cápita (Figura 23, Panel 23b). Nuevamente, no hay inequidad significativa en países más ricos como Trinidad y Tobago (2011) y Costa Rica (2018), mientras que existen brechas marcadas en países de ingresos bajos (por ejemplo, Honduras (2019)) y medianos (Colombia (2010) y Perú (2016)). La correlación positiva entre la inequidad a favor de los individuos con educación alta y el PIB per cápita para el sobrepeso infantil es menos marcada que la correlación negativa para el retraso del crecimiento.

Por lo contrario, los países más ricos enfrentan mayores inequidades en las ENT. Existe una correlación positiva entre el PIB per cápita y las desigualdades a favor de los individuos con educación alta en la hipertensión y la obesidad. En países de ingresos altos como Chile (2019) y Argentina (2018), los menos educados sufren más de hipertensión y obesidad que los más educados. Perú (2016) nuevamente es un valor atípico, ya que la prevalencia de hipertensión y obesidad es mayor entre los más educados (Figura 24).

Estas correlaciones ocultan una heterogeneidad significativa por género. El gradiente de la relación entre la inequidad a favor de los individuos con educación alta y el PIB per cápita es más pronunciado para los hombres que para las mujeres en el caso de la hipertensión. Además, algunos países muestran inequidades a favor de los individuos con educación baja en la obesidad y la hipertensión para los hombres, mientras que las inequidades son siempre a favor de los individuos con educación alta para las mujeres. En países de ingresos medianos como Brasil (2016) y Ecuador (2018), son los hombres menos educados los que sufren más de hipertensión y obesidad, mientras que ocurre lo contrario para las mujeres (ver Figura 25).⁷

5 | CONCLUSIONES

Este capítulo es, hasta donde sabemos, el primer intento de describir de manera exhaustiva las inequidades en salud, utilizando una metodología homogénea, en la región de LatAm en diferentes dominios clave de salud: (i) salud materna e infantil, (ii) salud reproductiva, (iii) factores de riesgo metabólicos para enfermedades cardiovasculares y (iv) salud mental. Esto nos permite comparar las inequidades en diferentes áreas de salud, lo cual es de gran importancia para la región, dado que su perfil epidemiológico se asemeja más al de los países de ingresos altos, pero aún enfrenta desafíos importantes comunes a los países de ingresos bajos y medianos, como los altos niveles de retraso del crecimiento infantil.

El capítulo no solo analiza varios dominios de salud, sino que también examina las inequidades en varias dimensiones: (i) socioeconómica (por educación y un indicador de riqueza), género y residencia (urbana vs. rural).

⁷No encontramos ninguna o una correlación muy baja entre las inequidades en salud y el índice Gini (Figuras C1, C2 y C3), lo que resalta cómo diferentes aspectos de la inequidad no se reflejan en una única medida de inequidad de ingresos. Solo encontramos una marcada correlación negativa entre las inequidades a favor de los individuos con educación alta en la obesidad de las mujeres y el índice Gini, lo que sugiere que en países con mayores disparidades de ingresos, hay una menor disparidad en la obesidad entre mujeres con diferentes niveles educativos.

Las inequidades en la salud infantil, especialmente el retraso del crecimiento, siguen siendo muy significativas, especialmente en los países más pobres. Los niños (menores de 5 años) de padres más educados y aquellos que viven en áreas urbanas tienen mejores indicadores de salud, excepto en el caso del sobrepeso infantil, que es menor en niños de padres menos educados y en áreas rurales. En cuanto al sexo, las niñas tienen menos probabilidades de sufrir retraso del crecimiento que los niños y también tienen menos probabilidades de tener sobrepeso.

Las inequidades en el embarazo adolescente, así como en el embarazo no deseado, son tan graves como las desigualdades en el retraso del crecimiento, si no más. Sin embargo, están distribuidas de manera bastante diferente. Mientras que la inequidad en el retraso del crecimiento está impulsada por el extremo inferior del espectro socioeconómico, las inequidades en el embarazo adolescente y el embarazo no deseado están más uniformemente distribuidas.

En cuanto a la inequidad en algunos de los insumos asociados con la salud infantil y reproductiva (atención prenatal y necesidades insatisfechas de anticonceptivos), tienden a mostrar menos inequidad que los resultados, lo cual es consistente con una función de producción de salud compleja que depende de una variedad de insumos, incluida la información parental, los recursos y un entorno más amplio.

En cuanto a las ENT, prestamos especial atención a la hipertensión, que es un conocido factor de riesgo metabólico para las enfermedades cardiovasculares, y para la cual tenemos datos de numerosos países. Como era de esperar, encontramos que la prevalencia de hipertensión es mayor en los grupos menos educados y menos acomodados en la mayoría de los países para los cuales tenemos datos. Un patrón similar se puede observar para la diabetes, pero no todas las ENT siguen este mismo patrón: descubrimos que el colesterol alto tiende a ser más común entre los grupos de personas mejor educadas o más ricas. Entre los países de nuestro estudio, encontramos heterogeneidad en la dirección de la inequidad en la obesidad en adultos según los grupos socioeconómicos.

En cuanto a las diferencias urbanas/rurales en las ENT, la obesidad es más común en las áreas urbanas. Este gradiente no se muestra de manera tan consistente para la hipertensión, el colesterol alto y la diabetes, ya que las diferencias no son estadísticamente significativas para muchos de los países. Sin embargo, cuando lo son, también ocurre que las áreas rurales tienen mejores resultados.

En cuanto a las diferencias de las ENT y de género, el gradiente de la inequidad es específico para cada condición. En la mayoría de los países para los cuales tenemos datos, la prevalencia de obesidad y colesterol alto tiende a ser más alta entre las mujeres. Sin embargo, la situación no es tan clara para la diabetes, donde la mayoría de los resultados no son estadísticamente significativos, ni para la hipertensión, que es más alta entre las mujeres en 3 países y más alta entre los hombres en otros 5 países.

Nuestro análisis anterior ha señalado algunas sutilezas en la inequidad en la prevalencia de las ENT. Sin embargo, los resultados sobre la inequidades en el diagnóstico y tratamiento son más claros. El porcentaje de casos no diagnosticados de hipertensión y colesterol alto, así como de casos no tratados, tiende a ser más alto entre los menos educados/menos acomodados, en áreas rurales y entre los hombres. Para la diabetes, las proporciones también siguen esta dirección, pero los resultados no son estadísticamente significativos debido a tamaños de muestra más pequeños.

Otro dominio clave en adultos que hemos analizado es la depresión, que encontramos consistentemente más alta entre las personas menos educadas en los cinco países que hemos analizado. En general, las mujeres también se ven más afectadas por la depresión. Cuando las diferencias entre áreas urbanas y rurales son estadísticamente significativas, se observa una mejor salud mental en las áreas rurales.

Una fortaleza de nuestro estudio es que informamos sobre las inequidades en los resultados de salud en diferentes etapas del ciclo de vida, lo que permite una comparación entre ellas. Enfocándonos en la hipertensión, la ENT para la cual tenemos más países, la razón de prevalencia entre los menos y más educados está alrededor de 1.10-1.15, mientras que para el retraso del crecimiento, los embarazos adolescentes y los embarazos no deseados tienden a estar en el rango de 2-3. Los equiplots también muestran diferencias mucho mayores para el retraso del crecimiento, los embarazos adolescentes y los embarazos no deseados que para la hipertensión. En cuanto a la depresión, las relaciones de menos a más educados están alrededor de 1.3, más grandes que la hipertensión pero mucho más pequeñas que el rango de 2-3 que corresponde al retraso del crecimiento, los embarazos adolescentes y los embarazos no deseados.

La discusión anterior destaca que, a pesar de su evolución en la transición epidemiológica, las disparidades socioeconómicas en salud en la región de LatAm siguen siendo más importantes en la salud infantil y reproductiva que en las condiciones sufridas por los adultos, al menos en lo que respecta a la obesidad, la hipertensión y la depresión.

Probablemente, haya una diferencia aún más llamativa entre las desigualdades en la salud infantil y la salud adulta que nuestro análisis ha descubierto: las inequidades socioeconómicas en la salud infantil son más pequeñas en los países más ricos, mientras que lo contrario ocurre con las inequidades en la hipertensión y la obesidad en adultos. Es probable que las personas menos acomodadas sean más afectadas por los cambios en la dieta y el estilo de vida asociados con la urbanización y el desarrollo. Si es así, esperaríamos que la importancia de las inequidades en los factores de riesgo metabólico solo aumente con el tiempo.

Enfrentar los desafíos de salud existentes y futuros requerirá intervenciones en el sector de la salud diseñadas para mejorar la información y facilitar el acceso a atención de calidad y asequible, así como otras políticas que mejoren la vida de las personas que viven en la pobreza. Un conjunto no exhaustivo de políticas incluye:

1. Acceso universal a la atención médica: El acceso a la atención médica está garantizado por la mayoría de las constituciones de la región. Sin embargo, la provisión y el acceso suelen estar fragmentados de maneras asociadas con el empleo, la educación, el lugar de residencia y el género. Varios estudios han demostrado que la expansión de la atención médica en la región de LatAm, incluido el aumento de la cobertura del seguro de salud y el acceso a instalaciones de atención primaria, ha llevado a mejoras en la salud, un mayor uso de la atención médica y la reducción de gastos catastróficos en salud.⁸
2. Programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades: Estos programas se centran en fomentar comportamientos saludables (por ejemplo, sexo seguro, control del tabaco y el alcohol, reducción del consumo de sal, ejercicio físico, alimentación saludable), la adopción de métodos anticonceptivos, la introducción de etiquetas nutricionales para mejorar la alimentación y estimular la detección de factores de riesgo metabólico y el manejo adecuado de enfermedades crónicas. Se debe poner especial énfasis en comprender las circunstancias de las poblaciones objetivo (es decir, no hay una solución única para todos) y en los ajustes culturales necesarios.
3. Mejorar la vivienda: Mejorar el acceso a agua segura, saneamiento, finalizar proyectos públicos a tiempo y garantizar que los hogares utilicen y estén conectados continuamente a estas instalaciones. Abordar estos problemas puede contribuir significativamente a reducir los factores ambientales que contribuyen a la propagación de enfermedades y

⁸Ver (Miller et al., 2013; Camacho and Conover, 2013; Pfitze, 2014; Bernal et al., 2017; Bhalotra et al., 2019; Conti and Ginja, 2023; Balsa and Triunfo, 2021; Bancalari, 2022); aunque también existen excepciones (King et al., 2009); (Spenkuch, 2012))

que afectan de manera diferencial a ricos y pobres. Esto es especialmente desafiante en lugares donde existe una segregación residencial sustancial.

4. Abordar determinantes económicos: Proporcionar una red de seguridad que permita a las familias aliviar el consumo en caso de choques de ingresos y promover oportunidades laborales/formación y cuidado para los pobres también puede contribuir a reducir los determinantes sociales y económicos de la inequidad en salud.
5. Brindar apoyo para la salud mental: Iniciar campañas de concientización y fomentar la comprensión de los problemas de salud mental representa un paso inicial crucial. Además, es imperativo aumentar el acceso al apoyo profesional, mejorar la calidad de los servicios e incluir la salud mental en la cobertura del seguro médico. La integración de la salud mental en los sistemas de salud pública y los programas de protección social es fundamental para mitigar las disparidades existentes. Elevar la prioridad de la salud mental en la agenda política es fundamental, ya que contribuye significativamente al bienestar integral y la productividad de la población, fomentando sociedades más inclusivas y prósperas en la región.
6. Mejorar los datos disponibles para tomar decisiones basadas en evidencia. Gracias a las Encuestas Demográficas y de Salud, así como a las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, la región de LatAm cuenta con una cobertura razonable de datos sobre salud materna e infantil. Sin embargo, los datos de encuestas sobre factores de riesgo metabólico, enfermedades no transmisibles y salud mental son mucho más escasos, lo que limita la capacidad de la región para planificar y tomar decisiones basadas en evidencia.

Abordar la inequidad en salud no solo es un imperativo moral, sino también un componente fundamental para construir sociedades más inclusivas y prósperas en la región.

REFERENCIAS

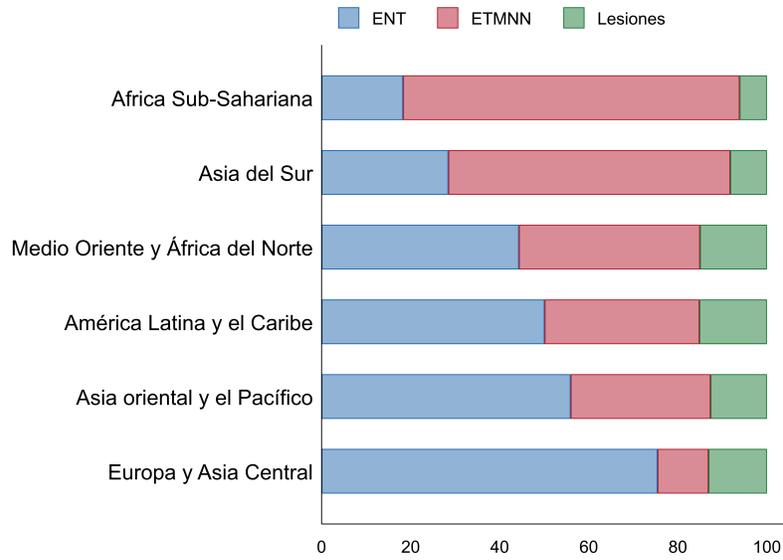
- Acevedo, I., Fernández, R., Pagés, C. and Székely, M. (2023) Education inequalities in latin america and the caribbean. URL: <http://dx.doi.org/10.18235/0005244>.
- Aguilar, A., Gutierrez, E. and Seira, E. (2021) The effectiveness of sin food taxes: evidence from mexico. *Journal of Health Economics*, **77**, 102455.
- Amarante, V., Manacorda, M., Miguel, E. and Vigorito, A. (2016) Do cash transfers improve birth outcomes? evidence from matched vital statistics, and program and social security data. *American Economic Journal: Economic Policy*, **8**, 1–43.
- 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.
- Attanasio, O. P. and Oppedisano, S. () “inequality in the early years in lac: A comparative study of size, persistence, and policies” latin american and the caribbean inequality review.
- Attanasio, O. P., Oppedisano, V. and Vera-Hernández, M. (2015) Should cash transfers be conditional? conditionality, preventive care, and health outcomes. *American Economic Journal: Applied Economics*, **7**, 35–52.
- Aune, D., Saugstad, O. D., Henriksen, T. and Tonstad, S. (2014) Maternal body mass index and the risk of fetal death, stillbirth, and infant death: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, **311**, 1536–1546.
- 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. (2023a) Health inequalities in latin american and the caribbean: child, adolescent, reproductive, metabolic syndrome and mental health.
- Bancalari, A., Berlinski, S., Buitrago, G., García, M. F., de la Mata, D. and Vera-Hernandez, M. (2023b) Health inequalities in Latin American and the Caribbean: child, adolescent, reproductive, metabolic syndrome and mental health. *LSE Research Online Documents on Economics 120559*, London School of Economics and Political Science, LSE Library. URL: <https://ideas.repec.org/p/ehl/lserod/120559.html>.
- Bancalari, A. and Martinez, S. (2018) 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**, 90–99.
- Barham, T. (2011) A healthier start: the effect of conditional cash transfers on neonatal and infant mortality in rural mexico. *Journal of Development Economics*, **94**, 74–85.
- 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.
- Bernal, N., Costa-i Font, J. and Ritter, P. (2022) The effect of health insurance on child nutritional outcomes. evidence from a regression discontinuity design in peru. *Tech. rep.*, CESifo Working Paper.

- Berniell, I, R. F. S. K. (2023) Lacir: Gender" latin american and the caribbean inequality review.
- 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.
- Bozzoli, C., Deaton, A. and Quintana-Domeque, C. (2009) Adult height and childhood disease. *Demography*, **46**, 647–669.
- 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.
- Case, A. and Kraftman, L. (2022) Health inequalities-anne case lucy kraftman-an ifs initiative funded by the nuffield foundation.
- Case, A., Lubotsky, D. and Paxson, C. (2002) Economic status and health in childhood: The origins of the gradient. *American Economic Review*, **92**, 1308–1334.
- Case, A. and Paxson, C. (2008) Stature and status: Height, ability, and labor market outcomes. *Journal of political Economy*, **116**, 499–532.
- (2010) Causes and consequences of early-life health. *Demography*, **47**, S65–S85.
- Cattaneo, M. D., Galiani, S., Gertler, P. J., Martinez, S. and Titiunik, R. (2009) Housing, health, and happiness. *American Economic Journal: Economic Policy*, **1**, 75–105.
- Cawley, J. (2015) An economy of scales: A selective review of obesity's economic causes, consequences, and solutions. *Journal of health economics*, **43**, 244–268.
- Celhay, P., Martinez, S., Muñóz, M., Perez, M. and Perez-Cuevas, R. (2019) Long-term effects of public health insurance on the health of children in mexico: a retrospective study. *The Lancet Global Health*, **7**, e1448–e1457.
- Celhay, P. A., Johannsen, J., Martinez, S. and Vidal, C. (2021) Can small incentives have large payoffs? health impacts of a cash transfer program in bolivia. *Economic Development and Cultural Change*, **69**, 591–621.
- Cnattingius, S. and Villamor, E. (2016) Weight change between successive pregnancies and risks of stillbirth and infant mortality: a nationwide cohort study. *The Lancet*, **387**, 558–565.
- Conti, G. and Ginja, R. (2023) Who benefits from free health insurance?: Evidence from mexico. *Journal of Human Resources*, **58**, 146–182.
- Cotlear, D., Gómez-Dantés, O., Knaul, F., Atun, R., Barreto, I. C., Cetrángolo, O., Cueto, M., Francke, P., Frenz, P., Guerrero, R. et al. (2015) Overcoming social segregation in health care in latin america. *The Lancet*, **385**, 1248–1259.
- Currie, J. (2000) Child health in developed countries. *Handbook of health economics*, **1**, 1053–1090.
- Currie, J. and Vogl, T. (2013) Early-life health and adult circumstance in developing countries. *Annu. Rev. Econ.*, **5**, 1–36.
- Deaton, A. (2007) Height, health, and development. *Proceedings of the national academy of sciences*, **104**, 13232–13237.
- Doorslaer, E., Wagstaff, A. and Paci, P. (1989) Equity in the finance and delivery of health care: Some tentative cross-country comparisons. *Oxford Review of Economic Policy*, **5**, 89–112.

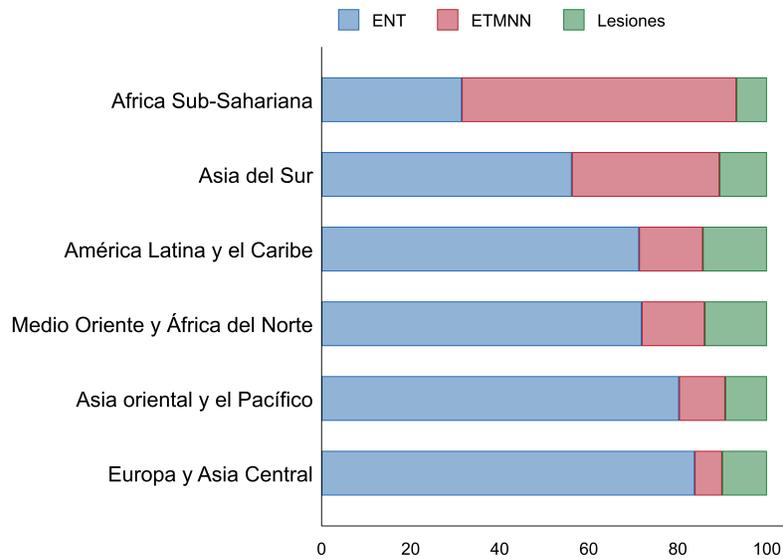
- Ezzati, M., Pearson-Stuttard, J., Bennett, J. E. and Mathers, C. D. (2018) Acting on non-communicable diseases in low-and middle-income tropical countries. *Nature*, **559**, 507–516.
- Fraser, B. (2005) Latin america's urbanisation is boosting obesity. *The Lancet*, **365**, 1995–1996.
- Galiani, S., Gertler, P., Ajzenman, N. and Orsola-Vidal, A. (2016) Promoting handwashing behavior: The effects of large-scale community and school-level interventions. *Health economics*, **25**, 1545–1559.
- Galiani, S., Gertler, P. and Schargrodsky, E. (2005) Water for life: The impact of the privatization of water services on child mortality. *Journal of political economy*, **113**, 83–120.
- Gertler, P. (2004) Do conditional cash transfers improve child health? evidence from progress control randomized experiment. *American economic review*, **94**, 336–341.
- Greene, M. (2019) A hidden reality for adolescent girls: Child, early and forced marriages and unions in latin american and the caribbean. regional report.
- Herrera-Almanza, C. and Rosales-Rueda, M. F. (2020) Reducing the cost of remoteness: community-based health interventions and fertility choices. *Journal of Health Economics*, **73**, 102365.
- Incedal Irgat, S. and Bakirhan, H. (2022) The effect of obesity on human reproductive health and foetal life. *Human Fertility*, **25**, 860–871.
- Kakwani, N., Wagstaff, A. and van Doorslaer, E. (1997) Socioeconomic inequalities in health: Measurement, computation, and statistical inference. *Journal of Econometrics*, **77**, 87–103. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304407696018076>.
- Kakwani, N. C. (1977) Measurement of tax progressivity: an international comparison. *The Economic Journal*, **87**, 71–80.
- (1980) Income inequality and poverty: Methods of estimation and policy applications. *World Bank*. URL: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/456591468740159687/income-inequality-and-poverty-methods-of-estimation-and-policy-applications>.
- Kennedy-Moulton, K., S. M. P. P. M. R.-S. L. R. W. and Aldana, G. (2022) Maternal and infant health inequality: New evidence from linked administrative data. *NBER*.
- 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/>.
- Lin, X., Xu, Y., Pan, X., Xu, J., Ding, Y., Sun, X., Song, X., Ren, Y. and Shan, P.-F. (2020) Global, regional, and national burden and trend of diabetes in 195 countries and territories: an analysis from 1990 to 2025. *Sci. Rep.*, **10**, 14790.
- Machiyama, K., Casterline, J. B., Mumah, J. N., Huda, F. A., Obare, F., Odwe, G., Kabiru, C. W., Yeasmin, S. and Cleland, J. (2017) Reasons for unmet need for family planning, with attention to the measurement of fertility preferences: protocol for a multi-site cohort study. *Reprod. Health*, **14**, 23.
- Macours, K., Schady, N. and Vakis, R. (2012) Cash transfers, behavioral changes, and cognitive development in early childhood: Evidence from a randomized experiment. *American Economic Journal: Applied Economics*, **4**, 247–73. URL: <https://www.aeaweb.org/articles?id=10.1257/app.4.2.247>.
- Miller, G. (2005) Contraception as development? new evidence from family planning in colombia. *Tech. rep.*, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.
- 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.

- NCD Countdown 2030 collaborators (2022) NCD countdown 2030: efficient pathways and strategic investments to accelerate progress towards the sustainable development goal target 3.4 in low-income and middle-income countries. *Lancet*, **399**, 1266–1278.
- Niessen, L. W., Mohan, D., Akuoku, J. K., Mirelman, A. J., Ahmed, S., Koehlmoos, T. P., Trujillo, A., Khan, J. and Peters, D. H. (2018) Tackling socioeconomic inequalities and non-communicable diseases in low-income and middle-income countries under the sustainable development agenda. *Lancet*, **391**, 2036–2046.
- O'Donnell, O. E. van Doorslaer, A. W. and Lindelow, M. (2008) Analysing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation. *Bull. World Health Organ*, **86**, 816–816.
- Paxson, C. and Schady, N. (2010) Does money matter? the effects of cash transfers on child development in rural ecuador. *Econ. Dev. Cult. Change*, **59**, 187–229.
- Persson, M., Cnattingius, S., Villamor, E., Soderling, J., Pasternak, B., Stephansson, O. and Neovius, M. (2017) Risk of major congenital malformations in relation to maternal overweight and obesity severity: cohort study of 1.2 million singletons. *BMJ*, **357**, j2563.
- 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>.
- Popkin, B. M., Adair, L. S. and Ng, S. W. (2012) Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutr. Rev.*, **70**, 3–21.
- Rasella, D., Aquino, R., Santos, C. A. T., Paes-Sousa, R. and Barreto, M. L. (2013) Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of brazilian municipalities. *Lancet*, **382**, 57–64.
- Rocha, R. and Soares, R. R. (2010) Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from brazil's family health program. *Health Econ.*, **19 Suppl**, 126–158.
- Roig, N. (2023) Adolescent fertility and reproductive rights: Evidence from argentina. *Tech. rep.*
- Sanhueza, A., Carvajal-Vélez, L., Mújica, O. J., Vidaletti, L. P., Victora, C. G. and Barros, A. J. (2021) SDG3-related inequalities in women's, children's and adolescents' health: an SDG monitoring baseline for latin america and the caribbean using national cross-sectional surveys. *BMJ Open*, **11**, e047779.
- Spenkuch, J. L. (2012) Moral hazard and selection among the poor: evidence from a randomized experiment. *J. Health Econ*, **31**, 72–85.
- Strong, K., Mathers, C., Leeder, S. and Beaglehole, R. (2005) Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet*, **366**, 1578–1582.
- UNICEF (2022) URL: <https://www.unicef.org/documents/prevention-overweight-and-obesity-children-and-adolescents>.
- WHO (2016) Who recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.
- (2019) Global health estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. URL: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>.
- World Bank (2020) World development indicators. *DataBank*. URL: <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>.

6 | EXHIBICIONES

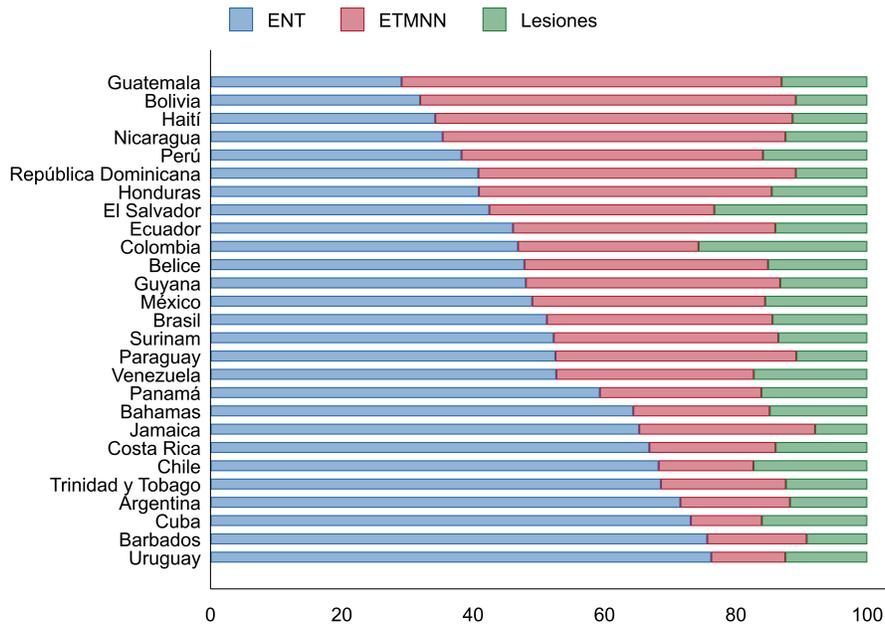


(a) 1990

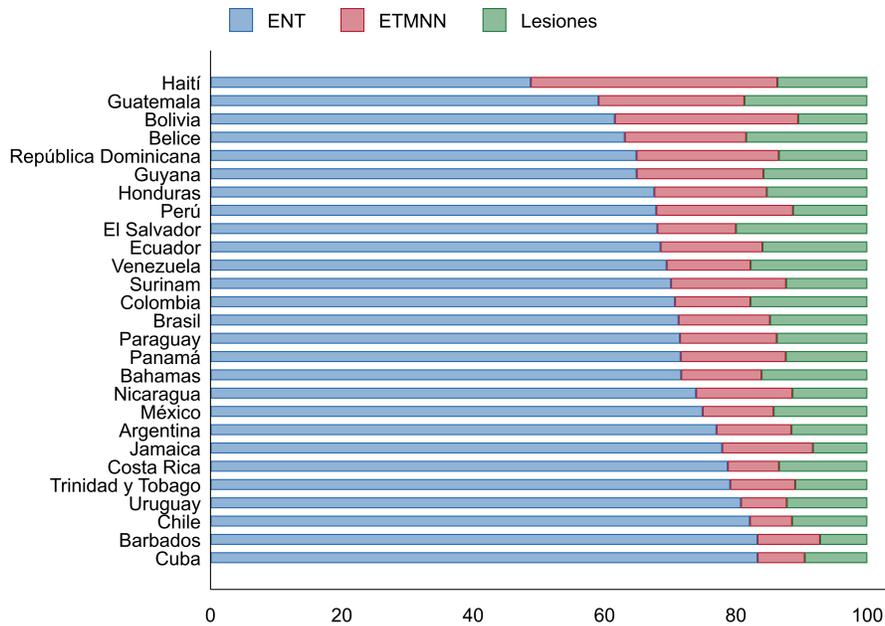


(b) 2019

FIGURA 1 AVADs por causa, regiones. Nota: AVADs, años de vida ajustados por discapacidad; ENTs, porcentaje de AVADs causados por enfermedades no transmisibles; ETMNN, porcentaje de AVADs causados por enfermedades transmisibles, maternas y neonatales; Lesiones, porcentaje de AVADs causadas por lesiones, incluyendo autolesiones y violencia interpersonal, lesiones de transporte y lesiones no intencionales. Datos del Estudio Global de Carga de Enfermedad - Intercambio Global de Datos de Salud (GHDx) para los años 1990 (Panel A) y 2019 (Panel B) para las regiones del Banco Mundial.

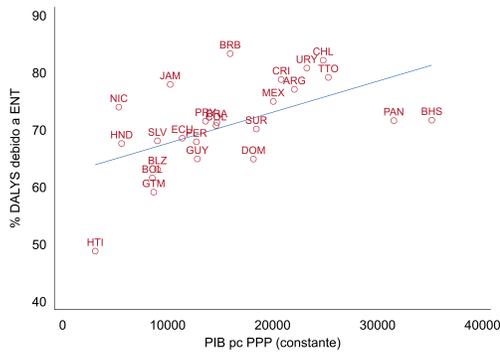


(a) 1990

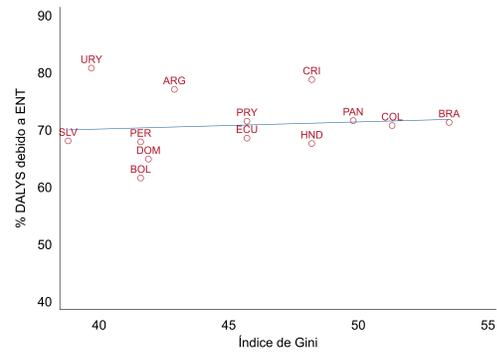


(b) 2019

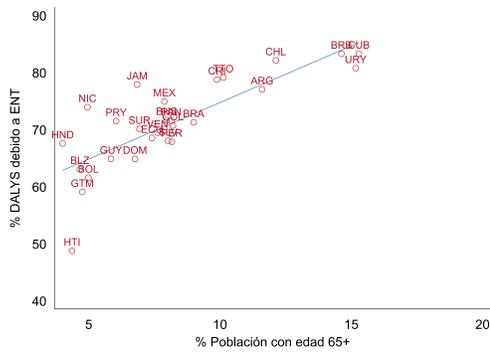
FIGURA 2 AVADs por causa, LatAm. Nota: AVADs, años de vida ajustados por discapacidad; ENTs, porcentaje de AVADs causados por enfermedades no transmisibles; ETMNN, porcentaje de AVADs causados por enfermedades transmisibles, maternas y neonatales; Lesiones, porcentaje de AVADs causadas por lesiones, incluyendo autolesiones y violencia interpersonal, lesiones de transporte y lesiones no intencionales. Datos del Estudio Global de Carga de Enfermedad - Intercambio Global de Datos de Salud (GHDx) para los años 1990 (Panel A) y 2019 (Panel B) para las regiones del Banco Mundial.



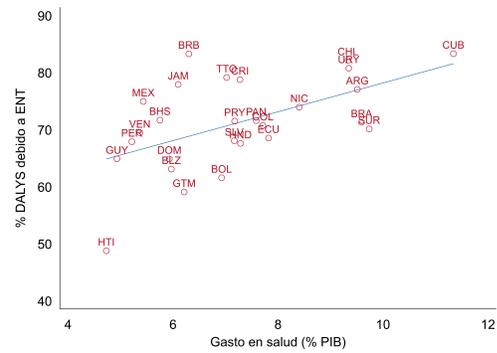
(a) ENT vs PIB pc



(b) ENT vs Gini

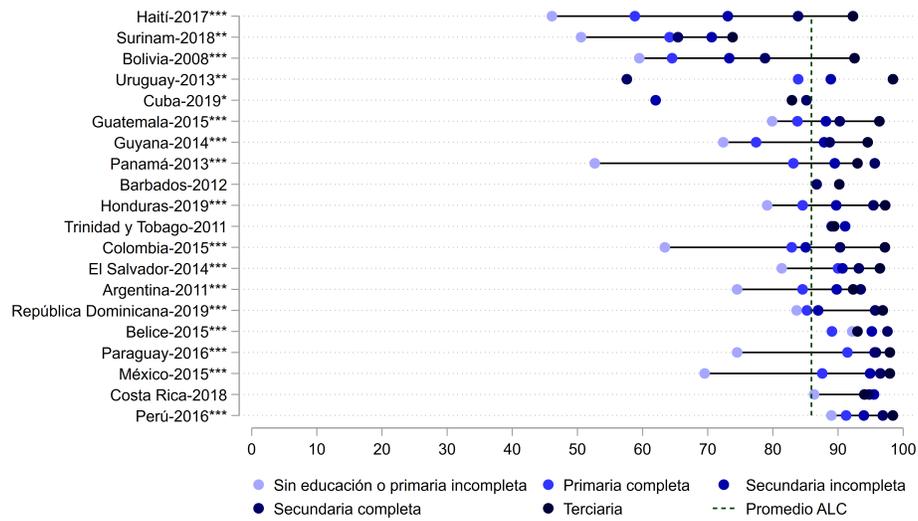


(c) ENT vs Población de personas mayores

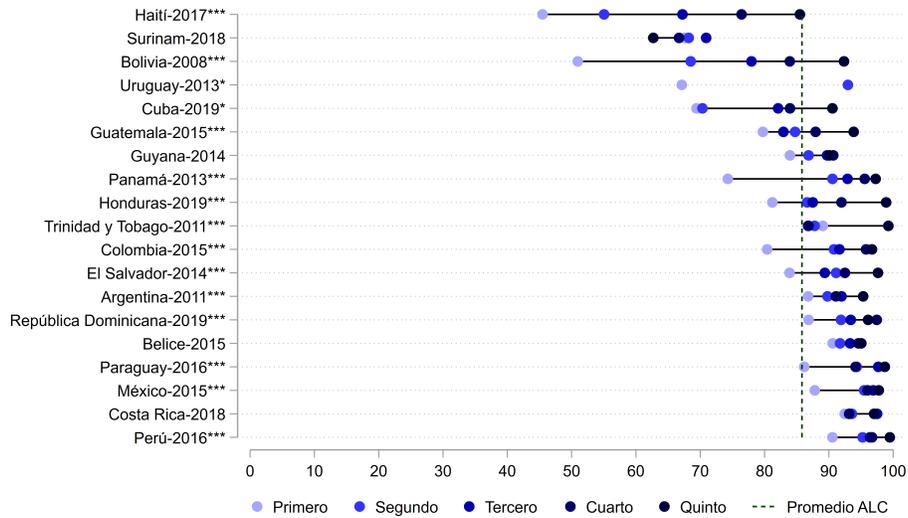


(d) ENT vs Gasto en salud

FIGURA 3 ENTs, PIB y población de personas mayores (2019). *Nota:* Datos del Estudio Global de Carga de Enfermedad - Intercambio Global de Datos de Salud (GHDx) para enfermedades no transmisibles y del Banco Mundial DataBank para los indicadores del país. ENT, porcentaje de AVADs causados por enfermedades no transmisibles; PIB pc, PIB per cápita PPC, Producto Interno Bruto per cápita en dólares internacionales constantes ajustados por paridad del poder adquisitivo; Gini, índice de Gini; Población de personas mayores, porcentaje de la población mayor de 65 años; Gasto en salud, gasto en atención médica como porcentaje del PIB.



(a) Educación



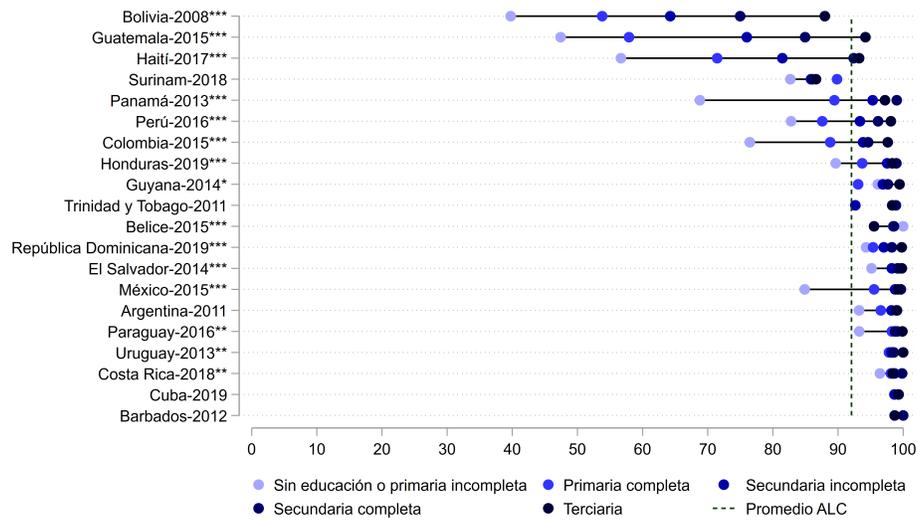
(b) Riqueza

FIGURA 4 Atención prenatal asistida (4+ visitas). *Nota:* Porcentaje de mujeres (de 12 a 49 años) que asistieron a al menos cuatro visitas de atención prenatal en su último embarazo. En el Panel A, el nivel educativo corresponde a las mujeres. Excluimos los grupos educativos con menos de 30 observaciones. En el Panel B, el quintil de riqueza corresponde al hogar de las mujeres. El promedio de LatAm se calcula con los países incluidos en el gráfico.

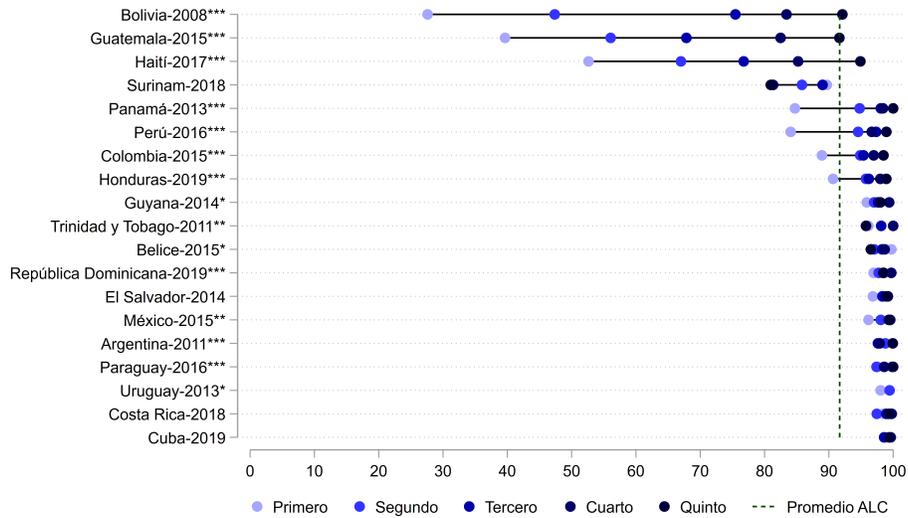
TABLA 1 Inequidades en la atención prenatal asistida (4+ visitas)

	Obs	Educación			Riqueza			Residencia	
		Promedio	Mayor	Menor	Mayor	Menor	Más pobre	Más rico	Urbano
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	
Argentina 2011-MICS	3327	90.55	92.90	0.89***	95.34	0.91***	90.55		
Barbados 2012-MICS	146	87.94					82.74	1.17***	
Belize 2015-MICS	916	92.78	95.12	0.95**	95.05	0.95	93.51	0.99	
Bolivia 2008-DHS	3515	72.05	84.54	0.71***	92.35	0.55***	82.23	0.73***	
Colombia 2015-DHS	4660	90.10	94.26	0.79***	96.71	0.83***	93.18	0.88***	
Costa Rica 2018-MICS	1286	94.36	94.36	0.98	97.04	0.95	94.85	0.98	
Cuba 2019-MICS	1870	79.26	83.84		90.56	0.77***	83.16	0.88**	
Dominican Republic 2019-MICS	3336	92.68	96.37	0.87***	96.10	0.90***	92.97	0.99	
Guatemala 2015-DHS	4964	84.87	92.43	0.88***	93.86	0.85***	87.44	0.95***	
Guyana 2014-MICS	1258	87.55	90.28	0.82**	90.10	0.93	87.70	1.00	
Haiti 2017-DHS	2639	63.00	89.03	0.56***	85.50	0.53***	74.05	0.77***	
Honduras 2019-MICS	3278	88.41	96.07	0.86***	98.91	0.82***	90.41	0.96***	
México 2015-MICS	3032	94.26	97.13	0.86***	97.76	0.90***	94.90	0.97*	
Panamá 2013-MICS	2278	87.87	94.30	0.75***	97.28	0.76***	93.31	0.85***	
Paraguay 2016-MICS	1803	93.59	97.01	0.87***	98.70	0.87***	95.28	0.95***	
Perú 2016-ENDES	8051	95.40	97.66	0.92***	99.48	0.91***	96.56	0.95***	
Salvador 2014-MICS	2832	90.17	94.14	0.90***	97.64	0.86***	91.83	0.96***	
Suriname 2018-MICS	1395	67.72	69.01	0.86**	62.70	1.08	63.95	1.12***	
Trinidad and Tobago 2011-MICS	410	89.06	89.16	0.95	99.25	0.90***	85.95	1.10***	
Uruguay 2013-MICS	433	76.77	71.28	1.12			75.73	1.19	
Promedio entre países		85.92	90.47	0.86	93.57	0.85	87.51	0.96	

Nota: Porcentaje de mujeres (de 12 a 49 años) que asistieron a al menos cuatro visitas de atención prenatal en su último embarazo. DHS, Encuestas Demográficas y de Salud; MICS, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados. 'Menor' corresponde a educación primaria completada o menos, pero sin educación secundaria, y 'Mayor' a educación secundaria completa o más. 'Más pobre' corresponde al primer quintil de la distribución de riqueza, y 'Más rico' al quintil más alto. La significancia estadística de las diferencias entre grupos se indica con * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$.



(a) Educación



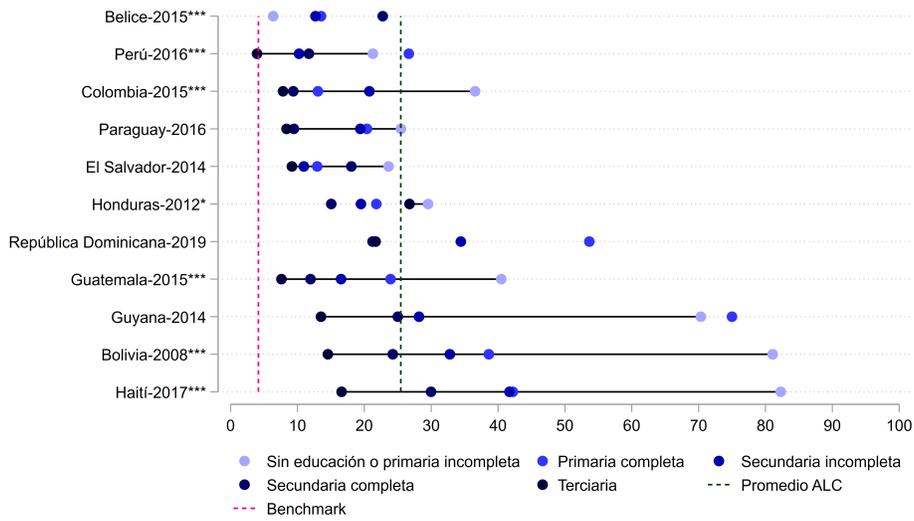
(b) Riqueza

FIGURA 5 Calidad de la atención prenatal. *Nota:* Porcentaje de mujeres (de 12 a 49 años) que recibieron todos los componentes de la atención prenatal (según los estándares de la OMS) en su último embarazo. La muestra se limita a mujeres que informaron embarazos ocurridos en los dos años previos a la encuesta. En el Panel A, el nivel educativo corresponde a las mujeres. Excluimos los grupos educativos con menos de 30 observaciones. En el Panel B, el quintil de riqueza corresponde al hogar de las mujeres. El promedio de LatAm se calcula con los países incluidos en el gráfico.

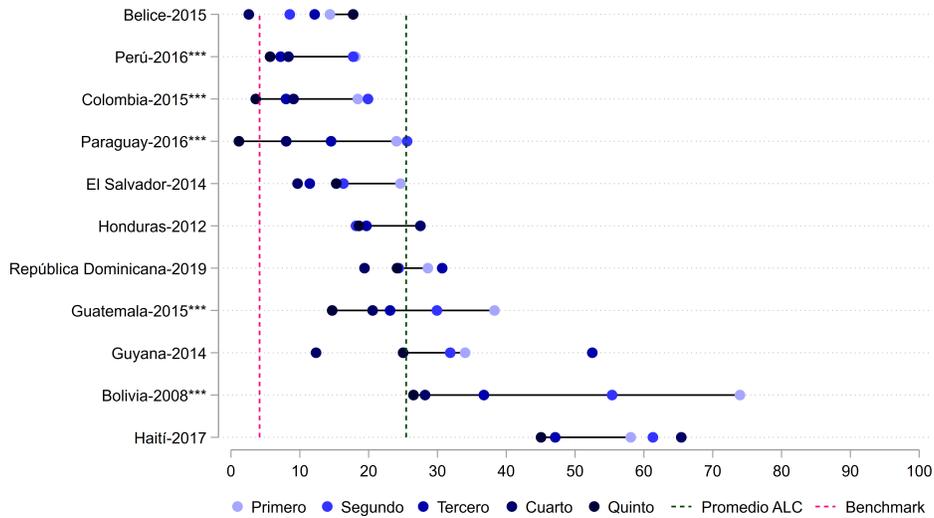
TABLA 2 Inequidades en la calidad de la atención prenatal

	Obs	Educación					Riqueza		Residencia	
		Promedio	Mayor	Menor	Más rico	Más pobre	Urbano	Rural		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)		
Argentina 2011-MICS	3327	98.32	99.01	0.97**	99.94	0.98***	98.32	1.01		
Barbados 2012-MICS	146	99.32	96.93	1.02	96.53	1.03*	98.92	1.00		
Belize 2015-MICS	916	98.13	80.41	0.52***	92.11	0.30***	97.94	0.44***		
Bolivia 2008-DHS	3515	60.92	96.35	0.87***	98.50	0.90***	81.60	0.94***		
Colombia 2015-DHS	4660	94.40	98.98	0.99	99.34	0.99	95.94	1.01		
Costa Rica 2018-MICS	1286	98.67	99.15	99.27	99.42	0.99	98.46	0.99		
Cuba 2019-MICS	1870	99.15	99.13	0.95***	98.46	0.98***	99.35	1.00		
Dominican Republic 2019-MICS	3336	98.20	88.23	0.58***	91.64	0.43***	98.32	0.69***		
Guatemala 2015-DHS	4962	63.58	98.13	0.97	98.01	0.98**	79.42	0.98**		
Guyana 2014-MICS	1258	97.28	92.92	0.65***	94.90	0.55***	98.87	0.80***		
Haiti 2017-DHS	2639	72.32	98.74	0.93***	98.93	0.92***	83.08	0.80***		
Honduras 2019-MICS	3278	95.59	99.46	0.93***	99.52	0.97***	97.17	0.97***		
Mexico 2015-MICS	3032	98.27	99.10	0.83***	100.00	0.85***	98.67	0.98**		
Panamá 2013-MICS	2278	93.69	99.39	0.97	100.00	0.98***	97.38	0.90***		
Paraguay 2016-MICS	1803	98.53	97.15	0.88***	98.95	0.85***	98.54	1.00		
Peru 2016-ENDES	8072	93.92	99.34	0.97***	99.18	0.98*	96.46	0.90***		
Salvador 2014-MICS	2832	98.20	86.31	1.01	80.97	1.11	98.44	0.99		
Suriname 2018-MICS	1395	86.29	98.69	0.97	95.77	1.00**	83.06	1.09***		
Trinidad and Tobago 2011-MICS	410	97.98	99.04	0.98	96.79	0.89	97.83	1.00		
Uruguay 2013-MICS	433	98.56	96.08	0.89	96.79	0.89	98.72	0.98		
Promedio entre países		92.07					94.83	0.94		

Nota: Porcentaje de mujeres (de 12 a 49 años) que recibieron todos los componentes de la atención prenatal (según los estándares de la OMS) en su último embarazo. DHS, Encuestas Demográficas y de Salud; MICS, Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados. 'Menor' corresponde a educación primaria completada o menos, pero sin educación secundaria, y 'Mayor' a educación secundaria completa o más. 'Más pobre' corresponde al primer quintil de la distribución de riqueza, y 'Más rico' al quintil más alto. La significancia estadística de las diferencias entre grupos se indica con * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$.



(a) Educación (mayor)



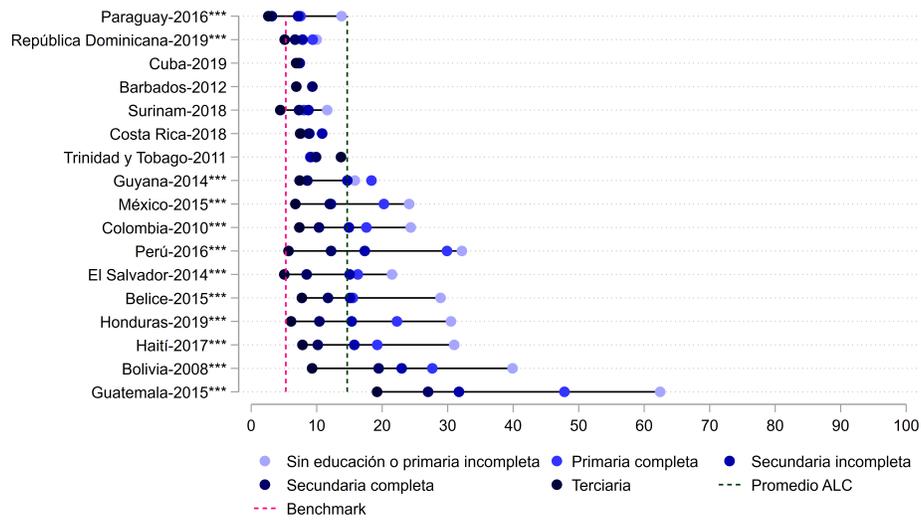
(b) Riqueza

FIGURA 6 Mortalidad infantil. *Nota:* Porcentaje de niños (nacidos durante los cinco años anteriores a la encuesta) que no sobrevivieron su primer año, multiplicado por 1,000. En el Panel A, el logro educativo corresponde al nivel educativo más alto alcanzado por la madre o el padre. Excluimos los grupos educativos con menos de 30 observaciones. En el Panel B, el quintil de riqueza corresponde al hogar del lactante. El punto de referencia corresponde al promedio de 37 países de la OCDE. El promedio de LatAm se calcula con los países incluidos en el gráfico.

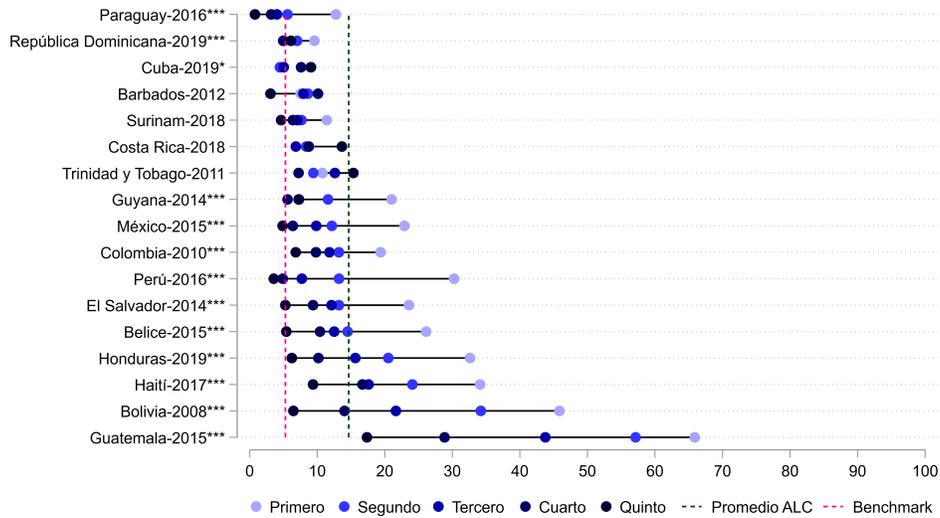
TABLA 3 Inequidades en mortalidad infantil

	Obs	Educación					Riqueza			Residencia		Sexo	
		Promedio	Mayor	Menor	Menor	Mayor	Más pobre	Más rico	Urbano	Rural		Masculino	Femenino
										Urbano	Urbano		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)				
Belize 2015-MICS	2559	10.83	11.11	0.92	17.75	0.81	9.08	1.32	11.80	0.83			
Bolivia 2008-DHS	8748	47.42	19.97	3.75***	26.52	2.79***	34.04	1.85***	52.30	0.81*			
Colombia 2015-DHS	11849	13.35	8.53	2.84***	3.60	5.13***	11.84	1.44	15.04	0.77			
Dominican Republic 2019-MICS	8442	25.67	21.51	1.28	24.13	1.19	26.78	0.83	22.04	1.33			
Guatemala 2015-DHS	12642	27.12	10.33	3.38***	14.70	2.60***	23.41	1.25	29.55	0.83			
Guyana 2014-MICS	3165	32.81	22.15	3.25	25.01	1.36	7.87	5.12***	35.10	0.87			
Haiti 2017-DHS	6591	56.01	21.58	3.35***	45.05	1.29	57.15	0.97	56.26	0.99			
Honduras 2012-DHS	11064	22.75	18.98	1.33	18.60	1.48	24.04	0.90	23.72	0.91			
Paraguay 2016-MICS	4445	16.00	8.83	2.60*	1.15	20.84***	15.99	1.00	16.11	0.99			
Peru 2016-ENDES	17894	12.00	7.72	3.09***	5.68	3.18***	10.23	1.65**	12.84	0.86			
Salvador 2014-MICS	7191	16.04	15.14	1.37	15.29	1.61	14.00	1.34	17.06	0.88			
Promedio entre países		25.45	15.08	2.46	17.95	1.82	21.31	1.33	26.53	0.92			

Nota: Porcentaje de niños (nacidos durante los cinco años anteriores a la encuesta) que no sobrevivieron su primer año, multiplicado por 1,000. DHS, Encuestas Demográficas y de Salud; MICS, Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados. 'Menor' corresponde a educación primaria completada o menos, pero sin educación secundaria, y 'Mayor' a educación secundaria completa o más. 'Más pobre' corresponde al primer quintil de la distribución de riqueza, y 'Más rico' al quintil más alto. La significancia estadística de las diferencias entre grupos se indica con * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$.



(a) Educación (mayor)



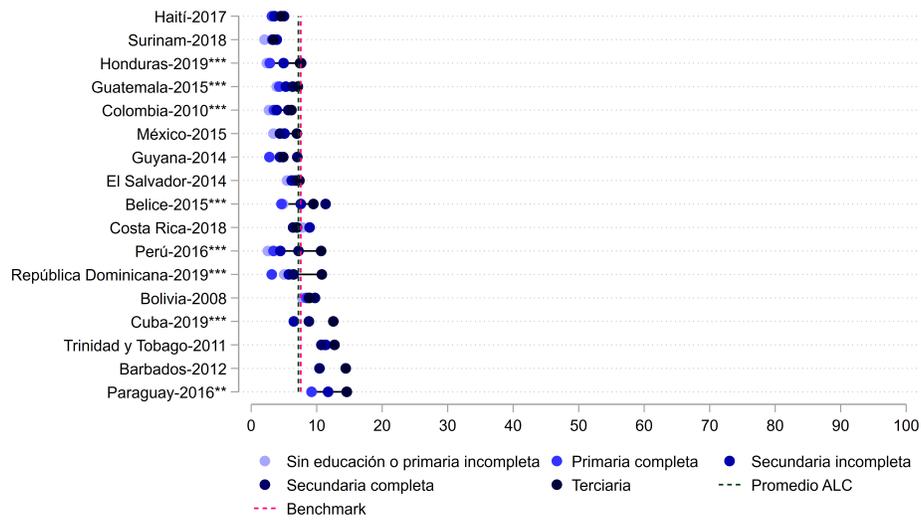
(b) Riqueza

FIGURA 7 Retraso en el crecimiento. *Nota:* Porcentaje de niños menores de cinco años cuya altura para la edad se encuentra por debajo de -2 unidades de desviación estándar de la mediana del grupo de referencia de la OMS. En el Panel A, el logro educativo corresponde al nivel educativo más alto alcanzado por la madre o el padre. Excluimos los grupos educativos con menos de 30 observaciones. En el Panel B, el quintil de riqueza corresponde al hogar del niño. El punto de referencia corresponde al promedio de 14 países de la OCDE. El promedio de LatAm se calcula con los países incluidos en el gráfico.

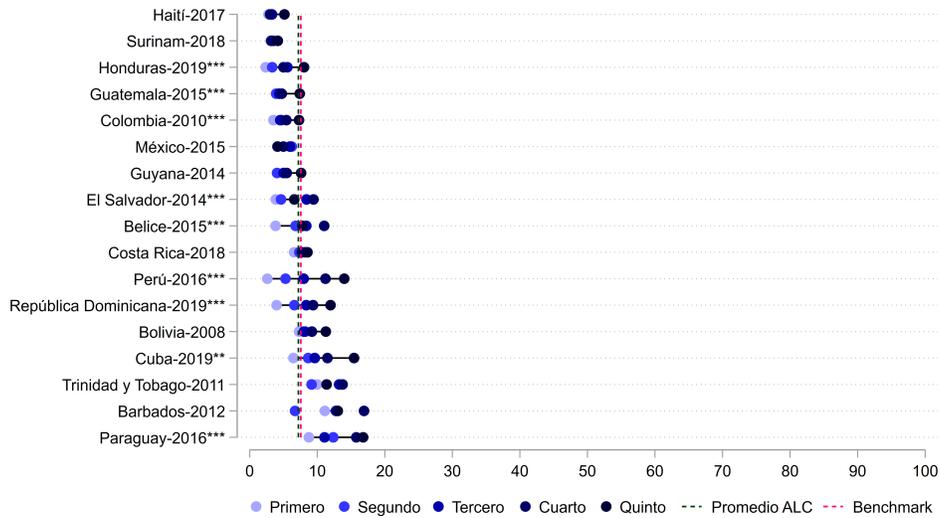
T A B L A 4 Inequidades en el retraso del crecimiento

Obs	Educación					Riqueza			Residencia		Sexo	
	Promedio	Mayor	Menor	Más rico	Más pobre	Urbano	Rural	Masculino	Femenino	(10)	(9)	(10)
	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(9)	(10)	
Barbados 2012-MICS	7.71	9.60	2.09***	3.08	2.45	7.98	0.91	8.88	0.72	8.88	0.72	
Belize 2015-MICS	14.96	9.60	2.09***	5.43	4.82***	10.58	1.67***	16.15	0.85	16.15	0.85	
Bolivia 2008-DHS	27.06	15.03	2.53***	6.47	7.09***	17.22	2.24***	27.93	0.94	27.93	0.94	
Colombia 2010-DHS	13.19	9.16	2.26***	6.81	2.84***	11.63	1.46***	14.22	0.85***	14.22	0.85***	
Costa Rica 2018-MICS	8.98	8.00	1.07	13.65	0.64	10.35	0.58**	10.19	0.75	10.19	0.75	
Cuba 2019-MICS	7.11	7.00	1.86	9.08	0.99*	6.75	1.15	7.69	0.85	7.69	0.85	
Dominican Republic 2019-MICS	6.72	5.79	1.71***	6.11	1.57***	6.44	1.16	7.52	0.78**	7.52	0.78**	
Guatemala 2015-DHS	46.49	24.14	2.38***	17.36	3.80***	34.59	1.53***	47.10	0.97	47.10	0.97	
Guyana 2014-MICS	12.04	8.25	2.04***	7.24	2.90***	9.79	1.30	13.28	0.81*	13.28	0.81*	
Haiti 2017-DHS	21.95	8.75	3.19***	9.37	3.64***	17.95	1.33***	24.03	0.83***	24.03	0.83***	
Honduras 2019-MICS	18.71	8.90	2.88***	6.24	5.23***	11.99	1.94***	19.21	0.95	19.21	0.95	
Mexico 2015-MICS	12.38	9.70	2.20***	4.87	4.70***	10.18	1.86***	12.97	0.91	12.97	0.91	
Paraguay 2016-MICS	5.94	2.85	3.64***	0.78	16.38***	4.39	1.87***	6.93	0.71**	6.93	0.71**	
Peru 2016-ENDES	13.22	8.68	3.56***	3.56	8.49***	7.95	3.33***	14.09	0.87***	14.09	0.87***	
Salvador 2014-MICS	13.65	7.51	2.63***	5.28	4.47***	11.41	1.46***	15.27	0.79***	15.27	0.79***	
Suriname 2018-MICS	8.26	6.03	1.58	4.65	2.45**	8.38	0.75	10.05	0.64***	10.05	0.64***	
Trinidad and Tobago 2011-MICS	10.88	11.17	0.87	15.35	0.70	10.34	1.12	13.80	0.59***	13.80	0.59***	
Promedio entre países	14.66	9.41	2.26	7.37	3.12	11.64	1.53	15.84	0.85	15.84	0.85	

Nota: Porcentaje de niños menores de cinco años cuya altura para la edad se encuentra por debajo de -2 unidades de desviación estándar de la mediana del grupo de referencia de la OMS. DHS, Encuestas Demográficas y de Salud; MICS, Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados. 'Menor' corresponde a educación primaria completada o menos, pero sin educación secundaria, y 'Mayor' a educación secundaria completa o más. 'Más pobre' corresponde al primer quintil de la distribución de riqueza, y 'Más rico' al quintil más alto. La significancia estadística de las diferencias entre grupos se indica con * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$.



(a) Educación (mayor)



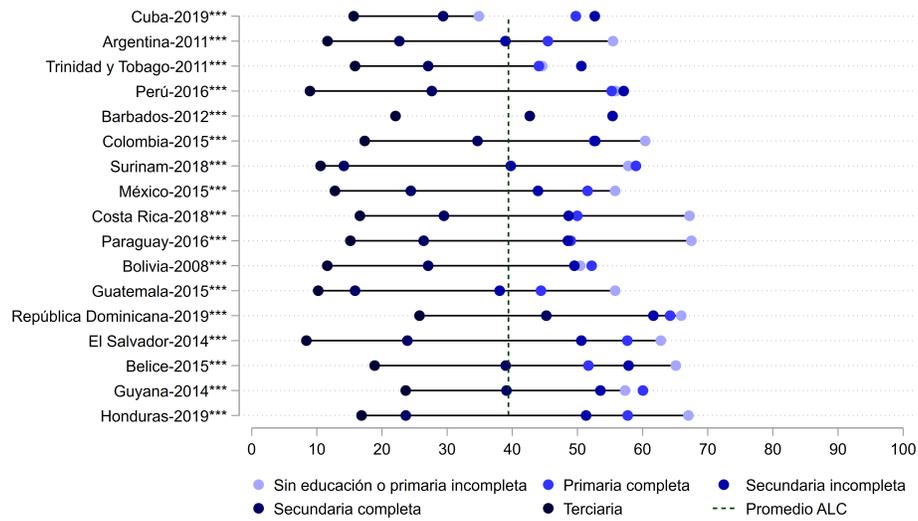
(b) Riqueza

FIGURA 8 Sobrepeso infantil. Nota: Porcentaje de niños menores de cinco años cuyo peso para la altura se encuentra por encima de +2 unidades de desviación estándar de la mediana del grupo de referencia de la OMS. En el Panel A, el logro educativo corresponde al nivel educativo más alto alcanzado por la madre o el padre. Excluimos los grupos educativos con menos de 30 observaciones. En el Panel B, el quintil de riqueza corresponde al hogar del niño. El punto de referencia corresponde al promedio de 15 países de la OCDE. El promedio de LatAm se calcula con los países incluidos en el gráfico.

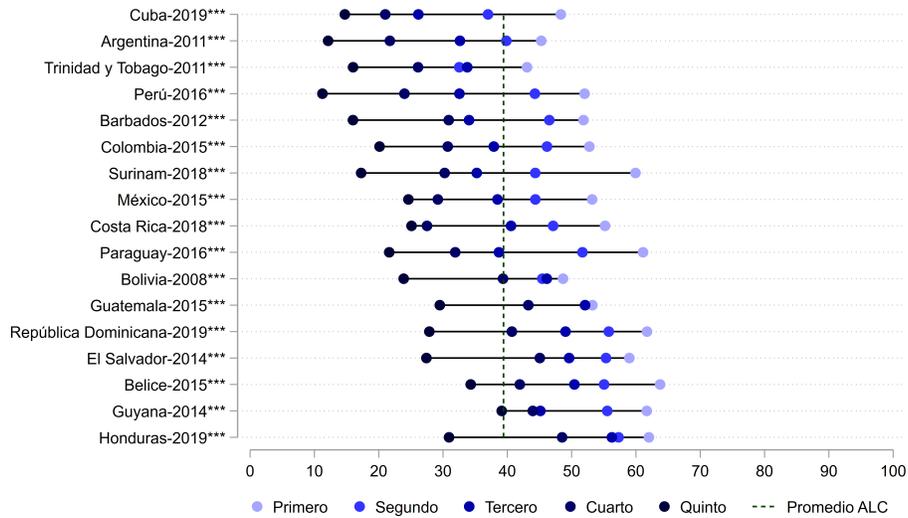
TABLA 5 Inequidades en el sobrepeso para los niños

Obs	Educación			Riqueza			Residencia			Sexo	
	Promedio	Mayor	Menor	Más rico	Más rico	Menor	Más pobre	Urbano	Rural	Masculino	Femenino
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
Barbados 2012-MICS	12.21			13.04	0.85	11.37	1.21	11.30	1.17		
Belize 2015-MICS	7.30	10.37	0.45***	7.81	0.49***	10.64	0.49***	8.03	0.81		
Bolivia 2008-DHS	8.53	9.38	0.84	11.27	0.65*	8.78	0.94	9.08	0.88		
Colombia 2010-DHS	4.76	5.86	0.53***	7.30	0.48***	5.05	0.80**	5.30	0.79***		
Costa Rica 2018-MICS	7.51	6.75	1.07	8.55	0.77	7.75	0.90	8.13	0.84		
Cuba 2019-MICS	10.30	11.02	1.27**	15.45	0.42**	11.11	0.80	11.82	0.74*		
Dominican Republic 2019-MICS	7.67	8.94	0.52***	11.96	0.33***	8.01	0.84	8.22	0.87		
Guatemala 2015-DHS	4.71	6.61	0.61***	7.41	0.58***	5.24	0.84*	4.81	0.96		
Guyana 2014-MICS	5.25	6.44	0.63*	7.61	0.67	6.52	0.74	5.69	0.84		
Haiti 2017-DHS	3.37	4.71	0.71	5.14	0.54	3.55	0.93	3.96	0.70**		
Honduras 2019-MICS	4.48	7.57	0.35***	8.04	0.29***	5.85	0.61***	4.42	1.02		
México 2015-MICS	5.20	5.52	0.83	4.13	0.99	5.28	0.94	5.05	1.06		
Paraguay 2016-MICS	12.44	14.59	0.63***	16.79	0.52***	13.53	0.80**	12.96	0.92		
Peru 2016-ENDES	7.53	9.09	0.33***	13.99	0.19***	9.26	0.34***	8.56	0.75***		
Salvador 2014-MICS	6.38	7.00	0.83	6.60	0.58***	6.99	0.80*	6.19	1.06		
Suriname 2018-MICS	3.54	3.39	0.80	4.15	0.74	3.04	1.74*	3.27	1.16		
Trinidad and Tobago 2011-MICS	11.37	11.39	1.00	11.38	0.88	11.68	0.94	13.04	0.75		
Promedio entre países	7.21	8.04	0.72	9.45	0.56	7.86	0.83	7.64	0.89		

Nota: Porcentaje de niños menores de cinco años cuyo peso para la altura se encuentra por encima de +2 unidades de desviación estándar de la mediana del grupo de referencia de la OMS. DHS, Encuestas Demográficas y de Salud; MICS, Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados. 'Menor' corresponde a educación primaria completada o menos, pero sin educación secundaria, y 'Mayor' a educación secundaria completa o más. 'Más pobre' corresponde al primer quintil de la distribución de riqueza, y 'Más rico' al quintil más alto. La significancia estadística de las diferencias entre grupos se indica con * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$.

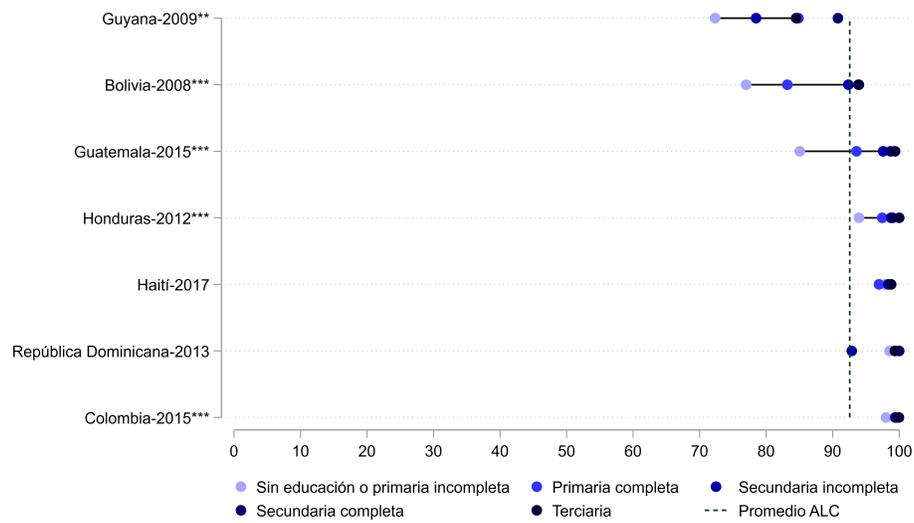


(a) Educación

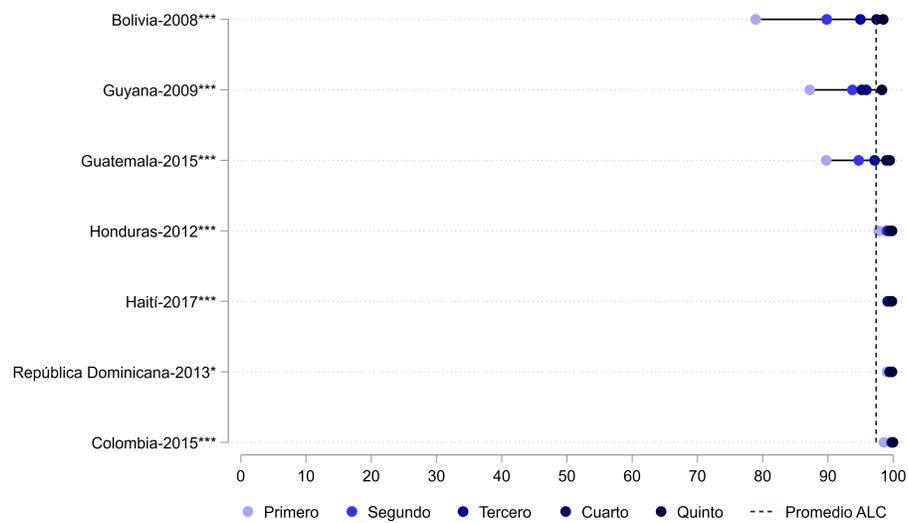


(b) Riqueza

FIGURA 9 Embarazo adolescente. *Nota:* Porcentaje de mujeres (de 25 a 49 años) que tuvieron su primer hijo cuando eran adolescentes. En el Panel A, el nivel educativo corresponde a la mujer. Excluimos los grupos educativos con menos de 30 observaciones. En el Panel B, el quintil de riqueza corresponde al hogar de las mujeres. La muestra se limita a mujeres mayores de 25 años, cuando suele finalizar la etapa educativa típica. El promedio de LatAm se calcula con los países incluidos en el gráfico.



(a) Educación (Mayor)



(b) Riqueza

FIGURA 10 Conocimiento de métodos anticonceptivos ocultos entre adolescentes. *Nota:* Nota. Porcentaje de mujeres (de 15 a 17 años) que conocen los métodos: píldora, DIU, inyecciones e implantes. En el Panel A, el nivel educativo corresponde al nivel educativo más alto alcanzado por la madre o el padre (solo disponible para adolescentes de hasta 17 años). Excluimos los grupos educativos con menos de 30 observaciones. En el Panel B, el quintil de riqueza corresponde al hogar de la adolescente. El promedio de LatAm se calcula con los países incluidos en el gráfico.

TABLA 6 Inequidades en el embarazo adolescente

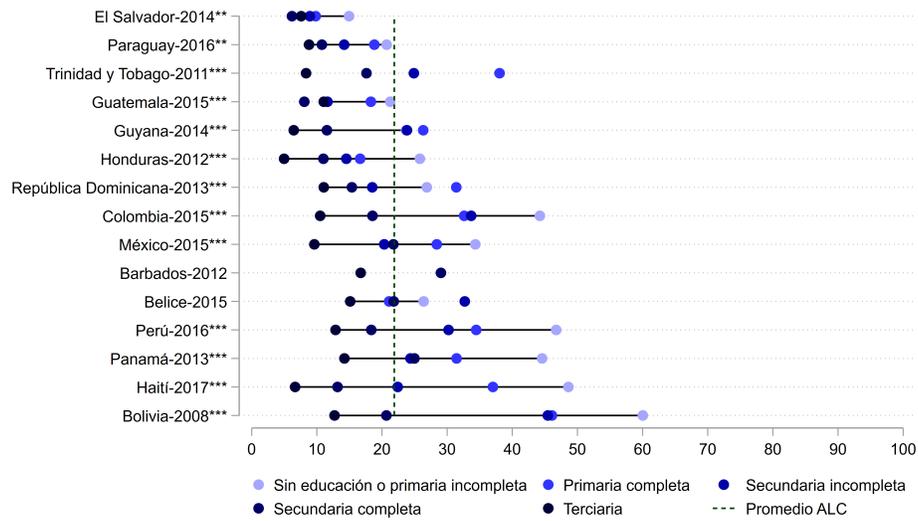
	Obs	Educación			Riqueza			Residencia		
		Promedio	Mayor	Menor Mayor	Más rico	Más pobre Más rico	Urbano	Rural Urbano		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)		
Argentina 2011-MICS	12592	29.60	16.42	2.90***	12.13	3.73***	29.60			
Barbados 2012-MICS	886	34.74	32.10	1.68***	15.99	3.24***	34.52	1.02		
Belize 2015-MICS	2496	48.17	28.61	2.03***	34.30	1.86***	46.30	1.07		
Bolivia 2008-DHS	10046	39.57	18.57	2.72***	23.89	2.04***	35.77	1.30***		
Colombia 2015-DHS	22467	36.30	24.42	2.32***	20.13	2.62***	33.09	1.50***		
Costa Rica 2018-MICS	4468	39.32	21.14	2.61***	25.10	2.20***	37.32	1.19***		
Cuba 2019-MICS	6017	29.47	21.80	2.11***	14.73	3.28***	24.19	1.58***		
Dominican Republic 2019-MICS	13147	46.13	33.19	1.98***	27.87	2.21***	43.33	1.27***		
Guatemala 2015-DHS	14453	44.90	13.19	4.04***	29.50	1.80***	38.80	1.30***		
Guyana 2014-MICS	2777	48.30	34.44	1.69***	39.13	1.58***	42.58	1.18**		
Honduras 2019-MICS	10574	50.61	20.64	3.02***	30.94	2.00***	44.72	1.25***		
México 2015-MICS	7059	37.78	17.79	3.00***	24.62	2.16***	34.89	1.37***		
Paraguay 2016-MICS	4058	39.46	19.39	2.97***	21.64	2.82***	35.92	1.29***		
Peru 2016-ENDES	21594	31.40	16.69	3.33***	11.25	4.63***	26.96	1.81***		
Salvador 2014-MICS	7194	46.85	18.03	3.42***	27.42	2.15***	42.71	1.28***		
Suriname 2018-MICS	5096	37.21	12.37	4.73***	17.27	3.47***	33.35	1.28***		
Trinidad and Tobago 2011-MICS	2134	30.21	23.69	1.86***	16.01	2.69***	28.52	1.13*		
Promedio entre países		39.41	21.91	2.52	23.05	2.38	36.03	1.30		

Nota: Porcentaje de mujeres (de 25 a 49 años) que tuvieron su primer hijo cuando eran adolescentes. DHS, Encuestas Demográficas y de Salud; MICS, Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados. 'Menor' corresponde a educación primaria completada o menos, pero sin educación secundaria, y 'Mayor' a educación secundaria completa o más. 'Más pobre' corresponde al primer quintil de la distribución de riqueza, y 'Más rico' al quintil más alto. La significancia estadística de las diferencias entre grupos se indica con * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$. La muestra se limita a mujeres mayores de 25 años, cuando suele finalizar la etapa educativa típica.

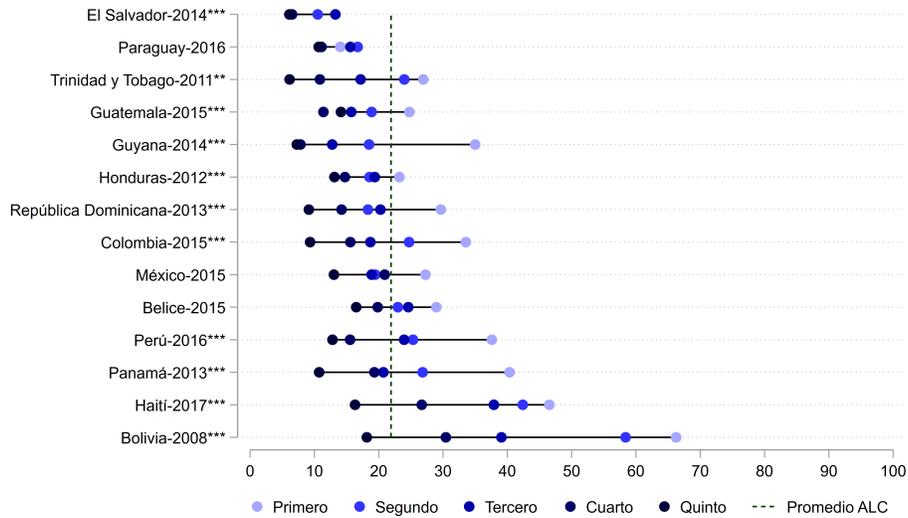
TABLA 7 Inequidades en el conocimiento de anticonceptivos ocultos entre adolescentes

	Educación					Riqueza		Residencia	
	Obs	Promedio	Mayor	Menor	Mayor	Más rico	Más pobre	Urbano	Rural
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Bolivia 2008-DHS	2181	84.26	93.91	0.83***	94.34	0.64***	92.23	0.76***	
Colombia 2015-DHS	4107	99.13	99.71	0.99**	99.70	0.98***	99.64	0.98***	
Dominican Republic 2013-DHS	1098	98.39	99.59	0.99	99.77	0.99*	98.63	0.99	
Guatemala 2015-DHS	3594	90.07	98.98	0.88***	97.22	0.77***	94.12	0.93***	
Guyana 2009-DHS	620	81.79	89.32	0.87	92.00	0.84**	87.53	0.90**	
Haiti 2017-DHS	2084	97.35	99.26	0.98	97.11	0.99**	97.82	0.99	
Honduras 2012-DHS	3253	96.99	99.40	0.96***	99.48	0.94***	98.94	0.96***	
Promedio entre países		92.57	97.17	0.93	97.09	0.88	95.56	0.93	

Nota: Porcentaje de mujeres (de 15 a 17 años) que conocen los métodos: píldora, DIU, inyecciones e implantes. DHS, Encuestas Demográficas y de Salud; MICS, Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados. 'Menor' corresponde a educación primaria completada o menos, pero sin educación secundaria, y 'Mayor' a educación secundaria completa o más. 'Más pobre' corresponde al primer quintil de la distribución de riqueza, y 'Más rico' al quintil más alto. La significancia estadística de las diferencias entre grupos se indica con * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$



(a) Educación



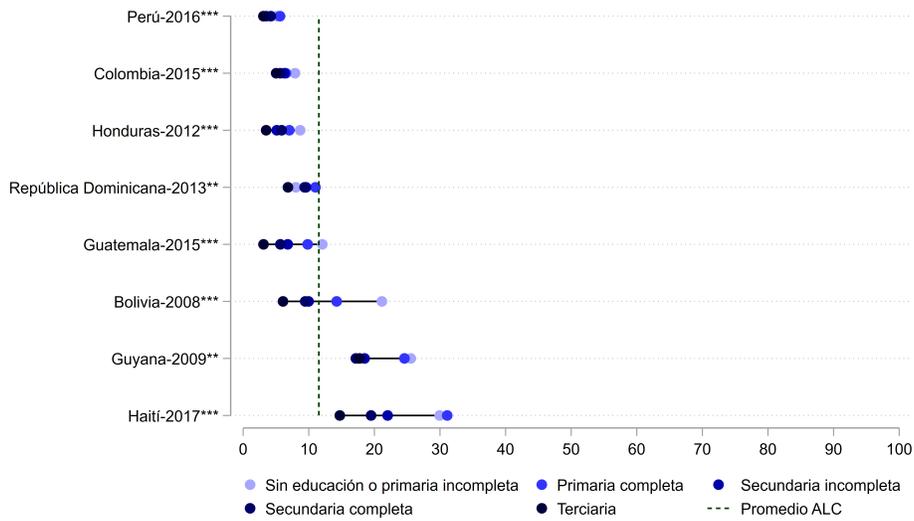
(b) Riqueza

FIGURA 11 Embarazo no deseado. Nota: Nota. Porcentaje de mujeres (de 25 a 49 años) que no deseaban su último embarazo. En el Panel A, el nivel educativo corresponde a la mujer. Excluimos los grupos educativos con menos de 30 observaciones. En el Panel B, el quintil de riqueza corresponde al hogar de las mujeres. La muestra se limita a mujeres mayores de 25 años, cuando suele finalizar la etapa educativa típica. El promedio de América Latina y el Caribe se calcula con los países incluidos en el gráfico.

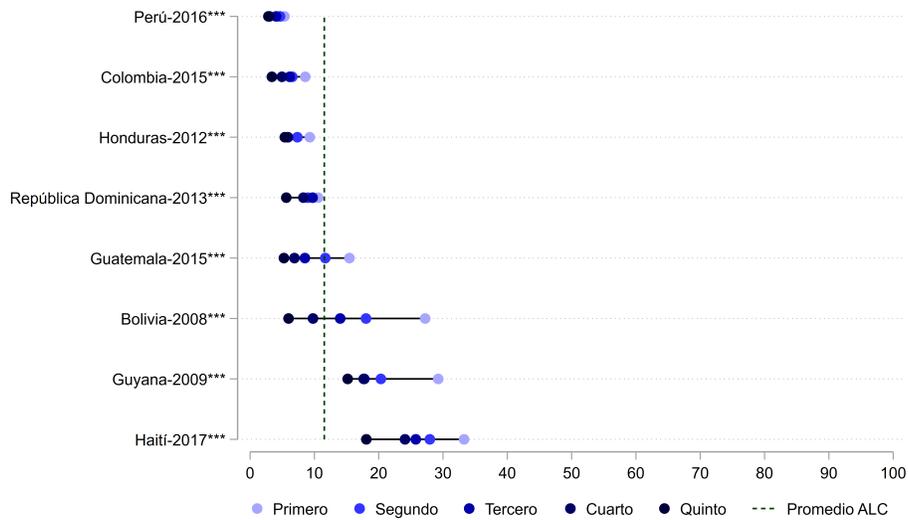
TABLA 8 Inequidades en el embarazo no deseado

	Obs	Promedio	Educación		Riqueza		Residencia	
			Mayor	Menor Mayor	Más rico	Más pobre Más rico	Urbano	Rural Urbano
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Barbados 2012-MICS	132	21.44					22.64	0.85
Belize 2015-MICS	639	22.67	18.15	1.31	16.50	1.76	22.28	1.03
Bolivia 2008-DHS	2769	45.31	16.87	3.50***	18.16	3.65***	33.13	1.82***
Colombia 2015-DHS	2975	20.38	13.32	2.92***	9.33	3.60***	17.73	1.67***
Dominican Republic 2013-DHS	964	18.63	12.71	2.21***	9.14	3.25***	18.51	1.03
Guatemala 2015-DHS	3451	17.84	9.29	2.22***	14.13	1.75***	15.75	1.21**
Guyana 2014-MICS	893	18.01	9.70	2.52***	7.27	4.82***	13.55	1.44*
Haiti 2017-DHS	2231	35.42	9.07	5.13***	16.32	2.85***	26.46	1.52***
Honduras 2012-DHS	3024	18.10	8.74	2.49***	13.12	1.77***	17.06	1.12
Mexico 2015-MICS	1870	20.52	15.20	1.98**	13.03	2.09	20.48	1.01
Panama 2013-MICS	1546	25.60	18.62	2.05***	10.74	3.76***	22.20	1.42**
Paraguay 2016-MICS	1286	13.62	9.59	2.06***	10.66	1.32	13.79	0.97
Peru 2016-ENDES	6323	22.97	15.23	2.70***	12.81	2.93***	19.93	1.67***
Salvador 2014-MICS	1788	10.04	6.77	2.02***	6.11	2.17**	10.24	0.95
Trinidad and Tobago 2011-MICS	339	17.73	14.43	2.18*	6.14	4.39***	18.31	0.92
Average across countries		21.88	12.69	2.46	11.67	2.74	19.47	1.28

Nota: Porcentaje de mujeres (de 25 a 49 años) que no deseaban su último embarazo. DHS, Encuestas Demográficas y de Salud; MICS, Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados. 'Menor' corresponde a educación primaria completada o menos, pero sin educación secundaria, y 'Mayor' a educación secundaria completa o más. 'Más pobre' corresponde al primer quintil de la distribución de riqueza, y 'Más rico' al quintil más alto. La muestra se limita a mujeres mayores de 25 años, cuando suele finalizar la etapa educativa típica. La significancia estadística de las diferencias entre grupos se indica con * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$



(a) Educación



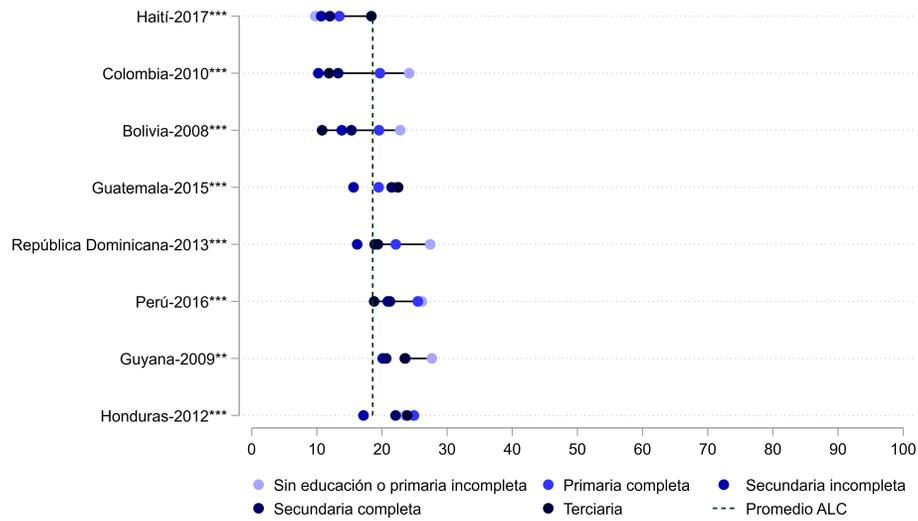
(b) Riqueza

FIGURA 12 Necesidad insatisfecha de anticonceptivos. *Nota:* Nota. Porcentaje de mujeres (de 15 a 49 años) casadas o en unión consensuada con necesidad insatisfecha de anticonceptivos. En el Panel A, el nivel educativo corresponde a la mujer. Excluimos grupos educativos con menos de 30 observaciones. En el Panel B, el quintil de riqueza corresponde al hogar de las mujeres. Promedio de LatAm calculado con los países incluidos en el gráfico.

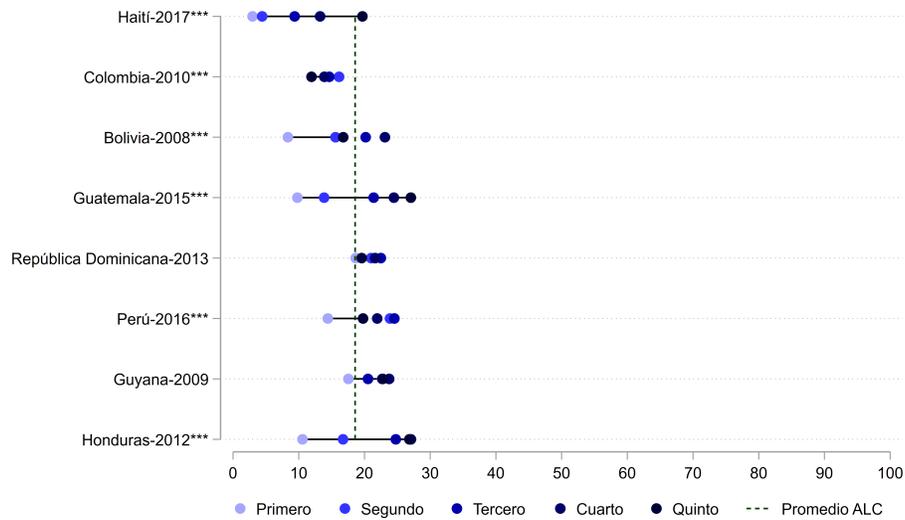
TABLA 9 Inequidades en necesidad insatisfecha

	Obs	Promedio	Educación		Riqueza		Residencia	
			Mayor	Menor Mayor	Más rico	Más pobre Más rico	Urbano	Rural Urbano
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Bolivia 2008-DHS	16939	13.85	7.77	2.59***	5.98	4.55***	10.23	2.04***
Colombia 2015-DHS	35979	5.84	5.28	1.37***	3.39	2.53***	5.39	1.40***
Dominican Republic 2013-DHS	9372	8.51	7.82	1.12	5.63	1.88***	8.80	0.87
Guatemala 2015-DHS	25914	9.24	4.61	2.48***	5.26	2.94***	6.70	1.69***
Guyana 2009-DHS	4996	19.43	17.30	1.46***	15.18	1.93***	16.62	1.24***
Haiti 2017-DHS	14371	24.94	16.46	1.83***	18.08	1.84***	21.51	1.30***
Honduras 2012-DHS	22757	6.57	4.96	1.58***	5.40	1.72***	5.62	1.37***
Peru 2016-ENDES	33135	3.90	3.57	1.49***	2.85	1.88***	3.64	1.36***
Promedio entre países		11.54	8.47	1.71	7.72	2.25	9.81	1.38

Nota: Porcentaje de mujeres (de 15 a 49 años) casadas o en unión consensuada con necesidad insatisfecha de anticonceptivos. DHS, Encuestas Demográficas y de Salud; MICS, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados. 'Menor' corresponde a educación primaria completada o menos, pero sin educación secundaria, y 'Mayor' a educación secundaria completa o más. 'Más pobre' corresponde al primer quintil de la distribución de riqueza, y 'Más rico' al quintil más alto. La muestra se limita a mujeres mayores de 25 años, cuando suele haber finalizado la etapa educativa típica. La significancia estadística de la diferencia entre los grupos se indica con * $p < 0,1$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$.



(a) Educación



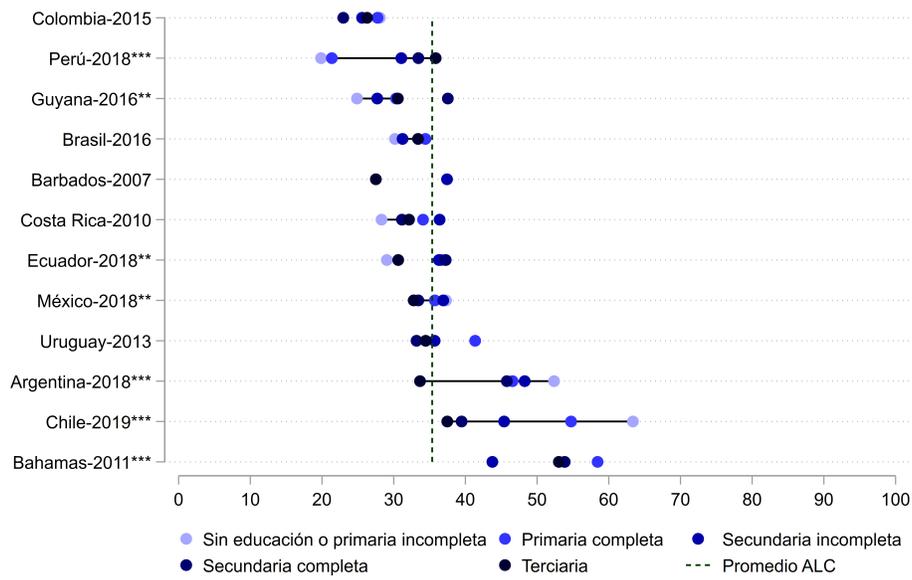
(b) Riqueza

FIGURA 13 Obesidad en mujeres. *Nota:* Porcentaje de mujeres (de 12 a 49 años) cuyo IMC es igual o superior a 30. En el Panel A, el nivel educativo corresponde a la mujer. Excluimos grupos educativos con menos de 30 observaciones. En el Panel B, el quintil de riqueza corresponde al hogar de las mujeres. Promedio de América Latina y el Caribe calculado con los países incluidos en el gráfico.

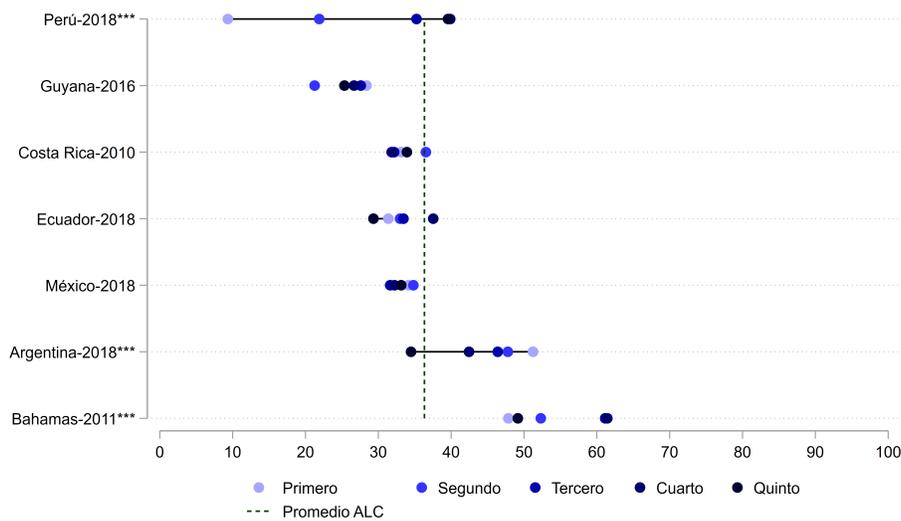
TABLA 10 Inequidades en obesidad para mujeres entre los 12-49 años de edad

	Obs	Promedio	Educación		Riqueza		Residencia	
			Mayor	Menor Mayor	Más rico	Más pobre Más rico	Urbano	Rural Urbano
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Bolivia 2008-DHS	15311	17.43	13.07	1.71***	16.77	0.50***	19.14	0.74***
Colombia 2010-DHS	47452	14.13	12.59	1.74***	11.94	1.17***	13.90	1.08**
Dominican Republic 2013-DHS	8587	20.77	19.18	1.36***	19.57	0.95	21.10	0.93
Guatemala 2015-DHS	23898	20.03	21.90	0.97***	27.06	0.36***	24.73	0.65***
Guyana 2009-DHS	4459	21.74	21.28	1.23**	22.78	0.77*	23.37	0.90
Haiti 2017-DHS	8880	11.20	15.93	0.66***	19.69	0.15***	14.37	0.58***
Honduras 2012-DHS	20802	22.13	22.77	1.06***	26.84	0.39***	25.39	0.72***
Peru 2016-ENDES	31798	21.19	19.85	1.30***	19.78	0.73***	22.31	0.75***
Promedio entre países		18.58	18.32	1.22	20.55	0.59	20.54	0.79

Nota: Porcentaje de mujeres (de 12 a 49 años) cuyo IMC es igual o superior a 30. DHS, Encuestas Demográficas y de Salud; MICS, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados. 'Menor' corresponde a educación primaria completada o menos, pero sin educación secundaria, y 'Mayor' a educación secundaria completa o más. 'Más pobre' corresponde al primer quintil de la distribución de riqueza, y 'Más rico' al quintil más alto. La significancia estadística de la diferencia entre los grupos se indica con * $p < 0,1$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$.



(a) Educación



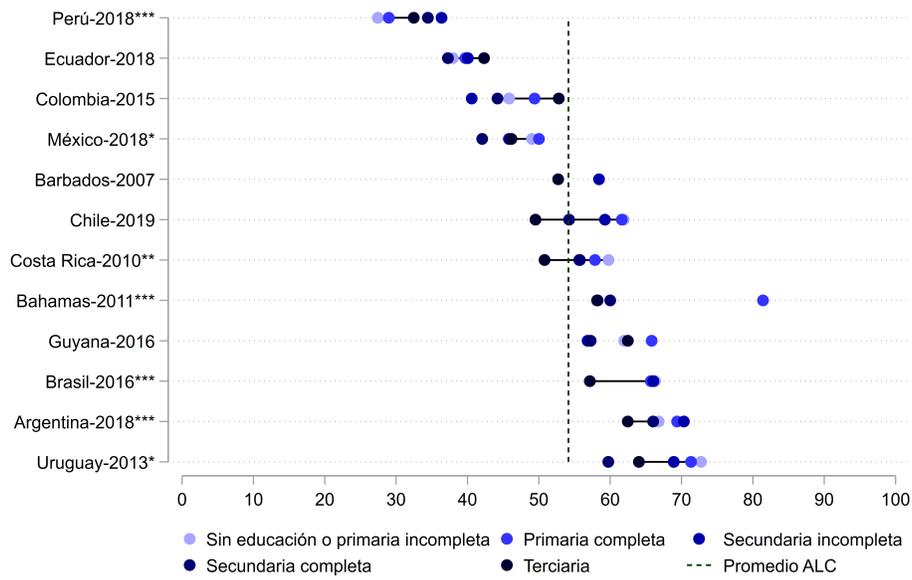
(b) Riqueza

FIGURA 14 Obesidad en los adultos estandarizado a los 60 años. *Nota:* Porcentaje de personas cuyo IMC es igual o superior a 30. Márgenes estimados a los 60 años a partir de una regresión logística controlando el polinomio de segundo orden de la edad. En el Panel A, el nivel educativo corresponde al encuestado. Excluimos grupos educativos con menos de 30 observaciones. En el Panel B, el quintil de riqueza corresponde al hogar del encuestado. El promedio ponderado es el promedio de los márgenes estimados a los 60 años en varios países

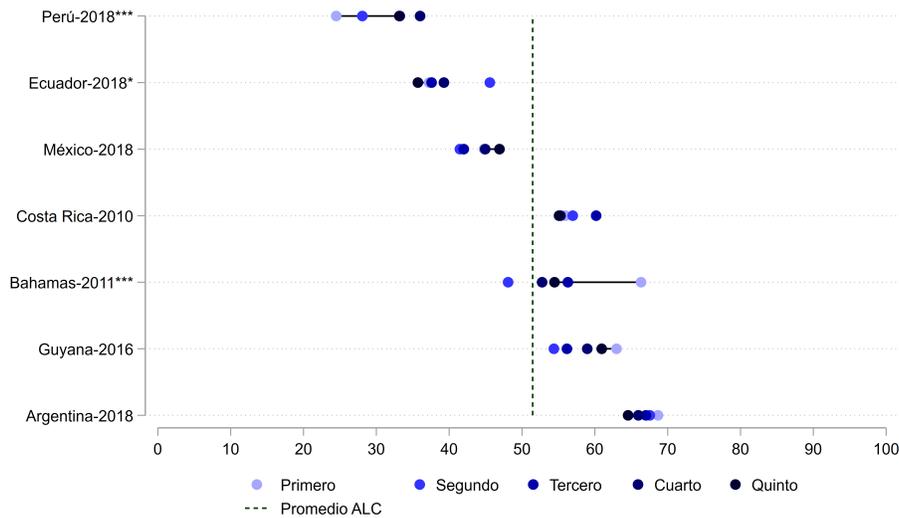
TABLA 11 Inequidades en la obesidad de los adultos, estandarizado a los 60 años

	Obs	Promedio	Educación		Riqueza		Residencia		Sexo	
			Mayor	Menor Mayor	Más rico	Más pobre Más rico	Urbano	Rural Urbano	Masculino	Femenino Masculino
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Argentina 2018-ENFR	16410	43.74	39.07	1.23***	34.49	1.49***			42.74	1.04
Bahamas 2011-STEPS	1534	50.95	53.37	0.94	49.16	0.97			49.59	1.06*
Barbados 2007-STEPS	340	32.81	28.58	1.20					20.02	2.13***
Brazil 2016-ELSI	9001	30.99	33.40	0.92			32.23	0.76***	24.26	1.52***
Chile 2019-ENS	5483	43.99	38.48	1.59***			42.79	1.23***	39.37	1.22***
Colombia 2015-SABE	20503	26.75	25.14	1.12			27.91	0.81**	16.04	2.27***
Costa Rica 2010-CRELES	5087	33.58	31.93	1.05	33.93	0.98	35.02	0.91*	21.69	1.88***
Ecuador 2018-STEPS	4473	33.84	32.90	1.04	29.33	1.07			27.66	1.46***
Guyana 2016-STEPS	2637	29.63	34.18	0.83*	25.35	1.12			18.49	2.24***
Mexico 2018-ENSANUT	14362	35.46	33.18	1.10**	33.14	1.03	36.25	0.91**	30.49	1.30***
Peru 2016-ENDES	18235	27.09	34.64	0.60***	39.57	0.24***	35.26	0.37***	21.82	1.56***
Uruguay 2013-STEPS	2217	35.88	33.80	1.19*					34.10	1.10
Promedio entre países		35.39	34.89	1.07	35.00	0.96	34.91	0.85	28.86	1.43

Nota: Porcentaje de personas cuyo IMC es igual o superior a 30. Márgenes estimados a los 60 años a partir de una regresión logística controlando el polinomio de segundo orden de la edad. El promedio ponderado es el promedio de los márgenes estimados a los 60 años en varios países. STEPS, Pasos 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. 'Menor' corresponde a educación primaria completada o menos, pero sin educación secundaria, y 'Mayor' a educación secundaria completa o más. 'Más pobre' corresponde al primer quintil de la distribución de riqueza, y 'Más rico' al quintil más alto. La significancia estadística de la diferencia entre los grupos se indica con * $p < 0,1$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$.



(a) Educación



(b) Riqueza

FIGURA 15 Hipertensión, estandarizada a los 60 años. *Nota:* Porcentaje de personas cuya presión arterial es de 140/90 mmHg o superior. Márgenes estimados a los 60 años a partir de una regresión logística controlando el polinomio de segundo orden de la edad. En el Panel A, el nivel educativo corresponde al encuestado. Excluimos grupos educativos con menos de 30 observaciones. En el Panel B, el quintil de riqueza corresponde al hogar del encuestado. El promedio ponderado es el promedio de los márgenes estimados a los 60 años en varios países.

TABLA 12 Inequidades en hipertensión, estandarizada a los 60 años

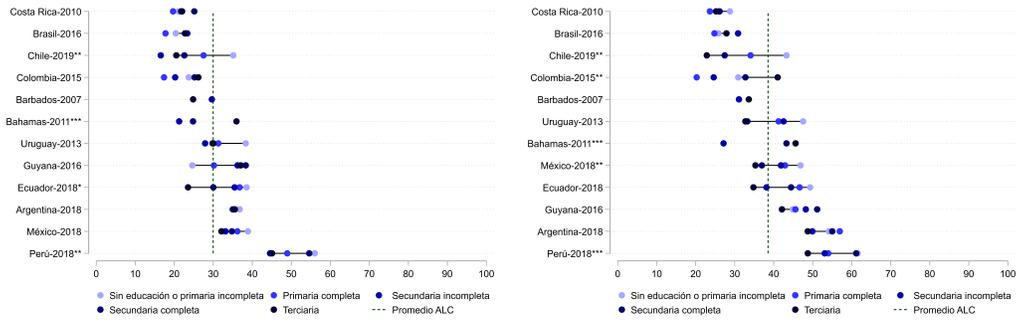
	Obs	Promedio	Educación		Riqueza		Residencia		Sexo	
			Mayor	Menor Mayor	Más rico	Más pobre Más rico	Urbano	Rural Urbano	Masculino	Femenino Masculino
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Argentina 2018-ENFR	16227	66.57	64.00	1.07***	64.57	1.06*			75.80	0.77***
Bahamas 2011-STEPS	1434	59.21	58.03	1.35**	54.47	1.22***			61.16	0.93
Barbados 2007-STEPS	342	52.70	52.30	1.02					58.28	0.83
Brazil 2016-ELSI	9225	63.98	57.15	1.16***			63.86	1.01	62.45	1.05**
Chile 2019-ENS	5516	55.72	52.12	1.19**			55.31	1.06	58.44	0.91
Colombia 2015-SABE	5399	46.15	49.10	0.96			47.61	0.79**	42.38	1.16**
Costa Rica 2010-CRELES	5156	56.60	52.24	1.11***	55.09	1.02	57.22	0.98	53.90	1.08***
Ecuador 2018-STEPS	4537	39.55	40.16	0.98	35.71	1.04			45.48	0.73***
Guyana 2016-STEPS	2645	60.41	59.75	1.08	60.95	1.03			60.97	0.98
Mexico 2018-ENSANUT	15048	47.67	44.85	1.10**	46.91	0.95	47.75	0.99	49.54	0.93**
Peru 2016-ENDES	32291	30.25	33.35	0.85***	33.16	0.74***	33.50	0.74***	34.02	0.79***
Uruguay 2013-STEPS	2223	67.76	62.59	1.14***					72.98	0.87***
Promedio entre países		53.88	52.14	1.10	50.12	1.03	50.88	0.95	56.28	0.92

Nota: Porcentaje de personas cuya presión arterial es de 140/90 mmHg o superior. Márgenes estimados a los 60 años a partir de una regresión logística controlando el polinomio de segundo orden de la edad. El promedio ponderado es el promedio de los márgenes estimados a los 60 años en varios países. STEPS, Pasos 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. 'Menor' corresponde a educación primaria completada o menos, pero sin educación secundaria, y 'Mayor' a educación secundaria completa o más. 'Más pobre' corresponde al primer quintil de la distribución de riqueza, y 'Más rico' al quintil más alto. La significancia estadística de la diferencia entre los grupos se indica con * $p < 0,1$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$

TABLA 13 Inequidades en hipertensión, desconocido y no tratado estandarizado a los 60 años

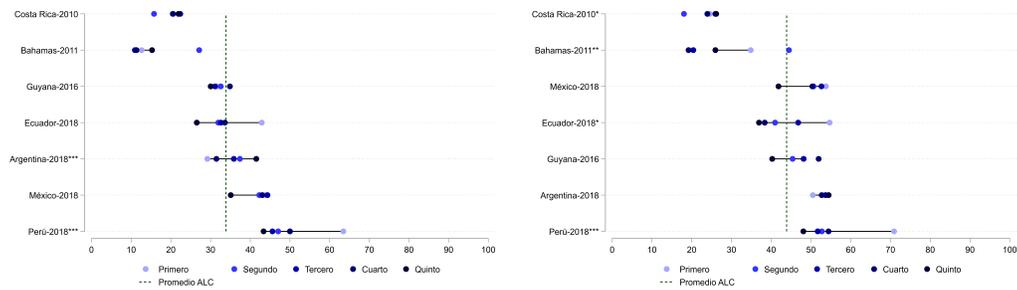
	Obs	Promedio	Educación		Riqueza		Residencia		Sexo	
			Mayor	Menor Mayor	Más rico	Más pobre Más rico	Urbano	Rural Urbano	Masculino	Femenino Masculino
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
<i>Panel A. Desconocido</i>										
Argentina 2018-ENFR	7466	35.49	35.39	1.01	41.52	0.70***			40.02	0.76***
Bahamas 2011-STEPS	507	28.85	31.09	0.80***	15.25	0.83			34.75	0.59***
Barbados 2007-STEPS	142	24.50	21.98						35.77	0.35***
Brazil 2016-ELSI	5880	20.93	22.73	0.88			21.05	0.96	26.00	0.63***
Chile 2019-ENS	1981	21.80	21.61	1.53**			21.98	0.93	29.04	0.55***
Colombia 2015-SABE	3533	22.51	25.56	0.85			21.14	1.67**	30.68	0.55***
Costa Rica 2010-CRELES	2908	20.65	23.02	0.86*	21.91	0.94	19.30	1.16**	26.65	0.65***
Ecuador 2018-STEPS	897	33.56	25.87	1.44***	26.53	1.62**			44.51	0.47***
Guyana 2016-STEPS	788	32.70	37.51	0.75*	30.03				43.18	0.56***
Mexico 2018-ENSANUT	4556	35.78	32.89	1.15*	35.09	1.25*	34.00	1.19***	45.56	0.64***
Peru 2016-ENDES	4203	50.22	49.65	1.06	43.36	1.46***	47.59	1.18***	60.73	0.66***
Uruguay 2013-STEPS	810	29.85	30.11	1.10					32.97	0.83
Promedio entre países		29.74	29.78	1.05	30.53	1.14	27.51	1.18	37.49	0.60
<i>Panel B. No tratado</i>										
Argentina 2018-ENFR	7466	53.14	51.54	1.09*	54.44	0.93			58.16	0.81***
Bahamas 2011-STEPS	507	41.06	45.74	0.69	25.96	1.34			51.28	0.51***
Barbados 2007-STEPS	142	30.96	32.34						42.92	0.41***
Brazil 2016-ELSI	5880	26.54	27.88	0.92			26.76	0.95	34.23	0.58***
Chile 2019-ENS	1981	27.02	25.33	1.62**			27.14	0.96	35.57	0.57***
Colombia 2015-SABE	3533	29.60	37.24	0.74			27.71	1.71***	40.58	0.54***
Costa Rica 2010-CRELES	2908	24.58	25.47	0.95	26.15	0.94	23.31	1.13*	31.45	0.66***
Ecuador 2018-STEPS	897	43.32	38.28	1.24*	36.92	1.48***			56.69	0.49***
Guyana 2016-STEPS	788	46.57	46.90	0.97	40.25	1.20			54.85	0.73***
Mexico 2018-ENSANUT	4556	42.60	35.82	1.27***	41.82	1.29**	39.79	1.26***	54.83	0.63***
Peru 2016-ENDES	4203	55.87	54.69	1.06	48.08	1.47***	52.85	1.19***	66.65	0.68***
Uruguay 2013-STEPS	810	39.86	33.02	1.30*					46.93	0.73***
Promedio entre países		38.43	37.85	1.07	39.09	1.23	32.93	1.21	47.85	0.62

Nota: Porcentaje de personas cuya presión arterial es de 140/90 mmHg o superior, pero esto es desconocido por el encuestado (Panel A) o no está siendo tratado (Panel B). Márgenes estimados a los 60 años a partir de una regresión logística controlando el polinomio de segundo orden de la edad. El promedio ponderado es el promedio de los márgenes estimados a los 60 años en varios países.



(a) Educación Desconocido

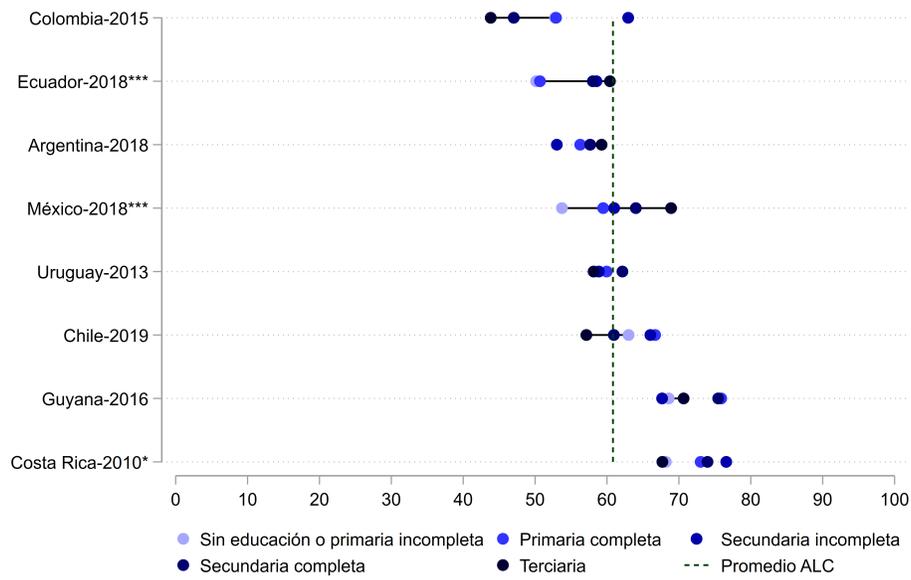
(b) Educación No tratado



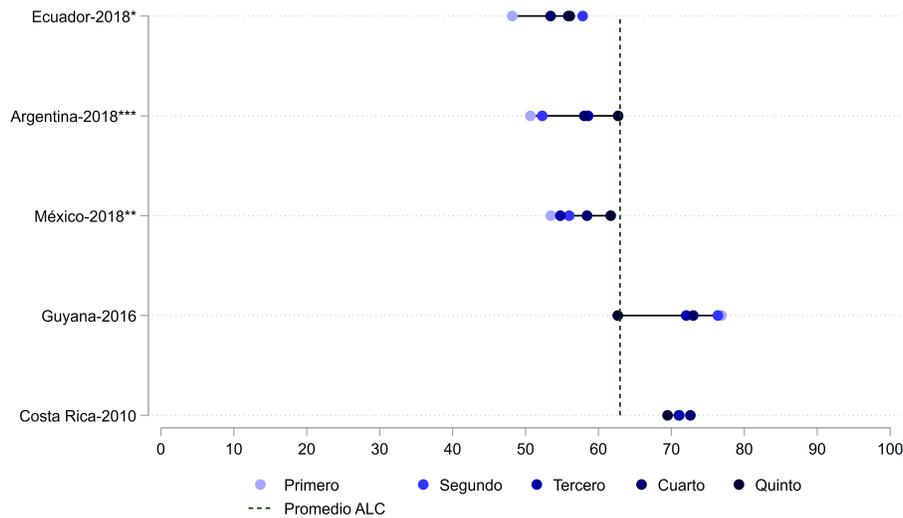
(c) Riqueza Desconocido

(d) Riqueza No tratado

FIGURA 16 Hipertensión, desconocido y no tratado, estandarizado a los 60 años. *Nota* Porcentaje de personas cuya presión arterial es de 140/90 mmHg o superior, pero esto es desconocido por el encuestado (A1 y B1) o no está siendo tratado (A2 y B2). Márgenes estimados a los 60 años a partir de una regresión logística controlando el polinomio de segundo orden de la edad. En el Panel A, el nivel educativo corresponde al encuestado. Excluimos grupos educativos con menos de 30 observaciones. En el Panel B, el quintil de riqueza corresponde al hogar del encuestado. El promedio ponderado es el promedio de los márgenes estimados a los 60 años en varios países.



(a) Educación



(b) Riqueza

FIGURA 17 Colesterol alto, estandarizado a los 60 años. *Nota:* Porcentaje de personas con un nivel de colesterol de 5 mmol/L o superior. Márgenes estimados a los 60 años a partir de una regresión logística controlando el polinomio de segundo orden de la edad. En el Panel A, el nivel educativo corresponde al encuestado. Excluimos grupos educativos con menos de 30 observaciones. En el Panel B, el quintil de riqueza corresponde al hogar del encuestado. El promedio ponderado es el promedio de los márgenes estimados a los 60 años en varios países.

TABLA 14 Inequidades en colesterol alto, estandarizado a los 60 años

Obs	Promedio	Educación		Riqueza		Residencia		Sexo	
		Mayor	Menor Mayor	Más rico	Más pobre Más rico	Urbano	Rural Urbano	Masculino	Femenino Masculino
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
<i>Panel A. Colesterol alto</i>									
Argentina 2018-ENFR	4911	57.07	58.61	0.97	62.70	0.81***		54.60	1.08*
Chile 2019-ENS	3715	61.36	59.11	1.09			61.39	1.00	1.07
Colombia 2015-SABE	4088	51.47	44.74	1.18			50.84	1.10	1.23**
Costa Rica 2010-CRELES	3831	72.43	69.64	1.04	69.48	1.02	72.51	1.00	1.29***
Ecuador 2018-STEPS	4078	54.50	59.34	0.85***	56.06	0.86**			47.00
Guyana 2016-STEPS	890	71.71	73.19	1.00	62.65	1.23*			68.78
Mexico 2018-ENSANUT	13099	59.11	66.91	0.84***	61.68	0.87***	60.66	0.91***	57.85
Uruguay 2013-STEPS	1332	59.33	59.72	1.00					60.18
Promedio entre países		60.87	61.41	0.99	62.51	0.96	61.35	1.00	56.85
<i>Panel B. Desconocido</i>									
Argentina 2018-ENFR	2066	54.48	51.38	1.11	49.96	1.02			56.10
Chile 2019-ENS	1651	42.63	44.12	1.01			42.54	1.02	51.89
Colombia 2015-SABE	2167	45.35	38.26	1.19			45.86	0.91	57.14
Costa Rica 2010-CRELES	2600	39.22	38.91	1.01	44.20	0.85*	36.57	1.17**	48.72
Ecuador 2018-STEPS	1566	56.25	46.70	1.37***	47.95	1.37***			58.49
Guyana 2016-STEPS	500	58.64	46.98	1.19	55.83	1.14			65.17
Mexico 2018-ENSANUT	6000	60.34	56.18	1.09**	59.86	1.03	58.57	1.12***	64.26
Uruguay 2013-STEPS	598	50.03	46.33	1.10					54.87
Promedio entre países		50.87	46.11	1.14	51.56	1.09	45.88	1.05	57.08
<i>Panel C. No tratado</i>									
Argentina 2018-ENFR	2033	80.04	77.19	1.09**	75.99	1.01			80.46
Chile 2019-ENS	1592	70.78	74.78	0.99			71.23	0.95	75.59
Costa Rica 2010-CRELES	1870	62.09	65.81	0.93	68.09	0.87**	59.44	1.10**	70.12
Ecuador 2018-STEPS	1566	80.28	74.69	1.14***	78.78	1.11**			80.01
Guyana 2016-STEPS	500	80.74	73.99	1.03	97.28	0.84**			88.83
Mexico 2018-ENSANUT	5981	77.46	78.55	0.99	79.96	0.97	76.36	1.06**	80.33
Uruguay 2013-STEPS	598	71.02	67.69	1.12					76.69
Promedio entre países		74.63	73.24	1.04	80.02	0.96	69.01	1.03	78.86

Nota: Porcentaje de personas con un nivel de colesterol de 5 mmol/L o superior (Panel A), pero esto es desconocido por el encuestado (Panel B) o no está siendo tratado (Panel C). Márgenes estimados a los 60 años a partir de una regresión logística controlando el polinomio de segundo orden de la edad. El promedio ponderado es el promedio de los márgenes estimados a los 60 años en varios países. STEPS, Pasos hacia un mundo más saludable: monitoreo de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo; ENFR, Encuesta Nacional de Factores de Riesgo; 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. 'Menor' corresponde a educación primaria completada o menos, pero sin educación secundaria, y 'Mayor' a educación secundaria completa o más. 'Más pobre' corresponde al primer quintil de la distribución de riqueza, y 'Más rico' al quintil más alto. La significancia estadística de la diferencia entre los grupos se indica con * $p < 0,1$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$.

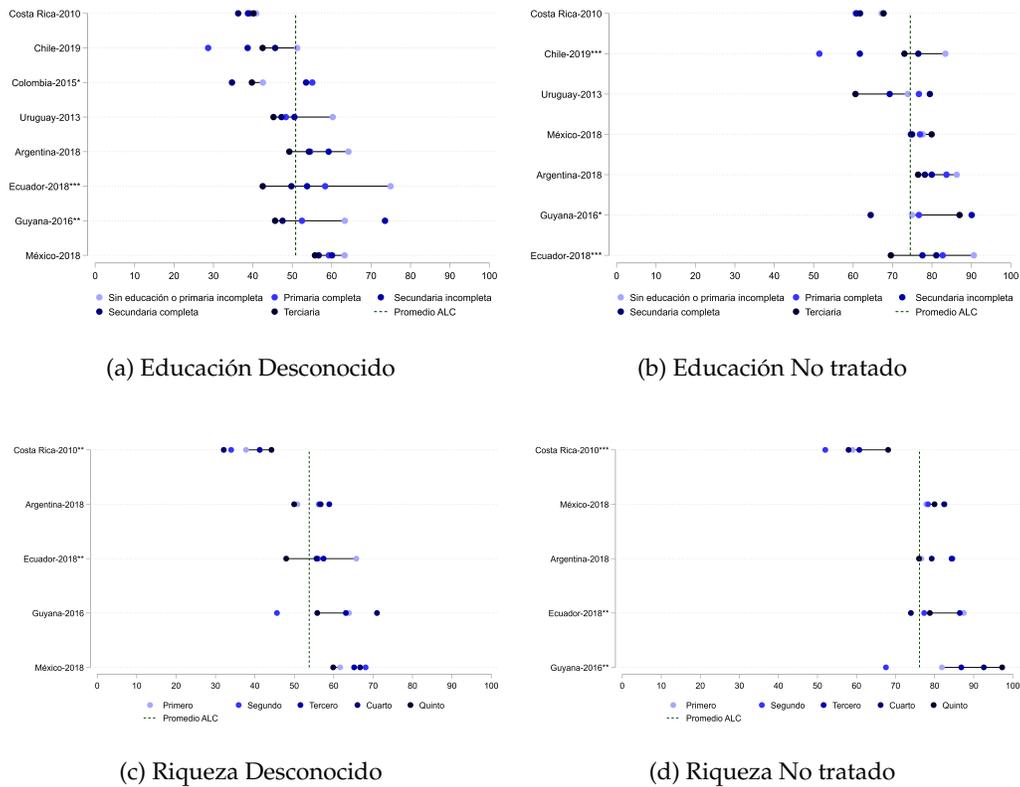
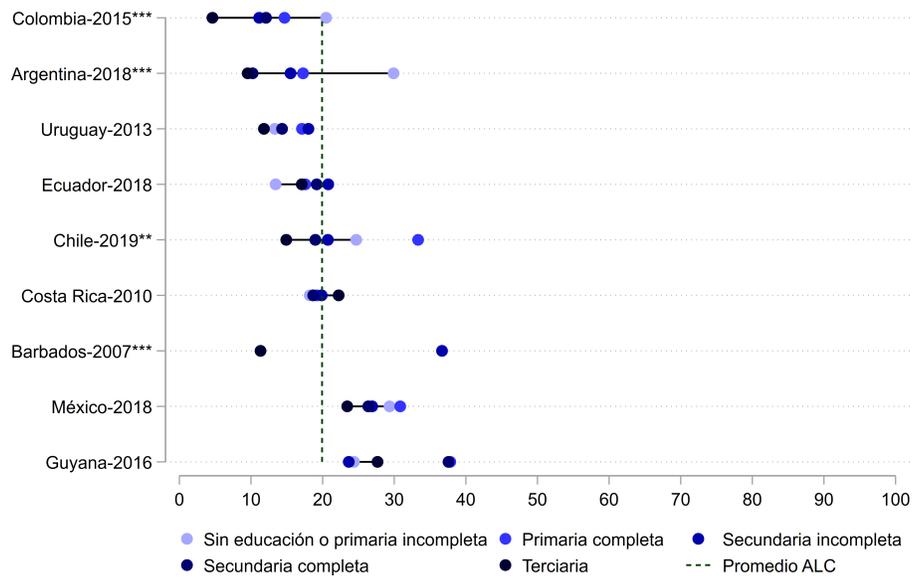
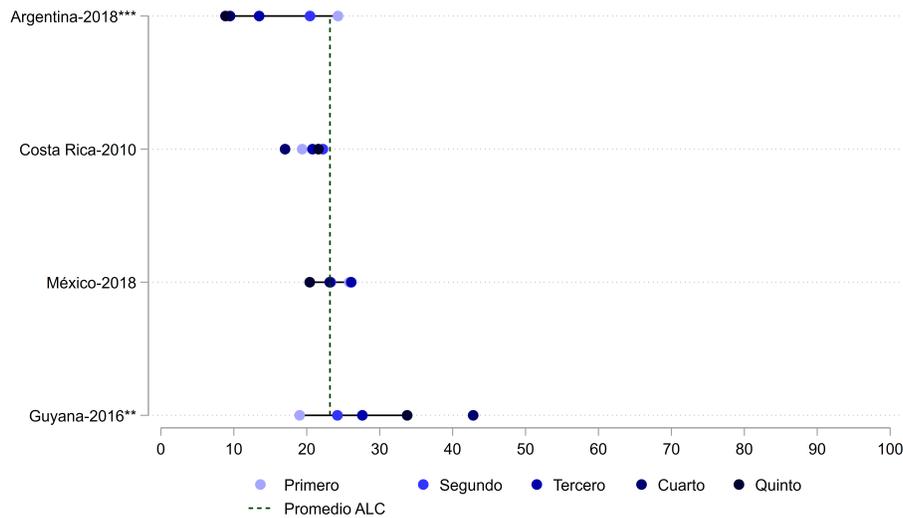


FIGURA 18 Colesterol alto, desconocido y no tratado, estandarizado a los 60 años. *Nota* Porcentaje de personas con un nivel de colesterol de 5 mmol/L o superior, pero esto es desconocido por el encuestado (A1 y B1) o no está siendo tratado (A2 y B2). Márgenes estimados a los 60 años a partir de una regresión logística controlando el polinomio de segundo orden de la edad. En el Panel A, el nivel educativo corresponde al encuestado. Excluimos grupos educativos con menos de 30 observaciones. En el Panel B, el quintil de riqueza corresponde al hogar del encuestado. El promedio ponderado es el promedio de los márgenes estimados a los 60 años en varios países.



(a) Educación



(b) Riqueza

FIGURA 19 Diabetes, estandarizado a los 60 años. *Nota:* Porcentaje de personas cuyo nivel de azúcar en sangre es de 140 mg/dL (7.8 mmol/L) o más. Márgenes estimados a los 60 años a partir de una regresión logística controlando el polinomio de segundo orden de la edad. En el Panel A, el nivel educativo corresponde al encuestado. Excluimos grupos educativos con menos de 30 observaciones. En el Panel B, el quintil de riqueza corresponde al hogar del encuestado. El punto de referencia corresponde al promedio de la región europea. El promedio ponderado es el promedio de los márgenes estimados a los 60 años en varios países.

TABLA 15 Inequidades en diabetes, estandarizado a los 60 años

=====	Obs	Promedio	Educación		Riqueza		Residencia		Sexo	
			Mayor	Menor Mayor	Más rico	Más pobre Más rico	Urbano	Rural Urbano	Masculino	Femenino Masculino
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
<i>Panel A. Glucosa alta</i>										
Argentina 2018-ENFR	5188	14.74	9.86	2.13***	8.86	2.74***			15.09	0.96
Barbados 2007-STEPS	333	23.88	14.31	2.66**					23.52	1.03
Chile 2019-ENS	5117	19.61	17.16	1.60*			19.64	0.98	17.25	1.25*
Colombia 2015-SABE	4078	13.81	6.79	2.76***			14.42	0.66	12.52	1.19
Costa Rica 2010-CRELES	3821	19.64	21.21	0.90	21.60	0.90	20.27	0.93	18.09	1.14
Ecuador 2018-STEPS	4040	17.19	17.77	0.91					17.75	0.93
Guyana 2016-STEPS	891	30.43	32.82	0.99	33.77	0.56			25.24	1.42*
Mexico 2018-ENSANUT	12802	27.93	24.31	1.23**	20.41	1.27*	29.38	0.82***	25.11	1.20***
Uruguay 2013-STEPS	1341	16.50	12.74	1.27					18.81	0.78
Promedio entre países		20.41	17.44	1.40	21.16	1.05	20.93	0.86	19.26	1.11
<i>Panel B. Desconocido</i>										
Argentina 2018-ENFR	448	22.42	19.55	1.24	17.14	1.20			20.94	1.13
Barbados 2007-STEPS	51	50.27								
Chile 2019-ENS	697	19.43	17.23	0.65			18.42	1.45	27.12	0.48**
Colombia 2015-SABE	673	8.06	5.31	1.48			8.17	0.92	8.58	0.82
Costa Rica 2010-CRELES	654	12.24	19.12	0.53*	18.24	0.48	13.76	0.71	14.55	0.74
Ecuador 2018-STEPS	343	37.88	32.46	1.32					38.18	0.98
Guyana 2016-STEPS	136	16.83	15.68	1.16					19.80	0.71
Mexico 2018-ENSANUT	1805	17.33	21.24	0.81	13.56	1.46	17.61	0.93	18.65	0.89
Uruguay 2013-STEPS	122	33.35	11.26	3.40**					48.92	0.40***
Promedio entre países		24.20	17.73	1.20	16.31	1.01	14.49	1.04	24.59	0.72
<i>Panel C. No tratado</i>										
Argentina 2018-ENFR	444	39.88	33.57	1.37	20.33	1.57			42.54	0.89
Barbados 2007-STEPS	51	51.36								
Chile 2019-ENS	692	26.51	20.08	1.48			25.41	1.35	31.37	0.72
Colombia 2015-SABE	673	10.21	7.25	1.34			10.51	0.83	11.09	0.77
Costa Rica 2010-CRELES	514	14.67	21.94	0.58*	21.24	0.60	16.07	0.77	18.18	0.69
Ecuador 2018-STEPS	343	42.60	35.17	1.36					43.96	0.93
Guyana 2016-STEPS	136	27.76	28.25	1.11					34.99	0.62
Mexico 2018-ENSANUT	1802	22.28	25.07	0.92	19.97	1.27	21.85	1.08	25.53	0.80*
Uruguay 2013-STEPS	122	39.89	13.26	3.86***					59.47	0.38***
Promedio entre países		30.57	23.07	1.36	20.51	1.14	18.46	1.07	33.39	0.70

Nota: Porcentaje de personas cuyo nivel de azúcar en sangre es de 140 mg/dL (7.8 mmol/L) o más (Panel A), pero esto es desconocido por el encuestado (Panel B) o no está siendo tratado (Panel C). Márgenes estimados a los 60 años a partir de una regresión logística controlando el polinomio de segundo orden de la edad. El promedio ponderado es el promedio de los márgenes estimados a los 60 años en varios países. STEPS, Pasos hacia un mundo más saludable: monitoreo de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo; ENFR, Encuesta Nacional de Factores de Riesgo; 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. 'Menor' corresponde a educación primaria completada o menos, pero sin educación secundaria, y 'Mayor' a educación secundaria completa o más. 'Más pobre' corresponde al primer quintil de la distribución de riqueza, y 'Más rico' al quintil más alto. La significancia estadística de la diferencia entre los grupos se indica con * p <0,1, ** p <0,05, *** p <0,01.

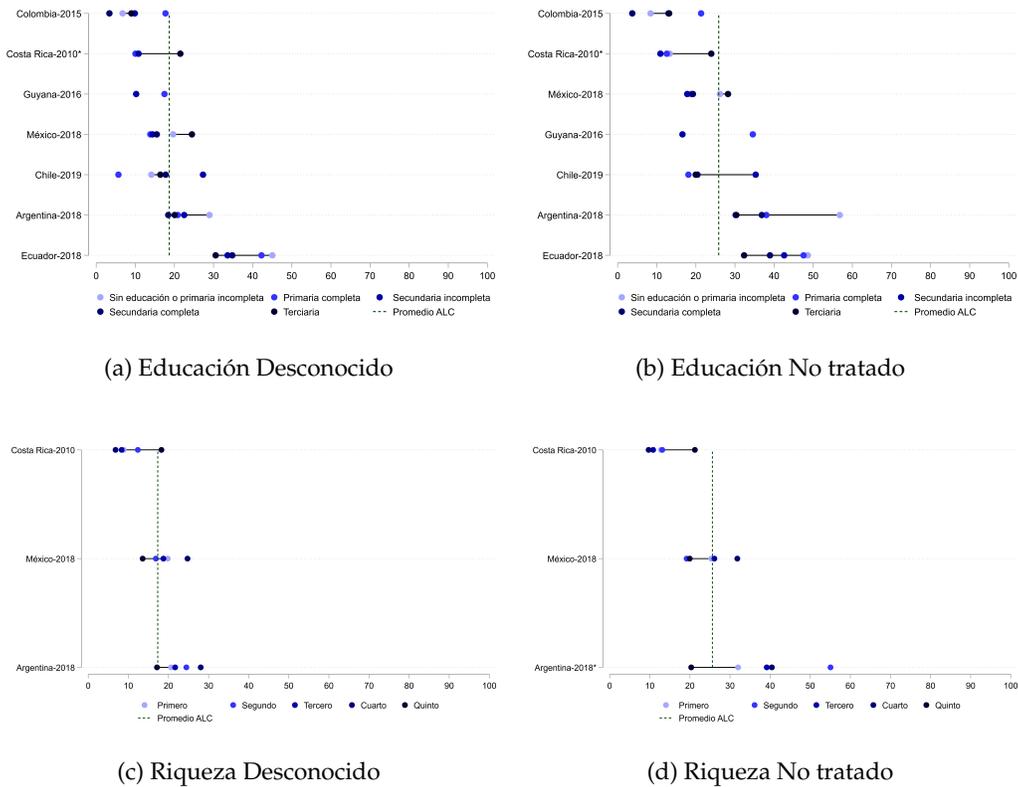


FIGURA 20 Diabetes, desconocido y no tratado, estandarizado a los 60 años. *Nota* Porcentaje de personas cuyo nivel de azúcar en sangre es de 140 mg/dL (7.8 mmol/L) o más, pero esto es desconocido por el encuestado (A1 y B1) o no está siendo tratado (A2 y B2). Márgenes estimados a los 60 años a partir de una regresión logística controlando el polinomio de segundo orden de la edad. En el Panel A, el nivel educativo corresponde al encuestado. Excluimos grupos educativos con menos de 30 observaciones. En el Panel B, el quintil de riqueza corresponde al hogar del encuestado. El promedio ponderado es el promedio de los márgenes estimados a los 60 años en varios países.

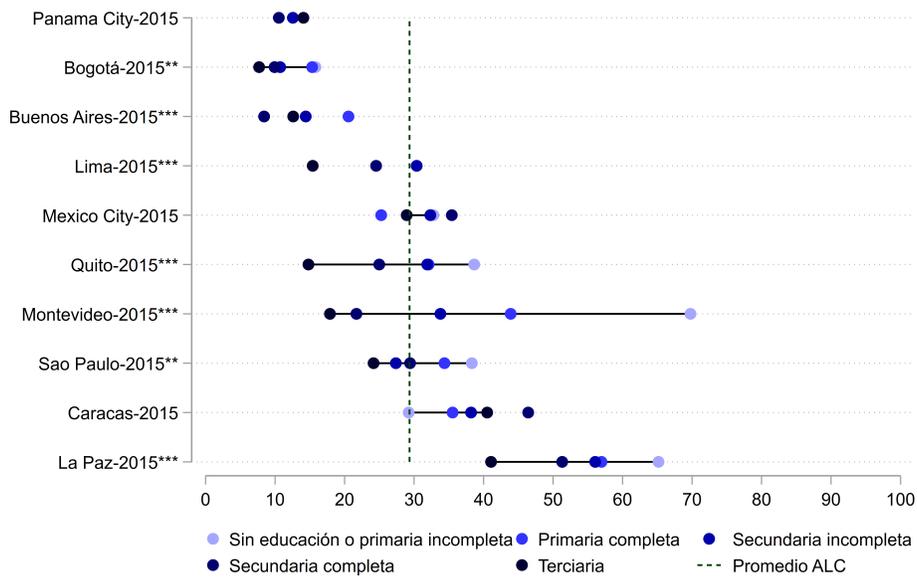


FIGURA 21 Depresión, estandarizado a los 60 años. *Nota:* Nota. Porcentaje de adultos con depresión. Consulte el Apéndice C para conocer cómo construimos un índice de salud mental homogeneizado a partir de diferentes escalas y puntos de corte validados utilizados para cada escala. Márgenes estimados a los 60 años a partir de una regresión logística controlando el polinomio de segundo orden de la edad. En el Panel A, el nivel educativo corresponde al encuestado. Excluimos grupos educativos con menos de 30 observaciones. El promedio ponderado es el promedio de los márgenes estimados a los 60 años en varios países.

TABLA 16 Inequidades en depresión, estandarizado a los 60 años

	Obs	Promedio	Educación		Residencia		Sexo	
			Mayor	Menor Mayor	Urbano	Rural Urbano	Masculino	Femenino Masculino
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Brazil 2019-ELSI	9949	24.23	58.10	1.33**	24.88	0.83***	20.52	1.33***
Chile 2016-ENS	3391	46.88	40.37	1.28**	47.63	0.87	33.86	1.70***
Colombia 2015-ENSM	12624	46.04	37.97	1.32***	45.63	1.04	39.27	1.34***
Costa Rica 2009-CRELES	1863	43.49	24.04	2.21***			41.54	1.09
Paraguay 2015-ELPS	15173	21.21	17.71	1.24***	22.17	0.89***	14.33	1.95***
Promedio entre países		36.37	35.64	1.43	35.08	0.92	29.90	1.41

Nota: Porcentaje de adultos con depresión. Consulte el Apéndice C para conocer cómo construimos un índice de salud mental homogeneizado a partir de diferentes escalas de salud mental y los puntos de corte validados utilizados para cada escala. Márgenes estimados a los 60 años a partir de una regresión logística controlando el polinomio de segundo orden de la edad. El promedio ponderado es el promedio de los márgenes estimados a los 60 años en varios países. ELSI, Estudio Longitudinal del Envejecimiento; ENS, Encuesta Nacional de Salud; ENSM, Estudio Nacional de Salud Mental; CRELES, Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable; ELPS, Encuesta Longitudinal de Protección Social. 'Menor' corresponde a educación primaria completada o menos, pero sin educación secundaria, y 'Mayor' a educación secundaria completa o más. 'Más pobre' corresponde al primer quintil de la distribución de riqueza, y 'Más rico' al quintil más alto. La significancia estadística de la diferencia entre los grupos se indica con * $p < 0,1$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$.

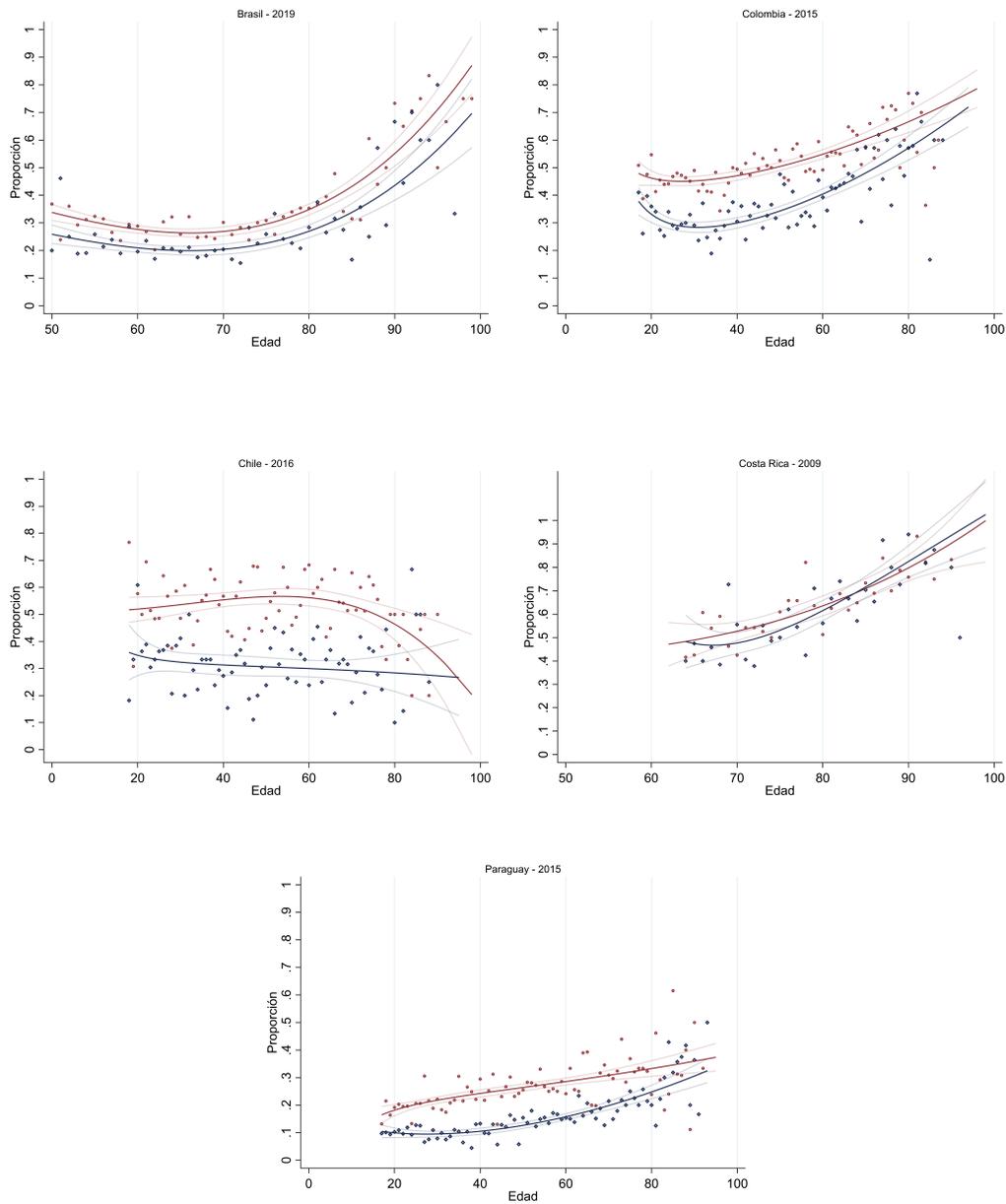
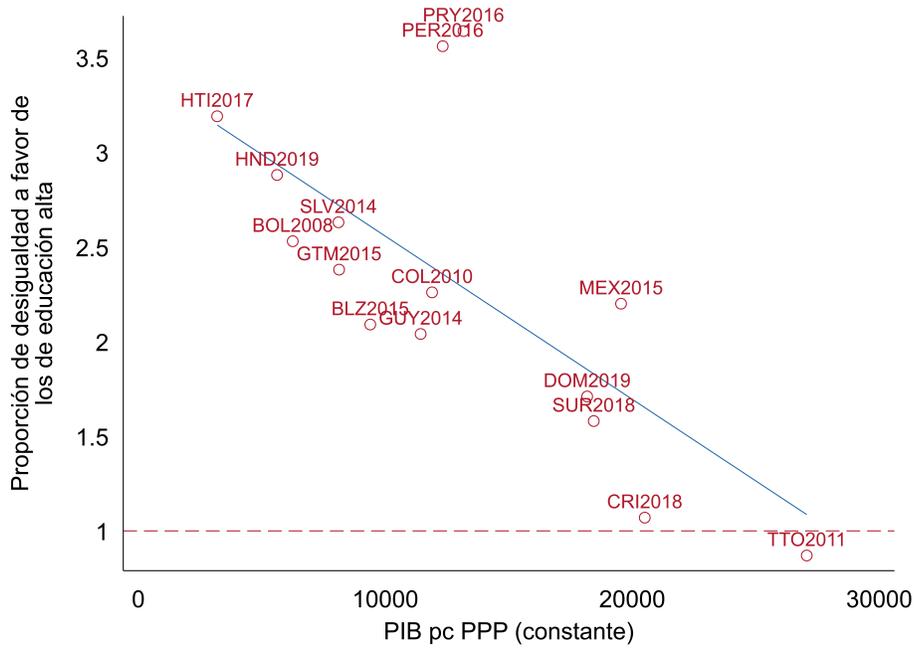
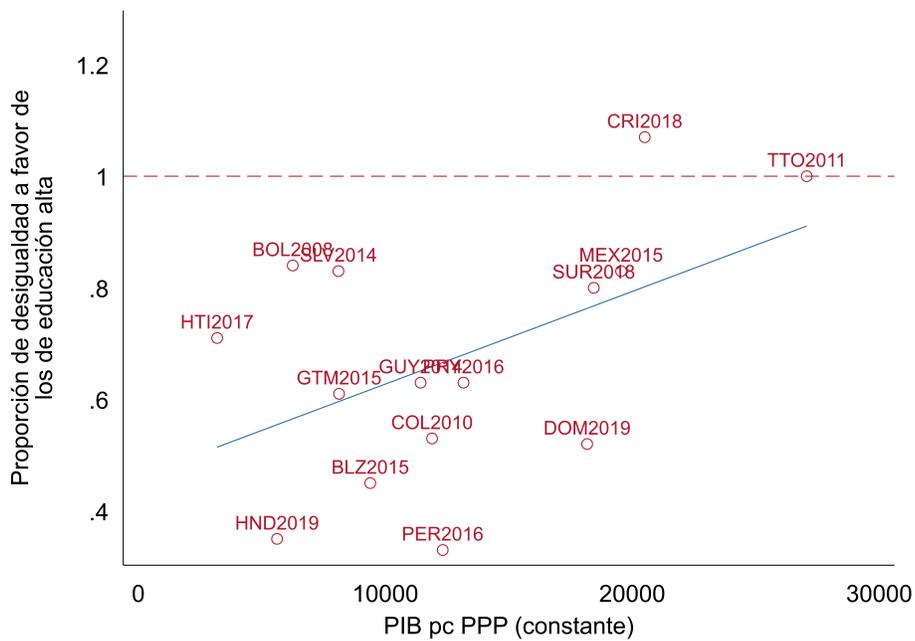


FIGURA 22 Depresión, por edad y género. *Nota* Porcentaje de adultos con depresión. Consulte el Apéndice C para conocer cómo construimos un índice homogeneizado de diferentes escalas de salud mental y los puntos de corte validados utilizados para cada escala. Las curvas y marcadores azules corresponden a hombres y las curvas y marcadores rojos corresponden a mujeres. Se excluyen las encuestas de CAF porque se centran únicamente en las grandes ciudades.

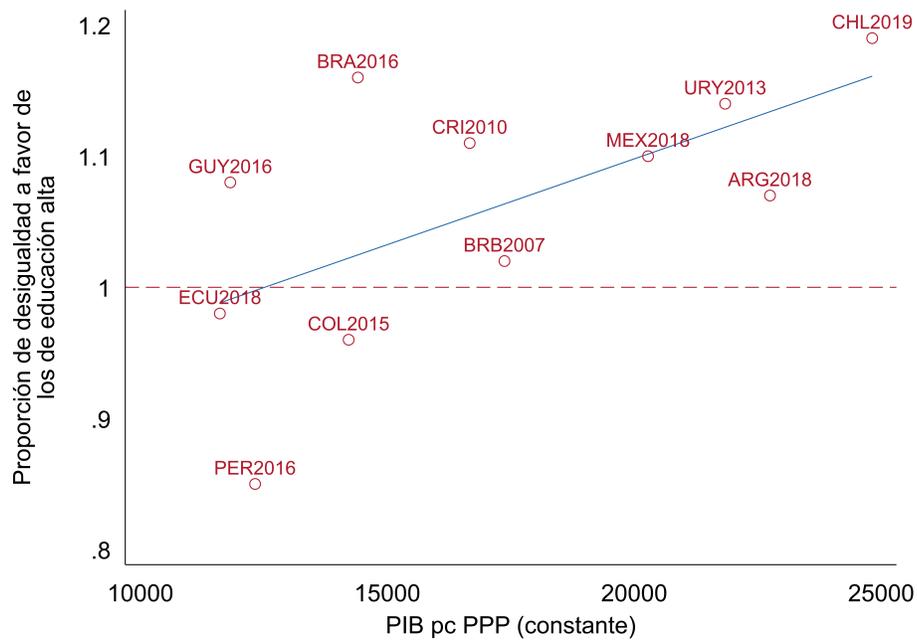


(a) Retraso del crecimiento infantil

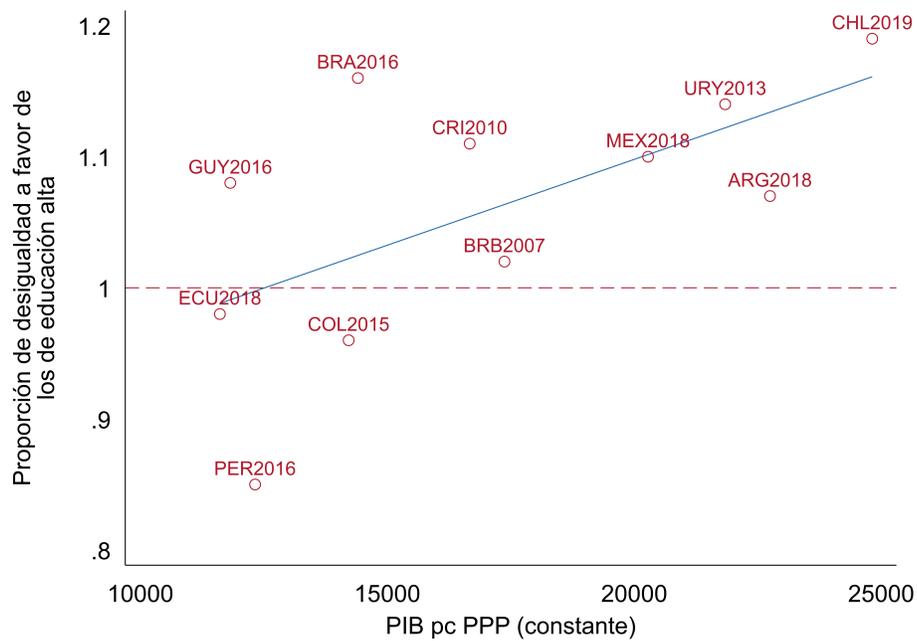


(b) Sobrepeso infantil

FIGURA 23 Inequidades en salud infantil vs. PIB per capita *Nota:* Razón de inequidad a favor de personas altamente educadas de las Tablas 4 (Panel A) y 5 (Panel B), Columna (3). PIB per cápita en PPC en dólares internacionales constantes de 2017.

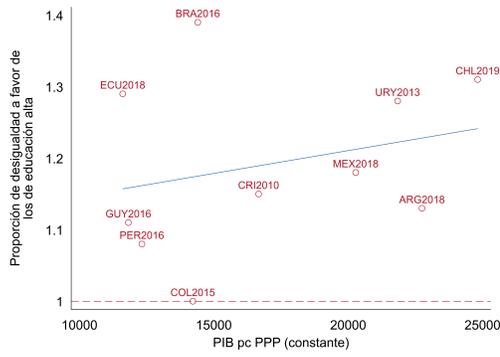


(a) Hipertensión

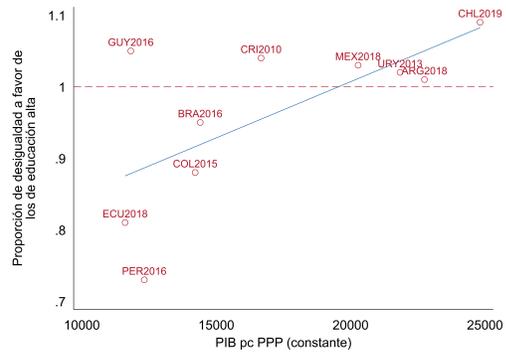


(b) Sobrepeso infantil

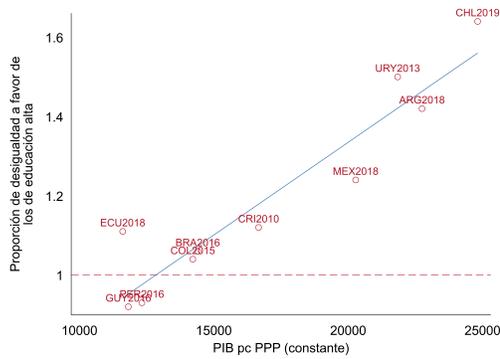
FIGURA 24 Inequidades en salud infantil vs. PIB per capita *Nota:* Razón de inequidad a favor de personas altamente educadas de las Tablas 11 (Panel A) y 10 (Panel B), Columna (3). PIB per cápita en PPC en dólares internacionales constantes de 2017..



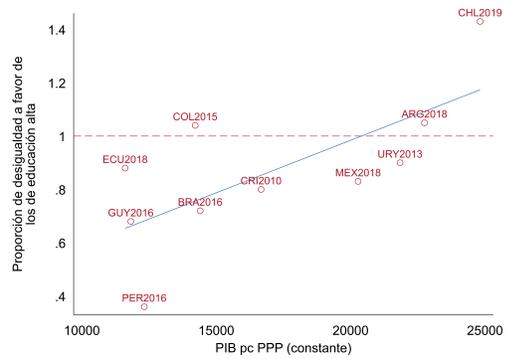
(a) Hipertensión Mujeres



(b) Hipertensión Hombres



(c) Obesidad Mujeres



(d) Obesidad Hombres

FIGURA 25 Inequidades en la salud de los adultos (estandarizado a los 60 años) vs. PIB per capita, por género. *Nota* Las mismas notas que en la Figura 24. Razones de inequidad divididas por género. **Falta la Figura 25b1 ,o Figura25c en el documento Obesidad Mujeres**

APÉNDICE

Este apéndice proporciona información adicional sobre los datos y métodos.

| Apéndice A: Más sobre el perfil epidemiológico

Tabla A1: Clasificación de los AVAD por causa para LatAm, 1990

	Asia del Este y el Pacífico	Europa y Asia Central	América Latina y el Caribe	Oriente medio y África del norte	América del Norte	Asia del sur	África subsahariana
<i>ENTs</i>							
Enfermedades cardiovasculares	1	1	2	2	1	5	9
Enfermedades respiratorias crónicas	7	11	16	17	6	10	16
Diabetes y patologías renales	16	14	13	14	11	18	17
Enfermedades digestivas	13	12	11	13	12	12	14
Infecciones entéricas	10	18	6	5	20	3	2
Trastornos mentales	12	6	9	9	4	13	15
Trastornos musculoesqueléticos	8	5	12	11	3	15	19
Neoplasias	3	2	5	10	2	11	12
Trastornos neurológicos	15	8	15	12	7	17	18
Otras enfermedades no transmisibles	5	3	4	3	5	7	6
Enfermedades de la piel y subcutáneas	18	16	18	19	15	19	20
Trastornos por consumo de sustancias	20	15	19	20	13	20	21
<i>ETs</i>							
VIH/SIDA y infecciones de transmisión sexual	21	20	21	21	17	21	8
Trastornos maternos y neonatales	4	9	1	1	14	1	3
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	19	21	20	18	21	9	5
Deficiencias nutricionales	17	19	14	16	18	6	7
Otras enfermedades infecciosas	9	17	17	8	19	4	4
Infecciones respiratorias y tuberculosis	2	7	3	4	16	2	1
<i>Lesiones</i>							
Autolesiones y violencia personal	14	13	8	15	10	14	11
Lesiones por transporte	11	10	10	7	9	16	13
Lesiones no intencionales	6	4	7	6	8	8	10

Nota: Cálculos basados en IHM-GHDx. La muestra incluye individuos de cualquier género y edad.

Tabla A2: Clasificación de las AVAD por causa para LatAm, 2019

	Asia del Este y el Pacífico	Europa y Asia Central	América Latina y el Caribe	Oriente Medio y África del Norte	América del norte	Asia del Sur	África subsahariana
<i>ENTs</i>							
Enfermedades cardiovasculares	1	1	1	1	1	1	7
Enfermedades respiratorias crónicas	4	10	14	14	6	6	19
Diabetes y patologías renales	7	9	3	8	7	11	15
Enfermedades digestivas	12	8	9	12	11	12	12
Infecciones entéricas	17	19	19	15	17	7	4
Trastornos mentales	6	4	6	3	4	9	11
Trastornos musculoesqueléticos	3	3	4	5	3	8	18
Neoplasias	2	2	2	4	2	4	9
Trastornos neurológicos	8	6	10	9	8	15	16
Otras enfermedades no transmisibles	5	5	5	2	9	5	6
Enfermedades de la piel y subcutáneas	14	15	15	16	14	18	20
Trastornos por consumo de sustancias	16	13	16	18	5	20	21
<i>ETs</i>							
VIH/SIDA y infecciones de transmisión sexual	19	17	17	21	18	21	5
Trastornos maternos y neonatales	13	16	8	7	16	2	1
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	21	21	20	20	21	19	3
Deficiencias nutricionales	18	18	18	17	19	13	10
Otras enfermedades infecciosas	20	20	21	19	20	17	8
Infecciones respiratorias y tuberculosis	10	12	12	13	15	3	2
<i>Injuries</i>							
Autolesiones y violencia personal	15	11	7	11	12	16	17
Lesiones por transporte	11	14	13	6	13	14	14
Lesiones no intencionales	9	7	11	10	10	10	13

Nota: Cálculos basados en IHM-GHDx. La muestra incluye individuos de cualquier género y edad.

Tabla A3: Clasificación de las AVAD, 1990

	Argentina	Bahamas	Barbados	Belize	Bolivia	Brazil	Chile	Colombia	Costa Rica	Cuba	Dom Rep	Ecuador	El Salvador
<i>ENTs</i>													
Enfermedades cardiovasculares	1	1	1	2	6	2	1	3	1	1	4	3	4
Enfermedades respiratorias crónicas	11	17	16	17	13	16	14	15	13	14	17	18	15
Diabetes y patologías renales	8	5	3	11	14	15	13	13	11	9	16	17	17
Enfermedades digestivas	9	13	10	16	9	13	9	14	12	12	10	9	9
Infecciones entéricas	18	20	20	9	5	5	17	11	16	19	2	4	3
Trastornos mentales	7	7	6	7	12	9	5	9	5	3	9	8	11
Trastornos musculoesqueléticos	6	10	7	13	15	11	6	8	6	7	13	11	13
Neoplasias	2	2	2	6	8	6	2	4	2	2	11	7	10
Trastornos neurológicos	12	14	8	14	16	14	11	12	9	10	14	12	16
Otras enfermedades no transmisibles	4	3	4	3	4	3	4	5	3	4	5	5	5
Enfermedades de la piel y subcutáneas	15	15	12	19	20	18	15	18	15	15	19	19	19
Trastornos por consumo de sustancias	17	18	19	20	21	20	16	20	17	18	21	20	12
<i>ETs</i>													
VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual	21	9	15	15	19	21	21	21	20	20	18	21	21
Trastornos maternos y neonatales	3	4	5	1	2	1	10	2	4	11	1	1	2
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	20	21	21	21	18	19	20	19	21	21	20	15	20
Deficiencias nutricionales	16	16	17	10	7	12	19	16	18	17	6	13	18
Otras enfermedades infecciosas	19	19	18	18	10	17	18	17	19	16	8	16	14
Infecciones respiratorias y tuberculosis	10	11	11	4	1	4	7	6	10	13	3	2	6
<i>Lesiones</i>													
Autolesiones y violencia interpersonal	14	12	14	12	17	7	8	1	14	5	15	14	1
Lesiones por transporte	13	8	13	8	11	10	12	10	8	6	12	10	8
Lesiones no intencionadas	5	6	9	5	3	8	3	7	7	8	7	6	7

Tabla A3 (continuación)

	Guatemala	Guyana	Haiti	Honduras	Jamaica	Mexico	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Peru	Suriname	TandT	Uruguay
<i>ENTs</i>													
Enfermedades cardiovasculares	8	1	3	5	1	6	6	2	5	2	1	1	2
Enfermedades respiratorias crónicas	13	18	14	11	15	16	17	19	16	19	14	9	15
Diabetes y patologías renales	17	10	12	17	5	7	12	14	17	7	2	11	14
Enfermedades digestivas	6	12	11	3	14	9	13	11	4	11	12	10	13
Infecciones entéricas	3	7	1	2	12	4	2	8	6	9	19	19	7
Trastornos mentales	11	13	15	12	6	13	9	5	10	6	6	7	9
Trastornos musculoesqueléticos	15	16	19	14	7	11	14	9	13	14	9	5	10
Neoplasias	10	11	10	9	3	8	11	6	8	4	4	2	4
Trastornos neurológicos	14	15	16	13	8	14	16	10	15	13	11	8	12
Otras enfermedades no transmisibles	9	4	5	8	4	3	4	3	7	3	5	4	3
Enfermedades de la piel y subcutáneas	20	20	20	19	16	18	18	17	18	20	16	15	19
Trastornos por consumo de sustancias	12	21	21	20	20	17	19	20	21	21	20	16	20
<i>ETs</i>													
VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual	21	17	9	21	17	21	21	18	20	16	17	20	21
Trastornos maternos y neonatales	2	2	4	1	2	1	1	1	2	1	3	6	1
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	18	8	18	18	21	20	20	21	19	15	21	21	18
Deficiencias nutricionales	5	9	8	16	10	15	8	16	9	18	15	17	16
Otras enfermedades infecciosas	16	19	7	10	19	19	10	12	14	17	18	18	17
Infecciones respiratorias y tuberculosis	1	5	2	4	11	2	3	4	1	10	10	13	8
<i>Lesiones</i>													
Autolesiones y violencia interpersonal	4	6	13	7	13	12	5	15	11	8	7	14	11
Lesiones por transporte	19	14	17	15	18	10	15	13	12	12	13	12	6
Lesiones no intencionadas	7	3	6	6	9	5	7	7	3	5	8	3	5

| **Apéndice B: Datos y mediciones**

Tabla B1: Indicadores: salud materna, infantil y reproductiva

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 MICS	y
Retraso del crecimiento infantil	Porcentaje de niños con retraso de crecimiento infantil	Niños entre 0 y 59 meses de edad antes de la encuesta	1 si está por debajo de -2 DE de altura para la edad según el estándar de la OMS, 0 si está por encima de -2 DE	Edad de la madre: 12-49 años Edad del niño; 0-59 meses	DHS MICS	y
Sobrepeso	Porcentaje de niños con sobrepeso	Niños entre 0 y 59 meses de edad antes de la encuesta	1 si el puntaje z de peso para la altura está por encima de más 2 (+2.0) desviaciones estándar (DE), 0 si es igual o inferior.	Edad del niño; 0-59 meses	DHS MICS	y
Visitas prenatales durante el embarazo; 4 + visitas	Porcentaje de mujeres con un nacido vivo que haya tenido 4 o más visitas de atención prenatal en su último embarazo	Mujeres que han dado a luz en los últimos 2 años	1 si la mujer tuvo 4 o más visitas prenatales en el último embarazo, 0 en caso contrario.	Edad de la mujer; 12-49 años	DHS MICS	y
Atención prenatal de alta calidad	Porcentaje de mujeres con al menos una visita de atención prenatal en la que se midió la presión arterial, se tomó una muestra de orina y se extrajo una muestra de sangre.	Mujeres que han dado a luz en los últimos 2 años	1 si las mujeres tuvieron la presión arterial medida y se les tomó muestra de orina y muestra de sangre 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 MICS	y
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; 12-49 años	DHS MICS	y
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	Edad de la mujer; 12-49 años	DHS MICS	y
Mujeres con sobrepeso u obesidad	Porcentaje de mujeres con un IMC ≥ 25	Todas las mujeres con medidas de estatura y peso	1 si IMC ≥ 25 ; 0 si IMC < 25		DHS MICS	y
Mujeres obesas	Porcentaje de mujeres con IMC ≥ 30	Mujeres con medidas de estatura y peso	1 si IMC ≥ 30 ; 0 si IMC < 30	Edad de la mujer; 12-49 años	DHS MICS	y
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 MICS	y
Conocimiento de cualquier método de anticoncepción moderno (adolescentes)	Porcentaje de mujeres adolescentes (de 15 a 17 años) que conocen algún método moderno de anticoncepción	Mujeres adolescentes (15-17 años)	1 si la mujer conocía algún método moderno de anticoncepción; 0 en caso contrario	Edad de la mujer; 15-17 años	DHS MICS	y

Tabla B2: Indicadores: Indicadores: salud en los adultos

Indicador	Definición	Muestra (denominador)	Construcción (numerador)	Edad	Fuente
Obeso	Porcentaje de quienes son obesos (IMC \geq 30 kg/m ²)	Personas con medidas de altura y peso	1 if BMI=30; 0 if BMI \leq 30	min: 15 max: 108	Encuestas de salud y STEPS
Hipertensión	Porcentaje con PA elevada (PAS \geq 140 and/or PAD \geq 90 mmHg o actualmente con medicación para PA elevada)	Personas con medidas de hipertensión	1 si PAS \geq 140 y/o PAD \geq 90 mmHg o si actualmente está tomando medicamentos 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	min: 15 max: 111	Encuestas de salud y STEPS
Hipertensión, desconocida	Porcentaje de personas con hipertensión quienes previamente no estaban diagnosticadas con hipertensión	Personas hipertensas (bp_HBP==1)	1 si la persona no tenía un diagnóstico previo de hipertensión; 0 si la persona tenía un diagnóstico previo de hipertensión	min: 15 max: 105	Encuestas de salud y STEPS
Hipertensión no tratada	Personas hipertensas quienes no tienen 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	min: 15 max: 105	Encuestas de salud y STEPS
Diabetes	Porcentaje con glucosa en sangre en ayunas elevada (valor en plasma venoso \geq 126 mg/dl) o que actualmente está tomando medicamentos para la glucosa en sangre elevada	Personas con mediciones de glucosa	1 si la glucosa en sangre es \geq 126 mg/dl o si actualmente está tomando medicamentos para la glucosa en sangre elevada; 0 si la glucosa en sangre es 126 mg/dl y no toma medicamentos	min: 15 max: 111	Encuestas de salud y STEPS
Diabetes desconocida	Porcentaje de personas diabéticas que previamente no fueron diagnosticadas con diabetes	Personas diabéticas (glu_high_glu==1)	1 si la persona no tenía un diagnóstico previo de diabetes; 0 si la persona tenía un diagnóstico previo de diabetes	min: 15 max: 100	Encuestas de salud y STEPS
Diabetes no tratada	Personas diabéticas quienes no tienen medicación para su condición	Personas diabéticas (glu_high_glu==1)	1 si la persona no toma medicamentos para controlar la diabetes o no sabe que tiene diabetes; 0 si toma medicamentos para controlar la diabetes	min: 15 max: 100	Encuestas de salud y STEPS
Colesterol alto	Porcentaje con colesterol total elevado (\geq 190 mg/dl o que actualmente toma medicamentos para el colesterol elevado)	Personas con mediciones de colesterol	1 si el colesterol es \geq 190 mg/dl o si actualmente está tomando medicamentos para el colesterol elevado; 0 si el colesterol es 126 mg/dl y no toma medicamentos	min: 15 max: 111	Encuestas de salud y STEPS
Colesterol alto, desconocido	Porcentaje de personas con colesterol alto que previamente no fueron diagnosticadas con esa condición	Personas con colesterol alto (cho_high_cholesterol==1)	1 si la persona no tenía un diagnóstico previo de colesterol alto; 0 si la persona tenía un diagnóstico previo de colesterol alto	min: 15 max: 102	Encuestas de salud y STEPS
Colesterol alto, no tratado	Personas con colesterol alto que no tienen medicamentos para su condición	Personas con colesterol alto (cho_high_cholesterol==1)	1 si la persona no toma medicamentos para controlar el colesterol alto o no sabe que tiene el colesterol alto; 0 si toma medicamentos para controlar el colesterol alto	min: 15 max: 102	Encuestas de salud y STEPS

Tabla B3: Logro educativo utilizado en cada indicador

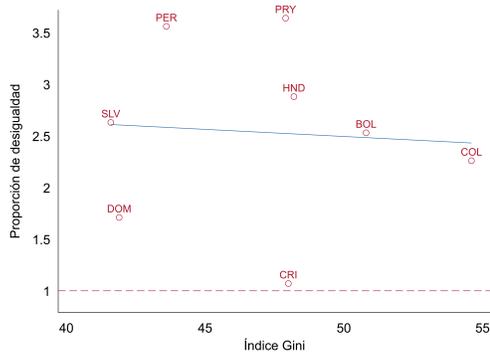
Indicador	Definición	Educación
Tasa de mortalidad infantil	Porcentaje de niños que mueren antes de cumplir el primer año de vida, por cada 1,000 nacidos vivos	Nivel educativo máximo entre la madre del niño y la pareja de la madre en la Encuesta Demográfica y de Salud . Maximum level of child mother education in MICS and ENDES.
Retraso del crecimiento infantil	Porcentaje de niños con retraso del crecimiento	Nivel educativo máximo entre la madre del niño, la pareja de la madre y el padre
Sobrepeso	Porcentaje de niños con sobrepeso	Nivel educativo máximo entre la madre del niño, la pareja de la madre y el padre
Visitas prenatales durante el embarazo; 4 + visitas	Porcentaje de mujeres con un nacido vivo que haya tenido 4 o más visitas de atención prenatal en su último embarazo	Nivel educativo máximo entre la madre del niño, la pareja de la madre y el padre
Atención prenatal de alta calidad	Porcentaje de mujeres con al menos una visita de atención prenatal en la que se midió la presión arterial, se tomó una muestra de orina y se extrajo una muestra de sangre	Nivel educativo máximo entre la madre del niño, la pareja de la madre y el padre
Embarazo adolescente	Porcentaje de mujeres mayores de 25 años que tuvieron su primer hijo antes de los 20 años	Nivel educativo máximo de la mujer
Embarazo no deseado	Porcentaje de mujeres embarazadas o con un hijo que no desean tener más hijos	Nivel educativo máximo de la mujer
Mujeres con sobrepeso u obesidad	Porcentaje de mujeres con IMC=25	Nivel educativo máximo de la mujer
Mujeres obesas	Porcentaje de mujeres con IMC=30	Nivel educativo máximo de la mujer
Necesidad insatisfecha de planificación familiar	Porcentaje de mujeres con una necesidad insatisfecha de planificación familiar	Nivel educativo máximo de la mujer
Conocimiento de cualquier método de anticoncepción moderno (adolescentes)	Porcentaje de mujeres adolescentes (de 15 a 17 años) que conocen algún método moderno de anticoncepción	Educación de los padres de adolescentes

| Apéndice C: Midiendo la salud mental

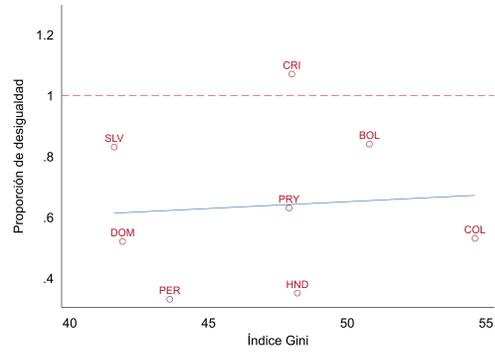
Las encuestas incluidas en este análisis transversal utilizan diferentes escalas de salud mental para detectar síntomas de enfermedades mentales, en la mayoría de los casos se centran en los síntomas de depresión, por lo tanto, esta es la medida homogeneizada que construimos en varios países.

Tabla C1: Medición de la salud mental

País	Encuesta	Escala	Respuesta	Punto de corte validado	Fuentes de validación
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Escala para adultos (= 17 años)					
Chile	ENS	Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta - Formulario Corto de sus siglas en inglés (CIDI-SF; Composite International Diagnostic Interview Short Form)	Binaria	3/8 items	Mojtabai and Olsson (2006)
Colombia	ENSM	Cuestionario de Autoinforme de 20 ítems de sus siglas en inglés (SRQ-20 ; Self Reporting Questionnaire 20-item)	Binaria	1/13 items	van der Westhuizen et al. (2016)
Peru	ENDES	Cuestionario de Salud del Paciente de 9 ítems de sus siglas en inglés (PHQ-9; Patient Health Questionnaire 9-item)	Binaria	2/9 items	Villarreal-Zegarra et al. (2019)
Paraguay	ELPS	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de 8 ítems de sus siglas en inglés (CESD-8; Center for Epidemiologic Studies Depression Scale 8-item)	Binaria	3/8 items	Karim et al. (2015)
Escala para adultos mayores (=50 años)					
Brazil	ELSI	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de 8 ítems de sus siglas en inglés (CESD-8; Center for Epidemiologic Studies Depression Scale 8-item)	Binaria	3/8 items	Wang et al. (2017)
Costa Rica	CRELES	Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems de sus siglas en inglés (GDS15; Geriatric Depression Scale 15-item)	Binaria	7/15 items	Park and Kwak (2021)

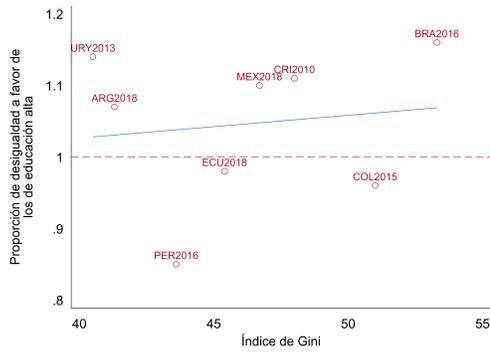


(a) Retraso del crecimiento

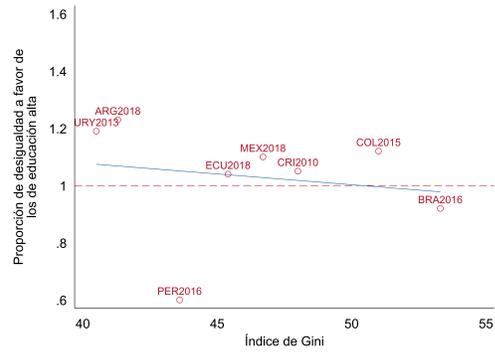


(b) Sobrepeso

Figura C1: Inequidades en salud infantil vs. Gini. *Nota:* Razón de inequidad a favor de personas altamente educadas de las Tablas 4 (Panel A) y 5 (Panel B), Columna (3).

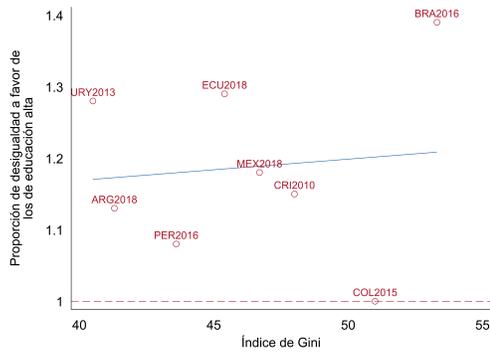


(a) Retraso del crecimiento

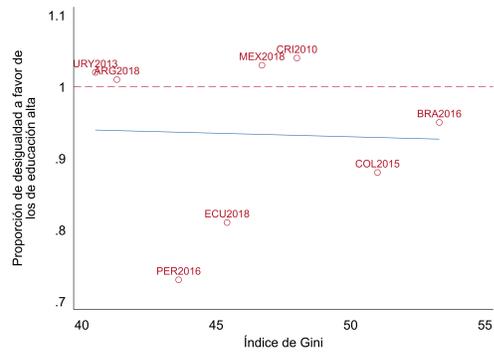


(b) Sobrepeso

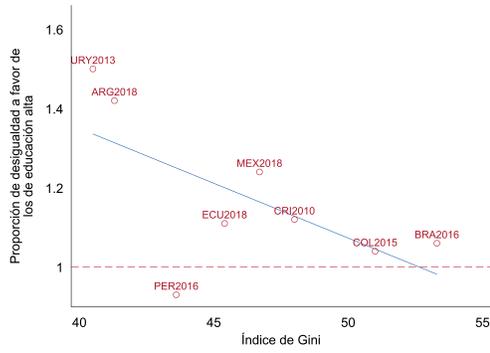
Figura C2: Inequidades en salud infantil vs. Gini. *Nota:* Razón de inequidad a favor de personas altamente educadas de las Tablas 11 (Panel A) y 10 (Panel B), Columna (3).



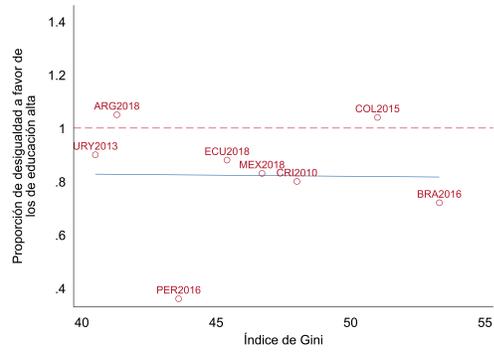
(a) Hipertensión Mujeres



(b) Hipertensión Hombres



(c) Obesidad Mujeres



(d) Obesidad Hombres

Figura C3: Colesterol alto, desconocido y no tratado, estandarizado a los 60 años. Nota: Mismas notas que en la Figura C2. Razones de inequidad divididas por género

Tabla A4: Ranking de AVADs por causa para América Latina y el Caribe, 2019

	Argentina	Bahamas	Barbados	Belize	Bolivia	Brazil	Chile	Colombia	Costa Rica	Cuba	Dom Rep	Ecuador	El Salvador	Guatemala	Guyana	Haiti	Honduras	Jamaica	Mexico	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Peru	Suriname	TandT	Uruguay	
<i>ENTs</i>																											
Enfermedades cardiovasculares	2	1	2	1	3	1	2	1	2	1	1	1	3	4	1	1	1										
Enfermedades respiratorias crónicas	10	16	14	15	13	14	10	13	12	10	15	15	15	17	16	15	12	12	14	14	16	13	15	14	8	14	
Diabetes y patologías renales	6	3	3	2	6	7	6	6	4	4	6	3	2	1	2	9	6	3	1	1	4	9	2	2	9	4	
Enfermedades digestivas	11	12	8	14	9	10	9	12	8	9	10	10	8	7	9	12	4	13	6	7	12	10	9	9	11	12	
Infecciones entéricas	19	19	19	19	18	19	18	19	18	18	17	18	18	13	18	8	13	19	19	18	19	17	18	19	19	18	
Trastornos mentales	5	8	6	6	7	3	4	7	5	5	5	5	6	10	8	11	9	5	8	5	3	4	6	6	5	7	
Trastornos musculoesqueléticos	3	6	4	9	10	4	3	4	3	3	8	6	5	11	11	17	8	6	4	6	5	5	7	5	3	5	
Neoplasias	1	2	1	3	2	2	1	2	1	2	3	2	4	5	3	7	2	2	3	3	2	1	3	3	1	2	
Trastornos neurológicos	9	11	7	11	11	9	7	8	7	8	12	11	9	12	14	16	11	8	9	9	7	11	11	8	7	10	
Otras enfermedades no transmisibles	4	4	5	5	5	5	5	5	6	6	4	4	7	9	6	3	7	4	5	4	6	2	5	4	4	6	
Enfermedades de la piel y subcutáneas	15	15	12	16	16	16	13	15	15	14	16	14	17	18	19	19	16	14	15	17	15	14	16	16	14	16	
Trastornos por consumo de sustancias	16	17	17	18	19	15	14	16	16	15	20	17	11	15	20	21	17	18	16	15	17	18	19	18	16	19	
<i>ETs</i>																											
VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual	17	9	16	13	17	18	17	17	17	19	14	16	16	19	13	6	21	11	18	16	14	15	13	13	17	17	
Trastornos maternos y neonatales	13	13	10	7	1	8	16	9	13	16	2	8	14	8	5	2	5	7	11	8	10	6	4	10	15	8	
Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	21	21	21	21	21	20	21	20	21	21	21	21	21	21	17	20	19	21	20	21	21	21	21	21	21	15	
Deficiencias nutricionales	18	18	18	17	14	17	19	18	19	17	18	19	19	16	15	14	18	17	17	19	18	19	17	17	18	20	
Otras enfermedades infecciosas	20	20	20	20	20	21	20	21	20	20	19	20	20	20	21	13	20	20	21	20	20	20	20	20	20	21	
Infecciones respiratorias y tuberculosis	7	14	11	12	4	13	15	14	14	11	13	13	12	3	10	4	14	15	13	12	13	7	14	15	13	13	
<i>Lesiones</i>																											
Autolesiones y violencia interpersonal	12	7	13	4	15	6	11	3	10	12	9	12	1	2	4	10	3	9	7	10	11	16	8	7	10	3	
Lesiones por transporte	14	10	15	10	12	12	12	10	9	13	7	7	10	14	12	18	15	16	12	13	8	12	12	12	12	9	
Lesiones no intencionadas	8	5	9	8	8	11	8	11	11	7	11	9	13	6	7	5	10	10	10	11	9	8	10	11	6	11	

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.