

---

## políticas sociales

# **I**ncidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos

Marcela Peticara

División de Desarrollo Social

Santiago de Chile, abril de 2008



SESENTA AÑOS CON AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



Este documento fue preparado por Marcela Peticara, consultora de la División de Desarrollo Social, de la CEPAL, en el marco de las actividades del proyecto CEPAL/PNUD (UND/07/002). Se agradecen los valiosos comentarios y guía de Ana Sojo, de la División de Desarrollo Social de la CEPAL, y el apoyo de Xavier Mancero y del equipo de la División de Estadística y Proyecciones Económicas de la CEPAL quienes proporcionaron la información primaria para la elaboración de este informe. Adicionalmente, el trabajo se enriqueció notablemente con los aportes de Andras Uthoff, Cecilia Vera y Ernesto Espíndola.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización.

---

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN versión impresa 1564-4162      ISSN versión electrónica 1680-8983

ISBN: 978-92-1-323187-6

LC/L. 2879-P

N° de venta: S.08.II.G.18

Copyright © Naciones Unidas, abril de 2008. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

---

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

## Índice

---

<b>Resumen</b> .....	7
<b>Introducción</b> .....	9
<b>I. Protección social y sistemas de salud en los siete países estudiados</b> .....	13
<b>II. Gastos de bolsillo en salud y gastos catastróficos: definiciones y descripción básica</b> .....	19
<b>III. La diversa incidencia de los gastos de bolsillo en salud</b> .....	29
1. Variables que explican la diversa incidencia de los gastos de bolsillo en salud.....	29
2. La desigual distribución del gasto de bolsillo en salud.....	32
<b>IV. Conclusiones</b> .....	35
<b>Bibliografía</b> .....	37
<b>Anexos</b> .....	41
Anexo I Glosario de variables .....	43
Anexo II Sistemas de salud en los países seleccionados.....	45
Anexo III Modelado de la incidencia de los gastos de bolsillo en salud .....	47
<b>Anexo estadístico</b> .....	51
<b>Serie Políticas sociales: números publicados</b> .....	67

**Índice de cuadros**

CUADRO 1	PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, CARACTERIZACIÓN SEGÚN INGRESOS, NIVELES DE GASTO EN SALUD Y SISTEMAS DE SALUD .....	15
CUADRO 2	PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, COBERTURA LEGAL OBLIGATORIA DEL SEGURO SOCIAL.....	16
CUADRO 3	PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y ALGUNOS PAÍSES DESARROLLADOS, INDICADORES DE GASTO EN SALUD, DATO ESTIMADOS POR LA OMS PARA EL AÑO 1997, REVISADOS HASTA MAYO DEL 2001 .....	17
CUADRO 4	PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, ENCUESTAS DE INGRESOS Y GASTOS: COBERTURAS Y PERÍODOS DE REALIZACIÓN .....	20
CUADRO 5	PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, HOGARES CUBIERTOS POR ALGÚN TIPO DE SEGURO MÉDICO .....	21
CUADRO A-1	PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, INDICADORES BÁSICOS.....	52
CUADRO A-2	PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, PROPORCIÓN DE HOGARES QUE REPORTA GASTO DE BOLSILLO EN SALUD CERO POR QUINTIL DE INGRESO PER CÁPITA FAMILIAR .....	53
CUADRO A-3	PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, DISTRIBUCIÓN DE LOS HOGARES SEGÚN DISTINTOS NIVELES DE LA CGB Y TENENCIA DE SEGURO MÉDICO .....	54
CUADRO A-4	PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, ESTRUCTURA Y NIVELES DE GASTO POR CGB .....	55
CUADRO A-5	PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, DETERMINANTES GASTO DE BOLSILLO EN SALUD MODELO LINEAL CON CONTROL DE SELECCIÓN - VARIABLE PENDIENTE LOGARITMO NATURAL DE LA CGB.....	56
CUADRO A-6	PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, DETERMINANTES GASTO DE BOLSILLO EN SALUD MODELO LINEAL CON CONTROL DE SELECCIÓN - VARIABLE PENDIENTE LOGARITMO NATURAL DE LA CGB. EFECTOS MARGINALES ECUACIÓN DE SELECCIÓN.....	57
CUADRO A-7	ARGENTINA, REGRESIONES POR CUANTILES .....	58
CUADRO A-8	BRASIL, REGRESIONES POR CUANTILES .....	59
CUADRO A-9	CHILE, REGRESIONES POR CUANTILES.....	60
CUADRO A-10	COLOMBIA, REGRESIONES POR CUANTILES .....	61
CUADRO A-11	ECUADOR, REGRESIONES POR CUANTILES .....	62
CUADRO A-12	MÉXICO, REGRESIONES POR CUANTILES.....	63
CUADRO A-13	URUGUAY, REGRESIONES POR CUANTILES .....	64
CUADRO A-14	PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, REGRESIONES POR CUANTILES PREDICCIONES PARA EL MODELO CON CONTROL POR SELECCIÓN .....	65

**Índice de gráficos**

GRÁFICO 1	PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, INCIDENCIA DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD SOBRE CAPACIDAD DE PAGO.....	23
GRÁFICO 2	PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, PORCENTAJE DE HOGARES QUE “EMPOBRECEN” TRAS AFRONTAR GASTOS DE BOLSILLO EN SALUD.....	24
GRÁFICO 3	PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, DISTRIBUCIÓN ACUMULADA DE LOS HOGARES DE LOS HOGARES SEGÚN NIVEL DE LA CGB.....	26
GRÁFICO 4	ARGENTINA, DISTRIBUCIÓN ACUMULADA DE LOS HOGARES SEGÚN LA CGB Y TENENCIA DE SEGURO MÉDICO .....	26

GRÁFICO 5	PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, GASTO EN MEDICAMENTOS, DEL GASTO DE BOLSILLO TOTAL .....	27
GRÁFICO 6	PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, CGB POR NIVELES DE INGRESO PREDICCIONES DEL MODELO LINEAL, POR DECILES DEL INGRESO PER CÁPITA FAMILIAR, PRIMER DECIL=1 .....	30
GRÁFICO 7	PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, PERCENTILES DE LA CGB. PREDICCIONES PARA LA CATEGORÍA BASE, REGRESIONES POR CUANTILES .....	34



## Resumen

---

Para los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México y Uruguay se caracterizan los niveles de gasto de bolsillo en salud (GBS). Argentina resalta como un país con una cobertura de seguro social de salud relativamente extendida, pero en el cual los hogares deben desembolsar grandes sumas (en relación a su capacidad de pago) en concepto de gastos de bolsillo. El 10% de la población con mayor gasto tiene erogaciones que superan el 20% de su capacidad de pago total, valor muy superior a los de Chile y Ecuador, que son 10% y 7,5% respectivamente. En Uruguay, los hogares realizan GBS relativamente moderados, pero tienen gastos de bolsillo relativamente importantes por seguros médicos.

En los siete países, tres características elevan la incidencia de los gastos de bolsillo: jefe mayor a 65 años, eventos hospitalarios, presencia de adultos mayores. Los gastos catastróficos están asociados a eventos hospitalarios. Los gastos de bolsillo por eventos hospitalarios segmentan a los países en tres grupos. En Chile y México un hogar que experimenta un evento hospitalario puede ver crecer su razón gasto a capacidad de pago en 5 y 6 veces respectivamente. En Argentina, Brasil, Colombia y Ecuador, esta razón crece entre 2 y 3 veces. Finalmente, en Uruguay, un hogar que experimenta un evento hospitalario ve aumentar su razón de gasto a capacidad de pago en apenas un 20%.



## Introducción

---

Los avances en servicios médicos, medicina preventiva y curativa en las últimas décadas no sólo se han traducido en aumentos en la esperanza de vida, sino también en cambios sustanciales en la prevalencia y patrones de enfermedades. Mayor longevidad no necesariamente se traduce en calidad de vida, ya que la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión, cáncer, diabetes, entre otras) es particularmente alta entre la población adulta. En países de bajo desarrollo, el aumento en enfermedades crónicas coexiste con enfermedades endémicas de difícil erradicación (malaria y dengue, por ejemplo) y enfermedades transmisibles como el sida y hepatitis. Frente a esta realidad cobra vital importancia, independientemente del grado de desarrollo del país, el debate de cómo estructurar los sistemas de salud para garantizar la adecuada provisión de servicios de salud (prestación universal), la equidad en las contribuciones, y prevenir el empobrecimiento de la población estableciendo mecanismos de protección frente a gastos catastróficos.

Las restricciones de la protección social en salud se traducen en eventos de morbilidad serios (hipertensión, trasplante de riñón) o en pequeños eventos que, por recurrentes, (bronquitis recurrente en un lactante) pueden ocasionar altos gastos de bolsillo. Potencialmente, ambos pueden llegar a ser catastróficos, en términos de los gastos de los hogares y de las personas.

Si bien la literatura no es concluyente sobre cuáles son los elementos centrales de un sistema de seguro de salud que protegen a los hogares de gastos catastróficos, o sobre qué características de los mismos los hacen más proclives a incurrir en tal magnitud de gastos, abundantes análisis buscan evaluar la incidencia de estos aspectos sobre el nivel del gasto de bolsillo en salud (GBS) o sobre la probabilidad de enfrentar gastos catastróficos.

Según reportan Xu et al. (2005), cada año alrededor de 44 millones de hogares (aproximadamente un 2.5% de la población mundial) enfrentan gastos de salud considerados catastróficos. El 16% de éstos empobrecen por sus erogaciones en salud. Si se considera que algunos hogares pueden no utilizar servicios de salud por barreras geográficas o por la incapacidad de efectuar gastos, el carácter catastrófico de los gastos podría ser aún mayor.

Los gastos catastróficos no necesariamente son producto de serios eventos de morbilidad. Esto es, la incidencia relativa de gastos catastróficos en un cierto país, no sólo está relacionada con el estado de salud de la población, sino también con la estructura de su sistema de seguro de salud. En particular, la incidencia de gastos catastróficos debería ser menor, por ejemplo, en un país que ofrece un paquete de garantías explícitas, universales y exigibles o en un país en el que Estado ofrece cobertura universal y gratuita a toda la población.

Generalmente el riesgo de incurrir en gastos catastróficos es mayor en hogares de bajos ingresos, en los que existen adultos mayores, no asegurados o con seguros de cobertura limitada que involucran altos copagos, en los que alguno de sus integrantes enfrenta enfermedades crónicas, o enfrenta eventos hospitalarios.<sup>1</sup> Los esquemas de aseguramiento presentes en cada país, también inciden en el monto de los GBS. Diversos estudios reportan que el aseguramiento universal, la introducción de seguros populares en sistemas de aseguramiento estratificados y excluyentes, y ciertas formas de provisión de servicios reducen la incidencia de los gastos catastróficos en salud, aún cuando las mayores mejoras no siempre benefician a la población de menores recursos.<sup>2</sup>

El propósito de este trabajo es caracterizar la incidencia de los GBS en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México y Uruguay,<sup>3</sup> analizando encuestas de ingresos y gastos con modelos econométricos, para analizar las características de los hogares que enfrentan mayores gastos médicos de bolsillo. Pero los resultados de estos modelos de ninguna manera pueden interpretarse de manera causal, ya que algunas de las variables explicativas incluidas son potencialmente endógenas. Si bien los modelos econométricos usados carecen de un modelo teórico que defina a priori las variables explicativas que deben incluirse, las variables incluidas están en línea con las sugerencias encontradas en la literatura relacionada (Prah Ruger y Kim, 2007; Xu, 2005; Xu et al., 2003a; Xu et al., 2003b).

Existen estudios previos que estudian la incidencia de los GBS en países latinoamericanos, como por ejemplo los trabajos de Cavagnero et al (2006) para Argentina, el estudio cualitativo del MINSAL (2007) para Chile, Ruiz et al. (2007) y Mora Álvarez (2000) para Colombia y los de Sesma-Vázquez et al. (2005) y Knaul et al. (2005a) para México. Con mayor o menor nivel de sofisticación, estos estudios evalúan la incidencia de los gastos catastróficos en salud.

---

<sup>1</sup> Ver por ejemplo los trabajos de Cavagnero et al (2006) para Argentina, Prah (2007) para Korea, Rous y Hotchkiss (2003) para Nepal y Chu et al. (2005) para Taiwán. Para Estados Unidos existen numerosos papers que estudian la incidencia de los GBS. Ver por ejemplo Banthin y Bernard (2006), Banthin, Bernard y Encinosa (2006), Monheit (2003), Selden y Banthin (2003), Galbraith et al (2005), Harman et al (2004), Hong y Kim, Hwang et al (2001) y Rasell, Bernstein y Tang (1994), entre otros.

<sup>2</sup> Ver por ejemplo Devadasan et al (2007) para India, Knaul et al. (2005b) y Knaul et al. (2005a) para México, Jowett et al (2003) para Vietnam, Pati et al. (2005) y Wong (2005) para USA.

<sup>3</sup> Al momento de iniciar este trabajo CEPAL contaba con encuestas de gasto también para Bolivia, Perú y República Dominicana. Revisiones preliminares de CEPAL de esas encuestas sugerían problemas de reporte de algunos ítems de gasto. Por esta razón se postergó trabajar con esas encuestas. Actualmente también hay información para Honduras y Nicaragua, y se está considerando extender el análisis a estos cinco países

Adicionalmente algunos países latinoamericanos están representados en los meta estudios de Musgrove (2002), Suárez, Gordillo y Vane (2007) y Xu et al. (2003a).

El aporte de este trabajo descansa en tres pilares. Es el primer intento de analizar la incidencia del GBS en forma comparativa para un grupo de países latinoamericanos. Segundo, advierte sobre que un grupo familiar puede no tener gastos de salud de bolsillo inusualmente altos de acuerdo a su nivel de ingreso por varias razones: (i) porque tiene una buena cobertura de salud mediante un sistema público o privado; (ii) porque no experimentó eventos graves o recurrentes de salud en el período de medición; (iii) porque su nivel de ingreso es tan precario, como para impedirle gastar en salud aún cuando enfrente eventos graves de salud, circunstancia que ha sido ampliamente ignorada en la literatura (ver Gilleskie y Mroz (2000)). De allí que se emplee un modelo lineal con sesgo de selección para modelar los gastos promedio en salud que permite controlar que muchos hogares pueden no tener gastos positivos de bolsillo.

Tercero, se propone ir más allá de investigar gastos promedio para caracterizar la distribución del GBS mediante modelos de regresión por cuantiles. Estas regresiones permiten caracterizar cómo cambia la distribución del GBS (o la razón gasto de bolsillo al ingreso de no subsistencia del hogar) de manera condicional a un cierto conjunto de variables: edad del jefe, su nivel educativo, cobertura en salud del hogar, el área geográfica, el ingreso per cápita del hogar, condición de actividad del jefe y presencia de niños menores y adultos mayores.

La estructura del trabajo es la siguiente. En la próxima sección se presentan algunos indicadores globales sobre el nivel de desarrollo y estructura de los sistemas de salud en los países estudiados. En la tercera se describen brevemente las fuentes de información utilizadas y se presentan algunas estadísticas globales de la incidencia del gasto en salud de bolsillo para los siete países seleccionados. En la cuarta, se describen los modelos econométricos a estimar. La quinta presenta los resultados de las estimaciones. Finalmente, la sección seis sintetiza las conclusiones.



## I. Protección social y sistemas de salud en los siete países estudiados

---

Los siete países estudiados presentan importantes diferencias en sus patrones de gasto público, la organización y cobertura de sus sistemas de salud. Los países de mayores ingresos per cápita en la muestra son Argentina, Chile, México y Uruguay (Musgrove et al., 2002). El grupo de países analizado es, a pesar de resto, relativamente homogéneo en lo que respecta a indicadores básicos de salud como son las tasas de mortalidad adulta e infantil. La excepción es Ecuador, que ostenta altas tasas (cuadro 1).

El cuadro 1 también clasifica a los países según sus patrones de gasto público y privado en salud, y según la estructura y cobertura de sus sistemas de salud. En Uruguay, Argentina y Chile el sector público participa con una alta proporción del gasto total en salud, mientras que en Ecuador, Brasil, México y Colombia el gasto público en salud es menor al 33% del gasto total.

Es de gran utilidad caracterizar a los sistemas de salud y de protección social de cada país, ya que potencialmente, ciertas características de los sistemas de salud y esquemas de aseguramiento determinan distintos niveles de cobertura y equidad en el acceso a servicios de salud, y finalmente inciden sobre la composición y nivel del GBS.

Las principales características de los sistemas de salud tienen que ver con la forma en que el Estado garantiza cobertura médica o brinda algún tipo de seguro médico a la población de menores recursos, el nivel

de integración entre los regímenes contributivos y subsidiados o gratuitos, y el nivel de cobertura que los distintos subsistemas ofrecen a los familiares dependientes del cotizante.

A grandes rasgos, los siete países pueden agruparse en tres conjuntos (CEPAL, 2006; Mesa-Lago, 2005) según el grado de integración de los sistemas público y privado y las fuentes de financiamiento (ver cuadro 1 y anexo II).<sup>4</sup>

Por un lado tenemos a Brasil, con un sistema de salud con financiamiento esencialmente contributivo y prestaciones universales a través de un Sistema Único de Salud (SUS). El SUS fue creado en el año 1988 y garantiza el acceso a la salud a toda la población del país. Los prestadores directos son los municipios y estados, que cuentan con una red propia de establecimientos que brindan atención ambulatoria y hospitalización o subcontratan servicios en el sector privado (OPS, 2005). Un porcentaje no menor de la población (44%), en general de mayores ingresos, complementa el seguro público con seguros privados. La extensión de la cobertura en Brasil parece ser alta. Medici (2001) estima que la población no cubierta asciende a un 7% aproximadamente. Pero de todas maneras, más del 50% del gasto total en salud proviene de los bolsillos de los hogares (CEPAL, 2006).<sup>5</sup>

En un segundo grupo tenemos a Argentina, Ecuador, México y Uruguay. En estos países la integración entre el financiamiento público y las cotizaciones a la seguridad social es escasa (CEPAL, 2006). Tienen sistemas tripartitos (sistema público, seguro social y seguro privado) en los que coexisten múltiples instituciones proveedoras. Los mecanismos de coordinación o mecanismos solidarios entre el subsistema público y el privado no están presentes o su funcionamiento es limitado. El Estado provee seguro médico o presta servicios de salud a la población de menores recursos y existe un sistema de seguridad social contributivo y proveedores privados (CEPAL, 2006). El sistema de seguridad social cubre obligatoriamente a la población asalariada (ver cuadro 2), pero los trabajadores no asalariados pueden afiliarse voluntariamente. No siempre los seguros sociales cubren a la familia del cotizante. Sólo en Argentina la norma es cubrir a todo el grupo familiar por un pago marginal bajo o nulo (OPS, 1998). En Ecuador los dependientes del cotizante al seguro social no están cubiertos a menos que sean embarazadas, niños pequeños, pensionados o discapacitados (OPS, 2001).

---

<sup>4</sup> La caracterización de los sistemas de salud de los siete países estudiados se realizó siguiendo los criterios delineados en CEPAL (2006) y Mesa-Lago (2005). Adicionalmente la descripción de los sistemas de salud se hizo en base a los siguientes trabajos. Argentina: Montoya (2000), Mora Álvarez (2000) y OPS (2002b); Brasil: Marques (1999) y OPS (2005); Chile: Sojo (2006), Titelman (2000), Larrañaga (2000), Wainer (2000), Bitrán (2000) y OPS (2002a); Colombia: Restrepo (2000) y Morales (Morales S., 1997; 2000); Ecuador: OPS (2001); México: Dávila (2000) y OPS (2002b); Uruguay: OPS (2002c).

<sup>5</sup> En CEPAL (2006), Cuadro III.2 que tiene como fuente el *Informe sobre la salud en el mundo elaborado por la OMS (2005)* se consigna que el 54% del gasto total en salud es gasto privado, mientras que el 19.4% se destina al pago de seguros y planes privados.

**CUADRO 1**  
**PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, CARACTERIZACIÓN SEGÚN INGRESOS,**  
**NIVELES DE GASTO EN SALUD Y SISTEMAS DE SALUD**

	Ingresos medios U\$2200-U\$7000	Ingresos altos >U\$7000
Mortalidad infantil/adulta <sup>a</sup>		
Ambas son muy bajas	Brasil y Colombia	
Ambas son bajas		Argentina, Chile, México y Uruguay
Ambas son altas	Ecuador	
Sistema de salud		
<i>Por participación del gasto público en salud en el Gasto total<sup>b</sup></i>		
Predominantemente público (GPS>66%)		Uruguay
Sistema mixto (GPS>50% pero <66%)		Argentina, Chile
Predominantemente privado (GPS<33%)	Ecuador, Brasil y Colombia	México
<i>Tipo de financiamiento<sup>c</sup></i>		
Rentas generales- esquema no contributivo	Brasil	
Rentas generales y cotizaciones SS integradas	Colombia	Chile
Rentas generales y cotizaciones SS; integración nula o baja	Ecuador	Argentina, México y Uruguay
<i>Paquetes de garantías explícitas c/</i>		
SI	Brasil y Colombia	Argentina, Chile, México y Uruguay
NO	Ecuador	
Cobertura del seguro social y sistema público d/		
40-60%	Ecuador	Uruguay
60-80%	Colombia, Brasil	Chile
80% y más		Argentina; México
Gasto privado en salud como % del gasto privado total b/		
0-3%		
3-5%	Colombia, Ecuador	Uruguay (*)
5-7%	Brasil	
7-9%		Chile, México
10% o más		Argentina
Gasto en seguro de salud como % del gasto de salud privado b/		
0-20%	Ecuador	México
20-40%	Colombia	Argentina, Chile
40-60%	Brasil	
60-80%		Uruguay

Fuente: <sup>a</sup> Musgrove et al. (2002), Tabla 1 y 2. Datos 97-2001; <sup>b</sup> Suares, Gordillo y Vane (Por aparecer), Tabla 2, Tabla 3 y Tabla 5. Datos 2003-2004; <sup>c</sup> CEPAL (2006), Cuadro III.4 y III.5; <sup>d</sup> Mesa-Lago (2005), Capítulo 3, Cuadro 3. Datos 2002-2004.

**CUADRO 2**  
**PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA,**  
**COBERTURA LEGAL OBLIGATORIA DEL SEGURO SOCIAL**

	Asalariados	Cuenta propia	Domésticos	Agrícolas	Pensionados	Dependientes
Argentina	SI	voluntaria <sup>a</sup>	SI	SI	SI	SI
Brasil	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Chile	SI	voluntaria <sup>c</sup>	SI	SI	SI	SI <sup>b</sup>
Colombia	SI	SI <sup>d</sup>	SI	?	SI	SI
Ecuador	SI	voluntaria	SI <sup>e</sup>	SI <sup>f</sup>	SI	SI <sup>g</sup>
México	SI	voluntaria	voluntaria	SI <sup>f</sup>	SI	SI
Uruguay	SI	voluntaria	SI	SI	SI <sup>h</sup>	SI <sup>i</sup>

Fuente: Extracto del cuadro 2 en Mesa-Lago (2005), página 44.

Notas: <sup>a</sup> Salvo monotributistas donde es obligatoria;

<sup>b</sup> Si el individuo está afiliado a una ISAPRE debe pagar un costo variable según tramos de edad por sus hijos y cónyuge.;

<sup>c</sup> Automática para afiliados al sistema de pensiones.;

<sup>d</sup> No se cumple en la práctica. Aquellos que ganan más de 2 salarios mínimos son parte del régimen contributivo.;

<sup>e</sup> No se cumple en la práctica.;

<sup>f</sup> Los campesinos están cubiertos por un régimen especial;

<sup>g</sup> Sólo embarazada y menores a 1 año o discapacitados.;

<sup>h</sup> Sólo pensionados con ingreso inferior a un cierto máximo.;

<sup>i</sup> Afiliación voluntaria; el hogar debe extender el seguro del cotizante pagando por sus cargas legales. Sólo cubre a hijos menores; de 9 años.

En Uruguay, el cotizante debe pactar con su Institución de Asistencia Médica Colectiva las condiciones bajo las cuales su grupo familiar estará cubierto o debe contratar “seguros parciales” o de “emergencia”. No es extraño, entonces, encontrar que en Uruguay el 63% del gasto privado en salud se destina a pagar seguros de salud (Musgrove, et al., 2002). En Argentina, Ecuador y Uruguay la población de menores recursos recibe prestaciones directas del Estado por medio de hospitales públicos y consultorios.

Finalmente, Colombia y Chile pueden considerarse regímenes mixtos, con una cierta integración entre las rentas generales y cotizaciones a la seguridad social (CEPAL, 2006). En Colombia, el régimen contributivo cubre a empleados asalariados e independientes y sus dependientes de ingresos medios y altos. Parte de las cotizaciones (un 1% de 12%) contribuyen a financiar el régimen subsidiado, orientado a cubrir trabajadores formales de bajos ingresos (ingresos inferiores a dos veces el salario mínimo), trabajadores informales y desempleados. La provisión de servicios médicos está a cargo de instituciones privadas quienes reciben una capitación y están obligadas a proveer el 50% del plan obligatorio para el régimen contributivo. Los hospitales públicos deben proveer todo aquel servicio no provisto por el régimen subsidiado (Morales S., 1997; Restrepo T., 2000). En Chile, existe un sistema dual extremadamente segmentado. Todos los asalariados cotizan un 7% de su ingreso al régimen público FONASA o a instituciones aseguradoras privadas (ISAPRES). Los independientes no tienen la obligación de cotizar. FONASA cubre tanto al trabajador como a sus dependientes. Un trabajador afiliado a una ISAPRE puede, en forma optativa, incluir a su grupo familiar. Si el costo total del plan de salud es superior al 7%, el trabajador debe aportar la diferencia. El grado de cobertura varía por plan, y cada plan tiene un factor de ajuste asociado a la edad y género del cotizante. La población de menores recursos y de mayor riesgo es la afiliada a FONASA, por lo que el financiamiento del seguro

público termina parcialmente a cargo de rentas generales (Larrañaga, 2000; OPS, 2002a; Titelman, 2000).

El cuadro 3 presenta algunas estadísticas básicas de gasto en salud comparando los países de nuestra muestra con países desarrollados. Brasil, Ecuador y México se distinguen como países con niveles de gasto en salud (en relación a su PIB) particularmente bajos. A excepción de Estados Unidos, en los países desarrollados la participación del gasto privado en el gasto de salud total es baja, en torno al 20-30%. En Argentina, Colombia y Ecuador la participación del gasto privado en el gasto en salud total es alrededor del 50%, mientras que en Brasil, Chile, México y Uruguay está entre 50-60%. Nuevamente Uruguay y Brasil se destacan por su gasto en seguro médico, que representa aproximadamente un 63% y 50% del gasto privado en salud respectivamente. Niveles similares de gasto en seguro de salud sólo se encuentran en Estados Unidos y en los Países Bajos.

**CUADRO 3**  
**PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y ALGUNOS PAÍSES DESARROLLADOS,**  
**INDICADORES DE GASTO EN SALUD, DATO ESTIMADOS POR LA OMS**  
**PARA EL AÑO 1997, REVISADOS HASTA MAYO DEL 2001**

	Gasto en salud total / PIB %	Gasto privado en salud / gasto en salud total %	Gasto público en salud / gasto público total %	Gasto en seguros privados / gasto privado en salud %	Gasto salud per cápita en PPP		
					Gasto total en salud	Gasto público en salud	Gasto de bolsillo en salud
Alemania	10,5	23,4	14,5	29,5	\$2,336	\$1,789	\$361
Argentina	8,0	44,8	20,1	24,8	\$953	\$526	\$322
Brasil	6,5	59,7	9,7	48,1	\$438	\$177	\$136
Canadá	9,0	30,1	15,4	36,1	\$2,181	\$1,524	\$374
Chile	7,0	63,7	10,8	33,7	\$609	\$221	\$257
Colombia	9,3	42,4	18,2	38,9	\$569	\$328	\$147
Ecuador	3,7	49,2	7,0	10,6	\$120	\$61	\$39
España	7,0	23,5	13,5	23,4	\$1,162	\$897	\$210
Estados Unidos	13,0	54,6	18,0	60,6	\$3,915	\$1,780	\$603
Italia	8,3	32,5	11,2	3,9	\$1,742	\$1,176	\$410
México	5,3	56,7	6,0	2,7	\$406	\$176	\$216
Nueva Zelanda	7,6	22,7	12,7	29,8	\$1,381	\$1,068	\$216
Países Bajos	8,7	31,1	12,6	57,5	\$1,960	\$1,350	\$142
Reino Unido	6,7	16,3	14,3	21,3	\$1,399	\$1,171	\$153
Suecia	8,1	15,8	11,5	0,0	\$1,743	\$1,469	\$275
Uruguay	10,0	54,1	13,7	63,3	\$922	\$424	\$183

Fuente: Musgrove et al. (2002), Cuadro 1 (pág. 143).

Notas: PPP: paridad de poder de compra; PIB: producto interno bruto.



## **II. Gastos de bolsillo en salud y gastos catastróficos: definiciones y descripción básica**

---

Los GBS son aquellas erogaciones en ítems de salud (hospitalización, procedimientos ambulatorios, medicamentos) netas de cualquier reembolso efectuado por el sistema de salud o seguro al que se esté afiliado. Se consideran catastróficos los GBS que superan una cierta cota o *threshold* de la capacidad de pago del hogar. La capacidad de pago del hogar se define como el ingreso total del hogar menos aquel nivel de gasto necesario para cubrir necesidades básicas de subsistencia. En la literatura, se ha tomado como cota el 40%.

Para definir las variables de interés (gastos de salud de bolsillo, consumo del hogar, consumo en alimentos, la capacidad de pago total, etc.) se seguirá la metodología propuesta por Xu (2005). En el anexo I se presenta un glosario de las principales variables definidas para este informe.

Para estudiar el GBS se utilizan encuestas de ingresos y gastos. El cuadro 4 consigna los nombres de las encuestas utilizadas en este trabajo, su cobertura y período de realización.

**CUADRO 4**  
**PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, ENCUESTAS DE INGRESOS Y GASTOS:**  
**COBERTURAS Y PERÍODOS DE REALIZACIÓN**

País	Nombre	Cobertura	Período
Argentina	Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares	urbana	febrero 1996- marzo 1997
Brasil	Pesquisa de Orçamentos Familiares	nacional	julio 2002- junio 2003
Chile	V Encuesta de Presupuestos Familiares	Gran Santiago	agosto 1996- julio 1997
Colombia	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos	23 capitales de departamento.	marzo 1994- febrero 1995
Ecuador	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbanos	urbana	febrero 2003- enero 2004
México	Encuesta Nacional de Ingreso-Gasto de los Hogares	nacional	3º trimestre de 2004
Uruguay	Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares	Montevideo e interior urbano	junio 1994- mayo 1995

Fuente: División de Estadísticas y Proyecciones Económicas de la CEPAL

Claramente no existe homogeneidad en las encuestas, en el sentido que algunas de ellas tienen representatividad nacional (Brasil, México), otras son sólo encuestas urbanas (Argentina, Ecuador), mientras que otras se circunscriben a la capital del país o capitales de estados (Chile, Colombia y Uruguay). Las encuestas de Argentina, Chile, Colombia y Uruguay se realizaron alrededor de los años 1994-1997, mientras que las encuestas de Brasil, Ecuador y México se toman en los años 2002-2004. Estos detalles restringen la comparación entre países.

Adicionalmente, las encuestas sólo tienen información de cobertura de seguro médico para Argentina, Brasil, Ecuador, México y Uruguay. Para estos países se presentan las estadísticas desagregadas por este concepto. Para captar la diversidad de la cobertura de aseguramiento, se distinguen tres grupos: hogares en los que ningún miembro tiene cobertura; aquellos en los que todos sus miembros tienen cobertura, y en los que tienen cobertura solo algunos miembros, normalmente insertos en el mercado laboral. Los dos primeros, para cada país, representan los menos y más favorecidos, mientras que el último constituye un grupo intermedio. Brasil en este contexto es un caso particular, ya que en este país existe un seguro social con cobertura universal y entonces la mayoría de los individuos debieran reportar que tienen seguro de salud. Sin embargo, la encuesta pregunta a cada individuo si es titular de un seguro de salud y las respuestas pueden estar reflejando quienes son titulares de un seguro privado o complementario de salud. Así, entonces, en este país los hogares con algún tipo de cobertura de seguro médico son aquellos que además del SUS tienen seguros complementarios de salud, mientras que los hogares que no reportan cobertura de seguro médico pueden tener el SUS pero no tienen ningún tipo de seguro adicional.<sup>6</sup>

Argentina y Uruguay registran las tasas más altas de cobertura de seguros médicos. Para ambos países la norma es que si algún miembro tiene seguro médico, todos los miembros lo tengan. Por ejemplo, en Uruguay el 98,3% de los hogares tiene al menos un miembro que es titular de un seguro médico. En Argentina, una mayor proporción de hogares no cuenta con ningún tipo de seguro (24,1%), pero aún así casi el 60% de los mismos tiene a todos sus miembros cubiertos por algún tipo de seguro.

<sup>6</sup> La pregunta sobre existencia de seguro de salud en México también puede subestimar la cobertura por seguro médico. En México se pregunta por los beneficios que otorga el empleo y entre las opciones si tiene seguro de salud. Como en el caso de Brasil, esta respuesta puede reflejar seguros privados distintos al seguro popular.

En Brasil el 72,5% de los hogares no tiene ningún tipo de seguro médico complementario, mientras que sólo el 6,4% de los mismos tienen a todos sus integrantes cubiertos. En este país, si algún miembro tiene seguro, en más del 50% de los casos sólo lo tiene el jefe, el trabajador principal. Algo similar ocurre en Ecuador y México. Claramente en estos países no sólo existe una mala distribución de la cobertura de seguros médicos a nivel agregado, sino que también hacia el interior de las familias.

**CUADRO 5**  
**PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, HOGARES CUBIERTOS**  
**POR ALGÚN TIPO DE SEGURO MÉDICO**  
(Porcentaje)

	Argentina	Brasil	Ecuador	México	Uruguay
Algún miembro del H. tiene cobertura	75,9%	27,5%	44,2%	43,4%	98,3%
sólo el jefe	11,4%	14,4%	27,1%	26,9%	4,1%
otros miembros del hogar	5,5%	6,7%	8,9%	13,4%	2,4%
todos los miembros del H	59,1%	6,4%	8,3%	3,1%	91,7%
Hogar s/ningún tipo de cobertura	24,1%	72,5%	55,8%	56,6%	1,7%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de ingresos y gastos de los países seleccionados.

Nota: Ver períodos de realización de las encuestas en el cuadro 4.

En el cuadro A-1 en el anexo estadístico se presentan algunas estadísticas generales para caracterizar la incidencia del GBS en los países seleccionados. El GBS se define neto del costo de aseguramiento. El indicador adecuado para comparar la incidencia de los GBS en el presupuesto familiar entre países es la carga del gasto de bolsillo de salud (CGB) que expresa la razón del GBS a la capacidad de pago.<sup>7</sup> La capacidad de pago, por su parte, se define como ingreso total del hogar menos sus gastos de subsistencia, lo que se ha denominado también en la literatura ingreso efectivo de no subsistencia. Las necesidades de subsistencia se refieren a los gastos en alimentos en que incurre cada hogar e incluye el autoconsumo de alimentos y excluye los bienes de lujo. Para cada país debe estimarse cuál es el nivel de gasto de subsistencia, es decir, aquel monto de dinero que el hogar necesita para alimentar adecuadamente a sus miembros. Siguiendo a Xu (2005) se define una línea de pobreza o línea de subsistencia relativa que se estima como el gasto en alimentos per cápita que en promedio realiza una familia ubicada entre el percentil 45 y el percentil 55 de la distribución de la razón de gasto en alimentos a gasto total. La idea es definir la línea subsistencia para reflejar lo que en cada país necesita en términos per cápita una familia tipo.<sup>8</sup>

Se adopta esta línea de pobreza porque es la convención en la literatura para medir la CGB. Debe aclararse que esta línea no es comparable con las líneas de pobreza extrema o de indigencia que se usan en la región para analizar de encuestas de hogares, y que se establecen en cada uno de los países a partir de una canasta básica de alimentos que permite la subsistencia: estas líneas de pobreza extrema son iguales al costo de esa canasta, expresada en moneda nacional por persona por mes. Para resaltar el carácter *ad-hoc* de la línea usada para medir la incidencia de los GBS y su incomparabilidad con las líneas de pobreza de las encuestas de hogares que se usan profusamente

<sup>7</sup> En adelante hablaremos del peso del gasto de bolsillo (CGB) o incidencia del gasto de bolsillo en salud (GBS).

<sup>8</sup> Nótese que una familia que gasta el 100% de su gasto total en alimentos, tendrá un nivel bajo de gastos en alimentos porque con una alta probabilidad será una familia de bajos ingresos. Por el contrario, una familia que gasta el 5% de su gasto total en alimentos, será con una alta probabilidad una familia de altos ingresos, que tiene un nivel alto de gasto en alimentos, no necesariamente de primera necesidad. Por esto, Xu (2005) sugiere tomar como familia "tipo" a aquella que está al medio de la distribución de la razón del gasto en alimentos a gasto total.

en otros tipos de análisis en la región, los términos pobreza o empobrecimiento se entrecomillarán a lo largo del texto.

Tanto el ingreso como el gasto de salud son medidos para el mes en el que se hace la encuesta,<sup>9</sup> por lo que no reflejan el peso del gasto de bolsillo en salud permanente o promedio. Así, podemos tener familias que por hechos fortuitos tuvieron inusualmente altos o bajos gastos en salud en el mes de la encuesta. Para algunos países estas estadísticas se presentan desagregadas de acuerdo al nivel de cobertura de seguro médico.<sup>10</sup> Se distingue entre hogares con ningún tipo de cobertura y aquellos en los que todos sus miembros están cubiertos por algún tipo de seguro. Para los países que no poseen indicadores de cobertura de seguro médico, se presenta como estadística adicional el porcentaje de hogares que declara gastar en “seguro médico”. Claramente, este indicador nos proporciona un piso para el % de hogares que tienen seguro médico, ya que muchos pueden estar asegurados, y no imponer más allá del límite legal.

En el gráfico 1 se presenta la CGB. En Brasil, Chile, México y Uruguay es de aproximadamente un 5% de la capacidad de pago. Para Argentina y Ecuador, es sustancialmente mayor, 8% y 7.4% respectivamente. A nivel global, el porcentaje de hogares que se “empobrecen” al hacer frente a los gastos de salud es muy bajo en Uruguay, México y Brasil, y particularmente alto en Argentina, 1,9%. Para el resto de los países es cercano al 1% (ver gráfico 2).

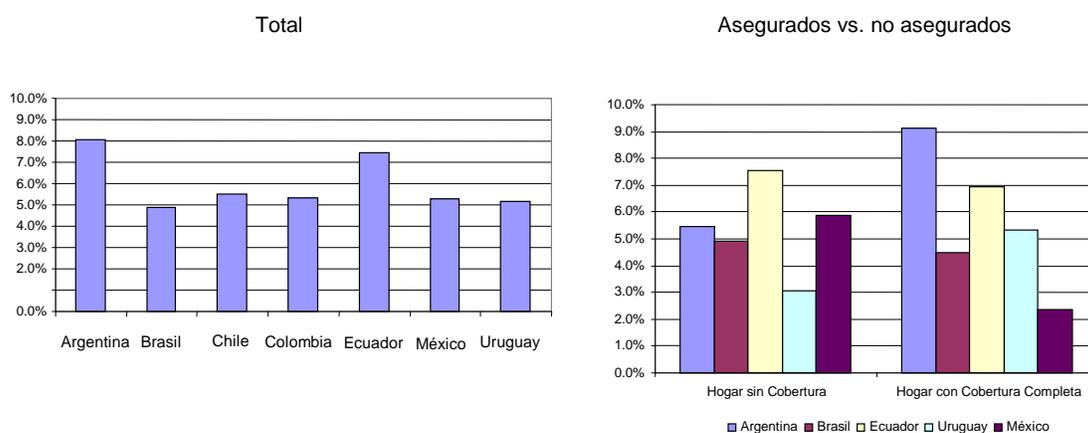
En todos los países, a excepción de Ecuador, existe una alta proporción de hogares que no reporta gastos positivos en salud. En Argentina, por ejemplo, el 50% de los hogares no reporta tales gastos. En Chile, el 37% de los hogares tiene gasto de bolsillo cero; en Brasil, Colombia, México y Uruguay esta proporción se ubica entre el 20 y 30%. Argentina es claramente un caso particular, donde las familias realizan en promedio altos GBS, pero más de la mitad de las mismas no reporta gastos de bolsillo. Así en este país, aquellos que tienen GBS positivos gastan en promedio un 16% de su capacidad de pago por este concepto.

---

<sup>9</sup> En el caso de México los gastos se miden en forma trimestral, mientras que el ingreso se mide en forma mensual por lo que los gastos mensuales se obtienen dividiendo por tres el gasto trimestral.

<sup>10</sup> La pregunta sobre existencia de seguro de salud en México y Brasil es problemática. En México se pregunta por los beneficios que otorga el empleo, y entre las opciones si tiene seguro de salud. En Brasil se pregunta a cada miembro del hogar si es titular de un seguro de salud. En principio el Seguro Único de Salud tiene cobertura universal, y esto no se está reflejando en los datos que aporta la encuesta, por lo que se interpreta que la pregunta sólo refleja la existencia de un seguro complementario en el hogar.

**GRÁFICO 1**  
**PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, INCIDENCIA DEL GASTO DE**  
**BOLSILLO EN SALUD SOBRE CAPACIDAD DE PAGO**  
*(Porcentaje)*



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de ingresos y gastos de los países seleccionados.

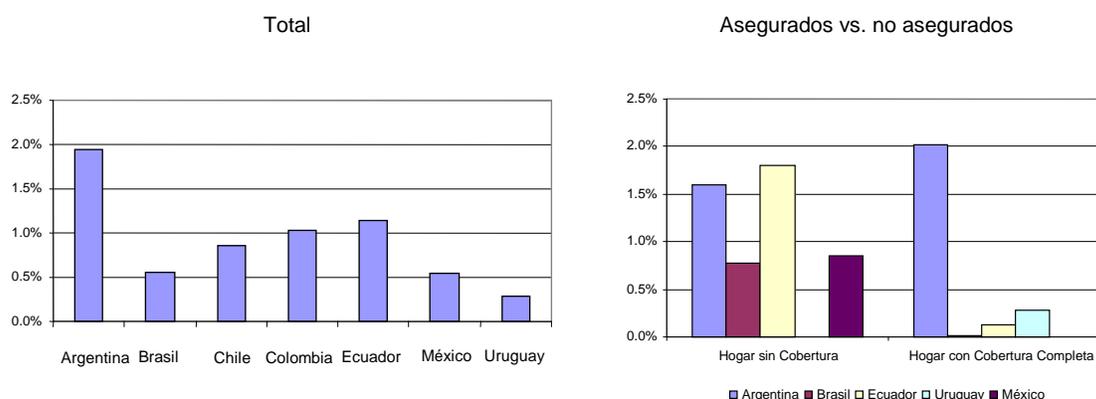
Nota: Ver períodos de realización de las encuestas en el cuadro 4.

Diversas razones pueden hacer que un hogar no tenga gastos de bolsillo en salud: (i) una buena cobertura de salud (por medio de sistemas público o privados); (ii) no experimentar eventos de morbilidad en el período de medición; (iii) que el hogar tenga un nivel de ingreso precario, no tenga acceso a crédito y se vea impedido de gastar en salud. Si un hogar está restringido en su gasto (razón iii), no se observa el valor real de su necesidad de gasto en salud ( $G$ ), sino una variable  $G^*$  que está censurada. Y el origen de la censura en esta variable no es aleatorio, sino que potencialmente depende del mismo conjunto de determinantes que el GBS.

A priori no es posible determinar las razones por las que se observa la ausencia de gastos en salud. Se esperaría que en países con sistemas públicos de salud o seguros solidarios (Argentina, Uruguay, México, por ejemplo)<sup>11</sup> el factor “restricción” fuera menor y un hogar con gasto cero fuera aquel que no incurriera en gasto de bolsillo por las dos primeras razones mencionadas.

<sup>11</sup> Ver Anexo I.

**GRÁFICO 2**  
**PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, PORCENTAJE DE HOGARES QUE**  
**“EMPOBRECEN” TRAS AFRONTAR GASTOS DE BOLSILLO EN SALUD**  
*(Porcentaje)*



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de ingresos y gastos de los países seleccionados.

Nota: Ver períodos de realización de las encuestas en el cuadro 4.

A este respecto nótese que, en tres de los cinco países para los que se cuenta con información de seguro médico,<sup>12</sup> la proporción de hogares con gasto cero es relativamente más alta en el grupo sin ningún tipo de cobertura de seguro médico. Así, por ejemplo en Argentina el 62.7% de los hogares que no tienen ningún tipo de cobertura tiene gasto cero, mientras que la proporción de hogares con cobertura completa que tiene gasto cero es de 45.3%. En Brasil y Uruguay también esta proporción es mayor en el grupo sin ningún tipo de seguro.

La proporción de hogares con gasto de salud cero también es sustancialmente mayor en hogares de bajos ingresos (ver cuadro A-2) en cinco de los países analizados (las excepciones son Ecuador y Colombia). Adicionalmente una alta proporción de hogares que no reporta GBS se concentra en los primeros quintiles de ingreso. Hay dos explicaciones para este hallazgo. Por un lado, en todos los países considerados la población de menores recursos está, en mayor o menor grado, cubierta por los seguros sociales de salud que usualmente no exigen copagos. Por el otro, hogares de menores recursos pueden enfrentar serias restricciones de liquidez para pagar servicios de salud, aún cuando quisieran utilizar una red privada de salud. Justamente, las tasas de “pobreza” también son relativamente altas entre hogares que no reportan gastos de salud (ver cuadro A-1).

Podemos agrupar los cinco países que presentan indicadores de cobertura de seguro médico en dos grupos. Por un lado Argentina y Uruguay, en los que existen sistemas tripartitos, con un estado que provee servicios médicos directamente a la población de menores recursos y un sistema de seguro social con cobertura relativamente amplia. En estos países, son los hogares con cobertura completa los que soportan un mayor peso de los GBS,<sup>13</sup> a la vez que enfrentan las tasas de “empobrecimiento” más altas. Esta observación es notable, ya que el costo de cobertura médica que hacen estos hogares no es menor. En Argentina los hogares con cobertura completa destinan un tercio de su gasto mensual en salud para el pago del seguro médico. En Uruguay, este costo asciende a 57%. Por el otro, Ecuador y México, que tienen coberturas de seguro de salud más bajas, y no se observan pesos del gasto de salud de bolsillo particularmente altos. Los gastos de bolsillo en cobertura médica son bajos. Finalmente está Brasil, en el que un bajo porcentaje de los

<sup>12</sup> Las excepciones son Ecuador y México.

<sup>13</sup> Esto es también cierto si definimos el peso promedio del gasto de bolsillo sólo tomando los hogares con gastos positivos.

hogares contrata seguros de salud complementarios al SUS (27%, ver cuadro 5), pero en el que algunos hogares realizan sustanciales pagos de bolsillo pro este concepto.<sup>14</sup>

Ya se mostró en el cuadro A-1 y gráfico 2 que la proporción de hogares que se “empobrece” para afrontar gastos de salud no es extremadamente alta para los países analizados. Pero aún puede suceder que algunos pocos hogares estén viendo su capacidad de pago fuertemente mermada por tener que afrontar gastos en salud. La literatura ha definido de manera *ad-hoc* que un hogar enfrenta gastos de salud catastróficos cuando el gasto mensual de bolsillo supera el 40% de su capacidad de pago.

Hay que considerar que tanto el ingreso como el gasto de salud son medidos para el mes en el que se hace la encuesta, por lo que no reflejan el peso promedio del gasto de bolsillo en salud, y que los gastos registrados fortuitamente pueden ser inusualmente altos o bajos. Hay que resaltar que la definición de lo que es catastrófico depende no solo del monto de la erogación, sino del tiempo durante el cual deben hacerse tales erogaciones, o de su carácter puntual o repetitivo. La periodicidad del gasto, por ejemplo, debe relacionarse con el tipo de morbilidad: es el caso de las enfermedades crónicas, de alta incidencia en la población de bajos recursos. Así vista, la medición con las encuestas de ingreso o gasto no reflejar plenamente la incidencia de los gastos catastróficos o el “empobrecimiento” que sufren los hogares por esta razón ( Knaul y otros, 2003) y las restricciones de estas mediciones deben tenerse presentes.

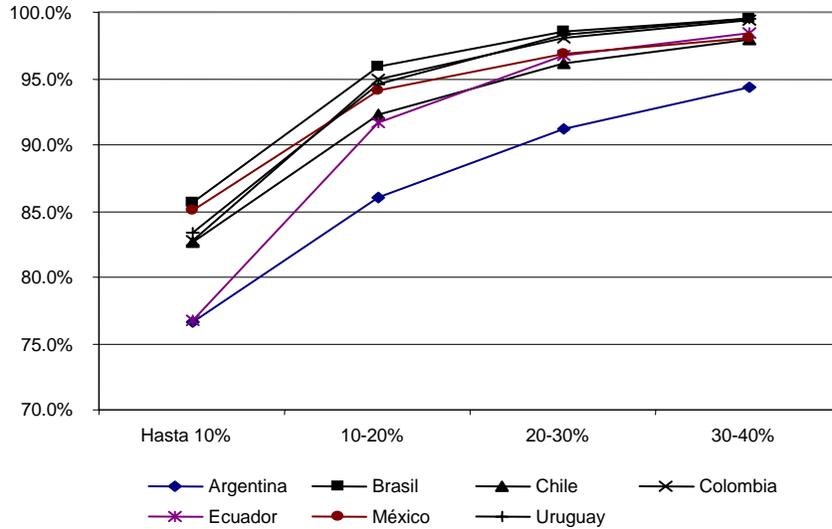
En el gráfico 3 y el cuadro A-3 se presenta la distribución de los hogares según el peso del GBS. Según la definición usual en la literatura, Argentina es el país que tiene un porcentaje mayor de hogares que incurren en gastos en salud catastróficos. Le siguen Chile, México y Ecuador con aproximadamente un 2%. El gráfico 3 permite apreciar que, bajo otras definiciones (30% o 20%), Argentina seguiría siendo el país con mayor incidencia de gastos catastróficos. Esta alta tasa de incidencia de los gastos catastróficos está influenciada por el nivel de gasto de los hogares con cobertura completa (ver gráfico 4).

¿Qué hogares enfrentan GBS considerados catastróficos? ¿Son aquellos de bajos ingresos que enfrentan gastos en salud relativamente altos, o aquellos de altos ingresos que experimentan eventos de salud sumamente costosos? El cuadro A-4 presenta la distribución porcentual de los hogares para distintos niveles de la CGB. Adicionalmente el cuadro también presenta el ingreso per cápita promedio, el GBS y el gasto en seguro médico para hogares con distintos niveles de peso del GBS.

En todos los países el gasto catastrófico parece estar más asociado a gastos de bolsillo altos más que a hogares con escasa capacidad de pago. En cuatro países, Brasil, Chile, Colombia y México, un hogar con un alto peso del GBS puede gastar más de 10 veces lo que gasta un hogar promedio. El gasto catastrófico parece estar asociado a gastos de hospitalización y gastos en medicamentos, más que a consultas generales y profesionales.

<sup>14</sup> Según CEPAL (2006) en este país, más del 50% del gasto total en salud (que incluye el pago de seguros) proviene del bolsillo de los hogares, ya que si bien un 40% de la población utiliza exclusivamente el SUS, un 44% lo complementa con seguros privados (Medici, 2001).

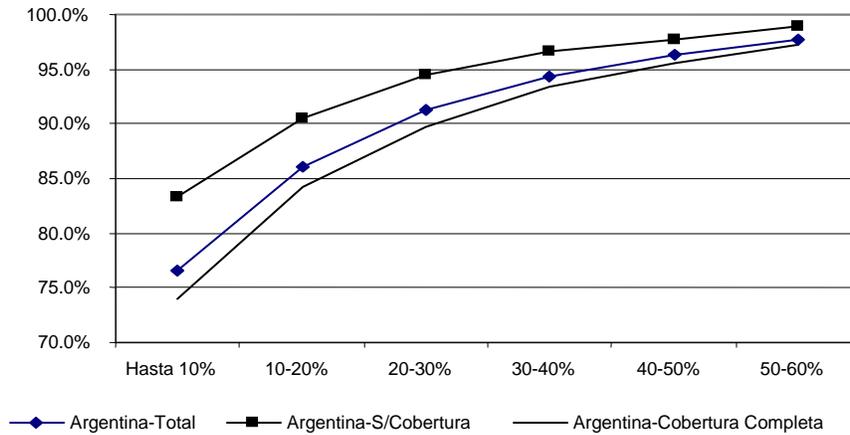
**GRÁFICO 3**  
**PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, DISTRIBUCIÓN ACUMULADA DE LOS HOGARES DE LOS HOGARES SEGÚN NIVEL DE CGB**  
*(Porcentaje)*



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de ingresos y gastos de los países seleccionados.

Nota: Ver períodos de realización de las encuestas en el cuadro 4.

**GRÁFICO 4**  
**ARGENTINA, DISTRIBUCIÓN ACUMULADA DE LOS HOGARES SEGÚN CGB Y TENENCIA DE SEGURO MÉDICO**  
*(Porcentaje)*



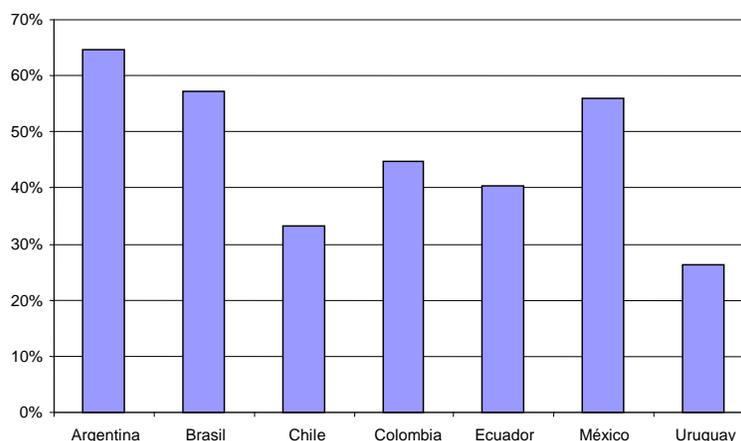
Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de ingresos y gastos de los países seleccionados.

Nota: Ver períodos de realización de las encuestas en el cuadro 4.

En todos los países, excepto en Uruguay, la participación del gasto en hospitalización en el gasto de bolsillo total crece con la CGB. Por ejemplo, en Brasil y México un hogar con una CGB del 40% o más, puede destinar hasta 60% o más a gastos de hospitalización. En Uruguay, el gasto en hospitalización es también particularmente alto para los hogares con baja CGB (menor al 10%).

Los gastos en medicamentos representan una alta fracción del gasto de bolsillo total en todos los países. El país en el que el gasto de medicamentos es relativamente más bajo es Uruguay, donde se ubica en torno al 25% (ver gráfico 5). En Argentina, Brasil y México los gastos en medicamentos absorben más del 50% del gasto de bolsillo total. En Argentina y México el gasto en medicamentos es relativamente alto en hogares con gastos catastróficos, llegando a sobrepasar el 70% del GB total. En Brasil, Chile y Colombia, por el contrario, la participación relativa del gasto de medicamentos en el gasto total es más baja para hogares con gastos catastróficos.<sup>15</sup>

**GRÁFICO 5**  
**PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, GASTO EN MEDICAMENTOS,**  
**DEL GASTO DE BOLSILLO TOTAL**  
(Porcentaje)



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de ingresos y gastos de los países seleccionados.

Nota: Ver períodos de realización de las encuestas en el cuadro 4.

<sup>15</sup> Las estadísticas de medicamentos pueden ser erróneas en algunos casos, ya que la declaración de la familia puede depender de la manera en la que los medicamentos en hospitalización son cubiertos y/o facturados por los centros hospitalarios. En Chile, por ejemplo, el costo de medicamentos ambulatorios sólo está cubierto por los sistemas público y privado para las patologías incluidas en el paquete de garantías explícitas (AUGE). Pero en menor o mayor medida todos los planes de salud cubren medicamentos (70-90% con o sin tope) en hospitalizaciones. En Argentina, las Obras Sociales y seguros privados usualmente cubren los medicamentos en un 50%-70%, pero la cobertura de medicamentos y material descartable en hospitalización no es completa.



### **III. La diversa incidencia de los gastos de bolsillo en salud**

---

#### **1. Variables que explican la diversa incidencia de los gastos de bolsillo en salud**

Tal como se comentara en la sección anterior, los hogares bien pueden no tener gastos de bolsillo en salud porque están muy bien asegurados o porque perciben niveles de ingreso de subsistencia y no pueden afrontar ningún tipo de gasto, o sencillamente porque no experimentaron eventos de pérdida de salud significativos en el período considerado. De allí que sea pertinente un análisis de los GBS que controle la potencial existencia de selección (Heckman, 1979).<sup>16</sup> El cuadro A-5 presenta los coeficientes estimados para cada una de las distintas variables y especifica si son estadísticamente distintos de cero.<sup>17</sup>

El efecto cualitativo de la variable ingreso no puede fácilmente deducirse de los signos de los coeficientes, ya que la variable ingreso se incluye como el logaritmo del ingreso per cápita del hogar sobre el

---

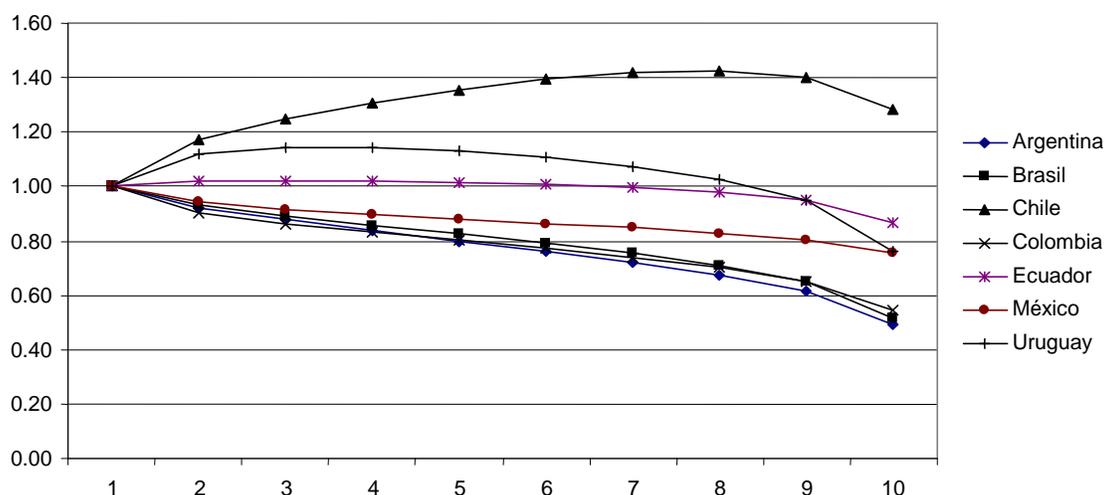
<sup>16</sup> En el Anexo III se presentan los modelos de estimación.

<sup>17</sup> En la especificación reportada en el cuadro A-8 se incluye la variable ingreso y su cuadrado. Se probaron otras especificaciones, sacando totalmente la variable ingreso o sacando su cuadrado. La estimación de estos modelos alternativos arroja resultados similares. Los cuadros están disponibles para el lector interesado.

ingreso promedio para cada país y adicionalmente se incluye el cuadrado de esta variable. El gráfico A-1 presenta las predicciones del modelo para un hogar que pertenece a la categoría base y para distintos niveles de ingreso con sus respectivos errores estándares. En el gráfico 6, para facilitar la comparación, se grafican todos los países y se presentan las predicciones para los distintos deciles tomando como base el primer decil.

Para todos los países, a excepción de Chile y Uruguay, la CGB se reduce con el nivel de ingreso. El efecto ingreso negativo es cuantitativamente más importante en Argentina, Brasil y Colombia, y de menor magnitud en México y muy bajo en Ecuador. En Uruguay, la CGB crece inicialmente con el nivel de ingreso. Esto es, la CGB para un hogar en el segundo decil es un 10% más alta que la CGB para un hogar en el primer decil. Luego la CGB permanece relativamente constante hasta el quinto decil, y comienza a caer para deciles superiores. Para el decil más rico la CGB es un 25% más baja que para el decil más “pobre”. En Chile, la CGB crece con el nivel de ingreso hasta el octavo decil y luego cae para el decil más rico.

**GRÁFICO 6**  
**PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, CGB POR NIVELES DE INGRESO**  
**PREDICCIONES DEL MODELO LINEAL, POR DECILES DEL INGRESO PER CÁPITA FAMILIAR,**  
**PRIMER DECIL=1**



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de ingresos y gastos de los países seleccionados.

Nota: Ver períodos de realización de las encuestas en el cuadro 4.

La estructura etaria del hogar claramente influye sobre la incidencia del gasto de bolsillo. En dos países, Chile y México, la existencia de niños menores a 5 años está asociada a una CGB claramente superior (14% y 17% respectivamente).<sup>18</sup> En Argentina, por el contrario, hogares con niños pequeños tienen una CGB un 9% menor. En este país, la mayoría de las Obras sociales (OS) tienen planes materno-infantiles con copagos preferenciales o inclusive sin copagos para prestaciones habituales y medicamentos para embarazadas y niños pequeños.

En todos los países, la presencia de personas de la tercer edad (mayores de 65 años) genera una mayor incidencia de los gastos de bolsillo. Nótese que hay dos variables que registran la

<sup>18</sup> Los coeficientes de las variables *dummy* exponenciados reflejan la razón entre el gasto del hogar que tiene la variable *dummy* igual a uno y el gasto de un hogar con la variable *dummy* igual a cero (o categoría base).

presencia de personas de la tercer edad en el hogar. Por un lado, hay una *dummy* para hogares con jefes mayores de 65 años. Por el otro, hay una *dummy* para la presencia de adultos mayores. Para cinco de los siete países, Argentina, Brasil, Chile, Ecuador y Uruguay, familias con al menos un adulto mayor, que no es el jefe, tienen una CGB un 45%-55% superior a aquellas sin adultos mayores. En Colombia y México, hogares con adultos mayores tienen una CGB un 30% mayor. Si el adulto mayor presente en el hogar es además el jefe, la CGB es aún mayor en cinco de los siete países (Argentina, Brasil, Chile, Ecuador y México). Hogares con jefe mayor a 65 años, tienen una incidencia de los gastos de bolsillo un 45-60% mayor que aquellos con adultos mayores que no son jefes. Sumando ambos efectos,<sup>19</sup> los hogares con jefes mayores a 65 años enfrentan una alta CGB. Los países donde la CGB es sustancialmente mayor son Argentina, Chile y Ecuador (80%), seguidos por Brasil y México (60%).

Claramente los gastos catastróficos están asociados a eventos hospitalarios. Su efecto segmenta a los siete países en tres grupos. Por un lado, tenemos a Chile y México. En estos países un hogar que experimenta un evento hospitalario puede ver crecer su CGB en 5 y 7 veces respectivamente. En el medio tenemos a Argentina, Brasil, Colombia y Ecuador, en los que la CGB crece entre 2 y 3 veces. Finalmente, en Uruguay, un hogar que experimenta un evento hospitalario sólo ve aumentar la incidencia del gasto de bolsillo en apenas un 28%.

Para Brasil y México se incluye un control por la zona de residencia, urbana o rural. Para ambos países la residencia en una zona rural está asociada con una mayor (20-30% superior).

Para Argentina, Brasil, Ecuador y México se incluyen dos variables *dummy* que identifican a los hogares en los que al menos un miembro está cubierto por un seguro médico y aquellos en los que todos sus miembros están cubiertos por un seguro médico. Excepto en Argentina y México, los coeficientes para estas dos variables no son estadísticamente significativos. En Argentina, un hogar en el que algunos miembros tienen seguro médico pero no todos, tiene una CGB un 15% menor que aquel sin cobertura de seguro. En México, el tener algún tipo de cobertura de seguro médico reduce en forma sustancial el GBS. Familias con todos sus miembros cubiertos (o con algún miembro cubierto por el seguro médico) tienen una CGB un 25% (10%) menor que aquellas sin seguro médico.

En dos países, Chile y Colombia, los hogares que realizan gastos de bolsillo en cobertura por seguro médico<sup>20</sup> tienen una razón gasto a capacidad de pago menor. En Brasil, por el contrario, los hogares que tienen gastos de bolsillo en seguro médico, tienen una CGB un 14% mayor. El resto de los países tienen coeficientes negativos para esta variable pero no son estadísticamente significativos.

Finalmente hogares con jefes no ocupados enfrentan un GBS claramente superior: 35% en Argentina, 15%-20% en Brasil, Chile, México y Uruguay.

La ecuación de selección nos permite evaluar qué factores inciden en la probabilidad de que un hogar tenga gastos de bolsillo positivos. El Cuadro A-6 presenta los efectos marginales de las distintas variables incluidas en la ecuación de selección. A mayor ingreso, mayor es la probabilidad de desembolsar para gastos en salud, aún controlando por cobertura de seguro médico en los países que existe dicha información. La variable ingreso está expresada en logaritmos de la razón del ingreso per cápita del hogar al ingreso promedio del país, por lo que las elasticidades pueden compararse libremente. El coeficiente nos mide cómo un cambio porcentual en esta razón aumenta

<sup>19</sup> La suma de los coeficientes correspondientes a las variables *dummy* “jefe mayor a 65 años” y “presencia de al menos un adulto mayor” da la diferencia en el peso del gasto entre un hogar con un adulto mayor jefe y uno sin adultos mayores. El coeficiente de la variable “presencia de al menos un adulto mayor” da la diferencia en el peso del gasto entre un hogar con al menos un adulto mayor que no es jefe y un hogar sin adultos mayores.

<sup>20</sup> El gasto de bolsillo en cobertura médica no es parte del gasto de bolsillo en salud.

la probabilidad de incurrir en gastos positivos de bolsillo. La mayor elasticidad se da en Uruguay, donde un aumento del 1% del ingreso está asociado a un aumento en la probabilidad de tener gastos positivos de 14 puntos. En Ecuador el efecto de esta variable no es estadísticamente significativo.

La existencia de niños menores de 5 años y adultos mayores también aumenta la probabilidad de tener gastos de bolsillo positivos. Sólo en Colombia y Ecuador la existencia de adultos mayores no afecta la probabilidad de tener gastos de bolsillo positivos.

En Argentina, Brasil y Ecuador, los hogares con algún tipo de seguro médico (pero no total) tienen una mayor probabilidad de tener GBS positivos. Los efectos marginales van de 5% y 3.6% en Argentina y Ecuador, a 12% en Brasil. En Argentina los hogares con todos sus miembros asegurados también enfrentan una probabilidad mayor de tener gastos positivos que aquellos sin ningún tipo de seguro. En México, por el contrario, hogares con todos sus miembros asegurados tienen una probabilidad de realizar GBS 20 puntos porcentuales menor que aquellos sin seguro. El efecto marginal es también negativo, pero menor cuando existe cobertura de seguro médico parcial.

En todos los países, excepto en México, los hogares sin cobertura médica no parecen tener una probabilidad mayor de incurrir en gastos de bolsillo positivos.

## 2. La desigual distribución del gasto de bolsillo en salud

Mediante regresiones por cuantiles, la segunda metodología analiza cómo distintas características de los hogares dan origen a distintas distribuciones de la CGB. Nuevamente se estandarizan ciertas variables, con el objeto de tener estimaciones entre países comparables. La variable ingreso se define en razón al ingreso per cápita promedio del país. La variable dependiente es el logaritmo de la CGB. Para cada país se estiman siete modelos distintos, para los percentiles 5, 10, 25, 50, 75, 90 y 95. En los Cuadros A-7 a A-13 se presentan las estimaciones para cada país. En el panel superior se presentan los resultados de las estimaciones con control de selección. En el panel inferior se presentan las estimaciones sin control por selección. Con algunas excepciones los resultados son cualitativamente similares.

En el cuadro A-14 se comparan los resultados arrojados para las distintas regresiones por cuantiles entre los distintos países. En cada panel de esta tabla se presentan las predicciones del valor de la CGB para cada percentil para distintos tipos de hogares. Nos concentramos en el efecto de seis variables: ingreso, edad del jefe, presencia niños pequeños, presencia adultos mayores, zona de residencia, condición de actividad del jefe y existencia de eventos hospitalarios. Estas variables tienen, en la mayoría de los modelos, coeficientes estimados estadísticamente significativos. En el gráfico A-2 para las variables categóricas en cada gráfico se presentan los coeficientes exponenciados de estas variables con el objeto de evaluar la razón en el valor del percentil entre un hogar que tiene esta característica y aquel perteneciente a la categoría base. Para la variable ingreso se presenta el valor del coeficiente que mide la elasticidad de la CGB en cada percentil.

Veamos primero (gráfico 7 y panel A del cuadro A-14) qué tan altos son los distintos percentiles de la CGB para la categoría base conformada por hogares con jefes jóvenes (menores a 30 años), sin adultos mayores, sin niños pequeños, con jefes sin educación y ocupados, en zonas urbanas, que no han experimentado eventos de hospitalización y que no realizan gastos de bolsillo en cobertura de seguro médico.

Se visualiza que, independientemente de las características de los hogares, la mayor incidencia del gasto de bolsillo se da siempre en Argentina. En todos los países, tres características elevan en forma sustancial la CGB: jefe mayor a 65 años, eventos hospitalarios, presencia de un

adulto mayor que no es el jefe. Nótese que la existencia de un adulto mayor que no es el jefe genera una incidencia del gasto menor que si el adulto mayor es el jefe.

Esto es, adultos mayores seguramente tienen mayores GBS, pero cuando el adulto mayor es el jefe, posiblemente la razón de gasto de bolsillo a capacidad de pago es aún más alta porque siendo el jefe adulto mayor, se merma la capacidad de generación del ingreso a la par que aumenta los GBS.<sup>21</sup>

Eventos hospitalarios generan razones GBS a capacidad de pago particularmente altas en Argentina, Chile y México. Los hogares que enfrentan eventos hospitalarios, incurren en una CGB que puede ser entre 2 y 12 veces más alta que la de aquellos no afectados por este tipo de eventos. Nótese que tanto Chile como México presentaban tasas de incidencia moderadas (y mucho más bajas que las de Argentina) para al categoría base. En estos dos países, los eventos hospitalarios gatillan pagos de bolsillo sustancialmente altos. Chile es el país en el que, condicional en las variables explicativas consideradas, la inequidad de la CGB es particularmente aguda (ver cuadro A-15). Por ejemplo para la categoría base el 5% de los hogares más castigados (percentil 95) tiene una razón gasto a capacidad de pago 200 veces más alta que el 5% de los más favorecidos (percentil 5). En México esta relación es 127 a 1, mientras que en Colombia, esta relación es 114 a 1. Uruguay es el país en el que la incidencia del gasto de bolsillo es menor, inclusive para hogares que experimentan eventos hospitalarios. En este país, también la dispersión de la CGB de bolsillo es muy baja.

La categoría base son hogares sin ningún tipo de cobertura de seguro médico (cuando la información está disponible), con jefes menores a 30 años, sin educación y ocupados, en zonas urbanas, sin niños menores a 5 años, sin adultos mayores, con ingreso promedio, que no experimenta un evento hospitalario; el hogar no tiene gastos de bolsillo en seguro médico.

Habíamos encontrado que la presencia de niños pequeños aumentaba la incidencia del gasto promedio (resultado del modelo lineal), pero el análisis por percentiles revela asimetría en este efecto. El coeficiente es positivo por debajo de la mediana, pero negativos o estadísticamente no distintos de cero por encima de la mediana. Esto se interpreta como que los hogares con niños pequeños gastan en promedio más en relación a su capacidad de pago (servicios ambulatorios, consultas médicas y medicamentos de bajo costo), pero no necesariamente hogares con niños pequeños se ven enfrentados a eventos catastróficos.

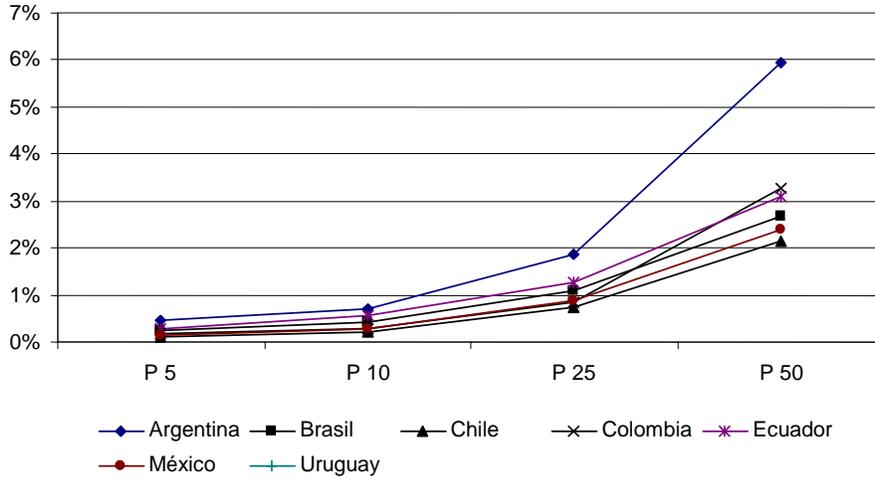
En México y Brasil se puede distinguir por zona de residencia. En el modelo lineal se había encontrado que los hogares en zonas rurales tenían una CGB promedio mayor que aquellos en zonas urbanas. La zona geográfica en Brasil tiene un impacto ligeramente más importante en los primeros percentiles (5 y 10). En México, por el contrario, la diferencia entre hogares rurales y urbanos crece para los percentiles superiores, llegando a ser 30% para el percentil 90-95.

---

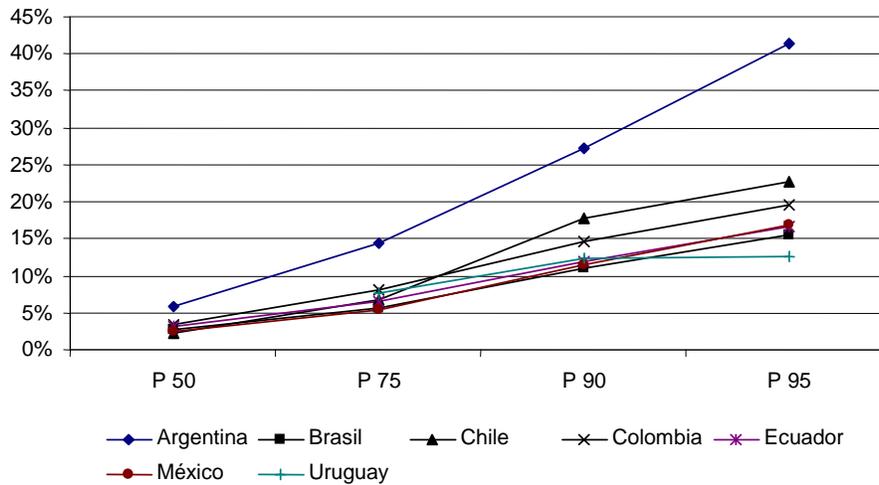
<sup>21</sup> Aumenta el numerador y al mismo tiempo se reduce el denominador del indicador.

**GRÁFICO 7**  
**PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, PERCENTILES DE LA CGB.**  
**PREDICCIONES PARA LA CATEGORÍA BASE, REGRESIONES POR CUANTILES**  
*(Porcentaje)*

Percentiles 5 a 50



Percentiles 50 a 95



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de ingresos y gastos de los países seleccionados.

Nota: Ver períodos de realización de las encuestas en el cuadro 4.

## IV. Conclusiones

---

El propósito de este trabajo fue caracterizar los niveles de GBS e identificar qué tipos de hogares sufren GBS que son desproporcionados respecto de sus ingresos. A estos efectos se analiza la razón de los gastos de salud de bolsillo a la capacidad de pago mediante modelos lineales con control de selección y mediante regresiones de cuantiles. Los resultados de los modelos econométricos de ninguna manera pueden interpretarse de manera causal, ya que algunas de las variables explicativas incluidas en los modelos son potencialmente endógenas. Más aún, detrás de los modelos econométricos estimados, no existe un modelo teórico que defina a priori las variables explicativas que deben incluirse, sino que las variables incluidas se tomaron de los hallazgos encontrados en literatura relacionada (Prah Ruger y Kim, 2007; Xu, 2005; Xu, et al., 2003a; Xu, et al., 2003b).

Es complejo estilizar los hallazgos para los siete países analizados. No menos lo es poner en perspectiva qué país de los siete considerados “presenta” mejores indicadores con respecto a la incidencia del GBS. Argentina destaca un país con una cobertura de seguro social de salud relativamente extendida pero en el que las familias deben desembolsar grandes sumas (en relación a su capacidad de pago) en concepto de gastos de bolsillo. Si evaluamos la incidencia del gasto en la categoría base, en este país el 10% de la población con mayor CGB gasta poco más del 20% de su capacidad de pago total. Este valor es muy superior a los valores para Chile y Ecuador, 10% y 7.5% respectivamente. En Argentina y Chile (seguidos por Ecuador) la situación de los adultos mayores es también crítica: en estos países los hogares con adultos mayores dependientes o adultos mayores jefes enfrentan los mayores gastos de bolsillo. Ciertamente, el análisis por

cuantiles revela que en estos países existe una importante cobertura por eventos catastróficos. Los efectos reportados son sustancialmente menores para percentiles más altos.

En cinco de los siete países estudiados, los hogares de mayores ingresos sufren en menor medida la desproporcionada incidencia de los GBS. Chile y Uruguay son las dos excepciones. En Uruguay son los hogares con ingresos bajos, pero no pobres, los que sufren el mayor gasto. En Chile la CGB es creciente en el nivel de ingreso pero cae para el decil más rico. Los hogares con adultos mayores (jefes y no jefes) son aquellos con mayor relación gasto de bolsillo a capacidad de pago en todos los países. Y si el adulto mayor es el jefe, la CGB es aún mayor. De acuerdo con el modelo lineal, la presencia de niños pequeños aumenta la CGB. Pero la estimación de regresiones por cuantiles revela que este efecto no es simétrico, ya que el signo del coeficiente es negativo por debajo de la mediana y positivo o no estadísticamente significativo para percentiles superiores. Esto puede interpretarse como que los hogares con niños pequeños tienden a tener muchos gastos, pero la magnitud de estos gastos es sustancialmente baja y probablemente obedece a eventos comunes como visitas al médico, medicamentos de bajo costo, etc.

Los gastos catastróficos están asociados a eventos hospitalarios, fenómeno que permite segmentar a los siete países en tres grupos. Por un lado, tenemos a Chile y México. En estos países un hogar que experimenta un evento hospitalario puede ver crecer su razón gasto a capacidad de pago en 5 y 6 veces respectivamente. En el medio tenemos a Argentina, Brasil, Colombia y Ecuador, en los que la razón gastos a capacidad de pago crece entre 2 y 3 veces. Finalmente, en Uruguay, un hogar que experimenta un evento hospitalario sólo ve aumentar su razón de gasto a capacidad de pago en apenas un 20%.

Para Brasil y México se incluye un control por la zona de residencia, urbana o rural. Para ambos países la residencia en una zona rural está asociada con una mayor (20-30% superior) razón gasto de bolsillo a capacidad de pago. La zona geográfica en Brasil tiene un impacto ligeramente más importante en los primeros percentiles (5 y 10). En México, por el contrario, la diferencia entre hogares rurales y urbanos crece para los percentiles superiores, llegando a ser 30% para el percentil 90-95.

Finalmente la ecuación de selección nos permite evaluar qué factores inciden en la probabilidad de que un hogar tenga gastos de bolsillo positivos. A mayor ingreso mayor la probabilidad de tener GBS positivos, aún controlando por cobertura de seguro médico en los países que existe dicha información. La mayor elasticidad se encuentra para Uruguay, donde un aumento del 1% del ingreso está asociado a un aumento en la probabilidad de tener gastos positivos de 14 puntos. La existencia de niños menores de 5 años y adultos mayores también aumenta la probabilidad de tener gastos de bolsillo positivos (las excepciones son Colombia y Ecuador). En Argentina, Brasil y Ecuador, los hogares con algún tipo de seguro médico (pero no total) tienen una mayor probabilidad de tener GBS positivos. Los efectos marginales van de 5% y 3.6% en Argentina y Ecuador, a 12% en Brasil. En Argentina los hogares con todos sus miembros asegurados también enfrentan una probabilidad mayor de tener gastos positivos que aquellos sin ningún tipo de seguro. En México, por el contrario, hogares con todos sus miembros asegurados tienen una probabilidad de realizar GBS 20 puntos porcentuales menor que aquellos sin seguro. El efecto marginal es también negativo, pero menor en hogares con cobertura de seguro médico parcial.

## Bibliografía

---

- Bakker, Frank; Rene van Vliet y Wynand van de Ven (2000), "Deductibles in Health Insurance: Can the Actuarially Fair Premium Reduction Exceed the Deductible?" *Health Policy*, 53(2), pág. 123-141.
- Banthin, Jessica y Didem Bernard (2006), "Changes in Financial Burdens for Health Care - National Estimates for the Population Younger than 65 Years, 1996 to 2003", *Jama-Journal of the American Medical Association*, 296(22), pág. 2712-2719.
- Bernard, Didem; Jessica Banthin y Walter Encinosa (2006), "Health Care Expenditure Burdens among Adults with Diabetes in 2001", *Medical Care*, 44(3), pág. 210-215.
- Bitrán, Ricardo y Francisco Almarza (2000), "Las instituciones de salud previsual (Isapres) en Chile", *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud*, Titelman, Daniel y Andras Uthoff (eds), Santiago, CEPAL, pág. 463-570.
- Buchinsky, Moshe (1998), "Recent Advances in Quantile Regression Models: A Practical Guideline for Empirical Research", *The Journal of Human Resources*, 33(1), pág. 88-126.
- Buchinsky, Moshe (2000), "Quantile Regresión with Sample Selection. Estimating Women's Returns to Education in the US", *Empirical Economics*, 26(1), pág. 87-113.
- Cavagnero, Eleonora; Guy Carrin; Ke Xu y Ana María Aguilar Rivera (2006), *Health Financing in Argentina: An Empirical Study of Health Care Expenditure and Utilization*, Mexico, Innovations in Health Financing - Working Paper N° 8.
- CEPAL (2006), *La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*, Montevideo.

- Chu, Tu-Bin; Tsai-Ching Liu; Chin-Shyan Chen; Yi-Wen Tsai, et al. (2005), "Household out-of-Pocket Medical Expenditures and National Health Insurance in Taiwan: Income and Regional Inequality", *Bmc Health Services Research*, 5.
- Dávila, Enrique y Maite Guijarro (2000), *Evolución y reforma del sistema de salud en México*, Serie Financiamiento del desarrollo N° 91, Santiago, CEPAL, Enero.
- Devadasan, Narayanan; Bart Criel; Wim Van Damme; Kent Ranson, et al. (2007), "Indian Community Health Insurance Schemes Provide Partial Protection against Catastrophic Health Expenditure", *Bmc Health Services Research*, 7.
- Galbraith, Alison; Sabrina Wong; Sue Kim y Paul Newacheck (2005), "Out-of-Pocket Financial Burden for Low-Income Families with Children: Socioeconomic Disparities and Effects of Insurance", *Health Services Research*, 40(6), pág. 1722-1736.
- Gilleskie, Donna B y Thomas A Mroz (2000), *Estimating the Effects of Covariates on Health Expenditures*, National Bureau of Economic Research, Working Paper 7942.
- Harman, Jeffrey S; Kelly J Kelleher; Charles F. Reynolds y Harold Alan Pincus (2004), "Out-of-Pocket Healthcare Expenditures of Older Americans with Depression", *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(5), pág. 809-813.
- Heckman, James (1979), "Sample Selection Bias as a Specification Error", *Econometrica*, 47, pág. 153-162.
- Hwang, Wenke; Wendy Weller; Henry Ireys y Gerard Anderson (2001), "Out-of-Pocket Medical Spending for Care of Chronic Conditions", *Health Affairs*, 20(6), pág. 267-278.
- Jowett, Mathew; Paul Contoyannis y N. D. Vinh (2003), "The Impact of Public Voluntary Health Insurance on Private Health Expenditures in Vietnam", *Social Science & Medicine*, 56(2), pág. 333-342.
- Knaul, Felicia; Héctor Arreola-Omelas y Oscar Méndez (2005a), "Financial Protection in Health: México, 1992 to 2004", *Salud Pública de México*, 47(6), pág. 430-439.
- Knaul, Felicia; Héctor Arreola; Christian Borja; Oscar Méndez, et al. (2003), "El sistema de protección social en salud de México: Efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares", *El Caleidoscopio de la Salud*, México, pág. 275-291.
- Knaul, Felicia; Héctor Arreola-Ornelas; Oscar Mendez y Ana Martínez (2005b), "Fair Health Financing and Catastrophic Health Expenditures: Potential Impact of the Coverage Extension of the Popular Health Insurance in Mexico", *Salud Pública de México*, 47, pág. S54-S65.
- Koenker, Roger y Gilbert Bassett (1978), "Regression Quantiles", *Econometrica*, 46(1), pág. 33-50.
- Larrañaga, Osvaldo (2000), "Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno", *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud*, Titelman, Daniel y Andras Uthoff (eds), Santiago, CEPAL, pág. 415-462.
- Marques, Rosa María (1999), *O Financiamento do Sistema Público de Saúde Brasileiro*, Serie Financiamiento del desarrollo N° 82, Santiago, CEPAL, Agosto.
- Medici, A. (2001), *Brasil. Financiamiento y gasto público en salud en los años '90*, Washington D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento Regional de Operaciones 1 (SO1).
- Mesa-Lago, Carmelo (2005), *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*, Policy Strategies for Sustainable Development in Latin America and the Caribbean: Promotion of a Socially Sustainable Economic Policy, Santiago (Chile), CEPAL, Diciembre.
- MINSAL (2007), *Estudio nacional sobre satisfacción y gasto en salud 2006*, Santiago, Ministerio de Salud (Chile), Marzo.
- Monheit, Alan (2003), "Persistence in Health Expenditures in the Short Run: Prevalence and Consequences", *Medical Care*, 41(7), pág. 53-64.
- Montoya, Silvia (2000), "Reformas al financiamiento del sistema de salud en Argentina", *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud*, Titelman, Daniel y Andras Uthoff (eds), Santiago, CEPAL, pág. 257-312.
- Mora Alvarez, Humberto (2000), *Riesgo del aseguramiento en el sistema de salud en Colombia en 1997*, Serie Financiamiento del desarrollo N° 95, Santiago, CEPAL, Mayo.
- Morales S., Luis Gonzalo (1997), *El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia*, Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud, Santiago, CEPAL, Julio.
- Morales S., Luis Gonzalo (2000), "El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia", *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud*, Titelman, Daniel y Andras Uthoff (eds), Santiago, CEPAL, pág. 759-808.

- Musgrove, Phillip; Riadh Zeramdini y Guy Carrin (2002), "Basic Patterns in National Health Expenditure", *Bulletin of the World Health Organization*, 80(2), pág. 134-142.
- Newey, Whitney; James Powell y James Walker (1990), "Semiparametric Estimation of Selection Models: Some Empirical Results", *American Economic Review*, 80(2), pág. 324-328.
- OPS (1998), *Perfil de los sistemas y servicios de salud de Argentina*, Organización Panamericana de la Salud, Noviembre.
- OPS (2001), *Perfil del sistema de servicios de salud de Ecuador*, Organización Panamericana de la Salud, Noviembre.
- OPS (2002a), *Perfil del sistema de servicios de salud. Chile*, Organización Panamericana de la Salud, Abril.
- OPS (2002b), *Perfil del sistema de servicios de salud. México*, Organización Panamericana de la Salud, Abril.
- OPS (2002c), *Perfil del sistema de servicios de salud de Uruguay*. Organización Panamericana de la Salud, Mayo.
- OPS (2005), *Perfil del sistema de salud de Brasil*, Brasilia, Organización Panamericana de la Salud, Marzo.
- Pati, Susmita; Steven Shea; Daniel Rabinowitz y Olveen Carrasquillo (2005), "Health Expenditures for Privately Insured Adults Enrolled in Managed Care Gatekeeping vs Indemnity Plans", *American Journal of Public Health*, 95(2), pág. 286-291.
- Prah Ruger, Jennifer y Hak-ju Kim (2007), "Out-of-Pocket Healthcare Spending B the Poor and Chronically Ill in the Republic of Korea", *American Journal of Public Health*, 97(5), pág. 804-811.
- Rasell, Edith; Jared Bernstein y Kainan Tang (1994), "The Impact of Health-Care Financing on Family Budgets", *International Journal of Health Services*, 24(4), pág. 691-714.
- Restrepo T., Mauricio (2000), "La reforma de la seguridad social en salud en Colombia y la Teoría de la competencia regulada", *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud*, Titelman, Daniel y Andras Uthoff (eds), Santiago, CEPAL, pág. 659-726.
- Rous, Jeffrey y David Hotchkiss (2003), "Estimation of the Determinants of Household Health Care Expenditures in Nepal with Controls for Endogenous Illness and Provider Choice", *Health Economics*, 12(6), pág. 431-451.
- Ruiz, Fernando; Liliana Amaya y Stella Venegas (2007), "Progressive Segmented Health Insurance: Colombian Health Reform and Access to Health Services", *Health Economics*, 16(1), pág. 3-18.
- Selden, T. M. y Jessica Banthin (2003), "Health Care Expenditure Burdens among Elderly Adults: 1987 and 1996", *Medical Care*, 41(7), pág. 13-23.
- Sesma-Vázquez, Sergio; Raymundo Pérez-Rico; Tania Martínez-Monroy y Edith Arely Lemus-Carmona (2005), "Private Expenditure in Health by State in Mexico", *Salud publica de México*, 47, pág. S27-S36.
- Sojo, Ana (2006), *Health Benefits Guarantees in Latin America: Equity and Quasi-Market Restructuring at the Beginning of the Millennium*, Serie Estudios y perspectivas N°51, Ciudad de México, CEPAL-División de Desarrollo Social, Mayo.
- Suárez, R.; A. Gordillo y Patricia Vane (2007), "National Health Care Expenditure and Financing of National Health Systems and Health Care Services in the Americas", *Contributions to Health in the Americas 2007*, PAHO (ed), PAHO.
- Titelman, Daniel (2000), *Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes*, Serie Financiamiento del desarrollo N° 104, Santiago, CEPAL, Septiembre.
- Wainer, Uri (2000), "Hacia una mayor equidad en la salud: El caso de las Isapres", *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud*, Titelman, Daniel y Andras Uthoff (eds), Santiago, CEPAL, pág. 612-656.
- Wong, Sabrina; Alison Galbraith; Sue Kim y Paul Newacheck (2005), "Disparities in the Financial Burden of Children's Healthcare Expenditures", *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159(11), pág. 1008-1013.
- Xu, Ke (2005), *Distribution of Health Payments and Catastrophic Expenditures. Methodology*, Ginebra, WHO - Discussion paper N°2.

- Xu, Ke; David Evans y Ana Mylena Aguilar Rivera (2005), *Designing Health Financing Systems to Reduce Catastrophic Health Expenditure*, Ginebra, WHO - Technical Briefs for Policy-Makers N°2.
- Xu, Ke; David Evans; Kei Kawabata; Riadh Zeramdini, et al. (2003a), "Household Catastrophic Health Expenditure: a Multi-Country Analysis", *The Lancet*, 362, pág. 111-117.
- Xu, Ke; Jan Klavus; Kei Kawabata; David Evans, et al. (2003b), "Household Health System Contributions and Capacity to Pay: Definitional, Empirical and Technical Challenges", *Health Systems Performance Assessment (Capítulo 39)*, Murray, Christopher y David Evans (eds), Ginebra, WHO, pág. 533-542.

## **Anexos**

---



## Anexo I

### Glosario de variables

*cobertura\_médica: si al menos un miembro del hogar tiene seguro médico*

cobertura\_medica = 1 (si)  
= 2 (no)

*cobertura\_médica\_jefe: si el jefe del hogar tiene seguro médico*

cobertura\_médica\_jefe = 1 (si)  
= 2 (no)

*cobertura\_médica\_tot: si todos los miembros del hogar tienen seguro médico*

cobertura\_médica\_tot = 1 (si)  
= 0 (no)

*actividad\_jefe: actividad del jefe de hogar<sup>22</sup>*

actividad\_jefe = 0 (no aplicable)  
= 1 (ocupado)  
= 2 (desocupado)  
= 3 (inactivo)

*educ\_jefe: nivel de educación completada por el jefe de hogar*

educ\_jefe = 0 (sin educación)  
= 1 (primaria)  
= 2 (secundaria)  
= 3 (universitaria o más)  
= 9 (no aplicable)

*ingtot\_hogar: ingreso total per cápita del hogar*

ingtot\_hogar = numérico

*g\_total: gasto total del hogar excluyendo adquisiciones de activos, gastos financiero y artículos para regalar*

g\_total = numérico

*g\_salud: gasto total en salud (incluye consulta general y medicamentos, consulta profesional, servicios de laboratorio, hospitalización y otros, seguro de salud)*

g\_salud = numérico

*g\_oop: gasto en salud de bolsillo que realiza el hogar al recibir el servicio gasto de salud total menos gasto de bolsillo en seguro médico)*

g\_oop = numérico

<sup>22</sup> No se observa esta información para Ecuador. Para Chile no se distingue entre inactivos y desocupados.

*g\_ooptp: gasto de bolsillo en salud que realiza el hogar como un porcentaje de la capacidad de pago del hogar*

*g\_ooptp = numérico*

*impoor: si el hogar que no es “ pobre” “empobrece” con los gastos de bolsillo en salud*

*impoor = 1 (si)*

*= 0 (no)*

*g\_21: gasto en consulta general*

*g\_21 = numérico*

*g\_22: gasto en consulta profesional*

*g\_22 = numérico*

*g\_23: gasto en servicios de laboratorio*

*g\_23 = numérico*

*g\_24: gasto en hospitalización y otros*

*g\_24 = numérico*

*g\_25: gasto en seguro de salud*

*g\_25 = numérico*

*g\_26: gasto en medicamentos*

*g\_26 = numérico*

## **Anexo II**

### **Sistemas de salud en los países seleccionados**

Los sistemas de salud de los países estudiados pueden caracterizarse brevemente de la siguiente forma (CEPAL, 2006; Mesa-Lago, 2005).<sup>23</sup>

#### **Grupo 1 - Brasil: proveedores públicos y privados.**

En Brasil el sector público es el principal proveedor de salud, verticalmente integrado. El financiamiento es fundamentalmente no contributivo, a cargo de rentas generales. El estado ofrece cobertura universal y gratuita a toda la población a cargo del Sistema Único de Salud (SUS). El 40% de la población utiliza únicamente el SUS, mientras que otro 44% lo complementa con seguros privados. El gasto público total en salud es menor un tercio del gasto total. Hay regímenes especiales para los empleados públicos, que reciben una asignación especial para contratar seguros privados. Las fuerzas armadas y la policía tienen sus subsistemas propios (no están cubiertas por el SUS).

#### **Grupo 2 - Colombia y Chile: régimen mixto, integración (diversos grados) de rentas generales y cotizaciones a la seguridad social.**

En Colombia hay dos regímenes, el contributivo y el subsidiado. El régimen contributivo cubre a todos los empleados asalariados e independientes con ingresos superiores a dos salarios mínimos. También debe cubrir a sus familiares dependientes y pensionados. Las prestaciones están a cargo de Entidades Promotoras de Salud (EPS) y se financian con un aporte del 12% (para trabajadores dependientes el empleador aporta el 8%). Parte de estas cotizaciones van a financiar el sistema subsidiado y a financiar incapacidades del trabajador. La diferencia entre el 11% y el costo del plan del trabajador se suma al 1% para financiar el régimen subsidiado y un fondo de compensación de riesgo en el régimen contributivo. El régimen subsidiado cubre a la población de bajos ingresos, trabajadores informales (y sus familias), desempleados e inactivos. La prestación está a cargo de las Administradoras del Régimen Subsidiado, quines reciben una capitación con la que deben proveer a sus afiliados cobertura por al menos el 50% del plan obligatorio del régimen contributivo. Cualquier servicio no cubierto por los planes subsidiados debe garantizarse en los hospitales públicos.

En Chile hay un sistema dual y segmentado. Todos los trabajadores asalariados están obligados a cotizar un 7% de su ingreso que puede dirigirse a un seguro público (FONASA) o a instituciones aseguradoras privadas (ISAPRES). Los trabajadores independientes no están obligados a cotizar. Si el pago se destina a FONASA, tanto el trabajador como su grupo familiar están cubiertos por el seguro público. Si el pago se destina a una ISAPRE, el trabajador pasa a estar cubierto según el plan de salud que él elija. El cotizante puede optar por incluir a sus dependientes como cargas legales. Si el 7% no es suficiente para cubrir el costo del plan de salud para el titular y dependientes, el trabajador debe aportar la diferencia correspondiente. El grado de cobertura varía por plan; cada plan tiene un factor de riesgo asociado al género y edad del cotizante. La integración entre rentas generales y cotizaciones sólo se produce en el ámbito del seguro público, ya que éste se

<sup>23</sup> Para la elaboración de esta sección también se consultaron los siguientes trabajos. Argentina: Montoya (2000), Mora Álvarez (2000) y OPS (2002b); Brasil: Marques (1999) y OPS (2005); Chile: Sojo (2006), Titelman (2000), Larrañaga (2000), Wainer (2000), Bitrán (2000) y OPS (2002a); Colombia: Restrepo (2000) y Morales (Morales S., 1997; 2000); Ecuador: OPS (2001); México: Dávila (2000) y OPS (2002b); Uruguay: OPS (2002c).

termina financiando con las cotizaciones y rentas generales. No existe, como en el caso de Colombia, solidaridad entre el sistema público y el privado, y por esto se habla de un sistema dual, que además está segmentado por ingresos, ya que la población de mayores ingresos está en el sistema privado. La población de bajos recursos (trabajadores informales y desempleados) está cubierta por FONASA. Además las distintas comunas proveen atención primaria en consultorios.

### **Grupo 3 - Argentina, Ecuador, México y Uruguay: sistemas escasamente articulados**

En estos países existe escasa integración entre el financiamiento público y las cotizaciones a la seguridad social. Es un sistema tripartito (sistema público, seguro social y seguro privado) en el que coexisten múltiples instituciones proveedoras, con mecanismos de coordinación y mecanismos solidarios entre los subsistemas públicos y el privado poco efectivos o inexistentes.

En Argentina el sector público está compuesto por hospitales y consultorios (dispensarios) que dependen de los gobiernos provinciales, y atiende a la población de menores recursos o población no cubierta por el seguro social o seguros privados. Los hospitales brindan servicios gratuitos inclusive a población cubierta por los otros subsistemas. Las Obras Sociales (OS) están fragmentadas por rama de actividad y han sido tradicionalmente administradas por los sindicatos. La norma es ofrecer un paquete básico y algunas pueden realizar diferenciación en los paquetes de beneficios según el ingreso (y aportes) de los asalariados. Hay OS para empleados del sector público (provincial y nacional), una obra social para jubilados y pensionados, las fuerzas armadas, policía federal, poder legislativo y provincial y universidades nacionales. La mayoría de las OS prestan servicios médicos mediante la subcontratación de clínicas y hospitales privados, aún cuando algunas pueden tener sus propios establecimientos asistenciales. Las OS se financian con una cotización obligatoria con aporte de los empleados (3%) y empleadores (5%). Cubren al afiliado directo y cargas legales (con algún costo adicional). Desde fines de los años '90 los afiliados pueden optar libremente por las distintas obras sociales (no están cautivos) o pueden también optar por una Empresa de Medicina Prepaga (EMP).<sup>24</sup> A partir de este proceso de descentralización, todas las OS están obligadas a ofrecer un Paquete Básico Obligatorio (PBO). El sector privado está compuesto por entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga, asociaciones de profesionales y mutuales que venden paquetes de beneficios, cuyo precio puede estar sujeto a ajustes por riesgo.

En Ecuador el seguro social (IESS) cubre a todos los trabajadores asalariados (privados y públicos). Este seguro no cubre a los dependientes, salvo a mujeres embarazadas, hijos menores de un año y pensionados. El seguro tiene un régimen general que se financia con aportes de los empleadores (3.41%) y un régimen especial o seguro campesino que ofrece atención primaria a todos los jefes de familia y dependientes. Este régimen se financia con un aporte del 1%, cofinanciado por el Estado, Empleadores y por el régimen general. Al régimen general pueden afiliarse trabajadores independientes, profesionales y dueños de empresa. Las fuerzas armadas y policía tienen regímenes especiales. El sector público debe cubrir a la población no asegurada. Finalmente existe un subsistema privado compuesto por empresas de medicina prepaga (EMP) y también por organizaciones privadas sin fines de lucro.

En México el sistema de seguridad social de salud está segmentado en cinco grupos, cubriendo mayoritariamente a la población de ingresos medios. Por un lado está el seguro social está el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que adscribe obligatoriamente a todos los trabajadores asalariados del sector privado (también a los de sector público no afiliados a otros

<sup>24</sup> La opción por una EMP no es directa, sino que sólo puede hacerse por medio de una OS que cobra una comisión y hace un convenio con la EMP.

seguros sociales), miembros de las cooperativas de producción, pensionados y familiares dependientes. El IMSS también ofrece cobertura voluntaria a los trabajadores por cuenta propia y trabajadores independientes. Este seguro se financia con contribuciones de patrones, empleados y del Gobierno. Los funcionarios públicos federales y sus familiares dependientes y pensionados, los empleados de Petróleos Mexicanos (PEMEX), de la Secretaría de Defensa Nacional y de Marina tienen regímenes especiales. A lo largo de los años en México se han iniciado programas para cubrir a la población de menores ingresos y trabajadores informales. Hasta la introducción del Seguro Popular (SP), las iniciativas encausadas a través del IMSS estaban orientadas a la prestación de algunos servicios médicos gratuitos, pero fundamentalmente hacia la atención primaria. El SP está destinado a la población pobre, y consiste en un paquete de prestaciones gratuito. Para los individuos pertenecientes a los dos primeros quintiles el SP es gratuito. El resto debe pagar una cuota mensual, según nivel socioeconómico. En el ámbito privado, existen empresas de seguros de salud. Se estima que sólo un 3% de los individuos de mayores ingresos están cubiertos por un seguro privado.

En Uruguay, por constitución, el Estado sólo provee servicios de salud gratuitos a través del Ministerio de Salud a población de bajos ingresos no cubierta por algún tipo de seguro social. Se otorga carnets a los individuos con ingresos inferiores a 2.5 salarios mínimos, embarazadas, niños menores a un año, inválidos y adultos mayores de 65 años. El Banco de Previsión Social (BPS) cubre obligatoriamente a los trabajadores del sector privado, microempresarios y cónyuges de empleadores rurales con menos de un trabajador a cargo. El BPS subcontrata la provisión de servicios a Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), las que reciben una cuota del BPS por afiliado. El financiamiento de esta cuota es compartido por empleadores y empleados. Los familiares dependientes no están cubiertos por el BPS por lo que los hogares deben realizar pagos adicionales a las IAMC para incluir a otros miembros en los planes de salud o alternativamente asegurar a la familia en “seguros parciales” o “emergencias”, que no están obligados a garantizar prestaciones mínimas. Adicionalmente el BPS ofrece un seguro de maternidad que cubre atención médica a embarazadas y niños menores a 6 años (extensible a 14 años) y atención odontológica o de especialidades hasta los 9 años. El sector privado está compuesto por las IAMC, empresas de seguros parciales, Institutos de Medicina Altamente Especializados (IMAE), clínicas y residencias para ancianos. Las IAMC cubren el 50% de la población. Son organizaciones sin fines de lucro (con distinta personería jurídica, mutuales, asociaciones profesionales, etc.), que brindan servicios de medicina prepaga. La cuota puede ser cubierta por pago individual, convenio colectivo y pago de la seguridad social (a cargo del BPS).

## Anexo III

### Modelado de la incidencia de los gastos de bolsillo en salud

Dado que los hogares pueden tener gastos de bolsillo cero porque están muy bien asegurados, porque perciben niveles de ingreso de subsistencia y no pueden afrontar ningún tipo de gasto, o porque sencillamente no experimentaron eventos significativos en el período considerado, el modelado de la función de gastos de bolsillo del hogar debe controlar por la potencial existencia de selección.

Por esta razón se propone un modelo lineal con selección (Heckman, 1979), utilizando como variable explicativa el logaritmo natural de la CGB. En el modelo lineal con selección,

$$(1) \quad G_i = X_i\beta + u_{i1}$$

donde  $G$  es observada si  $Z_i\theta + u_{i2} > 0$ , y donde  $u_1 \sim N(0, \sigma^2)$ ,  $u_2 \sim N(0, 1)$  y  $\text{Corr}(u_1, u_2) = \rho$ .

La interpretación de estos coeficientes será la siguiente. Un coeficiente  $\beta_k > 0$  significa que la CGB aumenta con la variable  $k$ . En particular, si la variable explicativa es continua y está medida en niveles, un aumento en una unidad de  $X$  aumenta el GBS en  $\beta_k$  puntos porcentuales. Si la variable explicativa es continua y está medida en logaritmo, el coeficiente  $\beta_k$  nos da la elasticidad de la variable dependiente con respecto a la variable  $X$ . Si la variable explicativa es una *dummy*, por ejemplo, una variable que es igual a uno si el jefe del hogar no está ocupado,  $\exp(\beta_k)$  nos da la razón de la CGB de los jefes no ocupados a la CGB de los jefes ocupados (categoría base).

La estimación de la ecuación de selección nos permite evaluar cómo cambia la probabilidad de que el hogar tenga un gasto de bolsillo positivo cuando cambian ciertas características del hogar. Los coeficientes  $\theta$  no pueden interpretarse directamente, ya que la variable de interés son los distintos efectos marginales

$$(2) \quad \frac{\partial P(Y \text{ observado})}{\partial Z_1} = f(Z\theta)\theta_1$$

La ecuación de gasto (CGB) incluirá como controles el ingreso per cápita del hogar, si el hogar tiene cobertura de seguro de salud, la edad y nivel educativo del jefe del hogar, si el hogar está en una zona rural o urbana, si en el hogar hay niños pequeños (menos a 5 años) o adultos mayores (mayores de 60), el hogar ha experimentado algún evento que requirió hospitalización y si el hogar hace gastos de bolsillo en seguro médico. La ecuación de selección incluye el ingreso per cápita del hogar, indicadores por cobertura de seguro médico, por condición de “pobreza” del hogar, y por la presencia de niños pequeños en el hogar y adultos mayores.

La segunda metodología de estimación a implementar consiste en estimar regresiones por cuantiles del GBS (o la razón del GBS a la capacidad de pago del hogar) en función del mismo conjunto de variables explicativas utilizadas en el modelo de Heckman. Las regresiones por cuantiles, tal como las introducen Koenker y Bassett (1978), pueden verse como la extensión natural a la estimación de una función media condicional, en la que se propone la estimación de los distintos cuantiles condicionales de la variable dependiente. Un caso especial es cuando se minimiza la suma absoluta de los errores y obtiene el estimador mediano de regresión o percentil 50. El resto de las funciones de cuantiles se obtienen minimizando un promedio asimétricamente ponderado de la suma absoluta de residuos. La estimación de todo un conjunto de funciones de cuantiles permiten tener una visión completa de cómo las distintas variables explicativas pueden estar afectando la localización, la escala y la forma de la distribución de la variable explicada.

El modelo general de la QR, según como se expone en Buchinsky (1998) es:

$$Q_\theta(y|x) = X\beta(\theta) \quad \theta \in (0,1)$$

dónde  $\beta(\theta)$  es un vector desconocido  $k \times 1$  de los parámetros de la regresión asociados al  $\theta$  percentil,<sup>25</sup>  $X$  es un vector del  $n \times k$  de variables independientes;  $y$  es la variable dependiente, que en nuestro caso corresponde a la CGB;  $u_{\theta}$  es un término de error desconocido.

De este modo,  $Q_{\theta}(y|x)$  denota el cuantil de  $y_i$ , condicional en el vector de regresores  $x_i$ . Aunque muchos de los trabajos empíricos que utilizan QR asumen que los errores están distribuidos independientemente e idénticamente (*i.i.d.*), el único supuesto necesario referente a  $u_{\theta}$  es  $Q_{\theta}(y|x) = 0$ . De este modo, el método de la QR permite que los efectos marginales cambien mediante diversos puntos de la distribución condicional estimada, utilizando diversos valores de  $\theta$ ,  $\theta \in (0, 1)$ . De este modo este método permite captar la heterogeneidad de la muestra, debido a que no se necesita ningún supuesto acerca de la homogeneidad de la distribución condicional.

Así, el estimador de QR puede ser obtenido como la solución al siguiente problema de minimización:

$$\hat{\beta}_{\theta} = \arg \min_{\beta} \left( \sum_{i: y_i > z_i^{\beta}} \theta |y_i - x_i \beta| + \sum_{i: y_i < z_i^{\beta}} \theta |y_i - x_i \beta| \right)$$

El estimador busca minimizar la suma de los residuos. Esta minimización puede ser llevada a cabo como un problema de programación lineal o como un problema de GMM. Esto último implica que los estimadores que obtendremos serán consistentes y asintóticamente normales (Koenker y Bassett, 1978).

Con el objeto de poder realizar contrastes acerca de la similitud de los coeficientes de las variables explicativas a lo largo de las distintas regresiones por cuantiles, se puede estimar una matriz de varianzas y covarianzas conjunta para todos los  $\beta(\theta_i)$  mediante bootstrapping.

La corrección por sesgo de selección no es un tema trivial en el marco de regresiones por cuantiles. Buchinsky (2000) sugiere varios métodos de estimación en dos etapas, usando un método no paramétrico de estimación similar al sugerido por Heckman (1979) y Newey et al. (1990) el caso de la regresión de media condicional.

La interpretación de las regresiones de cuantiles es similar a la interpretación del modelo lineal general. Por ejemplo, supongamos que se estima un modelo de regresión de mediana que sólo tiene una constante. El estimador de la constante nos dará la mediana de la muestra. Si a este modelo se le agrega una variable dicotómica cero-uno (por ejemplo igual a uno si el hogar está asegurado), la constante expresa la mediana del grupo no asegurado (categoría base) y el coeficiente de la variable *dummy* es la diferencia que existe entre las medianas de los hogares con y sin seguro. Si el modelo tiene un predictor continuo (por ejemplo la variable ingreso per cápita del hogar), la constante en el modelo es el valor de la mediana cuando la variable continua es cero, mientras que el coeficiente estimado de la variable continua me dice cómo cambia la mediana de la muestra cuando se aumenta la variable continua en una unidad. Si la variable continua está en logaritmos, el coeficiente estimado nos dará cómo cambia la mediana de la muestra cuando la variable continua aumenta en un 1%.

<sup>25</sup> Cabe señalar, que los coeficientes de la “Quantile regresión” pueden ser interpretados como la derivada parcial del quintil condicional con respecto a un regresor particular. Esto se compara al cambio marginal en el del percentil  $\theta$  condicional debido a un cambio marginal en el regresor.

Las regresiones incluirán como controles el ingreso per cápita del hogar, si el hogar tiene cobertura de seguro de salud, la edad y nivel educativo del jefe del hogar, si el hogar está en una zona rural o urbana, si en el hogar hay niños pequeños (menos a 5 años) o adultos mayores (mayores de 65), el hogar ha experimentado algún evento que requirió hospitalización y si el hogar realiza pagos de bolsillo en concepto de seguro médico. La variable ingreso se define como el logaritmo de la razón del ingreso per cápita del hogar al ingreso promedio en cada país. De esta manera la constante en la regresión corresponderá a un hogar con ingreso promedio. La categoría base son, entonces, hogares con ingreso promedio, con jefes sin educación y menores a 30 años, sin seguro médico (cuando correspondiera), en zonas urbanas, sin niños menores a 5 años y sin adultos mayores, que no experimentaron ningún evento hospitalario y que no realizan gastos de bolsillo para cobertura de seguro médico.

## **Anexo estadístico**

---

**CUADRO A-1**  
**PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, INDICADORES BÁSICOS**

	Argentina			Brasil			Chile	Colombia	Ecuador			México			Uruguay		
	Total	S/Seguro	C/seguro	Total	S/Seguro	C/seguro			Total	S/Seguro	C/seguro	Total	S/Seguro	C/seguro	Total	S/Seguro	C/seguro
Ingreso total pc (como razón al ingreso promedio total)		0,56	1,21		0,61	1,98				0,68	1,95		0,74	1,34		0,44	1,02
Capacidad de Gasto/Ingreso total pc	73,9%	50,2%	80,0%	86,6%	78,0%	95,0%	78,6%	73,3%	80,7%	71,6%	92,6%	80,9%	75,3%	91,6%	79,8%	60,2%	80,4%
Gasto total/Capacidad de gasto	108,8%	181,9%	98,1%	113,2%	128,6%	101,7%	109,3%	128,0%	83,0%	98,4%	62,5%	113,9%	128,7%	88,9%	109,5%	157,6%	108,8%
Gasto en salud/Gasto total	8,5%	4,4%	9,7%	5,4%	3,9%	6,8%	6,0%	3,8%	5,2%	5,0%	5,1%	4,8%	5,0%	2,7%	10,4%	2,7%	10,6%
Costo cobertura médica/Gasto en salud	27,7%	1,7%	32,9%	27,4%	3,9%	46,9%	9,6%	8,3%	0,5%	0,0%	1,9%	1,4%	1,6%	1,9%	57,2%	1,0%	57,0%
Gasto salud bolsillo/Gasto en salud	72,3%	98,3%	67,1%	72,6%	96,1%	53,1%	90,4%	91,7%	99,5%	100,0%	98,1%	98,6%	98,4%	98,1%	42,8%	99,0%	43,0%
Gasto salud bolsillo/capacidad de pago	8,1%	5,5%	9,1%	4,9%	4,9%	4,5%	5,5%	5,3%	7,4%	7,5%	7,0%	5,3%	5,9%	2,4%	5,2%	3,1%	5,3%
Distribucion de H según cobertura		24,1%	59,1%		72,4%	6,4%				55,8%	8,3%		56,9%	3,1%		1,7%	91,7%
% hogares c/ gastos de bolsillo en seguro de salud	27,5%			23,1%			22,2%	8,0%	0,5%			0,8%			80,7%		
% hogares que tienen gasto de bolsillo cero	50,1%	62,7%	45,3%	19,9%	24,3%	14,7%	37,1%	23,9%	5,8%	7,7%	7,8%	23,6%	23,7%	38,8%	26,9%	52,1%	26,1%
Gasto salud bolsillo/capacidad de pago																	
% hogares c/ gasto de bolsillo cero, pero gastan en seguro médico	10,3%	0,6%	15,2%	1,8%	0,2%	11,3%	6,4%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,0%	18,4%	0,0%	18,4%
Tasa de pobreza	13,8%	30,9%	6,5%	4,4%	6,0%	0,1%	11,1%	7,7%	7,4%	12,2%	1,9%	3,9%	6,3%	0,0%	3,8%	122,4%	1,6%
Tasa de pobreza en hogares con GBS cero	21,6%	39,6%	11,2%	11,1%	12,5%	0,7%	22,4%	8,0%	27,4%	35,3%	2,9%	6,6%	10,8%	0,0%	9,5%	14,4%	9,3%
% hogares que se empobrecen para afrontar GBS	1,9%	1,6%	2,0%	0,6%	0,8%	0,0%	0,9%	1,0%	1,1%	1,8%	0,1%	0,5%	0,9%	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de ingresos y gastos de los países seleccionados.

Notas: los períodos de realización de las encuestas son los siguientes: Argentina, Febrero 1996 - Marzo 1997; Brasil, Julio 2002 - Junio 2003; Chile, Agosto 1996 - Julio 1997; Colombia, Marzo 1994 - Febrero 1995;

Ecuador, Febrero 2003 - Enero 2004; México, 3º trimestre de 2004; Uruguay, Junio 1994 - Mayo 1995.

C/seguro: hogares en los que todos sus miembros tienen algún tipo de seguro médico. S/Seguro: hogares en los que ninguno de sus miembros tiene seguro médico.

Hogares pobres: un hogar se define como pobre si su ingreso per cápita mensual es inferior a la línea de subsistencia estimada según la metodología de Xu (2005). Ver explicación en página 19 del documento.

Hogares que se empobrecen: un hogar no pobre se empobrece cuando pasa a ser un hogar pobre luego de pagar sus GBS. La línea de subsistencia o pobreza es estimada según la metodología de Xu (2005).

**CUADRO A-2**  
**PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, PROPORCIÓN DE HOGARES QUE REPORTA GASTO DE BOLSILLO**  
**EN SALUD CERO POR QUINTIL DE INGRESO PER CÁPITA FAMILIAR**

	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	México	Uruguay
	% Hogares que reporta gasto de bolsillo cero						
Quintil I	66%	30%	49%	19%	8%	28%	44%
Quintil II	52%	22%	42%	17%	5%	25%	34%
Quintil III	49%	20%	36%	18%	5%	22%	23%
Quintil IV	44%	15%	33%	16%	5%	23%	19%
Quintil V	39%	12%	23%	15%	6%	19%	15%
	Distribución de los hogares que reporta gasto cero por quintil						
Quintil I	26%	30%	27%	23%	29%	24%	33%
Quintil II	21%	22%	23%	20%	17%	21%	25%
Quintil III	20%	20%	20%	21%	18%	19%	17%
Quintil IV	18%	16%	18%	19%	17%	20%	14%
Quintil V	16%	12%	13%	17%	19%	16%	11%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de ingresos y gastos de los países seleccionados.

Notas: Los períodos de realización de las encuestas son los siguientes: Argentina, Febrero 1996 - Marzo 1997; Brasil, Julio 2002 - Junio 2003; Chile, Agosto 1996 - Julio 1997;

Colombia, Marzo 1994 - Febrero 1995; Ecuador, Febrero 2003 - Enero 2004; México, 3º trimestre de 2004; Uruguay, Junio 1994 - Mayo 1995.

C/seguro: hogares en los que todos sus miembros tienen algún tipo de seguro médico. S/Seguro: hogares en los que ninguno de sus miembros tiene seguro médico.

**CUADRO A-3**  
**PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, DISTRIBUCIÓN DE LOS HOGARES SEGÚN DISTINTOS**  
**NIVELES DE CGB Y TENENCIA DE SEGURO MÉDICO**

	Argentina			Brasil			Chile	Colombia	Ecuador			México			Uruguay		
	Total	S/Seguro	C/seguro	Total	S/Seguro	C/seguro			Total	S/Seguro	C/seguro	Total	S/Seguro	C/seguro	Total	S/Seguro	C/seguro
Gasto Cero	50,1%	62,7%	45,3%	19,9%	24,3%	14,7%	37,1%	23,9%	5,8%	7,7%	7,8%	23,6%	23,7%	38,8%	26,9%	52,1%	26,1%
Hasta 10%	26,6%	20,7%	28,8%	65,8%	60,7%	73,2%	45,6%	58,9%	70,9%	68,7%	71,5%	61,4%	58,5%	55,0%	56,5%	37,8%	56,7%
10-20%	9,5%	7,1%	10,2%	10,2%	10,4%	8,5%	9,6%	12,2%	14,9%	14,8%	11,7%	9,0%	10,8%	4,9%	11,2%	8,5%	11,4%
20-30%	5,2%	4,1%	5,6%	2,6%	2,9%	2,6%	3,9%	3,1%	5,1%	5,1%	5,9%	2,8%	3,3%	0,9%	3,7%	1,5%	3,9%
30-40%	3,1%	2,0%	3,6%	1,0%	1,1%	0,7%	1,7%	1,3%	1,7%	1,9%	1,5%	1,2%	1,7%	0,0%	1,2%	0,0%	1,3%
40-50%	1,9%	1,2%	2,2%	0,3%	0,4%	0,2%	1,0%	0,4%	0,8%	0,8%	1,1%	0,9%	0,8%	0,2%	0,3%	0,0%	0,3%
50-60%	1,5%	1,1%	1,7%	0,1%	0,1%	0,0%	0,5%	0,1%	0,4%	0,6%	0,5%	0,5%	0,6%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%
60-70%	1,0%	0,6%	1,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,3%	0,1%	0,2%	0,3%	0,1%	0,2%	0,3%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%
70-80%	0,7%	0,2%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
80-90%	0,4%	0,1%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
90-100%	0,2%	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
H gasta 40% o más	5,6%	3,4%	6,5%	0,5%	0,6%	0,3%	2,1%	0,6%	1,6%	1,8%	1,6%	1,9%	2,0%	0,3%	0,5%	0,0%	0,5%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de ingresos y gastos de los países seleccionados.

Notas: los períodos de realización de las encuestas son los siguientes: Argentina, Febrero 1996 - Marzo 1997; Brasil, Julio 2002 - Junio 2003; Chile, Agosto 1996 - Julio 1997;

Colombia, Marzo 1994 - Febrero 1995; Ecuador, Febrero 2003 - Enero 2004; México, 3º trimestre de 2004; Uruguay, Junio 1994 - Mayo 1995.

C/seguro: hogares en los que todos sus miembros tienen algún tipo de seguro médico. S/Seguro: hogares en los que ninguno de sus miembros tiene seguro médico.

**CUADRO A-4**  
**PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, ESTRUCTURA Y NIVELES DE GASTO POR CGB**

	En % del promedio		Distribución % Gasto de Bolsillo en Salud					Gasto en seguro médico como % del gasto total
	Ingreso per cápita	Gasto de bolsillo en salud	Consultas Generales	Especialidades	Gastos laboratorio	Hospitalización	Medicamentos	
<b>Argentina</b>								
Sin GBS	87%							4,9%
Menos 10%	127%	66%	11,1%	35,9%	0,0%	1,5%	51,5%	6,5%
10-19%	109%	216%	5,7%	26,4%	0,0%	4,3%	63,7%	6,7%
20-29%	99%	326%	6,1%	20,9%	0,0%	6,1%	66,9%	5,4%
30-39%	102%	414%	4,7%	21,6%	0,0%	8,2%	65,6%	4,1%
40% y más	76%	572%	2,6%	15,6%	0,0%	11,2%	70,6%	3,3%
<b>Brasil (*)</b>								
Sin GBS	69%							1,7%
Menos 10%	115%	86%		31,3%	3,3%	1,8%	63,6%	4,5%
10-19%	73%	228%		32,4%	4,9%	6,8%	55,9%	4,5%
20-29%	73%	337%		29,7%	6,9%	9,0%	54,4%	3,1%
30-39%	78%	476%		27,5%	6,0%	18,7%	47,8%	4,3%
40% y más	90%	1318%		14,9%	3,0%	60,0%	22,1%	2,6%
<b>Chile</b>								
Sin GBS	81%							1,1%
Menos 10%	111%	60%	27,7%	15,0%	5,3%	2,4%	49,6%	1,9%
10-19%	116%	247%	23,4%	23,1%	8,8%	6,3%	38,3%	1,5%
20-29%	107%	375%	20,3%	27,4%	9,5%	9,5%	33,3%	1,9%
30-39%	100%	599%	16,3%	27,8%	7,1%	27,1%	21,8%	0,8%
40% y más	107%	1126%	10,0%	22,7%	4,6%	49,2%	13,5%	1,3%
<b>Colombia</b>								
Sin GBS	86%							1,0%
Menos 10%	112%	74%	14,5%	20,7%	6,2%	10,4%	48,2%	1,2%
10-19%	69%	223%	15,4%	12,5%	12,9%	13,6%	45,7%	0,6%
20-29%	61%	330%	16,5%	9,0%	14,4%	12,5%	47,6%	0,2%
30-39%	65%	554%	7,9%	8,3%	32,0%	15,8%	35,9%	0,1%
40% y más	71%	1050%	5,3%	11,9%	27,2%	36,9%	18,7%	0,2%
<b>Ecuador</b>								
Sin GBS	95%							0,0%
Menos 10%	104%	64%	12,3%	27,6%	10,1%	9,5%	40,5%	0,1%
10-19%	89%	188%	6,9%	19,9%	8,1%	23,5%	41,6%	0,0%
20-29%	92%	287%	4,7%	13,6%	6,4%	35,5%	39,9%	0,1%
30-39%	83%	342%	4,1%	12,9%	6,1%	40,5%	36,4%	0,0%
40% y más	79%	411%	2,7%	9,3%	6,2%	41,7%	40,1%	0,0%
<b>México</b>								
Sin GBS	90%							0,1%
Menos 10%	104%	53%	18,2%	27,2%	6,1%	1,8%	46,6%	0,2%
10-19%	83%	192%	12,6%	24,2%	7,4%	6,8%	48,8%	0,0%
20-29%	78%	349%	9,7%	13,8%	7,4%	16,3%	52,7%	0,1%
30-39%	140%	606%	5,6%	11,5%	4,2%	24,4%	54,2%	0,1%
40% y más	184%	1707%	5,3%	8,0%	3,0%	13,0%	70,6%	0,1%
<b>Uruguay</b>								
Sin GBS	71%							13,2%
Menos 10%	114%	78%	15,3%	25,7%	0,3%	32,6%	26,1%	14,0%
10-19%	106%	284%	22,7%	33,3%	0,1%	15,9%	27,9%	14,3%
20-29%	92%	401%	31,0%	29,0%	0,1%	15,6%	24,4%	13,7%
30% y más	75%	561%	22,6%	26,6%	0,2%	24,8%	25,9%	12,5%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de ingresos y gastos de los países seleccionados.

Notas: los períodos de realización de las encuestas son los siguientes: Argentina, Febrero 1996 - Marzo 1997; Brasil, Julio 2002 - Junio 2003;

Chile, Agosto 1996 - Julio 1997; Colombia, Marzo 1994 - Febrero 1995; Ecuador, Febrero 2003 - Enero 2004; México, 3º trimestre de 2004;

Uruguay, Junio 1994 - Mayo 1995.

En la base de datos de Brasil no pudo separarse las consultas generales de las especialidades.

**CUADRO A-5**  
**PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, DETERMINANTES GASTO DE BOLSILLO**  
**EN SALUD MODELO LINEAL CON CONTROL DE SELECCIÓN - VARIABLE**  
**DEPENDIENTE LOGARITMO NATURAL DE LA CGB**

	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	México	Uruguay
Ingreso	-0,262 *	-0,206 *	0,047	-0,202 *	-0,071 *	-0,082 *	-0,189 *
Ingreso Cuadrado	-0,042 *	-0,023 *	-0,065 *	-0,005	-0,038 *	0,001	-0,121 *
H con cobertura parcial	-0,161 *	0,026			0,013	-0,119 *	-0,407
H con cobertura completa	0,068	0,071			-0,043	-0,276 *	-0,077
Edad del jefe							
30-49	0,023	0,006	0,041	-0,084	-0,012	-0,048	-0,092
50-64	0,383 *	0,258 *	0,388 *	-0,089	0,247 *	0,154 *	-0,105
65 y más	0,462 *	0,248 *	0,454 *	-0,091	0,423 *	0,362 *	-0,029
Jefe con E. Básica	-0,077	-0,024	0,139	-0,050	0,002	-0,043	0,003
Jefe con E. Media	-0,145 *	-0,059	0,232 *	-0,129 *	0,062	0,009	0,092
Jefe con E. Superior	-0,261 *	-0,211 *	0,271 *	-0,279 *	0,012	-0,044	0,049
Jefe no ocupado	0,297 *	0,155 *	0,191 *	0,033		0,145 *	0,160 *
H en zona rural		0,178 *				0,240 *	
H con niños 0-5 años	-0,092 *	0,019	0,135 *	-0,008	0,046	0,161 *	-0,089
H con tercera edad	0,370 *	0,384 *	0,443 *	0,255 *	0,401 *	0,281 *	0,385 *
H exp. Evento hosp	0,994 *	1,100 *	1,644 *	0,957 *	1,158 *	1,919 *	0,245 *
H gasta en cob med adic	-0,034	0,135 *	-0,112 *	-0,211 *	-0,079	-0,187	-0,078
Constante	-2,962 *	-3,823 *	-4,026 *	-3,699 *	-3,566 *	-3,998 *	-3,336 *
Selección							
Ingreso	0,105 *	0,100 *	0,156 *	0,064 *	0,027	0,169 *	0,428 *
H sin cobertura	0,132 *	0,504 *			0,417 *	-0,063	0,293
H con cobertura completa	0,064 *	-0,057			-0,092	-0,542 *	0,285
H es pobre	-0,718 *	-0,680 *	-1,052 *	-0,248 *	-0,826 *	-0,360 *	-0,398 *
H con niños 0-5 años	0,146 *	0,298 *	0,261 *	0,236 *	0,430 *	0,420 *	0,375 *
H con tercera edad	0,209 *	0,205 *	0,252 *	0,025	-0,089	0,185 *	0,154 *
H gasta en cob med adic	0,259 *	0,279 *	0,156 *	0,104	0,422	0,022	0,236 *
Constante	-0,091 *	0,702 *	0,378 *	0,908 *	1,468 *	0,697 *	0,194
Efecto selección significativo	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de ingresos y gastos de los países seleccionados.

Notas: los períodos de realización de las encuestas son los siguientes: Argentina, Febrero 1996 - Marzo 1997;

Brasil, Julio 2002 - Junio 2003; Chile, Agosto 1996 - Julio 1997; Colombia, Marzo 1994 - Febrero 1995;

Ecuador, Febrero 2003 - Enero 2004; México, 3º trimestre de 2004; Uruguay, Junio 1994 - Mayo 1995.

\* Significativo al 5%

Hogar con cobertura parcial: al menos un miembro del hogar tiene seguro médico; Hogar con cobertura completa: todos los miembros del hogar están cubiertos por algún tipo de seguro médico.

**CUADRO A-6**  
**PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, DETERMINANTES GASTO DE BOLSILLO**  
**EN SALUD MODELO LINEAL CON CONTROL DE SELECCIÓN - VARIABLE DEPENDIENTE**  
**LOGARITMO NATURAL DE LA CGB. EFECTOS MARGINALES ECUACIÓN DE SELECCIÓN**

	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	México	Uruguay
Ingreso	0,042 *	0,027 *	0,058 *	0,016 *	0,003	0,051 *	0,139 *
H con cobertura parcial	0,053 *	0,117 *	0,000		0,036 *	-0,019 *	0,087
H con cobertura completa	0,026 *	-0,016	0,000		-0,009	-0,190 *	0,099
H con niños 0-5 años	0,058 *	0,076 *	0,098 *	0,058 *	0,038 *	0,121 *	0,113 *
H con tercera edad	0,083 *	0,052 *	0,091 *	0,006	-0,009	0,054 *	0,049 *
H es pobre	0,103 *	0,070 *	0,057 *	0,025	0,028	0,007	0,080 *

Notas: los períodos de realización de las encuestas son los siguientes: Argentina, Febrero 1996 - Marzo 1997;

Brasil, Julio 2002 - Junio 2003; Chile, Agosto 1996 - Julio 1997; Colombia, Marzo 1994 - Febrero 1995;

Ecuador, Febrero 2003 - Enero 2004; México, 3º trimestre de 2004; Uruguay, Junio 1994 - Mayo 1995.

\* Significativo al 5%

Hogar con cobertura parcial: al menos un miembro del hogar tiene seguro médico; Hogar con cobertura completa: todos los miembros del hogar están cubiertos por algún tipo de seguro médico.

**CUADRO A-7**  
**ARGENTINA, REGRESIONES POR CUANTILES**

	Percentil 5	Percentil 10	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	Percentil 90	Percentil 95
PGB (en logs)- con corrección por sesgo de selección							
Ingreso	-0,190 *	-0,158 *	-0,161 *	-0,254 *	-0,296 *	-0,227 *	-0,183 *
H con algún tipo de cobertura	-0,005	0,024	-0,072	-0,116	-0,138 *	-0,054	-0,079
H con cobertura completa	0,133	0,143	0,143	0,051	-0,002	0,019	-0,040
Edad del jefe							
30-49	-0,064	0,034	0,064	0,019	0,020	0,024	-0,055
50-64	0,138	0,267 *	0,374 *	0,335 *	0,346 *	0,254 *	0,164 *
65 y más	0,651 *	0,581 *	0,476 *	0,514 *	0,447 *	0,268 *	0,179 *
Jefe con E. Básica	-0,055	-0,058	-0,067	-0,045	-0,048	-0,040	-0,019
Jefe con E. Media	-0,034	-0,066	-0,159 *	-0,140 *	-0,132 *	-0,111 *	-0,124 *
Jefe con E. Superior	-0,058	-0,077	-0,177 *	-0,192 *	-0,187 *	-0,192 *	-0,157 *
Jefe no ocupado	0,161 *	0,233 *	0,259 *	0,243 *	0,291 *	0,259 *	0,220 *
H en zona rural							
H con niños 0-5 años	-0,020	-0,024	-0,040	-0,086	-0,149 *	-0,178 *	-0,190 *
H con tercera edad	0,306 *	0,436 *	0,506 *	0,389 *	0,285 *	0,273 *	0,187 *
H exp. Evento hosp	1,294 *	1,270 *	1,100 *	0,933 *	0,697 *	0,590 *	0,522 *
H gasta en cob med adic	0,431 *	0,330 *	0,097	0,051	-0,049	-0,036	-0,087
Constante	-7,226 *	-6,398 *	-4,390 *	-3,374 *	-1,948 *	-1,553 *	-0,700
PGB (en logs)- sin corrección por sesgo de selección							
Ingreso	-0,325 *	-0,269 *	-0,183 *	-0,236 *	-0,271 *	-0,233 *	-0,179 *
H con algún tipo de cobertura	-0,104	-0,061	-0,091	-0,088	-0,106 *	-0,050	-0,072
H con cobertura completa	0,090	0,123	0,131	0,087	0,022	0,024	-0,041
Edad del jefe							
30-49	-0,083	0,030	0,064	0,031	0,032	0,033	-0,058
50-64	0,100	0,256 *	0,375 *	0,346 *	0,355 *	0,261 *	0,162 *
65 y más	0,619 *	0,585 *	0,464 *	0,532 *	0,483 *	0,279 *	0,170 *
Jefe con E. Básica	-0,170	-0,103	-0,075	-0,018	-0,028	-0,041	-0,020
Jefe con E. Media	-0,154	-0,115	-0,164 *	-0,117	-0,119 *	-0,113 *	-0,124 *
Jefe con E. Superior	-0,162	-0,118	-0,184 *	-0,198 *	-0,170 *	-0,196 *	-0,158 *
Jefe no ocupado	0,157 *	0,236 *	0,258 *	0,236 *	0,277 *	0,257 *	0,221 *
H en zona rural							
H con niños 0-5 años	-0,155 *	-0,129 *	-0,071	-0,105 *	-0,133 *	-0,188 *	-0,179 *
H con tercera edad	0,134	0,281 *	0,482 *	0,361 *	0,284 *	0,254 *	0,204 *
H exp. Evento hosp	1,314 *	1,277 *	1,094 *	0,927 *	0,691 *	0,582 *	0,519 *
H gasta en cob med adic	0,179 *	0,117 *	0,041	0,026	-0,032	-0,058	-0,069 *
Constante	-5,254 *	-4,883 *	-3,961 *	-2,886 *	-1,990 *	-1,309 *	-0,878 *

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de ingresos y gastos de cada país.

Notas: los períodos de realización de las encuestas son los siguientes: Argentina, Febrero 1996 - Marzo 1997;

Brasil, Julio 2002 - Junio 2003; Chile, Agosto 1996 - Julio 1997; Colombia, Marzo 1994 - Febrero 1995;

Ecuador, Febrero 2003 - Enero 2004; México, 3º trimestre de 2004; Uruguay, Junio 1994 - Mayo 1995.

\* Significativo al 5%, errores estándares estimados mediante bootstrap con 150 simulaciones.

Hogar con cobertura parcial: al menos un miembro del hogar tiene seguro médico; Hogar con cobertura completa: todos los miembros del hogar están cubiertos por algún tipo de seguro médico.

**CUADRO A-8**  
**BRASIL, REGRESIONES POR CUANTILES**

	Percentil 5	Percentil 10	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	Percentil 90	Percentil 95
PGB (en logs)- con corrección por sesgo de selección							
Ingreso	-0,093	-0,105 *	-0,148 *	-0,165 *	-0,159 *	-0,161 *	-0,143 *
H con algún tipo de cobertura	0,304	0,360 *	0,371 *	0,245 *	0,191 *	0,176 *	0,098
H con cobertura completa	-0,011	0,047	0,117	0,105 *	0,110 *	0,119 *	0,120 *
Edad del jefe							
30-49	-0,157 *	-0,116 *	-0,033	-0,037	0,005	-0,060 *	-0,044
50-64	0,117	0,175 *	0,229 *	0,197 *	0,178 *	0,109 *	0,121 *
65 y más	-0,004	0,087	0,117 *	0,201 *	0,167 *	0,110 *	0,193 *
Jefe con E. Básica	0,031	0,025	-0,038	-0,074 *	-0,114 *	-0,144 *	-0,167 *
Jefe con E. Media	0,014	0,010	-0,100 *	-0,097 *	-0,125 *	-0,167 *	-0,156 *
Jefe con E. Superior	-0,255 *	-0,229 *	-0,229 *	-0,261 *	-0,293 *	-0,283 *	-0,258 *
Jefe no ocupado	0,241 *	0,228 *	0,168 *	0,101 *	0,115 *	0,120 *	0,106 *
H en zona rural	0,159 *	0,144 *	0,109 *	0,098 *	0,131 *	0,112 *	0,127 *
H con niños 0-5 años	0,268 *	0,279 *	0,185 *	0,097 *	0,024	-0,029	-0,048
H con tercera edad	0,692 *	0,634 *	0,576 *	0,471 *	0,430 *	0,390 *	0,274 *
H exp. Evento hosp	1,627 *	1,474 *	1,262 *	1,166 *	1,071 *	1,035 *	0,995 *
H gasta en cob med adic	0,436 *	0,419 *	0,296 *	0,222 *	0,163 *	0,121 *	0,096
Constante	-6,543 *	-6,221 *	-5,226 *	-4,090 *	-3,349 *	-2,685 *	-2,250 *
PGB (en logs)- sin corrección por sesgo de selección							
Ingreso	-0,158 *	-0,180 *	-0,205 *	-0,210 *	-0,207 *	-0,204 *	-0,176 *
H con algún tipo de cobertura	0,046	0,035	0,094 *	0,049	-0,007	-0,026	-0,054 *
H con cobertura completa	-0,039	0,022	0,124	0,102 *	0,115 *	0,127 *	0,125 *
Edad del jefe							
30-49	-0,162 *	-0,114 *	-0,031	-0,041	0,002	-0,060 *	-0,044
50-64	0,123 *	0,172 *	0,233 *	0,194 *	0,184 *	0,107 *	0,122 *
65 y más	-0,009	0,107	0,132 *	0,206 *	0,159 *	0,105 *	0,188 *
Jefe con E. Básica	0,022	0,032	-0,040	-0,078 *	-0,116 *	-0,141 *	-0,170 *
Jefe con E. Media	0,019	0,002	-0,099 *	-0,095 *	-0,125 *	-0,169 *	-0,161 *
Jefe con E. Superior	-0,212 *	-0,221 *	-0,226 *	-0,257 *	-0,283 *	-0,275 *	-0,255 *
Jefe no ocupado	0,244 *	0,225 *	0,165 *	0,099 *	0,111 *	0,125 *	0,109 *
H en zona rural	0,177 *	0,130 *	0,113 *	0,099 *	0,132 *	0,124 *	0,126 *
H con niños 0-5 años	0,140 *	0,110 *	0,041	-0,006	-0,081 *	-0,128 *	-0,131 *
H con tercera edad	0,598 *	0,507 *	0,471 *	0,396 *	0,367 *	0,316 *	0,227 *
H exp. Evento hosp	1,613 *	1,475 *	1,249 *	1,169 *	1,074 *	1,037 *	0,991 *
H gasta en cob med adic	0,334 *	0,273 *	0,152 *	0,126 *	0,058 *	0,026	0,012
Constante	-5,944 *	-5,378 *	-4,466 *	-3,570 *	-2,814 *	-2,161 *	-1,831 *

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de ingresos y gastos de cada país.

Notas: los períodos de realización de las encuestas son los siguientes: Argentina, Febrero 1996 - Marzo 1997;

Brasil, Julio 2002 - Junio 2003; Chile, Agosto 1996 - Julio 1997; Colombia, Marzo 1994 - Febrero 1995;

Ecuador, Febrero 2003 - Enero 2004; México, 3º trimestre de 2004; Uruguay, Junio 1994 - Mayo 1995.

\* Significativo al 5%, errores estándares estimados mediante bootstrap con 150 simulaciones.

Hogar con cobertura parcial: al menos un miembro del hogar tiene seguro médico; Hogar con cobertura completa: todos los miembros del hogar están cubiertos por algún tipo de seguro médico.

**CUADRO A-9**  
**CHILE, REGRESIONES POR CUANTILES**

	Percentil 5	Percentil 10	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	Percentil 90	Percentil 95
PGB (en logs)- con corrección por sesgo de selección							
Ingreso	0,220 *	0,191 *	0,125	0,124	0,136 *	0,042	0,041
H con algún tipo de cobertura							
H con cobertura completa							
Edad del jefe							
30-49	0,165	-0,004	-0,036	0,158	0,136	-0,130	-0,013
50-64	0,507 *	0,484 *	0,399 *	0,410 *	0,351 *	0,035	0,075
65 y más	0,409	0,263	0,421 *	0,550 *	0,433 *	0,140	0,262
Jefe con E. Básica	0,241	0,148	0,224	0,205 *	0,124	0,035	0,006
Jefe con E. Media	0,448 *	0,482 *	0,327 *	0,286 *	0,129	0,070	0,060
Jefe con E. Superior	0,314	0,305 *	0,235	0,267 *	0,103	0,104	0,095
Jefe no ocupado	0,288	0,132	0,181	0,217 *	0,237 *	0,241 *	0,194 *
H en zona rural							
H con niños 0-5 años	0,188	0,223	0,233 *	0,194 *	0,209 *	0,080	0,136
H con tercera edad	0,996 *	1,177 *	0,616 *	0,547 *	0,495 *	0,293 *	0,314 *
H exp. Evento hosp	2,346 *	1,876 *	1,707 *	1,507 *	1,313 *	1,097 *	1,001 *
H gasta en cob med adic	0,021	-0,008	0,028	0,008	0,004	-0,045	-0,070
Constante	-8,180 *	-6,913 *	-5,411 *	-4,632 *	-3,899 *	-2,310 *	-2,079 *
PGB (en logs)- sin corrección por sesgo de selección							
Ingreso	0,072	0,096 *	0,075	0,051	0,016	-0,033	-0,030
H con algún tipo de cobertura							
H con cobertura completa							
Edad del jefe							
30-49	0,150	0,009	-0,029	0,158	0,135	-0,128	-0,063
50-64	0,533 *	0,472 *	0,403 *	0,394 *	0,345 *	0,034	0,027
65 y más	0,473	0,280	0,440 *	0,560 *	0,437 *	0,161	0,233
Jefe con E. Básica	0,265	0,112	0,222	0,196 *	0,122	0,010	-0,002
Jefe con E. Media	0,441 *	0,426 *	0,326 *	0,285 *	0,109	0,058	0,061
Jefe con E. Superior	0,332	0,283 *	0,238	0,255 *	0,081	0,098	0,100
Jefe no ocupado	0,269	0,142	0,184	0,207 *	0,218 *	0,253 *	0,211 *
H en zona rural							
H con niños 0-5 años	-0,026	0,099	0,156 *	0,068	0,018	-0,026	0,035
H con tercera edad	0,721 *	1,048 *	0,541 *	0,444 *	0,307 *	0,190 *	0,204 *
H exp. Evento hosp	2,356 *	1,873 *	1,707 *	1,474 *	1,304 *	1,107 *	0,997 *
H gasta en cob med adic	-0,117	-0,101	-0,014	-0,062	-0,119 *	-0,111 *	-0,136 *
Constante	-6,990 *	-6,199 *	-4,939 *	-3,864 *	-2,703 *	-1,737 *	-1,456 *

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de ingresos y gastos de cada país.

Notas: los períodos de realización de las encuestas son los siguientes: Argentina, Febrero 1996 - Marzo 1997;

Brasil, Julio 2002 - Junio 2003; Chile, Agosto 1996 - Julio 1997; Colombia, Marzo 1994 - Febrero 1995;

Ecuador, Febrero 2003 - Enero 2004; México, 3º trimestre de 2004; Uruguay, Junio 1994 - Mayo 1995.

\* Significativo al 5%, errores estándares estimados mediante bootstrap con 150 simulaciones.

Hogar con cobertura parcial: al menos un miembro del hogar tiene seguro médico; Hogar con cobertura completa: todos los miembros del hogar están cubiertos por algún tipo de seguro médico.

**CUADRO A-10**  
**COLOMBIA, REGRESIONES POR CUANTILES**

	Percentil 5	Percentil 10	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	Percentil 90	Percentil 95
PGB (en logs)- con corrección por sesgo de selección							
Ingreso	-0,193 *	-0,214 *	-0,152 *	-0,139 *	-0,135 *	-0,118 *	-0,143 *
H con algún tipo de cobertura							
H con cobertura completa							
Edad del jefe							
30-49	-0,129 *	-0,147 *	-0,105 *	-0,143 *	-0,126 *	-0,122 *	-0,077 *
50-64	-0,138	-0,117	-0,080	-0,117 *	-0,079 *	-0,069 *	-0,041
65 y más	-0,030	0,053	0,007	-0,115	-0,110	0,020	0,085
Jefe con E. Básica	-0,058	-0,040	-0,039	-0,115 *	-0,106 *	-0,113 *	-0,107 *
Jefe con E. Media	-0,126	-0,080	-0,115 *	-0,191 *	-0,168 *	-0,187 *	-0,179 *
Jefe con E. Superior	-0,154	-0,073	-0,185 *	-0,306 *	-0,324 *	-0,323 *	-0,344 *
Jefe no ocupado	0,039	0,070	0,002	-0,003	0,017	0,002	0,024
H en zona rural							
H con niños 0-5 años	0,185	0,157	0,141 *	0,136 *	0,097 *	0,087 *	-0,001
H con tercera edad	0,002	0,076	0,215 *	0,276 *	0,279 *	0,195 *	0,189 *
H exp. Evento hosp	1,539 *	1,466 *	1,245 *	0,799 *	0,528 *	0,471 *	0,476 *
H gasta en cob med adic	0,123	0,040	-0,137 *	-0,110	-0,078	-0,054	-0,096
Constante	-6,946 *	-6,491 *	-4,896 *	-4,473 *	-3,443 *	-2,910 *	-2,267 *
PGB (en logs)- sin corrección por sesgo de selección							
Ingreso	-0,305 *	-0,279 *	-0,191 *	-0,156 *	-0,193 *	-0,191 *	-0,190 *
H con algún tipo de cobertura							
H con cobertura completa							
Edad del jefe							
30-49	-0,151 *	-0,136 *	-0,108 *	-0,150 *	-0,134 *	-0,132 *	-0,086 *
50-64	-0,129	-0,112	-0,087	-0,124 *	-0,077 *	-0,069	-0,036
65 y más	-0,018	0,060	-0,002	-0,123 *	-0,105	0,023	0,080
Jefe con E. Básica	-0,070	-0,070	-0,042	-0,109 *	-0,117 *	-0,132 *	-0,120 *
Jefe con E. Media	-0,128	-0,108	-0,118 *	-0,192 *	-0,180 *	-0,201 *	-0,191 *
Jefe con E. Superior	-0,150	-0,095	-0,179 *	-0,309 *	-0,325 *	-0,330 *	-0,336 *
Jefe no ocupado	0,030	0,074	0,002	-0,005	0,006	0,019	0,027
H en zona rural							
H con niños 0-5 años	-0,036	0,011	0,067 *	0,055	-0,051 *	-0,086 *	-0,114 *
H con tercera edad	-0,027	0,049	0,213 *	0,271 *	0,263 *	0,176 *	0,178 *
H exp. Evento hosp	1,536 *	1,472 *	1,231 *	0,797 *	0,525 *	0,476 *	0,474 *
H gasta en cob med adic	0,036	-0,003	-0,152 *	-0,180 *	-0,148 *	-0,132 *	-0,139 *
Constante	-6,317 *	-5,775 *	-4,750 *	-3,408 *	-2,485 *	-1,881 *	-1,605 *

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de ingresos y gastos de cada país.

Notas: los períodos de realización de las encuestas son los siguientes: Argentina, Febrero 1996 - Marzo 1997;

Brasil, Julio 2002 - Junio 2003; Chile, Agosto 1996 - Julio 1997; Colombia, Marzo 1994 - Febrero 1995;

Ecuador, Febrero 2003 - Enero 2004; México, 3º trimestre de 2004; Uruguay, Junio 1994 - Mayo 1995.

\* Significativo al 5%, errores estándares estimados mediante bootstrap con 150 simulaciones.

Hogar con cobertura parcial: al menos un miembro del hogar tiene seguro médico; Hogar con cobertura completa: todos los miembros del hogar están cubiertos por algún tipo de seguro médico.

**CUADRO A-11**  
**ECUADOR, REGRESIONES POR CUANTILES**

	Percentil 5	Percentil 10	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	Percentil 90	Percentil 95
PGB (en logs)- con corrección por sesgo de selección							
Ingreso	0,064	0,047	-0,011	-0,037	-0,039	-0,045 *	-0,058 *
H con algún tipo de cobertura	0,197	0,161 *	0,111	0,093	0,111	0,130 *	0,036
H con cobertura completa	-0,146	-0,118	-0,060	-0,048	-0,124 *	-0,112 *	-0,142 *
Edad del jefe							
30-49	0,055	-0,055	0,024	0,013	0,011	-0,011	-0,048
50-64	0,208 *	0,107	0,290 *	0,231 *	0,264 *	0,260 *	0,250 *
65 y más	0,442 *	0,441 *	0,429 *	0,353 *	0,424 *	0,378 *	0,466 *
Jefe con E. Básica	0,008	0,067	0,050	0,041	-0,027	-0,046	0,019
Jefe con E. Media	0,283 *	0,217 *	0,119	0,074	-0,011	-0,110 *	-0,064
Jefe con E. Superior	0,123	0,172	0,108	0,021	-0,136 *	-0,247 *	-0,202 *
Jefe no ocupado							
H en zona rural							
H con niños 0-5 años	0,273	0,247 *	0,155 *	0,080	0,109 *	0,091 *	-0,011
H con tercera edad	0,407 *	0,246 *	0,329 *	0,435 *	0,383 *	0,354 *	0,274 *
H exp. Evento hosp	1,839 *	1,559 *	1,287 *	1,064 *	0,929 *	0,820 *	0,759 *
H gasta en cob med adic	-0,243	0,238	0,036	-0,051	-0,060	-0,013	-0,095
Constante	-6,108 *	-5,397 *	-4,382 *	-3,636 *	-3,026 *	-2,495 *	-2,025 *
PGB (en logs)- sin corrección por sesgo de selección							
Ingreso	0,029	0,012	-0,026	-0,067 *	-0,078 *	-0,095 *	-0,104 *
H con algún tipo de cobertura	0,091	0,071	0,092 *	0,001	-0,045	-0,070 *	-0,096 *
H con cobertura completa	-0,105	-0,050	-0,064	-0,034	-0,083	-0,042	-0,090
Edad del jefe							
30-49	0,070	-0,072	0,012	0,011	-0,002	-0,024	-0,057
50-64	0,218 *	0,080	0,281 *	0,239 *	0,246 *	0,251 *	0,256 *
65 y más	0,505 *	0,430 *	0,432 *	0,418 *	0,459 *	0,443 *	0,493 *
Jefe con E. Básica	0,001	0,035	0,055	0,031	-0,058	-0,037	-0,007
Jefe con E. Media	0,269 *	0,190 *	0,119	0,074	-0,040	-0,094	-0,089
Jefe con E. Superior	0,116	0,162	0,126	0,032	-0,149 *	-0,232 *	-0,212 *
Jefe no ocupado							
H en zona rural							
H con niños 0-5 años	0,157 *	0,139 *	0,131 *	-0,014	-0,061 *	-0,102 *	-0,138 *
H con tercera edad	0,404 *	0,272 *	0,329 *	0,431 *	0,400 *	0,368 *	0,347 *
H exp. Evento hosp	1,842 *	1,531 *	1,283 *	1,063 *	0,921 *	0,837 *	0,754 *
H gasta en cob med adic	-0,365	0,093	0,039	-0,118	-0,125	-0,208	-0,197
Constante	-5,861 *	-5,109 *	-4,356 *	-3,438 *	-2,632 *	-2,048 *	-1,721 *

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de ingresos y gastos de cada país.

Notas: los períodos de realización de las encuestas son los siguientes: Argentina, Febrero 1996 - Marzo 1997;

Brasil, Julio 2002 - Junio 2003; Chile, Agosto 1996 - Julio 1997; Colombia, Marzo 1994 - Febrero 1995;

Ecuador, Febrero 2003 - Enero 2004; México, 3º trimestre de 2004; Uruguay, Junio 1994 - Mayo 1995.

\* Significativo al 5%, errores estándares estimados mediante bootstrap con 150 simulaciones.

Hogar con cobertura parcial: al menos un miembro del hogar tiene seguro médico; Hogar con cobertura completa: todos los miembros del hogar están cubiertos por algún tipo de seguro médico.

**CUADRO A-12**  
**MÉXICO, REGRESIONES POR CUANTILES**

	Percentil 5	Percentil 10	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	Percentil 90	Percentil 95
PGB (en logs)- con corrección por sesgo de selección							
Ingreso	-0,132	-0,155	-0,008	-0,014	0,016	0,069	0,134 *
H con algún tipo de cobertura	-0,040	-0,040	-0,050	-0,062	-0,072 *	-0,063	-0,104 *
H con cobertura completa	-0,495	-0,343	-0,439 *	-0,296	-0,386 *	-0,480 *	-0,567 *
Edad del jefe							
30-49	-0,069	0,003	-0,049	-0,079 *	-0,062	-0,105 *	-0,080
50-64	0,068	0,133	0,129 *	0,110 *	0,154 *	0,075	0,138 *
65 y más	0,308	0,613 *	0,315 *	0,289 *	0,327 *	0,122	0,039
Jefe con E. Básica	0,119	-0,048	-0,087	-0,054	-0,081 *	-0,125 *	-0,127 *
Jefe con E. Media	0,055	-0,028	-0,101 *	-0,087 *	-0,108 *	-0,144 *	-0,177 *
Jefe con E. Superior	0,227	0,059	-0,076	-0,124 *	-0,156 *	-0,221 *	-0,230 *
Jefe no ocupado	0,061	0,139	0,147 *	0,115 *	0,149 *	0,183 *	0,167 *
H en zona rural	0,178 *	0,176 *	0,228 *	0,240 *	0,244 *	0,274 *	0,240 *
H con niños 0-5 años	0,235	0,171	0,437 *	0,298 *	0,265 *	0,221	0,321 *
H con tercera edad	0,380	0,144	0,398 *	0,356 *	0,300 *	0,390 *	0,491 *
H exp. Evento hosp	2,355 *	2,288 *	2,095 *	1,923 *	1,789 *	1,542 *	1,406 *
H gasta en cob med adic	-0,737	-0,290	0,021	0,026	0,006	-0,018	-0,045
Constante	-5,852 *	-5,099 *	-5,235 *	-4,291 *	-3,624 *	-2,974 *	-3,051 *
PGB (en logs)- sin corrección por sesgo de selección							
Ingreso	-0,159 *	-0,099 *	-0,080 *	-0,096 *	-0,095 *	-0,070 *	-0,063 *
H con algún tipo de cobertura	-0,046	-0,067	-0,026	-0,033	-0,038	-0,020	-0,053
H con cobertura completa	-0,373	-0,447 *	-0,251 *	-0,038	-0,052	-0,054	-0,003
Edad del jefe							
30-49	-0,067	0,011	-0,047	-0,080	-0,061	-0,095 *	-0,070
50-64	0,085	0,152	0,132 *	0,114 *	0,156 *	0,081	0,138 *
65 y más	0,226	0,644 *	0,316 *	0,302 *	0,291 *	0,112	0,060
Jefe con E. Básica	0,068	-0,052	-0,090	-0,058	-0,092 *	-0,140 *	-0,139 *
Jefe con E. Media	0,048	-0,029	-0,104 *	-0,087 *	-0,114 *	-0,151 *	-0,165 *
Jefe con E. Superior	0,228	0,053	-0,078	-0,123 *	-0,165 *	-0,224 *	-0,211 *
Jefe no ocupado	0,037	0,145 *	0,135 *	0,111 *	0,150 *	0,176 *	0,158 *
H en zona rural	0,170 *	0,181 *	0,229 *	0,246 *	0,258 *	0,285 *	0,267 *
H con niños 0-5 años	0,289 *	0,330 *	0,273 *	0,114 *	0,017	-0,096 *	-0,098 *
H con tercera edad	0,481 *	0,180	0,335 *	0,271 *	0,218 *	0,254 *	0,299 *
H exp. Evento hosp	2,351 *	2,289 *	2,091 *	1,921 *	1,785 *	1,543 *	1,407 *
H gasta en cob med adic	-0,649	-0,257	0,025	0,046	0,023	-0,017	-0,044
Constante	-6,592 *	-5,902 *	-4,731 *	-3,731 *	-2,916 *	-2,136 *	-1,775 *

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de ingresos y gastos de cada país.

Notas: los períodos de realización de las encuestas son los siguientes: Argentina, Febrero 1996 - Marzo 1997;

Brasil, Julio 2002 - Junio 2003; Chile, Agosto 1996 - Julio 1997; Colombia, Marzo 1994 - Febrero 1995;

Ecuador, Febrero 2003 - Enero 2004; México, 3º trimestre de 2004; Uruguay, Junio 1994 - Mayo 1995.

\* Significativo al 5%, errores estándares estimados mediante bootstrap con 150 simulaciones.

Hogar con cobertura parcial: al menos un miembro del hogar tiene seguro médico; Hogar con cobertura completa: todos los miembros del hogar están cubiertos por algún tipo de seguro médico.

**CUADRO A-13**  
**URUGUAY, REGRESIONES POR CUANTILES**

	Percentil 5	Percentil 10	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	Percentil 90	Percentil 95
PGB (en logs)- con corrección por sesgo de selección							
Ingreso	-0,460	-0,718	-0,233	-0,212	0,008	0,152	0,103
H con algún tipo de cobertura	-0,634	-0,443	-0,265	-0,064	-0,251	0,037	0,191
H con cobertura completa	-0,177	-0,184	-0,076	0,244	0,054	0,238	0,369
Edad del jefe							
30-49	0,053	-0,136	-0,089	-0,017	-0,039	0,124	0,208
50-64	0,005	-0,080	-0,051	0,054	0,096	0,101	0,233
65 y más	0,195	0,187	-0,115	0,113	0,038	0,257	0,509 *
Jefe con E. Básica	0,094	0,075	-0,024	0,017	0,019	-0,107	-0,204 *
Jefe con E. Media	0,183	0,076	0,084	0,083	0,041	-0,067	-0,127
Jefe con E. Superior	0,165	0,226	-0,047	0,042	0,027	-0,118	-0,055
Jefe no ocupado	0,105	0,081	0,113	0,016	0,107	0,064	0,022
H en zona rural							
H con niños 0-5 años	-0,252	-0,545	-0,168	-0,072	-0,015	0,092	0,068
H con tercera edad	0,192	-0,095	0,349	0,476	0,505 *	0,414 *	0,267
H exp. Evento hosp	1,001 *	0,801 *	0,398 *	-0,028	-0,018	-0,025	-0,004
H gasta en cob med adic	-0,049	-0,163	-0,182	-0,050	-0,019	-0,044	0,014
Constante	-5,702 *	-4,049 *	-3,860 *	-3,548	-3,176 *	-3,249 *	-3,106 *
PGB (en logs)- sin corrección por sesgo de selección							
Ingreso	-0,386 *	-0,364 *	-0,126 *	-0,154 *	-0,098 *	-0,148 *	-0,165 *
H con algún tipo de cobertura	-0,628	-0,246	-0,195	0,033	-0,170	0,091	0,142
H con cobertura completa	-0,162	-0,008	-0,036	0,357	0,104	0,250	0,300
Edad del jefe							
30-49	0,087	-0,153	-0,079	-0,042	-0,019	0,162	0,199
50-64	0,039	-0,101	-0,056	0,020	0,067	0,146	0,198
65 y más	0,228	0,186	-0,128	0,063	0,036	0,285	0,445 *
Jefe con E. Básica	0,108	0,108	-0,032	0,001	-0,004	-0,107	-0,192 *
Jefe con E. Media	0,182	0,124	0,045	0,064	0,032	-0,075	-0,113
Jefe con E. Superior	0,172	0,244	-0,071	0,014	-0,028	-0,130	-0,067
Jefe no ocupado	0,119	0,102	0,116	0,038	0,135 *	0,069	0,052
H en zona rural							
H con niños 0-5 años	-0,169	-0,245 *	-0,089	-0,026	-0,107	-0,157 *	-0,197
H con tercera edad	0,230	0,057	0,402 *	0,509 *	0,432 *	0,286 *	0,159
H exp. Evento hosp	0,973 *	0,796 *	0,403 *	-0,026	-0,008	-0,014	-0,002
H gasta en cob med adic	0,019	0,054	-0,085	-0,005	-0,024	-0,199	-0,099
Constante	-5,893 *	-5,366 *	-4,203 *	-3,683 *	-2,669 *	-2,107 *	-1,964 *

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de ingresos y gastos de cada país.

Notas: los períodos de realización de las encuestas son los siguientes: Argentina, Febrero 1996 - Marzo 1997;

Brasil, Julio 2002 - Junio 2003; Chile, Agosto 1996 - Julio 1997; Colombia, Marzo 1994 - Febrero 1995;

Ecuador, Febrero 2003 - Enero 2004; México, 3º trimestre de 2004; Uruguay, Junio 1994 - Mayo 1995.

\* Significativo al 5%, errores estándares estimados mediante bootstrap con 150 simulaciones.

Hogar con cobertura parcial: al menos un miembro del hogar tiene seguro médico; Hogar con cobertura completa: todos los miembros del hogar están cubiertos por algún tipo de seguro médico.

**CUADRO A-14**  
**PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, REGRESIONES POR CUANTILES**  
**PREDICIONES PARA EL MODELO CON CONTROL POR SELECCIÓN**

A- Categoría Base							
	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	México	Uruguay
Percentil 5	0,004 **	0,002 **	0,001 **	0,002 **	0,003 **	0,001 **	0,003
Percentil 10	0,007 **	0,004 **	0,002 **	0,003 **	0,006 **	0,003 **	0,007
Percentil 25	0,019 **	0,011 **	0,007 **	0,008 **	0,013 **	0,009 **	0,017
Percentil 50	0,059 **	0,027 **	0,021 **	0,033 **	0,031 **	0,024 **	0,029
Percentil 75	0,143 **	0,057 **	0,068 **	0,080 **	0,065 **	0,053 **	0,076 *
Percentil 90	0,273 **	0,110 **	0,177 **	0,146 **	0,120 **	0,115 **	0,123 **
Percentil 95	0,415 **	0,155 **	0,227 **	0,195 **	0,166 **	0,169 **	0,127 *
B- Hogar con Jefe con 30-49 años de edad							
	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	México	Uruguay
Percentil 5	0,004 **	0,002 **	0,001 **	0,002 **	0,003 **	0,001 **	0,003
Percentil 10	0,007 **	0,004 **	0,002 **	0,003 **	0,005 **	0,003 **	0,006
Percentil 25	0,020 **	0,010 **	0,007 **	0,008 **	0,013 **	0,008 **	0,015
Percentil 50	0,061 **	0,026 **	0,025 **	0,028 **	0,031 **	0,022 **	0,028
Percentil 75	0,146 **	0,057 **	0,078 **	0,071 **	0,065 **	0,050 **	0,073 **
Percentil 90	0,280 **	0,104 **	0,156 **	0,129 **	0,118 **	0,103 **	0,139 **
Percentil 95	0,393 **	0,148 **	0,224 **	0,180 **	0,159 **	0,156 **	0,156 *
C- Hogar con Jefe con 50-64 años de edad							
	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	México	Uruguay
Percentil 5	0,005 **	0,003 **	0,002 **	0,001 **	0,003 **	0,001 **	0,003
Percentil 10	0,009 **	0,005 **	0,003 **	0,003 **	0,006 **	0,003 **	0,006
Percentil 25	0,027 **	0,014 **	0,011 **	0,008 **	0,017 **	0,010 **	0,016
Percentil 50	0,083 **	0,033 **	0,032 **	0,029 **	0,039 **	0,027 **	0,030
Percentil 75	0,202 **	0,068 **	0,097 **	0,074 **	0,084 **	0,062 **	0,084 **
Percentil 90	0,352 **	0,123 **	0,184 **	0,136 **	0,155 **	0,124 **	0,136 **
Percentil 95	0,489 **	0,175 **	0,245 **	0,187 **	0,214 **	0,194 **	0,160 *
D- Hogar con Jefe con 65 o más años de edad							
	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	México	Uruguay
Percentil 5	0,012 **	0,005 **	0,004 **	0,002 **	0,006 **	0,003 **	0,005
Percentil 10	0,019 **	0,009 **	0,009 **	0,003 **	0,011 **	0,006 **	0,007
Percentil 25	0,050 **	0,022 **	0,021 **	0,011 **	0,027 **	0,018 **	0,021 *
Percentil 50	0,147 **	0,053 **	0,064 **	0,039 **	0,068 **	0,045 **	0,052 **
Percentil 75	0,297 **	0,104 **	0,172 **	0,095 **	0,145 **	0,099 **	0,131 *
Percentil 90	0,469 **	0,182 **	0,273 **	0,181 **	0,249 **	0,192 **	0,240 **
Percentil 95	0,598 **	0,247 **	0,404 **	0,257 **	0,348 **	0,287 **	0,275 **
E- Hogar que experimenta evento hospitalario							
	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	México	Uruguay
Percentil 5	0,016 **	0,013 **	0,010 **	0,008 **	0,017 **	0,014 **	0,008
Percentil 10	0,025 **	0,019 **	0,013 **	0,013 **	0,027 **	0,027 **	0,015
Percentil 25	0,056 **	0,038 **	0,040 **	0,029 **	0,045 **	0,071 **	0,025
Percentil 50	0,151 **	0,086 **	0,097 **	0,073 **	0,089 **	0,163 **	0,028
Percentil 75	0,287 **	0,167 **	0,253 **	0,136 **	0,164 **	0,317 **	0,075 *
Percentil 90	0,492 **	0,310 **	0,531 **	0,233 **	0,272 **	0,537 **	0,120 **
Percentil 95	0,699 **	0,419 **	0,618 **	0,314 **	0,355 **	0,689 **	0,126 **

Cuadro A-14 (continuación)

F- Hogar con adulto mayor (no es el jefe)								
	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	México	Uruguay	
Percentil 5	0,006 **	0,005 **	0,003 **	0,002 **	0,004 **	0,002 **	0,004	
Percentil 10	0,011 **	0,008 **	0,007 **	0,003 **	0,007 **	0,003 **	0,006	
Percentil 25	0,031 **	0,019 **	0,014 **	0,010 **	0,017 **	0,013 **	0,024	
Percentil 50	0,088 **	0,043 **	0,037 **	0,043 **	0,048 **	0,034 **	0,046 *	
Percentil 75	0,190 **	0,088 **	0,112 **	0,106 **	0,095 **	0,071 **	0,126 **	
Percentil 90	0,359 **	0,163 **	0,238 **	0,177 **	0,171 **	0,170 **	0,186 **	
Percentil 95	0,500 **	0,204 **	0,311 **	0,236 **	0,219 **	0,276 **	0,165 **	
G- Niños menores a 5 años en el hogar								
	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	México	Uruguay	
Percentil 5	0,004 **	0,003 **	0,001 **	0,002 **	0,004 **	0,002 **	0,002	
Percentil 10	0,007 **	0,006 **	0,003 **	0,003 **	0,007 **	0,003 **	0,004 *	
Percentil 25	0,018 **	0,013 **	0,009 **	0,010 **	0,015 **	0,014 **	0,014 *	
Percentil 50	0,054 **	0,030 **	0,026 **	0,038 **	0,033 **	0,032 **	0,027 *	
Percentil 75	0,123 **	0,059 **	0,084 **	0,088 **	0,072 **	0,069 **	0,075 *	
Percentil 90	0,228 **	0,107 **	0,192 **	0,159 **	0,131 **	0,143 **	0,135 **	
Percentil 95	0,343 **	0,148 **	0,260 **	0,195 **	0,165 **	0,233 **	0,135 **	
J- Hogar con jefe no ocupado								
	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	México	Uruguay	
Percentil 5	0,005 **	0,003 **	0,001 **	0,002 **	0,000 ##	0,001 **	0,003	
Percentil 10	0,009 **	0,005 **	0,002 **	0,003 **	0,000 ##	0,003 **	0,007	
Percentil 25	0,024 **	0,013 **	0,009 **	0,008 **	0,000 ##	0,010 **	0,019	
Percentil 50	0,076 **	0,030 **	0,027 **	0,033 **	0,000 ##	0,027 **	0,029	
Percentil 75	0,191 **	0,064 **	0,086 **	0,081 **	0,000 ##	0,061 **	0,085 *	
Percentil 90	0,354 **	0,124 **	0,226 **	0,146 **	0,000 ##	0,138 **	0,131 **	
Percentil 95	0,517 **	0,172 **	0,276 **	0,200 **	0,000 ##	0,199 **	0,129 *	

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de ingresos y gastos de cada país.

Notas: los períodos de realización de las encuestas son los siguientes: Argentina, Febrero 1996 - Marzo 1997;

Brasil, Julio 2002 - Junio 2003; Chile, Agosto 1996 - Julio 1997; Colombia, Marzo 1994 - Febrero 1995;

Ecuador, Febrero 2003 - Enero 2004; México, 3º trimestre de 2004; Uruguay, Junio 1994 - Mayo 1995.

La categoría base son hogares sin ningún tipo de cobertura de seguro médico (cuando la información está disponible), con jefes menores a 30 años, sin educación y ocupados, en zonas urbanas, sin niños menores a 5 años, sin adultos mayores, con ingreso promedio, que no experimenta un evento hospitalario; el hogar no tiene gastos de bolsillo en seguro médico.

En el panel A se presentan las predicciones para esta categoría base



NACIONES UNIDAS

Serie

CEPAL

políticas sociales

## Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

[www.cepal.org/publicaciones](http://www.cepal.org/publicaciones)

141. Marcela Peticara, “Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos”, (LC/L.2879-P), Número de venta: S.08.II.G.18, (US\$ 10.00), abril de 2008
140. Guillermo Paraje, “Evolución de la desnutrición crónica infantil y su distribución socioeconómica en siete países de América Latina y el Caribe”, (LC/L.2878-P), Número de venta: S.08.II.G.17, (US\$ 10.00), abril de 2008.
139. Gonzalo Wielandt, Carmen Artigas, “La corrupción y la impunidad en el marco del desarrollo en América Latina y el Caribe: un enfoque centrado en derechos desde la perspectiva de las Naciones Unidas”, (LC/L.2826-P), Número de venta: S.07.II.G.149, (US\$ 10.00), noviembre de 2007.
138. Andras Uthoff, Cecilia Vera, “Una nota sobre el impacto de las políticas activas de gasto social”, (LC/L.2793-P), Número de venta: S.07.II.G.128, (US\$ 10.00), agosto de 2007.
137. María Luisa Marinho M., “El eslabón perdido entre educación y empleo”, (LC/L.2783-P), Número de venta: S.07.II.G.123, (US\$ 10.00), agosto de 2007.
136. Simone Cecchini, Andras Uthoff, “Reducción de la pobreza, tendencias demográficas, familias y mercado de trabajo en América Latina”, (LC/L.2775-P), Número de venta: S.07.II.G.110, (US\$ 10.00), julio de 2007.
135. Fernando Filgueira, “Cohesión, riesgo y arquitectura de protección social en América Latina”, (LC/L.2752-P), Número de venta: S.07.II.G.89, (US\$ 10.00), julio de 2007.
134. Irma Arriagada y Charlotte Mathivet, “Los programas de alivio a la pobreza Puente y Oportunidades. Una mirada desde los actores”, (LC/L.2740-P), Número de venta: S.07.II.G.86, (US\$ 10.00), abril de 2007.
133. José Serra, José Roberto R. Afonso, “Tributação, Seguridade e Coesão Social no Brasil”, (LC/L.2723-P), Número de venta: P.07.II.G.64, (US\$ 10.00), abril de 2007.  
José Serra, José Roberto R. Afonso, “Tributación, seguridad y cohesión social en Brasil” (LC/L.2723-P), Número de venta: S.07.II.G.64, (US\$ 10.00), septiembre de 2007.
132. Pablo Villatoro, “Hacia la ampliación del segundo objetivo del milenio”, (LC/L.2712-P), Número de venta: S.07.II.G.60, (US\$ 10.00), marzo de 2007.
131. Oscar Cetrángolo, “Búsqueda de cohesión social y sostenibilidad fiscal en los procesos de descentralización”, (LC/L.2700-P), Número de venta: S.07.II.G.50, (US\$ 10.00), marzo de 2007.
130. Victor Tokman, “Informalidad y cohesión social en América Latina”, (LC/L.2694-P), Número de venta: S.07.II.G.45, (US\$ 10.00), marzo de 2007.
129. Christian Courtis y Nicolás Espejo, “Por un ‘contrato de cohesión social’: algunos apuntes exploratorios”. (LC/L.2699-P), Número de venta: S.07.II.G.45, (US\$ 10.00), marzo de 2007.
128. Miguel Székely, “Un nuevo rostro en el espejo: percepciones sobre la discriminación y la cohesión social en México”, (LC/L.2643-P), Número de venta: S.06.II.G.169, (US\$ 10.00), diciembre de 2006.
127. Juan Carlos Gómez-Sabaini, “Cohesión social, equidad y tributación. Análisis y perspectivas para América Latina”, (LC/L.2641P), Número de venta: S.06.II.G.167 (US\$ 10.00), diciembre de 2006.
126. Guillermo Sunkel, “Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en la educación en América Latina. Una exploración de indicadores”, (LC/L.2638-P), Número de venta: S.06.II.G.165, (US\$ 10.00), diciembre de 2006.
125. Camilo Sembler R., “Estratificación social y clases sociales. Una revisión analítica de los sectores medios”, (LC/L.2637-P), Número de venta: S.06.II.G.164, (US\$ 10.00), diciembre de 2006.
124. Gonzalo Wielandt, “Poblaciones vulnerables en América Latina y el Caribe: análisis de casos. (LC/L.2628-P), Número de venta: S.06.II.G.152, (US\$ 10.00), noviembre de 2006.
123. Filip Filipov, “Post-conflict Peacebuilding: Strategies and Lessons from Bosnia and Herzegovina, El Salvador and Sierra Leone. Some Thoughts from the Rights to Education and Health” (LC/L.2613-P), Sales Number: E.06.II.G.138, (US\$ 10.00), September, 2006.
122. María Rebeca Yáñez, Sandra Acuña y Gloria Molina, “RISALC: hacia una herramienta estratégica para la gestión social” (LC/L.2585-P), Número de venta: S.06.II.G.115, (US\$ 10.00), agosto de 2006

121. Marcelo Drago, "La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos", (LC/L.2359-P), Número de venta: S.06.II.G.86, (US\$ 10.00), abril de 2006
120. Guillermo Sunkel, "El papel de la familia en la protección social en América Latina", (LC/L.2530-P), Número de venta: S.06.II.G.57, (US\$ 10.00), abril de 2006.
119. Irma Arriagada, "Cambios de las políticas sociales: políticas de género y familia", (LC/L.2519-P), Número de venta: S.06.II.G.46, (US\$ 10.00), abril de 2006.
118. Martín Hopenhayn, Álvaro Bello, Francisca Miranda, "Los pueblos indígenas y afro descendientes ante el nuevo Milenio", (LC/L.2518-P), Número de venta: S.06.II.G.45, (US\$ 10.00), abril de 2006.
117. Andras Uthoff, "Brecha del Estado de Bienestar y reformas a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe", (LC/L.2498-P), Número de venta: S.06.II.G.30, (US\$ 10.00), abril de 2006.
116. Sebastián Galiani, "Políticas sociales: instituciones, información y conocimiento", (LC/L.-2482P), Número de venta: S.06.II.G.8, (US\$ 10.00), enero de 2006.
115. Gonzalo Wielandt, "Hacia la construcción de lecciones de posconflicto en América Latina y el Caribe. Una mirada a la violencia juvenil en Centroamérica", (LC/L.2451-P), Número de venta: S.05.II.G.197 (US\$ 10.00), diciembre de 2005.
114. Irma Arriagada, Verónica Aranda y Francisca Miranda, "Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas", (LC/L.2450-P), Número de venta: S.05.II.G.196, (US\$ 10.00), diciembre de 2005.
113. Mariana Schnkolnik, Consuelo Araos y Felipe Machado, "Certificación por competencias como parte del sistema de protección social: la experiencia de países desarrollados y lineamientos para América Latina" (LC/L.2438-P), Número de venta: S.05.II.G.184, (US\$ 10.00), diciembre de 2005.
112. Rodrigo Martínez, "Hambre y desigualdad en los países andinos. La desnutrición y la vulnerabilidad alimentaria en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú" (LC/L.2400-P), Número de venta: S.05.II.G.147, (US\$ 10.00), octubre de 2005.
111. Rodrigo Martínez, "Hambre y desnutrición en los países miembros de la Asociación de Estados del Caribe (AEC)" (LC/L.2374-P), Número de venta: S.05.II.G.119, (US\$ 10.00), septiembre de 2005.  
Rodrigo Martínez, "Hunger and Malnutrition in the Countries of the Association of Caribbean States (ACS)" (LC/L.2374-P), Sales Number: E.05.II.G.119, (US\$ 10.00), September, 2005.
110. Carmen Artigas, "Una mirada a la protección social desde los derechos humanos y otros contextos internacionales", (LC/L.2354-P), Número de venta: S.05.II.G.98, (US\$ 10.00), agosto de 2005.
109. Lucía Dammert, "Violencia criminal y seguridad ciudadana en Chile", (LC/L.2308-P), Número de venta: S.05.II.G.57, (US\$ 10.00), mayo del 2005.

- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: [publications@cepal.org](mailto:publications@cepal.org).

Nombre: .....

Actividad: .....

Dirección: .....

Código postal, ciudad, país: .....

Tel.:.....Fax:.....E.mail:.....