

# *Perspectivas desde el Barómetro de las Américas: 2015*

Número 110

## El uso de servicios de salud pública en América Latina y el Caribe

Por Emily Stewart  
[emily.a.stewart@vanderbilt.edu](mailto:emily.a.stewart@vanderbilt.edu)  
Vanderbilt University

**Resumen ejecutivo.** Este reporte de la serie *Perspectivas* examina factores a nivel individual que predicen el uso de servicios públicos de salud en 23 países de América Latina y el Caribe, que forman parte del Barómetro de las Américas en 2014. A lo largo de la región, hay una variación significativa en el porcentaje de ciudadanos que acceden a los servicios de salud pública. Se encontró que es más probable que las mujeres, aquellos que tienen más hijos, aquellos que viven en áreas rurales, aquellos que reciben asistencia del gobierno, y aquellos que son más pobres, usen servicios de salud pública. Además, es más probable que aquellos que se comprometen en sus sociedades de otras maneras (por ejemplo, votando) accedan a servicios de salud. Más aun, la satisfacción con los servicios de salud pública está relacionada significativamente con el acceso a la salud pública: aquellos que están más satisfechos con la calidad tienen más probabilidades de acceder a los servicios de salud pública. Estos hallazgos resaltan factores importantes que los gobiernos deberían tomar en cuenta cuando consideren mejorar el acceso de la atención de salud pública.

Este reporte de la serie *Perspectivas* fue co-editado por Matthew Layton, Amy Erica Smith, y Elizabeth J. Zechmeister con el apoyo administrativo, intelectual y técnico del equipo de LAPOP en Vanderbilt University.

[www.AmericasBarometer.org](http://www.AmericasBarometer.org)

La provisión de servicios de salud pública es una función importante de muchos gobiernos. La disponibilidad de servicios de salud pública juega un rol fundamental para asegurar el bienestar en la salud de los ciudadanos. Más aún, el sector de salubridad pública es uno de los muchos servicios tangibles que provee el gobierno y que los ciudadanos pueden evaluar, iluminando a su vez uno de los aspectos de la eficacia del gobierno. La investigación anterior ha mostrado que a países en algunas partes de las Américas les va mal en comparación con otras regiones en el mundo en términos de resultados comparables en sus sistemas de salud pública (Wallace y Gutiérrez 2005, 394).

Un primer paso para entender la relación de la población con los servicios de salud proporcionados por el gobierno en las Américas es evaluar las características de los individuos que actualmente tienen más probabilidades de usar los servicios de salud pública. Un análisis así puede identificar los factores que el gobierno puede considerar cuando busque reforzar el acceso de los ciudadanos a estos servicios como parte de cualquier esfuerzo por extender o mejorar la provisión de servicios sociales del gobierno.

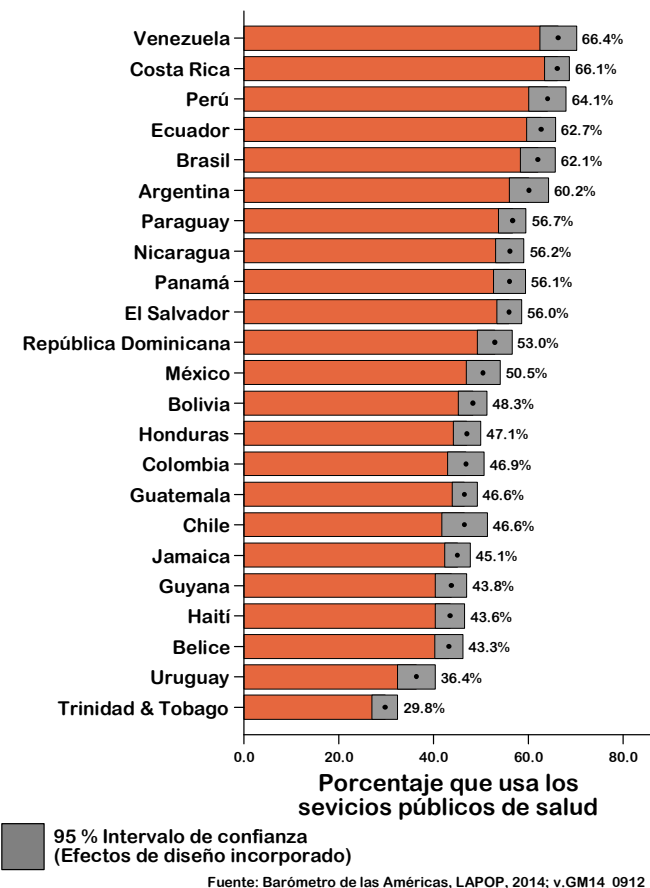
En este reporte de la serie *Perspectivas*<sup>1</sup>, se presenta un análisis de los factores que predicen el uso ciudadano de servicios de salud pública. Usando la información de la ronda 2014 del Barómetro de las Américas<sup>2</sup>, se enfoca

<sup>1</sup> Números anteriores de la serie *Perspectivas* pueden encontrarse en: <http://www.vanderbilt.edu/lapop/insights.php>.

Los datos en los que están basados pueden encontrarse en <http://www.vanderbilt.edu/lapop/survey-data.php>.

<sup>2</sup> El financiamiento de la ronda 2014 del Barómetro de las Américas fue proporcionado principalmente por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Otras fuentes importantes de apoyo fueron el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y Vanderbilt University. Este número de *Perspectivas* fue elaborado por LAPOP y las opiniones expresadas corresponden a los autores y no reflejan necesariamente el punto de vista de USAID o las demás instituciones financiadoras.

**Gráfico 1. Porcentaje que accede a servicios de salud pública, 2014**



la investigación y los análisis en la siguiente pregunta hecha a 39,246<sup>3</sup> entrevistados en 23 países:

**EXC15:** ¿Ha usado algún servicio de salud pública en los últimos doce meses?

<sup>3</sup> EXC15 es una pregunta en dos partes. La primera parte se muestra y se analiza aquí. La segunda parte pregunta acerca de solicitudes de soborno y se pregunta solamente a aquellos que respondieron "sí" a la primera parte (esto es, el filtro). Se codifica a los usuarios de servicios de salud a aquellos que continuaron a la pregunta de los sobornos (esto es, aquellos que dijeron "sí" en la primera parte de EXC15) y se codificó como no usuarios a aquellos que no continuaron a la pregunta de los sobornos. Se excluye a los entrevistados que indicaron que no sabían o que no respondieron a la pregunta de los sobornos.

El Gráfico 1 muestra el porcentaje de personas que reportan haber usado los servicios de salud pública en los últimos doce meses en 23 países basado en la ronda 2014 del Barómetro de las Américas. El porcentaje estimado de ciudadanos que usan los servicios de salud pública en cada país respectivo es señalado con un punto, y el área gris sombreada indica el intervalo de confianza al 95% alrededor de ese valor. Hay una variación significativa en los porcentajes de ciudadanos que han usado recientemente (en el último año) los servicios de salud pública: el rango de uso varía desde 66.4% de entrevistados en Venezuela a un escaso 29.8% de encuestados en Trinidad y Tobago. De alguna manera la distribución de respuestas entre países a esta pregunta de la encuesta es interesante y quizás sorprendente: el gráfico indica que 46.6% de entrevistados en Chile, un país de “ingresos altos” en comparación con el resto de la región latinoamericana (Banco Mundial 2014a), usa servicios de salud pública, lo que es casi idéntico a la tasa de uso en Haití, un país de “ingresos bajos” (Banco Mundial 2014b). Venezuela y Costa Rica son también países económicamente disímiles con sistemas políticos muy diferentes, pero el uso de los servicios de salud pública de sus poblaciones es similar, 66.4% y 66.1% respectivamente. A pesar de las diferencias entre los países, el análisis estadístico revela que poco de esa variación es debida a las características de los países<sup>4</sup>. Evidentemente existen factores socioeconómicos, demográficos, y de otro tipo, de nivel individual que deberían ser explorados para entender qué predice el uso de servicios de salud pública en América Latina y el Caribe.

---

<sup>4</sup> Cuando se calcula la correlación intraclass, esta muestra que solo 4.1% de la varianza del uso de los servicios de salud es atribuible a las características a nivel país; por esta razón este reporte se enfoca en los predictores de nivel individual.

## ¿Quiénes usan los servicios de salud pública?

Hay un conjunto de características individuales que podrían hacer a uno más o menos probable de usar servicios de salud pública. En esta sección se evalúa la influencia de la edad, el género, el tono de piel, la residencia urbana o rural, los años de educación, y la riqueza del hogar en el uso de los servicios de salud pública<sup>5</sup>.

La investigación previa sugiere que las personas de mayor edad son un grupo con más probabilidades de usar servicios de salud pública que aquellos en cohortes de edad más jóvenes debido a sus mayores necesidades médicas (Wallace et al. 2005, 405). McGuire sugiere una conexión importante entre las mujeres y la salud de sus hijos (2010, 30). Entonces, se podría esperar que en promedio las mujeres podrían tener más probabilidades de usar servicios de salud pública que los hombres debido a sus responsabilidades en el cuidado de los hijos, así como sus propios cuidados prenatales, de parto y postnatales. De acuerdo a la literatura, el color de piel<sup>6</sup> es un

---

<sup>5</sup> Se espera también que los ingresos del hogar sean un predictor significativo del uso de servicios de salud de acuerdo a una amplia revisión de la literatura (Makinen, Waters, Rauch, Almagambetova, Bitran, Gilson, McIntyre, Pannarunothai, Prieto, Ubilla, y Ram 2000; Banco Mundial 2004, 136-137; Regidor, Martínez, Calle, Astasio, Ortega, y Domínguez 2008; Jankovic, Simic, y Marinkovic 2009); sin embargo, este reporte se enfoca en la riqueza del hogar en lugar de los ingresos del hogar porque los entrevistados en la encuesta tienden a ser más reacios a reportar los ingresos del hogar que los bienes del hogar, lo que lleva a tasas significativas de no respuesta para la medida de ingresos. Para una discusión más detallada de la construcción del índice de riqueza usada como una variable en este reporte, ver Córdova (2009).

<sup>6</sup> Esta variable se basa en la pregunta **COLORR** de la encuesta. Esta medida es única en que los entrevistados usan discretamente una paleta estandarizada de color para determinar el número en una escala de 1 a 11 que es más probable que corresponda al color de piel del entrevistado, donde 1 representa los tonos de piel más claros y 11 representa los colores de piel más oscuros. La pregunta en la encuesta es: “Cuando la entrevista esté completa, y SIN preguntar, por favor use la tabla de color y circule el

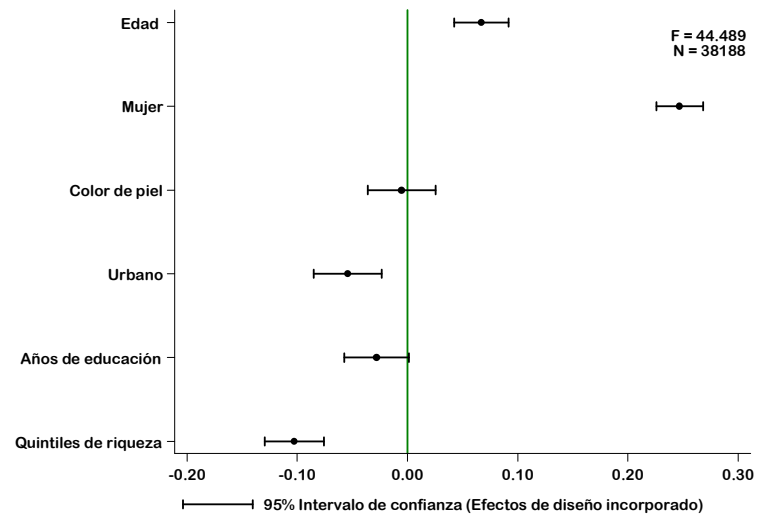
factor que puede exponer a un individuo a una cantidad significativa de discriminación social en las Américas, y que tiene potenciales implicaciones importantes para el uso de los servicios de salud pública. Uhlmann et al. encontraron que “las preferencias por la piel clara y el prejuicio en contra de la piel oscura es más fuerte en América Latina” (2002, 200). Además, Parreira y Telles relacionan el hecho que “individuos con piel más oscura reportan peores resultados de salud física, mental e infantil que individuos de piel más clara” (2014, 248). Las implicaciones del tono de piel son transversales, dado que aquellos con tonos de piel más oscura podrían ser más marginalizados<sup>7</sup> y entonces pueden tener menos probabilidades de acceder a servicios públicos pero, al mismo tiempo, podrían enfrentar mayores necesidades.

En un estudio hecho en Grecia, investigadores encontraron que vivir en áreas urbanas (versus rurales) brinda a los individuos mayor disponibilidad de servicios de salud pública (Lahana, Pappa, and Niakas 2011). Entonces, podría desprenderse que el mismo patrón se mantiene en América Latina y el Caribe, y una expectativa razonable es que los residentes urbanos, al tener mayores fuentes de servicios públicos de salud, podrían tener más probabilidades que los residentes rurales de acceder a tales servicios. Jankovic et al. (2009, 394) encuentra que mayores niveles de educación predicen el uso de servicios de salud pública en su investigación en Serbia, debido a la tendencia que la educación inculca a los individuos a buscar cuidados de salud cuando los necesitan. La misma lógica podría aplicarse

número que corresponde más cercanamente con el color de la cara del entrevistado.”

<sup>7</sup> La identidad indígena es un factor que es también importante a ser considerado con respecto al tono de piel, dado que aquellos que se identifican como indígenas a menudo tienen tonos de piel más oscuros que aquellos que no se identifican de esa manera. Aquellos que se identifican como indígenas son a menudo excluidos de muchos servicios sociales importantes (Lucero 2011); esto respalda la noción que tonos de piel más oscuros podrían estar negativamente correlacionados con el uso de servicios de salud pública.

**Gráfico 2. Predictores socioeconómicos y demográficos del uso de servicios de salud pública, 2014**



Fuente: © Barómetro de las Américas por LAPOP, 2014; v.GM14\_0912; Efectos fijos por país incluidos

en América Latina y el Caribe. Finalmente, la riqueza es una variable que la investigación anterior sugiere que puede llevar a un mayor o menor uso de servicios de salud pública. De un lado, una investigación hecha por el Banco Mundial muestra que los grupos más ricos están asociados con un mayor uso de servicios de salud pública que los grupos pobres (2004, 136-137). De otro lado, otros investigadores identifican una tendencia entre los grupos más ricos hacia el sector de salud privada más que pública para algunos servicios (Banco Mundial 2004, 136-137; Regidor et al. 2008).

Para evaluar la relevancia de estas variables – edad, género, color de piel, residencia urbana, educación, y riqueza– en el acceso a los cuidados de salud pública en las Américas en el 2014, se usa un análisis de regresión logística. El gráfico 2 presenta los resultados. Los puntos representan los coeficientes estandarizados estimados y las barras representan el intervalo de confianza al 95% para cada estimación. Si el punto y su correspondiente barra está a la izquierda de la línea del cero, entonces la relación entre las variables independiente y dependiente es estadísticamente significativa y negativa; sin embargo, si el punto y las barras están a la derecha de la línea del cero, entonces

la relación entre los predictores socioeconómicos y demográficos y el uso de servicios públicos de salud es positiva y estadísticamente significativa.

Los resultados muestran que ser mujer tiene un efecto positivo y estadísticamente significativo en el uso de servicios de salud pública, lo que es consistente con las expectativas mencionadas arriba. La edad tiene una relación positiva, consistente con los hallazgos hechos en la investigación previa, a pesar que el efecto no es tan fuerte como el de género. El color de la piel no es un predictor significativo del uso de servicios de salud pública, lo que podría confirmar que los efectos transversales de la discriminación y la marginalización, de un lado, y de la necesidad, del otro, se cancelan mutuamente en promedio.

De manera interesante, ser un residente urbano tiene un efecto negativo y estadísticamente significativo en el uso de servicios de salud pública en las Américas, lo que significa que aquellos en áreas rurales tienen más probabilidades de acceder a los servicios de cuidado de la salud pública. Este resultado va en contra las expectativas mencionadas anteriormente encontradas en la literatura. Una explicación posible para esta incongruencia entre estas expectativas y los resultados es la noción que aquellos que viven en entornos rurales tienden a ser más pobres, a tener una menor habilidad para buscar servicios privados y además un menor acceso a estos, y entonces tienen pocas opciones más que usar los servicios públicos cuando necesitan buscar cuidados de salud. Un artículo de *The Economist* discute el panorama de la salud en Brasil, en donde los grupos más pobres “viven en áreas rurales remotas” y “deben pagar de su bolsillo o jugarse sus chances en servicios de emergencia hospitalaria abarrotados de gente” (Health care in Brazil 2011). Sin embargo, el artículo también nota que “la atención privada cubre mayormente a una minoría rica y joven” (Health care in Brazil 2011). El artículo es quizás microscópico de la región como un todo. Entonces, en la región de América Latina y el

Caribe, donde el gasto en cuidados de salud pública supera a los del cuidado de salud privada (Davies y Mazza, 7; Suárez-Berenguela y Vigil-Oliver 2012, 1), parece que el hecho que los residentes rurales tengan más probabilidades de usar los servicios de salud pública que los residentes urbanos, puede ser explicado por la falta de opciones alternativas (privadas) en las áreas rurales a los largo de las Américas.

Contrario también a las expectativas derivadas de la revisión de la literatura, la educación no es estadísticamente significativa en predecir el uso de servicios de salud pública en las Américas. La riqueza del hogar tiene un relación sustancial negativa y estadísticamente significativa con el uso de servicios de salud pública. Probablemente debido a la disponibilidad de opciones privadas (Banco Mundial 2004, 136-137; Regidor et al. 2008), aquellos que son más ricos tienen muchas menos probabilidades de acceder a servicios de salud pública en las Américas que aquellos que son pobres.

## **Factores socioeconómicos y demográficos adicionales como predictores del uso de servicios de salud pública**

Para evaluar qué factores predicen el uso de servicios de salud pública en la región de América Latina y el Caribe, se examina cuatro variables adicionales de nivel individual y se prueba su relación con el uso reportado de servicios de salud pública. Estas variables son el número de hijos que el individuo tiene, si recibe asistencia del gobierno, si él o ella han votado, y la satisfacción con los servicios de salud pública.

El número de hijos que el individuo tiene<sup>8</sup> se espera que influya en el uso de servicios de

---

<sup>8</sup> La pregunta de la encuesta correspondiente es Q12 que dice, “¿Usted tiene hijos? ¿cuántos?”

salud pública en una dirección positiva, dado que aquellos con más hijos tienen más probabilidades de necesitar buscar atención más seguido que aquellos que tienen menos hijos o que no tienen hijos<sup>9</sup>. La dependencia de los hijos de sus padres, especialmente en los cuidados de la salud, influenciaría lógicamente en la necesidad del individuo de buscar servicios de salud pública; como McGuire sugiere, los padres tienden a “cuidar a sus hijos de maneras que promueven la salud” (2010, 30).

Además, considerando una segunda variable asociada con la necesidad de buscar servicios de salud, se espera que recibir asistencia del gobierno<sup>10</sup> esté positivamente correlacionado con el uso de servicios de salud pública, especialmente dada la naturaleza subsidiada del sistema de salud y cuidados públicos en las Américas. Los programas de transferencia condicional de dinero son una forma de programas sociales que son particularmente comunes en América Latina, y recibir esta ayuda del gobierno es realmente condicional al uso de ciertos servicios sociales, incluidos los servicios de salud pública (Rawlings 2004, 1).

También se espera que los indicadores de compromiso societal jueguen un rol. En este caso, se examina si una persona votó o no votó<sup>11</sup>, y se espera que esto influya en el uso de servicios de salud pública de manera positiva. Intuitivamente, el compromiso en un aspecto de la sociedad debería traducirse en

participación en otros aspectos, y si alguien vota, él o ella debería también tener más probabilidades de comprometerse y usar servicios sociales brindados por el gobierno, como servicios de salud pública<sup>12</sup>.

Finalmente, se examina la relación entre la satisfacción con los servicios de salud pública y el acceso a ellos. Se espera que la satisfacción con los servicios de salud pública<sup>13</sup> debería estar positivamente relacionado con el uso de servicios de salud pública, dado el hecho que si uno está satisfecho con los servicios disponibles de salud pública, él o ella tienen más probabilidades de usar estos servicios que un individuo insatisfecho. Sin embargo, hay una segunda opción en la que esta relación puede ser interpretada: podría ser que los individuos que acceden a servicios de salud los ven efectivos y reportan una mayor satisfacción con la calidad de estos servicios comparado con aquellos que no tienen la experiencia de primera mano. Dada la naturaleza de estos análisis en este reporte, solo es posible evaluar si hay una relación significativa entre la satisfacción y el uso, reconociendo que esta relación podría ser el resultado de más de un proceso causal.

Usando un modelo regresión logística similar al usado en el gráfico 2, se prueba la relación de las variables mencionadas con el uso de los servicios de salud pública. El modelo presentado en el gráfico 3 incluye estas cuatro nuevas variables en conjunto con las seis variables presentadas en el gráfico 2. Como antes, los puntos representan los coeficientes

---

<sup>9</sup> Hay una pregunta adicional en la encuesta, “¿cuántos hijos menores de 13 años viven en el hogar?” También se evaluó esta variable en lugar de la variable **Q12** en el gráfico 2 y los resultados fueron casi idénticos.

<sup>10</sup> La pregunta de la encuesta correspondiente es **WF1**: ¿Usted o alguien en el hogar recibe ayuda regular en forma de dinero, comida, o productos, del gobierno, sin incluir las pensiones/seguridad social? Para los propósitos de este análisis, se registró las respuestas con 0 indicando que el entrevistado no ha recibido beneficios sociales, y 1 indicando que sí ha recibido.

<sup>11</sup> La codificación de esta variable de voto estuvo basada en la pregunta **VB2**, que dice, “¿Usted votó en las últimas elecciones presidenciales?” Las respuestas fueron registradas, con 0 indicando que el entrevistado no votó y 1 indicando que sí votó.

---

<sup>12</sup> McGuire también apunta que “se haya considerable evidencia que sugiere que la democracia está asociada con el uso más difundido de un grupo de servicios sociales básicos” (2010, 51). Entonces, podría ser que una variable de nivel país, tal como el nivel de democracia, podría tener una correlación positiva con el acceso a los servicios, tales como de salud pública.

<sup>13</sup> **SD6NEW2**, “Y la calidad de los servicios públicos de salud y médicos. ¿Está usted...?” es la pregunta, de donde se recodificaron las respuesta. En la escala, 0 indica insatisfecho o muy insatisfecho con la calidad de los servicios de salud pública, y 1 indica satisfecho o muy satisfecho.

estandarizados estimados y las barras representan el intervalo de confianza al 95% para esos estimados.

Los efectos del género, el tono de piel, la residencia urbana, los años de educación, y los quintiles de riqueza no han cambiado con la inclusión de estos cuatro factores nuevos de nivel individual; sin embargo, el efecto de la edad, que fue estadísticamente significativo anteriormente, es ahora estadísticamente no significativo, lo que sugeriría que algunos de los efectos están mediados por las variables que han sido incluidas en el gráfico 3.

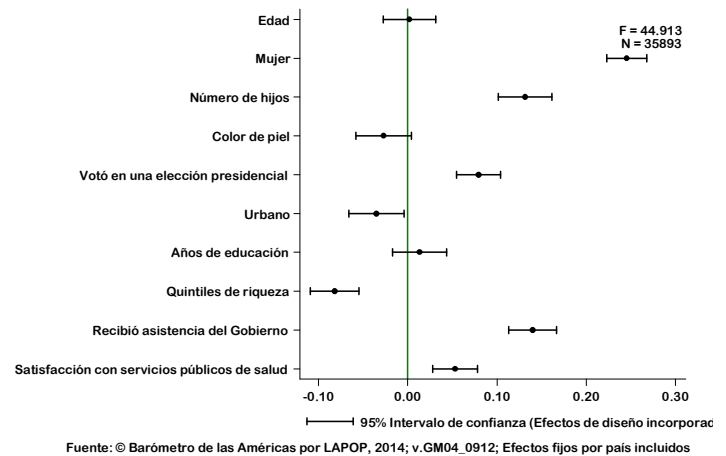
El gráfico 3 revela que el número de hijos tiene una asociación positiva con el uso de servicios de salud pública, lo que es consistente con las expectativas mencionadas arriba. Más aún, recibir asistencia del gobierno, votar, y la satisfacción con los servicios de salud pública, cada uno tiene una relación positiva y estadísticamente significativa con el uso de servicios de salud pública, lo que es también consistente con las expectativas previamente mencionadas.

## Conclusiones

Es este reporte se usa los datos de la ronda 2014 del Barómetro de las Américas para examinar diez factores de nivel individual que predicen el uso de servicios de salud pública en las Américas.

En la región de América Latina y el Caribe, las mujeres; los entrevistados con más hijos; los entrevistados que reportan haber votado en las últimas elecciones presidenciales; los que reciben asistencia del gobierno y aquellos que están satisfechos con los servicios de salud pública tienen más probabilidades

**Gráfico 3. El efecto de factores de nivel individual en el uso de servicios de salud pública**



de usar servicios de salud pública. En cambio, los residentes urbanos y los ricos están entre quienes tienen menos probabilidades de usar servicios de salud pública en las Américas. La edad, el color de piel, y los años de educación parecen no tener una relación estadísticamente significativa con el uso de cuidados de salud pública.

El alcance (y la calidad) del acceso a los servicios de salud pública en América Latina y el Caribe es importante, debido a que es una medida de la provisión gubernamental de servicios sociales importantes. Las experiencias de los ciudadanos con los servicios de salud pública podrían tener implicaciones políticas importantes. A través del acceso y del uso de servicios de salud pública, los ciudadanos tienen una manera de evaluar la capacidad del gobierno de brindar efectivamente servicios sociales.

*Los residentes urbanos y los ricos están entre los menos propensos a utilizar los servicios de salud pública en las Américas.*

Si los gobiernos quieren incrementar el porcentaje de sus ciudadanos que usan servicios de salud pública, deberían enfocar sus esfuerzos en las mujeres y los individuos con hijos, además de comprometer a aquellos

que se involucran de otras maneras con el gobierno, tales como aquellos que votan o que reciben beneficios sociales. Estos tipos de individuos aparecen, de acuerdo a los análisis presentados aquí, como los candidatos obvios para usar servicios de salud pública en las Américas. De otro lado, la relación negativa de la residencia urbana y la riqueza con el uso de servicios de salud pública sugiere que podría haber una necesidad de mejorar la calidad y el acceso a los servicios de salud pública también.

Estos resultados también resaltan preguntas importantes para investigaciones futuras. Con el objetivo de examinar con más detalle otros factores socioeconómicos y demográficos de nivel individual y su relación con el uso de servicios de salud pública, valdría la pena considerar la ubicación del individuo dentro de la economía (por ejemplo, en el sector formal o informal y el alcance del empleo o la seguridad del trabajo). Este análisis podría brindar más luces acerca de los grupos con mayores probabilidades de usar servicios de salud pública. Sería también interesante considerar si el haber tenido que pagar sobornos para acceder a los servicios de salud disminuye la probabilidad que un individuo intente acceder a ese servicio. Finalmente, investigación adicional podría explorar los servicios específicos a los que los individuos están accediendo cuando usan servicios de salud pública. Esa investigación podría brindar formas de ampliar la explicación del uso de ciudadanos de servicios de salud pública de las que han sido brindadas en este reporte.

## Referencias

Córdova, Abby. 2009. "Methodological Note: Measuring Relative Wealth using Household Asset Indicators." *AmericasBarometers Insights* (6): 1-9.

Davies, Jamie, y Oscar Mazza. The Pharmaceutical & Healthcare Industry in Latin America.  
<<http://www.citibank.com/transactionservic>

[es/home/about\\_us/online\\_academy/docs/JD\\_avis.pdf](http://es/home/about_us/online_academy/docs/JD_avis.pdf)> (Accessed November 4, 2014)

"Health care in Brazil: An injection of reality." June 30, 2011. *The Economist*.

Jankovic, Janko, Snezana Simic, y Jelena Marinkovic. 2009. "Inequalities that hurt: demographic, socio-economic and health status inequalities in the utilization of health services in Serbia." *European Journal of Public Health* 20 (4): 389-396.

Lahana, Eleni, Evelina Pappa, y Dimitris Niakas. 2011. "Do place of residence and ethnicity affect health services utilization? Evidence from Greece." *International Journal for Equity in Health* 10 (16): 1-9.

Lucero, José Antonio. 2011. The Paradoxes of Indigenous Politics. *Americas Quarterly*. <<http://www.americasquarterly.org/node/2439>> (Accessed September 2, 2014)

Makinen, M., H. Waters, M. Rauch, N. Almagambetova, R. Bitran, L. Gilson, D. McIntyre, S. Pannarunothai, A. L. Prieto, G. Ubilla, y S. Ram. 2000. "Inequalities in health care use and expenditures: Empirical data from eight developing countries and countries in transition." *Bulletin of the World Health Organization* 78 (1): 55-65.

McGuire, James W. 2010. "Democracy, Spending, Services, and Survival." *Wealth, Health, and Democracy in East Asia and Latin America* (23-64). New York: Cambridge University Press.

Perreira, Krista M., y Edward E. Telles. 2014. "The color of health: Skin color, ethnoracial classification, and discrimination in the health of Latin Americans." *Social Science and Medicine* 116: 241-250.

Rawlings, Laura B. 2004. "A New Approach to Social Assistance: Latin America's Experience with Conditional Cash Transfer



- Programas". *Social Safety Nets Primer Notes* 15: 1-4.
- Regidor, Enrique, David Martínez, María E. Calle, Paloma Astasio, Paloma Ortega, y Vicente Domínguez. 2008. "Socioeconomic patterns in the use of public and private health services and equity in health care." *BMC Health Services Research* 8 (183): 1-9.
- Suárez-Berenguela, Rubén M., y William Vigil-Oliver. 2012. Health Care Expenditure and Financing in Latin America and the Caribbean. Pan America Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Washington D.C. (Accessed online November 4, 2014)
- The World Bank. 2004. "Health and Nutrition Services." *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People* (133-158). Washington, DC: The World Bank and Oxford University Press.
- The World Bank. 2014a. Data: Chile. <<http://data.worldbank.org/country/chile>> (Accessed October 4, 2014)
- The World Bank. 2014b. Data: Haiti. <<http://data.worldbank.org/country/haiti>> (Accessed October 4, 2014)
- Uhlmann, Eric, Nilanjana Dasgupta, Angelica Elgueta, Anthony G. Greenwald, y Jane Swanson. 2002. "Subgroup Prejudice Based on Skin Color Among Hispanics in the United States and Latin America." *Social Cognition* 20 (3): 198-225.
- Wallace, Steven P., y Verónica F. Gutiérrez. 2005. "Equity of access to health care for older adults in four major Latin American cities." *Revista Panamericana de Salud Pública* 17 (5/6): 394-409.

## Apéndice

Tabla 1. Predictores del uso de servicios de salud pública, 2014

	Coefficiente	t	Coefficiente	t
Quintiles de Riqueza	-0.103*	-7.52	-0.082*	-5.88
Años de Educación	-0.028	-1.88	0.013	0.86
Residente Urbano	-0.054*	-3.46	-0.035*	-2.22
Tono de Piel	-0.005	-0.35	-0.027	-1.70
Mujer	0.247*	22.72	0.245*	21.53
Edad (Años)	0.067*	5.32	0.002	0.13
Satisfacción con los Servicios de Salud Pública			0.047*	3.47
Recibe Ayuda del Gobierno			0.146*	10.26
Voto			0.080*	6.32
Número de Hijos			0.132*	8.57
Guatemala	-0.040*	-2.19	-0.034	-1.87
El Salvador	0.031	1.66	0.034	1.84
Honduras	-0.034	-1.74	-0.026	-1.33
Nicaragua	0.038	1.95	0.039*	1.98
Costa Rica	0.122*	6.11	0.125*	6.26
Panamá	0.054*	2.69	0.056*	2.72
Colombia	-0.025	-1.20	-0.027	-1.31
Ecuador	0.103*	5.22	0.104*	5.17
Bolivia	-0.025	-0.92	0.011	0.43
Perú	0.111*	4.92	0.110*	4.84
Paraguay	0.047*	2.43	0.053*	2.65
Uruguay	-0.117*	-5.23	-0.078*	-3.47
Chile	-0.028	-1.10	-0.012	-0.47
Brasil	0.093*	4.37	0.096*	4.46
Venezuela	0.133*	5.90	0.137*	6.02
Argentina	0.077*	3.33	0.109*	4.54
República Dominicana	0.018	0.89	0.012	0.60
Haití	-0.069*	-3.41	-0.056*	-2.75
Jamaica	-0.040*	-2.12	-0.024	-1.28
Guyana	-0.062*	-2.97	-0.053*	-2.52
Trinidad & Tobago	-0.272*	-8.41	-0.242*	-7.33
Belice	-0.066*	-3.32	-0.068*	-3.41
Constante	0.005	0.30	0.077*	4.71
F	44.49		44.91	
Número de Observaciones	38,188		35,893	

\* p<0.05

Nota: Los coeficientes con un asterisco son estadísticamente significativos a at p<0.05, dos colas.

País de Referencia: México