



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y ADMINISTRATIVAS
CARRERA DE ECONOMÍA

Gasto público sanitario y equidad en América Latina

Trabajo de titulación para optar al título de Economista

Autor:

Velasteguí Paredes, Dennise Dayanara

Tutor:

Dr. Diego Enrique Pinilla Rodríguez

Riobamba, Ecuador. 2026

DECLARATORIA DE AUTORIA

Yo, Dennise Dayanara Velasteguí Paredes, con cédula de ciudadanía 0605181155, autora del trabajo de investigación titulado: Gasto público sanitario y equidad en América Latina, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mi exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 14 de mayo de 2026.




Dennise Dayanara Velasteguí Paredes

C.I: 0605181155

DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

Quien suscribe, Diego Enrique Pinilla Rodríguez catedrático adscrito a la Facultad de Ciencias Políticas y Administrativas, por medio del presente documento certifico haber asesorado y revisado el desarrollo del trabajo de investigación titulado: Gasto público sanitario y equidad en América Latina, bajo la autoría de Dennise Dayanara Velasteguí Paredes; por lo que se autoriza ejecutar los trámites legales para su sustentación.

Es todo cuanto informar en honor a la verdad; en Riobamba, a los 14 días del mes de mayo de 2026.



Dr. Diego Enrique Pinilla Rodríguez

C.I: 1756455810

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

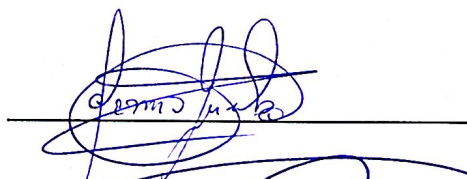
Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación Gasto público sanitario y equidad en América Latina, presentado por Dennise Dayanara Velasteguí Paredes, con cédula de identidad número 0605181155, bajo la tutoría de Dr. Diego Enrique Pinilla Rodríguez; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 14 de mayo de 2026.


Econ. Patricio Daniel Juelas Carrillo, Mgs.
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO



Econ. Gerardo Mauricio Zurita Vaca, Mgs.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Econ. Juan Pablo Miño Sandoval, Mgs.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO





Dirección
Académica
VICERRECTORADO ACADÉMICO

en movimiento



UNACH-RGF-01-04-08.17
VERSIÓN 01: 06-09-2021

CERTIFICACIÓN

Que, **VELASTEGUÍ PAREDES DENNISE DAYANARA** con CC: **0605181155**, estudiante de la Carrera **ECONOMÍA**, Facultad de **CIENCIAS POLÍTICAS Y ADMINISTRATIVAS**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado "**Gasto público sanitario y equidad en América Latina**", cumple con el 3% de similitud y el 6% de textos potencialmente generados por la inteligencia artificial, de acuerdo al reporte del sistema Anti plagio **Compilatio Magister+**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 16 de abril de 2026

Dr. Diego Enrique Pinilla Rodríguez
TUTOR

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a mi madre Julia Paredes, por su amor infinito, su esfuerzo incansable y cada sacrificio para que pudiera cumplir mis sueños y culminar mis estudios, por ser la inspiración constante que me impulsó a seguir adelante hasta alcanzar esta meta. Este logro representa también la grandeza de su amor y el reflejo de todo lo que sembró en mí con paciencia, entrega y cariño.

Con amor Dennise.

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a mi familia, por ser parte esencial de este camino, por su presencia permanente y su apoyo incondicional. A mi novio, por caminar a mi lado desde el primer día, por su amor, su motivación para no rendirme y por ser mi compañero constante en esta etapa tan importante. A mis amigos con quienes compartí este largo camino, por todos los buenos momentos juntos, cada alegría, cada risa y por hacer este proceso más ameno, memorable e inolvidable. A mi tutor de tesis, por su orientación y acompañamiento durante el desarrollo de esta investigación. Su conocimiento, compromiso y guía fueron esenciales para la realización y culminación de este trabajo. Finalmente, a la Universidad Nacional de Chimborazo, especialmente a mi querida carrera de Economía, por abrirme sus puertas y permitirme formarme con valores y visión.

Dennise Dayanara Velasteguí Paredes

ÍNDICE GENERAL

DECLARATORIA DE AUTORÍA

DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I	9
1. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1. Planteamiento del problema	9
1.2. Justificación	11
1.3. Objetivos.....	12
1.3.1. Objetivo general	12
1.3.2. Objetivos específicos.....	12
CAPÍTULO II.....	13
2. MARCO TEÓRICO	13
2.1. Gasto público sanitario, pobreza y desigualdad	13

2.2.	Mecanismos de transmisión del gasto público sanitario	14
2.3.	Determinantes de la pobreza y la desigualdad: variables de control.....	16
2.4.	Estado del arte	16
CAPÍTULO III		18
3.	METODOLOGÍA.....	18
3.1.	Población y muestra	19
3.2.	Fuente y tratamiento de datos.....	20
3.3.	Definición de variables y signos esperados.....	20
3.4.	Modelo de efectos fijos y aleatorios.....	22
3.4.1.	Validación del modelo.....	23
3.5.	Hipótesis.....	23
CAPÍTULO IV		24
4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	24
4.1.	Resultados.....	24
4.1.1.	Evolución del gasto público en salud de la región	24
4.1.2.	Evolución de la brecha de pobreza en la región	25
4.1.3.	Evolución de la desigualdad de la región	26
4.1.4.	Modelo econométrico.....	26
4.1.5.	Efectos fijos.....	27
4.1.6.	Efectos aleatorios.....	28

4.1.7. Test de Hausman	30
4.1.8. Modelos de Errores Estándar Corregidos para Panel	30
4.2. Discusión	32
CAPÍTULO V	35
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	35
5.1. Conclusiones.....	35
5.2. Recomendaciones	36
BIBLIOGRAFÍA	37

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Variables de estudio	20
Tabla 2 Modelo de desigualdad con panel de datos efectos fijo	27
Tabla 3 Modelo de pobreza con panel de datos efectos fijo.....	27
Tabla 4 Modelo de desigualdad con panel de datos efectos aleatorios	28
Tabla 5 Modelo de pobreza con panel de datos efectos aleatorios.....	29
Tabla 6 Modelo de efectos fijos con errores estándar corregidos - Desigualdad	30
Tabla 7 Modelo de efectos fijos con errores estándar corregidos - Pobreza	31
Tabla 8 Contrastación empírica de los resultados con la evidencia previa	34

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Evolución del Índice de Gini en zonas urbanas y rurales de América Latina (2000-2024)	10
Gráfico 2 Evolución del gasto de bolsillo como porcentaje del gasto actual en salud en América Latina (2000-2023).	14
Gráfico 3 Evolución del gasto en salud del gobierno general como porcentaje del PIB en América Latina (2007–2022).....	24
Gráfico 4 Evolución de la brecha de pobreza a USD 3,00 diarios (PPA 2021) en América Latina (2007–2022)	25
Gráfico 5 Evolución del coeficiente de Gini en América Latina (2007–2022).....	26

RESUMEN

La presente investigación analiza la influencia del gasto público sanitario en la distribución de la pobreza y la desigualdad en América Latina durante el periodo 2007-2022. Bajo un enfoque cuantitativo de alcance correlacional-explicativo, se procesaron datos de panel correspondientes a trece países de la región, utilizando información del Banco Mundial y la CEPAL. Metodológicamente, se estimaron modelos econométricos de regresión multivariada, aplicando técnicas de efectos fijos y Errores Estándar Corregidos para Panel (PCSE) para controlar la heterogeneidad no observada y la autocorrelación serial. Los hallazgos revelan una relación inversa estadísticamente significativa y robusta entre el gasto en salud y el coeficiente de Gini, confirmando el efecto redistributivo de esta inversión pública. Sin embargo, el impacto sobre la brecha de pobreza monetaria resulta heterogéneo y condicionado a la especificación del modelo, evidenciando que variables estructurales como el desempleo y el acceso a servicios básicos poseen una mayor carga explicativa en la privación de ingresos. Se concluye que el gasto sanitario constituye un mecanismo eficaz para mejorar la equidad distributiva, aunque su capacidad para reducir la pobreza requiere complementariedad con políticas laborales y de protección social integral.

Palabras clave: política fiscal, bienestar social, desarrollo económico y social, pobreza, distribución del ingreso

ABSTRACT

This study analyzes the influence of public health spending on the distribution of poverty and inequality in Latin America during the period 2007–2022. Using a quantitative approach with a correlational-explanatory focus, panel data from thirteen countries in the region were analyzed, drawing on information from the World Bank and ECLAC. Methodologically, multivariate econometric regression models were estimated, applying fixed-effects techniques and Panel Corrected Standard Errors (PCSE) to control for unobserved heterogeneity and serial autocorrelation. The findings reveal a statistically significant and robust inverse relationship between health spending and the Gini coefficient, confirming the redistributive effect of this public investment. However, the impact on the monetary poverty gap is heterogeneous and model-dependent, indicating that structural variables such as unemployment and access to basic services have a greater explanatory power regarding income deprivation. It is concluded that health spending constitutes an effective mechanism for improving distributive equity, although its capacity to reduce poverty requires complementarity with labor and comprehensive social protection policies.

Keywords: fiscal policy, social welfare, economic and social development, poverty, income distribution



Reviewed by:
Marco Antonio Aquino
ENGLISH PROFESSOR
C.C. 1753456134

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

En América Latina, la persistencia de elevados niveles de pobreza y desigualdad constituye uno de los principales desafíos estructurales para el desarrollo económico y social. Diversos estudios han señalado que estas brechas no solo reflejan disparidades en el ingreso, sino también profundas desigualdades en el acceso a bienes públicos, condicionando la capacidad del crecimiento económico en mejoras sostenidas del bienestar social (Biggs et al., 2010).

De esta manera, la protección de los componentes específicos de las políticas públicas orientadas hacia la equidad y las funciones redistributivas y la protección financiera de las personas frente a los riesgos de enfermedad, es la protección del gasto en salud pública. Los estudios transnacionales muestran que, entre todas las demás áreas comunes de gasto social, el gasto público en salud tiene el mayor potencial para mitigar inequidades estructurales, aunque esto es altamente contingente a los arreglos institucionales y al uso eficiente de los recursos disponibles (Ospina, 2010).

Dado los compromisos internacionales de los países de la región, particularmente aquellos destinados a la reducción de inequidades y la garantía de acceso efectivo a los servicios de salud, este tema tiene una relevancia aún mayor. Estudios recientes en economía de la salud muestran que, a pesar del aumento del gasto público en salud, los impactos en equidad siguen siendo inequitativos o desiguales debido a restricciones estructurales y brechas en el diseño de los sistemas de salud (Silva Peñaherrera et al., 2020).

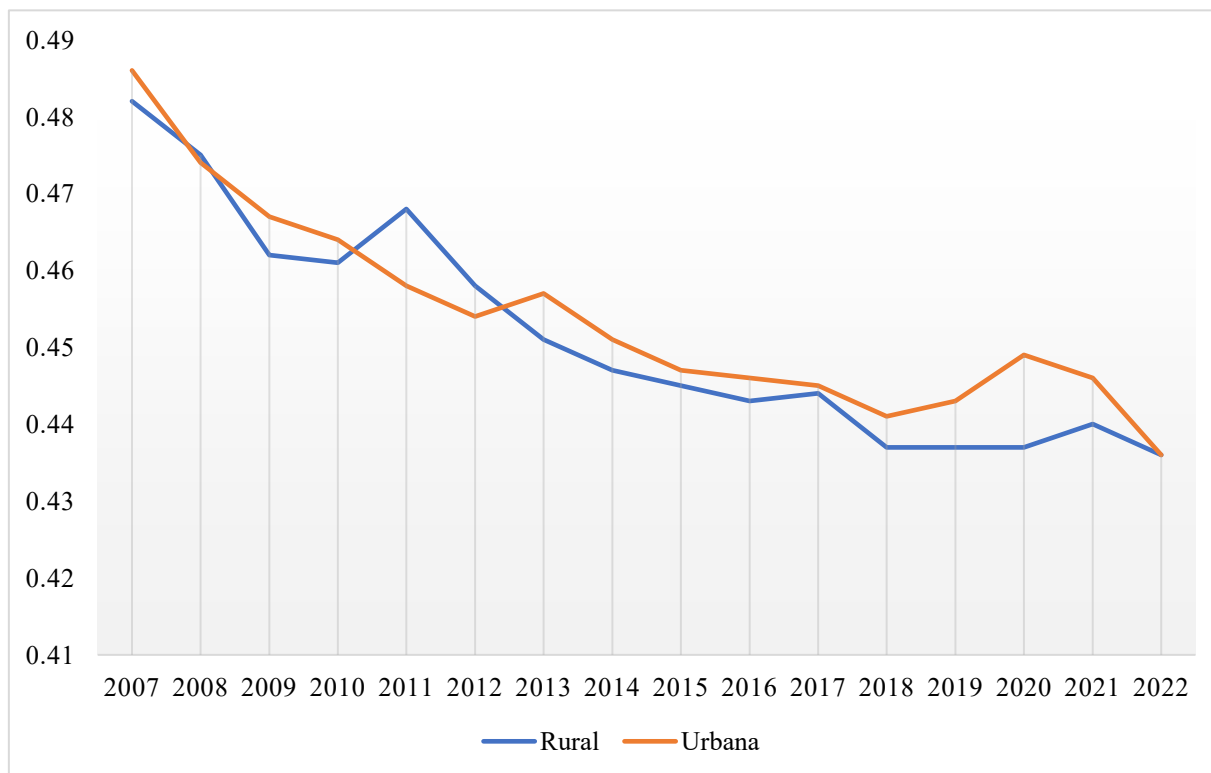
En este escenario, la presente investigación tiene como propósito analizar empíricamente la relación entre el gasto público sanitario y la distribución de la pobreza y la desigualdad en América Latina, con el fin de aportar evidencia que contribuya a la discusión sobre el papel de la política fiscal sanitaria como mecanismo de equidad social en la región.

1.1. Planteamiento del problema

El análisis histórico de los últimos setenta y cinco años confirma que, si bien América Latina experimentó una fase de reducción de la desigualdad a principios del siglo XXI, los niveles de concentración del ingreso permanecen altos y sitúan a la región entre las más desiguales del mundo (Alvaredo et al., 2025).

Gráfico 1

Evolución del Índice de Gini en zonas urbanas y rurales de América Latina (2007-2022)



Nota. Los datos representan el promedio simple regional del coeficiente de Gini con base en Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPALSTAT, 2025).

Tal como se aprecia en el gráfico 1, la región experimentó un descenso sostenido del coeficiente de Gini tanto en áreas urbanas como rurales durante la primera década del siglo, lo que sugiere una mejora relativa en la distribución del ingreso. Un resultado positivo no indica que se hayan abordado las desigualdades estructurales raíz. Alvaredo et al. (2025) explican cómo las medidas basadas en encuestas de hogares descuidan innumerables desigualdades crónicas y dimensiones no monetarias del bienestar. Por ejemplo, una encuesta ignorará las medidas relacionadas con las desigualdades en el acceso a servicios de salud. Esta es una crítica común al coeficiente de Gini por ser ineficazmente profundo y insostenible con las medidas y políticas formuladas para reducir las inequidades sociales.

En la Región, los países tienden a implementar estrategias de cobertura de salud universal como una forma de aumentar el gasto público, así como construir el primer nivel de servicios de salud para cerrar las brechas de equidad, especialmente para los más desfavorecidos. Sin embargo, la evidencia empírica muestra que el esfuerzo no ha estado motivado financieramente y la provisión de protección financiera adecuada no ha aumentado. Si bien las tasas de afiliación nominal son altas, la fragmentación del sistema de salud ha creado

un alto grado de gasto de bolsillo y ha limitado la capacidad del estado para gestionar la prevención del gasto catastrófico y la distribución de la salud (Gilardino et al., 2022).

Como señala Ige Carranza (2025), hay una visión heterogénea respaldada empíricamente donde, sin embargo, el efecto del gasto en salud sobre la pobreza y la desigualdad depende en gran medida de la efectividad administrativa y la ubicación. Se ha observado que una gestión efectiva en las ciudades ha podido reducir la pobreza en un 8%, mientras que en el campo el efecto redistributivo de dicha gestión es nulo. Aquí es donde radica la preocupación. Tiene que ver con el sesgo urbano de la gestión efectiva y la dilución de los impactos en la reducción de la pobreza de las inversiones en áreas rurales. Este sesgo urbano de la gestión efectiva también causa una paradoja espacial donde las distribuciones de recursos inequitativas hacen que la pobreza persista y desvían la capacidad fiscal para abordar la pobreza de manera inequitativa en las áreas urbanizadas y las brechas estructurales en las áreas rurales.

Considerando esto, la literatura es limitada y la investigación sistemática y empírica es aún más escasa al considerar las relaciones entre el gasto en salud pública y la geografía de la pobreza y la desigualdad en América Latina históricamente. Esta es una necesidad, ya que aún existe una brecha a pesar de la literatura regional existente sobre el gasto en salud pública y las brechas en desigualdades y salud. Esto es para abordar la salud pública empírica que ha sido excesivamente fragmentada y regional y la equidad en salud.

Bajo todos estos escenarios y diferentes impactos que tienen las acciones relacionadas al gasto público sanitario se busca responder a la pregunta: ¿De qué manera el gasto público sanitario influye en la distribución de la pobreza y la desigualdad en América Latina?, y de manera complementaria se derivan las siguientes preguntas: ¿Cómo han evolucionado la pobreza y la desigualdad en América Latina en el periodo analizado?, ¿Cuál ha sido el comportamiento del gasto público sanitario en la región durante dicho periodo?

1.2. Justificación

La presente investigación se desarrolla ante la necesidad de evaluar la efectividad del gasto público sanitario como instrumento de política económica en contextos de elevada desigualdad y restricciones fiscales, características recurrentes en las economías latinoamericanas. En un escenario de recursos públicos limitados, los gobiernos enfrentan decisiones de asignación que implican trade-offs entre distintos componentes del gasto social, por lo que resulta fundamental analizar si el gasto en salud contribuye de manera eficiente a la reducción de la pobreza y la desigualdad, o si su impacto redistributivo es menor al esperado.

El estudio se centra en el ejemplo del gasto público en salud y el gasto en equidad social y cómo ese gasto puede mejorar la equidad social. El estudio permite analizar la eficacia del gasto público en salud en términos de equidad social. El estudio captura los aspectos regionales y temporales de los fenómenos en el contexto del gasto total en salud en la región para determinar la justificación económica de tal gasto en comparación con otras medidas de control para la equidad social.

Los beneficiarios principales son los ministerios de salud y finanzas, las agencias internacionales y los responsables de políticas, tomando en cuenta que el estudio se enfoca en las repercusiones prácticas. Esto es así porque el estudio respalda la importancia de priorizar y ser eficientes con el gasto público. En consecuencia, la investigación permite que los encargados de políticas distribuyan eficazmente los escasos fondos públicos, lo cual lleva a un aumento del bienestar social y la equidad en América Latina.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Examinar en qué medida el gasto público sanitario ha contribuido en la reducción de la pobreza y la desigualdad del ingreso en América Latina.

1.3.2. Objetivos específicos

- Analizar la evolución del gasto público sanitario en América Latina durante el período 2007 – 2022.
- Describir la evolución de la pobreza y la distribución de la renta en América Latina durante el período 2007 – 2022.
- Determinar el impacto del gasto público sanitario en la desigualdad de ingresos y la pobreza, empleando indicadores como el coeficiente de Gini y la tasa de incidencia de pobreza.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Gasto público sanitario, pobreza y desigualdad

Desde la perspectiva de la economía pública, el gasto público sanitario constituye un instrumento central de intervención estatal con potencial redistributivo, particularmente relevante en contextos de elevada desigualdad y pobreza estructural. A diferencia de las transferencias monetarias directas, el gasto en salud se conceptualiza como un beneficio en especie que incide sobre el denominado ingreso extendido de los hogares, al reducir la necesidad de destinar recursos privados al consumo de servicios sanitarios y garantizar un nivel mínimo de protección social independientemente de la capacidad de pago (Cammerraat, 2020). Este método ofrece una visión más clara del gasto en salud como un componente del gasto social y además como un recurso para mitigar la pobreza monetaria de forma indirecta.

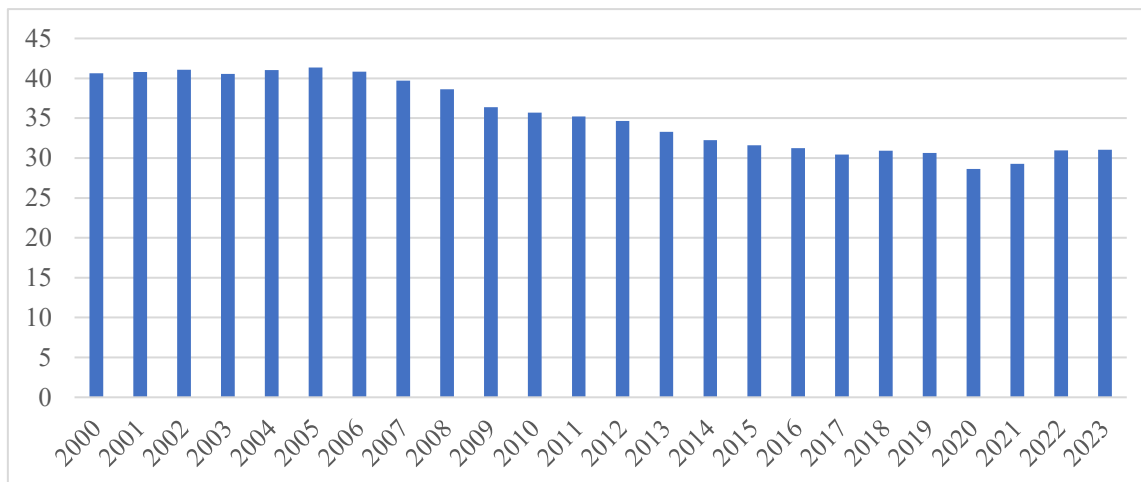
La salud es un requerimiento esencial para el capital humano y, por lo tanto, para la capacidad productiva de los trabajadores. Gupta et al. (2003) proponen que los indicadores de salud muestran disparidades significativas, y en la jerarquía socioeconómica, las clases económicas más bajas tienen acceso a un financiamiento más fácilmente disponible para la salud pública. Es más probable que el gasto público relacionado con la salud tenga mayores efectos contra cíclicos en el gasto público relacionado con la salud en los estratos económicos más bajos, ya que se dirige a las partes de la población más activas económicamente, que presentan niveles más altos de morbilidad y mortalidad, y ayuda a mitigar la pobreza intergeneracional al mejorar sus capacidades de participación en el mercado laboral.

Sin embargo, para que el gasto en salud pública reduzca la pobreza y la desigualdad a los niveles deseados, prácticamente todo el gasto en salud debe eliminar las compras estratégicas y proporcionar protección financiera directa a través de la reducción de los pagos de bolsillo de los hogares por servicios de salud. En este contexto, el gasto de bolsillo en salud se define como el conjunto de desembolsos monetarios que los hogares efectúan al momento de la atención sanitaria y que no son cubiertos por el sistema público o por esquemas de aseguramiento, constituyendo una de las principales fuentes de vulnerabilidad económica asociada a la enfermedad (Sirag y Mohamed Nor, 2021).

Diversos estudios señalan que la ampliación de la cobertura nominal de los sistemas de salud no garantiza, por sí sola, la reducción del gasto de bolsillo, incluso Sáenz Vela y Guzmán Giraldo (2021) muestran que incluso hogares afiliados a sistemas públicos continúan enfrentando pagos directos significativos, lo que expone a las familias a gastos catastróficos en salud. En este sentido, Giménez Caballero et al. (2021) argumentan que la insuficiente cobertura de medicamentos y servicios esenciales puede empujar a hogares previamente no pobres hacia situaciones de pobreza, reforzando dinámicas de desigualdad persistente.

Gráfico 2

Evolución del gasto de bolsillo como porcentaje del gasto actual en salud en América Latina (2000-2023).



Nota. Los valores representan el promedio simple de los países de la región. Elaboración propia con datos de la Global Health Expenditure Database (GHED, 2025).

En promedio para América Latina, el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto actual en salud persiste en niveles cercanos al 30% al final del periodo analizado. A pesar de la tendencia decreciente observada desde el año 2000, la estabilización de este indicador en la última década sugiere barreras estructurales que impiden una mayor socialización de los costos sanitarios.

2.2. Mecanismos de transmisión del gasto público sanitario

Desde la teoría del capital humano y del crecimiento endógeno, el gasto público sanitario se interpreta como una inversión productiva de largo plazo. Reynoso González y De León Arias (2021) plantean que la mejora en las condiciones de salud incrementa las capacidades físicas y cognitivas de la fuerza laboral, elevando la productividad y los ingresos, particularmente en los sectores más vulnerables que dependen en mayor medida de la provisión estatal. Esto significa que el efecto del gasto en salud sobre la pobreza y la desigualdad es tanto inmediato como probable que crezca con el tiempo.

De manera similar, en la economía de la salud, un modelo importante es el modelo de capital humano de Grossman. Como señalan Pascual Sáez y Cantarero Prieto (2020), la salud funciona como una forma de stock de capital durable, y determina la cantidad de tiempo que se puede permanecer saludable para ser utilizado en trabajo y generación de ingresos. Visto de esta manera, el gasto de fondos públicos en salud puede ser considerado como una inversión para contrarrestar la depreciación biológica, lo cual es importante para los económicamente

desfavorecidos ya que tienen un bajo stock de salud y pueden hacer pocas o ninguna inversión privada.

En relación al desarrollo, la salud y el bienestar tienen una relación bidireccional. López I Casanovas (2017) señala que el desarrollo económico es el resultado de una población sana así como de un alto nivel de desarrollo económico. La denominada Curva de Preston sugiere que las mejoras en salud generan retornos sociales mayores cuando se dirigen a los segmentos de menores ingresos, lo que proporciona una justificación teórica adicional para la intervención redistributiva del Estado a través del gasto sanitario.

La literatura identifica diversos mecanismos a través de los cuales el gasto público sanitario puede incidir sobre la pobreza y la desigualdad. Un primer mecanismo es la protección financiera, mediante la cual el gasto público reduce la exposición de los hogares a gastos de bolsillo y a choques de salud que pueden generar empobrecimiento (Gupta et al., 2003). Cuando se trabaja de manera efectiva, mecanismos de esta naturaleza tratan el gasto en salud como una forma implícita de seguro social, que es especialmente pertinente para las familias de bajos ingresos.

Otro de los mecanismos es el gasto público en salud implícito del sistema. Gupta et al. (2003) explican que, dada la autoexclusión de los individuos adinerados hacia el sector privado, el gasto público se asigna a aquellos en la parte inferior de la escala socioeconómica, resultando en un sistema invertido de cobertura universal que sirve para proporcionar transferencias públicas progresivas. Esto está relacionado estrechamente con el principio de inequidad vertical, donde el trato desigual se justifica para responder a necesidades desiguales.

Un tercer mecanismo implica la mejora del capital humano y la productividad. El gasto público en salud aumenta el potencial de generación de ingresos de las personas que previamente estaban comprometidas en su salud y, de manera indirecta, cierra la brecha de ingresos. Sin embargo, se dice que este canal es más limitado que otros debido a ciertos factores institucionales como la mala administración, la apropiación de recursos y la mala calidad de los servicios (Cammeraat, 2020).

Los resultados de estos mecanismos están determinados por la efectividad del control del gasto junto con el enfoque en los niveles de atención con mayor potencial redistributivo. Desde el punto de vista de Pitombeira y Oliveira, (2020), a diferencia de los complejos servicios hospitalarios, la imposición del sistema de Atención Primaria de Salud es más probable que altere positivamente los determinantes sociales de la salud y elimine las inequidades relacionadas. Peña Sánchez et al. (2021), un mayor gasto puede no garantizar mejores resultados, especialmente cuando el gasto no está asociado con la creación de años saludables y el bienestar del sistema social.

En resumen, la economía de la salud muestra que, con respecto a vías específicas, el gasto público en salud alivia la pobreza y la desigualdad. Sin embargo, los efectos son específicos del contexto, no son inmediatos y dependen del diseño del sistema, la utilización

óptima de los recursos y las condiciones socioeconómicas predominantes. Estos factores requieren una investigación empírica para evaluar la magnitud y dirección de la relación entre el gasto público en salud y su distribución en América Latina.

2.3. Determinantes de la pobreza y la desigualdad: variables de control

El análisis de estudios de panel para los países en desarrollo muestra que el desempleo conduce directamente a la pérdida de estabilidad financiera para los hogares a través de la pérdida de ingresos laborales, lo que causa un aumento en la pobreza y una mayor desigualdad (Fields, 2011).

Además de su función primordial en la educación del capital humano, la educación facilita la utilización de los servicios de sanidad impulsando el beneficio de las inversiones en salud pública, reduciendo las desigualdades socioeconómicas en salud (Heckman y Mosso, 2014). La urbanización da lugar también al desglose de los servicios de infraestructuras y de empleo y de los servicios de salud, lo que crea desigualdades que deben ser afrontadas a fin de no dar la razón a la percepción de que la urbanización se relaciona a los resultados socioeconómicos (Henderson, 2010).

Estudios recientes de economía de la salud y economía social han demostrado que, por ejemplo, la mejoría de los servicios sociales básicos, como el agua, el saneamiento y la electricidad, hace que se disminuyan las enfermedades prevenibles, que se reduzcan las facturas y que se mejoren las finanzas de los hogares (Prüss Ustün et al., 2019). Esta es una variable de ajuste del gasto; en razón de los factores estructurales, el gasto en salud podría ser resultado de la inclusión de estos controles.

El desempleo, el capital humano educativo, la urbanización y la accesibilidad a los servicios básicos explican buena parte de la desigualdad en las rentas y las dinámicas de vulnerabilidad; su control es usualmente requerido en los estudios mundiales. Estudios empíricos, por ejemplo, demuestran que los choques laborales explican variaciones muy altas de la pobreza monetaria debido a la pérdida de empleo y choques de salud, y aumentan la capacidad de absorción de privaciones y choques de salud de los hogares (Autor, 2014). De manera similar, la teoría del capital humano sostiene que la educación mejora la productividad, el acceso al empleo formal y reduce las posibilidades de caer en la pobreza crónica; impactos que el gasto en salud no puede explicar (Becker, 1975). Así, estas variables se controlan para determinar el efecto del gasto en salud, ya que estas variables capturan factores económicos o sociales no relacionados con la salud.

2.4. Estado del arte

Una línea importante en la literatura analiza el efecto redistributivo de los gastos sanitarios al incluir las ganancias en especie dentro del ingreso familiar. Spadaro et al. (2013) examinan el caso de España en este enfoque y prueban que, si se toma el gasto público en salud como parte del ingreso extendido, tiene un carácter claramente progresivo. Como resultado, el

coeficiente de Gini cayó junto con un índice Kakwani negativo, lo que significa que ha habido disminuciones en la pobreza y la desigualdad.

En América Latina, cuando se ha realizado el análisis de la incidencia fiscal, ha habido alguna medida de esto. Por ejemplo, Rossignolo (2016) utilizando el método CEQ en Argentina, se muestra que la intervención fiscal estatal, en la mayor medida, reduce la desigualdad de mercado y la pobreza extrema, donde el gasto social (incluyendo salud) actúa como uno de los mecanismos redistributivos más importantes.

En América Latina, la evidencia empírica es sólida en lo que respecta a la inclusión social de más de 46 millones de personas en los sistemas de protección formal que garantizan el acceso a la atención médica gratuita, independientemente de la capacidad de pago. Hay una tendencia creciente constante en el gasto público en salud. Cuando se realiza un análisis sobre el gasto público en salud, es evidente que esta expansión fiscal es el factor más importante para reducir las brechas en la mortalidad materna e infantil que existen entre los quintiles afluentes y empobrecidos. Sin embargo, los datos muestran que la cobertura universal sigue siendo inadecuada, ya que la brecha de protección es alta y es más pronunciada en enfermedades crónicas y medicamentos, los protegidos y los no cubiertos. El aumento del gasto público sigue siendo el caso de que el gasto de bolsillo permanece inaceptablemente alto, más del 30% e incluso más del 50% del total del gasto de bolsillo en varios países (Atun et al., 2015; Dmytraczenko y Almeida, 2017).

Las alternativas en la literatura enfatizan la estimación de los efectos directos del gasto público en salud sobre los grados de pobreza y bienestar económico, ya que tales evaluaciones pueden llevarse a cabo utilizando métodos econométricos aplicables a datos de panel. En el caso de Perú, Coaquira Vargas y Vilca Colquehuanca (2023) describen una relación causal inversa del gasto público en salud con la pobreza monetaria de las provincias, gestionada incluso con una desigualdad presupuestaria territorial dada sobre los gastos en salud.

A nivel internacional, Miranda Lescano et al. (2023) analizaron 57 países de ambas categorías y establecieron que el aumento de la inversión pública en salud está correlacionado con una mejor IDH, así como en sus componentes individuales, incluso después de tener en cuenta la calidad institucional y los factores económicos endógenos. Esto refuerza la idea de que el gasto en salud es un componente estructural fundamental del bienestar económico y social de un país en todos los niveles de gobernanza.

Huaylupo Bardález et al. (2025), estudiaron las causas de la pobreza en un puñado de países latinoamericanos y encontraron que el gasto público en salud, incluso en un contexto de desigualdad y desnutrición, es un factor potente para aliviar la pobreza.

Una tercera línea de investigación examina el efecto de los gastos sociales y de salud específicamente sobre la desigualdad en salud, en contraposición a la desigualdad en salud a nivel poblacional. Álvarez Gálvez y Jaime Castillo (2018) estudian el gasto social y su efecto

en el gradiente de salud socioeconómica. Confirman que el gasto social disminuye la desigualdad en salud relacionada con la educación en países donde el gasto social es dominante.

Desde una perspectiva distributiva más refinada, Love Koh et al. (2020) estudian el Reino Unido y afirman que los mayores rendimientos marginales del gasto público en salud parecen dirigirse a los más pobres de los pobres. Sus hallazgos muestran un impacto 'pro pobre' pronunciado en áreas con una carga de enfermedad significativa y en poblaciones más jóvenes, confirmando que el gasto en salud puede disminuir distribuciones de salud inequitativas.

En un estudio sobre Sudáfrica. Dlamini y Mbonigaba (2024) muestran que los niveles de pobreza regional prevalecientes afectan de manera significativa y negativa los retornos del gasto en salud y que, en algunos contextos de privación extrema, el gasto se asocia con una disminución de la esperanza de vida. Los autores explican este fenómeno como resultado de disfunción sistémica y las eternas condiciones estructurales subóptimas que persisten ante mayores requisitos de recursos para mantener condiciones mínimas.

Aún más preocupante, Voto et al. (2025) afirman que en África subsahariana, el gasto en salud pública y el gasto de bolsillo en salud están vinculados a aumentos persistentes de la pobreza a largo plazo, indicando que el gasto en salud simplemente no está protegiendo a los pobres, debido a la mala gestión de los recursos públicos y la mala gobernanza.

Esto muestra que gastar más dinero en un sistema que es ineficiente no resolverá el problema de la pobreza. El gasto en salud pública tiene el potencial de una redistribución positiva de los recursos financieros; sin embargo, el impacto del gasto en salud pública en la pobreza y la desigualdad no se identifica fácilmente, ya que depende de varios elementos estructurales e institucionales. La investigación sobre la incidencia fiscal de los ingresos extendidos sugiere que el gasto en salud es progresivo, particularmente en casos en que se incluyen beneficios en especie en el ingreso del hogar y el gasto en salud se dirige hacia cuidados de alto valor y de mayor nivel.

La financiación de la salud pública en América Latina ha mantenido su crecimiento durante un largo periodo, lo que ha hecho posible que millones de personas, que anteriormente no estaban bajo ningún sistema formal de protección, se integren a él. También ha habido una mejora en indicadores esenciales, como la mortalidad de las madres y de los niños. Aunque se han dado avances recientemente, esto no quiere decir que las brechas de protección financiera efectiva se hayan cerrado.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

La presente investigación se enmarca en un enfoque cuantitativo, debido a que se fundamenta en la recolección, procesamiento y análisis numérico de datos longitudinales para evaluar las variables de estudio. Este método permite medir variables macroeconómicas y sociales de manera objetiva y emplear diferentes metodologías estadísticas para hacerlo. Con

respecto a su alcance, el estudio emplea un enfoque correlacional-explicativo; no se limita a describir el comportamiento de los indicadores, sino que intenta identificar y evaluar empíricamente tanto el tamaño como la dirección de la relación entre los gastos públicos en salud y las variables de distribución, mientras controla factores estructurales relevantes y no interviene directamente en el fenómeno que se está analizando.

Además de esto, utilizando el enfoque hipotético-deductivo, este estudio está diseñado de tal manera que comienza con los principios y teorías generales de la economía y, en el proceso, crea hipótesis específicas relacionadas con el esfuerzo fiscal en salud, así como el grado de pobreza y desigualdad. Estas bases teóricas se afinarán en una serie de constructos empíricos, a través del modelado econométrico de algunos datos observados, lo que llevará a la formación de conclusiones y a la verificación o falsificación de las hipótesis planteadas, las cuales están respaldadas por datos estadísticos.

3.1. Población y muestra

El estudio se realiza para un conjunto de países de América Latina seleccionados en función de la disponibilidad de información estadística continua y comparable para el período 2007–2022. La muestra final incluye los siguientes países:

- Argentina
- Bolivia
- Brasil
- Chile
- Colombia
- Costa Rica
- Ecuador
- México
- Panamá
- Perú
- Paraguay
- El Salvador
- Uruguay

La selección de los países incluidos en el panel se basó en la disponibilidad de datos anuales, consistentes y comparables para el período 2007–2022. En este proceso, países como Venezuela fueron excluidos debido a la intermitencia, discontinuidad y falta de actualización de sus estadísticas oficiales, especialmente en variables macroeconómicas fundamentales. La actualización de los Indicadores de Desarrollo Mundial de diciembre de 2025 señala explícitamente que para Venezuela, no se han publicado datos oficiales desde 2017/18 y se incorporan estimaciones técnicas del FMI para completar las series (Banco Mundial, 2025c).

Asimismo, un informe técnico del Banco Interamericano de Desarrollo documenta que el Banco Central de Venezuela no publica cuentas nacionales desde 2018 y que el Banco Mundial sigue clasificando al país con base en datos de 2014 debido a la ausencia de información oficial actualizada (Maldonado y Olivo, 2022).

3.2. Fuente y tratamiento de datos

El estudio utiliza información secundaria proveniente de bases de datos oficiales de organismos internacionales, lo que garantiza la comparabilidad y consistencia estadística entre países y a lo largo del período de análisis. Las principales fuentes de información incluyen el Banco Mundial, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las series fueron depuradas y organizadas en una base de datos de panel, verificando la coherencia temporal y la homogeneidad de las definiciones estadísticas, con el fin de asegurar la validez de las estimaciones econométricas.

3.3. Definición de variables y signos esperados

Tabla 1

Variables de estudio

Variable	Fuente	Tipo	Definición Técnica	Medición	Signo Esperado
Índice de Gini	Banco Mundial	Dependiente	Medida de la dispersión estadística destinada a representar la distribución de los ingresos o la riqueza de los residentes de una nación. Se deriva matemáticamente de la Curva de Lorenz, donde el coeficiente es igual al área entre la curva de distribución real y la línea de uniformidad perfecta (Medina, 2001).	Índice (0–100)	N/A
Brecha de pobreza a 3 USD diarios (PPA 2021)	Banco Mundial	Dependiente	Medida de la profundidad de la pobreza que corresponde a la insuficiencia media de ingresos respecto a la línea de pobreza (contando a los no pobres como una insuficiencia de cero), expresada como porcentaje de la línea de pobreza (Altimir, 1978).	Porcentaje (%)	N/A
Gasto público en salud (% PIB)	OMS	Independiente	Valor de los desembolsos corrientes y de capital en salud efectuados por agencias gubernamentales, expresado como proporción del producto agregado. Incluye el gasto financiado por ingresos internos y donaciones externas, excluyendo los gastos de bolsillo (OMS, 2025).	Porcentaje del PIB (%)	Negativo (-)

PIB per cápita (precios constantes)	Banco Mundial	Control	Producto Interno Bruto dividido por la población a mitad de año. Los datos están en moneda local constante o dólares constantes para eliminar el efecto inflacionario, sirviendo como proxy del desarrollo económico agregado (Martínez, 2010).	USD constantes	Negativo (-)
Desempleo total (% fuerza laboral)	Banco Mundial	Control	Proporción de la fuerza de trabajo que no tiene empleo, está disponible para trabajar y busca empleo activamente. Definición armonizada por la OIT (de Bialostozky, 1971).	Porcentaje (%)	Positivo (+)
Índice de educación	Legatum Prosperity Index	Control	Evalúa el desempeño educativo de un país a partir del acceso, la calidad y los resultados del sistema educativo, incluyendo años promedio de escolaridad, matrícula en educación secundaria y terciaria, calidad percibida del sistema y habilidades cognitivas de la población (Legatum, 2023).	Índice (0-100)	Negativo (-)
Población urbana	Banco Mundial	Control	Porcentaje de la población total que vive en áreas definidas como urbanas según los criterios censales nacionales. Proxy de urbanización y transformación estructural (Rubio, 1958).	Porcentaje (%)	Para pobreza (-) Para desigualdad (+)
Índice de Servicios Básicos	Legatum Prosperity Index	Control	Subdimensión del pilar de Condiciones de vida del Legatum Prosperity Index que captura el acceso efectivo de la población a servicios esenciales como agua potable, saneamiento mejorado, electricidad, vivienda adecuada y conectividad básica (Legatum, 2023).	Índice (0-100)	Negativo (-)

Nota. Elaboración propia

Para dar respuesta a las interrogantes planteadas y alcanzar los objetivos de la investigación, el diseño metodológico establece una vinculación directa entre las técnicas de análisis y las metas del estudio. En relación con los dos primeros objetivos específicos, la metodología plantea un análisis estadístico descriptivo y longitudinal, mediante la construcción de promedios regionales y la revisión de series temporales, este procedimiento tiene el propósito de caracterizar el comportamiento histórico de estas variables, permitiendo identificar tendencias y su correspondencia con los ciclos económicos de la región.

A fin de alcanzar el tercer objetivo específico y, por lo tanto, el objetivo general de la investigación, la propuesta metodológica se aplica para examinar empíricamente la relación existente entre el gasto público en salud y la equidad social en el tiempo. Mediante un planteamiento de datos de panel, la idea analítica es la de precisar la capacidad redistributiva real de la inversión sanitaria, controlando estadísticamente la importancia de otras variables

estructurales (la de la relación laboral o la de la educación) y controlando el peso de las particularidades históricas de cada uno de los países. Así, la investigación logra que los resultados expresen con fidelidad la forma en que las variaciones en el gasto en salud actúan de verdad sobre los niveles de pobreza y desigualdad.

3.4. Modelo de efectos fijos y aleatorios

Se estimarán modelos de regresión multivariada con datos de panel, específicamente modelos de efectos fijos (FE) y efectos aleatorios (RE). La elección final se determinará mediante el test de Hausman, dado que este permite identificar si los efectos individuales no observados están correlacionados con los regresores.

La forma funcional general del modelo es:

Para la desigualdad:

$$Gini_{it} = \beta_0 + \beta_1 GPS_{it} + \beta_2 \log(PIBPC)_{it} + \beta_3 TDS_{it} + \beta_4 EDU_{it} + \beta_5 SB_{it} + \beta_6 PU_{it} + \mu_i$$

Para la pobreza:

$$BPO_{it} = \beta_0 + \beta_1 GPS_{it} + \beta_2 \log(PIBPC)_{it} + \beta_3 TDS_{it} + \beta_4 EDU_{it} + \beta_5 SB_{it} + \beta_6 PU_{it} + \mu_i$$

Donde:

$Gini_{it}$ = Coeficiente de Gini

BPO_{it} = Brecha de pobreza a \$3,00 por día (2021 PPA) (%)

β_0 = intercepto

GPS_{it} = Gasto en salud del gobierno general (% PIB)

$\log(PIBPC)_{it}$ = Logaritmo del PIB per cápita a precios constantes

TDS_{it} = Desempleo, total (% de la fuerza laboral total) (estimación modelada de la OIT)

EDU_{it} = Índice de Educación del Legatum Prosperity Index

SB_{it} = Índice de Servicios Básicos del Legatum Prosperity Index

PU_{it} = Población urbana (% de la población total).

El PIB per cápita se ha incluido en forma logarítmica para mejorar la captura de su relación no lineal con la pobreza y la desigualdad y para permitir interpretar los coeficientes estimados en términos de ingresos relativamente más altos y más bajos. Este ajuste tiene más sentido en un panel de países con mucha diversidad económica, donde el efecto marginal del crecimiento varía a lo largo del espectro de ingresos.

Adicionalmente, el uso del logaritmo del PIB per cápita contribuye a mejorar la estabilidad numérica del modelo y la comparabilidad de magnitudes frente a variables

expresadas en índices acotados, sin que ello constituya la motivación principal de la transformación.

3.4.1. Validación del modelo

En primer lugar, se utilizará el test de Hausman, cuyo propósito es determinar si los efectos específicos de cada país están correlacionados con las variables explicativas del modelo. Esta prueba nos ayuda a ver si quizás un modelo de efectos fijos o un modelo de efectos aleatorios será más apropiado. Si la prueba muestra una correlación relevante con los efectos no observados y los regresores, entonces se seleccionará el modelo fijo, ya que será el modelo que proporciona estimadores consistentes en esta situación.

También realizaremos la prueba de Wooldridge para la autocorrelación en paneles. Esta prueba busca la correlación serial de primer orden de los errores del modelo. En una serie temporal o en paneles largos, la autocorrelación suele ser un problema debido a que la condición económica de un país tiene una tendencia dominante de persistencia. Si la prueba es positiva para la autocorrelación, las estimaciones deberán ajustarse mediante el uso de errores estándar robustos y/o correcciones que permitan inferencias válidas.

Finalmente, se aplicará la prueba de Breusch–Pagan / Cook-Weisberg, destinada a identificar la presencia de heterocedasticidad en los residuos. La heterocedasticidad implica que la varianza del término de error no es constante entre las observaciones, lo cual compromete la eficiencia de los estimadores y sesga las pruebas de significancia.

3.5. Hipótesis

Dado que el estudio busca analizar la relación entre la variable independiente (gasto público en salud como porcentaje del PIB) y las variables dependientes (la desigualdad medida mediante el índice de Gini y la pobreza medida por la brecha de pobreza), con el propósito de identificar cómo las variaciones en el nivel de gasto sanitario se vinculan con los cambios observados en estos indicadores sociales, se formula la siguiente hipótesis:

H1: El nivel de gasto público en salud de los países latinoamericanos se asocia con variaciones en el indicador de pobreza.

H2: El nivel de gasto público en salud de los países latinoamericanos se asocia con variaciones en el indicador de desigualdad del ingreso.

CAPÍTULO IV

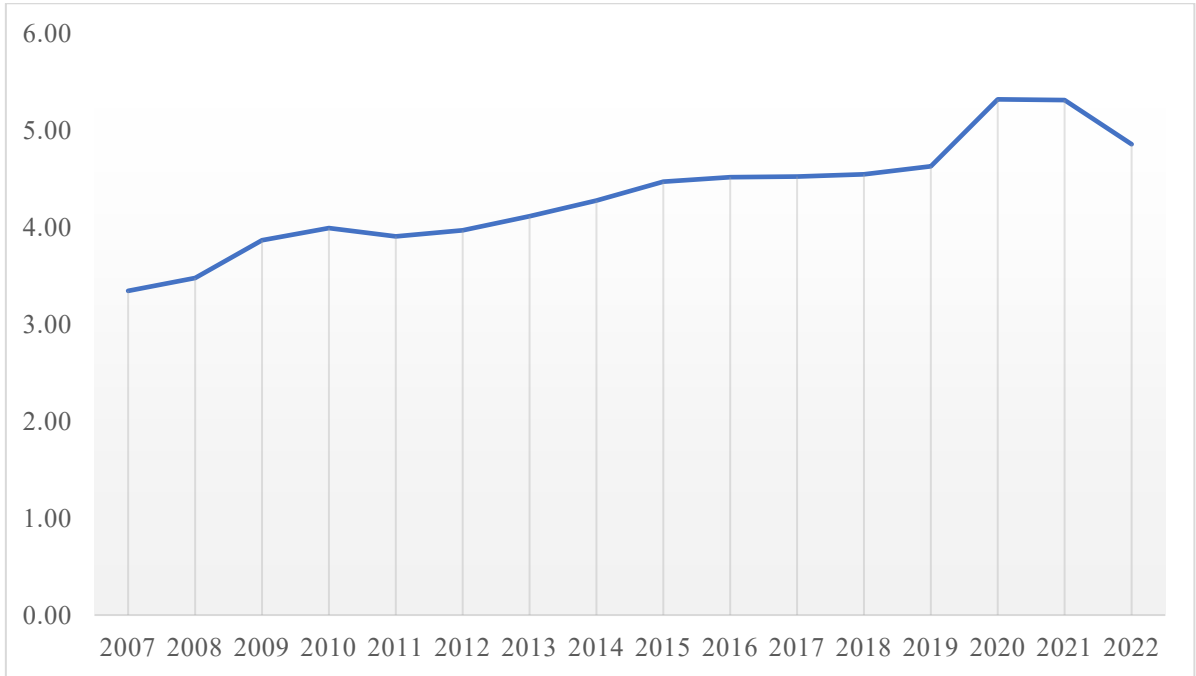
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

4.1.1. Evolución del gasto público en salud de la región

Gráfico 3

Evolución del gasto en salud del gobierno general como porcentaje del PIB en América Latina (2007–2022)



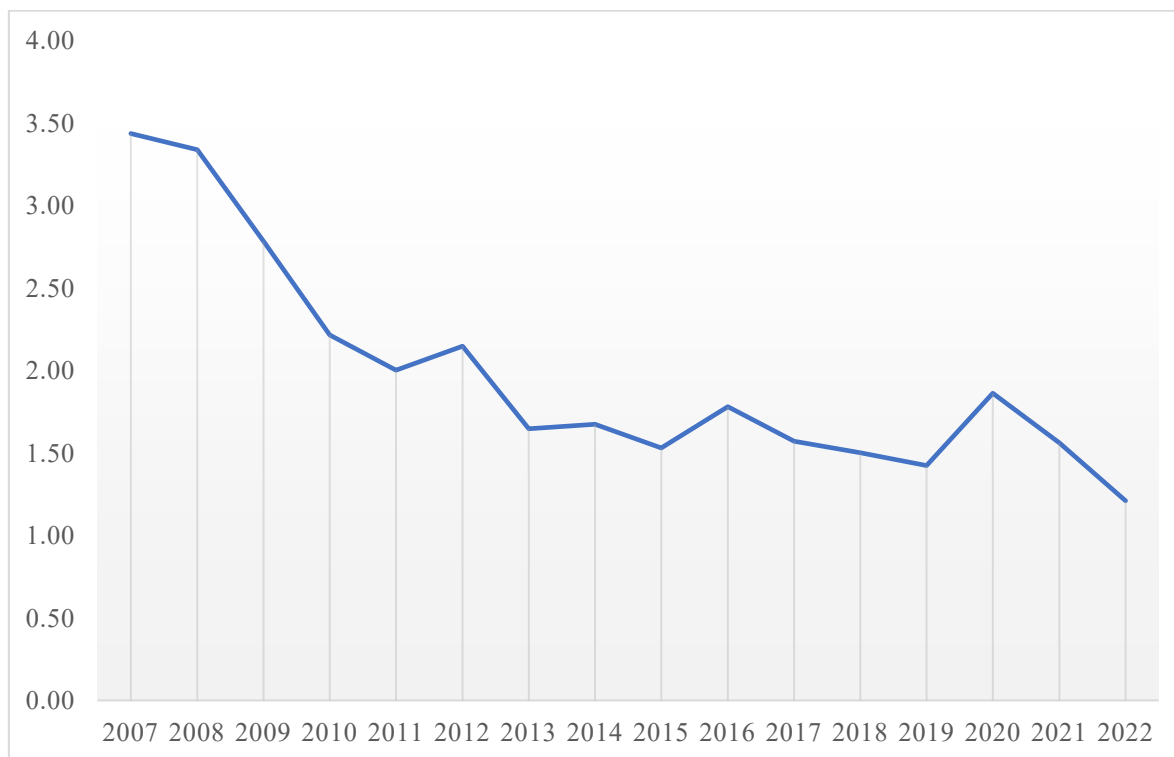
Nota. Los valores corresponden al promedio regional calculado a partir de los países de estudio. Elaboración propia con base a datos de CEPAL (2025).

La tendencia creciente del gasto público en salud como porcentaje del PIB ha mostrado un aumento del gasto público en salud en relación con los ciclos de la actividad económica general en la región. Ha habido un incremento en el gasto en salud pública del 3.34% al 4.46% de 2007 a 2015. La razón del aumento es el auge en el precio de las materias primas. Este auge proporcionó a los gobiernos de América Latina el nuevo espacio fiscal necesario para mejorar la cobertura de protección social. Desde 2016 hasta 2019, la región experimentó una desaceleración económica que afectó a todos los países de la región. Debido a la ausencia de altos ingresos fiscales, los países de la región no pudieron mantener una política económica expansiva en respuesta al auge previo. Se reportó otro aumento en el indicador en 2020 y 2021, del 5.31%. Este aumento se atribuyó al inicio de la pandemia de COVID-19. El aumento también se produjo debido a la economía más pequeña como resultado de la contracción del denominador. El indicador aumentó a través de una serie de medidas de estímulo económico y regresó al 4.85% en 2022 debido a la retirada de las medidas de estímulo económico por parte de los países y a la moderación de la actividad económica relacionada con COVID-19.

4.1.2. Evolución de la brecha de pobreza en la región

Gráfico 4

Evolución de la brecha de pobreza a USD 3,00 diarios (PPA 2021) en América Latina (2007–2022)



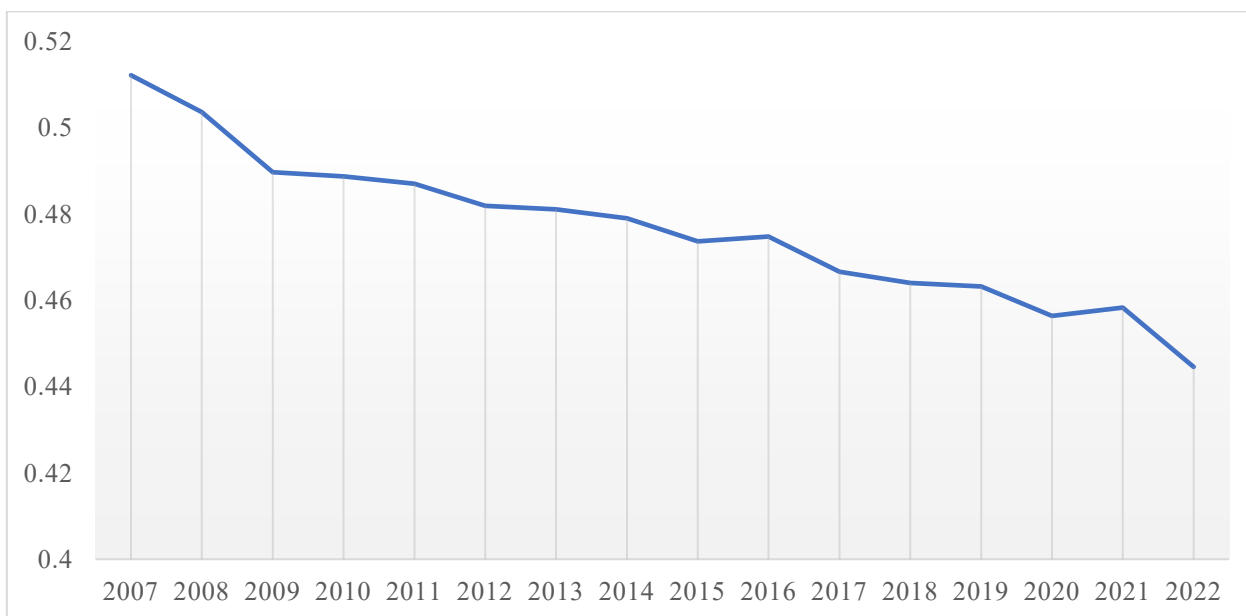
Nota. Los valores corresponden al promedio regional calculado a partir de los países de estudio. Elaboración propia con base a datos de Banco Mundial (2025a).

La dinámica de la brecha de pobreza a \$3,00 diarios evidencian la efectividad de las políticas redistributivas durante la llamada "década dorada", logrando reducir el indicador a menos de la mitad entre 2007 y 2014, al pasar del 3,43% al 1,67%, la capacidad de la región para continuar abatiendo la pobreza mostró rendimientos decrecientes entre 2015 y 2019, periodo en el cual la reducción fue marginal. La brecha alcanzó el 1,86% en 2020 debido a las medidas de confinamiento que afectaron al sector informal. Por otro lado, la recuperación en 2022, con un mínimo histórico del 1,21%, muestra una notable resiliencia de los hogares vulnerables, probablemente debido a la reactivación del mercado laboral y a las transferencias sociales sostenidas y dirigidas.

4.1.3. Evolución de la desigualdad de la región

Gráfico 5

Evolución coeficiente de Gini en América Latina (2007–2022)



Nota. Los valores corresponden al promedio regional calculado a partir de los países de estudio. Elaboración propia con base a datos de Banco Mundial (2025b).

El comportamiento del Índice de Gini denota una mejora estructural en la distribución del ingreso a lo largo de toda la serie temporal, aunque con ritmos diferenciados. De 2002 a 2012, la desigualdad disminuyó consistentemente de 0.51 a 0.48 debido a la disminución del premio educativo, el aumento de los salarios mínimos reales y varios otros factores. Después de 2002, la desigualdad continuó disminuyendo, pero a un ritmo mucho más lento con el estancamiento del crecimiento económico regional. Incluso con la crisis económica de 2020, el índice aún cayó a 0.46. Aunque al principio esto parece extraño, la explicación principal de esta disminución son las agresivas ayudas gubernamentales al décimo más bajo, que disminuyeron los ingresos de los que menos ganan y disminuyeron los ingresos de los que más ganan, lo que contradecía y resultaba en una disminución de ingresos. Esta tendencia continuó hasta 2022 con 0.44, la menor desigualdad registrada en el conjunto de datos completo.

4.1.4. Modelo econométrico

Con el objetivo de analizar la relación entre el gasto público en salud y los indicadores de desigualdad y pobreza en América Latina, se estimaron modelos econométricos con datos de panel, aprovechando la variación temporal y transversal de la información para el período 2007–2022. El uso de datos de panel permite controlar la heterogeneidad no observable entre países que permanece constante en el tiempo, así como reducir problemas de sesgo por omisión de variables estructurales no observadas.

4.1.5. Efectos fijos

Tabla 2

Modelo de desigualdad con panel de datos efectos fijo

Variable	Coefficientes	Error Estándar	Valor p
Gasto público en salud	-1,459	0,337	0,000
Log PIB per cápita	0,015	0,233	0,948
Desempleo	0,304	0,094	0,001
Población urbana	-0,126	0,086	0,145
Educación	-0,100	0,119	0,400
Servicios básicos	-0,264	0,108	0,016
Constante	91,577	8,01	0,000
R2 overall			0,0724
R2 within			0,5073
R2 between			0,0477
Prob > F			0,00
Heterocedasticidad			0,00
Autocorrelación			0,16
rho			0,8480

Nota. Elaboración propia con el software STATA.

La validación estadística del modelo confirma la robustez de la especificación de efectos fijos seleccionada, sustentada primordialmente en una probabilidad del estadístico F de 0,00 que garantiza la significancia conjunta de los regresores para explicar el fenómeno estudiado. La descomposición del ajuste es importante de explicar, y lo más importante, el R² dentro de 0.5073 está fuera de lugar en comparación con los bajos valores del R² general y entre países, un caso que muestra que el modelo tiene la mayor capacidad para capturar variaciones relacionadas con el tiempo en la desigualdad dentro de cada país y no tanto las diferencias transversales entre países. La idoneidad del método se evidencia aún más por el coeficiente de correlación intraclassa (rho) de 0.8480, lo que significa que cerca del 85% de la varianza total se debe a heterogeneidad no observada o rasgos idiosincráticos específicos de cada nación.

Tabla 3

Modelo de pobreza con panel de datos efectos fijo

Variable	Coefficientes	Error Estándar	Valor p
Gasto público en salud	0,100	0,119	0,403
Log PIB per cápita	-0,185	0,058	0,002
Desempleo	0,176	0,035	0,000
Población urbana	-0,11	0,031	0,001
Educación	-0,080	0,041	0,055

Servicios básicos	-0,16	0,034	0,000
Constante	29,687	2,413	0,000
R2 overall			0,0969
R2 within			0,5844
R2 between			0,0545
Prob > F			0,00
Heterocedasticidad			0,00
Autocorrelación			0,013
rho			0,9325

Nota. Elaboración propia con el software STATA.

La evaluación de los estadísticos del modelo de pobreza ratifica la pertinencia y solidez de la estimación por efectos fijos, sustentada en una probabilidad del estadístico F de 0,00 que confirma la validez global de la regresión para interpretar el fenómeno. La bondad de ajuste se puede desglosar más para revelar un R^2 de 0.5844. Esta cifra muestra un poder explicativo positivo, aunque ligeramente menor al 60% de la variación en los cambios de pobreza a nivel país a lo largo del tiempo. Este es un contraste significativo con el R^2 entre ($R^2 = 0.0545$) y el global ($R^2 = 0.0969$), lo que indica que el modelo tiene un equilibrio mucho mayor en la comprensión de la dinámica interna temporal que en la diferente de sección cruzada. Esta estructura de los datos se ve fuertemente reforzada por un coeficiente de correlación intra-clase (rho) excepcionalmente alto de 0,9325, el cual indica que más del 93% de la varianza del error corresponde a la heterogeneidad no observada o factores estructurales propios de cada nación.

4.1.6. Efectos aleatorios

Tabla 4

Modelo de desigualdad con panel de datos efectos aleatorios

Variable	Coefficientes	Error Estándar	Valor p
Gasto público en salud	-1,707	0,299	0,00
Log PIB per cápita	0,405	0,149	0,007
Desempleo	0,346	0,094	0,000
Población urbana	0,0587	0,046	0,199
Educación	-0,076	0,088	0,387
Servicios básicos	-0,252	0,084	0,003
Constante	71,204	5,456	0,000
R2 overall			0,4623
R2 within			0,4726
R2 between			0,4479
Prob > F			0,000
rho			0,446

Nota. Elaboración propia con el software STATA.

La estimación del modelo de desigualdad bajo la especificación de efectos aleatorios presenta una configuración de ajuste notablemente equilibrada que contrasta con la dinámica de los efectos fijos, validada por una significancia global de 0,000 que respalda la robustez conjunta de los regresores. A diferencia de la marcada polarización observada en los modelos anteriores, aquí los coeficientes de determinación exhiben una convergencia inusual, donde el R^2 *overall* (0,4623), el *within* (0,4726) y el *between* (0,4479) se sitúan en un rango homogéneo, lo cual indica que esta metodología logra capturar con similar eficacia tanto las fluctuaciones temporales al interior de cada economía como las diferencias estructurales transversales entre los distintos países de la región. Esta consistencia se ve reflejada en un coeficiente de correlación intra-clase (ρ) de 0,446, el cual, al ser considerablemente menor que en las especificaciones de efectos fijos, sugiere que bajo esta asunción la heterogeneidad no observada o las características idiosincrásicas de cada nación pierden peso explicativo frente a las variables del modelo.

Tabla 5

Modelo de pobreza con panel de datos efectos aleatorios

Variable	Coefficientes	Error Estándar	Valor p
Gasto público en salud	-0,031	0,117	0,791
Log PIB per cápita	-0,050	0,052	0,344
Desempleo	0,158	0,036	0,000
Población urbana	-0,025	0,022	0,265
Educación	-0,018	0,036	0,617
Servicios básicos	-0,197	0,031	0,000
Constante	22,271	2,081	0,000
R2 overall			0,2817
R2 within			0,5443
R2 between			0,2170
Prob > F			0,000
ρ			0,666

Nota. Elaboración propia con el software STATA.

Habiendo realizado un análisis sobre las estadísticas relacionadas con el modelo de pobreza de efectos aleatorios, se ha establecido una validación total considerable ($\text{Prob} > F = 0.000$), ya que el modelo reveló un grado considerable de asimetría en su poder explicativo, lo que contrastaba con la heterogeneidad del modelo centrado en la desigualdad. Dado que la especificación logra preservar un gran grado de efectividad en cuanto a la interpretación de las series temporales intra-país (R^2 dentro de 0,5443), parece que el modelo está muy limitado en cuanto a la explicación de las discrepancias estructurales entre los países, como lo indican los valores bastante bajos de R^2 entre (0,2170) y en general (0,2817). Esta limitación sugiere que, bajo esta metodología, las variables independientes pierden fuerza para justificar las brechas transversales de pobreza en la región, una inferencia que se ve corroborada por un coeficiente

rho de 0,666; este valor indica que dos tercios de la variabilidad total continúan siendo atribuibles a la heterogeneidad no observada o a factores idiosincrásicos de cada economía.

4.1.7. Test de Hausman

La prueba de Hausman arroja un resultado definitivo que dicta la elección del modelo de efectos fijos como la especificación correcta para el análisis de la desigualdad. Dado que el estadístico Chi-cuadrado de 36,12 con una probabilidad de 0,0000 obliga a rechazar contundentemente la hipótesis nula, se confirma que las diferencias entre los estimadores son sistemáticas y que el modelo de efectos aleatorios adolece de inconsistencia.

Por otra parte, la prueba aplicada al modelo de pobreza indica resultados concluyentes que determinan la idoneidad del estimador de efectos fijos frente a la alternativa de efectos aleatorios. Dado que el estadístico Chi-cuadrado alcanza un valor de 37,41 con una probabilidad de 0,0000, se rechaza tajantemente la hipótesis nula, lo que evidencia la existencia de diferencias sistemáticas entre los coeficientes y confirma que el modelo de efectos aleatorios adolece de inconsistencia al no cumplir con el supuesto de ortogonalidad entre los errores individuales y los regresores.

4.1.8. Modelos de Errores Estándar Corregidos para Panel

Una vez seleccionado el modelo de efectos fijos para el análisis de la desigualdad y la pobreza, con base en los resultados del test de Hausman, se procedió a evaluar la validez de los supuestos clásicos del modelo de datos de panel. Las pruebas diagnósticas revelan heterocedasticidad en ambos modelos y autocorrelación serial en el modelo de pobreza, lo que significa que los errores no se adhieren a las suposiciones de varianza constante o independencia temporal (ver tablas 2 y 3). Aquí, los problemas pueden no conducir a estimaciones sesgadas en los estimadores de efectos fijos, pero sí afectan la eficiencia de los estimadores y la validez de la inferencia estadística.

Dado que las pruebas diagnósticas del modelo de desigualdad con efectos fijos evidenciaron la presencia de heterocedasticidad entre países, se reestimó la especificación utilizando Errores Estándar Corregidos para Panel (PCSE). Esta corrección permite obtener inferencias estadísticamente consistentes, manteniendo inalterados los coeficientes estimados, y asegura una mayor robustez de los resultados del modelo.

Tabla 6

Modelo de efectos fijos con errores estándar corregidos - Desigualdad

Variable	Coefficientes	Error Estándar	Valor p
Gasto público en salud	-1,844	0,223	0,000
Log PIB per cápita	0,420	0,782	0,000
Desempleo	0,728	0,102	0,000
Población urbana	0,063	0,024	0,009
Educación	-0,126	0,051	0,013

Servicios básicos	-0,132	0,048	0,006
Constante	60,999	3,251	0,000
R2			0,6030
Prob > chi2			0,000

Nota. Elaboración propia con el software STATA.

Los resultados del modelo muestran que (*ceteris\ paribus*) con un incremento de un punto porcentual en el gasto público en salud como porcentaje del PIB, hay en promedio una disminución de 1.84 puntos en el índice de Gini. Esto se refleja en los resultados del modelo ya que el gasto público en salud tiene un coeficiente negativo y estadísticamente significativo.

El coeficiente convertido en logaritmo del PIB per cápita es positivo y tiene importancia estadística. Esto implica que, tras considerar las particularidades individuales no observables de cada nación, se prevé que un incremento en el ingreso medio incremente la desigualdad en los ingresos. El coeficiente de la tasa de desempleo tiene un valor positivo y es estadísticamente importante. Esto quiere decir que si la tasa de desempleo se incrementa en 1 punto porcentual, el índice de Gini lo hará en 0,73 puntos. Los hallazgos del modelo sugieren que hay una correlación positiva entre la desigualdad de ingresos y la urbanización, que es estadísticamente significativa.

Por otro lado, las variables educación y servicios básicos tienen coeficientes negativos que son estadísticamente significativos. Específicamente, un aumento de una unidad en el índice de educación corresponde a una disminución de 0.13 en el coeficiente de Gini, y un aumento de una unidad en el índice de servicios básicos corresponde a una disminución de 0.13 en la desigualdad.

Considerando que las pruebas de diagnóstico del modelo de pobreza de efectos fijos indicaron heteroscedasticidad y correlación serial, la especificación fue reestimada usando Errores Estándar Corregidos de Panel (PCSE) con una estructura autorregresiva de primer orden AR (1). Este ajuste proporciona una base adecuada para inferencias estadísticamente consistentes.

Tabla 7

Modelo de efectos fijos con errores estándar corregidos - Pobreza

Variable	Coefficientes	Error Estándar	Valor p
Gasto público en salud	-0,391	0,102	0,000
Log PIB per cápita	-0,024	0,035	0,496
Desempleo	0,263	0,043	0,000
Población urbana	-0,007	0,011	0,506
Educación	0,020	0,023	0,385
Servicios básicos	-0,159	0,023	0,000
Constante	15,957	1,464	0,000

R2	0,5119
Prob > chi2	0,000
rho	0,595

Nota. Elaboración propia con el software STATA.

En el modelo de pobreza, el gasto público en salud presenta un coeficiente negativo y estadísticamente significativo, indicando que un incremento de un punto porcentual en el gasto público en salud se asocia con una reducción promedio de 0,39 puntos porcentuales en la brecha de pobreza.

El aumento del desempleo empeora los déficits de ingresos entre los hogares pobres. Esto se debe a que hay una relación positiva y estadísticamente significativa entre la tasa de desempleo y la brecha de pobreza, diciendo que un uno por ciento y un 0.26 por ciento, respectivamente.

De la misma manera, el índice de accesibilidad a servicios básicos positivo muestra una relación negativa estadísticamente significativa, lo que significa que cuanto mayores son los servicios básicos, más superficial es la pobreza.

Por el contrario, el PIB per cápita, la población urbana y la educación no resultan estadísticamente significativos en este modelo, lo que sugiere que, una vez controlados los efectos fijos y la dependencia temporal, estas variables no presentan una asociación estadísticamente robusta con la brecha de pobreza durante el período analizado.

4.2. Discusión

El resultado más robusto del estudio es la relación negativa y estadísticamente significativa entre el gasto público en salud y la desigualdad del ingreso, consistente en todas las especificaciones relevantes. En el modelo de efectos fijos con errores estándar corregidos (PCSE), un incremento de un punto porcentual en el gasto público sanitario como proporción del PIB se asocia con una reducción promedio de 1,84 puntos en el coeficiente de Gini, manteniendo constantes el resto de los factores. La magnitud del coeficiente, así como su alta significancia estadística, sugieren un efecto redistributivo económicamente relevante y no meramente marginal.

Este descubrimiento es consistente con la literatura sobre incidencia fiscal que define el gasto en salud como un beneficio en especie que aumenta el ingreso extendido de las familias, especialmente la de aquellas situadas en los deciles más bajos de la distribución (Rossignolo, 2016; Spadaro et al., 2013). Desde el punto de vista de la economía del bienestar, el gasto público en salud tiene a la vez un papel distributivo y uno de asignación, ya que permite que todos accedan a un bien fundamental y disminuye las disparidades relacionadas con la capacidad de pago, acorde con la perspectiva pigouviana de corrección de fallas y externalidades del mercado (Buchanan y Musgrave, 1960).

Las especificaciones para efectos aleatorios y efectos fijos son bastante diferentes, y esto arroja más luz sobre estos hallazgos. En este caso, la prueba de Hausman indica que el modelo de efectos aleatorios no puede ser válido para la desigualdad, porque los modelos de efectos aleatorios son sesgados debido a que las características no observadas específicas del país están correlacionadas con los regresores. El modelo de efectos fijos muestra una correlación intraclase muy alta ($\rho=0.8480$), lo que significa que la desigualdad está determinada por factores estructurales que son persistentes, que son la organización del mercado laboral, el diseño del sistema institucional de protección social y productiva, que puede ser contrarrestado parcialmente por un aumento en el gasto en atención médica, pero no desaparecerá por completo.

Por otra parte, el coeficiente positivo referente al PIB per cápita en el modelo PCSE (0.420) apoya la teoría de que el crecimiento económico, sin políticas redistributivas que sean efectivas, lleva a una mayor desigualdad, un fenómeno que ha sido ampliamente documentado en América Latina (Alvaredo et al., 2025). También refuerza la teoría de que gastar dinero público en atención médica sirve para compensar el impacto distributivo negativo del crecimiento económico, pero no sustituye a las políticas de redistribución directa.

En lo que se refiere a la pobreza, a diferencia de la desigualdad, la relación de las variables asociadas es más inconsistente y tiende a depender de la especificación que se esté considerando. Por tanto, en el modelo clásico de efectos fijos, donde el coeficiente para el gasto en salud pública es etiquetado de insignificante, se puede decir que, a corto plazo, el gasto en el sector sanitario no reduce la brecha de la pobreza monetaria. Al contrario, una vez corregida la heterocedasticidad y la autocorrelación, a partir del modelo PCSE el coeficiente es negativo y también estadísticamente significativo; por lo que un aumento de un punto porcentual en el gasto público en salud comportará una reducción de la pobreza monetaria en cerca de 0,39 puntos.

La discrepancia en especificaciones aquí no ha de ser tomada como inconsistencia de la iteración del modelo; al contrario, es un soporte creciente para mantener lo dicho sobre la asociación entre las sumas gastadas en la atención médica y la pobreza, más sensible con aspectos de eficiencia, temporalidad y mediación estructural. La pobreza medida en términos de dinero, a diferencia de la desigualdad, está más marcada por los ingresos del hogar en ese momento; por tanto, los efectos de la suma gastada en salud a través de gastos de bolsillo (aumentar el tamaño del gasto para evitar choques de salud catastróficos), así como por el aumento de la productividad de trabajo, pueden rápidamente ser más notorios.

Estos hallazgos son consistentes con la investigación existente que ha documentado una amplia gama de efectos del gasto en atención médica sobre la pobreza. La investigación para América Latina identifica grandes efectos de alivio de la pobreza, pero solo bajo algunos escenarios institucionales específicos (Huaylupo Bardález et al., 2025). Otra investigación advierte que, en entornos de baja eficiencia y mala gobernanza, el aumento del gasto no conduce a mejoras distributivas y puede ser incluso contraproducente (Dlamini y Mbonigaba, 2024; Voto

et al., 2025). Otra investigación advierte que, en entornos de baja eficiencia y mala gobernanza, el aumento del gasto no conduce a mejoras distributivas y puede ser incluso contraproducente.

Los resultados corroboran que tanto el trabajo y el acceso a los servicios básicos sirven para diferenciar tanto la pobreza como la desigualdad. En todos los modelos se asigna un coeficiente positivo y sumamente significativo al desempleo, de este modo, en la mejora de las disparidades en el mercado de trabajo, aún bajo un incremento del gasto social, son enfatizadas. Este resultado se puede localizar en la literatura que positúa el papel del trabajo de una forma más potente en la pobreza en los países en desarrollo.

Por el contrario, los coeficientes negativos y significativos de los índices de educación y servicios básicos refuerzan la hipótesis de complementariedad entre el gasto sanitario y otras dimensiones del capital humano. El gasto en salud parece ser más efectivo cuando se inserta en un paquete integral de políticas sociales, capaz de atacar simultáneamente las múltiples privaciones.

Tabla 8

Contrastación empírica de los resultados con la evidencia previa

Variable / Relación Analizada	Resultados del Estudio	Evidencia Previa	Comparación con la literatura
Gasto Público en Salud y Desigualdad (Gini)	Relación negativa y altamente significativa. Reduce sustancialmente la desigualdad.	Spadaro et al. (2013) y Rossignolo (2016) demuestran que el gasto en salud es marcadamente progresivo y reduce el Gini al actuar sobre el ingreso extendido.	Confirma empíricamente que invertir en salud pública redistribuye el ingreso y reduce la desigualdad en la región.
Gasto Público en Salud y Pobreza Monetaria	Relación negativa significativa solo al corregir errores. Sugiere un impacto indirecto.	Huaylupo Bardález et al. (2025) hallan un efecto reductor. Sin embargo, Dlamini y Mbonigaba (2024) y Voto et al. (2025) advierten que, sin eficiencia, puede no reducir la pobreza.	Sostiene la firme creencia de los autores de que el gasto en salud no reducirá la pobreza si persisten las ineficiencias o disfunciones estructurales.
PIB per cápita vs. Equidad	Correlación positiva con la desigualdad y no con la pobreza.	Alvaredo et al. (2025) y Biggs et al. (2010) advierten que el crecimiento dentro de la región ocurre junto con altas concentraciones de ingresos.	Subraya que el crecimiento económico no disminuirá las disparidades sin medidas redistributivas del Estado.

Desempleo	Correlación positiva y muy significativa. Exacerba tanto la desigualdad como la pobreza.	La literatura sobre trabajo y desarrollo destaca la singularidad del papel del empleo como el factor más importante para aliviar la pobreza.	Reitera que los beneficios del gasto social se ven contrarrestados por el deterioro del mercado de trabajo.
Educación y Servicios Básicos	Correlación negativa y significativa. Los avances en estos índices amplían las brechas distributivas y la pobreza.	Reynoso González y De León Arias (2021) y Grossman sostienen que los determinantes sociales trabajan de manera sinérgica y mejoran los ingresos.	Ilustra que la salud, la educación y otros servicios básicos están interrelacionados y deben ser proporcionados de manera integrada.

Nota. Elaboración propia con base en los resultados econométricos y la revisión de literatura.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

El gasto público sanitario tiene un efecto redistributivo significativo sobre la desigualdad del ingreso en América Latina, evidenciado por la relación negativa y estadísticamente significativa entre el gasto público en salud y el coeficiente de Gini en ambos modelos econométricos estimados. Más específicamente, el modelo de efectos fijos con errores estándar robustos sugiere que un aumento del gasto relacionado con la salud como proporción del PIB conduce a una caída significativa de la desigualdad, reforzando el gasto en salud como una herramienta redistributiva indirecta en contextos con altas desigualdades estructurales.

El efecto del gasto público en salud sobre la pobreza monetaria es más débil y menos cierto, por lo tanto, el gasto en esta área es por sí mismo un mecanismo insuficiente para reducir la pobreza de manera sostenible y considerable. El efecto capturado por el modelo con corrección de errores estándar, y que es estadísticamente significativo, demuestra que el efecto depende críticamente del modelado econométrico y del contexto estructural del país individual, lo cual está en línea con la naturaleza multiforme contextual de la pobreza.

Los efectos no observados del país capturados por el modelo de efectos fijos muestran la persistencia de una estructura, como la configuración del sistema de salud, el potencial redistributivo del gasto público en salud. El alto valor del parámetro rho indica altos niveles de pobreza e inequidad que responden bastante fuertemente a factores crónicos y persistentes, lo que es una evidente limitación en la influencia de políticas puramente sectoriales.

La relación positiva que existe entre el crecimiento económico y la desigualdad, representada por el crecimiento del PIB per cápita, nos dice que, de hecho, el ingreso promedio y la desigualdad están directamente asociados. Asimismo, revela la existencia de que, fértiles o

no, los mecanismos redistributivos del crecimiento, la concentración inevitable del ingreso irá en aumento incluso en épocas de crecimiento económico.

Por otra parte, otros de los determinantes estructurales, como el desempleo, la educación o la accesibilidad a los servicios básicos influyen en la desigualdad como resultado. Los determinantes estructurales demuestran los efectos positivos del gasto público en salud como un colaborador más eficiente que otras políticas sociales.

Entonces, la articulación de las políticas sanitaria, laboral, educativa expresan el marco más apropiado para reducir la desigualdad y la pobreza. Algunas de las hipótesis de la investigación tienen el respaldo de la evidencia; no obstante, existen límites en las posibles consecuencias del gasto público en salud respecto la reducción de la pobreza y la desigualdad, la reducción negativa en la pobreza deja ver la efectividad decrecida del gasto en salud para resolver los problemas económicos.

5.2. Recomendaciones

Fortalecer el gasto público sanitario con enfoque redistributivo, priorizando la asignación de recursos hacia servicios de atención primaria, prevención y cobertura universal, dado que estos componentes son los que generan mayores efectos indirectos sobre la desigualdad del ingreso.

Complementar el gasto sanitario con políticas laborales y de protección social, especialmente aquellas orientadas a la reducción del desempleo y la informalidad, ya que los resultados muestran que estas variables influyen de manera significativa tanto en la desigualdad como en la pobreza.

La expansión continua de los sistemas de seguro de salud público para cubrir más servicios reducirá el gasto de bolsillo en salud y las crisis financieras relacionadas con la salud entre los hogares, reduciendo así la pobreza.

Mejorar la calidad de las instituciones y la eficiencia del gasto público es importante. Tanto la cantidad del gasto en salud como la capacidad del estado para asignar y gestionar los recursos de manera equitativa y eficiente determinan el efecto redistributivo del gasto en salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Altimir, O. (1978, septiembre 22). *La dimensión de la pobreza en America Latina*. CEPAL. <https://hdl.handle.net/11362/32250>
- Alvaredo, F., Bourguignon, F., Ferreira, F. H. G., y Lustig, N. (2025). Inequality bands: Seventy-five years of measuring income inequality in Latin America. *Oxford Open Economics*, 4(Supplement_1), i9–i35. <https://doi.org/10.1093/ooec/odae018>
- Álvarez Gálvez, J., y Jaime Castillo, A. M. (2018). The impact of social expenditure on health inequalities in Europe. *Social Science y Medicine*, 200, 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.01.006>
- Atun, R., De Andrade, L. O. M., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., Garcia, P., Gómez-Dantés, O., Knaul, F. M., Muntaner, C., De Paula, J. B., Rígoli, F., Serrate, P. C.-F., y Wagstaff, A. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*, 385(9974), 1230–1247. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9)
- Autor, D. (2014). Skills, education, and the rise of earnings inequality among the “other 99 percent”. *Science*, 344(6186), 843–851. <https://doi.org/10.1126/science.1251868>
- Banco Mundial. (2025a). *Brecha de pobreza a \$3,00 por día (2021 PPA) (%) | Data*. Banco Mundial. Brecha de pobreza a \$3,00 por día (2021 PPA) (%). <https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GAPS>
- Banco Mundial. (2025b). *Índice de Gini | Data*. Banco Mundial. Índice de Gini. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI>
- Banco Mundial. (2025c). *WDI Quarterly Update: December 2025*. The World Bank. <https://datawrapper.dwcdn.net/AU8f4/2/>
- Becker, G. (1975). Front matter, Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education. En *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education, Second Edition*. NBER. <https://www.nber.org/books-and-chapters/human-capital-theoretical-and-empirical-analysis-special-reference-education-second-edition/front-matter-human-capital-theoretical-and-empirical-analysis-special-reference-education>
- Biggs, B., King, L., Basu, S., y Stuckler, D. (2010). Is wealthier always healthier? The impact of national income level, inequality, and poverty on public health in Latin America. *Social Science y Medicine*, 71(2), 266–273. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.002>
- Buchanan, J. M., y Musgrave, R. A. (1960). The Theory of Public Finance. *Southern Economic Journal*, 26(3), 234. <https://doi.org/10.2307/1054956>

- Cammeraat, E. (2020). The relationship between different social expenditure schemes and poverty, inequality and economic growth. *International Social Security Review*, 73(2), 101–123. <https://doi.org/10.1111/issr.12236>
- CEPAL. (2025). *Estadísticas e indicadores—CEPALSTAT Portal de Datos y Publicaciones Estadísticas*. CEPAL. Gasto en salud como porcentaje del producto interno bruto. https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?indicator_id=55yarea_id=410ylang=es
- CEPALSTAT. (2025). *Estadísticas e indicadores—CEPALSTAT Portal de Datos y Publicaciones Estadísticas*. https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?indicator_id=3289yarea_id=2548ylang=es
- Coaquira Vargas, M. V., y Vilca Colquehuanca, G. L. (2023). Efecto del gasto público en salud sobre la pobreza en las provincias del Perú. *Revista Científica de la UCSA*, 10(3), 80–94. <https://doi.org/10.18004/ucsa/2409-8752/2023.010.03.080>
- de Bialostozky, C. J. (1971). Conceptos Y Definiciones En Relación Con El Empleo, El Desempleo Y El Subempleo. *Demografía y economía*, 5(3), 269–286. <https://www.jstor.org/stable/40601936>
- Dlamini, M., y Mbonigaba, J. (2024). The impact of regional poverty on public health expenditure efficacy across South Africa’s provinces: Investigating the influence of historical economic factors on health. *Frontiers in Public Health*, 12, 1442304. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1442304>
- Dmytraczenko, T., y Almeida, G. (2017). *Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en América Latina y el Caribe: Evidencia de países seleccionados* (Vol. 1). World Bank Publications. https://books.google.com.ec/books?hl=esylr=yid=0qs-DwAAQBAJyoi=fndypg=PP6ydyq=Hacia+la+cobertura+universal++en+salud+y+la+equidad+en+América+Latina+y+el+Caribe+Evidencia+de+países+seleccionadosyots=LwPue3telzysig=uZI3fsAqkYPUwYReAjIT9W_ghTUyredir_esc=y#v=onepageyqyf=false
- Fields, G. S. (2011). Labor market analysis for developing countries. *Labour Economics*, 18, S16–S22. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2011.09.005>
- GHED. (2025). *Global Health Expenditure Database*. <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/es>
- Gilardino, R. E., Valanzasca, P., y Rifkin, S. B. (2022). Has Latin America achieved universal health coverage yet? Lessons from four countries. *Archives of Public Health*, 80(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00793-7>

- Giménez Caballero, E., Flores, L., Rodríguez, J. C., Amarilla, M., Britez, A., y Peralta, N. (2021). Asociación entre gastos de bolsillo de salud y pobreza utilizando datos de la Encuesta Permanente de Hogares en Paraguay en el 2014. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 19(1), 18–30. <https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2021.019.01.18>
- Gupta, S., Verhoeven, M., y Tiongson, E. (2003). Public spending on health care and the poor. *Health Economics*, 12(8), 685–696. <https://doi.org/10.1002/hec.759>
- Heckman, J. J., y Mosso, S. (2014). The Economics of Human Development and Social Mobility. *Annual Review of Economics*, 6(1), 689–733. <https://doi.org/10.1146/annurev-economics-080213-040753>
- Henderson, J. V. (2010). Cities and Development. *Journal of Regional Science*, 50(1), 515–540. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9787.2009.00636.x>
- Huaylupo Bardález, A. P., Matos Pacheco, F. A., y Uribe Aliaga, C. E. (2025). Determinantes de la pobreza multidimensional y monetaria en América Latina. *Desafíos: Economía y Empresa*, (006), 145–172. <https://doi.org/10.26439/ddee2025.n6.7134>
- Ige Carranza, M. (2025). *La relación entre gasto público en salud y crecimiento económico en el Perú: Síntesis crítica de la literatura*. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.15588505>
- Legatum. (2023). *The 2023 Legatum Prosperity Index Overview*. The Legatum Institute Foundation. https://docs.prosperity.com/7116/7757/0247/The_2023_Legatum_Pro Prosperity_Overview_report.pdf
- López I Casanovas, G. (2017). Crisis económica, gasto sanitario y desigualdades en salud. Reflexiones desde la Economía de la Salud. *Revista Icade. Revista de las Facultades de Derecho y Ciencias Económicas y Empresariales*, 0(99), 17. <https://doi.org/10.14422/icade.i99.y2016.001>
- Love Koh, J., Cookson, R., Claxton, K., y Griffin, S. (2020). Estimating Social Variation in the Health Effects of Changes in Health Care Expenditure. *Medical Decision Making*, 40(2), 170–182. <https://doi.org/10.1177/0272989X20904360>
- Maldonado, L., y Olivo, V. (2022). *Is Venezuela Still an Upper-Middle-Income Country? Estimating the GNI per Capita for 2015–2021*. Inter-American Development Bank. <https://doi.org/10.18235/0004612>
- Martínez, J. (2010). EL PIB (per cápita) COMO INDICADOR DE SOSTENIBILIDAD. *Boletín de Estudios Económicos*, 65(200), 283–308. ProQuest Central (1348843746). <https://www.proquest.com/scholarly-journals/el-pib-per-cápita-como-indicador-de/docview/1348843746/se-2?accountid=36757>

- Medina, F. (2001). *Consideraciones sobre el índice de Gini para medir la concentración del ingreso*. Cepal. <https://repositorio.cepal.org/entities/publication/41ee26cc-c8af-4d88-a3f1-5bf841068b8a>
- Miranda Lescano, R., Muinelo Gallo, L., y Roca Sagalés, O. (2023). Human development and decentralization: The importance of public health expenditure. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 94(1), 191–219. <https://doi.org/10.1111/apce.12373>
- OMS. (2025). *Indicator Metadata Registry Details*. World Health Organization. <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/122>
- Ospina, M. (2010). The effect of social spending on income inequality: An analysis for Latin American countries. *Universidad EAFIT*, 29. <https://hdl.handle.net/10784/573>
- Pascual Sáez, M., y Cantarero Prieto, D. (2020). Entendiendo la Economía de la Salud: Una revisión de los estudios sobre eficiencia, equidad y desigualdades. *Studies of Applied Economics*, 31(2), 281–302. <https://doi.org/10.25115/eea.v31i2.3283>
- Peña Sánchez, A. R., Ruiz Chico, J., y Jiménez García, M. (2021). Dynamics of Public Spending on Health and Socio-Economic Development in the European Union: An Analysis from the Perspective of the Sustainable Development Goals. *Healthcare*, 9(3), 353. <https://doi.org/10.3390/healthcare9030353>
- Pitombeira, D. F., y Oliveira, L. C. D. (2020). Pobreza e desigualdades sociais: Tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. *Ciência y Saúde Coletiva*, 25(5), 1699–1708. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33972019>
- Prüss Ustün, A., Wolf, J., Bartram, J., Clasen, T., Cumming, O., Freeman, M. C., Gordon, B., Hunter, P. R., Medlicott, K., y Johnston, R. (2019). Burden of disease from inadequate water, sanitation and hygiene for selected adverse health outcomes: An updated analysis with a focus on low- and middle-income countries. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 222(5), 765–777. <https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2019.05.004>
- Reynoso González, J. J. L., y De León Arias, A. (2021). CRECIMIENTO ECONÓMICO Y GASTO PÚBLICO EN SALUD SEGÚN POBLACIÓN OBJETIVO EN MÉXICO. *Ensayos Revista de Economía*, 40(1). <https://doi.org/10.29105/ensayos40.1-4>
- Rossignolo, D. (2016). El impacto de los impuestos y gastos sobre la pobreza y la distribución de ingresos en Argentina y algunas simulaciones de políticas. *Revista de Economía y Estadística*, 54(1), 13–58. <https://doi.org/10.55444/2451.7321.2016.v54.n1.19428>
- Rubio, A. (1958). POBLACIÓN RURAL Y URBANA: PROBLEMAS DE DEFINICIÓN: (Nota para la Dirección de Estadística y Censo. Controloría General de la República. Panamá). *Revista Geográfica*, 22(48), 161–165. <https://www.jstor.org/stable/40996482>

- Sáenz Vela, H. M., y Guzmán Giraldo, Á. M. (2021). Determinantes del gasto de los hogares en salud en México. *Problemas del Desarrollo. Revista Latinoamericana de Economía*, 52(205). <https://doi.org/10.22201/iiec.20078951e.2021.205.69644>
- Silva Peñaherrera, M., Lopez Ruiz, M., Merino Salazar, P., Gómez García, A. R., y Benavides, F. G. (2020). Health inequity in workers of Latin America and the Caribbean. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 109. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01228-x>
- Sirag, A., y Mohamed Nor, N. (2021). Out-of-Pocket Health Expenditure and Poverty: Evidence from a Dynamic Panel Threshold Analysis. *Healthcare*, 9(5), 536. <https://doi.org/10.3390/healthcare9050536>
- Spadaro, A., Mangiavacchi, L., Moral Arce, I., Adiego Estella, M., y Blanco Moreno, A. (2013). Evaluating the redistributive impact of public health expenditure using an insurance value approach. *The European Journal of Health Economics*, 14(5), 775–787. <https://doi.org/10.1007/s10198-012-0423-6>
- Voto, T. P., Voto, B. E., y Ngepah, N. (2025). The Impact of Out-of-Pocket Health Expenditure and Public Health Expenditure on Poverty in Sub-Saharan Africa. *Economies*, 13(5), 134. <https://doi.org/10.3390/economies13050134>