

2013

Documento informativo



Panorama Social

da América Latina

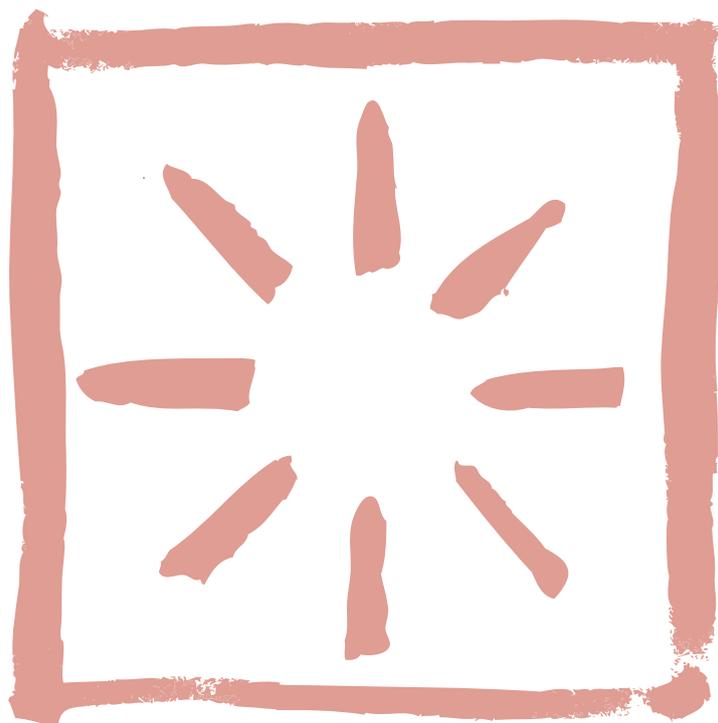


NAÇÕES UNIDAS

CEPAL

2013

Documento informativo



Panorama Social

da América Latina



NAÇÕES UNIDAS

CEPAL

Alicia Bárcena

Secretária Executiva

Antonio Prado

Secretário Executivo Adjunto

Martín Hopenhayn

Diretor da Divisão de Desenvolvimento Social

Pascual Gerstenfeld

Diretor da Divisão de Estatística

Dirk Jaspers_Faijer

Diretor do Centro Latino-Americano e Caribenho de Demografia (CELADE)-
Divisão de População da CEPAL

Diane Quarless

Diretora da sede sub-regional da CEPAL para o Caribe

Ricardo Pérez

Divisão de Publicações e Serviços Web

O *Panorama Social da América Latina* é preparado anualmente pela Divisão de Desenvolvimento Social e a Divisão de Estatísticas da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), dirigidas por Martín Hopenhayn e Pascual Gerstenfeld, respectivamente, e conta com a participação do Centro Latino-Americano e Caribenho de Demografia (CELADE)-Divisão de População da CEPAL, dirigido por Dirk Jaspers. Nesta edição se contou, ademais, com a colaboração da sede sub-regional da CEPAL para o Caribe.

A edição 2013 foi coordenada por Martín Hopenhayn, Ana Sojo e Xavier Mancero, quem junto com Ernesto Espíndola, María Nieves Rico, Guillermo Sunkel e Pablo Villatoro se encarregaram de sua redação. Na elaboração de insumos substantivos e no processamento estatístico colaboraram Verónica Amarante, María de la Luz Avendaño, Fabiola Fernández, Nincen Figueroa, Álvaro Fuentes, Marco Galván, Carlos Howes, Francis Jones, Tim Miller, Paulo Saad, Alejandra Silva, Vivian Milosavljevic e Natalia Yañez.

Notas explicativas

Três pontos (...) indicam que os dados faltam, não constam por separado ou não estão disponíveis.

Dois traços e um ponto (-.-) indicam que o tamanho da amostra é insuficiente para estimar a categoria respectiva com confiabilidade e precisão adequadas.

O traço (-) indica que a quantidade é nula ou desprezível.

Um espaço em branco em um quadro indica que o conceito de que se trata não é aplicável ou não é comparável.

Um sinal menos (-) indica déficit ou diminuição, salvo que se especifique em forma diferente.

Um hífen (-) colocado entre cifras que expressem anos (por exemplo, 1990-1998) indica que se trata de todo o período considerado, incluindo ambos os anos.

A barra (/) posta entre cifras que expressem anos (por exemplo, 2003/2005) indica que a informação corresponde a algum desses anos.

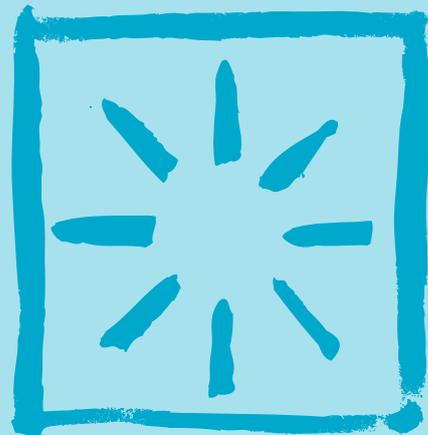
A palavra "dólares" refere-se a dólares dos Estados Unidos, salvo indicação contrária.

Devido a que às vezes as cifras são arredondadas, os dados parciais e as porcentagens apresentadas nos quadros nem sempre somam o total correspondente.

Índice

Síntese	5	
Apresentação	7	
I. A pobreza vista por distintas óticas	11	
A. Análise da pobreza por renda	11	
B. Análise multidimensional da pobreza	13	
C. Distribuição da renda	16	
II. A pobreza infantil na América Latina e no Caribe: perspectiva multidimensional e com enfoque de direitos	19	
A. Enfoque de direitos e medição multidimensional da pobreza na infância	19	
B. Evolução dos níveis de privação por dimensões na América Latina e em alguns países do Caribe	21	
III. Dimensões omitidas do bem-estar: espaço, tempo e convivência	25	
A. O espaço: problemas ambientais nas cidades	26	
B. O tempo: tempo disponível, trabalho remunerado e trabalho não remunerado.....	27	
C. A convivência: altos níveis de violência na América Latina	28	
IV. A proteção social na América Latina: uma vista atualizada da filiação aos sistemas de saúde e de pensões	31	
A. Uma primeira vista à cobertura.....	32	
B. Alguns aspectos da filiação aos sistemas de saúde nos países	33	
C. Alguns aspectos da filiação aos sistemas de pensões nos países.....	34	
D. Determinantes da filiação dos trabalhadores aos sistemas de pensões: uma análise multivariada.....	36	
E. O acesso efetivo a pensões e seus níveis.....	36	
V. Tendências recentes do gasto social e considerações econômicas, sociais e demográficas sobre o gasto em saúde	39	
A. O gasto público social na América Latina e no Caribe.....	39	
B. Evolução do gasto público em saúde	40	
C. O gasto do próprio bolso em saúde e seus efeitos no bem-estar	42	
D. Envelhecimento da população e trajetória futura do gasto em saúde.....	43	
Bibliografia	44	
Quadros		
Quadro 1	América Latina (18 países): pessoas em situação de pobreza e de indigência, ao redor de 2005, de 2011 e em 2012.....	13
Quadro 2	Dimensões, indicadores de carências e ponderações para a medição da pobreza com base em indicadores clássicos de necessidades básicas insatisfeitas.....	14
Quadro 3	América Latina (18 países): distribuição da renda dos domicílios, por quintis extremos, ao redor de 2002 e de 2012	16
Quadro 4	Caribe (8 países): incidência da pobreza infantil total e extrema.....	22
Gráficos		
Gráfico 1	América Latina: evolução da pobreza e da indigência, 1980-2013	12
Gráfico 2	América Latina (17 países): índice da nova apuração (H) e intensidade (A), 2011	14
Gráfico 3	América Latina (15 países): aporte relativo de dimensões selecionadas para a pobreza, por grupos de países, 2011	15
Gráfico 4	América Latina (15 países): variação anual do índice de Gini, 2002-2008 e 2008-2012	17
Gráfico 5	América Latina (17 países): incidência da extrema pobreza e da pobreza infantil total, e porcentagem de crianças em domicílios indigentes ou pobres (segundo o método da renda), ao redor de 2011	20

Gráfico 6	América Latina (14 países): mudanças na distribuição acumulada do número de privações graves e do número total de privações, 2000 e 2011.....	21
Gráfico 7	América Latina (14 países): evolução das privações graves e do total de privações nas dimensões constitutivas da pobreza infantil, ao redor de 2000 e 2011	22
Gráfico 8	América Latina e Caribe (cidades selecionadas): média anual de material particulado (PM10), ao redor de 2008-2009	26
Gráfico 9	América Latina (18 países): jornada laboral da população ocupada de 15 anos ou mais, ao redor de 2002 e de 2011	27
Gráfico 10	América Latina (países selecionados): tempo destinado pela população ocupada ao trabalho remunerado e ao trabalho não remunerado e tempo livre	28
Gráfico 11	América Latina e Caribe (15 países): taxa bruta de homicídios por cada 100.000 habitantes, 2008-2011	29
Gráfico 12	América Latina (16 países): filiação a sistemas de saúde dos assalariados de 15 anos ou mais, ao redor de 2002 e de 2011	34
Gráfico 13	América Latina (17 países): filiação a sistemas de pensões dos assalariados de 15 anos ou mais, ao redor de 2002 e de 2011	35
Gráfico 14	América Latina (16 países): pessoas de 65 anos ou mais que recebem pensões, tanto contributivas como não contributivas, e montante médio das pensões mensais, por sexo, ao redor de 2011.....	37
Gráfico 15	América Latina e Caribe (21 países): evolução da participação do gasto social no gasto público total e do gasto público total no PIB, 1990-1991 a 2010-2011.....	40
Gráfico 16	América Latina e Caribe (21 países): evolução do gasto público em saúde como porcentagem do PIB, do gasto público total e do gasto público social	41
Gráfico 17	América Latina e Caribe (21 países): evolução do gasto per capita em saúde, 1990-2011.....	41
Gráfico 18	América Latina (18 países): incidência da pobreza em domicílios com e sem gasto do próprio bolso em saúde	42
Gráfico 19	América Latina e Europa (países selecionados): projeção da proporção da população de 60 anos ou mais em relação ao total da população, 2010-2060.....	43
Gráfico 20	América Latina e Europa (países selecionados): projeção do gasto em saúde como proporção do PIB, 2015-2060	43



Síntese

Apresentação

- I. A pobreza vista por distintas óticas
- II. A pobreza infantil na América Latina e no Caribe: perspectiva multidimensional e com enfoque de direitos
- III. Dimensões omitidas do bem-estar: espaço, tempo e convivência
- IV. A proteção social na América Latina: uma vista atualizada da filiação aos sistemas de saúde e de pensões
- V. Tendências recentes do gasto social e considerações econômicas, sociais e demográficas sobre o gasto em saúde

Bibliografia

Apresentação

Nesta edição 2013 do *Panorama Social de América Latina* se apresentam as medições oficiais da CEPAL referentes à análise da pobreza por renda e se procura oferecer enfoques inovadores sobre pobreza e bem-estar, enfatizando enfoques multidimensionais, de caráter exploratório. Cabe esclarecer que estas análises, justamente por serem exploratórias, não são exaustivas. O critério para a sua incorporação responde à certeza de que, tanto no âmbito da política social e da avaliação do desenvolvimento social como das novas demandas dos cidadãos, emerge a necessidade de analisar, além da pobreza por renda, outros enfoques que proporcionem maiores matizes acerca do progresso e do atraso em matéria social e permitam uma formulação mais integral das políticas públicas

Como habitual, no capítulo I se apresentam as cifras atualizadas sobre pobreza e indigência na América Latina. Os dados de 2012 reafirmam a tendência à diminuição observada ao longo dos últimos dez anos, mesmo que o ritmo de redução da pobreza, e em particular da indigência, tenha se desacelerado em forma paulatina. No que diz respeito à distribuição da renda, embora em 2012 se incrementasse levemente o grau de concentração em alguns países, se corrobora a tendência à queda que vem se manifestando há alguns anos.

No capítulo I se abordam também outros enfoques para a medição multidimensional da pobreza. Em atenção ao crescente interesse manifestado pelos países da região acerca destas medidas e seu potencial para a análise das políticas públicas, se exploram conceitual e empiricamente diferentes dimensões, umbrais e formas de agregação, para avançar, ainda de forma exploratória, na construção de um índice de pobreza multidimensional pertinente e factível de ser aplicado na região.

A análise se efetua tomando por base um núcleo de indicadores não monetários de carências, utilizados tradicionalmente no método das necessidades básicas insatisfeitas, e se mostra os resultados obtidos para os distintos indicadores da pobreza multidimensional e sua evolução. Igualmente, se discute o vínculo da medição por carências com a medição por insuficiência de renda e se apresenta os resultados obtidos ao agregar uma medida monetária de privação ao núcleo básico de indicadores. Posteriormente, se explora a implementação empírica de uma definição mais ampla da pobreza, na qual se agregam dimensões relacionadas com carências em matéria de participação social e filiação institucional.

No capítulo II, para analisar a evolução da pobreza infantil se aplica um método de medição de privações múltiplas a partir de um enfoque de direitos. Esta opção, tomada no marco de um acordo entre a CEPAL e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), permitiu reconhecer as especificidades que assumem a pobreza e a extrema pobreza na infância e apela à análise de diversos níveis de privação material e de acesso a bens e serviços públicos que afetam direitos infantis básicos e que formam parte deste flagelo¹.

¹ Por tratar-se de um estudo conjunto da CEPAL e do UNICEF, se utiliza a definição de infância do UNICEF, que inclui a população de 0 a 17 anos de idade.

Esta medição se vincula com as medidas mais clássicas de indigência e pobreza por métodos monetários. Mede-se não só a extensão da pobreza infantil na América Latina e num conjunto de países do Caribe, tanto por renda como por privações, mas também se distinguem, para cada privação, níveis de intensidade que permitem diferenciar a pobreza da extrema pobreza entre crianças e adolescentes. No que se refere às privações, mostra-se as mudanças em sua intensidade, sua redução em diversas dimensões e seu peso relativo nos atuais níveis de pobreza. O uso dos sistemas de informação geográfica permite localizar a pobreza infantil e as privações, facilitando a formulação de políticas públicas em nível nacional e local.

No capítulo III se apresentam dimensões constitutivas do bem-estar a partir das quais é possível obter uma visão integrada e multidimensional e, nesse marco, se abordam três dimensões —espaço, tempo e convivência— que têm sido omitidas nas discussões sobre o bem-estar na América Latina.

Por exemplo, na dimensão espaço, um meio ambiente saudável é uma condição necessária para o bem-estar das pessoas. Nas últimas décadas, o meio ambiente na América Latina esteve submetido a impactos de distinto tipo e intensidade. A deterioração da qualidade do ar é uma das principais transformações nos entornos urbanos e fator de crescente mal-estar. Além disso, a exposição à poluição atmosférica urbana e, em especial, ao material particulado (PM10) constitui um grave risco para a saúde das pessoas e gera um aumento da taxa de mortalidade.

Quanto à dimensão tempo, o equilíbrio entre tempo laboral remunerado, tempo de trabalho doméstico não remunerado e tempo livre (ou tempo “não compulsório”) é outra condição necessária do bem-estar. Em média, a duração da jornada de trabalho na América Latina e no Caribe continua a ser demasiado extensa quando comparada com a maior parte dos países da União Europeia, e a grande maioria das mulheres continua arcando com grande parte da carga de trabalho do cuidado nas famílias, o que restringe muito mais seu tempo livre.

Também, no bem-estar, se aborda a dimensão convivência, que requer a presença de um relacionamento social positivo, democrático e isento de violência. Nisso, sem dúvida, um indicador crítico é a existência de uma alta taxa de homicídios na região, que expressa a presença de um elevado nível de violência na convivência pública. Complementarmente, persiste, nas famílias, um alto nível de violência doméstica contra mulheres e crianças.

No capítulo IV se apresenta para a América Latina, um panorama atualizado da cobertura da filiação à saúde e das pensões vinculadas ao mercado de trabalho e após a idade ativa.

De pontos de partida muito diferentes e em distintas magnitudes segundo os países, na região, a filiação à saúde e às pensões dos assalariados tem crescido, o que demonstra uma dinâmica positiva no mercado de trabalho. Não obstante, em alguns países continua sendo muito baixa e se encontra relativamente estagnada; e quanto mais baixa é a filiação média em um país, mais concentrada por renda está. Por um lado, há amplas brechas de acesso na filiação à proteção social por renda, nível educativo e tipo de ocupação. Por outro lado, as brechas de gênero se estreitaram no grupo de assalariados com melhor inserção laboral. Em geral, a filiação à saúde é superior à filiação às pensões. Ao longo do espectro laboral, a filiação é maior no setor público do que nas empresas privadas; nos países com os níveis de filiação mais baixos, a situação desvantajosa de trabalhadores das microempresas se acentua. Também, a filiação dos não assalariados revela uma situação de grandes desvantagens.

Em matéria de saúde, a filiação dos pensionistas mostra níveis altos nos 14 países em que pôde ser medida, mesmo naqueles em que a cobertura global da população está muito postergada. No entanto, nas pensões efetivas, a maioria dos 16 países analisados tem um contingente relativamente baixo de pessoas de 65 anos ou mais com acesso a pensões. Essa desigualdade na distribuição por renda é mais extrema nos países com as menores coberturas de pensionistas. Segundo o país, o valor das pensões em termos reais tem experimentado aumentos ou quedas, que variam por nível de renda. Por suas trajetórias laborais e disposições dos sistemas, as mulheres costumam ter pensões mais baixas.

No capítulo V se examinam as tendências recentes do gasto público social e do gasto público em saúde, bem como os efeitos do gasto do próprio bolso e do envelhecimento demográfico sobre os gastos em saúde.

Até 2011, o gasto público social seguia em aumento, tanto em montantes absolutos como em sua proporção no gasto público total e no produto interno bruto, embora com tendências diferentes segundo o país. Contudo, os novos dados sobre as execuções orçamentárias na área social indicam que em 2012 se iniciou um processo de contenção do aumento dos gastos sociais, a fim de reduzir os déficits fiscais registrados recentemente por muitos países da região. Mas esta redução relativa do ritmo de crescimento do gasto público social, também é consequência

da redução ou eliminação de programas de assistência social e de outras medidas aplicadas para enfrentar os efeitos da crise financeira internacional de 2008 e 2009 (transferências, programas públicos de emprego ou estímulos fiscais aos setores econômicos para favorecer a geração de emprego no setor privado).

O gasto público social em saúde mostra-se instável nos anos noventa, e se fortalece em paralelo com o conjunto do gasto público social na década de 2000. A crise financeira e seus efeitos nas economias não teriam golpeado significativamente o setor, embora seu crescimento no final da década passada e começo da presente tenham mostrado um ritmo bem mais pausado. Por outro lado, se avalia o gasto de recursos do próprio bolso em saúde, a participação da população pobre e não pobre neste gasto, e seus efeitos no bem-estar.

Outro elemento considerado neste capítulo é o impacto da transição demográfica e sua projeção a futuro sobre os custos da saúde. O acelerado envelhecimento da população, previsto para as próximas décadas, em muitos países da região deveria ocasionar um aumento considerável do gasto total em saúde, que incidiria em seu aumento relativo dentro do gasto social total e como proporção do PIB.

I. A pobreza vista por distintas óticas

No *Panorama Social de América Latina, 2013*, a pobreza se aborda de diversos pontos de vista e, sobretudo, com uma visão multidimensional. Tal perspectiva permite analisar de maneira mais pormenorizada não só a magnitude da pobreza, mas também sua intensidade e seus traços diferenciais em distintos grupos, além de orientar a formulação de políticas de superação da pobreza mais consistentes com políticas integrais em favor do bem-estar.

A. Análise da pobreza por renda

O produto por habitante da região da América Latina e do Caribe cresceu 4,5% em 2010, 3,2% em 2011 e apenas 1,9% em 2012, ano em que a economia mundial se deteriorou. Mas, apesar do crescimento moderado da economia, como resultado da geração de empregos, a taxa de ocupação aumentou, absorvendo o pequeno incremento da taxa de participação na atividade econômica, e permitiu que a taxa de desemprego diminuísse levemente, de 6,7% a 6,4%, situando-se no menor nível das últimas décadas (CEPAL/OIT, 2013). Em termos regionais, na maioria dos países com informação disponível se manteve ou se incrementou o poder aquisitivo dos salários médios, em concordância com os baixos níveis que apresentou a inflação, cuja média simples passou de 7,1% a 5,4% entre 2011 e 2012.

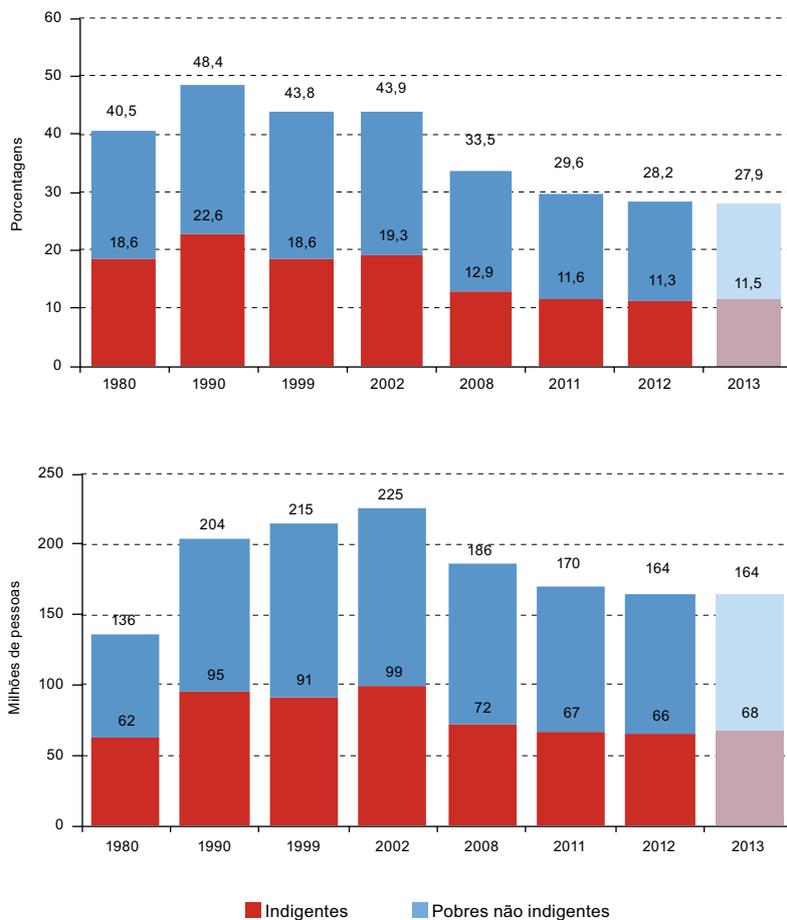
Neste contexto, em 2012, da população total da América Latina, 28,2% era pobre, enquanto a indigência, ou pobreza extrema, alcançava 11,3%. Isto significa que 164 milhões de pessoas são pobres, das quais 66 milhões são pobres extremos (veja o gráfico 1).

Em relação à taxa de pobreza de 2011 (29,6%), estas cifras representam uma diminuição de 1,4 pontos percentuais. A pobreza extrema se manteve sem variações apreciáveis, já que o valor observado em 2012 está apenas 0,3 pontos percentuais abaixo do de 2011 (11,6%). O número de pessoas pobres decresceu em aproximadamente 6 milhões em 2012, ao passo que o número de pessoas indigentes se manteve praticamente constante.

Praticamente sem exceções, a pobreza na região mostra uma queda acumulada que, em média, chega a 15,7 pontos percentuais desde 2002. A pobreza extrema também registra uma redução apreciável de 8,0 pontos percentuais, ainda que o ritmo de sua diminuição tenha se freado nos últimos anos. Com efeito, entre 2002 e 2007 o número de pessoas pobres se reduziu a uma taxa de 3,8% ao ano e o número de pessoas indigentes a um ritmo de 7,1% anual. Em contraste, no período 2007-2012, a velocidade com que se reduziu o número de pessoas com insuficiência de renda caiu para 2,5% anual, no caso da pobreza e para 0,9% anual, no caso da indigência.

Observando em forma individual os onze países que dispõem de informação para o ano de 2012, se adverte que em seis deles se registraram diminuições dos níveis de pobreza. A República Bolivariana da Venezuela apresentou a maior redução da pobreza, de 5,6 pontos percentuais (de 29,5% para 23,9%) e da pobreza extrema, de 2,0 pontos percentuais (de 11,7% para 9,7%). No Equador, a pobreza caiu 3,1 pontos percentuais (de 35,3% a 32,2%) e a indigência 0,9 pontos percentuais (de 13,8% a 12,9%). No Brasil, a pobreza diminuiu 2,3 pontos (de 20,9% a 18,6%), enquanto a pobreza extrema caía 0,7 pontos (de 6,1% a 5,4%). No Peru, se registrou uma queda de 2,0 pontos na taxa de pobreza (de 27,8% a 25,8%) e na Argentina e Colômbia a redução foi da algo superior a 1 ponto percentual. Nesses três últimos países, a pobreza extrema não apresentou variações apreciáveis em relação aos níveis de 2011.

Gráfico 1
América Latina: evolução da pobreza e da indigência, 1980-2013^a
(Em porcentagens e milhões de pessoas)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas de domicílios dos respectivos países.
^a Estimativa correspondente a 18 países da região mais Haiti. As cifras que aparecem sobre as seções superiores das barras representam a porcentagem e o número total de pessoas pobres (indigentes e pobres não indigentes). As cifras de 2013 correspondem a uma projeção.

Os níveis de pobreza na Costa Rica, El Salvador, República Dominicana e Uruguai, por sua vez, se mantiveram constantes em relação à anteriormente estimada. Na maioria destes países, a pobreza extrema tampouco registrou variações apreciáveis, exceto em El Salvador, onde diminuiu 3,2 pontos percentuais. Entre os países que dispõem de informação relativa a 2012, o México é o único em que os indicadores de pobreza aumentaram, mas com variações de pequena magnitude e que não são estatisticamente significativas (de 36,3% a 37,1% no caso da pobreza e de 13,3% a 14,2% no caso da pobreza extrema).

Embora a taxa de pobreza em nível regional seja o resultado da evolução observada em cada um dos países, as mudanças registradas nos países com maior população cumprem um papel preponderante. Assim, em 2012 tiveram um peso importante as quedas observadas no Brasil e na Venezuela (República Bolivariana da), que implicaram uma diminuição da ordem de 6 milhões no número de pessoas pobres, e o aumento observado no México, que significou que cerca de 1 milhão de pessoas adicionais fossem contabilizadas como pobres.

Para 2013 não se preveem mudanças apreciáveis nos níveis de pobreza e indigência da América Latina, dado que o crescimento do produto por habitante será similar ao de 2012 e não cabe esperar variações importantes no emprego ou na inflação.

Quadro 1
América Latina (18 países): pessoas em situação de pobreza e de indigência,
ao redor de 2005, de 2011 e em 2012
(Em porcentagens)

País	Ao redor de 2005			Ao redor de 2011			2012		
	Ano	Pobreza	Indigência	Ano	Pobreza	Indigência	Ano	Pobreza	Indigência
Argentina ^b	2005	30,6	11,9	2011	5,7	1,9	2012	4,3	1,7
Bolívia (Estado Plurinacional da)	2004	63,9	34,7	2009	42,4	22,4	...	...	...
Brasil	2005	36,4	10,7	2011	20,9	6,1	2012	18,6	5,4
Chile	2006	13,7	3,2	2011	11,0	3,1	...	...	...
Colômbia ^c	2005	45,2	13,9	2011	34,2	10,7	2012	32,9	10,4
Costa Rica ^d	2005	21,1	7,0	2011	18,8	7,3	2012	17,8	7,3
Ecuador	2005	48,3	21,2	2011	35,3	13,8	2012	32,2	12,9
El Salvador	2004	47,5	19,0	2010	46,6	16,7	2012	45,3	13,5
Guatemala	2006	54,8	29,1	...	...	...	...	...	...
Honduras	2006	71,5	49,3	2010	67,4	42,8	...	...	...
México	2006	31,7	8,7	2010	36,3	13,3	2012	37,1	14,2
Nicarágua	2005	61,9	31,9	2009	58,3	29,5	...	...	...
Panamá	2005	31,0	14,1	2011	25,3	12,4	...	...	...
Paraguai	2005	56,9	27,6	2011	49,6	28,0	...	...	...
Peru ^e	2003	52,5	21,4	2011	27,8	6,3	2012	25,8	6,0
República Dominicana	2005	47,5	24,6	2011	42,2	20,3	2012	41,2	20,9
Uruguai	2005 ^b	18,8	4,1	2011	6,5	1,1	2012	5,9	1,1
Venezuela (República Bolivariana da)	2005	37,1	15,9	2011	29,5	11,7	2012	23,9	9,7

Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas de domicílios dos respectivos países.

^a A CEPAL está efetuando um processo de atualização das estimativas de pobreza, cujos resultados estarão refletidos no *Panorama Social* de 2014.

^b Áreas urbanas.

^c Cifras do Departamento Administrativo Nacional de Estatística (DANE), da Colômbia.

^d As cifras de 2011 e 2012 não são estritamente comparáveis com as de anos anteriores.

^e Cifras do Instituto Nacional de Estatística e Informática (INEI), do Peru.

B. Análise multidimensional da pobreza

Nesta seção se aborda a medição da pobreza na América Latina de um ponto de vista multidimensional, com um caráter essencialmente exploratório e sem o propósito de apresentar uma medida definitiva de pobreza multidimensional na região, mas incorporando um enfoque que permite complementar a medição convencional. Mesmo que não se tenha chegado a consensos metodológicos sobre a medição multidimensional da pobreza no contexto regional ou internacional, considera-se útil explorar diferentes dimensões, umbrais e formas de agregação que permitam avançar na construção de indicadores pertinentes e factíveis de serem aplicados na região.

A análise empírica se constrói com base em um núcleo de indicadores que tradicionalmente têm feito parte das medições de necessidades básicas insatisfeitas (veja o quadro 2), aos quais se juntam posteriormente uma medida de privação por renda e algumas dimensões não incluídas habitualmente na análise da pobreza. Classificam-se como pobres todas as pessoas com carências em ao menos dois dos indicadores considerados. A agregação dos resultados num índice sintético se baseia na metodologia proposta por Alkire e Foster (2009).

No gráfico 2 se mostra o índice da nova apuração (H), ou a porcentagem de pessoas com ao menos duas carências, e o índice de intensidade (A), que expressa a porcentagem média de privações experimentadas pelas pessoas pobres. Assim, por exemplo, se na Nicarágua a intensidade gira em torno de 55%, isto significa que, em média, os pobres desse país têm 4,4 privações das 8 privações analisadas. É possível constatar que a porcentagem de pessoas pobres apresenta uma alta dispersão, que vai de 10% ou menos no Chile (2%), Uruguai (10%) e Argentina (11%) a mais de 60% na Nicarágua (71%), Guatemala (69%) e Honduras (63%).

Quadro 2
Dimensões, indicadores de carências e ponderações para a medição da pobreza
com base em indicadores clássicos de necessidades básicas insatisfeitas

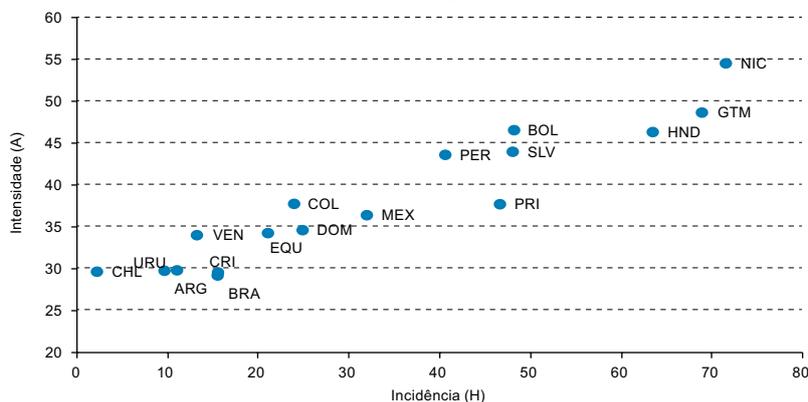
Dimensões	Indicadores de carências
Água e saneamento	
Carência de acesso a fontes de água melhorada	Áreas urbanas: qualquer fonte de água exceto rede pública Áreas rurais: poço não protegido, água engarrafada, fontes de água móvel, rio, quebrada, chuva e outros
Carência de sistema de eliminação de excrementos	Áreas urbanas: não dispor de serviço higiênico ou de um sistema de evacuação conectado à rede de esgoto ou fossa séptica Áreas rurais: não dispor de serviço higiênico ou ter um sistema de evacuação sem tratamento
Energia^a	
Carência de energia elétrica	Domicílios que não têm eletricidade
Combustível para cozinhar inseguro para a saúde	Domicílios que usam lenha, carvão ou resíduos para cozinhar
Moradia^b	
Precariedade dos materiais da moradia	Moradia com chão de terra, em zonas rurais e urbanas, ou precariedade dos materiais do teto e paredes
Amontoamento	Três ou mais pessoas por quarto, em áreas rurais e urbanas
Educação	
Não frequência à escola	No domicílio há ao menos uma criança em idade escolar (6 a 17 anos) que não frequenta a escola
Não alcance de uma escolaridade mínima	No domicílio, nenhuma pessoa de 20 anos ou mais alcançou um nível mínimo de escolaridade. - Pessoas de 20 a 59 anos: não concluíram o ensino fundamental - Pessoas de 60 anos ou mais: não concluíram o ensino primário

Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL).

^a Para a Argentina só se dispõe de informação sobre combustível, e no caso do Chile e da Venezuela (República Bolivariana da) só se dispõem de dados sobre acesso à energia elétrica. Uma vez que a privação de combustível costuma ser mais prevalente do que a privação de energia elétrica, é provável que a carência total na dimensão energia esteja subestimada para o Chile e a Venezuela (República Bolivariana da).

^b Para o Brasil só se dispõe de informação sobre os materiais da moradia.

Gráfico 2
América Latina (17 países): índice da nova apuração (H) e intensidade (A), 2011^a
(Em porcentagens)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas de domicílios dos respectivos países.

^a Os dados correspondem a 2011, exceto no caso da Bolívia (Estado Plurinacional da) (2009), El Salvador (2010), Guatemala (2010), Honduras (2010), México (2010) e Nicarágua (2009). Os dados da Argentina correspondem a áreas urbanas.

De modo similar, os países com os maiores índices nas novas apurações costumam apresentar também as mais altas intensidades de pobreza, ou seja, os países com mais pobres são também aqueles em que a pobreza é mais intensa, isto é, entre os pobres coexiste um número maior de privações. Mas se observam algumas exceções. Por exemplo, no índice de intensidade da pobreza há muita similitude entre a Bolívia (Estado Plurinacional da) e Honduras, ou entre a Colômbia e o Paraguai, mesmo quando o índice da nova apuração desses dois países seja consideravelmente diferente.

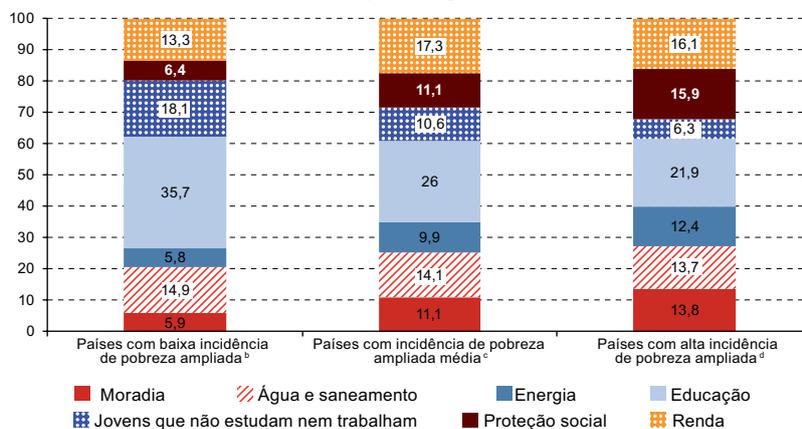
É preciso avaliar também o que sucede quando se integra a pobreza por renda como uma dimensão mais na medição por carências, entendendo que ambas são medidas incompletas do bem-estar e que a combinação delas permite reduzir os erros de exclusão que surgem de utilizar apenas uma destas medidas. Os resultados mostram que a complementaridade entre as medidas de pobreza multidimensional e monetária é maior nos países em que a pobreza medida por meio de carências não monetárias é menos prevalente e, portanto, onde tem maior potencial para reduzir vazios de informação e diminuir os erros de exclusão.

Além disso, em vários países latino-americanos, particularmente naqueles que experimentaram uma melhora importante no nível de vida de sua população, as incidências de pobreza resultantes são baixas e decrescentes com o tempo. Isso mostra que os indicadores clássicos de necessidades básicas podem não ser suficientes para identificar a população pobre, e que é necessário incorporar informação sobre carências em outros âmbitos para dispor de uma avaliação da pobreza mais adequada à realidade destes países (CEPAL, 2010). Neste sentido, resultam complementares alguns aspectos que se omitem na apreciação do bem-estar e que se avaliam neste *Panorama Social da América Latina, 2013* para um conjunto de países da região, como o efeito da poluição atmosférica na saúde, a extensão das jornadas de trabalho remunerado e não remunerado, e os níveis de violência doméstica e extradoméstica (veja o capítulo III).

Com o fim de integrar a estrutura social como elemento explícito da medição da pobreza, se incluem duas áreas de carências relacionadas com a exclusão das instituições: a falta de acesso à proteção social e a exclusão institucional entre os jovens (que não estudam nem têm trabalho remunerado).

Os resultados dessa medição “ampliada” da pobreza, em que se agregam os dois âmbitos assinalados, mostram que as carências em moradia (amontoamento e pobreza de materiais) e energia (carências em eletricidade e combustível seguro para cozinhar) têm maior peso relativo nos países onde se registram as maiores incidências de pobreza; no entanto, é maior o peso relativo das carências em educação (não frequência à escola e baixa escolaridade dos adultos) naqueles países em que a incidência da pobreza é inferior a 50% (veja o gráfico 3).

Gráfico 3
América Latina (15 países): aporte relativo de dimensões selecionadas para a pobreza,
por grupos de países, 2011^a
(Em porcentagens)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas de domicílios dos respectivos países.

^a A dimensão moradia considera os aspectos de materialidade e de amontoamento. A dimensão energia inclui as carências em eletricidade e combustível para cozinhar. A dimensão proteção social abrange a filiação a sistemas de saúde e de pensões e/ou o recebimento de pensões. Os dados correspondem a 2011, exceto nos casos da Bolívia (Estado Plurinacional da) (2009), El Salvador (2010), Guatemala (2006), Honduras (2010) e México (2010).

^b Países com baixa incidência de pobreza ampliada: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica e Uruguai

^c Países com incidência de pobreza ampliada média: Colômbia, Equador, México, Peru, República Dominicana e Venezuela (República Bolivariana da).

^d Países com alta incidência de pobreza ampliada: Bolívia (Estado Plurinacional da), El Salvador, Guatemala, Honduras e Paraguai.

Cabe destacar que a carência de proteção social tem maior peso nos países com as maiores incidências de pobreza medida por privações, o que pode atribuir-se à natureza dos indicadores incluídos na análise, que medem basicamente a filiação aos sistemas de proteção. Para captar melhor esta carência parece ser necessário incluir indicadores que capturem a qualidade dos serviços aos que se tem acesso nos países que já contam com altos níveis de filiação. Por outro lado, o fato de os jovens que não estudam nem trabalham contribuírem de modo crescente à pobreza total nos países com incidências mais baixas suscita a pergunta se por meio desse indicador se estaria captando a pobreza ou a vulnerabilidade à pobreza.

Em suma, os resultados mostram que não só há diferenças de magnitude e intensidade da pobreza multidimensional entre os países, mas também que as dimensões que mais incidem na pobreza total são distintas. O último significa que as configurações de política e as arquiteturas e responsabilidades institucionais deveriam ser diferentes.

Como conclusão, cabe assinalar que o renovado interesse em empregar uma aproximação multidimensional ao exame da pobreza constitui um cenário propício para debater o que se entende por pobreza e quais dimensões

do bem-estar são relevantes para a sua compreensão. Embora a exploração desenvolvida nesta edição do *Panorama Social* considere alguns dos elementos básicos de uma medição deste tipo, estes são suficientes para ilustrar as potencialidades e os desafios envolvidos nas medidas multidimensionais. Inclusive em sua aplicação mais tradicional, restringida às necessidades básicas insatisfeitas, é possível comprovar que carências tais como a falta de acesso a água potável ou a saneamento seguem afetando um conjunto importante de pessoas na região, o que leva à pergunta de se as políticas públicas destinadas à superação da pobreza estão dando suficiente ênfase ao alcance de padrões mínimos em dimensões centrais, transcendendo o mero conceito da renda.

Finalmente, cabe mencionar que as aproximações multidimensionais à pobreza supõem novos desafios para a região. Por um lado, fica evidente o importante desafio que representa o desenvolvimento de fontes de informação, de maneira que estas permitam contar com uma medição e caracterização mais completa e pertinente da pobreza de um ponto de vista multidimensional. Por outro lado, se enfrenta um desafio relevante em matéria metodológica. É certo que os dados de pobreza por renda se sustentam numa metodologia assimilada há muito tempo e que seus resultados se apoiam solidamente em umbrais de renda monetária que delimitam de maneira unívoca a população pobre e, dentro dela, os pobres extremos. Frente a isso, a medição da pobreza com um enfoque multidimensional de privações não conta ainda com os consensos metodológicos que as medições por insuficiência de renda costumam ter e não permite uma interpretação tão nítida de resultados; contudo, complementa o enfoque de renda e possibilita captar tanto populações em que ambos os parâmetros coincidem como grupos que padecem privações em necessidades básicas sem que o seu nível de renda necessariamente os situe sob a linha de pobreza.

C. Distribuição da renda

A elevada desigualdade na distribuição da renda é um dos traços característicos da América Latina no contexto internacional. Os dados mais recentes disponíveis indicam que o quintil mais pobre (isto é, 20% dos domicílios de menor renda) capta, em média, 5% da renda total, com participações que variam de menos de 4% (em Honduras, no Paraguai e na República Dominicana) a 10% (no Uruguai), enquanto a participação na renda total do quintil mais rico alcança a média de 47%, em uma faixa que varia de 35% (no Uruguai) a 55% (no Brasil) (veja o quadro 3).

Quadro 3
América Latina (18 países): distribuição da renda dos domicílios, por quintis extremos, ao redor de 2002 e de 2012
(Em porcentagens)

	Ao redor de 2002			Ao redor de 2012				
	Ano	Participação na renda total (porcentagens)		Relação da renda média per capita	Ano	Participação na renda total (porcentagens)		Relação da renda média per capita
		Quintil mais pobre (QI)	Quintil mais rico (QV)			QV / QI	Quintil mais pobre (QI)		Quintil mais rico (QV)	QV / QI
Argentina ^a	2002	5,1	55,0	20,6	2012	6,9	43,6	13,2
Bolívia (Estado Plurinacional da)	2002	2,2	57,7	44,2	2011	4,4	42,6	15,9
Brasil	2002	3,4	62,3	34,4	2012	4,5	55,1	22,5
Chile	2003	4,9	55,1	18,4	2011	5,5	52,5	15,0
Colômbia	2002	4,2	53,3	24,1	2012	4,6	49,8	19,8
Costa Rica	2002	4,2	47,3	17,0	2012	4,7	49,3	16,5
Equador ^a	2002	5,1	48,8	16,8	2012	6,4	43,0	10,9
El Salvador	2001	4,1	49,6	20,2	2012	6,9	41,9	10,3
Guatemala	2002	4,8	51,8	19,3	2006	4,3	54,7	23,9
Honduras	2002	3,8	55,2	26,3	2010	3,5	53,7	25,2
México	2002	5,9	49,1	15,5	2012	6,6	46,2	14,0
Nicarágua	2001	3,7	55,5	27,3	2009	5,6	46,0	14,5
Panamá	2002	3,6	52,2	25,8	2011	4,4	48,3	20,3
Paraguai	2001	4,2	51,8	23,2	2011	3,8	52,7	21,3
Peru	2001	4,5	49,6	19,3	2012	5,0	43,7	12,7
República Dominicana	2002	3,9	53,4	20,7	2012	3,9	50,8	19,4
Uruguai ^a	2002	8,8	41,8	10,2	2012	10,0	34,8	7,3
Venezuela (República Bolivariana da)	2002	4,3	48,2	18,1	2012	6,8	39,0	9,4

Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas de domicílios dos respectivos países.

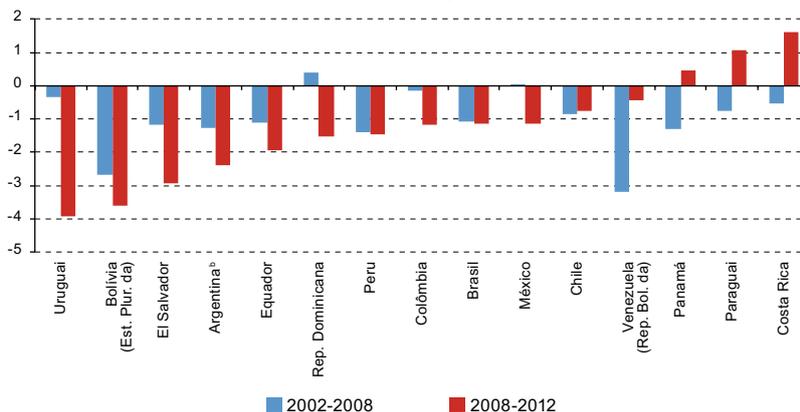
^a Áreas urbanas.

Tal como assinalado em diversas edições do *Panorama Social* e coligido em numerosos estudos sobre a distribuição da renda na região, esta, nos últimos dez anos, tem mostrado uma tendência de melhora. As mudanças neste âmbito têm ocorrido de forma gradual e são quase imperceptíveis nas variações ano a ano, mas ficam evidentes em uma comparação que considere períodos mais longos. Tomando como referência a informação em torno de 2002, as cifras mais recentes indicam que em oito países a proporção do quintil mais pobre na renda total se incrementou ao menos 1 ponto porcentual. Por sua vez, há nove países em que a participação relativa do quintil mais rico se reduziu 5 pontos percentuais ou mais. A participação deste grupo continua a superar 50% em cinco países, ao passo que em 2002 havia dez países com essa característica.

As mudanças que se constatarem na participação dos quintis extremos na renda total se refletem também nas variações dos índices de desigualdade. Considerando os 13 países que dispõem de informação relativa a 2011 ou 2012, se observa em 12 deles uma redução do índice de Gini, que, em média simples, caiu a uma taxa de 1% ao ano. O ritmo de redução da desigualdade superou a taxa de 1% ao ano na Argentina, Brasil, Peru, Uruguai e Venezuela (República Bolivariana da), e foi de ao menos 0,5% por ano no Chile, Colômbia, Equador e Panamá.

A tendência à redução da desigualdade tem se manifestado de maneira um pouco mais pronunciada nos últimos quatro anos do período analisado. Assim pode ser observado no gráfico 4, onde se mostra a variação percentual dos índices de Gini nos subperíodos 2002-2008 e 2008-2012, considerando como ponto médio o ano de 2008, quando eclodiu a crise financeira internacional. Com efeito, oito países mostraram no segundo subperíodo quedas nos índices de desigualdade superiores às registradas no primeiro subperíodo. Entre eles, a Bolívia (Estado Plurinacional da) e o Uruguai apresentam as maiores reduções, superiores a 3% ao ano. Por outro lado, na Costa Rica, Panamá e Paraguai a desigualdade se incrementou no segundo subperíodo, embora apenas no primeiro país o balanço final mostre um aumento da desigualdade.

Gráfico 4
América Latina (15 países): variação anual do índice de Gini, 2002-2008 e 2008-2012^a
(Em porcentagens)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas de domicílios dos respectivos países.

^a Inclui somente países com disponibilidade de informação referida a 2011 ou 2012. Os países estão ordenados de acordo com a variação no segundo subperíodo (2008-2012).

^b Áreas urbanas.

II. A pobreza infantil na América Latina e no Caribe: perspectiva multidimensional e com enfoque de direitos

Um aspecto preocupante da evolução da pobreza monetária na América Latina e no Caribe é que sua incidência é mais elevada nos domicílios que apresentam alto nível de dependência, o que deixa as crianças e adolescentes em situação mais desvantajosa. Já em meados dos anos noventa se iniciou na região o debate sobre a infantilização da pobreza, conceito cada vez mais vigente pela sobrerrepresentação da infância e adolescência nos índices de pobreza em relação a outros grupos etários.

Na região, uma alta proporção das pessoas desta faixa etária enfrenta adversidades que as prejudicam diretamente e que repercutem de maneira negativa nas etapas posteriores de suas vidas e se transmitem às gerações subsequentes: a população mais afetada costuma estar sujeita a situações de insuficiência de renda em seus domicílios, e de privação de seus direitos de sobrevivência, abrigo, educação, saúde e nutrição, entre outros. Ou seja, se encontra privada de ativos e oportunidades, aos quais todos os seres humanos têm direito. Ademais, a pobreza se associa fortemente com a exclusão social e a desigualdade.

A análise da pobreza que as crianças e adolescentes enfrentam, e a compreensão cabal do fenômeno requerem uma visão integral. Daí a importância de avançar em uma medição multidimensional que identifique as privações vinculadas à provisão e qualidade dos serviços e bens públicos que afetam diretamente estes grupos, bem como as insuficiências de renda para satisfazer as necessidades de todos os membros da família.

A. Enfoque de direitos e medição multidimensional da pobreza na infância ²

A pobreza infantil é entendida, no trabalho conjunto entre a CEPAL e o Escritório Regional do UNICEF para a América Latina e o Caribe como a presença de privações no exercício dos direitos das crianças e adolescentes em determinados âmbitos, e que são reconhecidos como constitutivos de pobreza: educação, nutrição, moradia, água, saneamento e informação (CEPAL/UNICEF, 2012).

No presente capítulo, a pobreza se mede a partir das pesquisas de domicílios utilizando duas vertentes metodológicas: i) os métodos diretos que, baseados na proposta da Universidade de Bristol (2003), foram adaptados para medir privações múltiplas na infância (dois umbrais que definem a privação grave e a privação moderada em cada dimensão), e ii) os métodos indiretos, representados pela medição da pobreza absoluta segundo a renda per capita dos domicílios.

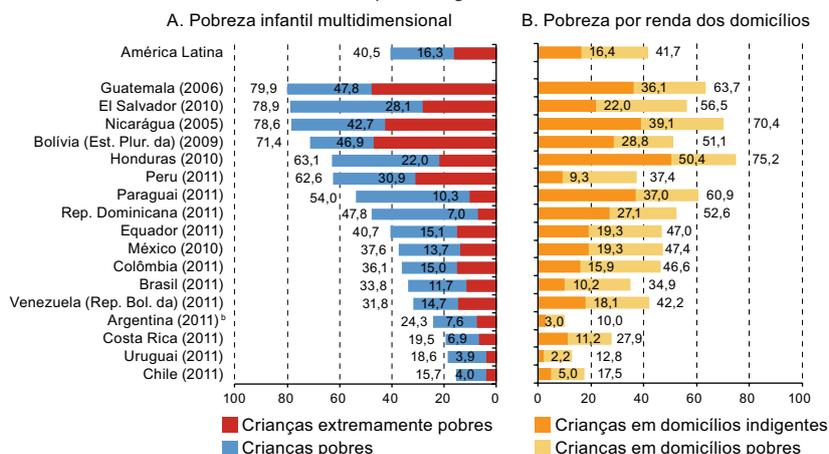
² Por tratar-se de um estudo conjunto da CEPAL e do UNICEF, se utiliza a definição de infância do UNICEF, que inclui a população de 0 a 17 anos de idade.

Do ponto de vista metodológico, as características do enfoque de direitos condicionaram os critérios aqui adotados. Assim, o caráter universal dos direitos implica valorizar o direito ou sua privação da mesma maneira em todos os grupos populacionais de crianças e adolescentes, sem fixar umbrais distintos para a população urbana e a rural; e a indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos levam a considerar cada privação moderada como um indicador de pobreza, dado que viola ou descumpre ao menos um direito, e cada privação grave como um indicador de extrema pobreza na infância.

De acordo com o anterior, na América Latina, 40,5% das crianças e adolescentes são pobres. Isto implica que, na região, a pobreza infantil total afeta 70,5 milhões de pessoas menores de 18 anos. Desse total, 16,3% das crianças e adolescentes se encontram em situação de pobreza extrema, entendendo como tal a existência de ao menos uma privação grave. Ou seja, um de cada seis menores é extremadamente pobre, o que significa que mais de 28,3 milhões de crianças e adolescentes encontram-se afetados por este flagelo.

As realidades diferem muito segundo os grupos de países. Entre os países com maior pobreza infantil total (Bolívia (Estado Plurinacional da), El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Peru), em média, 72% das crianças eram pobres. Entre os países com menor pobreza infantil total (Argentina, Chile, Costa Rica, Equador e Uruguai), a cifra apurada indicava que 19,5% das crianças se encontravam nesta situação (veja o gráfico 5).

Gráfico 5
América Latina (17 países): incidência da extrema pobreza e da pobreza infantil total, e porcentagem de crianças em domicílios indigentes ou pobres (segundo o método da renda), ao redor de 2011^a
(Em porcentagens)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas de domicílios dos respectivos países.

^a Utiliza-se a definição de infância do UNICEF, que abarca a população de 0 a 17 anos de idade. Nas cifras de crianças pobres se incluem as crianças extremadamente pobres, e nas de crianças em domicílios pobres se incluem as crianças em domicílios indigentes. As cifras do gráfico podem não coincidir com as do texto, onde se analisa a evolução entre 2000 e 2011, já que estas últimas se referem a apenas 14 países.

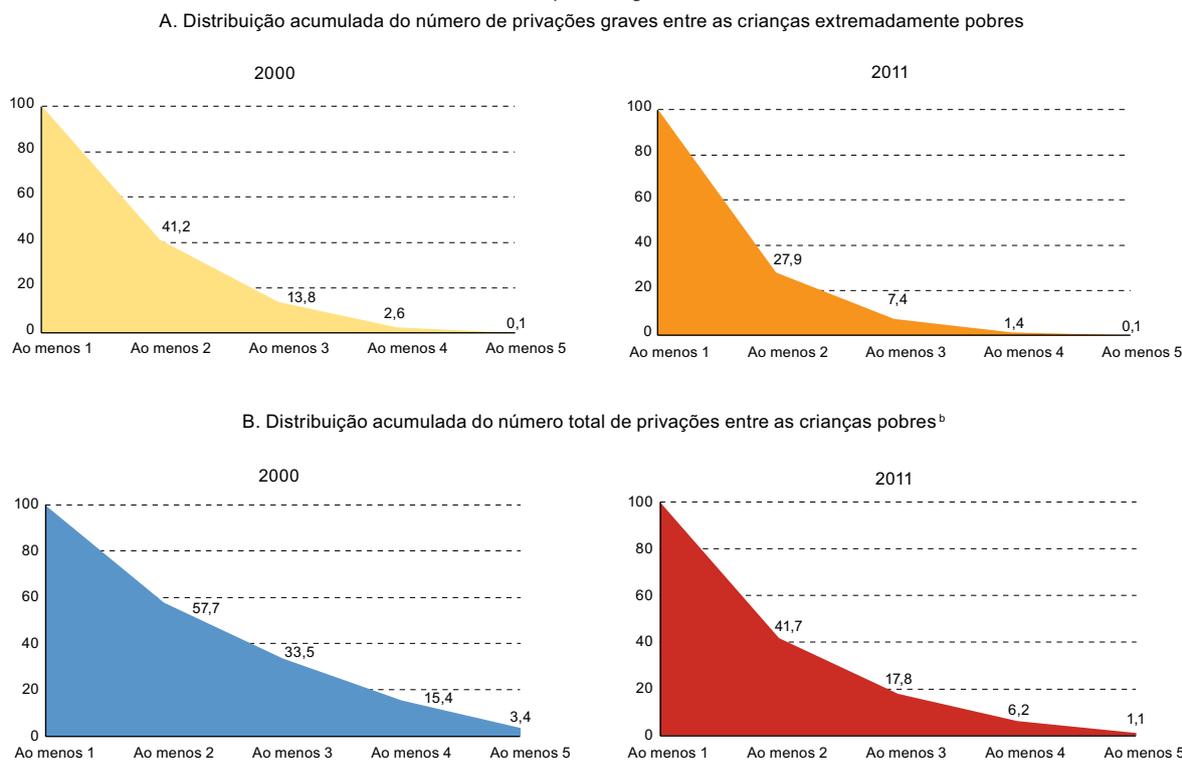
^b Zonas urbanas.

Por outro lado, se apresentam medições da pobreza infantil em dois momentos, em torno do ano 2000 e de 2011. De acordo com estas medições, há uma situação auspiciosa, uma vez que todos os países mostram uma queda na porcentagem de menores de 18 anos privados de alguns dos direitos básicos (pobreza total). Na região (14 países comparáveis ao longo do tempo em nível nacional), a redução da pobreza infantil total no período foi de um pouco mais de 14 pontos percentuais, passando de 55,3% das crianças ao redor do ano 2000 a 41,2% ao redor de 2011.

A intensidade da extrema pobreza (isto é, a presença de mais privações graves ou moderadas) tende a ser maior precisamente onde há uma porcentagem mais alta de crianças extremadamente pobres. Embora a existência de uma única privação grave já comprometa seriamente o desenvolvimento infantil, a presença de uma “síndrome” de múltiplas privações alerta sobre uma perda segura das oportunidades de aproveitamento das potencialidades das crianças e, em definitiva, perpetua a reprodução intergeracional da pobreza. Uma de cada quatro crianças extremadamente pobres sofre um grave cerceamento em mais de um direito fundamental, e uma de cada três crianças pobres se vê afetada por uma privação moderada em mais de uma necessidade. É essencial considerar a interação de privações na formulação de políticas, pois a privação em alguma dimensão costuma ter consequências sobre a possibilidade e capacidade de exercer o direito em uma ou mais das outras dimensões (Gordon e outros, 2003; Minujín, Delamónica e Davidziuk, 2006; Kaztman, 2011).

Cabe destacar que, em todos os países, a redução da pobreza e da extrema pobreza infantil foi acompanhada também da redução de sua intensidade (porcentagem de crianças com múltiplas privações): em 2000, cerca de 41% das crianças extremadamente pobres se viam afetadas por dois ou mais privações graves e em 2011 esta porcentagem se reduziu para 28%. Do total de crianças pobres, no ano 2000, 58% eram afetadas em mais de um direito, porcentagem que em 2011 reduziu-se para 42% (veja o gráfico 6). Cabe esclarecer que nesta análise, a intensidade da pobreza está representada pelo número de privações entre pobres (e extremadamente pobres), o que não necessariamente reflete a gravidade destas.

Gráfico 6
América Latina (14 países): mudanças na distribuição acumulada do número de privações graves e do número total de privações, 2000 e 2011^a
(Em porcentagens)

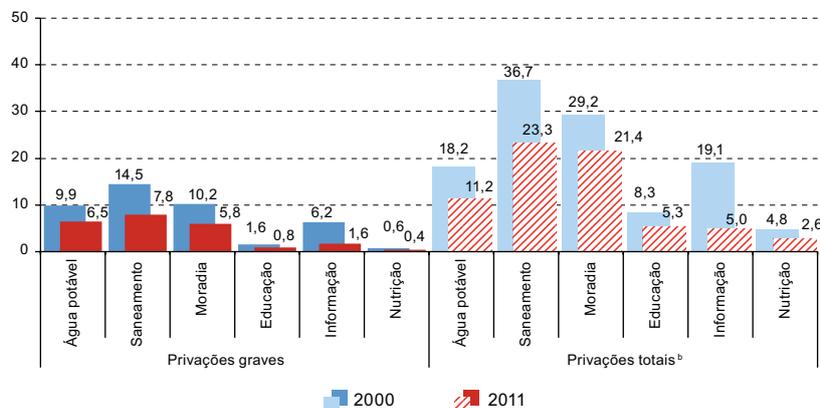


Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas de domicílios dos respectivos países.
^a Utiliza-se a definição de infância do UNICEF, que abarca a população de 0 a 17 anos de idade. Nos gráficos se apresentam as privações em forma acumulada. Por exemplo, a porcentagem de crianças que têm ao menos três privações inclui as crianças que têm 4 ou 5 privações. Os valores iniciais são equivalentes a 100% (crianças com pelo menos uma privação), já que as distribuições foram calculadas no universo de crianças pobres ou extremadamente pobres, segundo o caso.
^b O total de privações corresponde a privações moderadas e graves. Inclui as crianças em extrema pobreza, cujas privações são graves.

B. Evolução dos níveis de privação por dimensões na América Latina e em alguns países do Caribe

Na América Latina, entre 2000 e 2011 se reduziram em grande medida os níveis de privações, tanto moderadas como graves, em todas as dimensões da pobreza infantil, sobretudo em saneamento, moradia e acesso à informação. As reduções menos significativas se observaram em educação e em desnutrição, dado que no começo da década passada, nesses quesitos, os níveis de privação entre as crianças da região já eram baixos. A diminuição generalizada das privações em todas as dimensões explica os significativos avanços, tanto na redução da pobreza infantil total e extrema como na queda de sua intensidade (veja o gráfico 7). As três dimensões com maior peso são as de acesso a serviços sanitários, qualidade da moradia e acesso à água potável, que entre 2011 e 2012, não modificam nem mesmo a ordem de sua contribuição. Contudo, ao reduzir-se a extrema pobreza, estas três dimensões adquiriram um maior peso relativo, o que sugere que os avanços em educação, informação e nutrição tenham tido uma incidência mais importante em sua diminuição.

Gráfico 7
América Latina (14 países): evolução das privações graves e do total de privações nas dimensões constitutivas da pobreza infantil, ao redor de 2000 e 2011^a
(Em porcentagens)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas de domicílios dos respectivos países.
^a Média de 14 países com informação em nível nacional em ambos os momentos.

Dados análogos foram obtidos para sete países do Caribe: Antígua e Barbuda, Belize, Granada, Guiana, Santa Lúcia, Trinidad e Tobago, e Suriname; para a Jamaica se mostra a informação disponível sobre algumas privações. As estimativas foram elaboradas com base nas Pesquisas de Indicadores Múltiplos por Conglomerados (MICS) e no caso de Antígua e Barbuda, Granada e Santa Lúcia, das Pesquisas das Condições de Vida. Estas pesquisas se realizaram entre os anos 2005 e 2008. Elaboradas com a mesma metodologia aplicada na América Latina, estas estimativas permitem comparar a pobreza infantil com enfoque multidimensional nos países do Caribe com a do restante da região, algo que até agora não era possível fazer ao usar as estatísticas de pobreza monetária, que se constroem com metodologias diferentes.

As estimativas revelam que nestes sete países caribenhos se registram níveis de pobreza infantil total que variam entre 10% e 74%, e níveis de pobreza infantil extrema entre 1% e 46% (veja o quadro 4). Observa-se uma diferença acentuada entre os países continentais (Belize, Guiana e Suriname) e os insulares (Antígua e Barbuda, Granada, Santa Lúcia e Trinidad e Tobago). Belize, Guiana e Suriname registram uma incidência da pobreza total superior a 60% e uma pobreza extrema de mais de 35%. Os países insulares desta sub-região têm, em média, uma incidência da pobreza infantil total de 24% e, no caso da pobreza extrema, de 6%. Isto se explica, em parte, pelo alto nível de pobreza rural em Belize, Guiana e Suriname. Nestes três países, contrariamente ao que ocorre nas ilhas pequenas do Caribe, as diferenças entre áreas urbanas e rurais são muito contrastantes.

Quadro 4
Caribe (8 países): incidência da pobreza infantil total e extrema^a
(Em porcentagens)

	Incidência da pobreza infantil total	Incidência da pobreza infantil extrema
Antígua e Barbuda (2005) ^b	10	2
Belize (2006)	71	36
Granada (2007/2008) ^b	32	8
Guiana (2006)	74	46
Jamaica (2005) ^c	25	16
Santa Lúcia (2005) ^b	25	6
Suriname (2006) ^c	41	30
Trinidad e Tobago (2006) ^d	28	10

Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das Pesquisas de Indicadores Múltiplos por Conglomerados (MICS) e em pesquisas das condições de vida dos países.

^a Utiliza-se a definição de infância do UNICEF, que abarca a população de 0 a 17 anos de idade. As dimensões consideradas na estimativa multidimensional da pobreza infantil são: água potável, saneamento, moradia, educação, informação e nutrição.

^b Não inclui a dimensão nutrição.

^c A dimensão informação contém um nível de omissão significativo na pesquisa, razão pela qual as privações apresentadas encontram-se subestimadas.

^d Não inclui a dimensão informação.

As distintas privações se vinculam a intervenções setoriais, mas que devem ser articuladas sob uma ótica integral do fenômeno da pobreza. A respeito disso, é preciso estar consciente de que as intervenções orientadas a melhorar a qualidade de vida das crianças também, muitas vezes, implicam melhorar a qualidade de vida de todos os integrantes da família. Precisa considerar, ademais, que a mera intervenção setorial, embora possa reduzir a privação em uma dimensão da pobreza infantil, não assegura necessariamente o cumprimento dos demais direitos fundamentais das crianças, e que no contexto da cultura da pobreza, as crianças também costumam ter vulnerados outros direitos não considerados nas medidas de pobreza, como a exploração infantil ou a violência física e psicológica que se exerce contra elas. Por esse motivo, a integralidade das ações de luta contra a pobreza infantil não se restringe unicamente à atuação coordenada dos Estados em distintas políticas e programas de caráter setorial, mas deve também considerar aspectos psicossociais e promover dentro das famílias uma cultura de reconhecimento e de respeito aos direitos das crianças.

III. Dimensões omitidas do bem-estar: espaço, tempo e convivência

A visão multidimensional da pobreza, apresentada com dois enfoques alternativos nos capítulos precedentes responde, em última instância, à ideia de que o bem-estar requer ser pensado também de maneira multidimensional. Os indicadores usados usualmente capturam em forma parcial a complexidade do fenômeno. É o caso do PIB, que se centra na produção de bens e serviços, sem considerar aspectos como a distribuição da renda, a justiça, as liberdades, a capacidade de as pessoas terem uma vida com sentido, a satisfação com a vida e a sustentabilidade do progresso econômico.

De alguns anos para cá, se vêm desenvolvendo distintas iniciativas com o fim de formar consenso quanto à avaliação em uma variedade de âmbitos para poder contar com uma visão mais pormenorizada do bem-estar. Uma das mais importantes é o projeto global “Medindo o Progresso das Sociedades”, liderado pela Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Esta iniciativa surgiu para fomentar o desenvolvimento de conjuntos de indicadores econômicos, sociais e ambientais considerados essenciais para facilitar a compreensão do bem-estar de uma sociedade. Também tenta motivar o uso de indicadores para informar e promover processos de tomada de decisões no setor público, privado e da organização civil.

Considerando estes antecedentes, neste capítulo se abordam algumas dimensões constitutivas do bem-estar que contribuem a uma visão integrada e multidimensional. Trata-se de três dimensões principais —espaço, tempo e convivência— que têm sido omitidas nas discussões sobre o bem-estar na América Latina e que transcendem as necessidades básicas “de primeira geração” vinculadas a dimensões setoriais como saúde, educação, condições de trabalho, moradia ou situação econômica.

Esta proposta adquire um significado particular na América Latina, em um contexto marcado por três fatores distintos: i) avanços importantes no cumprimento das metas globais de desenvolvimento e, em particular, uma redução significativa dos níveis de pobreza; ii) a persistência de elevados níveis de desigualdade na distribuição da renda, bem como de um amplo repertório de desigualdades sociais, e iii) a emersão e a crescente visibilidade de um conjunto de expressões de mal-estar social motivadas por questões diversas, entre as quais se destacam o meio ambiente, a educação, o transporte público e as reivindicações de populações indígenas.

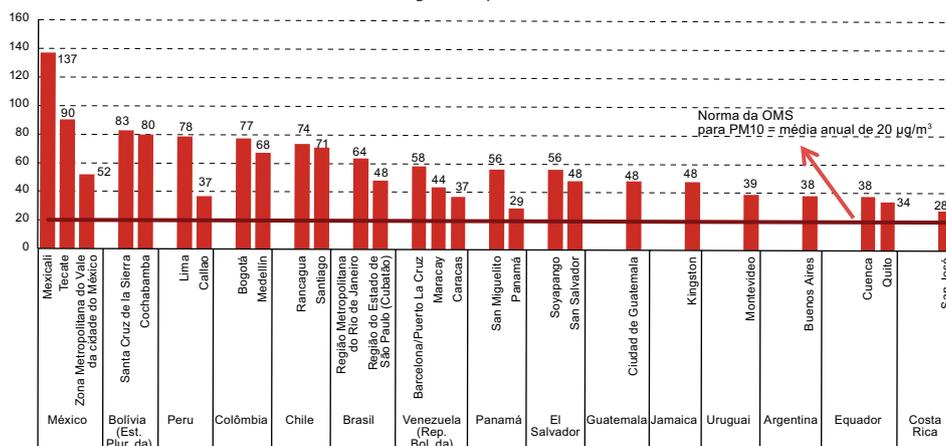
A. O espaço: problemas ambientais nas cidades

O espaço é uma das dimensões materiais fundamentais da vida humana. Refere-se ao meio ambiente em que vivemos e inclui a água, o solo, o ar, os objetos, os seres vivos, as relações entre homens e mulheres, e elementos intangíveis como os valores culturais. Um espaço (ou meio ambiente) saudável é uma condição necessária para que as pessoas possam alcançar níveis dignos de bem-estar.

Nas últimas décadas, o meio ambiente na América Latina esteve sujeito a impactos de distinto tipo e intensidade, como resultado do modelo de desenvolvimento. Todas estas transformações incidem no bem-estar das pessoas. A deterioração da qualidade do ar é uma das transformações que mais afeta o bem-estar das populações urbanas da região.

Os países têm realizado esforços significativos para implementar programas de gestão da qualidade do ar. Contudo, os níveis de poluição atmosférica em muitas cidades continuam sendo preocupantes: amplos setores da população da América Latina encontram-se expostos a níveis de poluição atmosférica que excedem os limites recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Ao menos 27 cidades da região, das quais dez são capitais, superavam em 2007-2008 os limites de material particulado PM10 estabelecidos pela OMS.

Gráfico 8
América Latina e Caribe (cidades selecionadas): média anual de material particulado (PM10),
ao redor de 2008-2009
 (Em microgramas por metro cúbico)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em informação da Organização Mundial da Saúde (OMS), "Outdoor air pollution in cities" [on-line] http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/en/.

A exposição à poluição atmosférica urbana, e em particular ao PM10, representa um grave risco para a saúde das pessoas e gera um aumento da taxa de mortalidade (e de morbidade). Já se assinalou que na América Latina e no Caribe pelo menos 100 milhões de pessoas encontram-se expostas à poluição atmosférica em níveis superiores aos máximos recomendados pela OMS (Cifuentes e outros, 2005). Os grupos mais vulneráveis aos efeitos da poluição atmosférica são as crianças, os idosos, as pessoas com certas condições de saúde preexistentes e aquelas que se encontram em situação de pobreza.

A exposição ao material particulado aumenta o risco de enfermidades cardiovasculares e respiratórias, bem como o risco de câncer pulmonar. Em um período de aproximadamente quatro anos (2004-2008), menos de um terço dos países (7 de 24) apresentaram uma diminuição das mortes por causas relacionadas com a poluição atmosférica. Decerto, isso não se condiz com o grau de urgência com que se deveria agir frente a mortes que são evitáveis, utilizando estratégias de saúde pública e ambientais preventivas, especialmente ao considerar que, segundo a OMS, uma redução dos níveis de PM10 de 70 a 20 microgramas por metro cúbico permite reduzir aproximadamente 15% das mortes vinculadas à má qualidade do ar. É muito importante tomar consciência de que a exposição à poluição atmosférica se transformou em uma das principais causas de mortalidade, sobre a qual é imperativo atuar mediante políticas públicas eficazes.

B. O tempo: tempo disponível, trabalho remunerado e trabalho não remunerado

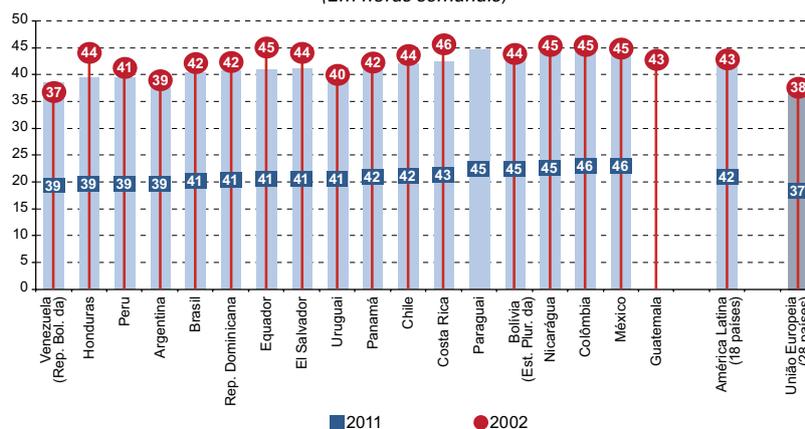
O tempo é outra das dimensões fundamentais da vida humana. O bem-estar presente das pessoas depende em grande medida do que fazem e do que podem fazer e, portanto, do tempo que podem dedicar a distintas atividades. No entanto, a vida cotidiana de cada qual está sujeita a diversas restrições que limitam essa liberdade. O tempo é, então, um recurso limitado ao longo da vida de uma pessoa.

O tempo de trabalho remunerado, que se destina a gerar recursos monetários para cobrir diversas necessidades, é parte essencial na vida da maioria das pessoas. Quanto maior seja a quantidade de tempo de trabalho remunerado, menor é a quantidade de tempo com que contam as pessoas para realizar outras atividades, como aquelas vinculadas às responsabilidades familiares e ao descanso. Mediante a redução da jornada de trabalho, que foi uma das reivindicações mais constantes do movimento trabalhista durante grande parte do século XX, tem-se buscado preservar a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, inclusive sua saúde mental.

Existem significativas diferenças na duração da jornada laboral que se encontram associadas a fatores como idade, sexo e tipo de emprego. No entanto, a jornada de trabalho média na América Latina continua a ser muito extensa. À diferença do que ocorre na maioria dos países europeus —em que as pessoas trabalham em média 37 horas semanais— na América Latina e no Caribe a jornada laboral segue sendo muito superior ao limite de 40 horas semanais e não se observa tendência a reduzir-se.

Mas nem todo o valor que se cria por meio do trabalho é remunerado. De fato, uma proporção importante do que se produz na sociedade não é valorizado monetariamente. Todo o trabalho que as pessoas, em sua maioria mulheres, têm com a casa, como as tarefas da cozinha, limpeza e cuidado de outras pessoas, se efetua sem remuneração e sem que um contrato regule o pagamento, as responsabilidades e os respectivos benefícios.

Gráfico 9
América Latina (18 países): jornada laboral da população ocupada de 15 anos ou mais, ao redor de 2002 e de 2011
(Em horas semanais)

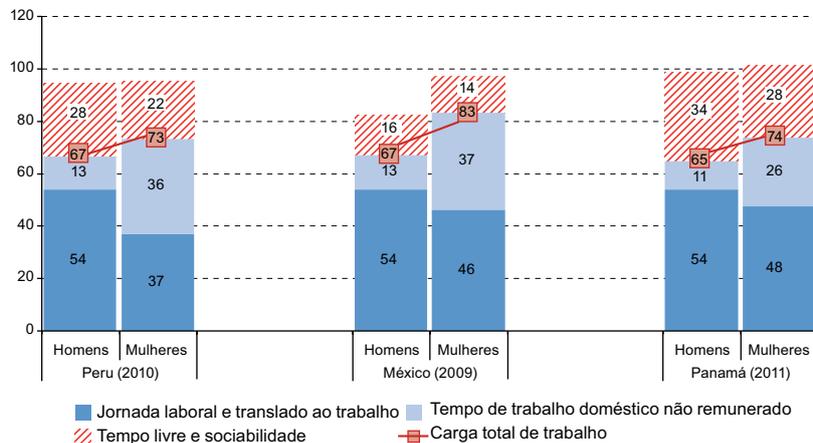


Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas de domicílios dos respectivos países.

De acordo com a informação disponível, as mulheres, em comparação com os homens, dedicam diariamente muito mais horas ao trabalho doméstico não remunerado. Isso significa que a crescente incorporação das mulheres ao trabalho remunerado não foi compensada por uma maior participação dos homens no trabalho doméstico. Em outras palavras, na América Latina a divisão sexual do trabalho sofreu transformações em forma parcial e desigual.

A carga global de trabalho se refere à soma das horas destinadas ao trabalho remunerado e ao trabalho não remunerado que se realiza em casa, incluindo o cuidado de crianças, familiares anciãos e enfermos. Segundo a informação de que se dispõe, a carga total de trabalho das mulheres ocupadas é superior à dos homens. Esta sobrecarga de trabalho afeta seriamente o bem-estar das mulheres ocupadas, em particular daquelas que vivem com um companheiro e que têm crianças em fase pré-escolar. As mulheres chefes de família também teriam uma elevada carga de trabalho. Todas elas sofreriam de “pobreza de tempo”, o que implica uma escassa disponibilidade de tempo para o descanso, o ócio, as atividades recreativas, a convivência familiar e a sociabilidade.

Gráfico 10
América Latina (países selecionados): tempo destinado pela população ocupada ao trabalho remunerado e ao trabalho não remunerado e tempo livre^a
 (Em horas semanais)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas sobre uso do tempo no Equador, 2011; México, 2009; Panamá, 2011 e Peru, 2010.

^a As pesquisas sobre o uso do tempo realizadas na América Latina apresentam diferenças metodológicas em sua formulação e execução. Além disso, não se dispõe de um classificador padronizado e homologável, o que dificulta as comparações entre elas. Foram selecionadas as pesquisas do México, Panamá e Peru para ilustrar os usos do tempo, por serem semelhantes na cobertura das atividades que contemplam. Estas incluem jornada laboral, trabalho doméstico não remunerado, tempo livre e sociabilidade, necessidades pessoais e trabalho voluntário.

C. A convivência: altos níveis de violência na América Latina

A convivência é outra dimensão fundamental da vida humana. O bem-estar das pessoas requer que elas participem nesse processo contínuo de construção de um sentido de pertencer a uma comunidade que outorga sentimentos de segurança e projeção vital. O bem-estar deveria incluir, portanto, formas de convivência social positivas e pacíficas, em que todos possam sentir-se como parte da sociedade.

Contudo, os processos de modernização e urbanização acelerada que ocorreram na América Latina durante as últimas duas décadas geraram diversos problemas de convivência. Um dos principais problemas é a violência, em sua dupla vertente de violência em espaços públicos e violência doméstica.

A taxa de homicídios é um dos indicadores mais relevantes de insegurança dos cidadãos ou de violência em espaços públicos. Segundo o *Estudio mundial sobre el homicidio, 2011* realizado pelas Nações Unidas, do total de homicídios cometidos no mundo em 2010, 31% ocorreram no continente americano, que ocupa o segundo lugar depois da África (36%) (UNODOC, 2011). A taxa de homicídios no continente americano (15,6 por cada 100.000 habitantes) supera o dobro da taxa média mundial (6,9 por cada 100.000 habitantes).

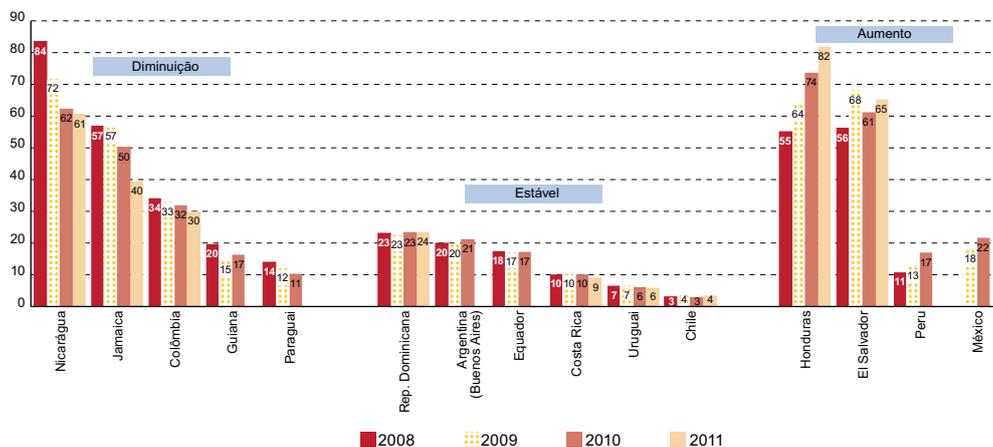
A elevada média da taxa de homicídios no continente americano oculta importantes diferenças entre os países. Por outro lado, dentro da região, o homicídio tem apresentado distintas tendências nos últimos anos. Assim, em alguns países —como Honduras, El Salvador, Peru e México— se registra um forte aumento ao passo que, de forma inversa, na Nicarágua, Jamaica e Colômbia, a taxa tem diminuído (veja o gráfico 11).

Outra forma de violência prevalente é a de âmbito doméstico (ou familiar). A porcentagem de mulheres de 15 a 49 anos de idade que sofrem ou que alguma vez sofreram violência física por parte de um cônjuge varia entre 33%, registrada na Colômbia, e 14%, no Haiti. Assim, segundo os dados estatísticos disponíveis, uma alta porcentagem de mulheres da região sofre ou sofreu alguma vez violência física por parte de seu companheiro.

Finalmente, é importante ressaltar o fenômeno da violência doméstica contra as crianças na América Latina e no Caribe. Ao considerar as formas de castigo mais usadas por ambos os pais com seus filhos ou filhas, se destacam as repreensões verbais. Mas, a porcentagem de crianças que são castigadas com golpes —incluindo palmadas— é muito alta, o que indica que a violência física contra os menores de idade é uma realidade que persiste de forma ampla e cotidiana na região.

Gráfico 11

América Latina e Caribe (15 países): taxa bruta de homicídios por cada 100.000 habitantes, 2008-2011^a
(Em número por cada 100.000 habitantes)



Fonte: Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Sistema Regional de Indicadores Padronizados de Convivência e Segurança Cidadã (SES) [on-line] http://www.seguridadregion.com/images/Indicadores/muertes%20por_homicidio.pdf.

^a No Sistema Regional de Indicadores Padronizados de Convivência e Segurança Cidadã (SES) se define o homicídio como as “lesões intencionais ocasionadas por uma pessoa a outra que causem morte” (isto exclui as mortes por lesões de trânsito e outras por lesões não intencionais). Os casos considerados são aqueles que sejam do conhecimento das autoridades e que envolvam qualquer vítima de homicídio, ocorrido em qualquer lugar do país. Inclui os femicídios. O Brasil encontra-se em processo de integração ao SES, razão pela qual não se inclui informação sobre este país.

Numa última reflexão deve-se considerar a sinergia existente entre os distintos aspectos do bem-estar aqui abordados. Certamente, os bons usos do espaço no âmbito de políticas urbanas que projetem espacialmente a convivência ampliada podem ter efeitos positivos na redução da violência. De maneira recíproca, um grau menor de violência urbana contribui para melhorar a disposição dos cidadãos a usar a cidade de modos mais construtivos e sustentáveis. A relação entre descongestionamento espacial e descongestionamento no uso do tempo é também direta, precisamente porque o congestionamento urbano redundava em uma maior absorção de tempos de deslocamento, entre outros aspectos. Assim, é importante, ao momento de formular as políticas, valorizar as sinergias potenciais que podem ser alcançadas ao gerir distintas dimensões do bem-estar.

IV. A proteção social na América Latina: uma vista atualizada da filiação aos sistemas de saúde e de pensões

Diversos riscos tais como as doenças, as restrições para satisfazer as necessidades de cuidado de crianças e de pessoas frágeis ou portadoras de deficiência, os episódios de desemprego e subemprego, e a perda ou diminuição radical de renda na velhice são fatores determinantes do bem-estar presente e futuro de todas as pessoas. Tais fatores as afetam com diversa duração e intensidade. Embora estejam determinados de maneira crucial pelas assimetrias próprias das suas condições socioeconômicas, escapam em distinta medida ao seu controle. Assim, a gama dos riscos frente aos quais as pessoas deveriam estar protegidas é muito ampla e evolui à medida que as sociedades se transformam.

Neste contexto, um fator fundamental para avaliar as políticas de proteção social, sejam estas financiadas com recursos fiscais ou por contribuição, consiste em determinar como respondem às dinâmicas de riscos e a sua distribuição social. Em tal sentido, é fundamental identificar como se brindam os serviços, qual é a diversidade de riscos frente aos quais outorgam proteção e como se especificam os benefícios. A seguir se analisa duas destas dimensões que são essenciais na proteção social, a filiação aos sistemas de saúde e de pensões.

Como suscitado pela CEPAL, a proteção social deve reger-se pelos seguintes princípios³:

- **O princípio de universalidade:** a todos os cidadãos, como membros da sociedade, se deve garantir, em qualidade de direitos, determinadas proteções ou benefícios (com determinadas características quanto à quantidade e qualidade) que são necessários para sua participação plena na sociedade. Em termos de assegurar, este princípio se orienta a que todos os membros da sociedade contem com a certeza de um nível e de uma qualidade de bem-estar, que devem ser os máximos que o desenvolvimento econômico permita em um dado momento. Isso não significa que todo benefício seja universalizável, mas sim que a sociedade estabelece, a partir de pactos, os padrões de qualidade e de cobertura que devem garantir-se a todos os seus membros.
- **O princípio de solidariedade:** as pessoas devem participar no financiamento da política social de acordo com a capacidade econômica de cada qual, para coadjuvar desse modo a assegurar a universalidade e a equidade no acesso aos serviços sociais. Neste princípio se assume também, dadas as externalidades do bem-estar individual, a existência uma estreita inter-relação entre o bem-estar individual e o bem-estar social.

³ Veja a esse respeito CEPAL, *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad* (LC/G.2294(SES.31/3)), Santiago do Chile, 2006.

- **Os critérios de seletividade:** são critérios tendentes a assegurar que os serviços sociais cheguem à população mais pobre. Para atender ao caráter multidimensional e heterogêneo da pobreza, deve existir uma interação benéfica entre as políticas universais e integrais, e as seletivas e diferenciadas.
- **O princípio de eficiência:** para que a igualdade seja maior e substantiva, o uso dos recursos públicos deve ser eficiente de maneira de potencializar os princípios de universalidade e solidariedade, sem os contrapor. Este princípio não deve entender-se exclusivamente em termos de seus efeitos macro e microeconômicos, mas, em última instância, como vinculado à capacidade de alcançar os objetivos sociais definidos.

De acordo com o anterior, os principais desafios que se apresentam para os sistemas de proteção social na região são: i) avançar em direção à universalidade da proteção social e de seus benefícios, o que, por sua vez, requer promover pactos sociais para assegurar sua prioridade e melhorar as capacidades para sua execução; ii) nivelar as condições existentes no âmbito produtivo, reduzindo a heterogeneidade da estrutura produtiva, o que permitirá conseguir um melhor financiamento da proteção social e otimizar o impacto das políticas sociais; iii) avançar em matéria de institucionalidade laboral, já que o desenvolvimento histórico da proteção social se vincula com a legislação trabalhista e com as regulações das condições de trabalho e das demissões, das negociações coletivas, das políticas de capacitação e educação, e das capacidades de supervisão do cumprimento das normativas, e iv) superar a fragmentação e a segmentação da proteção social, no marco de uma solidariedade integral, no qual se combinem mecanismos contributivos e não contributivos.

A. Uma primeira vista à cobertura

A filiação aos sistemas de saúde e de pensões que se registra nas pesquisas de domicílios é uma aproximação válida à trajetória da proteção social, embora isto não seja um indicativo da qualidade ou do tipo de serviço de saúde aos que as pessoas efetivamente têm acesso. No caso da população pensionista, pode-se medir, por meio das pesquisas, a renda recebida sob este conceito, que indique as trajetórias laborais das pessoas e dos sistemas de pensões vigentes.

Entre os anos de 2002 e 2011, a cobertura da proteção social em saúde e pensões dos assalariados da América Latina cresceu, ainda que certamente com magnitudes diferentes e a partir de pontos de partida muito diversos (em um único país diminuiu levemente). Em matéria de filiação, essa evolução reflete uma dinâmica positiva do mercado de trabalho, mais reveladora ainda ao considerar que isso ocorreu no marco da recente crise financeira e econômica mundial, considerada a mais grave desde a Grande Depressão, e que, em alguns planos, repercutiu na região. De qualquer forma, em alguns países a cobertura continua sendo muito baixa.

Com a exceção de Honduras, a filiação dos assalariados a sistemas de saúde é maior do que a filiação a sistemas de pensões (veja gráficos 12 e 13). Pela alta correlação que existe entre estas duas coberturas, nos países onde se registra baixa cobertura esta se observa em ambas as dimensões. Por outro lado, os países que contam com maiores níveis de filiação a sistemas de pensões (de 76%, em média) mostram um nível de filiação à saúde em torno de 90% e vários deles têm sistemas de saúde que tendem à universalização mediante mecanismos contributivos e não contributivos. Os países com cobertura intermediária de filiação a pensões ostentam níveis mais variados de filiação à saúde, que, em média, chegam a quase 65% e se distribuem em uma faixa entre 49% e 75%; neste grupo, a grande exceção é a Colômbia, cuja cobertura em saúde aumentou de 53% em 2002 para 92% em 2011, ao passo que a de pensões experimentou um aumento importante, porém menor (de 16 pontos percentuais).

Como média de 16 países da região, as diferenças por gênero favorecem as mulheres assalariadas em ambos os pontos do tempo (2002 e 2011) e as melhorias quanto a acesso nos dois indicadores as beneficiaram em maior proporção. No entanto, se verificam importantes exceções a esta tendência: na Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Peru, República Dominicana e Uruguai —grupo que inclui alguns dos países de mais alta cobertura—, se registram menores níveis de filiação a sistemas de pensões, o que não sucede no caso dos sistemas de saúde, com a única exceção da República Dominicana. Por outro lado, as melhorias em ambos os indicadores no Chile, Colômbia, Guatemala e Honduras, proporcionalmente, favoreceram mais os homens.

No acesso aos sistemas de pensões e de saúde se observam notórias disparidades por quintis de renda. Do mesmo modo, ao considerar os níveis educativos surgem profundas brechas, embora apresentem tendências a diminuir, sobretudo em saúde. Entre as categorias extremas —assalariados com educação universitária frente a assalariados com educação primária incompleta— as diferenças nos níveis de filiação aos sistemas de pensões e de saúde são

de 55 e 40 pontos percentuais, respectivamente. Com relação às tendências de acesso por grupos etários, embora em todos os grupos se tenha registrado um aumento da filiação tanto a pensões como à saúde, o acesso em ambos os indicadores pode ser descrito como uma curva em forma de U invertida, porque tanto no começo como no final da vida ativa os níveis de filiação são menores. Isto resulta problemático, pois indica que entre os trabalhadores mais jovens se posterga a poupança para as pensões e que os idosos não recebem um pleno atendimento de saúde.

A distribuição da falta de cobertura na região provê uma base argumentativa para fortalecer políticas universais e com financiamento solidário, pois a falta de proteção afeta setores sociais ao longo de todo o espectro de renda, mesmo que, de forma clara, em magnitude e profundidade bem diversas. Este tema mostra a necessidade de velar pela eficiência e a qualidade dos sistemas de seguridade social e pela existência de vínculos adequados entre os benefícios e seu financiamento, fazendo com que os benefícios sejam atraentes e, em consequência disso, valorizados.

B. Alguns aspectos da filiação aos sistemas de saúde nos países

A filiação aos sistemas de saúde dos países de América Latina aumentou, em média, cerca de 12 pontos percentuais entre 2002 e 2011. As exceções as constituem El Salvador, que anotou um leve retrocesso, e Uruguai (áreas urbanas) que, com um nível já muito elevado em 2002 (mais de 98%), praticamente não registrou melhorias. Os avanços mais significativos se observaram na Colômbia, Equador (áreas urbanas), Peru e República Dominicana, onde se registraram aumentos que variaram de 21 a 39 pontos percentuais.

Destacam-se também a Argentina (áreas urbanas), Chile, Costa Rica, Panamá e Uruguai (áreas urbanas), que apresentam as maiores coberturas de saúde em ambos os pontos de tempo. A Colômbia mostrou em dez anos um avanço considerável, chegando a alcançar uma das filiações mais altas da região. Observam-se também esforços notáveis de ampliação no Equador (áreas urbanas), México, Peru e República Dominicana, que ostentam, no conjunto de países da América Latina, níveis intermediários de filiações; incrementos importantes na Argentina (áreas urbanas) e na Bolívia (Estado Plurinacional da), e mais moderados nos demais países. El Salvador, antes da reforma de saúde que se encontra em andamento, mostra uma evolução negativa e em Honduras há virtualmente uma estagnação num nível baixo de filiação. Lamentavelmente, nas pesquisas que foram consultadas não era possível distinguir a filiação à saúde no Brasil, que conta com um sistema universal.

Ao observar por separado a situação dos países em que há alta, média ou baixa filiação dos assalariados, se comprova que quanto mais baixa é a filiação global destes trabalhadores, mais postergados se encontram, em termos relativos, aqueles que trabalham em microempresas ou no serviço doméstico.

Em relação aos setores de emprego, se adverte que a filiação é maior entre os empregados públicos do que entre aqueles da empresa privada, o que se remete entre outras causas a problemas de evasão e a falhas de fiscalização dos mercados de trabalho. A filiação aos sistemas de saúde dos profissionais e técnicos de microempresas se reduziu (junto com a filiação aos sistemas de pensões) em quatro dos países com níveis de filiação mais baixos. A filiação à saúde do serviço doméstico (maior que sua filiação ao sistema de pensões) é claramente desvantajosa, mas mostra incrementos notáveis na Colômbia, Equador, México e Peru, e incrementos mais discretos em outros cinco países.

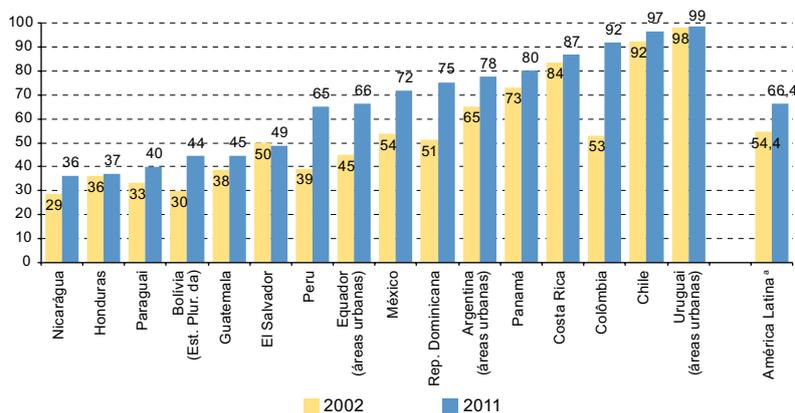
Nos 15 países em que se pôde analisar a filiação aos sistemas de saúde dos não assalariados, ressalta sua enorme defasagem em relação aos assalariados. As situações mais favoráveis se observam no Chile, Colômbia, Costa Rica e Uruguai. Mas mesmo dentro desse marco global de claro descompasso —com exceção dos países mais defasados em relação ao conjunto— a filiação dos não assalariados tem crescido nos últimos anos; os avanços mais notórios se registram na Colômbia e no Peru. A filiação das mulheres mostra uma situação de desvantagem que é menor no caso dos sistemas de saúde do que no de pensões.

Ao considerar a distribuição socioeconômica da filiação, se observa a desigualdade existente em matéria de proteção social entre os não assalariados. Os contrastes entre o primeiro e o quinto quintil de renda são muito claros, tanto na filiação ao sistema de pensões como na de saúde. Mas, até mesmo entre os assalariados se observa que quando a filiação média é mais baixa, ela está mais concentrada por renda. As brechas entre níveis de renda na filiação aos sistemas de saúde são menores que as na filiação a pensões e tendem a diminuir: a diferença de acesso entre o quinto quintil e o primeiro quintil era, em 2011, de quase 36 pontos percentuais, diferença que em 2002 chegava a ser de quase 44 pontos.

Embora os gradientes de não filiação se reduzam à medida que a renda aumenta, até mesmo no quintil de maior renda pode-se encontrar um contingente da população que não está filiada a qualquer sistema de saúde, tal como ocorre nos demais quintis. Isto sucede em magnitude algo menor no caso das pensões e com grandes variações entre países, e pode ser devido a algum tipo de contrato de trabalho ou bem poderia estar expressando uma autoseleção daqueles que voluntariamente se eximem de filiar-se porque se asseguram via mercado ou incorrem em gastos do próprio bolso. Se a seguridade social carece de barreiras de entrada e age como resseguro dos mercados privados, algumas pessoas podem tratar de migrar à seguridade social quando requerem prestações de saúde indispensáveis que não se encontram cobertas por seus planos de saúde ou quando os gastos do próprio bolso se elevam em demasia.

Com relação aos pensionistas, nos 14 países comparados, se destaca sua alta filiação aos sistemas de saúde, inclusive naqueles países onde a cobertura global da população se encontra postergada. Com uma única exceção, entre 2002 e 2011, a filiação à saúde dos pensionistas também se incrementou.

Gráfico 12
América Latina (16 países): filiação a sistemas de saúde dos assalariados de 15 anos ou mais, ao redor de 2002 e de 2011
(Em porcentagens)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas de domicílios dos respectivos países.
* Média simples de 16 países.

C. Alguns aspectos da filiação aos sistemas de pensões nos países

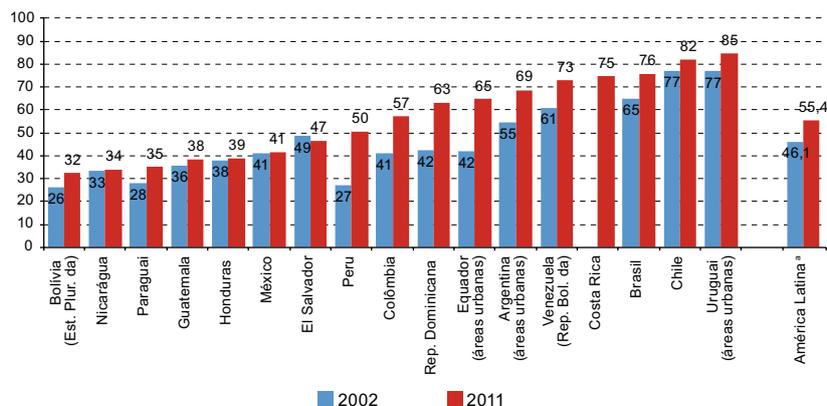
De acordo com os níveis atuais de filiação dos assalariados aos sistemas de pensões, podem-se distinguir três grupos de países. O de maior cobertura está composto por Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Uruguai (áreas urbanas) e Venezuela (República Bolivariana da), cujos níveis de filiação flutuam entre 68% e 85%. Os componentes do segundo grupo são: Colômbia, Equador (áreas urbanas), El Salvador, México, Peru e República Dominicana, países onde os níveis de filiação dos assalariados variam entre 41% e 65%. Finalmente, o grupo composto por Bolívia (Estado Plurinacional da), Guatemala, Honduras, Nicarágua e Paraguai que exibem menores níveis de cobertura, que flutuam entre 30% e 40%.

Na América Latina, entre 2002 e 2011, o acesso dos assalariados aos sistemas de pensões mostrou um aumento relativamente moderado, de um pouco mais de 9 pontos percentuais, alcançando 55,4% (média simples de 16 países). Os incrementos foram especialmente significativos nas áreas urbanas da Argentina, na Colômbia, nas áreas urbanas do Equador, no Peru e na República Dominicana, onde alcançaram patamares entre 14 e 23 pontos percentuais. Apenas em El Salvador se registra uma diminuição de 2 pontos percentuais, ao passo que em Honduras, México e Nicarágua as variações não são estatisticamente significativas (veja o gráfico 13).

As notáveis discrepâncias que exibem os níveis de filiação aos sistemas de pensões segundo a inserção laboral dos assalariados expressam diferenças na qualidade do emprego. A filiação é generalizada entre os empregados públicos: como média alcança quase 88% nos sistemas de pensões e um pouco mais de 90% nos sistemas de saúde, situação relativamente similar à que existia em torno de 2002 (embora se registrassem 7 pontos percentuais menos em cada caso). Entre os assalariados do setor privado que trabalham em empresas pequenas, médias ou grandes a

filiação cai a 66% no caso dos sistemas de pensões e a 73% no dos sistemas de saúde, mostrando uma melhoria maior entre 2002 e 2011. Entre os assalariados de microempresas, se registram níveis menores ainda (de 20% e 39%, respectivamente) e uma melhoria insignificante ao longo do período analisado. Observa-se inclusive uma maior postergação dos trabalhadores do serviço doméstico, composto principalmente por mulheres. Em contraste com o acesso aos sistemas de saúde, os avanços na filiação aos sistemas de pensões das categorias de emprego mais precário não foram significativos.

Gráfico 13
América Latina (17 países): filiação a sistemas de pensões dos assalariados de 15 anos ou mais,
ao redor de 2002 e de 2011
(Em porcentagens)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas de domicílios dos respectivos países.
 * Média simples de 16 países. Exclui aqueles países que não dispõem de informação para os dois anos considerados.

No grupo de países em que se pôde medir a situação dos não assalariados, se comprovou que a filiação às pensões é claramente excludente e desvantajosa para as mulheres; mesmo assim se observam incrementos da cobertura. Os países onde existe um maior nível de filiação deste segmento da população são Brasil, Chile, Costa Rica e Uruguai. Destaca-se um incremento importante da filiação masculina no Peru.

Como seria previsível, há diferenças notórias no acesso tanto a sistemas de pensões como de saúde segundo os quintis de renda. Em 2011, a diferença existente entre os níveis de filiação a pensões dos trabalhadores assalariados pertencentes ao quinto quintil e ao primeiro quintil de renda, como média dos países da América Latina, era de quase 49 pontos percentuais e mostrava um leve incremento em relação a 2002.

Contudo, as mudanças revelam que a distribuição socioeconômica da filiação a pensões se tornou um pouco menos regressiva em vários países, incluindo o México e El Salvador. A Costa Rica, seguida de longe pelo Uruguai, é o país onde se encontra a maior porcentagem de assalariados de menores rendas filiados a pensões. Em outros países se observa também uma importante ampliação relativa da cobertura dos setores de menor renda, como ocorre na Argentina, Brasil, Chile, Equador, Peru e República Dominicana. No Equador, os aumentos nos distintos quintis são mais parecidos, ao passo que no Estado Plurinacional da Bolívia, a participação do primeiro quintil em relação ao de maior renda também aumenta. De modo antagônico, em seis países aumentou a desigualdade nesta matéria.

Embora se observem grandes variações quando se comparam os países, sobressai o fato de que inclusive no quintil superior há um contingente que não está filiado a qualquer sistema de pensões. Também neste âmbito se adverte uma relativa falta de acesso nos quintis segundo, terceiro e quarto, em que os gradientes de desproteção variam muito segundo a condição socioeconômica, mas em nenhum caso comparável à desproteção do primeiro quintil de renda.

A filiação aos sistemas de pensões tornou-se menos regressiva na Argentina, Bolívia (Estado Plurinacional da), Chile, Colômbia, El Salvador, México, Peru e República Dominicana; na Costa Rica e no Equador o incremento é bem uniforme ao longo dos quintis de rendas, o mesmo que na República Dominicana, onde se observa uma maior progressividade ao considerar os quintis extremos. Na Bolívia (Estado Plurinacional da), Colômbia, Equador, Paraguai e Peru, se observam avanços importantes no acesso dos setores intermediários. Na Guatemala e no Uruguai, reduziu-se levemente a participação do quintil de menor renda.

D. Determinantes da filiação dos trabalhadores aos sistemas de pensões: uma análise multivariada

Como objeto de pesquisa e de referência para as políticas públicas, é importante conhecer os fatores determinantes da filiação aos sistemas de pensões. Com tal fim se realizou um exercício para individualizar o efeito de uma gama de variáveis explicativas da filiação dos trabalhadores entre 15 e 64 anos de idade, consideradas conjuntamente mediante estimativas a partir de modelos *probit* corrigidos por vieses de seleção.

Ao analisar os determinantes da filiação dos trabalhadores aos sistemas de pensões, entre os países se observam padrões em comum, mas também heterogeneidades. Em termos gerais, se identifica o papel determinante das características dos postos de trabalho. O fato de pertencer ao setor informal, exercer um trabalho de tempo parcial e ser um trabalhador por conta própria ou do serviço doméstico apresenta associações significativas com a menor probabilidade de filiação.

Também surgem padrões nítidos quando se consideram os ramos de atividade: os efeitos das variáveis que identificam os trabalhadores da construção, do comércio e da agricultura são significativos e negativos na maioria dos países, e exibem coeficientes relativamente elevados, indicando que sua probabilidade de filiação é significativamente menor que a dos trabalhadores industriais (categoria omitida). Em vários países centro-americanos, se identifica também um efeito negativo do setor de serviços.

Com relação às características pessoais dos trabalhadores, não se detecta um padrão claro que diferencie os homens das mulheres (controlando por outras características pessoais e do posto de trabalho). No grupo etário mais jovem (entre 15 e 29 anos de idade) a probabilidade de filiação é consideravelmente menor que no grupo de trabalhadores de 45 anos ou mais, em quase todos os países. Finalmente, a associação entre probabilidade de filiação e escolaridade resulta claramente positiva em quase todos os países (quanto maior seja a escolaridade, mais probabilidades de filiação há), mas existem diferenças entre eles em termos de magnitude e significância dos efeitos por patamares de escolaridade.

E. O acesso efetivo a pensões e seus níveis

Na maioria dos 16 países analisados, se observa que a proporção de pessoas de 65 ou mais anos de idade que têm acesso a pensões é relativamente baixa, e varia muito de um a outro. Nesse aspecto, o caso extremo é a situação existente em Honduras. Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica e Uruguai são os países onde este universo de pessoas está mais protegido, enquanto o Panamá ocupa uma posição intermediária. Aprecia-se, ademais, uma distribuição desigual segundo os quintis de renda, que é muito mais extrema nos países que ostentam as mais baixas coberturas de pensionistas. Nas idades mais avançadas, a porcentagem de pensionistas geralmente se incrementa.

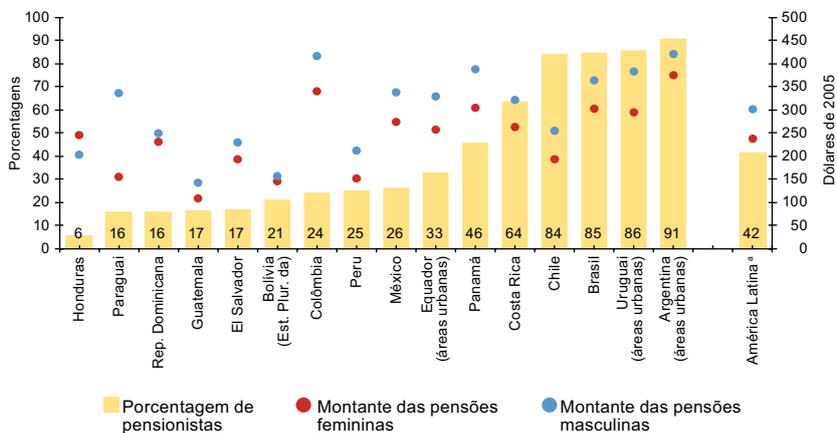
Com relação aos montantes das pensões, medidos em dólares de 2005, se observa que no quintil mais pobre as maiores altas se produzem no Brasil, Equador, República Dominicana e Uruguai, e se registram quedas em seis países. No quintil mais rico chamam atenção as diminuições ocorridas no Chile e na República Dominicana, possivelmente pela exposição ao risco financeiro dos sistemas de capitalização individual; no Chile os montantes das pensões dos segundo, terceiro e quarto quintil também se veem afetados em forma negativa, tendência sistemática que não se observa em qualquer outro país.

As mulheres recebem pensões mais baixas que os homens, o que pode atribuir-se às trajetórias laborais desvantajosas e ao formato dos sistemas de pensões, por exemplo, à aplicação de cálculos atuariais que pela maior esperança de vida da mulher reduzem o coeficiente entre a pensão paga e os últimos salários recebidos.

Gráfico 14

América Latina (16 países): pessoas de 65 anos ou mais que recebem pensões, tanto contributivas como não contributivas, e montante médio das pensões mensais, por sexo, ao redor de 2011

(Em porcentagens e dólares de 2005)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas de domicílios dos respectivos países.
^a Média simples de 14 países que dispõem de informação para 2002 e 2011.

V. Tendências recentes do gasto social e considerações econômicas, sociais e demográficas sobre o gasto em saúde

A. O gasto público social na América Latina e no Caribe

Até meados da década de 2000, a evolução do gasto público social foi altamente pró-cíclica. Na segunda metade da década, se iniciaram em vários países esforços sistemáticos por reforçar os programas sociais, em particular aqueles orientados à luta contra a pobreza, fato que marcou um primeiro ponto de inflexão no comportamento do gasto social. Esta tendência já se havia iniciado parcialmente em meados dos anos noventa em países que se afastaram da visão mais ortodoxa acerca das medidas de redução do gasto fiscal promovidas pelo Consenso de Washington (principalmente Brasil e México).

O crescimento mais acelerado do gasto social no segundo quinquênio da década de 2000 deveu-se, sobretudo, a políticas aplicadas para compensar diversos choques externos: o forte aumento dos preços dos alimentos e combustíveis em 2008; a alta dos preços internacionais de produtos básicos, que se havia iniciado em 2003; a crise financeira mundial, com suas maiores manifestações e consequências entre fins de 2008 e 2009; e a mais recente incerteza no contexto externo, devido à desaceleração do crescimento econômico mundial, que ainda se reflete em uma taxa de crescimento muito baixa nos países da União Europeia e na manutenção dos estímulos por parte da Reserva Federal dos Estados Unidos, à espera de uma redução da taxa de desemprego.

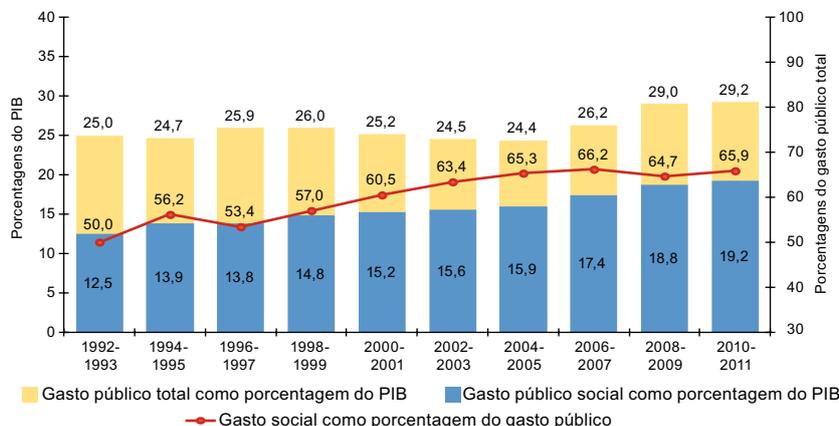
Os três momentos assinalados influíram em diferente medida na política fiscal e na política social. Ao reforço de alguns grandes programas sociais (de luta contra a pobreza e de fortalecimento da proteção social, principalmente no pilar solidário ou não contributivo) se somaram medidas de reorientação do gasto (e tributos) para evitar os efeitos regressivos do aumento de preços dos produtos básicos, em particular em 2007 e 2008. Depois de iniciada a crise financeira, os governos tomaram diversas medidas de estabilização da demanda interna, mediante o aumento do gasto público não social (investimento em infraestrutura) e, sobretudo, do gasto social.

Já desde inícios dos anos noventa se registrava um crescimento da prioridade fiscal do gasto social dentro do gasto público total, que passou de 51,2% no período 1990-1991 a 60,5% no período 2000-2001 e a 65,9% no período 2010-2011. Mas, algumas flutuações e incrementos da prioridade fiscal do gasto social estiveram mais vinculados a contrações do gasto público não social e, portanto, a diminuições relativas do gasto público total, principalmente entre 1999 e 2004.

A partir de 2010, se iniciaram em diversos países reformas fiscais, tanto pelo lado da receita como do gasto, para consolidar as finanças públicas, já que, depois de vários anos (2003-2008) de geração de superávits primários e redução da dívida pública, as medidas que envolviam um aumento do gasto público acarretaram déficits nas contas públicas. Embora as cifras de 2010 mostrem que nesse ano se mantivesse a tendência anticíclica de expansão dos gastos, houve um maior incremento do gasto público social e, em vários casos, quedas do gasto público não social.

Gráfico 15

América Latina e Caribe (21 países): evolução da participação do gasto social no gasto público total e do gasto público total no PIB, 1990-1991 a 2010-2011^a
(Em porcentagens do PIB e do gasto público total)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), base de dados sobre gasto social.
^a Média ponderada dos países.

Os dados de 2011 e os escassos dados disponíveis de 2012 (em sua maioria de orçamentos e não de execuções) evidenciam um freio da expansão do gasto social, mas que não necessariamente significaria uma diminuição absoluta dos recursos destinados aos setores sociais.

B. Evolução do gasto público em saúde

Ao longo dos anos noventa, o gasto público em saúde, tal como a maioria dos componentes do gasto público social —com a única exceção do gasto em seguridade social—, foi afetado por variações significativas, vinculadas à alta volatilidade do crescimento em grande parte deste período.

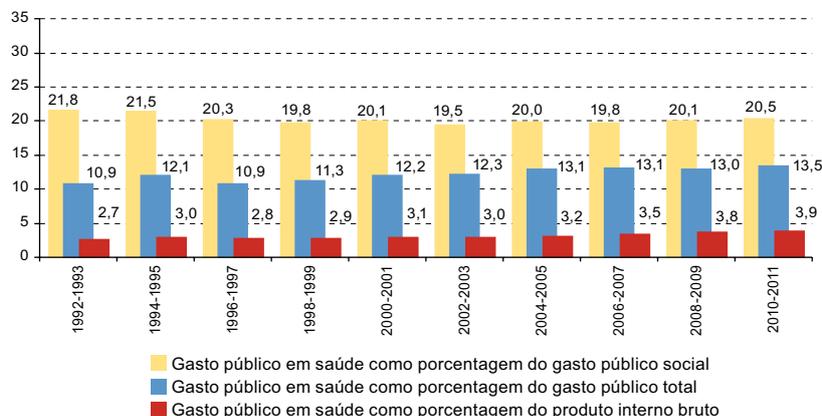
Para o conjunto de 21 países da região, as oscilações associadas os vaivens do ciclo econômico dos países entre 1991 e 2000 se traduziram em que um terço das execuções orçamentárias foi inferior ao gasto do ano anterior (57 episódios de queda do gasto e 110 de aumento absoluto do gasto). Ainda quando nem em todas as ocasiões se tenha registrado uma queda do produto interno bruto, mas sim uma diminuição do ritmo de crescimento, o certo é que na década dos noventa o gasto público em saúde esteve muito vinculado ao ciclo econômico; suas reduções ou estagnações ocorreram devido a que Estée tendeu a ser utilizado como fator de ajuste orçamentário ante as necessidades de contrair o gasto público o de mantê-lo frente a quedas reais ou projetadas da arrecadação fiscal. As diminuições afetaram nem tanto o gasto corrente (remunerações ou reposição de insumos) como o componente de investimento (construção e manutenção de hospitais e consultórios, aquisição de novas tecnologias, entre outros).

Como saldo da década de 1990, a prioridade macroeconômica do gasto público em saúde em nível regional (isto é, como porcentagem do produto interno bruto) aumentou de 2,8% no período 1990-1991 a 3,1% no período 2000-2001. Mas sofreu reduções notáveis no período 1992-1993 (queda de 2,8% a 2,7% do PIB) e principalmente no período 1996-1997 (de 3% no período 1994-1995 a 2,8%), como pode ser apreciado no gráfico 16. Estas variações negativas em nível regional se registraram mesmo num contexto de manutenção ou aumento do gasto público total, de modo que a participação do gasto em saúde no total se reduziu em várias ocasiões (ou seja, perdeu prioridade fiscal). Por outro lado, como as reduções do gasto público em saúde não foram devidas fundamentalmente a diminuições do gasto público social, os recursos destinados a saúde perderam participação dentro do gasto social em forma significativa, inclusive em contextos de expansão de outros gastos sociais como educação e seguridade social (veja o gráfico 16).

Desde meados da década de 2000, no marco de um aumento do gasto social e de sua defesa frente a vaivens econômicos, o gasto público em saúde veio ganhando estabilidade (isto é, perdendo pró-ciclicidade) para tornar-se mais inercial, principalmente em países com maior arrecadação fiscal, maior gasto total e, portanto, maior gasto social. Assim, desde o começo da década de 2000 se veio incrementando a prioridade macroeconômica do gasto em saúde, que, no período 2010-2011 chegou a representar 3,9% do PIB, aumento que fortaleceu a participação do gasto em saúde tanto ao interior do orçamento total, como naquele destinado aos setores sociais.

Gráfico 16

América Latina e Caribe (21 países): evolução do gasto público em saúde como porcentagem do PIB, do gasto público total e do gasto público social
(Em porcentagens)



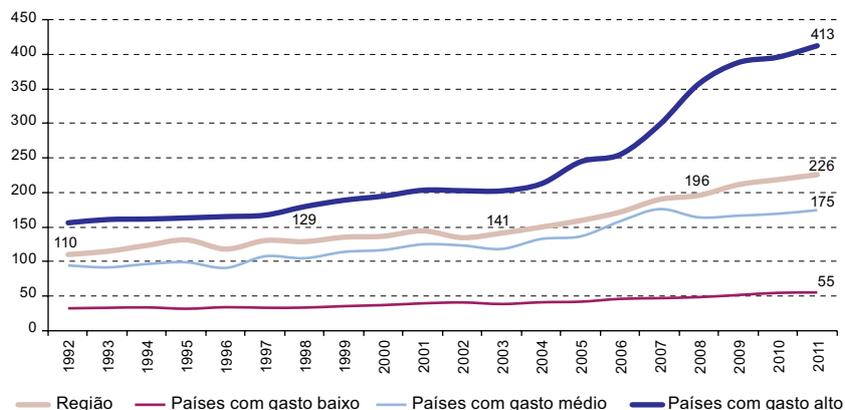
Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, base de dados sobre gasto social.

Frente à crise financeira e seu impacto nas economias reais da região, o setor público em saúde não foi majoritariamente castigado (apenas 10 eventos de redução orçamentária de um total de 53 eventos nos 21 países, entre 2008 e a última informação disponível). Embora não se lhe tenha injetado recursos, produto de uma política anticíclica explícita (por exemplo, de geração de emprego mediante um aumento do gasto em investimento), o setor foi de tal forma protegido que inclusive aumentou sua participação tanto no PIB como no gasto público.

No entanto, esse aumento não deve fazer com que se perda de vista a grande heterogeneidade que existe entre os níveis de gasto dos países. Ao redor de 2011, a média do gasto em saúde bordeou 226 dólares anuais por habitante, porém nos países de gasto alto (acima de 300 dólares per capita), como Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, Panamá, Trinidad e Tobago e Uruguai, chegou a 413 dólares. Nos países de gasto intermediário (entre 100 e 300 dólares per capita), como Brasil, El Salvador, México, Peru e Venezuela (República Bolivariana da), este valor foi da ordem de 175 dólares e nos países de gasto baixo (menos de 100 dólares per capita) se destinaram, em média, cerca de 55 dólares por pessoa (Bolívia (Estado Plurinacional da), Colômbia, Equador, Guatemala, Honduras, Jamaica, Nicarágua, Paraguai e República Dominicana). Enquanto no grupo de países com gasto per capita em saúde mais baixo se registrava um crescimento anual de 4,1% entre os anos 2000 e 2011, no grupo de gasto intermediário o ritmo de aumento anual foi de 4% e de 7,4%, no de gasto mais alto, o que ampliou a brecha entre os países quanto aos recursos públicos que se destinam ao setor (veja o gráfico 17).

Gráfico 17

América Latina e Caribe (21 países): evolução do gasto per capita em saúde, 1990-2011
(Em dólares de 2005)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), base de dados sobre gasto social.

C. O gasto do próprio bolso em saúde e seus efeitos no bem-estar

De acordo com a definição da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), os gastos em serviços de saúde que realizam os domicílios são de dois tipos. Os diretos, denominados gastos de próprio bolso em saúde, abarcam os desembolsos dos domicílios em itens como hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos, e são de caráter líquido, isto é, se deduzem deles os reembolsos que se recebem do sistema de saúde ou do seguro ao que se esteja filiado. Os gastos indiretos, por sua vez, se referem ao pagamento de planos de atendimento médico pré-pagos, seguros médicos privados e contribuições ao seguro público.

As famílias efetuam os pagamentos diretos de maneira fragmentada, geralmente ao prestador do serviço. Estes gastos dependem da capacidade de pagamento de cada família, de modo que fogem a uma lógica de solidariedade ou de diversificação dos riscos. Portanto, são uma das formas menos equitativas de financiar a saúde. A população encontra-se vulnerável, em diferentes medidas, ante a eventualidade de ter que incorrer em gastos do próprio bolso em saúde que afetam suas condições socioeconômicas. A vulnerabilidade se deve tanto à magnitude do gasto do próprio bolso como à capacidade de gasto da família.

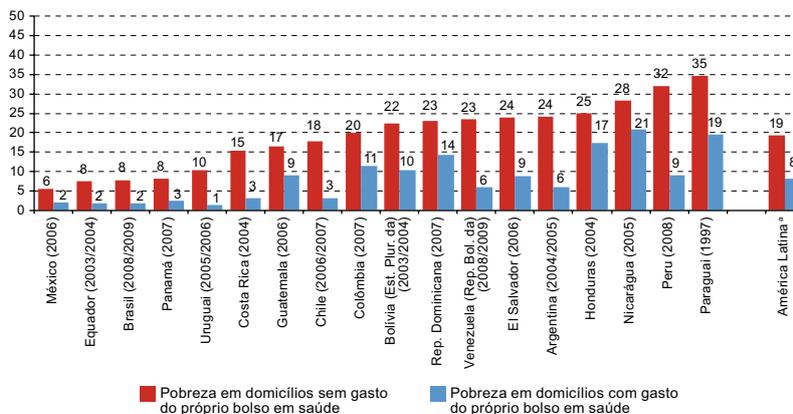
A proporção que os gastos do próprio bolso em saúde representam dentro do orçamento familiar e sua composição relativa, bem como as comparações entre grupos de renda, aporta valiosa informação sobre as opções de gasto dos domicílios e brindam sinais sobre o que ocorre em países com sistemas de saúde muito diferentes. A análise sobre como se relacionam os padrões destes gastos com as formas diversas de financiamento é um terreno ainda pouco explorado.

As pesquisas evidenciam a desigual capacidade com que contam os domicílios para enfrentar gastos que não estejam cobertos pelo seguro, em caso de eventos agudos ou crônicos de morbidade. Os gastos do próprio bolso em saúde em que incorrem as famílias num momento dado podem empobrecê-las, aspecto que se quantifica neste capítulo.

Outro indicador útil para estabelecer relações entre condições socioeconômicas e gastos do próprio bolso em saúde se refere à incapacidade de efetuar este tipo de gastos nos domicílios pobres. Certamente, a ausência de gastos em saúde nos domicílios pode obedecer a razões muito diferentes, tanto positivas como negativas: uma boa cobertura de saúde mediante sistemas públicos ou privados, ausência de eventos de morbidade no período, precariedade da renda do domicílio ou falta de acesso a crédito que impedem realizar gastos em episódios de morbidade ainda quando se careça de cobertura adequada. Se um domicílio tem limitadas possibilidades de gasto pelas últimas razões, não se observa o valor que expressaria sua necessidade real de gasto em saúde.

Neste sentido, chama a atenção que a incidência da pobreza (medida em comparação com a linha de subsistência) seja maior entre os domicílios onde não se registra gasto do próprio bolso, sobretudo nos países com baixas coberturas de seguro de saúde. Ao ter presente que estes domicílios, por suas condições socioeconômicas adversas, não costumam corresponder a uma população muito saudável, isso parece denotar que um contingente dos pobres tem reprimida sua capacidade de incorrer em gastos do próprio bolso em saúde.

Gráfico 18
América Latina (18 países): incidência da pobreza em domicílios com e sem gasto do próprio bolso em saúde
(Em porcentagens)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas de renda e gastos dos respectivos países.
^a Média simples dos países.

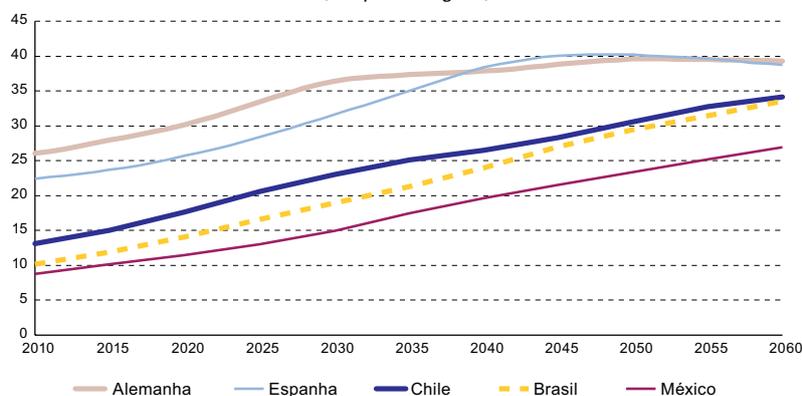
Considerando seu caráter alheio a uma lógica de solidariedade ou de diversificação dos riscos, seus efeitos negativos sobre o bem-estar e, em alguns casos, sua incerta eficiência (por exemplo, quando se originam nos altos preços dos medicamentos em determinados mercados), é importante que a redução dos gastos do próprio bolso em saúde seja visualizada como parte dos desafios que os países devem abordar no horizonte de uma proteção social mais universal e solidária.

D. Envelhecimento da população e trajetória futura do gasto em saúde

Na América Latina, o processo de envelhecimento da população iniciou-se depois que na Europa, porém em forma mais acelerada. Por sua vez, nos países da região se está alcançando um nível de crescimento econômico comparativamente alto, o que permite que se aumente o gasto em saúde para todos, mas especialmente para a população mais idosa.

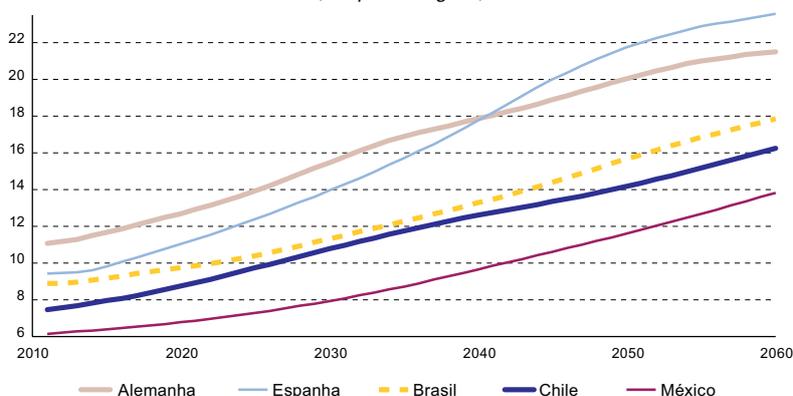
As contas nacionais de transferência são uma desagregação por idade, sexo e *status* socioeconômico das contas nacionais, que permite medir os fluxos entre grupos de população e determinar o papel que cumpre o mercado, o Estado e as famílias nestas relações econômicas. Utilizando esta metodologia, a medição do quanto se está gastando e se gastará por faixa etária evidencia quanto o envelhecimento populacional pressionará para cima o gasto destinado à saúde, o que incidirá num maior peso relativo deste gasto.

Gráfico 19
América Latina e Europa (países selecionados): projeção da proporção da população de 60 anos ou mais em relação ao total da população, 2010-2060
(Em porcentagens)



Fonte: Centro Latino-Americano e Caribenho de Demografia (CELADE)-Divisão de População da CEPAL, com base em Nações Unidas, *World Population Prospects: The 2012 Revision*, Nova York, 2012.

Gráfico 20
América Latina e Europa (países selecionados): projeção do gasto em saúde como proporção do PIB, 2015-2060
(Em porcentagens)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em resultados do modelo desenvolvido segundo o método de R. Lee e A. Mason (eds.), *Population Aging and the Generational Economy: a Global Perspective*, Cheltenham, Edward Elgar Publishing, 2011.

Bibliografia

- Alkire, Sabine e James Foster (2009), "Counting and multidimensional poverty measurement. Revised and updated", *OPHI Working Paper*, N° 32 [on-line] <http://www.ophi.org.uk/working-paper-number-32>.
- CEPAL/OIT (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe/Organização Internacional do Trabalho) (2013), "Avances y desafíos en la medición del trabajo decente", *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe*, N° 8 (LC/L.3630), Santiago do Chile, maio.
- CEPAL/UNICEF (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe/Fundo das Nações Unidas para a Infância) (2012), "Pobreza infantil en pueblos indígenas y afrodescendientes", *Documentos de Proyecto*, N° 477 (LC/W.477), Santiago do Chile.
- (2010), "Pobreza infantil en América Latina y el Caribe" (LC/R.2168), Santiago do Chile, dezembro.
- Cifuentes, L. e outros (2005), *Urban Air Quality and Human Health in Latin America and the Caribbean*, Washington, D.C., Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).
- Gordon, David e outros (2003), *Child Poverty in the Developing World*, Bristol, The Policy Press.
- Kaztman, Ruben (2011), "Infancia en América Latina: privaciones habitacionales y desarrollo de capital humano", *Documentos de Proyecto*, N° 431 (LC/W.431), Santiago do Chile, Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL).
- Minujin, Alberto, Enrique Delamónica e Alejandra Davidziuk (2006), "Pobreza infantil. Conceptos, medición e recomendaciones de políticas públicas", *Cuaderno de Ciencias Sociales*, N° 140, San José, Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO).
- UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) (2005), *Estado mundial de la infancia. La infancia amenazada*, Nova York. Publicação das Nações Unidas, N° de venda: S.05.XX.1.
- UNODC (Escritório das Nações Unidas contra a Droga e o Delito) (2011), *Estudio mundial sobre el homicidio, 2011. Tendencias, contextos, datos*, Viena.

