

# 5

## Pobreza, Política Social e Saúde na América Latina.

**Maria Cristina Gomes da CONCEICAO:** [cristinagomesmx@gmail.com](mailto:cristinagomesmx@gmail.com)

CV:<http://lattes.cnpq.br/2143353238328520>. Mestre/Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Doutora/El Colégio de México. Docente do Programa em Família na Sociedade Contemporânea/UCSal. Líder do GP População e desenvolvimento, famílias e direitos humanos/CNPq.

# BSTRACT RESUMO ABSTRACT RESUMO ABSTRACT

Resumo A transição demográfica na América Latina, mais rápida e tardia em relação à da Europa, se combina com o contexto socioeconômico e institucional, assim como com as políticas sociais. Na América Latina, as altas proporções de população que vive em pobreza e as desigualdades estruturais de gênero, geracionais, étnico-raciais e espaciais reproduzem o fato de que as pessoas pobres, indígenas, residentes em área rural e com menor nível educativo morrem mais cedo que seus correspondentes e têm um maior número de filhos, uma relação que se agudiza nos países mais pobres como Bolívia, Nicarágua e Honduras, conformando diferentes regimes populacionais e pirâmides populacionais muito distintas entre países e dentro de cada país. Apenas nos últimos 15 anos começam a se alcançar resultados na cobertura de serviços e diminuição da pobreza na maioria dos países da região, mesmo em um contexto de pós-crise econômica mundial. O objetivo deste trabalho é analisar estes contrastes e discutir as diferentes políticas sociais que estão sendo implementadas nos países da América Latina e Caribe, a partir de metodologia quantitativa descritiva, baseada em dados secundários de fontes internacionais, em alguns casos atualizadas com o resultado do censo de 2010, e dados administrativos do sistema de seguridade social e saúde. Destacam-se os casos de políticas de transferência condicionada no Brasil e no México, e alguns sistemas de seguridade social, sua cobertura e algumas características e regras de operação, que buscam ampliar a cobertura de serviços de saúde e pensões. Os resultados destacam o caso excepcional do Brasil, onde a reforma constitucional de 1988 universalizou o direito à saúde e ampliou o direito a receber pensões não contributivas aos trabalhadores rurais, em contraste com a maioria dos países da América Latina, onde se transpassou o sistema de pensões para contas individualizadas nos bancos privados, e no México, onde se criou um sistema de saúde contributivo econômico – o Seguro Popular, que continua utilizando os serviços de saúde da antiga Secretaria de Saúde, correspondente aos serviços públicos de saúde no Brasil. Em cada caso a cobertura da população se ampliou, mas ainda não se universalizou de fato, pelo menos no caso das aposentadorias e pensões, enquanto que na área de saúde a cobertura universal é uma realidade estabelecida por lei no Brasil, financiada diretamente pelo orçamento público e compartilhada com as contribuições dos trabalhadores formais, enquanto no México ela depende de uma nova contribuição das famílias para o sistema público de saúde. Apesar das reformas realizadas nas últimas décadas, a equidade na cobertura e a qualidade da atenção em saúde continuam sendo o grande desafio na região.

Palavras-chave pobreza, política social, saúde, América Latina e Caribe.

Abstrac

The demographic transition in Latin America was quicker and occurred later in relation to Europe, and combined with the socio-economic and institutional context, as well as social policies. In Latin America, the high proportion of the population living in poverty and under structural inequalities of gender, generation, ethnicity, race and available space replicate the fact that poor and indigenous people living in rural areas have a lower educational level and die earlier than their more advantaged counterparts and have a higher number of children. This relationship is stronger in poorer countries like Bolivia, Nicaragua and Honduras, forming different population regimes and very distinct population pyramids between countries and also within each country. In the last 15 years, most of the Latin American and Caribbean countries have increased the coverage of services and reduced poverty rates, even in a context of post-economic world crisis. The objective of this study is to analyze and discuss these contrasts between different social policies that are being implemented in the countries of Latin America and the Caribbean to reduce poverty, from a descriptive quantitative methodology and based on secondary data from international sources. The results of the 2010 census and administrative data from the social security system and health were used to update and complete data. The cases of conditional cash transfer policies in Brazil and Mexico are highlighted, as well as some systems of social security coverage and some characteristics and rules of implementation oriented to expand the coverage of health services and pensions. The results highlight the exceptional case of Brazil, where the 1988 constitutional reform universalized the right to health and extended the right to receive non-contributory pensions to rural workers, in contrast to most Latin American countries, where the contributions for pensions were transferred to individual accounts in private banks. In Mexico, a system of contributory health plan - the Seguro Popular - was created, corresponding to the public health system in Brazil, but continuing to use the health services of the former Health Secretary. In each case the population coverage expanded but has not yet become universal (at least in the case of pensions) while in health care universal coverage is a reality established by law in Brazil, funded directly by the government budget and shared with the contributions of formal workers (whilst in Mexico it depends on a further contribution of families to the Popular Social Security system and also by public financing). Despite the reforms undertaken in recent decades, equity in coverage and quality of health care remain the major challenge in the region.

Keywords

poverty, social policy, health, Latinamerica and the Caribbean.

A transição demográfica na América Latina, mais rápida e tardia em relação à da Europa, se combina com o contexto socioeconômico e institucional, assim como com as políticas sociais. Na América Latina, as altas proporções de população que vive em pobreza e as desigualdades estruturais de gênero, geracionais, étnico-raciais e espaciais reproduzem o fato de que as pessoas pobres, indígenas, residentes em área rural e com menor nível educativo morrem mais cedo que seus correspondentes e têm um maior número de filhos, uma relação que se agudiza nos países mais pobres como Bolívia, Nicarágua e Honduras, conformando diferentes regimes populacionais e pirâmides populacionais muito distintas entre países e dentro de cada país.

A maior parte dos países da ALC começou a segunda fase da transição demográfica a partir de 1940-1950, quando apresentavam as mesmas taxas de mortalidade que a Europa no ano 1900, mas uma fecundidade mais alta que a das populações européias no antigo regime (LIVI-BACCI, 1990). Entre 1950 e 1990 a esperança de vida passou de 50 a mais de 70 anos, e a fecundidade se reduziu à metade, passando de seis a menos de três filhos por mulher. Como resultado, as taxas de crescimento populacional alcançaram de 2 a 3% a.a. no período da denominada “explosão demográfica”, quando nasce a geração do atual baby boom em idade adulta e jovem da ALC.

As melhorias no saneamento e saúde e o acesso massivo à vacinas, antibióticos e métodos contraceptivos modernos ocorreram quase ao mesmo tempo, em poucas décadas, entre 1950 e 1970, acelerando estas mudanças nos cuidados e comportamentos, assim como as transições demográfica e epidemiológica na região.

ALC é o continente com maiores níveis de desigualdade socioeconômica e maior diversidade étnico-racial no mundo, e como resultado, estas transições ocorrem de acordo com as diversidades e desigualdades socioeconômicas e culturais existentes entre e dentro de cada sociedade. Os grupos pobres, indígenas, afrodescendentes e residentes de áreas rurais são historicamente excluídos de muitos destes benefícios da tecnologia de infraestrutura, saúde e higiene e dos métodos contraceptivos e, portanto, têm menor expectativa de vida e maior fecundidade. As mulheres da Bolívia, Nicarágua e Honduras vivem menos número de anos e têm mais filhos que as de outros países, da mesma forma que as pessoas pobres, indígenas e com menor nível educativo e residentes de áreas rurais, em todos os países da região (GOMES, 2007).

## POPULAÇÃO NA AMÉRICA LATINA E CARIBE

Em 2010, a população da ALC alcançou 586 milhões de pessoas, representando 8.6% da população mundial. Apesar de continuar aumentando em termos absolutos, seu peso relativo está se estabilizando, e alcançará seu máximo (8.8% da população mundial) nas próximas duas décadas, e começará a diminuir a partir de 2025. As taxas de crescimento da população da ALC e da Ásia diminuem mais rápido que as de outras regiões (UNDESA, 2010).

O Brasil e o México somam a metade da população da região, e ambos refletem as médias populacionais da AL. Contudo, os países

de menor extensão geográfica e populacional como Haiti, Guatemala e Honduras, Bolívia, Nicarágua e El Salvador são aqueles que apresentam as maiores taxas de mortalidade, de fecundidade e de crescimento, e alcançarão proporções cada vez maiores na composição populacional da região (UNDESA, 2010).

O país com estrutura de idade mais jovem é Haiti, seguido por Guatemala, Honduras, Nicarágua, Bolívia, Paraguai, El Salvador, Peru e Equador. Neste grupo de países, Guatemala, Bolívia, Equador e Peru concentram grupos indígenas numerosos em suas populações.

A população indígena da ALC reúne mais de 20 milhões de pessoas, distribuídas principalmente no México (8 milhões), Bolívia (mais de 5 milhões) e Guatemala (mais de 4 milhões); e os maiores pesos relativos dos indígenas se encontram nas populações da Bolívia (66%) e Guatemala (40%). Por outro lado, a população afrodescendente representa entre 20 e 30% da população da região (PNUD, 2010).

## POLÍTICA SOCIAL: SEGURIDADE E PROTEÇÃO EM SAÚDE, PENSÕES E TRANSFERÊNCIAS DE RENDA

Durante cinco décadas, de 1940 a 1990, na ALC foram criados os sistemas de seguridade social, que cobrem apenas uma parte da população, geralmente menos da metade, nas áreas de aposentadorias, pensões, acidentes de trabalho e saúde. A maioria das famílias é excluída dos sistemas formais e contributivos de seguridade social, geralmente circunscrito somente às famílias dos trabalhadores formais. Na maioria dos países coexistem até hoje programas de seguridade social contributiva e outra orientada à saúde, para as famílias dos trabalhadores informais e desempregados, e a assistência social para o alívio da pobreza. As desigualdades de renda e étnico-raciais se combinam com as de inserção em um trabalho formal, que condiciona o acesso diferenciado a cada uma destas políticas sociais, enquadrando direitos desiguais em instituições de cobertura e de qualidade diferenciados.

A grande maioria dos trabalhadores informais, os desempregados e suas famílias, em cujo grupo se concentram os residentes de áreas rurais, indígenas e afrodescendentes são deixados de fora dos direitos abrangidos por sistemas contributivos, e em alguns países, os sistemas de proteção dependem das decisões políticas suscetíveis a curto prazo, sujeitos a mudanças de governo e alianças políticas, muitas vezes sujeitos a revisão nos seus desenhos, cobertura e financiamento.

Os institutos de seguridade social, resultado da unificação dos antigos institutos de categorias de trabalhadores, são esquemas de contribuição tripartite (empregado, empregador e Estado) para financiar pensões e serviços de saúde para apenas cerca de 40% da força de trabalho da região, os trabalhadores formais, enquanto a grande maioria dos trabalhadores informais e suas famílias recebem diversos serviços de saúde através dos Ministérios e Departamentos de Saúde, com recursos limitados (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1985; GOMES, 1996). Por outro lado, a grande maioria dos trabalhadores informais foi também excluída dos sistemas financeiros, de poupança e de pensões. Neste setor informal estão concentrados principalmente mulheres, jovens, idosos, indígenas, afrodescendentes e migrantes, muitos dos grupos mais vulneráveis a riscos de saúde, com menor

escolaridade e maiores taxas de desemprego e da incerteza econômica em suas trajetórias de vida.

Este cenário é mais preocupante nos momentos de crises econômicas e ajustes macroestruturais com diminuição dos investimentos na política social, quando a "conta" das dívidas e das carências na proteção social pode ser debitada para as gerações seguintes de crianças e adolescentes, particularmente daquelas de famílias pobres que deixam a escola para trabalhar nos momentos de crises, pois suas famílias não têm os recursos para cobrir os gastos com seus estudos; ou para as meninas que não têm acesso aos serviços de saúde, bem como de saúde sexual e reprodutiva; ou para os seus pais, que perdem seus empregos e permanecem por longos períodos sem fontes de renda. Os resultados da perda desses direitos nos momentos das crises se tornaram mais fortes nos anos de 1990, quando essas gerações deixaram para trás seu desenvolvimento e foram excluídos das políticas de seguridade e proteção social.

No caso do Brasil, enquanto o censo de 1990 indicava que quase 60% da população economicamente ativa se encontrava no trabalho formal, depois de dez anos de políticas de ajuste com aumento do desemprego e precariedade laboral, no ano 2000 o censo mostrou uma inversão, e quase 60% da população economicamente ativa se encontrava em empregos informais ou desempregados, situação que somente volta a se inverter no censo de 2010.

Nos últimos 15 anos, os países da ALC têm-se recuperado parte dos efeitos indesejáveis do desemprego, precariedade laboral e de proteção social, através da reativação de políticas econômicas e sociais inclusivas. Mesmo com níveis de crescimento econômico não tão espetaculares como os da Ásia, a ALC foi o continente que respondeu melhor à crise de 2008; a região tem gerado empregos e implementado políticas inclusivas das populações nos mercados de trabalho e de consumo, nas políticas de transferências de renda focalizadas nas famílias pobres. Um diferencial relevante entre estas duas regiões é a contrarreforma implementada nos sistemas de pensões e de saúde da ALC para recuperar ou manter o bem-estar das famílias de trabalhadores formais e informais. Neste período recente, a maioria dos países logram alguns avanços na diminuição da pobreza através da diminuição do desemprego e das políticas de transferência de renda com corresponsabilidades das famílias nas áreas de educação e saúde, mesmo em um contexto de pós-crise econômica mundial. Alguns países, particularmente o Brasil e o México, começam a alcançar resultados positivos na ampliação de cobertura de serviços de saúde, mas seguiram diferentes caminhos e resultados na cobertura, qualidade e regras de operação dos programas de seguridade social.

A coordenação inter-setorial e a cobertura universal dos sistemas de seguridade e proteção social têm sido requisitos indispensáveis para a inclusão das populações excluídas dos sistemas formais de previsão e proteção social na ALC, que ainda deve avançar na garantia da cobertura com qualidade na atenção à saúde.

## SISTEMAS DE PENSÕES E APOSENTADORIAS: TRABALHO E SEGURIDADE SOCIAL.

Os países mais avançados na transição demográfica e com níveis mais elevados de educação também têm maiores taxas de

trabalhadores formais e funcionários que contribuem para o sistema de seguridade social (Chile, Uruguai, Costa Rica e Argentina têm mais de 50 por cento de pessoas empregadas e empregados contribuindo para estes sistemas). Brasil e México estão em uma fase avançada da transição demográfica. As taxas mais elevadas de cobertura do sistema de seguridade social são semelhantes nesses dois países, apesar de, nos últimos 15 anos, o Brasil voltar a aumentar as taxas de formalização e a ter mais de 50% da PEA formalizada. Por sua vez, o Peru, Paraguai e Bolívia também têm índices semelhantes, mas menos de 30% dos trabalhadores contribuem para um sistema de pensões e para a aposentadoria por idade. Isso se deve a que a cobertura dos sistemas de pensões depende não só do número de trabalhadores ou empregos gerados no mercado formal e informal de trabalho, mas depende também das regras e dos contextos institucionais em que funciona o sistema de seguridade social em cada país, que podem excluir ou incluir os trabalhadores informais.

No início de 1997, oito países latino-americanos implementaram reformas estruturais nos sistemas de pensões, alguns deles na modalidade de fundo público, que foi substituído por um outro de contribuição individual, totalmente financiado com gestão privada ou múltipla (Chile, Bolívia, El Salvador), enquanto que outros incorporaram ao programa anterior um componente integral do sistema misto (Argentina e Uruguai), e alguns deles criaram programas paralelos que eliminaram o setor público da seguridade social (Peru e Colômbia), enquanto que no México se desenvolveu um sistema múltiplo em que os fundos públicos e novos contribuintes foram passados para os bancos privados (MESA LAGO, 2000).

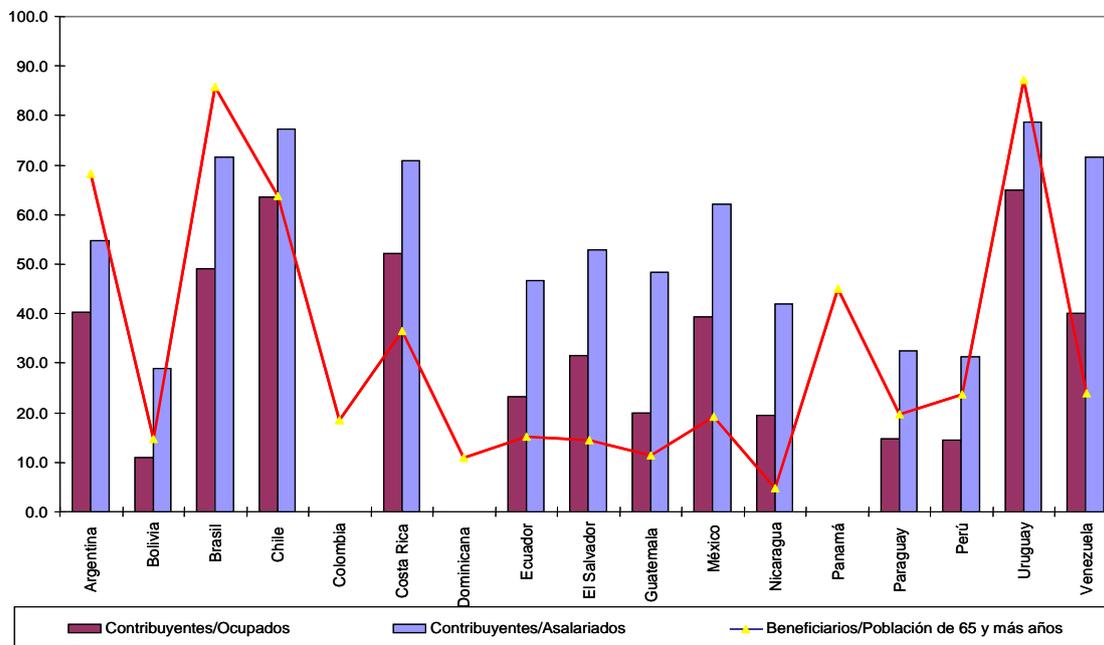
Depois destas reformas, a cobertura destes sistemas de seguridade social ainda é muito semelhante à dos sistemas anteriores, e continua dependente das características da economia e mercado de trabalho de cada país. Os sistemas de seguridade social recebem contribuições de 80 por cento da população economicamente ativa na Argentina, Chile e Uruguai, de 50% no Brasil e 38% no México e na Colômbia, 32% no Peru, 23% em El Salvador e 12% na Bolívia. A idade de aposentadoria varia entre 55/60 anos em El Salvador e 57/62 anos na Colômbia, até os anos 60/65 na Argentina, Chile, Uruguai e 65 no México e na Bolívia (MESA LAGO, 2000).

No entanto, a relação entre contribuintes e pensionistas apresentam contradições aparentes. Da população acima de 65 anos, 80 por cento são aposentados no Brasil e no Uruguai, mas apenas 60 a 70% estão aposentados no Chile e Argentina, menos de 40% se aposentam na Costa Rica, e menos de 20% na Colômbia, México, Guatemala, El Salvador, Equador, Bolívia e Nicarágua. No Brasil, Argentina e Uruguai, a proporção de idosos aposentados são maiores que as de contribuintes. No Brasil, isso se deve à reforma constitucional de 1998, que garantiu a pensão universal e criou um regime não contributivo para os trabalhadores rurais. Também os trabalhadores informais do Brasil, incluindo os trabalhadores domésticos, têm planos especiais para contribuição de aposentadoria e muitos deles participam do sistema e se aposentam. Enquanto na Argentina e no Uruguai, os trabalhadores auto-empregados são obrigados a participar, no Chile não o são, e têm planos especiais aos que podem aceder, mas podem optar por não contribuir ou não (Gráfico 1).

Em todos os outros países a proporção de pensionistas é muito inferior à dos contribuintes na força de trabalho. Isso ocorre porque as regras dos sistemas de seguros, tais como Chile e México não são atraentes, e restringem o acesso a pensões por grande parte dos contribuintes independentes e residentes em áreas rurais.

Gráfico 1

Sistema de Seguridad Social, Taxas de Cobertura entre trabalhadores contribuintes em relação aos ocupados e aos assalariados, e taxa de cobertura de aposentados e pensionados (beneficiários) em relação à população maior de 65 anos.

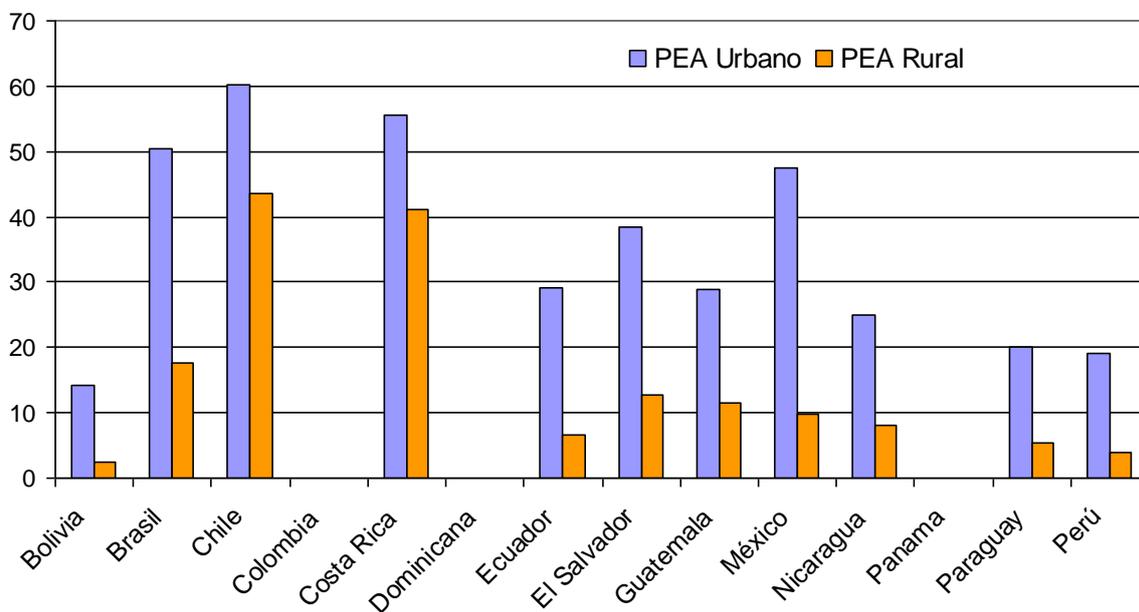


Fonte: Estimaciones propias, basadas en Rofman e Carranza, 2005

A cobertura dos sistemas de seguridad social apresenta enormes diferenciais entre a PEA urbana e rural. Em quase todos os países as áreas urbanas da região concentram a grande maioria dos contribuintes, enquanto as áreas rurais estão praticamente desprovidas de sistemas de pensões, exceto no Chile e Costa Rica (Gráfico 2).

Gráfico 2

População Economicamente Ativa, Taxas de cobertura dos sistemas de seguridad social por local de residência. (Contribuyentes / SPA)

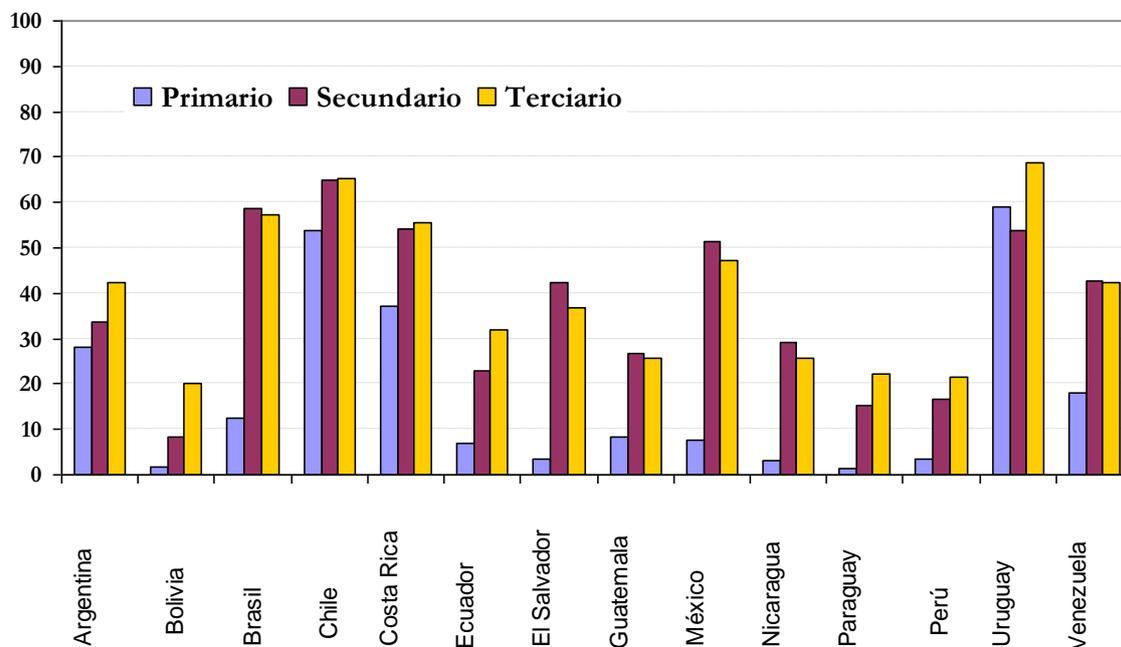


Fuente: Elaboración propia con base en Rofmna, R. (2005)

O diferencial entre áreas rurais e urbanas correspondem à cobertura da segurança social desigual nos diferentes setores da economia. Os setores secundário e terciário, mais presentes em áreas urbanas, têm maiores taxas de contribuintes muito mais elevados do que o primário. Diferenciais são pequenos só no Uruguai, Chile, Argentina e Costa Rica. Em todos os outros países, setores econômicos desenvolveram proporções duas a cinco vezes mais elevados de contribuintes da previdência social para o setor primário, mais concentrado no campo (Gráficos 3 e 4).

Gráfico 3

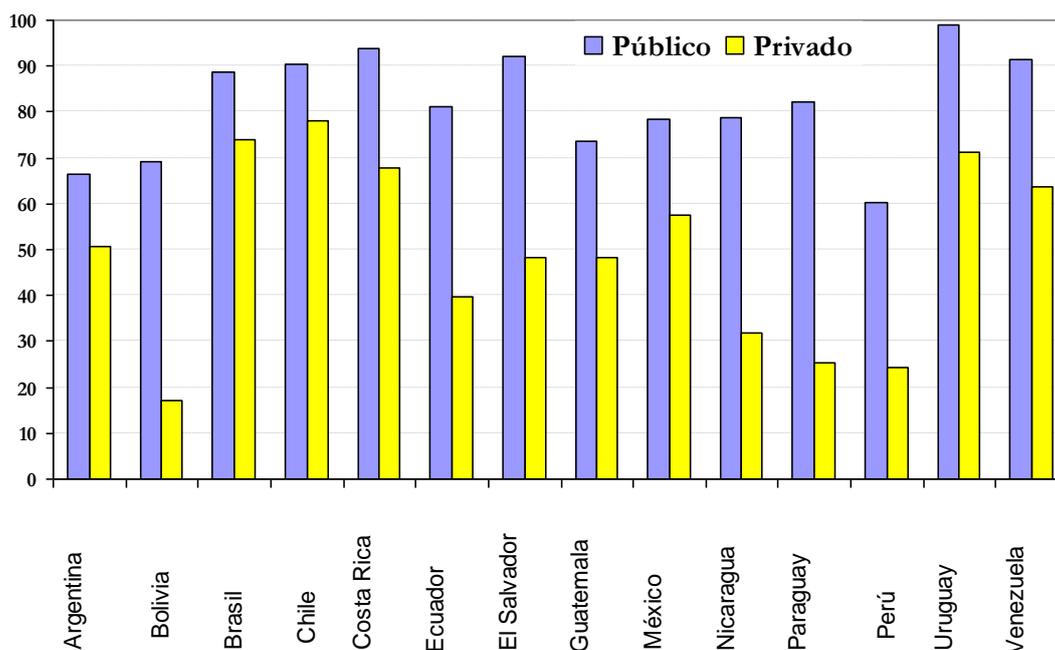
Taxas de cobertura SSS de funcionários por setor da economia (Contribuintes / pessoas ocupadas)



Fuente: Elaboración propia con base en Rofman, R. (2005)

Gráfico 4

Cobertura do sistema de Seguridade Social, público e privado.



Fuente: Elaboración propia con base en Rofman, R. (2005)

Em todos os países, a cobertura da seguridade social é maior entre os funcionários públicos que no setor privado. Entre os trabalhadores, aqueles que contribuem para o sistema de segurança social do setor público são 90% ou mais no Uruguai, Costa Rica, El Salvador, Venezuela, Chile e Brasil. Os trabalhadores do setor público também contribuem com 80% no Paraguai, Equador, Nicarágua e México. A menor cobertura ocorre no Peru (60%), Argentina (65%), Bolívia (70%) e Guatemala (73%).

Os trabalhadores do setor privado que mais contribuem para o sistema de seguridade social são os do Chile, Brasil, Uruguai, Costa

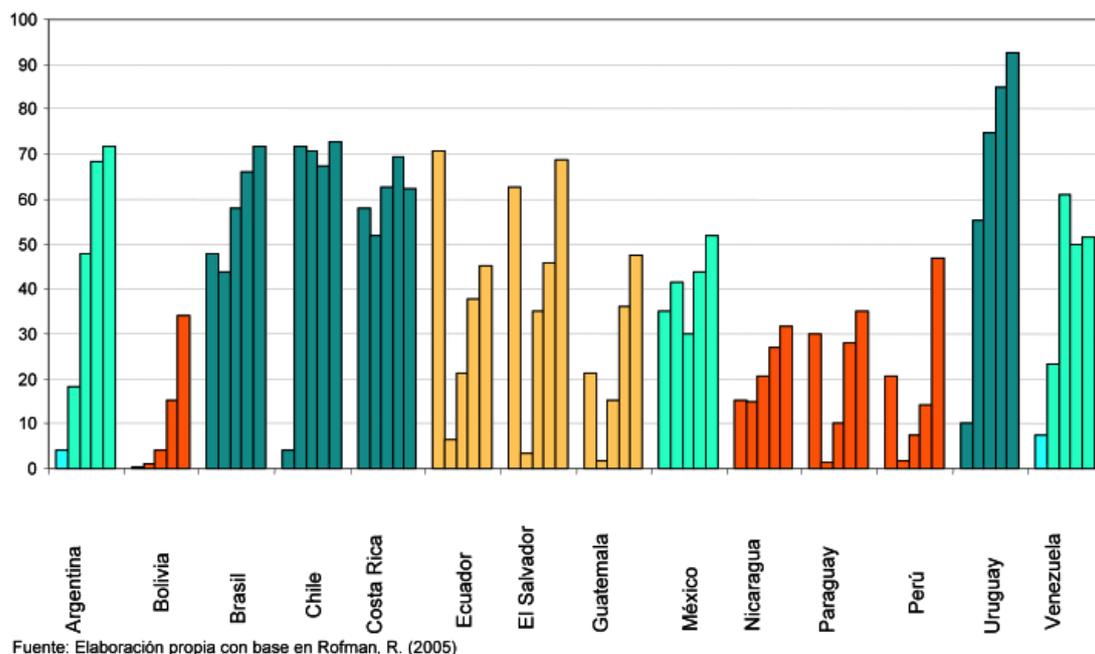
Rica e Venezuela (60 a 80%), e os que menos contribuem são os da Bolívia (18%), Peru e Paraguai (25%), Nicarágua (30%), Equador (40%), El Salvador e Guatemala (50%).

## O EMPREGO INFORMAL E A POBREZA

A cobertura dos sistemas de seguridade social por níveis de pobreza mostra que a desigualdade social e a exclusão dos pobres nesses sistemas é uma regra na maioria dos países. Na Argentina, Chile, Uruguai e Venezuela, a grande maioria dos trabalhadores com renda mais alta tem acesso ao seguro, enquanto aqueles localizados em quintis de renda mais baixa são praticamente excluídos na maioria dos países. A exclusão dos pobres não é necessariamente relacionada com a baixa cobertura de todo o sistema. Por exemplo, na Bolívia, com uma cobertura de apenas 20% dos trabalhadores, também há uma distribuição extremamente desigual da renda, com exclusão dos trabalhadores mais pobres (Gráfico 5).

Gráfico 5

Taxa de cobertura do Sistema de Seguridade Social empregados por quintil de renda (contribuintes / pessoas ocupadas)



Fuente: Elaboración propia con base en Rofman, R. (2005)

As experiências recentes de inclusão de grupos pobres nos sistemas de proteção social demonstram que nos países de maior cobertura do sistema contributivo, como o Brasil, a aposentadoria rural não contributiva é viável. A partir da reforma constitucional de 1988 e da reforma do sistema em 2008, o direito a uma pensão não contributiva para o trabalhador rural de baixa renda ampliou a cobertura progressivamente, primeiro para 40% e logo para 60% da população.

**POLÍTICAS DE TRANSFERÊNCIAS CONDICIONADAS DE RENDA FOCALIZADAS NOS GRUPOS POBRES.**

As políticas econômicas de equilíbrio financeiro procuram eliminar ou reduzir os subsídios nos preços dos alimentos, aumentar a renda e o consumo, e reduzir os gastos do governo, com o objetivo de reduzir os déficits fiscais e restaurar o equilíbrio macroeconômico. Embora estes resultados sejam importantes para manter a inflação baixa e garantir o poder de compra dos pobres em produtos básicos, por outro lado, estas políticas, quando aplicadas sem acompanhamento adequado de políticas sociais, podem criar vulnerabilidades e desafios para a população não devidamente inserida no mercado, e aumentar os níveis de pobreza.

Confrontado com estes resultados indesejáveis, os países latino-americanos desenvolveram reformas políticas sociais e novos mecanismos para reduzir a pobreza. No entanto, os novos programas têm impulsionado projetos diferentes, implementação e formas de avaliação, com diferentes resultados e impactos sobre os indicadores de pobreza em cada país e região.

Programas desenvolvidos buscam fornecer apoio direto a grupos vulneráveis e/ou pobres para aumentar o acesso a alimentos e outras necessidades básicas. Estes projetos são baseados em conceitos diferentes sobre como reduzir a pobreza e diferentes tipos de benefícios. Os dois aspectos principais são a entrega direta de alimentos, e o conceito de liberdade de escolha do beneficiário através da entrega de dinheiro ou transferência de renda. O conceito de pobreza desenvolvido por Amartya Sen (2000), baseado na promoção das capacidades dos indivíduos, remete à ideia de pobreza multidimensional e sinergia de ações inter-setoriais nos programas para reduzir a pobreza, que, além da transferência de renda, também cobre corresponsabilidades das famílias nas áreas da educação, saúde e emprego. Como resultado, têm sido desenvolvidos sistemas de benefícios e compromissos mistos para a redução da pobreza.

A implementação de programas tradicionais de corte universalista supunham que a melhor maneira de reduzir a pobreza era o fornecimento de rações alimentares para reduzir a desnutrição e, como resultado, melhorar os níveis de saúde da população. Exemplos destes programas nutricionais são o *Vaso de Leche* no Peru, *Nutrição* para crianças menores de cinco e mulheres grávidas na Bolívia, e os diversos programas de café da manhã e almoço escolar em muitos países da região, entre outros. Muitos destes programas continuam existindo, principalmente os de merenda escolar. Entretanto, os programas de entrega direta de alimentos nas residências das famílias pobres foram paulatinamente substituídos pelos de transferência de renda, que permitem maior flexibilidade para as famílias decidirem quais são os produtos que elas precisam adquirir a cada momento, e em que quantidade, inclusive alimento, vestuário, calçado, material escolar, etc., Estes programas predominaram e se multiplicaram na região nas últimas duas décadas. Este é o caso de *Oportunidades* no México, o *Bolsa Família* no Brasil, entre outros.

Outras estratégias para redução da pobreza se concentraram na geração de emprego, tais como *Chefes de Famílias* do programa na Argentina, *Primeiro emprego* no Chile, e vários programas de microcrédito para pequenas empresas familiares em vários países da ALC. No caso do Brasil, o programa de aposentadorias e pensões rurais.

Finalmente, todas as estratégias de redução da pobreza podem combinar entrega de transferências em dinheiro, bens ou alimento, incentivos para o emprego, e ao mesmo tempo pacotes básicos de serviços em educação, habitação, infraestrutura, saúde, entre outros. Para maximizar os resultados, muitos dos programas declaram sua intenção de coordenação com outras políticas sociais. Alguns dos programas incorporam o desenvolvimento e expansão da infraestrutura básica e educação em saúde, água e saneamento, especialmente visando as comunidades rurais que vivem na pobreza, enquanto outros estabelecem exigências para os beneficiários que cumprem as metas de educação, saúde e nutrição.

Esta diversidade de estratégias sociais para reduzir a pobreza na América Latina convida a refletir sobre a ligação real entre os conceitos levantados, a concepção e implementação de programas e uma avaliação dos resultados, limites e alcance de cada um deles.

Uma pesquisa-seminário realizada pela FLACSO-México comparou pelo menos quatro programas de redução da pobreza com maior cobertura na Argentina (*Chefes de Família*), Brasil (*Bolsa Família/Fome Zero*), México (*Oportunidades*) e Peru (*VDL*). (GOMES, 2006).

O programa *Chefes de Família* da Argentina se baseava no suposto de que o desemprego e a pobreza são resultado da aplicação indiscriminada de políticas de ajuste estrutural, e por isso devem ser imediatamente reduzidos. Isso também significa que em situações de crise econômica, programas para reduzir a pobreza devem fornecer a política de emergência social com o objetivo de reduzir rapidamente a pobreza e o desemprego. Para isso, os chefes de família desempregados e pobres, com filhos em idade escolar, receberam transferências de renda em troca de prestação de trabalho social ou conclusão de graus de ensino, com a ideia de promover a superação das causas da pobreza, mais os seus efeitos imediatos e futuros.

O programa *Bolsa Família* no Brasil teve uma primeira experiência no programa *Bolsa Escola* e uma série de outros programas pulverizados e de baixa cobertura implementados na década de 1990. Como parte da estratégia global do programa *Fome Zero*, o programa *Bolsa Família* expandiu sua cobertura progressivamente até cobrir a quase totalidade das famílias que vivem em pobreza no país, e se concentrou na entrega dos benefícios em dinheiro para famílias com crianças, para que elas pudessem ir à escola em vez de trabalhar. Para atingir este objetivo, a entrega da transferência de renda está condicionada ao acesso à educação básica e sistema de saúde, e a racionalização dos recursos se realiza através de um cadastro único para evitar a duplicação de benefícios a uma mesma família. Uma combinação de programas como o *Fome Zero*, *Bolsa Família*, de seguridade social não contributiva para trabalhadores rurais, *Luz para Todos*, entre outros, levaram a um crescimento de 2.7 pontos percentuais no gasto público do governo entre 1995 e 2005, tanto a nível federal, como estadual e municipal (IPEA, 2008).

O Programa *Oportunidades* do México, antigo *Progresá*, se implementa desde 1997 e adota o conceito de pobreza como falta de renda e de desenvolvimento humano, e também combina a entrega de transferências condicionadas à assistência aos serviços de saúde, educação e nutrição. Da mesma forma que o programa *Bolsa Família*,

o programa *Oportunidades* entrega a transferência de renda em troca da corresponsabilidade de investimento em capital humano pelas famílias (frequência escolar, serviços de saúde, alimentação e nutrição), particularmente pelas mulheres, com base em estudos anteriores que mostram sua maior probabilidade de aplicar os recursos no desenvolvimento humano dos membros das famílias.

Como na Argentina, essa ideia embutida nas políticas de transferências de renda condicionadas e focalizadas nas famílias pobres, visa prevenir as causas da pobreza, em vez de apenas combater os seus efeitos, e também pretende quebrar o ciclo intergeracional da pobreza, mas através da corresponsabilidade das famílias com a prestação de trabalhos no setor público, como compromisso para receber a transferência de renda.

Por outro lado, o antigo e extinto programa *Vaso de Leche* no Peru era baseado no conceito de insegurança alimentar, e reconhecia também que a pobreza é a sua principal causa. Como outros programas implementados na ALC desde os anos 1960, se entregavam refeições, serviços de saúde e educação sem um cadastro das famílias ou condicionalidades. Este conceito é baseado em indicadores de deficiência nutricional da gravidez, que causa a atrofia do crescimento e desenvolvimento das crianças. O Estado reconhece que é preciso incentivar a transferência de renda e / ou alimentos como subsídios para o investimento social e para ampliar as oportunidades e as capacidades dos pobres. Mas, na prática, o programa fornece quase exclusivamente leite às famílias com crianças pequenas e, em alguns poucos casos, outros alimentos ou apoio monetário. Estes programas foram superados pela opção de transferência direta de renda, que permite às famílias adquirirem os bens necessários a cada momento para garantir o bem-estar de cada um dos seus membros, particularmente as crianças.

Os primeiros três programas são de responsabilidade de um ministério do governo federal, tanto na sua concepção e implementação e avaliação, enquanto a participação da sociedade civil ocorre através da integração à comitê. Em contraste, no Peru, embora o programa fosse coordenado pelo Ministério das Finanças, a população das cidades participava como implementadora do programa: as mulheres responsáveis pelo programa não eram funcionárias do governo, mas as famílias selecionadas se cadastravam, recebiam e distribuíam o leite e outros alimentos, e se organizavam nos *Comitês de leite*, que eram organizações de base, descentralizadas, semi-institucionalizadas há mais de um século e presentes em quase todos os municípios.

Na Argentina e no Brasil, o governo federal tem um registro dos beneficiários. Mas na Argentina, o programa teve um bloqueio e não se permitiu a entrada de novos beneficiários, enquanto no Brasil não há controle de entrada e saída de beneficiários, mas uma busca ativa através de agentes sociais nos municípios para identificar famílias pobres ainda não incluídas no programa. No México há um registro no qual as famílias são re-certificadas a cada dois anos. Ao contrário, no programa *Vaso de Leche*, nem o governo federal nem o municipal tinham qualquer registro de beneficiários. Existiam apenas listas que eram conhecidas e geridas apenas pelos comitês locais de mulheres implementadoras e voluntárias do programa. Portanto, os

programas de transferência de renda significaram também um grande avanço nos mecanismos de gestão dos programas sociais na ALC.

Quanto ao corte de gênero, na Argentina não se estabelecia uma preferência explícita para as mulheres no Programa *Chefes de Família*, mas na prática, mais de 60% dos beneficiários eram mulheres. No Brasil não há preferência por sexo, mas para os grupos étnico-raciais: os indígenas e afrodescendentes têm facilidades especiais no momento da seleção, dado terem menor cobertura de registro civil, sendo este uma espécie de critério inclusivo deste benefício entre os componentes do programa.

No Brasil e no México há um viés de gênero claro: os benefícios são entregues para mulheres. No México, adicionalmente, as bolsas de estudo para meninas têm um valor mais alto, e as avaliações externas indicam que atualmente as meninas pobres já alcançaram o mesmo nível de assistência escolar no ensino primário e secundário, comparadas com os meninos, e por isso as bolsas já se equipararam por sexo. No programa *Vaso de Leche*, a seleção também dava preferência a mulheres como beneficiárias, especialmente às mães pobres grávidas e lactantes, além de promover a capacitação e organização das mulheres em suas localidades. Entretanto, são observados conflitos entre as mulheres que administravam e as que eram somente beneficiárias do programa.

Com relação às sinergias com outras políticas sociais, na Argentina o programa *Chefes de Família* estava definido para fornecer administração de beneficiários e os níveis de trabalho social da comunidade e/ou total de educação e formação profissional para facilitar a re-emprego, através de acordos estabelecidos entre o Estado e empresas. Ele também mantinha o controle de resultados em termos de redução do desemprego. No Brasil e no México há obrigatoriedade de que toda a família atenda aos serviços de saúde e palestras de educação alimentar e de saúde sexual e reprodutiva, e de que as crianças frequentem a escola. No México não há realmente uma assistência de seguimento às negociações e consultas de saúde e assistência à crianças em idade escolar, porque o programa inclui, desde o seu desenho, mecanismos explícitos de avaliação, e por isso se pode identificar o impacto do programa, particularmente sobre a frequência escolar, estado nutricional, equidade de gênero e assistência aos serviços de saúde. No entanto, os resultados na área da saúde são ambíguos, e considera-se que este é o principal desafio para o programa nos próximos anos: as corresponsabilidades na área de saúde não se resumem simplesmente ao “dever” cumprir com esta condicionalidade, mas deveriam lograr resultados e contornar mecanismos indesejáveis no campo da saúde, como alguns casos de manipulação da transferência de renda por parte dos funcionários públicos do setor saúde. Finalmente, no Peru não havia nenhum tipo definido de responsabilidade ou supervisão dos benefícios ou dos beneficiários, o que contribuiu para uma avaliação negativa e finalização do programa.

Finalmente, no que diz respeito à cobertura, na Argentina, o programa abrangeu 2 milhões de pessoas em 2005, correspondendo a 7,6% da população total e 100% de toda a população pobre e desempregada do país. Posteriormente, 600 mil beneficiários deste programa migraram para o *Programa Famílias*, baseado na transferência de renda para famílias pobres, sob responsabilidade do

Ministério de Desenvolvimento Social; e 100 mil migraram para o Seguro de Capacitação e Emprego, do Ministério do Trabalho.

No Brasil, o programa *Bolsa Família* abrange atualmente 13 milhões de pessoas, correspondendo a 6,7% da população e 72% das famílias pobres do país. No México, o programa abrange 25 milhões de pessoas, 25% da população total e 100% das famílias extremamente pobres. No Peru, o programa abrangia 5 milhões de pessoas, 20% da população total, e entre 14 e 28% dos pobres, dependendo do indicador de pobreza utilizado.

No Brasil e no México, onde se procura estabelecer sinergias entre as políticas de redução da pobreza e promoção da saúde, já começam a ser observados resultados satisfatórios no setor educação. Entretanto, é muito mais complexa a avaliação da qualidade dos serviços prestados aos pobres nas áreas da saúde e da educação. No México, tem-se dado prioridade à saúde sexual e reprodutiva. Por um lado, palestras obrigatórias são oferecidas a cada seis meses para os beneficiários, incluindo temas como câncer de colo do útero, a contracepção, cuidados de crianças e mulheres grávidas, entre outros. Mas nos últimos anos tem-se reforçado a educação em nutrição, havendo já estudos que indicam um impacto positivo na redução da obesidade infantil e em adultos beneficiários do programa, comparados com os não beneficiários.

No caso do setor saúde, todos os membros da família devem receber pelo menos uma consulta médica anual para a família continuar a receber o benefício econômico. No entanto, avaliações de resultados de saúde, particularmente na área da saúde sexual e reprodutiva, são muito ambíguas e não conclusivas. Finalmente, a avaliação do componente para idosos indicaram que a grande maioria das mulheres com mais de 70 anos que são beneficiárias do programa, mesmo depois de sua primeira consulta obrigatória, nunca realizou uma revisão de preventivo de câncer de mama ou câncer de útero, nem havia recebido o pacote de saúde básico que garante o programa.

O principal obstáculo para cumprir essas responsabilidades na área da saúde tem sido a estrutura do setor, e ainda que sejam claramente estabelecidos os mecanismos de monitoramento, a sinergia e a avaliação de alguns dos programas de redução da pobreza não conseguiram quebrar todas as barreiras enfrentadas pelas mulheres pobres para aceder aos serviços de saúde e de saúde reprodutiva de qualidade.

O Chile também apresenta uma história de políticas sociais inovadoras que começa em 1990, o *Fundo de Solidariedade e Investimento Social*, FOSIS, que se modificou em 1994 para o Programa *Chile Barrio* em 1994 e em 1998 para um *Programa de Reinserção Laboral*, e em 2001 se cria o *Programa Puente* e finalmente o sistema *Chile Solidário*, que inclui transferências de renda, para erradicar a pobreza extrema de 210 mil famílias ou 850.000 pessoas, estabelecendo 53 condições mínimas que incluem também pensões de invalidez, de velhice, e subsídio para água potável e habitação (CHILE, 2013).

Portanto, além de concepção sinestésica destes mecanismos, é essencial que os governos desenvolvam mecanismos claros e eficazes para o controle da qualidade dos serviços de educação e de saúde que são entregues à população, além da articulação entre as políticas de infraestrutura, habitação, trabalho e seguridade social. A inclusão e

empoderamento das mulheres pobres, indígenas e afrodescendentes não ocorrerá através da melhoria de sua renda ou da simples obrigação para que participem de discussões educativas e de consultas médicas. É necessário estabelecer corresponsabilidades, mecanismos de transparência e responsabilização pelos funcionários e instituições de saúde e de educação.

No caso do México, o programa de redução da pobreza entrega um orçamento extra ao setor de saúde para dar assistência especial e gratuita para famílias pobres. No entanto, a falta de transparência na prestação de contas do sector da saúde não permite que o programa *Oportunidades* assegure que os recursos previstos para esse setor, para exames, procedimentos e medicamentos efetivamente alcance os pobres que devem se beneficiar deles.

O foco do *Programa de redução da pobreza* está perdido em uma rede desordenada de saúde, e este, apesar de receber mais recursos, continuava a reproduzir a exclusão histórica dos grupos mais pobres. Mesmo irregularidades registradas, tais como cobrança de serviços ou de remédios que deveriam ser gratuitos, se transforma em um mecanismo adicional que permite que o setor de saúde também absorva grande parte do benefício econômico que o governo transfere às famílias pobres para melhorar seu bem-estar. Neste caso, foi necessário criar um novo sistema de proteção em saúde para incluir as famílias pobres e garantir o direito à saúde: o Seguro Popular.

## SISTEMAS DE SAÚDE

Os sistemas de saúde da região começaram a se desenvolver a partir das primeiras décadas do século XX, mas somente em poucos casos, como os sistemas da Argentina, Chile, Uruguai e Costa Rica foram capazes de oferecer cobertura universal à população durante a maior parte de sua existência, uma situação que persiste até hoje, permanecendo em grande parte excluídas as populações mais pobres e residentes em áreas rurais, indígenas e afrodescendentes (GOMES, 2001).

Inicialmente, o seguro corporativo para os trabalhadores de setores como indústria, comércio, bancos, funcionários do governo, e outros foram organizados como fundos de segurança social, em que o empregado e empregador contribuía para garantir cuidados de saúde, aposentadorias e pensões. Além disso, as instituições filantrópicas, e mais tarde o Estado, ofereciam serviços de saúde para os pobres.

A natureza fragmentada dos cuidados de saúde para os cidadãos com direitos formais, por um lado, e dos pobres do outro lado, está na raiz das políticas sociais, incluindo a saúde, e permanece até hoje. Esta fragmentação da população coberta se combinava com a fusão de orçamentos vinculados a aposentadorias e saúde nos institutos corporativos de trabalhadores formais, apesar de cada contribuição ter caráter, prazos e objetivos distintos. A separação dos orçamentos e gestão dos fundos de previdência e saúde ocorre paulatinamente no ritmo do desenvolvimento das políticas sociais de cada país (GOMES, 1996).

Nos anos de 1940 a 1950, os Estados-nação começaram a assumir a responsabilidade pela proteção e cuidados de saúde, criando os ministérios da saúde na maioria dos países da região, oferecendo vacinação em massa, atendimento preventivo e primário a saúde, mas

sem conseguir a cobertura universal. Nos anos de 1970, os sistemas de saúde eram de alto custo em todo o mundo, devido ao desenvolvimento do mercado de produtos e tecnologias de saúde, bem como a demanda crescente. Os aumentos nos gastos de saúde geraram uma discussão renovada sobre a capacidade real de financiamento do Estado para este setor, mesmo em países desenvolvidos. Ao mesmo tempo, a ameaça à sustentabilidade dos Estados de bem-estar nos países desenvolvidos e em desenvolvimento tinha se tornado uma realidade, levando a reduções do investimento público no sector da saúde, particularmente nos anos de crise econômica. Ao mesmo tempo, nos sistemas de previdência dos trabalhadores formais, as contribuições acumuladas para a saúde se esgotavam, e se começa a lançar mão das contribuições para aposentadorias e pensões para cobrir o crescente gasto com saúde (GOMES, 1996).

Na década de 80 são iniciadas várias reformas nas constituições e leis de saúde, e se redesenham vários sistemas de saúde da região, com diferentes combinações de descentralização na gestão, concorrência entre os fornecedores e fortalecimento do setor privado, a regulação e monitoramento do sector por agências independentes, limitando funcionários públicos encarregados do planejamento e gestão (MESA LAGO, 1992) e a separação dos fundos de saúde e da poupança para aposentadorias e pensões (GOMES, 1996).

Na maioria dos países da região, parte significativa da população está coberta pelo Ministério da Saúde, que fornece todos os serviços de prevenção, incluindo saneamento, imunização e controle de doenças, mas também cuidados de saúde para os pobres, desempregados, trabalhadores informais, entre outros.

Apesar do esforço para ampliar a cobertura na década de 80, através de reformas de leis e projetos, no final dos anos de 1980, estimava-se que ainda havia 130 milhões pobres na América Latina e o Caribe sem acesso aos sistemas de saúde (MESA LAGO, 1992). O autor mostra que a cobertura contributiva da Seguridade Social alcança a maior parte da população somente na Costa Rica (85%) e Panamá (55%), países onde o Ministério da Saúde só tinha que cobrir uma minoria da população não assegurada, 15% e 45%, respectivamente. No entanto, no Peru, Colômbia, Equador e República Dominicana, as taxas de contribuição para o seguro social cobriam apenas uma mínima parte da população (24%, 18%, 11% e 9%, respectivamente) e, portanto, o Ministério da Saúde tinha a responsabilidade de cobrir quase toda a população em termos de prevenção e cuidados de saúde, o que envolvia o investimento de grandes quantidades e porcentagens das receitas no sector da saúde.

Da mesma forma, as despesas do Estado não correspondiam às proporções da população a ser coberta. Por exemplo, na Colômbia, o Estado gastava 38% de seus recursos para cobrir 82% da população atendida pelo Ministério da Saúde, e investia 62% dos recursos do sector de saúde para apenas 18% da população afiliada ao Seguro Social. Portanto, em países com maiores proporções de pobres e sem acesso a seguros de saúde contributivos, o Estado pode não investir o suficiente para cobrir a grande maioria da população excluída do direito à saúde (MESA LAGO, 1992).

Além disso, Mesa Lago (1992) mostra que mesmo na Costa Rica, país que tem um seguro de saúde pública que abrange os

trabalhadores domésticos, trabalhadores rurais e camponeses, trabalhadores independentes de micro empresas, desempregados, trabalhadores não remunerados e pensionistas, ainda havia um grupo menor da população sem cobertura. O sistema de saúde do Uruguai não cobria os dois últimos grupos, o do Peru não cobria os agricultores, trabalhadores não remunerados e as empresas grandes (estes têm seguros corporativos), e o da República Dominicana cobria apenas o setor público e micro desempregados. Enquanto no México, atualmente, existe um seguro voluntário e popular que deveria cobrir todos os grupos, mas como em todos os países, o fato de o direito estar legalizado, não garante que seja realmente exercido, porque é obrigatória uma contribuição mensal inclusive por parte da população pobre, para ter o direito de afiliar-se ao seguro popular de saúde. Neste caso, a população que vive em pobreza e recebe transferências de renda não estaria em condições de pagar esta contribuição, e continua sendo coberta pela Secretaria de Saúde, depois de passar pela comprovação de sua situação de pobreza.

Confrontado com a persistente exclusão dos mais pobres sistemas de saúde na região, na década de 90 começou um novo grupo de reformas do setor, fortalecendo a redução de custos e da burocracia, a inovação no financiamento e recuperação custos, concorrência, participação privada e controle social da gestão.

Um estudo sobre a Reforma do Setor Saúde na ALC (ALMEIDA, 2005) descreve como, em muitos países, são aprovadas leis e programas de atenção integral universal para as mulheres grávidas e crianças: No Equador se aprovou a *Lei da Maternidade Livre* em 1994, que sofreu uma sua reforma em 1998; e o *Fundo de Solidariedade* e dos *Comitês Gestores Locais*, e em 2002, que sofreu uma segunda reforma até que se implementou um Plano Integral de Saúde garantido pelo Estado. Na Bolívia se aprova a *Maternidade Nacional de Seguros e da Criança* em 1996, a Lei relativa ao *Seguro de Saúde Materna*, em 2002. No Peru foi aprovado o *Programa Básico de Saúde para Todos* em 1994, os programas de *Saúde Básica e Nutrição*, *Serviços de Construção e Participação Social na Administração de Serviços de Saúde* em 1997 e em 1999 a *Escola Livre e Seguro Mãe e Filho*.

Na Argentina, os sistemas corporativos foram convertidos em um plano obrigatório nacional, e em 1993 se gerou um fundo de redistribuição de Solidariedade para melhorar a eficiência das instituições. Os programas descentralizados provinciais cobrem 50% da população, o subsistema público geral cobre 37% - principalmente os pobres, e o subsistema privado cobre somente 10% da população. Os gastos das famílias pobres com remédios representam 70% (MANCEIRA, 2007 e 2008).

No México, o *Programa de Apoio* fornecia serviços de saúde para o assegurado desde 1989, a extensão do programa de Cobertura foi aprovado em 1992, e a Lei Geral da Saúde e Sistema de Proteção 2003. Neste ano, a cobertura do Seguro Popular de Saúde alcançava 600 mil famílias. Se ampliou a rede de serviços progressivamente, o programa ampliou a cobertura, até alcançar 800 mil contribuintes em 2007, 1.8 milhões em 2008, 3 milhões em 2009 e 4.3 milhões em 2010 (FRENK e GOMEZ-DANTES, 2008; RUBALCAVA E VARGAS, 2010).

No Chile, há um Ministério da Saúde e Fundo Nacional de Saúde (FONASA). Em 1982, criaram-se as Instituições Provisórias de Saúde (ISAPRES), operadoras privadas de planos de saúde sem fins lucrativos, cuja adesão é opcional. Em 2002, o setor público cobria 67,5% da população e os ISAPRES 18,5%. Em 2002 começa uma nova reforma para o sistema, buscando reduzir a fragmentação do setor, ao tempo em que se triplicam os gastos com o setor saúde. (MANCEIRA, 2007)

Na Colômbia houve uma reforma do setor da saúde em 1993, baseado no conceito de "pluralismo estruturado" (LONDOÑO E FRENK, 1995), no qual o "pluralismo" implica a participação mista: o financiamento público e participação do setor privado, e "estruturado" significa a definição de regras operacionais que compensam as falhas do mercado. Criaram-se novas agências especializadas para substituir o Ministério da Saúde para assumir papéis de liderança estratégica e regulação do sistema de saúde. Estabeleceu-se um sistema único público, coletivo, mas com diferentes formas de adesão: 1. um regime contributivo (sistema corporativo de idade para todos os trabalhadores), 2. Um esquema subsidiado para os pobres com direito a vários subsídios e 3. um sistema ligado, de não afiliados aos outros regimes, mas que são servidos pelo setor público quando necessário. A adesão é voluntária, e também se permite que pacotes adicionais cubram riscos e internações pelo setor privado. As ações de saúde pública são fornecidas pelo Estado de forma descentralizada, mas com recursos públicos. Uma das críticas feitas por alguns pesquisadores é o critério para definir quem são os membros mais pobres do segundo regime. No entanto, reconhece-se que o novo sistema é capaz de aumentar a cobertura, atingindo 57% da população em 2002. Grande parte dos hospitais públicos para atendimento terciário foram transformadas em empresas sociais do Estado em 1999, mas há atrasos nas transferências financeiras que geram crises nos hospitais.

No Brasil, em 1966 foram unificados as empresas e institutos de pensões e aposentadorias; em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Seguridade Social, incluindo serviços médicos, o Instituto Nacional de Saúde e da Seguridade Social, que se apoiou no Ministério da Saúde para formular as políticas de saúde. O Estado tornou-se um financiador e comprador de serviços para o setor privado, com favorecimento da assistência hospitalar. No sentido contrário da tendência da região, o movimento de saúde organizado por grupos de médicos e profissionais de saúde liderou a definição e aprovação de uma política de saúde inclusiva desde a década de 80. Logrou-se incluir na nova Constituição o direito de acesso universal aos cuidados de saúde, através do Sistema Único de Saúde, um sistema universal integrado. Mas não se definiu claramente um sistema de financiamento para atender progressivamente o novo SUS, que passou por uma "reforma da saúde pública", a qual reduziu a participação do Estado no setor, através do processo de descentralização. Os municípios se tornaram os principais fornecedores de serviços, agudizando-se as diferenças regionais em termos de prestação de serviços. Como resposta, criaram-se programas especiais para dar prioridade à educação básica e reverter o modelo hospitalocêntrico a nível local. Nos anos de 1990 foram criados os Conselhos de Saúde para integrar os funcionários do governo e do setor de saúde e as conferências nacionais para promover as negociações entre setores

público e privado, trabalhadores de saúde, técnicos e economistas da economia da saúde, gerando-se conflitos entre a universalidade do sistema e sua necessidade de racionalizar os recursos (PAIM *et al*, 2011). Até hoje, apesar dos novos programas de extensão da cobertura inclusive com fortalecimento da participação do setor público persistem dificuldades enquanto à qualidade da atenção prestada no sistema.

Em resumo, as alterações nos sistemas de saúde têm sido relativamente homogêneas na região, a maioria dos países continuam tendo modelos fragmentados até a atualidade, com aumento da participação do setor privado em várias formas, e diferentes caminhos institucionais e legais, apesar de todos os países buscarem os mesmos objetivos: universalização da cobertura e aumento da qualidade da atenção em saúde.

A grande maioria das reformas ocorridas no enquadramento legal e regulamentar, foram no campo de formas alternativas de parceria público-privada e gestão. Ao mesmo tempo, se identificou como principal limite na maioria dos países a falta de recursos para o financiamento do sistema.

Teixeira (2002) identifica como tendências comuns nas reformas do Chile, Brasil e Colômbia a descentralização do atendimento, a transição para uma rede público-privada pluralista, na qual a burocracia do setor público perde o poder, e ganha corpo o desenvolvimento de uma complexa rede de relações e negociações entre os financiadores e os prestadores de serviços. A autora também identifica as tensões entre os processos de descentralização com base na "base segura" e "local" como uma forma de garantir o acesso aos serviços. Finalmente, argumenta-se que as reformas do sector da saúde podem ser uma oportunidade para aprofundar a democracia na região, com a inclusão dos pobres como beneficiários destes sistemas, aumentando a sua capacidade de empoderamento através da participação em mecanismos de decisão sobre as políticas de saúde.

O financiamento, a cobertura e a qualidade continuam a ser os desafios mais importantes para os sistemas de saúde na região.

No caso excepcional do Brasil, onde a reforma constitucional de 1988 universalizou o direito à saúde e ampliou o direito a receber pensões não contributivas para os trabalhadores rurais, em contraste com o México, onde se transpassou o sistema de pensões para contas individualizadas nos bancos privados e se criou um sistema de saúde contributivo econômico – o Seguro Popular, que continua utilizando os serviços de saúde da antiga Secretaria de Saúde, correspondente aos serviços públicos de saúde no Brasil. Em cada caso, a cobertura da população se ampliou, mas ainda não se universalizou de fato, pelo menos no caso das aposentadorias e pensões, enquanto que na área de saúde a cobertura universal é uma realidade estabelecida por lei no Brasil, financiada diretamente pelo orçamento público e compartilhada com as contribuições dos trabalhadores formais, enquanto no México ela depende de uma nova contribuição das famílias para o sistema de público de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Celia M. (2005) Reforma del Estado y del Sector Salud en América Latina. En *Críticas e Atuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina*. Editado por Maria Cecília de Souza Minayo y Carlos E. A. Coimbra Jr. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

BONGAARTS, John y Bulatao, Rodolfo A. (1999) – Completing the demographic transition. *Population and Development Review*. Vol. 25. N. 3.

CHILE, Ministerio de Desarrollo Social. <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl> (acceso 1 de Abril de 2013)

COALE, A. y S. Watkins (1986) - The decline of fertility in Europe, Princeton University Press, Princeton.

FRENK J, Gómez-Dantés O. Para entender el sistema de salud de México. México, D.F.: Nostra Ediciones, 2008. Mexico.

TEIXEIRA, Sonia (2001) [Universal, dual or Plural? Health Care Models and dilemmas in Latin America](#): Chile, Brazil and Colombia. In: Carlos Gerardo Molina e José Núñez del Arco. (Org.). *Health Services in Latin America and Asia*. Washington DC: IDB-Inter-American Development Bank.

GOMES, Cristina (1996), Envejecimiento poblacional y seguridad social: la crisis vecina. Tese de Mestrado. FLACSO-Mexico.

\_\_\_\_\_, (2001). Dinámica demográfica, familia e instituciones. Un estudio comparativo- Brasil y México, con énfasis en la situación de la tercera edad. Tesis de doctorado. El Colegio de México.

\_\_\_\_\_ (2006) Construyendo Consensos, Mecanismos para la Reducción de la Pobreza en América Latina, los casos de Argentina, Brasil, México y Perú. FLACSO. México.

\_\_\_\_\_ (2007) Análisis de Situación de Población, América Latina y el Caribe. UNFPA. Panamá.

Informe sobre el Desarrollo Mundial 2006. Equidad y Desarrollo. BID. Washington. 2005

Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística, IBGE (2004). Resultados de la Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilios.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2008. Gasto social e política macroeconômica: trajetórias e tensões no período 1995- 2005. Brasília, janeiro.

LIVI-BACCI (1990) - Historia Mínima de la Población Mundial. Ariel. Barcelona.

\_\_\_\_\_ (1992) - Notas sobre la transición demográfica en Europa y América Latina (mimeo)

LONDOÑO, JL e Frenk Julio (1997) Structural pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy* 1997; 41

MANCEIRA, Daniel. (2007). Actores y reformas en salud en América Latina. Nota Técnica de Saúde No. 1/2007. Banco Interamericano de Desarrollo. Departamento de Desarrollo Sostenible. División de Programas de Desarrollo Social. Washington.

\_\_\_\_\_ (2008). “Sistema de salud en Argentina”, presentación, CIPPEC/CEDES, Buenos Aires.

MESA-LAGO, Carmelo (2000). La reforma de pensiones en América Latina. Modelos y características, mitos y desempeños, y lecciones. Nueva Sociedad Separatas

\_\_\_\_\_ (1992) Health Care for the Poor in Latin America and the Caribbean, Washington, DC, Inter-American Foundation and Pan American Health Organization, PAHO Scientific Publication, No. 539

MCINTOSH, C. Alison (1986) – Recent pronatalist policies in Western Europe. Population and Development Review. Vol.12. Supp. 318-334.

OLIVEIRA, Jaime AA e Teixeira, Sonia MF. (1985). (Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Front Cover.

PAIM, Jairnilson, Claudia Travassos, Celia Almeida, Ligia Bahia, James Macinko. (2011) – The Brazilian health system: history, advances, and challenges. The Lancet, Vol. 377 No. 9779 pp 1778. Publicado em português online 9 de maio de 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8

PNUD. (2010). Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina.

ROFMAN, Rafael e María Laura Oliveri (2011) La cobertura de los sistemas previsionales en América Latina: conceptos e indicadores. Serie de Documentos de Trabajo sobre Políticas Sociales No 7. Banco Mundial

ROFMAN, R. e Carranza, E. (2005). “Social Security Coverage in Latin America.” Social Protection Discussion Paper Series # 0523. The World Bank, Washington DC.

RUVALCABA, Luis e Vargas, Manett (2010). Evolución del Sistema de Protección Social en Salud. Mexico.

SEN, Amartya (2000): “Desarrollo y Libertad”, Ed. Paidós, Madrid 2001

UNDESA. 2010. World Population Prospects. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects.

WORLD BANK (2006). World Development Report 2006: Equity and Development