

2013

Documento informativo



Panorama Social

de América Latina

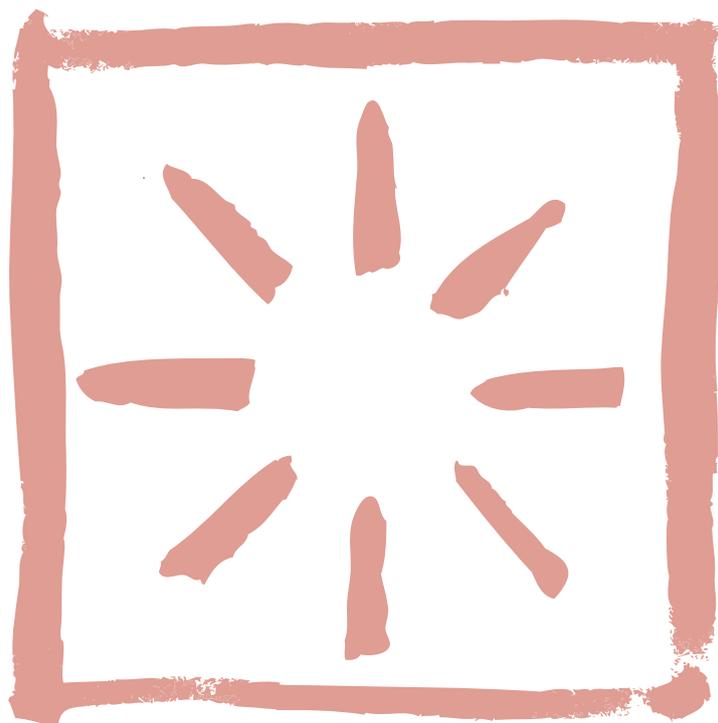


NACIONES UNIDAS

CEPAL

2013

Documento informativo



Panorama Social de América Latina



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Alicia Bárcena

Secretaria Ejecutiva

Antonio Prado

Secretario Ejecutivo Adjunto

Martín Hopenhayn

Director de la División de Desarrollo Social

Pascual Gerstenfeld

Director de la División de Estadística

Dirk Jaspers_Faijer

Director del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) –
División de Población de la CEPAL

Diane Quarless

Directora de la sede subregional de la CEPAL para el Caribe

Ricardo Pérez

Director de la División de Publicaciones y Servicios Web

El *Panorama Social de América Latina* es preparado anualmente por la División de Desarrollo Social y la División de Estadísticas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), dirigidas por Martín Hopenhayn y Pascual Gerstenfeld, respectivamente, y cuenta con la participación del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, dirigido por Dirk Jaspers. En esta edición se contó, además, con la colaboración de la sede subregional de la CEPAL para el Caribe.

La edición 2013 fue coordinada por Martín Hopenhayn, Ana Sojo y Xavier Mancero, quienes junto a Ernesto Espíndola, María Nieves Rico, Guillermo Sunkel y Pablo Villatoro se encargaron de su redacción. En la elaboración de insumos sustantivos y en el procesamiento estadístico colaboraron Verónica Amarante, María de la Luz Avendaño, Fabiola Fernández, Nincen Figueroa, Álvaro Fuentes, Marco Galván, Carlos Howes, Francis Jones, Tim Miller, Claudio Moris, Paulo Saad, Alejandra Silva, Vivian Milosavljevic y Natalia Yañez.

Notas explicativas

En esta publicación, el término “país” se refiere a entidades territoriales, ya sean Estados conforme al derecho y a la práctica internacionales o territorios para los cuales se mantienen datos estadísticos en forma separada e independiente.

Tres puntos (...) indican que los datos faltan, no constan por separado o no están disponibles.

Dos rayas y un punto (-.-) indican que el tamaño de la muestra no resulta suficiente para estimar la categoría respectiva con una confiabilidad y precisión adecuadas.

La raya (-) indica que la cantidad es nula o despreciable.

Un espacio en blanco en un cuadro indica que el concepto de que se trata no es aplicable o no es comparable.

Un signo menos (-) indica déficit o disminución, salvo que se especifique otra cosa.

El guión (-) puesto entre cifras que expresen años, por ejemplo 1990-1998, indica que se trata de todo el período considerado, ambos años inclusive.

La barra (/) puesta entre cifras que expresen años (por ejemplo, 2003/2005) indica que la información corresponde a alguno de esos años.

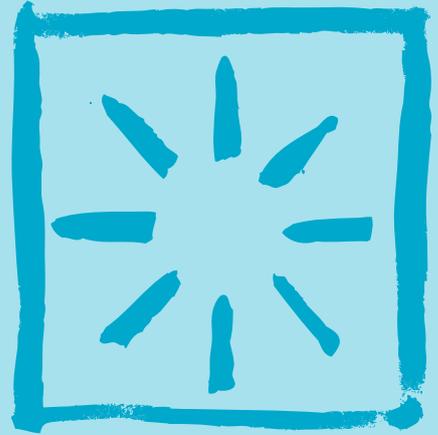
La palabra “dólares” se refiere a dólares de los Estados Unidos, salvo indicación contraria.

Debido a que a veces se redondean las cifras, los datos parciales y los porcentajes presentados en los cuadros no siempre suman el total correspondiente.

Índice

Síntesis	5	
Presentación	7	
I. La pobreza desde distintas miradas	11	
A. Análisis de la pobreza por ingresos	11	
B. Análisis multidimensional de la pobreza	13	
C. Distribución del ingreso	16	
II. La pobreza infantil en América Latina y el Caribe: perspectiva multidimensional y con enfoque de derechos	19	
A. Enfoque de derechos y medición multidimensional de la pobreza en la infancia	19	
B. Evolución de los niveles de privación por dimensiones en América Latina y en algunos países del Caribe	22	
III. Dimensiones soslayadas del bienestar: espacio, tiempo y convivencia	25	
A. El espacio: problemas ambientales en las ciudades	26	
B. El tiempo: tiempo disponible, trabajo remunerado y trabajo no remunerado	27	
C. La convivencia: altos niveles de violencia en América Latina	28	
IV. La protección social en América Latina: una mirada actualizada a la afiliación a los sistemas de salud y de pensiones	31	
A. Una primera mirada a la cobertura	32	
B. Algunos aspectos de la afiliación a los sistemas de salud en los países	33	
C. Algunos aspectos de la afiliación a los sistemas de pensiones en los países	34	
D. Determinantes de la afiliación de los trabajadores a los sistemas de pensiones: un análisis multivariado	36	
E. El acceso efectivo a pensiones y sus niveles	36	
V. Tendencias recientes del gasto social y consideraciones económicas, sociales y demográficas sobre el gasto en salud	39	
A. El gasto público social en América Latina y el Caribe	39	
B. Evolución del gasto público en salud	40	
C. El gasto de bolsillo en salud y sus efectos en el bienestar	42	
D. Envejecimiento de la población y trayectoria futura del gasto en salud	43	
Bibliografía	45	
Cuadros		
Cuadro 1	América Latina (18 países): personas en situación de pobreza y de indigencia, alrededor de 2005, de 2011 y 2012	13
Cuadro 2	Dimensiones, indicadores de carencias y ponderaciones para la medición de la pobreza sobre la base de indicadores clásicos de necesidades básicas insatisfechas	14
Cuadro 3	América Latina (18 países): distribución del ingreso de los hogares, por quintiles extremos, alrededor de 2002 y de 2012	17
Cuadro 4	El Caribe (7 países): incidencia de la pobreza infantil total y extrema	23
Gráficos		
Gráfico 1	América Latina: evolución de la pobreza y de la indigencia, 1980-2013	12
Gráfico 2	América Latina (17 países): índice de recuento (H) e intensidad (A), 2011	14
Gráfico 3	América Latina (16 países): aporte relativo de dimensiones seleccionadas a la pobreza, por grupos de países, 2011	15
Gráfico 4	América Latina (15 países): variación anual del índice de Gini, 2002-2008 y 2008-2012	17

Gráfico 5	América Latina (17 países): incidencia de la pobreza infantil extrema y de la pobreza infantil total, y porcentaje de niños en hogares indigentes y pobres (según método del ingreso), alrededor de 2011	20
Gráfico 6	América Latina (14 países): cambios en la distribución acumulada del número de privaciones graves y del número total de privaciones, 2000 y 2011	21
Gráfico 7	América Latina (14 países): evolución de las privaciones graves y del total de privaciones en las dimensiones constitutivas de la pobreza infantil, alrededor de 2000 y 2011	22
Gráfico 8	América Latina y el Caribe (ciudades seleccionadas): promedio anual de material particulado (PM10), alrededor de 2008-2009	26
Gráfico 9	América Latina (18 países): jornada laboral de la población ocupada de 15 años y más, alrededor de 2002 y de 2011	27
Gráfico 10	América Latina (países seleccionados): tiempo destinado por la población ocupada al trabajo remunerado y al trabajo no remunerado y tiempo libre	28
Gráfico 11	América Latina y el Caribe (15 países): tasa bruta de homicidios por cada 100.000 habitantes, 2008-2011	29
Gráfico 12	América Latina (16 países): afiliación a sistemas de salud de los asalariados de 15 años y más, alrededor de 2002 y de 2011	34
Gráfico 13	América Latina (17 países): afiliación a sistemas de pensiones de los asalariados de 15 años y más, alrededor de 2002 y de 2011	35
Gráfico 14	América Latina (16 países): personas de 65 años y más que reciben pensiones, tanto contributivas como no contributivas, y monto medio mensual de las pensiones, por sexo, alrededor de 2011	37
Gráfico 15	América Latina y el Caribe (21 países): evolución de la participación del gasto social en el gasto público total y del gasto público total en el PIB, 1992-1993 a 2010-2011	40
Gráfico 16	América Latina y el Caribe (21 países): evolución del gasto público en salud como porcentaje del PIB, del gasto público total y del gasto público social, 1992-1993 a 2010-2011	41
Gráfico 17	América Latina y el Caribe (21 países): evolución del gasto per cápita en salud, 1992-2011	42
Gráfico 18	América Latina (18 países): incidencia de la pobreza en hogares con y sin gasto de bolsillo en salud	43
Gráfico 19	América Latina y Europa (países seleccionados): proyección de la proporción de la población de 60 años y más respecto del total de la población, 2010-2060	44
Gráfico 20	América Latina y Europa (países seleccionados): proyección del gasto en salud como proporción del PIB, 2010-2060	44



Síntesis

Presentación

- I. La pobreza desde distintas miradas
- II. La pobreza infantil en América Latina y el Caribe: perspectiva multidimensional y con enfoque de derechos
- III. Dimensiones soslayadas del bienestar: espacio, tiempo y convivencia
- IV. La protección social en América Latina: una mirada actualizada a la afiliación a los sistemas de salud y de pensiones
- V. Tendencias recientes del gasto social y consideraciones económicas, sociales y demográficas sobre el gasto en salud

Bibliografía

Presentación

En esta edición de 2013 del *Panorama Social de América Latina* se presentan las mediciones oficiales de la CEPAL respecto del análisis de la pobreza por ingresos y se procura ofrecer enfoques novedosos sobre pobreza y bienestar, poniendo especial énfasis en enfoques multidimensionales, de carácter exploratorio. Cabe aclarar que estos análisis, justamente por ser exploratorios, no son exhaustivos. El criterio para su incorporación responde a la certeza de que, tanto en el ámbito de la política social y de la evaluación del desarrollo social como de las nuevas demandas ciudadanas, emerge la necesidad de analizar, además de la pobreza por ingresos, otros enfoques que proporcionen mayores matices acerca del progreso y el rezago en materia social y permitan un diseño más integral de las políticas públicas.

Como es habitual, en el capítulo I se presentan las cifras actualizadas sobre pobreza e indigencia en América Latina. Los datos de 2012 reafirman la tendencia a la disminución observada a lo largo de los últimos diez años, aun cuando el ritmo de reducción de la pobreza, y en particular de la indigencia, se ha desacelerado en forma paulatina. En lo que respecta a la distribución del ingreso, si bien en 2012 se incrementó levemente el grado de concentración en algunos países, se corrobora la tendencia a la baja que se viene manifestando desde hace algunos años.

En el capítulo I se abordan también otros enfoques para la medición multidimensional de la pobreza. En atención al creciente interés manifestado por los países de la región acerca de estas medidas y su potencial para el análisis de las políticas públicas, se exploran conceptual y empíricamente diferentes dimensiones, umbrales y formas de agregación, para avanzar, todavía de manera exploratoria, en la construcción de un índice de pobreza multidimensional pertinente y factible de aplicar en la región.

Se desarrolla el análisis tomando como base un núcleo de indicadores no monetarios de carencias, utilizados tradicionalmente en el método de las necesidades básicas insatisfechas, se muestran los resultados para distintos indicadores de la pobreza multidimensional y su evolución en el tiempo. Asimismo, se discute el vínculo de la medición por carencias con la medición por insuficiencia de ingresos y se presentan los resultados que se obtienen al agregar al núcleo básico de indicadores una medida monetaria de privación. Posteriormente, se explora la implementación empírica de una definición más amplia de la pobreza, en la que se agregan dimensiones relacionadas con carencias en materia de protección social y afiliación institucional.

En el capítulo II, para analizar la evolución de la pobreza infantil se aplica un método de medición de privaciones múltiples desde un enfoque de derechos. Esta opción, tomada en el marco de un acuerdo entre la CEPAL y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), ha permitido reconocer las especificidades que asumen la pobreza

y la extrema pobreza en la infancia y apela al análisis de diversos niveles de privación material y de acceso a bienes y servicios públicos que afectan derechos infantiles básicos y que son constitutivos de este flagelo¹.

Esta medición se vincula con las medidas más clásicas de indigencia y pobreza por métodos monetarios. No solo se mide la extensión de la pobreza infantil en América Latina y un conjunto de países del Caribe, tanto por ingresos como por privaciones, sino que se distinguen, para cada privación, niveles de intensidad que permiten diferenciar la pobreza de la extrema pobreza entre niños, niñas y adolescentes. En lo referente a las privaciones, se da cuenta de los cambios en su intensidad, de su reducción en diversas dimensiones y de su peso relativo en los actuales niveles de pobreza. El uso de los sistemas de información geográfica permite localizar la pobreza infantil y las privaciones, y facilitar la formulación de políticas públicas a nivel nacional y local.

En el capítulo III se plantean dimensiones constitutivas del bienestar desde las cuales es posible obtener una mirada integrada y multidimensional y, en ese marco, se abordan tres dimensiones —espacio, tiempo y convivencia— que han sido soslayadas en las discusiones sobre el bienestar en América Latina.

Por ejemplo, en la dimensión de espacio, un medio ambiente sano es condición necesaria para el bienestar de las personas. Durante las últimas décadas el medio ambiente en América Latina ha estado sometido a impactos de distinto tipo e intensidad. El deterioro de la calidad del aire es una de las transformaciones principales de los entornos urbanos y un factor de creciente malestar. Además, la exposición a la contaminación atmosférica urbana y, en especial, al material particulado (PM10) conlleva un grave riesgo para la salud de las personas y genera un aumento de la tasa de mortalidad.

En cuanto a la dimensión de tiempo, el equilibrio entre tiempo laboral pagado, tiempo de trabajo doméstico no remunerado y tiempo libre (o tiempo “no obligado”) es otra condición necesaria del bienestar. La duración de la jornada laboral en promedio en América Latina y el Caribe sigue siendo demasiado extensa comparada con la mayor parte de los países de la Unión Europea, y la gran mayoría de las mujeres siguen sosteniendo el grueso de la carga del trabajo de cuidado en los hogares, lo que restringe mucho más su tiempo libre.

También se aborda la dimensión de convivencia del bienestar, que requiere de una convivencia social positiva, democrática y no violenta. En ello sin duda un indicador crítico es la alta tasa de homicidios en la región, que expresa la presencia de alto nivel de violencia en la convivencia pública. Complementariamente, en los hogares persiste un alto nivel de violencia doméstica contra mujeres, niños y niñas.

En el capítulo IV se presenta una visión actualizada de la cobertura de la afiliación a la salud y las pensiones en América Latina por la vía del mercado laboral y tras la vida activa.

Desde muy diversos puntos de partida y en distintas magnitudes según los países, la afiliación a la salud y las pensiones de los asalariados ha crecido en la región, lo cual da cuenta de una dinámica positiva en el mercado laboral. No obstante, en algunos países continúa siendo muy baja y está relativamente estancada; y cuanto más baja es la afiliación promedio, más concentrada está por ingresos. Por una parte, hay amplias brechas de acceso a la afiliación a la protección social por ingresos, niveles educativos y tipos de ocupación. Por otra parte, las brechas de género se han estrechado en los asalariados con mejor inserción laboral. En general, la afiliación a la salud es superior a la de las pensiones. A lo largo del espectro laboral, la afiliación es mayor en el sector público que en las empresas privadas; en los países con los niveles de afiliación más bajos, la situación desventajosa de trabajadores de las microempresas se acentúa. Asimismo, la afiliación de los no asalariados revela grandes desventajas.

En materia de salud, la afiliación de las personas pensionadas muestra niveles altos en los 14 países en que pudo medirse, incluso en países donde la cobertura global de la población está muy rezagada. Sin embargo, en las pensiones efectivas, la mayoría de los 16 países analizados tienen un contingente de personas de 65 años y más con un acceso a pensiones relativamente bajo. La distribución desigual por ingreso es más extrema en los países con las más bajas coberturas de pensionados. Según el país, el valor de las pensiones en términos reales ha experimentado alzas o caídas, que varían por nivel de ingreso. Por sus trayectorias laborales y disposiciones de los sistemas, las mujeres tienen pensiones más bajas.

¹ Por tratarse de un estudio conjunto de la CEPAL y el UNICEF, se utiliza la definición de infancia del UNICEF, que incluye a la población de 0 a 17 años de edad.

En el capítulo V se examinan las tendencias recientes del gasto público social y el gasto público en salud, así como los efectos del gasto de bolsillo de salud y del envejecimiento demográfico sobre los gastos en salud.

Hasta el año 2011 el gasto público social seguía en alza, tanto en montos absolutos como en su proporción en el gasto público total y en la del producto interno bruto, aunque con tendencias diferentes según países. Sin embargo, los nuevos datos sobre las ejecuciones presupuestarias en el área social indican que en 2012 se habría iniciado un proceso de contención del aumento de los gastos sociales, a fin de reducir los déficits fiscales registrados recientemente por muchos países de la región. Pero esta reducción relativa del ritmo de crecimiento del gasto público social también es producto de la reducción o eliminación de programas de asistencia social y otras medidas aplicadas para enfrentar los efectos de la crisis financiera internacional de 2008 y 2009 (transferencias, programas públicos de empleo o estímulos fiscales a los sectores económicos para favorecer la generación privada de empleo).

El gasto público social en salud se muestra inestable en los años noventa, y se fortalece al mismo tiempo que el conjunto del gasto público social en la década de 2000. La crisis financiera y sus efectos en las economías no habrían golpeado significativamente al sector, aunque su crecimiento hacia fines de la década pasada y comienzos de la presente ha seguido un ritmo bastante menor. Por otra parte, se evalúa el gasto de bolsillo en salud, la participación de la población pobre y no pobre en dicho gasto, y sus efectos en el bienestar.

Otro elemento considerado en el capítulo es el impacto de la transición demográfica y su proyección a futuro sobre los costos de la salud. El acelerado envejecimiento previsto para las próximas décadas en muchos países de la región debería ocasionar un aumento considerable del gasto total en salud, que incidiría en su aumento relativo dentro del gasto social total y como proporción del PIB.

I. La pobreza desde distintas miradas

En el *Panorama Social de América Latina, 2013*, la pobreza se aborda desde distintas perspectivas y sobre todo con una mirada multidimensional. Tal mirada permite analizar de manera más pormenorizada no solo la magnitud de la pobreza, sino también su intensidad y sus rasgos diferenciales en distintos grupos, además de orientar la formulación de políticas de superación de la pobreza más consistentes con políticas integrales en favor del bienestar.

A. Análisis de la pobreza por ingresos

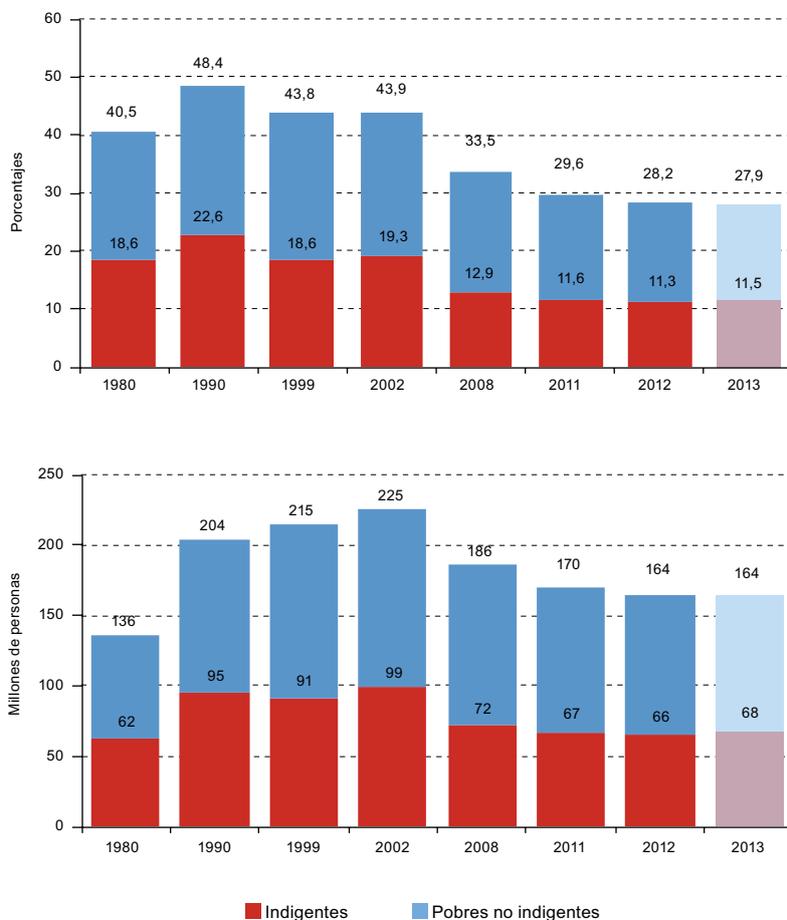
El producto por habitante de América Latina y el Caribe creció un 4,5% en 2010, un 3,2% en 2011 y solo un 1,9% en 2012, año en que se deterioró la economía mundial. Pero a pesar del crecimiento moderado de la economía, como resultado de la generación de empleos la tasa de ocupación aumentó, absorbiendo el pequeño incremento de la tasa de participación en la actividad económica, y permitió que la tasa de desempleo disminuyera levemente, del 6,7% al 6,4%, situándose en el menor nivel de las últimas décadas (CEPAL/OIT, 2013). El poder adquisitivo de los salarios medios se mantuvo o se incrementó en la mayoría de los países con información disponible, en concordancia con los bajos niveles que presentó la inflación, cuyo promedio simple pasó del 7,1% al 5,4% entre 2011 y 2012.

En este contexto, en 2012 un 28,2% de la población de América Latina era pobre y la indigencia, o pobreza extrema, llegaba a un 11,3%. Esto significa que 164 millones de personas son pobres, de las cuales 66 millones son pobres extremos (véase el gráfico 1).

Con respecto a la tasa de pobreza de 2011 (29,6%), estas cifras representan una disminución de 1,4 puntos porcentuales. La pobreza extrema se mantuvo sin cambios apreciables, ya que el valor observado en 2012 es apenas 0,3 puntos porcentuales inferior al de 2011 (11,6%). El número de personas pobres decreció en aproximadamente 6 millones en 2012, mientras que el número de personas indigentes prácticamente se mantuvo constante.

Prácticamente sin excepciones, se ha producido en la región una caída de la pobreza que en promedio llega a 15,7 puntos porcentuales acumulados desde 2002. La pobreza extrema también registra una caída apreciable, de 8,0 puntos porcentuales, aun cuando su ritmo de disminución se ha frenado en los años recientes. En efecto, entre 2002 y 2007 el número de personas pobres se redujo a una tasa del 3,8% anual y el número de personas indigentes a un ritmo del 7,1% anual. En cambio, entre 2007 y 2012 la velocidad con que se ha reducido el número de personas con ingresos insuficientes cayó al 2,5% anual en el caso de la pobreza y al 0,9% anual en el caso de la indigencia.

Gráfico 1
América Latina: evolución de la pobreza y de la indigencia, 1980-2013^a
 (En porcentajes y millones de personas)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a Estimación correspondiente a 18 países de la región más Haití. Las cifras que aparecen sobre las secciones superiores de las barras representan el porcentaje y el número total de personas pobres (indigentes y pobres no indigentes). Las cifras de 2013 corresponden a una proyección.

Observando en forma individual a los once países que cuentan con información al año 2012, se advierte que en seis se registraron disminuciones de los niveles de pobreza (véase el cuadro 1). La República Bolivariana de Venezuela presentó la mayor reducción de la pobreza, de 5,6 puntos porcentuales (del 29,5% al 23,9%), y de la pobreza extrema, de 2,0 puntos porcentuales (del 11,7% al 9,7%). En el Ecuador la pobreza bajó 3,1 puntos porcentuales (del 35,3% al 32,2%) y la indigencia 0,9 puntos porcentuales (del 13,8% al 12,9%). En el Brasil la pobreza disminuyó 2,3 puntos (del 20,9% al 18,6%) y la pobreza extrema 0,7 puntos (del 6,1% al 5,4%). En el Perú se registró una caída de la tasa de pobreza de 2,0 puntos y en la Argentina y Colombia la reducción fue algo superior a 1 punto porcentual. En estos tres países la pobreza extrema no presentó cambios apreciables respecto de los niveles de 2011.

Por su parte, los niveles de pobreza en Costa Rica, El Salvador, la República Dominicana y el Uruguay se mantuvieron constantes con respecto a la estimación previa. En la mayoría de estos países la pobreza extrema tampoco registró variaciones apreciables, con la excepción de El Salvador, donde disminuyó 3,2 puntos porcentuales. México es el único país con información disponible a 2012 donde los indicadores de pobreza aumentaron, pero las variaciones son de pequeña magnitud (del 36,3% al 37,1% en el caso de la pobreza y del 13,3% al 14,2% en el caso de la pobreza extrema).

Si bien la tasa de pobreza a nivel regional es el resultado de la evolución observada en cada uno de los países, los cambios registrados en los países de mayor población cumplen un papel preponderante. En 2012

tuvieron un peso importante las caídas observadas en el Brasil y en Venezuela (República Bolivariana de), que implicaron una disminución del número de personas pobres de alrededor de 6 millones, así como el aumento observado en México, que significó que alrededor de 1 millón de personas adicionales fueron contabilizadas como pobres.

Para 2013 no se prevén cambios apreciables en los niveles de pobreza e indigencia de América Latina, ya que el crecimiento del producto por habitante será similar al de 2012 y no cabe esperar variaciones importantes en el empleo ni la inflación.

Cuadro 1
América Latina (18 países): personas en situación de pobreza y de indigencia,
alrededor de 2005, de 2011 y 2012^a
(En porcentajes)

País	Alrededor de 2005			Alrededor de 2011			2012		
	Año	Pobreza	Indigencia	Año	Pobreza	Indigencia	Año	Pobreza	Indigencia
Argentina ^b	2005	30,6	11,9	2011	5,7	1,9	2012	4,3	1,7
Bolivia (Estado Plurinacional de)	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	...	...	...
Colombia ^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
Nicaragua	2005	61,9	31,9	2009	58,3	29,5	...	...	...
Panamá	2005	31,0	14,1	2011	25,3	12,4	...	...	...
Paraguay	2005	56,9	27,6	2011	49,6	28,0	...	...	...
Perú ^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
Uruguay	2005 ^b	18,8	4,1	2011	6,5	1,1	2012	5,9	1,1
Venezuela (República Bolivariana de)	2005	37,1	15,9	2011	29,5	11,7	2012	23,9	9,7

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a La CEPAL está llevando a cabo un proceso de actualización de las estimaciones de pobreza, cuyos resultados se verán reflejados en el *Panorama Social* de 2014.

^b Áreas urbanas.

^c Cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de Colombia.

^d Las cifras de 2011 y 2012 no son estrictamente comparables con las de años anteriores.

^e Cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú.

B. Análisis multidimensional de la pobreza

En esta sección se aborda la medición de la pobreza en América Latina desde una perspectiva multidimensional, con un carácter esencialmente exploratorio, sin el propósito de presentar una medida definitiva de pobreza multidimensional de la región, pero incorporando un enfoque que permite complementar la medición convencional. Aun cuando no se han alcanzado consensos metodológicos sobre la medición multidimensional de la pobreza en el contexto regional ni internacional, se considera útil explorar diferentes dimensiones, umbrales y formas de agregación que permitan avanzar en la construcción de indicadores pertinentes y factibles de aplicar en la región.

El análisis empírico se construye sobre la base de un núcleo de indicadores que tradicionalmente han formado parte de las mediciones de necesidades básicas insatisfechas (véase el cuadro 2), a los cuales se añaden posteriormente una medida de privación por ingresos y algunas dimensiones no incluidas habitualmente en el análisis de la pobreza. Se considera pobres a aquellas personas con carencias en al menos dos de los indicadores considerados. La agregación de los resultados en un índice sintético se basa en la metodología propuesta por Alkire y Foster (2009).

Cuadro 2
Dimensiones, indicadores de carencias y ponderaciones para la medición de la pobreza sobre la base de indicadores clásicos de necesidades básicas insatisfechas

Dimensiones	Indicadores de carencias
Agua y saneamiento	
Carencia de acceso a fuentes de agua mejorada	Áreas urbanas: cualquier fuente de agua excepto red pública Áreas rurales: pozo no protegido, agua embotellada, fuentes de agua móvil, río, quebrada, lluvia y otros
Carencia de sistema de eliminación de excrementos	Áreas urbanas: no disponer de servicio higiénico o de un sistema de evacuación conectado a red de alcantarillado o fosa séptica Áreas rurales: no disponer de servicio higiénico o tener un sistema de evacuación sin tratamiento
Energía^a	
Carencia de energía eléctrica	Hogares que no tienen electricidad
Combustible para cocinar riesgoso para la salud	Hogares que usan leña, carbón o desechos para cocinar
Vivienda^b	
Precariedad de materiales de la vivienda	Vivienda con piso de tierra, en zonas rurales y urbanas, o precariedad de los materiales del techo y muros
Hacinamiento	Tres o más personas por cuarto, en áreas rurales y urbanas
Educación	
Inasistencia a la escuela	En el hogar, al menos un niño en edad escolar (6 a 17 años) que no asiste a la escuela
No logro de un nivel educativo mínimo	En el hogar, ninguna persona de 20 años o más alcanzó un nivel educativo mínimo. - Personas de 20 a 59 años: no cuentan con baja secundaria completa - Personas de 60 años y más: no cuentan con primaria completa

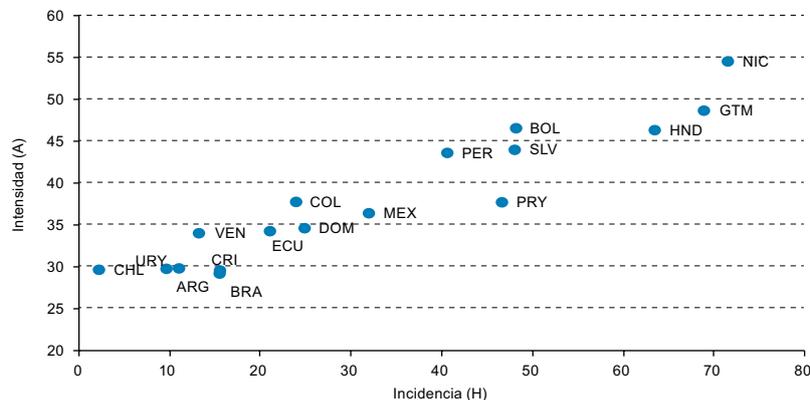
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

^a En la Argentina solo se cuenta con información sobre el combustible, y en Chile y Venezuela (República Bolivariana de) solo se dispone de datos sobre el acceso a la energía eléctrica. Dado que la privación de combustible suele ser más prevalente que la privación de energía eléctrica, es probable que la carencia total en la dimensión de energía esté subestimada para Chile y Venezuela (República Bolivariana de).

^b En el Brasil solo se cuenta con información sobre los materiales de la vivienda.

En el gráfico 2 se muestra el índice de recuento (H), o porcentaje de personas con al menos dos carencias, y el índice de intensidad (A), que expresa el porcentaje medio de privaciones experimentadas por las personas pobres. Así, por ejemplo, si en Nicaragua la intensidad gira en torno al 55%, esto significa que en promedio los pobres de ese país tienen 4,4 privaciones de las 8 privaciones analizadas. Es posible constatar que el porcentaje de personas pobres presenta un amplio rango de dispersión, que va de un 10% o menos en Chile (2%), el Uruguay (10%) y la Argentina (11%) hasta más del 60% en Nicaragua (71%), Guatemala (69%) y Honduras (63%).

Gráfico 2
América Latina (17 países): índice de recuento (H) e intensidad (A), 2011^a
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Los datos corresponden a 2011, excepto en Bolivia (Estado Plurinacional de) (2009), El Salvador (2010), Guatemala (2010), Honduras (2010), México (2010) y Nicaragua (2009). Los datos de la Argentina se refieren a áreas urbanas.

Asimismo, los países con los mayores índices de recuento suelen presentar también las más altas intensidades de pobreza, vale decir, los países con más pobres son también aquellos donde la pobreza es más intensa, vale decir, coexiste entre los pobres un número mayor de privaciones. Pero se observan algunas excepciones. Por

ejemplo, hay mucha similitud en el índice de intensidad de la pobreza entre Bolivia (Estado Plurinacional de) y Honduras, o entre Colombia y el Paraguay, aun cuando el índice de recuento difiere considerablemente entre estos países.

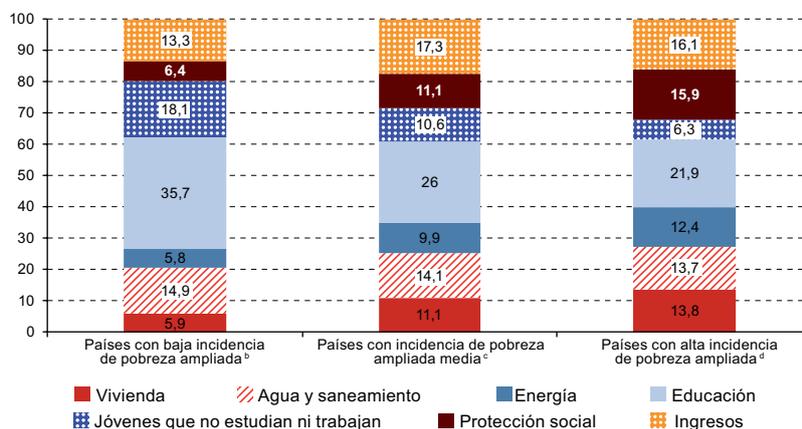
Es necesario evaluar también qué sucede cuando se integra la pobreza por ingresos como una dimensión más en la medición por carencias, en el entendido de que ambas son medidas incompletas del bienestar y su combinación permite reducir los errores de exclusión que surgen de utilizar solo una de estas medidas. Los resultados muestran que la complementariedad entre las medidas de pobreza multidimensional y monetaria es mayor en los países donde la pobreza medida por medio de carencias no monetarias es menos prevalente y, por tanto, es donde tiene mayor potencial para reducir vacíos de información y disminuir los errores de exclusión.

Más allá de ello, en varios países latinoamericanos, particularmente en los que han experimentado un mejoramiento importante en el nivel de vida de su población, las incidencias de pobreza resultantes son bajas y decrecientes en el tiempo. Ello pone de manifiesto que los indicadores clásicos de necesidades básicas pueden no resultar suficientes para identificar a los pobres, y que se hace necesario incorporar información sobre carencias en otros ámbitos para disponer de una evaluación de la pobreza más apropiada a la realidad de estos países (CEPAL, 2010). En este sentido, resultan complementarios algunos aspectos soslayados del bienestar que se evalúan en este *Panorama Social de América Latina, 2013* para un conjunto de países de la región, como el efecto de la contaminación del aire en la salud, la extensión de las jornadas de trabajo remunerado y no remunerado, y los niveles de violencia doméstica y extradoméstica (véase el capítulo III).

Con el fin de integrar la estructura social como elemento explícito de la perspectiva de medición de la pobreza, se incluyen dos ámbitos de carencias relacionados con la exclusión de las instituciones: la falta de acceso a la protección social y la exclusión institucional entre los jóvenes (que no estudian ni tienen trabajo remunerado).

Los resultados de esta medición “ampliada” de la pobreza, en que se agregan los dos ámbitos señalados, muestran que las carencias en vivienda (hacinamiento y pobreza de materiales) y energía (carencias en electricidad y combustible para cocinar) tienen mayor peso relativo en los países donde se registran las mayores incidencias de pobreza; en cambio, es mayor el peso relativo de las carencias en educación (no asistencia de los niños a la escuela y bajo logro educativo de los adultos) en los países donde la incidencia de pobreza es inferior al 50% (véase el gráfico 3).

Gráfico 3
América Latina (16 países): aporte relativo de dimensiones seleccionadas a la pobreza, por grupos de países, 2011^a
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a La dimensión de vivienda considera los aspectos de materialidad y hacinamiento. La dimensión de energía incluye las carencias en electricidad y combustible para cocinar. La dimensión de protección social abarca la afiliación a sistemas de salud y de pensiones y/o la recepción de pensiones. Los datos corresponden a 2011, excepto en Bolivia (Estado Plurinacional de) (2009), El Salvador (2010), Guatemala (2006), Honduras (2010) y México (2010).

^b Países con baja incidencia de pobreza ampliada: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay.

^c Países con incidencia de pobreza ampliada media: Colombia, Ecuador, México, Perú, República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de).

^d Países con alta incidencia de pobreza ampliada: Bolivia (Estado Plurinacional de), El Salvador, Guatemala, Honduras y Paraguay.

Cabe destacar que la carencia de protección social pesa más en los países con las mayores incidencias de pobreza medida por privaciones, lo que puede atribuirse a la naturaleza de los indicadores incluidos en el análisis, que miden básicamente la afiliación a los sistemas de protección. Para captar mejor esta carencia parece necesario incluir indicadores que capten la calidad de los servicios a los que se tiene acceso en los países que ya cuentan con altos niveles de afiliación. Por su parte, el hecho de que los jóvenes que no estudian ni trabajan contribuyan de modo creciente a la pobreza total en los países con incidencias más bajas plantea la pregunta de si efectivamente se está captando pobreza o vulnerabilidad a la pobreza mediante este indicador.

En suma, los resultados muestran que no solo hay diferencias de magnitud e intensidad de la pobreza multidimensional entre los países, sino que también las dimensiones que más inciden en la pobreza total son distintas. Esto último significa que las configuraciones de política y las arquitecturas y responsabilidades institucionales deberían ser diferentes.

A manera de conclusión, cabe señalar que el renovado interés por emplear una aproximación multidimensional al examen de la pobreza constituye un escenario propicio para debatir qué es lo que se entiende por pobreza y cuáles son las dimensiones del bienestar relevantes para su comprensión. Si bien la exploración desarrollada en esta edición del *Panorama Social* considera algunos de los elementos básicos de una medición de este tipo, son suficientes para ilustrar las potencialidades y los desafíos que conllevan las medidas multidimensionales. Incluso en su aplicación más tradicional, acotada a las necesidades básicas insatisfechas, es posible comprobar que carencias tales como la falta de acceso al agua potable o al saneamiento siguen afectando a un conjunto importante de personas en la región, lo que conduce a preguntarse si las políticas públicas destinadas a la superación de la pobreza están poniendo suficiente énfasis en el logro de estándares mínimos en dimensiones centrales, más allá del ingreso.

Finalmente cabe mencionar que las aproximaciones multidimensionales a la pobreza suponen nuevos desafíos para la región. Por una parte, queda en evidencia el importante reto que representa el desarrollo de fuentes de información, de manera que estas permitan contar con una medición y caracterización más completa y pertinente de la pobreza desde una perspectiva multidimensional. Por otra parte, se enfrenta un desafío relevante en materia metodológica. Es cierto que los datos de pobreza por ingresos se sustentan en una metodología asimilada desde hace mucho tiempo y que sus resultados se apoyan sólidamente en umbrales de ingresos monetarios que delimitan de manera unívoca a la población pobre y, dentro de ella, a los pobres extremos. Frente a ello, la medición de la pobreza con un enfoque multidimensional de privaciones no cuenta aún con los consensos metodológicos que suelen tener las mediciones por insuficiencia de ingresos y no permite una interpretación tan nítida de resultados; sin embargo, complementa el enfoque de ingresos y hace posible captar tanto a poblaciones en que ambos parámetros coinciden como a grupos que padecen privaciones en necesidades básicas sin que necesariamente sus ingresos los ubiquen bajo la línea de pobreza.

C. Distribución del ingreso

La elevada desigualdad en la distribución de los ingresos es uno de los rasgos característicos de América Latina en el contexto internacional. Los datos más recientes disponibles indican que el quintil más pobre (es decir, el 20% de los hogares con menores ingresos) capta en promedio un 5% de los ingresos totales, con participaciones que varían entre menos del 4% (en Honduras, el Paraguay y la República Dominicana) y el 10% (en el Uruguay), mientras que la participación en los ingresos totales del quintil más rico alcanza un promedio del 47%, con un rango que va del 35% (en el Uruguay) al 55% (en el Brasil) (véase el cuadro 3).

Tal como ha sido reseñado en diversas ediciones del *Panorama Social* y recogido en numerosos estudios distributivos sobre la región, la distribución del ingreso ha mostrado una tendencia a la mejora en los últimos diez años. Estos cambios han ocurrido de manera gradual y son apenas perceptibles en las variaciones año a año, pero son evidentes en una comparación de períodos más largos. Tomando como referencia la información en torno a 2002, las cifras más recientes indican que en ocho países la proporción del quintil más pobre en los ingresos totales se incrementó al menos 1 punto porcentual. A su vez, hay nueve países en que la participación relativa del quintil más rico se redujo 5 puntos porcentuales o más. La participación de este grupo sigue excediendo el 50% en seis países, pero en 2002 había once países con esa característica.

Los cambios que se constatan en la participación de los quintiles extremos en los ingresos totales se reflejan también en las variaciones de los índices de desigualdad. Considerando los 13 países con información disponible a 2011 o 2012, se observa en 12 de ellos una reducción del índice de Gini, que en promedio simple cayó un 1% al año. El ritmo de reducción de la desigualdad superó el 1% anual en la Argentina, el Brasil, el Perú, el Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de), y fue de al menos un 0,5% anual en Chile, Colombia, el Ecuador y Panamá.

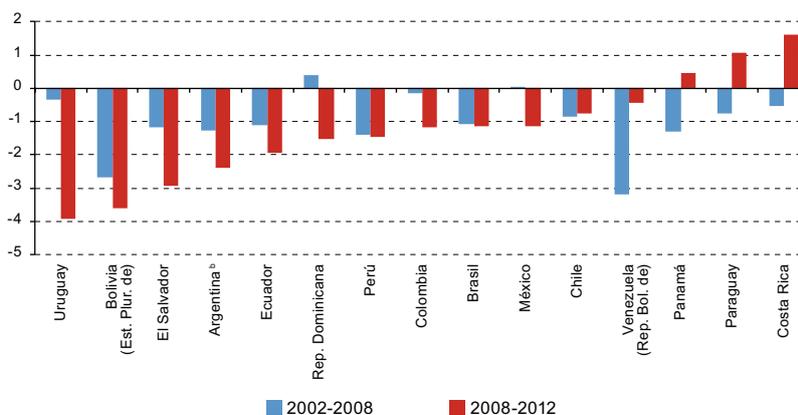
Cuadro 3
América Latina (18 países): distribución del ingreso de los hogares,
por quintiles extremos, alrededor de 2002 y de 2012
(En porcentajes)

	Alrededor de 2002				Alrededor de 2012			
	Año	Participación en el ingreso total (en porcentajes)		Relación del ingreso medio per cápita QV / QI	Año	Participación en el ingreso total (en porcentajes)		Relación del ingreso medio per cápita QV / QI
		Quintil más pobre (QI)	Quintil más rico (QV)			Quintil más pobre (QI)	Quintil más rico (QV)	
Argentina ^a	2002	5,1	55,0	20,6	2012	6,9	43,6	13,2
Bolivia (Estado Plurinacional de)	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
Colombia	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
Ecuador ^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
Nicaragua	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
Paraguay	2001	4,2	51,8	23,2	2011	3,8	52,7	21,3
Perú	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
Uruguay ^a	2002	8,8	41,8	10,2	2012	10,0	34,8	7,3
Venezuela (República Bolivariana de)	2002	4,3	48,2	18,1	2012	6,8	39,0	9,4

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a Áreas urbanas.

La tendencia a la reducción de la desigualdad se ha manifestado de manera un poco más pronunciada en los últimos cuatro años del período analizado. Así puede observarse en el gráfico 4, donde se muestra la variación porcentual del índice de Gini en los subperíodos comprendidos entre 2002 y 2008, y entre 2008 y 2012, considerando como punto medio el año 2008, en que se desencadenó la crisis financiera internacional. En efecto, ocho países exhibieron caídas en los índices de desigualdad durante el segundo subperíodo superiores a las registradas en el primer subperíodo. Entre ellos, Bolivia (Estado Plurinacional de) y el Uruguay presentan las mayores reducciones, sobre el 3% por año. Por otra parte, en Costa Rica, Panamá y el Paraguay la desigualdad se incrementó en el segundo subperíodo, aunque solo en el primer país el balance final da cuenta de un aumento.

Gráfico 4
América Latina (15 países): variación anual del índice de Gini, 2002-2008 y 2008-2012^a
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a Se incluyen solamente los países con información disponible a 2011 o 2012. Los países están ordenados de acuerdo con la variación en el segundo subperíodo (2008-2012).

^b Áreas urbanas.

II. La pobreza infantil en América Latina y el Caribe: perspectiva multidimensional y con enfoque de derechos

Un aspecto preocupante de la evolución de la pobreza monetaria en América Latina y el Caribe es que su incidencia es más elevada en los hogares que tienen un alto nivel de dependencia, lo que deja en una situación de mayor desmedro a los niños, niñas y adolescentes. Ya a mediados de los años noventa se inició en la región el debate sobre la infantilización de la pobreza, concepto cada vez más vigente por la sobrerrepresentación de la infancia y la adolescencia en los índices de pobreza respecto de otros grupos etarios.

Una alta proporción de niños, niñas y adolescentes de la región enfrentan adversidades que los perjudican directamente, repercuten de manera negativa en el resto de sus vidas y se transmiten a las generaciones siguientes. La población infantil y adolescente más afectada suele estar atrapada en situaciones de insuficiencia de ingreso en sus hogares, y de privación de sus derechos de sobrevivencia, abrigo, educación, salud y nutrición, entre otros, es decir, se encuentra privada de activos y oportunidades a las que tienen derecho todos los seres humanos. Además, la pobreza se asocia fuertemente con la exclusión social y la desigualdad.

El análisis de la pobreza que enfrentan los niños, niñas y adolescentes, y la comprensión cabal del fenómeno de la pobreza infantil, requieren una perspectiva comprehensiva. De allí la importancia de avanzar en una medición multidimensional que identifique las privaciones vinculadas a la provisión y calidad de los servicios y bienes públicos que afectan directamente a estos grupos, así como las insuficiencias de ingreso para satisfacer las necesidades de todos los miembros del hogar.

A. Enfoque de derechos y medición multidimensional de la pobreza en la infancia²

La pobreza infantil es entendida en el trabajo conjunto de la CEPAL y la Oficina Regional del UNICEF para América Latina y el Caribe como la presencia de privaciones en el ejercicio de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en determinados ámbitos ampliamente reconocidos como constitutivos de pobreza: educación, nutrición, vivienda, agua, saneamiento e información (CEPAL/UNICEF, 2012).

² Por tratarse de un estudio conjunto de la CEPAL y el UNICEF, se utiliza la definición de infancia del UNICEF, que incluye a la población de 0 a 17 años de edad.

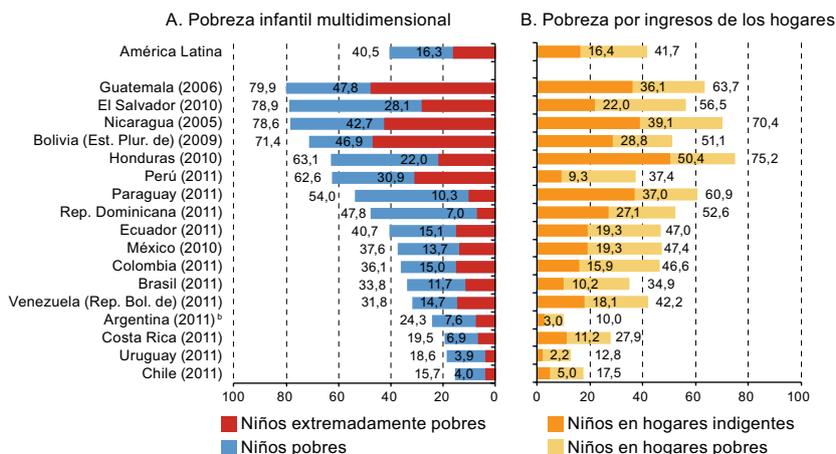
En el presente capítulo se mide la pobreza infantil a partir de las encuestas de hogares utilizando dos vertientes metodológicas: i) los métodos directos que, basados en la propuesta de la Universidad de Bristol (2003), fueron adaptados para medir privaciones múltiples en la infancia (dos umbrales, que definen la privación grave y la privación moderada en cada dimensión), y ii) los métodos indirectos, representados por la medición de la pobreza absoluta según los ingresos per cápita de los hogares.

Desde el punto de vista metodológico, las características del enfoque de derechos condicionaron los criterios aquí adoptados. Así, el carácter universal de los derechos implica valorar el derecho o su privación de la misma manera en todos los grupos poblacionales de niños, niñas y adolescentes, sin fijar umbrales distintos para la población urbana y la rural; y la indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos conduce a considerar cada privación moderada como indicador de pobreza, debido a que viola o incumple al menos un derecho, y cada privación grave como indicador de extrema pobreza en la infancia.

Conforme a lo anterior, en América Latina un 40,5% de los niños, niñas y adolescentes son pobres. Esto implica que en la región la pobreza infantil total afecta a 70,5 millones de personas menores de 18 años. De este total, el 16,3% de los niños, niñas y adolescentes se encuentra en situación de pobreza extrema, entendiendo como tal la existencia de al menos una privación grave. Es decir, uno de cada seis menores es extremadamente pobre, lo que significa que este flagelo afecta a más de 28,3 millones de niños, niñas y adolescentes.

Las realidades difieren mucho según grupos de países. Entre los países con mayor pobreza infantil total (Bolivia (Estado Plurinacional de), El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Perú) en promedio un 72% de los niños eran pobres. Entre los países con menor pobreza infantil total (Argentina, Chile, Costa Rica, Ecuador y Uruguay) un 19,5% de los niños se encontraba en dicha situación (véase el gráfico 5).

Gráfico 5
América Latina (17 países): incidencia de la pobreza infantil extrema y de la pobreza infantil total, y porcentaje de niños en hogares indigentes y pobres (según método del ingreso), alrededor de 2011^a
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a Se utiliza la definición de infancia del UNICEF, que abarca a la población de 0 a 17 años de edad. En las cifras de niños pobres se incluye a los niños extremadamente pobres, y en las de niños en hogares pobres se incluye a los niños en hogares indigentes. Las cifras del gráfico pueden no coincidir con las del texto, donde se analiza la evolución entre 2000 y 2011, ya que estas últimas solo se refieren a 14 países.
^b Zonas urbanas.

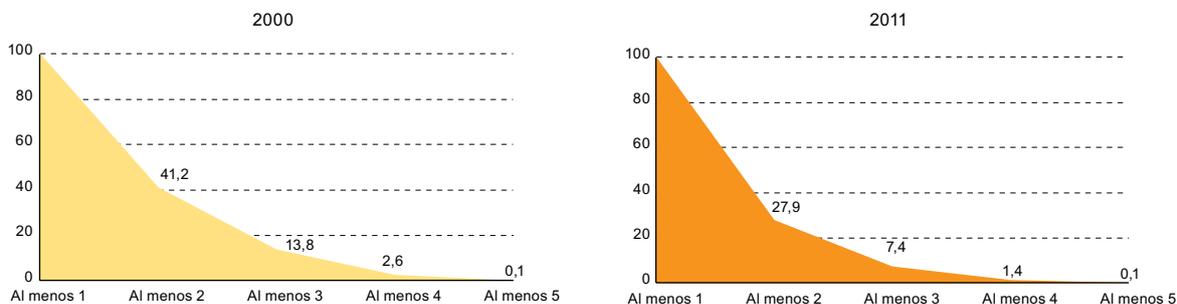
Por otro lado, se presentan mediciones de la pobreza infantil en dos momentos, alrededor de 2000 y de 2011. De acuerdo con estas mediciones, hay una situación auspiciosa, ya que todos los países exhiben un descenso del porcentaje de menores de 18 años privados de algunos de los derechos básicos (pobreza total). En la región (14 países comparables en el tiempo a nivel nacional), la reducción de la pobreza infantil total fue de poco más de 14 puntos porcentuales en el período, pasando del 55,3% de los niños alrededor de 2000 al 41,2% cerca de 2011.

La intensidad de la extrema pobreza (vale decir, la presencia de más privaciones graves a la vez) tiende a ser mayor precisamente donde hay un porcentaje más alto de niños extremadamente pobres. Si bien la existencia de una sola privación grave ya compromete en forma muy seria el desarrollo infantil, la presencia de un “síndrome” de múltiples privaciones alerta sobre una pérdida segura de las oportunidades de aprovechamiento de las potencialidades de los niños y, en definitiva, perpetúa la reproducción intergeneracional de la pobreza. Uno de cada cuatro niños extremadamente pobres sufre un atropello grave en más de un derecho fundamental, y uno de cada tres niños pobres se ve afectado por una privación moderada en más de una necesidad. Es esencial considerar la interacción de privaciones en la formulación de políticas, pues la privación en alguna dimensión suele tener consecuencias sobre la posibilidad y capacidad de ejercer el derecho en una o más de las otras dimensiones (Gordon y otros, 2003; Minujín, Delamónica y Davidziuk, 2006; Kaztman, 2011).

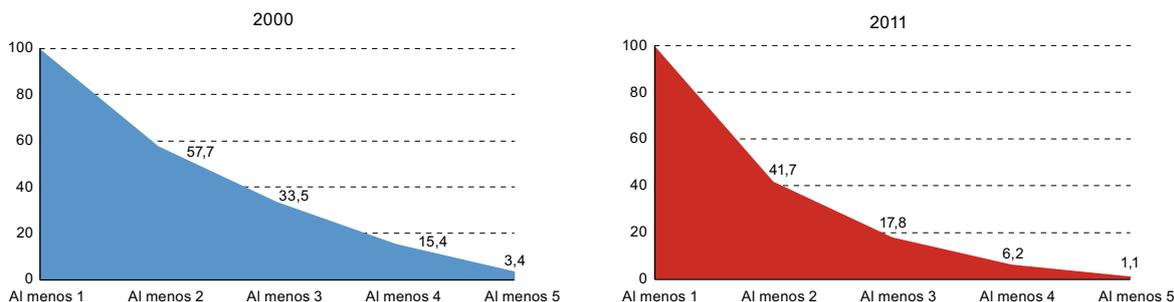
Cabe destacar que en todos los países la reducción de la pobreza y extrema pobreza infantil fue acompañada también de la reducción de su intensidad (porcentaje de niños con múltiples privaciones): en 2000 cerca del 41% de los niños extremadamente pobres se veían afectados por dos o más privaciones graves y en 2011 este porcentaje se redujo al 28%. Del total de niños pobres, en 2000 el 58% se veían afectados en más de un derecho, porcentaje que en 2011 disminuyó al 42% (véase el gráfico 6). Cabe aclarar que en este análisis la intensidad de la pobreza se representa por el número de privaciones entre pobres (y extremadamente pobres), lo que no necesariamente refleja la gravedad de estas.

Gráfico 6
América Latina (14 países): cambios en la distribución acumulada del número de privaciones graves
y del número total de privaciones, 2000 y 2011^a
(En porcentajes)

A. Distribución acumulada del número de privaciones graves entre los niños extremadamente pobres



B. Distribución acumulada del número total de privaciones entre los niños pobres^b



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

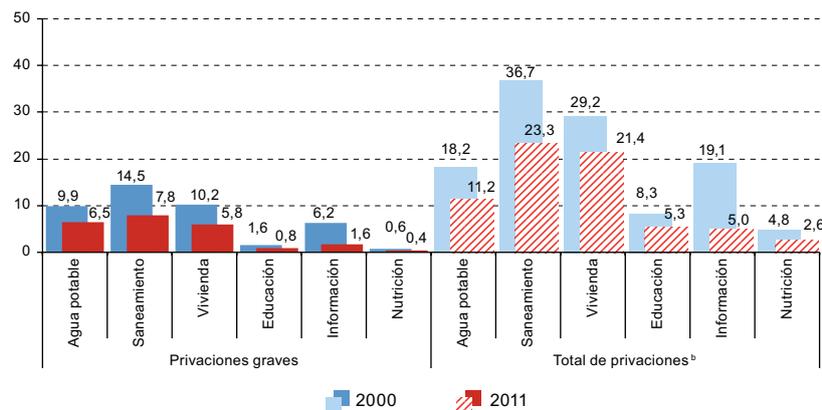
^a Se utiliza la definición de infancia del UNICEF, que abarca a la población de 0 a 17 años de edad. En los gráficos se presentan las privaciones en forma acumulada. Por ejemplo, el porcentaje de niños que tienen al menos 3 privaciones incluye a los niños que tienen 4 o 5 privaciones. Los valores iniciales son equivalentes al 100% (niños con al menos 1 privación), ya que las distribuciones fueron calculadas en el universo de niños pobres o extremadamente pobres, según el caso.

^b El total de privaciones corresponde a las privaciones moderadas y graves. Se incluye a los niños en extrema pobreza, cuyas privaciones son graves.

B. Evolución de los niveles de privación por dimensiones en América Latina y en algunos países del Caribe

En América Latina, entre 2000 y 2011 se redujeron en gran medida los niveles de privaciones, tanto moderadas como graves, en todas las dimensiones de la pobreza infantil, sobre todo en saneamiento, vivienda y acceso a la información. Las reducciones menos significativas se observaron en la educación y la desnutrición, dado que a inicios de la década pasada los niveles de privación entre los niños de la región ya eran bajos. La disminución generalizada de las privaciones en todas las dimensiones explica los significativos avances, tanto en la reducción de la pobreza infantil total y extrema como en el descenso de su intensidad (véase el gráfico 7). Las tres dimensiones con mayor peso son las de acceso a servicios sanitarios, calidad de la vivienda y acceso a agua potable, las que incluso no modifican el orden de su contribución entre 2000 y 2011. Sin embargo, al reducirse la extrema pobreza, estas tres dimensiones han cobrado un mayor peso relativo, lo que sugiere que los avances en educación, información y nutrición han tenido una incidencia más importante en su disminución.

Gráfico 7
América Latina (14 países): evolución de las privaciones graves y del total de privaciones en las dimensiones constitutivas de la pobreza infantil, alrededor de 2000 y 2011^a
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a Promedio de 14 países con información a nivel nacional en ambos momentos. Se utiliza la definición de infancia del UNICEF, que abarca a la población de 0 a 17 años de edad.

^b Incluye las privaciones graves y las privaciones moderadas.

Datos análogos se han podido obtener para siete países del Caribe: Antigua y Barbuda, Belice, Granada, Guyana, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, y Suriname; para Jamaica se muestra la información disponible sobre algunas privaciones. Las estimaciones fueron elaboradas sobre la base de las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) y en el caso de Antigua y Barbuda, Granada y Santa Lucía, de las Encuestas de Condiciones de Vida. Estas encuestas se llevaron a cabo entre los años 2005 y 2008. Elaboradas con la misma metodología aplicada para América Latina, estas estimaciones permiten comparar la pobreza infantil con enfoque multidimensional en países del Caribe con la del resto de la región, algo que hasta ahora no era posible con las estadísticas de pobreza monetaria, que se construyen con metodologías diferentes.

Las estimaciones revelan que en estos siete países caribeños se registran niveles de pobreza infantil total de entre el 10% y el 74%, y niveles de pobreza infantil extrema de entre el 1% y el 46% (véase el cuadro 4). Se observa una diferencia marcada entre los países continentales (Belice, Guyana y Suriname) y los insulares (Antigua y Barbuda, Granada, Santa Lucía y Trinidad y Tabago). Belice, Guyana y Suriname registran una incidencia de la pobreza total de más del 60% y una pobreza extrema de más del 35%. En tanto, los países insulares de esta subregión tienen en promedio una incidencia de la pobreza infantil total del 24%, y en el caso de la pobreza extrema del 6%. Esto se explica, en parte, por el alto nivel de pobreza rural en Belice, Guyana y Suriname. En estos tres países, a diferencia de las islas pequeñas del Caribe, las diferencias entre áreas urbanas y rurales son muy marcadas.

Cuadro 4
El Caribe (8 países): incidencia de la pobreza infantil total y extrema^a
(En porcentajes)

	Incidencia de la pobreza infantil total	Incidencia de la pobreza infantil extrema
Antigua y Barbuda (2005) ^b	10	2
Belice (2006)	71	36
Granada (2007/2008) ^b	32	8
Guyana (2006)	74	46
Jamaica (2005) ^c	25	16
Santa Lucía (2005) ^b	25	6
Suriname (2006) ^c	41	30
Trinidad y Tabago (2006) ^d	28	10

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) y de las encuestas de condiciones de vida de los países.

^a Se utiliza la definición de infancia del UNICEF, que abarca a la población de 0 a 17 años de edad. Las dimensiones de la estimación multidimensional de la pobreza infantil consideradas son agua potable, saneamiento, vivienda, educación, información y nutrición.

^b No se incluye la dimensión de nutrición.

^c La dimensión de información contiene un nivel de omisión significativo en la encuesta, razón por la cual las privaciones están subestimadas.

^d No se incluye la dimensión de información.

Las distintas privaciones remiten a intervenciones sectoriales pero que deben ser articuladas bajo una visión integral del fenómeno de la pobreza. Al respecto, es preciso estar consciente de que las intervenciones orientadas a mejorar la calidad de vida de los niños también muchas veces implican mejorar la calidad de vida de todos los integrantes de la familia. Además, es preciso considerar que la sola intervención sectorial, si bien puede reducir la privación en una dimensión de la pobreza infantil, no necesariamente asegura el cumplimiento de los restantes derechos fundamentales de los niños, y que en el marco de la cultura de la pobreza, los niños también suelen ver vulnerados derechos no considerados en las medidas de pobreza, como la explotación infantil o la violencia física y psicológica que se ejerce contra ellos. Por ese motivo, la integralidad de las acciones de lucha contra la pobreza infantil no solo refiere a la actuación coordinada de los Estados en distintas políticas y programas de carácter sectorial, sino que también debe considerar aspectos psicosociales y promover dentro de las familias una cultura de reconocimiento y respeto a los derechos de los niños.

III. Dimensiones soslayadas del bienestar: espacio, tiempo y convivencia

La visión multidimensional de la pobreza que se ha presentado en dos enfoques alternativos en los capítulos precedentes responde, en última instancia, a la idea de que el bienestar requiere ser pensado también de manera multidimensional. Los indicadores usados comúnmente capturan solo en parte la complejidad del fenómeno. Es el caso del PIB, que se centra en la producción de bienes y servicios sin considerar aspectos como la distribución del ingreso, la justicia, las libertades, la capacidad de las personas de tener una vida con sentido, la satisfacción con la vida y la sustentabilidad del progreso económico.

Desde hace algunos años se están llevando a cabo distintas iniciativas con el fin de consensuar la evaluación de un conjunto de ámbitos para poder contar con una visión más pormenorizada del bienestar. Una de las más importantes es el proyecto global *Midiendo el Progreso de las Sociedades*, liderado por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Esta iniciativa surgió para fomentar el desarrollo de conjuntos de indicadores económicos, sociales y ambientales clave para facilitar la comprensión del bienestar de una sociedad. También intenta motivar el uso de indicadores para informar y promover procesos de toma de decisiones en el sector público, privado y de la organización civil.

Considerando estos antecedentes, en este capítulo se abordan algunas dimensiones constitutivas del bienestar que contribuyen a una mirada integrada y multidimensional. Se trata de tres dimensiones principales —espacio, tiempo y convivencia— que han sido soslayadas en las discusiones sobre el bienestar en América Latina y que van más allá de las necesidades básicas “de primera generación” que remiten a dimensiones sectoriales como la salud, la educación, las condiciones de trabajo, la vivienda o la situación económica.

Esta propuesta adquiere una significación particular en América Latina, en un contexto marcado por tres factores distintos: i) avances importantes en el cumplimiento de las metas globales de desarrollo y, en particular, una reducción significativa de los niveles de pobreza; ii) la persistencia de elevados niveles de desigualdad en la distribución del ingreso así como de un amplio repertorio de desigualdades sociales, y iii) la emergencia y creciente visibilidad de un conjunto de expresiones de malestar social motivadas por cuestiones diversas, entre las cuales destaca el medio ambiente, la educación, el transporte público y las reivindicaciones de poblaciones indígenas.

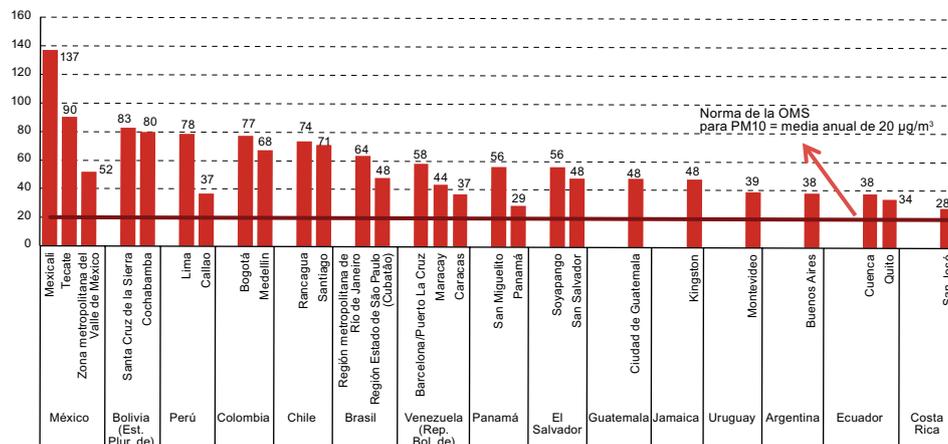
A. El espacio: problemas ambientales en las ciudades

El espacio es una de las dimensiones materiales fundamentales de la vida humana. Remite al medio ambiente que habitamos e incluye el agua, el suelo, el aire, los objetos, los seres vivos, las relaciones entre hombres y mujeres, y elementos intangibles como los valores culturales. Un espacio (o medio ambiente) saludable es una condición necesaria para que las personas puedan alcanzar niveles dignos de bienestar.

Durante las últimas décadas, el medio ambiente en América Latina ha estado sometido a impactos de distinto tipo e intensidad como resultado del modelo de desarrollo. Todas estas transformaciones inciden en el bienestar de las personas. El deterioro de la calidad del aire es una de las transformaciones que más afectan el bienestar de las poblaciones urbanas de la región.

Los países han realizado esfuerzos significativos para implementar programas de gestión de la calidad del aire. Sin embargo, los niveles de contaminación atmosférica en muchas ciudades siguen siendo preocupantes: amplios sectores de la población de América Latina están expuestos a niveles de contaminación atmosférica que exceden los límites recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Al menos 27 ciudades de la región superaban en 2007-2008 los límites de material particulado PM10 recomendados por la OMS, entre las cuales hay diez ciudades capitales.

Gráfico 8
América Latina y el Caribe (ciudades seleccionadas): promedio anual de material particulado (PM10), alrededor de 2008-2009
 (En microgramos por metro cúbico)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información de Organización Mundial de la Salud (OMS), "Outdoor air pollution in cities" [en línea] http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/en/

La exposición a la contaminación atmosférica urbana, y en particular al PM10, conlleva un grave riesgo para la salud de las personas y genera un aumento de la tasa de mortalidad (y de morbilidad). Se ha señalado que en América Latina y el Caribe al menos 100 millones de personas están expuestas a la contaminación atmosférica a niveles superiores a los límites recomendados por la OMS (Cifuentes y otros, 2005). Los grupos más vulnerables a los efectos de la contaminación del aire son los niños, los adultos mayores, las personas con ciertas condiciones de salud preexistentes y quienes se encuentran en situación de pobreza.

La exposición al material particulado aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares y respiratorias, así como el cáncer de pulmón. En aproximadamente cuatro años (2004-2008), menos de un tercio de los países (7 de 24) han presentado una disminución de las muertes por causas relacionadas con la contaminación atmosférica. Por cierto, ello no se condice con el grado de urgencia con que se debería actuar frente a muertes que son evitables utilizando estrategias de salud pública y ambientales preventivas, en especial si se considera que según la OMS una reducción de la contaminación por PM10 de 70 a 20 microgramos por metro cúbico permite reducir alrededor de un 15% de las muertes vinculadas a la mala calidad del aire. Es muy importante tomar conciencia de que la exposición a la contaminación atmosférica se ha transformado en una de las principales causas de mortalidad, sobre la cual es imperativo actuar mediante políticas públicas eficaces.

B. El tiempo: tiempo disponible, trabajo remunerado y trabajo no remunerado

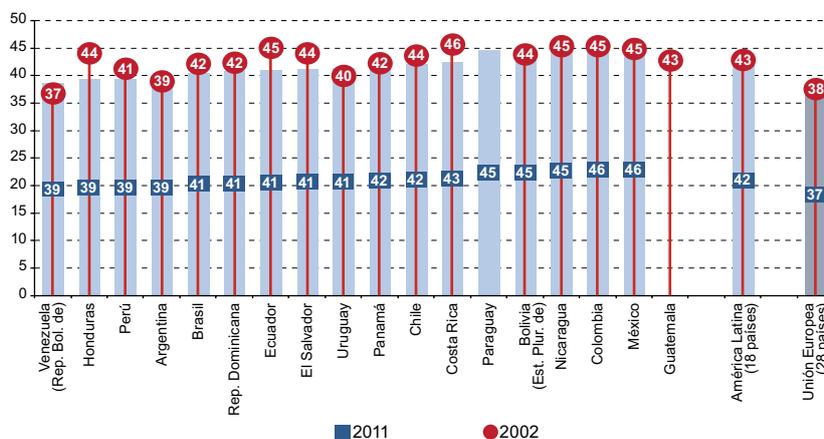
El tiempo es otra de las dimensiones fundamentales de la vida humana. El bienestar presente de las personas depende en gran medida de lo que hacen y pueden hacer y, por tanto, del tiempo que pueden dedicar a distintas actividades. Sin embargo, la vida cotidiana de cada uno está sujeta a diversas restricciones que limitan esa libertad. El tiempo es, pues, un recurso limitado a lo largo de la vida de una persona.

El tiempo laboral pagado, que se destina a generar recursos monetarios para cubrir diversas necesidades, es parte esencial en la vida de la mayoría de las personas. Mientras mayor es la cantidad de tiempo laboral pagado, menor es la cantidad de tiempo con que cuentan las personas para realizar otras actividades, como las vinculadas a las responsabilidades familiares y el descanso. Mediante la reducción de la jornada de trabajo, que ha sido una de las reivindicaciones más constantes del movimiento laboral durante gran parte del siglo XX, se ha buscado preservar la salud de los trabajadores y trabajadoras, incluida su salud mental.

Existen significativas diferencias en la duración de la jornada laboral que se encuentran asociadas a factores como la edad, el sexo y el tipo de empleo. Sin embargo, la jornada laboral media en América Latina sigue siendo muy extensa. A diferencia de lo que ocurre en la mayoría de los países europeos –donde las personas trabajan en promedio 37 horas semanales– en América Latina y el Caribe la jornada laboral sigue siendo muy superior al límite de 40 horas semanales y no se observa una tendencia hacia su reducción.

Pero no todo el valor que se crea mediante el trabajo es remunerado. De hecho, una proporción importante de lo que se produce en la sociedad no se valoriza monetariamente. Todo el trabajo en los hogares que realizan las personas, en su mayoría mujeres, como las tareas de cocina, limpieza y cuidado de otras personas, se efectúa sin remuneración y sin que un contrato regule la remuneración, las responsabilidades y los beneficios que conllevan dichas tareas.

Gráfico 9
América Latina (18 países): jornada laboral de la población ocupada de 15 años y más, alrededor de 2002 y de 2011
(En horas semanales)



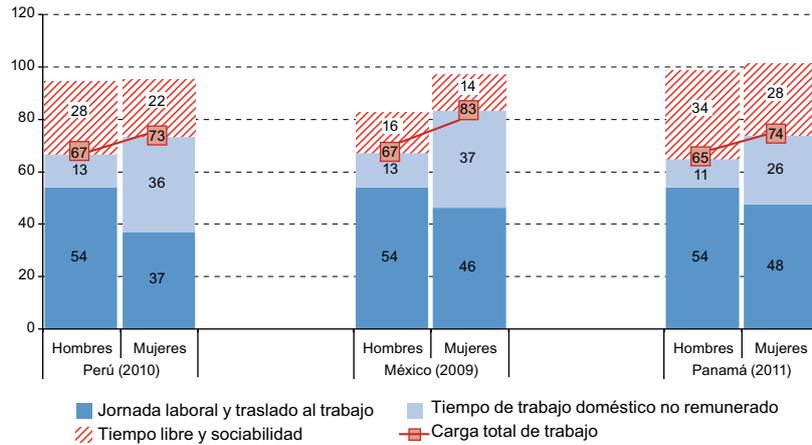
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

De acuerdo con la información disponible, las mujeres dedican muchas más horas al día al trabajo doméstico no remunerado que los hombres. Eso significa que la creciente incorporación de las mujeres al trabajo remunerado no ha sido compensada por una mayor participación de los hombres en el trabajo doméstico. En otras palabras, en América Latina la división sexual del trabajo se ha transformado en forma parcial y desigual.

La carga global de trabajo se refiere a la suma de las horas destinadas al trabajo remunerado y al trabajo no remunerado que se realiza en el hogar, incluido el cuidado de niños, familiares ancianos y enfermos. Según la

información de que se dispone, la carga total de trabajo de las mujeres ocupadas es superior a la de los hombres. Esta sobrecarga de trabajo afecta seriamente el bienestar de las mujeres ocupadas, en particular de aquellas que viven en pareja y que tienen niños menores en edad preescolar. Las mujeres jefas de familia también tendrían una elevada carga de trabajo. Todas ellas sufrirían “pobreza de tiempo”, lo que implica una escasa disponibilidad de tiempo para el descanso, el ocio, las actividades recreativas, la convivencia familiar y la sociabilidad.

Gráfico 10
América Latina (países seleccionados): tiempo destinado por la población ocupada al trabajo remunerado y al trabajo no remunerado y tiempo libre^a
 (En horas semanales)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas sobre uso del tiempo de México, 2009; Panamá, 2011 y Perú, 2010.

^a Las encuestas sobre uso del tiempo que se han realizado en América Latina tienen diferencias metodológicas en su diseño y ejecución. Además, no se dispone de un clasificador estandarizado y homologable, lo que dificulta las comparaciones entre ellas. Se han seleccionado las encuestas de México, Panamá y el Perú para ilustrar los usos del tiempo, dado que son semejantes en la cobertura de actividades que contemplan. Estas incluyen jornada laboral, trabajo doméstico no remunerado, tiempo libre y sociabilidad, necesidades personales y trabajo voluntario.

C. La convivencia: altos niveles de violencia en América Latina

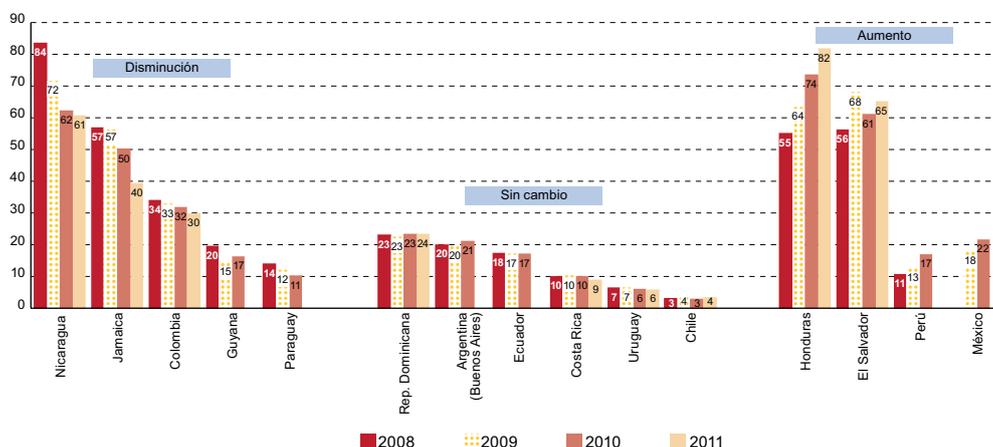
La convivencia es otra dimensión fundamental de la vida humana. El bienestar de las personas requiere que ellas participen en ese proceso continuo de construcción de un sentido de pertenencia a una vida en común que otorga sentimientos de seguridad y proyección vital. El bienestar debiera incluir, por tanto, formas de convivencia social positivas y pacíficas, en que todos puedan sentirse parte de la sociedad.

Sin embargo, los procesos de modernización y urbanización acelerada que han tenido lugar en América Latina durante las últimas dos décadas han generado diversos problemas de convivencia. Uno de los principales es la violencia, en su doble vertiente de violencia en espacios públicos y violencia doméstica.

La tasa de homicidios es uno de los indicadores más relevantes de inseguridad ciudadana o violencia en espacios públicos. Según el *Estudio mundial sobre el homicidio, 2011* realizado por las Naciones Unidas, en 2010 el 31% del total de homicidios cometidos en el mundo ocurrieron en el continente americano, que ocupa el segundo lugar después de África (36%) (UNODOC, 2011). La tasa de homicidios en el continente americano (15,6 por cada 100.000 habitantes) es más del doble de la tasa media mundial (6,9 por cada 100.000 habitantes).

La elevada tasa media de homicidios en el continente americano oculta importantes diferencias entre países. Por otro lado, el homicidio ha presentado distintas tendencias en la región en los últimos años. Así, en algunos países —como Honduras, El Salvador, el Perú y México— se registra un fuerte aumento mientras que, a la inversa, en Nicaragua, Jamaica y Colombia la tasa ha disminuido (véase el gráfico 11).

Gráfico 11
América Latina y el Caribe (15 países): tasa bruta de homicidios
por cada 100.000 habitantes, 2008-2011^a
(En número por cada 100.000 habitantes)



Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Sistema Regional de Indicadores Estandarizados de Convivencia y Seguridad Ciudadana (SES) [en línea] http://www.seguridadyregion.com/images/Indicadores/muertes%20por_homicidio.pdf.

^a En el Sistema Regional de Indicadores Estandarizados de Convivencia y Seguridad Ciudadana (SES) se define el homicidio como las “lesiones intencionales ocasionadas por una persona a otra que causan la muerte” (esto excluye las muertes por lesiones de tránsito y otras lesiones no intencionales). Los casos considerados son “toda víctima de homicidio conocida por las autoridades ocurrida en cualquier sitio del país”. Se incluyen los femicidios. El Brasil está en proceso de integración al SES, razón por la cual no se incluye información sobre este país.

Otra forma de violencia prevalente es aquella en el ámbito doméstico (o familiar). El porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que sufren o han sufrido alguna vez violencia física por parte de una pareja varía entre un 33%, registrado en Colombia, y un 14%, en Haití. Así, según los datos estadísticos disponibles, un alto porcentaje de mujeres en la región sufren o han sufrido alguna vez violencia física por parte de su pareja.

Finalmente, es importante resaltar el fenómeno de la violencia doméstica contra niños y niñas en América Latina y el Caribe. Al considerar las formas de castigo más usadas por ambos padres con sus hijos o hijas, destacan las reprimendas verbales. Sin embargo, el porcentaje de niños y niñas que son castigados con golpes —incluidas palmadas— es muy alto, lo que indica que la violencia física hacia los menores es una realidad que persiste de forma masiva y cotidiana en la región.

En una última reflexión se debe considerar la sinergia existente entre los distintos aspectos del bienestar aquí abordados. Sin duda los buenos usos del espacio en el marco de políticas urbanas que proyecten espacialmente la convivencia ampliada pueden tener efectos positivos en la reducción de la violencia. De manera recíproca, un grado menor de violencia urbana contribuye a mejorar la disposición de la ciudadanía a usar la ciudad de modos más constructivos y sostenibles. La relación entre descongestión espacial y descongestión en el uso del tiempo es también directa, precisamente porque la congestión urbana redundará en una mayor absorción de tiempos de desplazamiento, entre otros aspectos. Así, es importante, al momento de diseñar las políticas, valorar las sinergias potenciales que pueden lograrse al gestionar distintas dimensiones del bienestar.

IV. La protección social en América Latina: una mirada actualizada a la afiliación a los sistemas de salud y de pensiones

Diversos riesgos tales como la enfermedad, las restricciones para satisfacer las necesidades de cuidado de niños y de personas frágiles o con discapacidad, los episodios de desempleo y subempleo, y la pérdida o radical disminución de ingresos en la vejez son factores determinantes del bienestar presente y futuro de todas las personas. Tales factores las afectan con diversa duración e intensidad. Aunque están determinados de manera crucial por las asimetrías propias de sus condiciones socioeconómicas, escapan en distinta medida a su control. Así, la gama de riesgos frente a los cuales se debiera estar protegido es muy amplia y evoluciona conforme se transforman las sociedades.

En este marco, una clave fundamental para evaluar las políticas de protección social, ya sean financiadas con recursos fiscales o contributivos, consiste en determinar cómo responden a las dinámicas de riesgos y a su distribución social. En tal sentido, es fundamental identificar cómo se brindan los servicios, cuál es la diversidad de riesgos frente a los cuales otorgan protección y cómo se especifican los beneficios. A continuación se analizarán dos de estas dimensiones que son esenciales en la protección social, la afiliación a los sistemas de salud y de pensiones.

Como lo ha planteado la CEPAL, la protección social debe regirse por los siguientes principios³:

- **El principio de universalidad:** a todos los ciudadanos, como miembros de la sociedad, se les deben garantizar, en calidad de derechos, determinadas protecciones o beneficios (con ciertas características en cuanto a cantidad y calidad) que son necesarios para su participación plena en la sociedad. En términos del aseguramiento, este principio se orienta a que todos los miembros de la sociedad cuenten con la certeza de un nivel y una calidad de bienestar, que deben ser los máximos que permita el desarrollo económico en un momento dado. Ello no significa que todo beneficio sea universalizable, sino que la sociedad establece, a partir de pactos, los estándares de calidad y de cobertura que deben garantizarse a todos sus miembros.
- **El principio de solidaridad:** las personas deben participar en el financiamiento de la política social de acuerdo con la capacidad económica de cada una, para coadyuvar de ese modo a asegurar la universalidad y la equidad en el acceso a las prestaciones sociales. En este principio se asume también que, dadas las externalidades del bienestar individual, existe una estrecha interrelación entre el bienestar individual y el bienestar social.

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

- **Los criterios de selectividad:** son criterios tendientes a asegurar que los servicios sociales lleguen a la población más pobre. Para atender al carácter multidimensional y heterogéneo de la pobreza, debe existir una interacción benéfica entre las políticas universales e integrales, y las selectivas y diferenciadas.
- **El principio de eficiencia:** para que la igualdad sea mayor y sustantiva, el uso de los recursos públicos debe ser eficiente de manera de potenciar los principios de universalidad y solidaridad, sin contraponerlos. Este principio no debe entenderse exclusivamente en términos de sus efectos macro y microeconómicos sino, en última instancia, como vinculado a la capacidad de alcanzar los objetivos sociales definidos.

De acuerdo con lo anterior, los principales retos que se les plantean a los sistemas de protección social en la región son: i) avanzar hacia la universalidad de la protección social y de sus beneficios, lo que a su vez requiere promover pactos sociales para asegurar su prioridad y mejorar las capacidades para su ejecución; ii) nivelar las condiciones existentes en el ámbito productivo, reduciendo la heterogeneidad de la estructura productiva, lo que permitirá lograr un mejor financiamiento de la protección social y optimizar el impacto de las políticas sociales; iii) avanzar en materia de institucionalidad laboral, ya que el desarrollo histórico de la protección social se vincula con la legislación laboral y con las regulaciones de las condiciones de trabajo y de los despidos, de las negociaciones colectivas, de las políticas de capacitación y educación, y de las capacidades de supervisión del cumplimiento de las normativas, y iv) superar la fragmentación y la segmentación de la protección social, en el marco de una solidaridad integral, en que se combinen mecanismos contributivos y no contributivos.

A. Una primera mirada a la cobertura

La afiliación a los sistemas de salud y de pensiones que se registra en las encuestas de hogares es una aproximación válida a la trayectoria de la protección social, aunque no es indicativa de la calidad o del rango de los servicios de salud a los que efectivamente tienen acceso las personas. En el caso de la población pensionada, sí pueden medirse mediante las encuestas los ingresos recibidos por este concepto, lo que brinda indicios sobre las trayectorias laborales de las personas y sobre los sistemas de pensiones vigentes.

Entre los años 2002 y 2011, la cobertura de la protección social en salud y pensiones de los asalariados ha crecido en América Latina, aunque ciertamente en distintas magnitudes y desde muy diversos puntos de partida. En materia de la afiliación, esa evolución refleja una dinámica positiva del mercado laboral, más reveladora aún si se considera que tuvo lugar en el marco de la crisis financiera y económica mundial, la más grave acontecida desde la Gran Depresión, que en algunos planos ha tenido efectos en la región. De todas formas, en algunos países la cobertura continúa siendo muy baja.

Con la excepción de Honduras, la afiliación de los asalariados a sistemas de salud es mayor que a sistemas de pensiones (véanse los gráficos 12 y 13). Por la alta correlación que existe entre estas dos coberturas, en los países donde se registra baja cobertura esta se observa en ambas dimensiones. Por otro lado, los países que cuentan con mayores niveles de afiliación a sistemas de pensiones (del 76% en promedio) muestran un nivel de afiliación a salud de alrededor del 90% y varios de ellos tienen sistemas de salud que tienden a la universalización mediante mecanismos contributivos y no contributivos. Los países con cobertura intermedia de afiliación a pensiones ostentan niveles más variados de afiliación a la salud, que alcanzan un promedio de casi un 65% y se distribuyen en un rango entre el 49% y el 75%; la gran excepción a este grupo es Colombia, cuya cobertura en salud aumentó del 53% en 2002 al 92% en 2011, mientras que la de pensiones experimentó un aumento importante pero menor (de 16 puntos porcentuales).

Como promedio de 16 países de la región, las diferencias por género favorecen a las mujeres asalariadas en ambos puntos del tiempo (2002 y 2011) y las mejorías del acceso en ambos indicadores las han beneficiado en mayor proporción. Sin embargo, se registran importantes excepciones a esta tendencia: en la Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica, el Perú, la República Dominicana y el Uruguay –grupo en que se incluyen algunos de los países de más alta cobertura–, ellas registran menores niveles de afiliación a sistemas de pensiones, lo que no ocurre en el caso de los sistemas de salud, con la única excepción de la República Dominicana. Por otro lado, las mejoras en ambos indicadores han favorecido proporcionalmente más a los hombres en Chile, Colombia, Guatemala y Honduras.

Se observan en el acceso a los sistemas de pensiones y de salud notorias disparidades por quintiles de ingresos. Del mismo modo, existen profundas brechas según niveles educativos, aunque con tendencias a la disminución, sobre todo en salud. Entre las categorías extremas –asalariados con educación universitaria frente a asalariados con educación primaria incompleta– las diferencias de los niveles de afiliación a los sistemas de pensiones y de salud son de 55 y 40 puntos porcentuales, respectivamente. En cuanto a las tendencias de acceso por grupos de edad, si bien en todos los grupos se registró un aumento de la afiliación tanto a pensiones como a salud, el acceso en ambos indicadores se puede describir como una curva en U invertida, porque tanto al comienzo como hacia el final de la vida activa los niveles de afiliación son menores. Esto resulta problemático pues indica que entre los trabajadores más jóvenes se postergan los ahorros para pensiones y que los adultos mayores no reciben una plena atención de salud.

La distribución de la falta de cobertura en la región provee una base argumentativa para fortalecer políticas universales y con financiamiento solidario, pues la desprotección afecta a sectores sociales a lo largo de todo el espectro de ingresos, aunque claramente en magnitud y profundidad muy diversas. Este tema pone de manifiesto la necesidad de velar por la eficiencia y la calidad de los sistemas de seguridad social y por la existencia de vínculos adecuados entre los beneficios y su financiamiento, de manera de hacer atractivos los beneficios para que sean valorados.

B. Algunos aspectos de la afiliación a los sistemas de salud en los países

La afiliación a los sistemas de salud como promedio de los países de América Latina aumentó en torno a 12 puntos porcentuales entre 2002 y 2011. Las excepciones las constituyen El Salvador, que anotó un leve retroceso, y el Uruguay (áreas urbanas) que, con un nivel ya muy alto en 2002 (más del 98%), prácticamente no registró mejoras. Los avances más significativos se observaron en Colombia, el Ecuador (áreas urbanas), el Perú y la República Dominicana, donde se registraron aumentos de entre 21 y 39 puntos porcentuales.

Destacan también la Argentina (áreas urbanas), Chile, Costa Rica, Panamá y el Uruguay (áreas urbanas), que exhiben las mayores coberturas de salud en ambos puntos del tiempo. Colombia logró un avance considerable a lo largo de diez años, hasta alcanzar una de las afiliaciones más altas de la región. Se observan asimismo esfuerzos muy notables de ampliación en el Ecuador (áreas urbanas), México, el Perú y la República Dominicana, que ostentan afiliaciones intermedias dentro del conjunto de países; incrementos importantes en la Argentina (áreas urbanas) y Bolivia (Estado Plurinacional de), y más moderados en el resto de los países. El Salvador muestra una evolución negativa anterior a la reforma de salud que está en marcha y en Honduras hay un virtual estancamiento del bajo nivel de afiliación. Lamentablemente, en las encuestas consultadas no era posible distinguir la afiliación en salud en el Brasil, que cuenta con un sistema universal.

Al observar por separado la situación de los países en que existe alta, media o baja afiliación de los asalariados, se comprueba que cuanto más baja es la afiliación global de estos trabajadores, más rezagados se encuentran, en términos relativos, aquellos que laboran en microempresas o en el servicio doméstico.

En cuanto a los sectores de empleo, se advierte que la afiliación es mayor entre los empleados públicos que entre aquellos de la empresa privada, lo que remite entre otras causas a problemas de evasión y a fallas de supervisión de los mercados laborales. La afiliación a los sistemas de salud de los profesionales y técnicos de microempresas se redujo (junto con la afiliación a los sistemas de pensiones) en cuatro de los países que tienen los niveles de afiliación más bajos. La afiliación a la salud del servicio doméstico (mayor que su afiliación al sistema de pensiones) es claramente desventajosa, pero muestra incrementos notables en Colombia, el Ecuador, México y el Perú, y más discretos en otros cinco países.

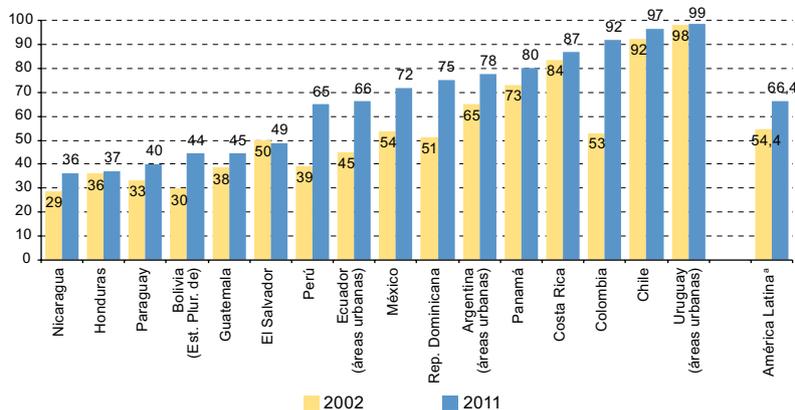
En los 15 países en que se pudo analizar la afiliación a los sistemas de salud de los no asalariados, resalta su enorme retraso respecto de los asalariados. Las situaciones más favorables se observan en Chile, Colombia, Costa Rica y el Uruguay. Pero aún dentro de ese marco global de claro rezago —con la excepción de los países más desaventajados del conjunto— la afiliación de los no asalariados ha crecido en los últimos años; los avances más notorios se registran en Colombia y el Perú. La afiliación de las mujeres exhibe una situación de desventaja que es menor en el caso de los sistemas de salud que en los de pensiones.

Al considerar la distribución socioeconómica de la afiliación, se observa la desigualdad existente en materia de protección social entre los no asalariados. Son muy notorios los contrastes entre el primer y el quinto quintil de ingresos, en la afiliación tanto al sistema de pensiones como de salud. Pero incluso entre los asalariados se observa que cuando la afiliación media es más baja, está más concentrada por ingresos. Las brechas entre niveles de ingresos de la afiliación a los sistemas de salud son menores que las de la afiliación a pensiones y tienden a reducirse: la diferencia de acceso entre el quinto quintil y el primer quintil era de casi 36 puntos porcentuales en 2011, mientras que en 2002 llegaba a casi 44 puntos.

Aunque los gradientes de no afiliación se reducen conforme los ingresos son mayores, incluso en el quintil de mayores ingresos un contingente de la población no está afiliada a ningún sistema de salud, tal como ocurre en los demás quintiles. Esto tiene lugar en una magnitud algo menor que en el caso de las pensiones y con grandes variaciones entre países, y puede deberse a cierto tipo de contratos laborales o bien puede expresar la autoselección de quienes se restan voluntariamente de afiliarse porque se aseguran por vía del mercado o incurren en gastos de bolsillo. Si la seguridad social carece de barreras de entrada y actúa como reaseguro de los mercados privados, algunas personas pueden tratar de migrar a la seguridad social cuando requieren prestaciones de salud indispensables que no son cubiertas por sus pólizas o cuando los gastos de bolsillo se elevan en exceso.

En cuanto a las personas pensionadas, en los 14 países comparados destaca su alta afiliación a los sistemas de salud, incluso en aquellos países donde la cobertura global de la población muestra un alto rezago. Con solo una excepción, la afiliación a la salud de los pensionados también se incrementó entre 2002 y 2011.

Gráfico 12
América Latina (16 países): afiliación a sistemas de salud de los asalariados de 15 años y más, alrededor de 2002 y de 2011
(En porcentajes)



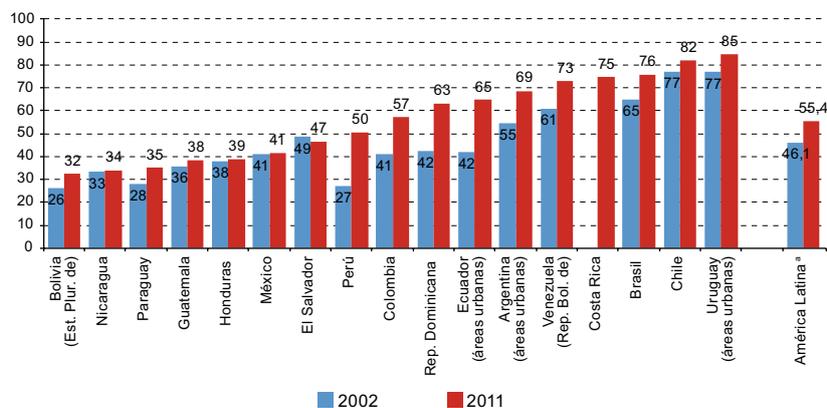
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a Promedio simple de 16 países.

C. Algunos aspectos de la afiliación a los sistemas de pensiones en los países

De acuerdo con los niveles actuales de afiliación de los asalariados a los sistemas de pensiones, pueden distinguirse tres grupos de países. El de mayor cobertura está compuesto por la Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica, el Uruguay (áreas urbanas) y Venezuela (República Bolivariana de), cuyos niveles de afiliación fluctúan entre el 68% y el 85%. En el segundo grupo se incluyen Colombia, el Ecuador (áreas urbanas), El Salvador, México, el Perú y la República Dominicana, países donde los niveles de afiliación varían entre el 41% y el 65% de los asalariados. Finalmente, Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Honduras, Nicaragua y el Paraguay exhiben menores niveles de cobertura, que fluctúan entre el 30% y el 40%.

En América Latina, el acceso de los asalariados a los sistemas de pensiones mostró entre 2002 y 2011 un aumento relativamente moderado, de poco más de 9 puntos porcentuales, y llegó al 55,4% (promedio simple de 16 países). Los incrementos fueron especialmente significativos en las áreas urbanas de la Argentina, Colombia, las áreas urbanas del Ecuador, el Perú y la República Dominicana, donde alcanzaron entre 14 y 23 puntos porcentuales. Solo en El Salvador se registra una disminución de 2 puntos porcentuales, y en Honduras, México y Nicaragua las variaciones no son estadísticamente significativas (véase el gráfico 13).

Gráfico 13
América Latina (17 países): afiliación a sistemas de pensiones de los asalariados de 15 años y más, alrededor de 2002 y de 2011
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
 * Promedio simple de 16 países. Se excluyen aquellos que no cuentan con información para los dos años considerados.

Las notables diferencias que exhiben los niveles de afiliación a los sistemas de pensiones según la inserción laboral de los asalariados expresan diferencias de la calidad del empleo. La afiliación es generalizada entre los empleados públicos: como promedio alcanza casi un 88% en los sistemas de pensiones y poco más de un 90% en los sistemas de salud, situación que era relativamente similar alrededor de 2002 (si bien se registraban 7 puntos porcentuales menos en cada caso). Entre los asalariados del sector privado que trabajan en empresas pequeñas, medianas o grandes la afiliación baja al 66% si se trata de los sistemas de pensiones y al 73% en el caso de los sistemas de salud, aunque muestra una mejoría mayor entre 2002 y 2011. Entre los asalariados de microempresas, se registran niveles aun menores (del 20% y el 39%, respectivamente) y una mejoría insignificante a lo largo del período que se analiza. Se observa un rezago incluso mayor en el servicio doméstico, compuesto principalmente por mujeres. En contraste con el acceso a los sistemas de salud, los avances en la afiliación a los sistemas de pensiones de las categorías de empleo más precario no han sido significativos.

En el grupo de países en que pudo medirse la situación de los no asalariados, se comprobó que la afiliación a las pensiones es claramente excluyente y más desventajosa para las mujeres; aun así se observan incrementos de esta cobertura. Los países donde existe un mayor nivel de afiliación de este segmento de la población son el Brasil, Chile, Costa Rica y el Uruguay. Destaca un incremento importante de la afiliación masculina en el Perú.

Como es previsible, hay diferencias notorias en el acceso tanto a sistemas de pensiones como de salud según quintiles de ingresos. En 2011, la diferencia entre los niveles de afiliación a pensiones de los trabajadores asalariados pertenecientes al quinto quintil y al primer quintil de ingresos, como promedio de los países de América Latina, era de casi 49 puntos porcentuales y mostraba un incremento leve respecto de 2002.

Sin embargo, los cambios revelan que la distribución socioeconómica de la afiliación a pensiones se ha vuelto un poco menos regresiva en varios países, incluidos México y El Salvador. Costa Rica, seguida de lejos por el Uruguay, es el país donde un mayor porcentaje de asalariados de menores ingresos están afiliados a pensiones. En otros países

se observa también una importante ampliación relativa de la cobertura de los sectores de menores ingresos, como ocurre en la Argentina, el Brasil, Chile, el Ecuador, el Perú y la República Dominicana. En el Ecuador, los aumentos son más parejos en los distintos quintiles, mientras que en el Estado Plurinacional de Bolivia la participación del primer quintil en relación con el de mayores ingresos también aumenta. Por el contrario, en seis países aumentó la desigualdad en esta materia.

Si bien se observan grandes variaciones cuando se comparan los países, sobresale el hecho de que incluso en el quintil superior hay un contingente que no está afiliado a ningún sistema de pensiones. También se advierte una falta de acceso relativa en este ámbito en los quintiles segundo, tercero y cuarto, en que los gradientes de desprotección varían mucho según la condición socioeconómica, pero que en ningún caso es comparable a la del primer quintil de ingresos.

La afiliación a los sistemas de pensiones se ha vuelto menos regresiva en la Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, El Salvador, México, el Perú y la República Dominicana; en Costa Rica y el Ecuador el incremento es bastante parejo a través de los quintiles de ingresos, lo mismo que en la República Dominicana, donde se observa una mayor progresividad si se consideran los quintiles extremos. En Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, el Ecuador, el Paraguay y el Perú, se observan avances importantes del acceso de los sectores intermedios. En Guatemala y el Uruguay, se ha reducido levemente la participación del quintil de menores ingresos.

D. Determinantes de la afiliación de los trabajadores a los sistemas de pensiones: un análisis multivariado

Como objeto de investigación y de referencia para las políticas públicas, es importante conocer los factores determinantes de la afiliación a los sistemas de pensiones. Con ese fin se realizó un ejercicio para individualizar el efecto de una gama de variables explicativas de la afiliación de los trabajadores de entre 15 y 64 años de edad, consideradas conjuntamente mediante estimaciones a partir de modelos *probit* corregidos por sesgos de selección.

Al analizar los determinantes de la afiliación de los trabajadores a los sistemas de pensiones, se observan patrones comunes entre los países, pero también heterogeneidades. En términos generales, se identifica el papel determinante de las características de los puestos de trabajo. La pertenencia al sector informal, el desempeño de un trabajo a tiempo parcial y la condición de trabajador por cuenta propia o del servicio doméstico muestran una menor probabilidad de afiliación que la ocupación en el sector formal.

También surgen patrones nítidos cuando se consideran las ramas de actividad: los trabajadores de la construcción, el comercio y la agricultura exhiben, en la mayoría de los países, una probabilidad de afiliación significativamente menor que los trabajadores industriales (categoría omitida). En varios países centroamericanos, se identifica también un efecto negativo del sector de los servicios.

En cuanto a las características personales de los trabajadores, no se detecta un patrón claro de diferencias entre hombres y mujeres (controlando por otras características personales y del puesto de trabajo). La probabilidad de afiliación es considerablemente menor en el grupo etario más joven (entre 15 y 29 años de edad) en relación con los trabajadores de 45 años y más, en casi todos los países. Por último, la asociación entre probabilidad de afiliación y nivel educativo resulta claramente positiva en casi todos los países (mientras mayor es el nivel de educación, más probabilidades de afiliación existen), pero hay diferencias entre ellos en términos de la magnitud y significación de los efectos por tramos de nivel educativo.

E. El acceso efectivo a pensiones y sus niveles

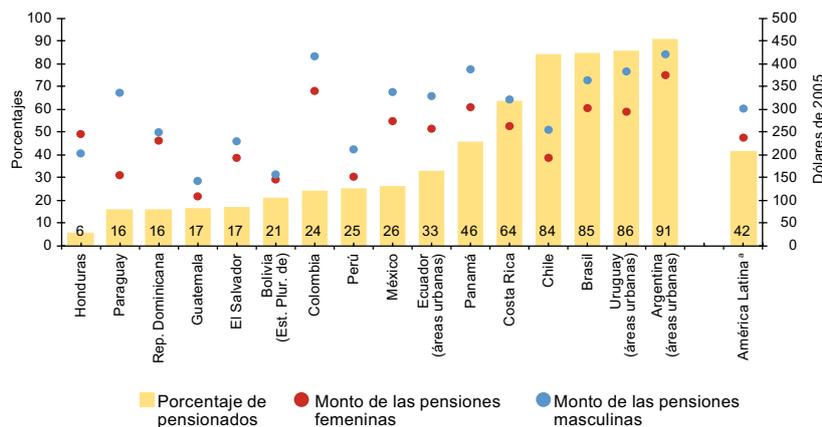
En la mayoría de los 16 países analizados, se observa que la proporción de personas de 65 años de edad y más que tienen acceso a pensiones es relativamente baja, y varía mucho de uno a otro. Honduras constituye un caso extremo. La Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica y el Uruguay son los países donde este universo de personas está más protegido, y Panamá ocupa un lugar intermedio. Se aprecia además una distribución desigual según quintiles

de ingresos, que es mucho más extrema en los países que ostentan las más bajas coberturas de pensionados. En las edades más avanzadas, el porcentaje de pensionados generalmente se incrementa.

En cuanto a los montos de las pensiones, medidos en dólares de 2005, se observa que en el quintil más pobre las mayores alzas se producen en el Brasil, el Ecuador, la República Dominicana y el Uruguay, mientras que en seis países se registran caídas. En el quintil más rico llaman la atención las disminuciones que tienen lugar en Chile y la República Dominicana, posiblemente por la exposición al riesgo financiero de los sistemas de capitalización individual; en Chile también se ven afectados en forma negativa los montos de las pensiones del segundo, tercer y cuarto quintil, tendencia sistemática que no se observa en ningún otro país.

Las mujeres reciben pensiones más bajas que los hombres, lo que puede atribuirse a las trayectorias laborales desventajosas y al diseño de los sistemas de pensiones, por ejemplo, a la aplicación de cálculos actuariales que por mayor esperanza de vida de la mujer reducen la tasa de reemplazo de sus pensiones.

Gráfico 14
América Latina (16 países): personas de 65 años y más que reciben pensiones, tanto contributivas como no contributivas, y monto medio mensual de las pensiones, por sexo, alrededor de 2011
(En porcentajes y dólares de 2005)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a Promedio simple de 14 países que cuentan con información de 2002 y 2011.

V. Tendencias recientes del gasto social y consideraciones económicas, sociales y demográficas sobre el gasto en salud

A. El gasto público social en América Latina y el Caribe

Hasta mediados de la década de 2000, la evolución del gasto público social fue altamente procíclica. En la segunda mitad de la década, se iniciaron en varios países esfuerzos sistemáticos por reforzar los programas sociales, en particular los orientados a la lucha contra la pobreza, hecho que marcó un primer punto de inflexión en el comportamiento del gasto social. Esta tendencia ya se había iniciado parcialmente a mediados de los años noventa en países que se apartaron de la visión más ortodoxa acerca de las medidas de reducción del gasto fiscal promovidas en el Consenso de Washington (principalmente el Brasil y México).

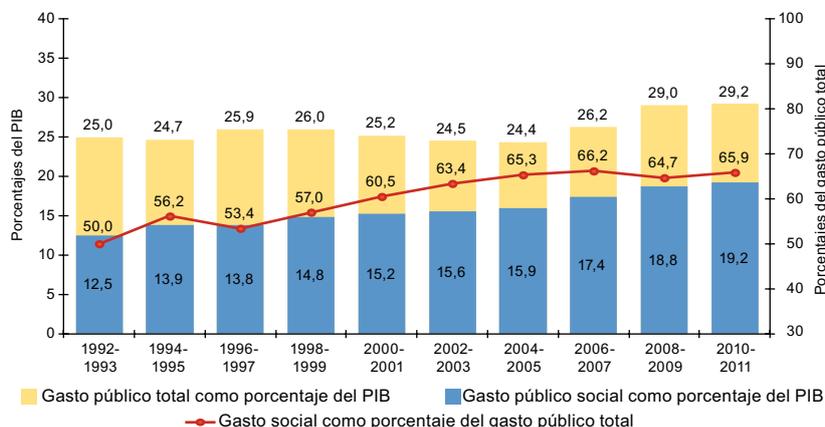
El crecimiento más acelerado del gasto social en el segundo quinquenio de la década de 2000 se debió sobre todo a políticas aplicadas para contrapesar diversos choques externos: el fuerte aumento de los precios de los alimentos y combustibles en 2008; el alza de los precios de productos básicos importados y exportados que se había iniciado en 2003; la crisis financiera mundial, con sus mayores manifestaciones y consecuencias entre fines de 2008 y 2009; y la más reciente incertidumbre en el contexto externo, como consecuencia de la desaceleración del crecimiento económico mundial, que aún se refleja en una tasa de crecimiento muy baja en los países de la Unión Europea y en la mantención de los estímulos por parte de la Reserva Federal de los Estados Unidos, a la espera de la disminución de la tasa de desempleo.

Los tres momentos señalados influyeron en diversa medida en la política fiscal y la política social. Al reforzamiento de algunos grandes programas sociales (de lucha contra la pobreza y de fortalecimiento de la protección social, principalmente en el pilar solidario o no contributivo) se sumaron medidas de reorientación del gasto (e impuestos) para evitar los efectos regresivos del aumento de precios de los productos básicos, en particular en 2007 y 2008. Luego de iniciada la crisis financiera, los gobiernos tomaron diversas medidas de estabilización de la demanda interna, mediante el aumento del gasto público no social (inversión en infraestructura) y, sobre todo, del gasto social.

Ya desde inicios de los años noventa se registraba un crecimiento de la prioridad fiscal del gasto social dentro del gasto público total, que pasó del 50% en el período 1992-1993 al 60,5% en el período 2000-2001 y al 65,9% en el período 2010-2011. Sin embargo, algunas fluctuaciones e incrementos de la prioridad fiscal del gasto social obedecieron más bien a contracciones del gasto público no social y, por tanto, a disminuciones relativas del gasto público total, principalmente entre 1999 y 2004.

Gráfico 15

América Latina y el Caribe (21 países): evolución de la participación del gasto social en el gasto público total y del gasto público total en el PIB, 1992-1993 a 2010-2011^a
(En porcentajes del PIB y del gasto público total)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), base de datos sobre gasto social.

^a Promedio ponderado de los países.

A partir de 2010, se iniciaron en diversos países reformas fiscales, tanto por el lado de los ingresos como del gasto, para consolidar las finanzas públicas, ya que, después de varios años (2003-2008) de generación de superávits primarios y reducción de la deuda pública, las medidas que involucraron el aumento del gasto público produjeron déficits en las cuentas públicas. Aunque las cifras de 2010 muestran que ese año se mantuvo la tendencia contracíclica de expansión de los gastos, hubo un mayor incremento del gasto público social y, en varios casos, caídas del gasto público no social.

Los datos de 2011 y los escasos datos disponibles de 2012 (en su mayoría de presupuestos y no de ejecuciones) evidencian un freno de la expansión del gasto social, pero que no necesariamente significaría una disminución absoluta de los recursos destinados a los sectores sociales.

B. Evolución del gasto público en salud

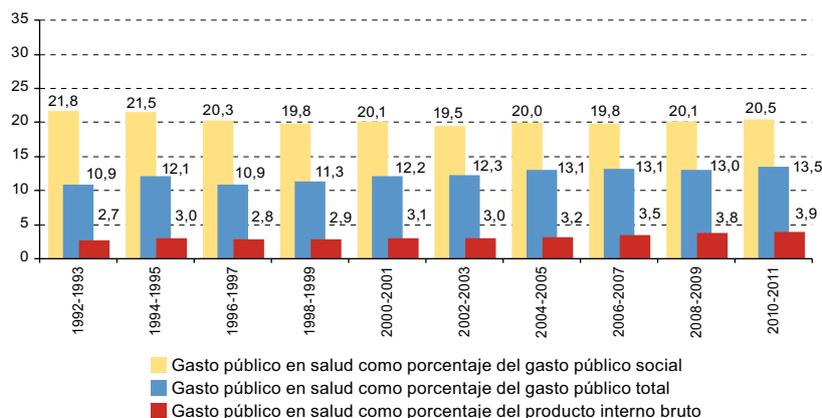
Durante los años noventa, el gasto público en salud, al igual que la mayoría de los componentes del gasto público social —con la sola excepción del gasto en seguridad social—, fue afectado por variaciones significativas, vinculadas a la alta volatilidad del crecimiento en gran parte de dicho período.

Para el conjunto de 21 países de la región, las oscilaciones asociadas a los vaivenes del ciclo económico de los países entre 1993 y 2000 se tradujeron en que un tercio de las ejecuciones presupuestarias fueran inferiores al gasto del año anterior (45 episodios de caída del gasto y 90 de aumento absoluto del gasto). Aun cuando no en todas las ocasiones se registró una caída del producto interno bruto, sino más bien una disminución del ritmo de crecimiento, lo cierto es que en la década de los noventa el gasto público en salud estuvo muy ligado al ciclo económico; sus reducciones o estancamientos se produjeron debido a que tendió a utilizarse como sector presupuestario de ajuste ante las necesidades de contraer el gasto público o de mantenerlo frente a caídas reales o proyectadas de la recaudación fiscal. Las disminuciones afectaron no tanto el gasto corriente (remuneraciones o reposición de insumos) como el componente de inversión (construcción y mantenimiento de hospitales y consultorios, adquisición de nuevas tecnologías, entre otros).

A nivel regional, como saldo de la década de 1990 la prioridad macroeconómica del gasto público en salud (es decir, como porcentaje del producto interno bruto) aumentó del 2,7% en el período 1992-1993 al 3,1% en el período 2000-2001. Pero sufrió una reducción notable en el período 1996-1997 (al caer del 3,0% del PIB en el período 1994-1995 al 2,8%), como puede apreciarse en el gráfico 16. Estas variaciones negativas a nivel

regional se registraron aun en un contexto de mantención o aumento del gasto público total, de modo que la participación del gasto en salud en dicho gasto se redujo en varias ocasiones (es decir, disminuyó su prioridad fiscal). Por otro lado, como las reducciones del gasto público en salud no se debieron fundamentalmente a disminuciones del gasto público social, los recursos destinados a salud perdieron participación dentro del gasto social en forma significativa, incluso en contextos de expansión de otros gastos sociales como educación y seguridad social (véase el gráfico 16).

Gráfico 16
América Latina y el Caribe (21 países): evolución del gasto público en salud como porcentaje del PIB, del gasto público total y del gasto público social, 1992-1993 a 2010-2011^a
(En porcentajes)



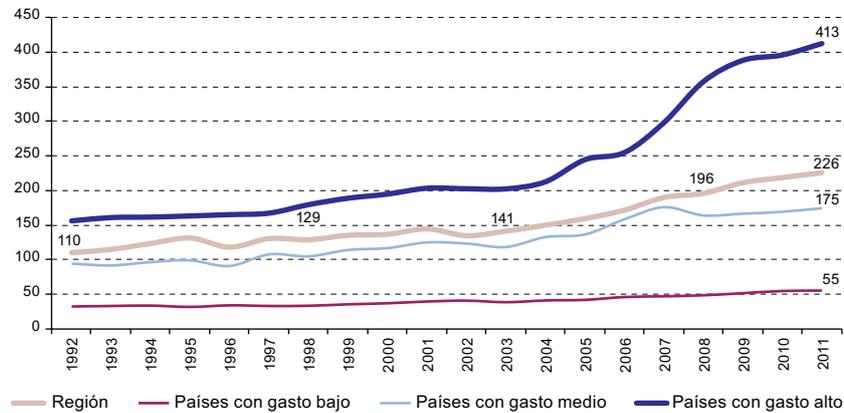
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), base de datos sobre gasto social.
^a Promedio ponderado de los países.

Desde mediados de la década de 2000, en el marco de un aumento del gasto social y de su defensa frente a vaivenes económicos, el gasto público en salud ha ido ganando estabilidad (es decir, perdiendo prociclicidad) para volverse más inercial, principalmente en países con mayor recaudación fiscal, mayor gasto total y, por tanto, mayor gasto social. Así, desde comienzos de la década de 2000 se ha ido incrementando la prioridad macroeconómica del gasto en salud, hasta llegar en el período 2010-2011 al 3,9% del PIB, aumento que ha fortalecido la participación del gasto en salud tanto dentro del presupuesto total, como de aquel destinado a los sectores sociales.

Frente a la crisis financiera y su impacto en las economías reales de la región, el sector público en salud no fue mayormente castigado (solo 10 eventos de reducción presupuestaria de un total de 53 en los 21 países, entre 2008 y la última información disponible). Si bien no se le inyectaran recursos producto de una política contracíclica explícita (por ejemplo, de generación de empleo mediante un aumento del gasto en inversión), el sector fue protegido de tal forma que incluso aumentó su participación tanto en el PIB como en el gasto público.

Sin embargo, ese aumento no debe hacer perder de vista la gran heterogeneidad que existe entre los niveles de gasto de los países. Alrededor de 2011, el promedio del gasto en salud bordeó los 226 dólares anuales por habitante, pero en los países de gasto alto (sobre 300 dólares per cápita), como la Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, Panamá, Trinidad y Tabago y el Uruguay, llegó a 413 dólares. En los países de gasto intermedio (entre 100 y 300 dólares per cápita), como el Brasil, El Salvador, México, el Perú y Venezuela (República Bolivariana de), este valor fue de alrededor de 175 dólares y en los países de gasto bajo (menos de 100 dólares per cápita) solo se destinaron como promedio alrededor de 55 dólares por persona (Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Paraguay y República Dominicana). Mientras en el grupo de países con gasto per cápita en salud más bajo se registró un crecimiento anual de este gasto del 4,1% entre 2000 y 2011, en el grupo de gasto intermedio el ritmo de aumento anual fue del 4% y en el de gasto más alto del 7,4%, lo que ha ampliado la brecha entre los países en cuanto a los recursos públicos por persona que se destinan al sector (véase el gráfico 17).

Gráfico 17
América Latina y el Caribe (21 países): evolución del gasto per cápita en salud, 1992-2011
 (En dólares de 2005)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), base de datos sobre gasto social.

C. El gasto de bolsillo en salud y sus efectos en el bienestar

De acuerdo con la definición de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los gastos en servicios de salud que realizan los hogares son de dos tipos. Los directos, denominados gastos de bolsillo en salud, abarcan los desembolsos de los hogares en rubros como hospitalizaciones, procedimientos ambulatorios y medicamentos, y son de carácter neto; es decir, se deducen de ellos los reembolsos que se reciben del sistema de salud o del seguro al que se esté afiliado. Los gastos indirectos, por su parte, se refieren al pago de planes de atención médica prepagados, seguros médicos privados y contribuciones al seguro público.

Los hogares realizan los pagos directos de manera fragmentada, generalmente al prestador del servicio. Estos gastos dependen de la capacidad de pago de cada hogar, de modo que son ajenos a una lógica de solidaridad o de diversificación de los riesgos. Por lo tanto, son una de las formas menos equitativas de financiar la salud. La población es vulnerable en diversas medidas ante el evento de tener que incurrir en gastos de bolsillo en salud que afectan sus condiciones socioeconómicas. La vulnerabilidad es función tanto de la magnitud del gasto de bolsillo como de la capacidad de gasto del hogar.

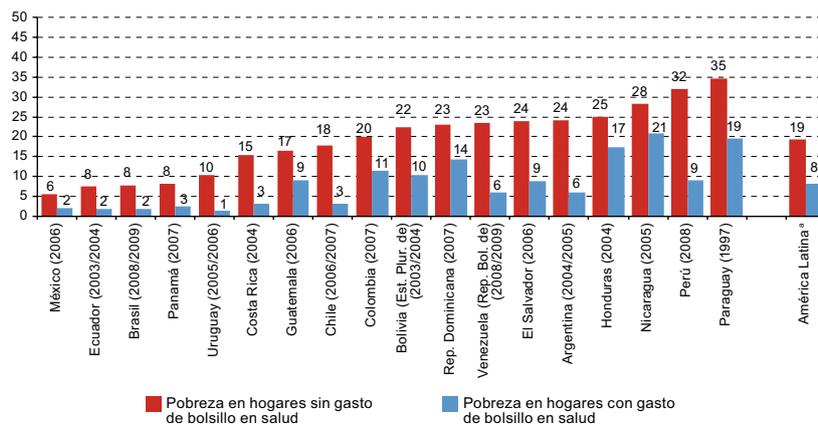
La proporción que los gastos de bolsillo en salud representan dentro del presupuesto familiar y su composición relativa, así como las comparaciones entre grupos de ingresos, aportan valiosa información sobre las opciones de gasto de los hogares y brindan señales sobre lo que ocurre en países con sistemas de salud muy diferentes. El análisis sobre cómo se relacionan los patrones de estos gastos con las formas diversas de financiamiento es un terreno aún poco explorado.

Las encuestas evidencian la desigual capacidad con que cuentan los hogares para enfrentar gastos que no están cubiertos por el aseguramiento, en caso de eventos de morbilidad agudos o crónicos. Los gastos de bolsillo en salud en que incurren las familias en un momento dado pueden empobrecerlas, aspecto que se cuantifica en el capítulo.

Otro indicador útil para establecer relaciones entre condiciones socioeconómicas y gastos de bolsillo en salud se refiere a la incapacidad de efectuar este tipo de gastos en los hogares pobres. Por cierto que la ausencia de gastos en salud en los hogares puede obedecer a muy diversas razones, tanto positivas como negativas: una buena cobertura de salud mediante sistemas públicos o privados, ausencia de eventos de morbilidad en el período, precariedad de los ingresos del hogar y falta de acceso a crédito que impiden realizar gastos en episodios de morbilidad aun cuando se carezca de cobertura adecuada. Si un hogar tiene limitadas posibilidades de gasto por las últimas razones, no se observa el valor que expresaría su necesidad real de gasto en salud.

En este sentido, llama la atención que la incidencia de la pobreza (medida en comparación con la línea de subsistencia) sea mayor entre los hogares donde no se registra gasto de bolsillo, sobre todo en los países con bajas coberturas de aseguramiento en salud. Si se tiene presente que estos hogares por sus condiciones socioeconómicas adversas no suelen corresponder a una población muy saludable, ello parece denotar que un contingente de los pobres tiene reprimida su capacidad de incurrir en gastos de bolsillo en salud.

Gráfico 18
América Latina (18 países): incidencia de la pobreza en hogares con y sin gasto de bolsillo en salud
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de ingresos y gastos de los respectivos países.

^a Promedio simple de los países.

Considerando su carácter ajeno a una lógica de solidaridad o de diversificación de los riesgos, sus efectos negativos en el bienestar y, en algunos casos, su incierta eficiencia (por ejemplo, cuando se originan en los altos precios de los medicamentos en determinados mercados), es importante que la reducción de los gastos de bolsillo en salud sea visualizada como parte de los desafíos que los países deben abordar en el horizonte de una protección social más universal y solidaria.

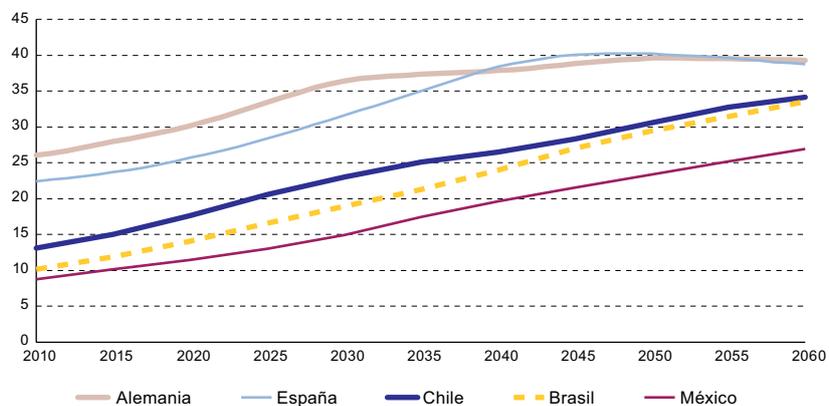
D. Envejecimiento de la población y trayectoria futura del gasto en salud

En América Latina, el proceso de envejecimiento de la población comenzó después que en Europa, pero en forma más acelerada. A la vez, en los países de la región se está alcanzando un nivel de crecimiento comparativamente alto, lo que permite que aumente el gasto en salud para todos, pero en especial para la población de más edad.

Las cuentas nacionales de transferencia son una desagregación por edad, sexo y estatus socioeconómico de las cuentas nacionales, que permite medir los flujos entre grupos de población y determinar el papel que cumplen el mercado, el Estado y las familias en estas relaciones económicas. Utilizando esta metodología, la medición de cuánto se está gastando y se gastará por tramos de edad evidencia cuánto presionará el envejecimiento poblacional al alza del gasto destinado a salud, lo que incidirá en un mayor peso relativo de este gasto.

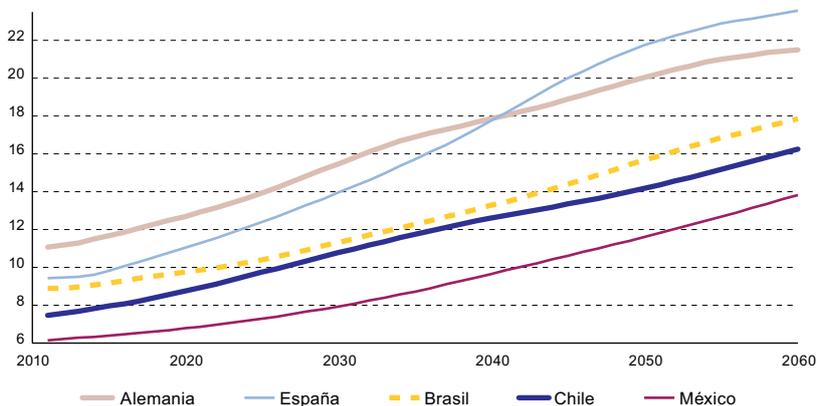
En los gráficos 19 y 20 se presentan proyecciones que alertan al respecto. Puede observarse que países de la región relativamente avanzados en su transición demográfica, como el Brasil, Chile y México, tendrán hacia 2060 una proporción de personas mayores de 60 años, respecto del total de la población, superior a la que hoy exhiben países como Alemania y España, que están entre los ubicados en la “frontera” del envejecimiento (véase el gráfico 19). Si se consideran las implicancias de esta evolución en términos de gastos potenciales en salud, se puede proyectar en estos tres países de la región un gasto en salud, medido como proporción del PIB, que hacia 2060 prácticamente duplicará el nivel proyectado a 2015 (véase el gráfico 20).

Gráfico 19
América Latina y Europa (países seleccionados): proyección de la proporción de la población de 60 años y más respecto del total de la población, 2010-2060
 (En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2012 Revision*, Nueva York, 2012.

Gráfico 20
América Latina y Europa (países seleccionados): proyección del gasto en salud como proporción del PIB, 2010-2060
 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los resultados del modelo desarrollado según el método de R. Lee y A. Mason (eds.), *Population Aging and the Generational Economy: a Global Perspective*, Cheltenham, Edward Elgar Publishing, 2011.

Bibliografía

- Alkire, Sabine y James Foster (2009), "Counting and multidimensional poverty measurement. Revised and updated", *OPHI Working Paper*, N° 32 [en línea] <http://www.ophi.org.uk/working-paper-number-32>.
- CEPAL/OIT (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Internacional del Trabajo) (2013), "Avances y desafíos en la medición del trabajo decente", *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe*, N° 8 (LC/L.3630), Santiago de Chile, mayo.
- CEPAL/UNICEF (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2012), "Pobreza infantil en pueblos indígenas y afrodescendientes", *Documentos de Proyecto*, N° 477 (LC/W.477), Santiago de Chile.
- _____(2010), "Pobreza infantil en América Latina y el Caribe" (LC/R.2168), Santiago de Chile, diciembre.
- Cifuentes, L. y otros (2005), *Urban Air Quality and Human Health in Latin America and the Caribbean*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Gordon, David y otros (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 de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Minujin, Alberto, Enrique Delamónica y Alejandra Davidziuk (2006), "Pobreza infantil. Conceptos, medición y recomendaciones de políticas públicas", *Cuaderno de Ciencias Sociales*, N° 140, San José, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2005), *Estado mundial de la infancia. La infancia amenazada*, Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.XX.1.
- UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito) (2011), *Estudio mundial sobre el homicidio, 2011. Tendencias, contextos, datos*, Viena.

