

# DESIGUALDADE, SAÚDE PÚBLICA E ÉTICA: O CASO LATINO- AMERICANO

*Bernardo Kliksberg*

---

## **I. O contexto latino-americano e a saúde: uma relação complexa**

No novo cenário mundial estão emergindo mudanças fundamentais na visão de como saber se as sociedades realmente progredem e como medir o desenvolvimento. Elas se relacionam com as profundas frustrações ocorridas nas últimas décadas em muitas sociedades, várias delas latino-americanas, as quais, medidas pelos critérios usuais de taxas de crescimento anual, produto bruto *per capita* e baixos níveis de inflação, pareciam mostrar todos os sinais do progresso, e nas quais, no entanto, estavam ocorrendo profundos processos de deterioração nas bases de sua economia e grupos crescentes da população estavam sendo excluídos.

A América Latina aparece no pensamento emergente como exemplo claro de uma região onde, como afirma o Prêmio Nobel de Economia Stiglitz (2002), os modos convencionais de focar o desenvolvimento e medi-lo foram desmentidos pela realidade. Baseando-se no caso latino-americano, ele reflete:

“Eu argumentaria que devemos reexaminar, refazer e ampliar os conhecimentos referentes à economia de desenvolvimento que são tidos como verdade enquanto planejamos a próxima série de reformas.”

A nova visão que começa a ter força crescente amplia totalmente as dimensões que se deveriam levar em conta para saber se uma sociedade está progredindo e inclui, ao lado de indicadores econômicos usuais, aspectos que têm a ver com o desenvolvimento social, o desenvolvimento do meio ambiente, o acesso à cultura, as liberdades e a construção da cidadania. Sabemos se há progresso quando não há dúvida quanto ao crescimento do que Amartya Sen chamou “os graus de liberdade”, as opções efetivas para que cada ser humano possa desenvolver seu potencial.

Essa visão revaloriza em todos os aspectos o papel da saúde pública. O modo pelo qual uma sociedade trata seus integrantes nesse campo essencial é um “indicador de choque” crucial da medida em que realmente está avançando. A saúde é uma meta prioritária em si mesma e, ao mesmo tempo, o pilar estratégico para que exista uma liberdade real.

Ao mesmo tempo, o novo pensamento sobre o desenvolvimento está dando outra significação ao convencional, ao peso dos recursos humanos de uma sociedade na busca de metas de produtividade, progresso tecnológico, competitividade e crescimento. As diferenças centrais de desempenho nacional no cenário econômico mundial presente baseiam-se na “qualidade da população” de um país. As duas expressões fundamentais dessa qualidade são os níveis de instrução e de saúde. A segunda, fortemente influenciada pela primeira, é ao mesmo tempo a base em que a primeira se apóia. Já se mostrou que a acumulação de capital nas dimensões de educação e saúde é a alavanca-chave do desenvolvimento nas economias mais bem-sucedidas das últimas décadas, como as nórdicas e algumas do Sudeste Asiático. “Macroeconomia e Saúde” (OMS, 2002), relatório da comissão de notáveis presidida por Jeffrey Sachs, mostra que todos os países bem-sucedidos fizeram previamente grandes investimentos no melhoramento de sua saúde pública. As melhorias em saúde foram neles um requisito essencial do desenvolvimento, e não mera consequência dele.

A saúde aparece crescentemente como um estalão essencial para determinar se realmente há progresso e, ao mesmo tempo, como um meio decisivo de obtê-lo. Tais avanços são de grande importância. Não obstante, cresce ao mesmo tempo a idéia de que alcançar as metas desejáveis em saúde é um desafio da mais alta complexidade, porque estão fortemente ligadas a um amplo conjunto de fatores pertinentes ao funcionamento global das sociedades. As características do ambiente, em dimensões como a pobreza, as desigualdades, a cobertura e a qualidade da infraestrutura, a situação das famílias, o desenvolvimento das comunidades, o meio ambiente e outras, são decisivas. Particularmente, mostrou ser de extrema complexidade o tema crucial da desigualdade em saúde. A experiência latino-americana indica que é possível obter melhoras importantes nos indicadores médios, ao mesmo tempo que se aprofundam as distâncias dentro dos países, com fortes efeitos sobre amplos setores. É imprescindível, como indica Mirta Roses (2003), afastar-se da

tiranias das médias. Como ela sugere, no que se refere à expectativa de vida e a outros parâmetros, talvez fosse preferível nascer num país de mais baixa renda *per capita*, mas com maior igualdade, do que em outro de *per capita* mais alta mas com maiores desníveis de renda. Como indicam diversos trabalhos de pesquisa, o coeficiente de Gini pode ser muito útil para entender as problemáticas reais de saúde de uma população. Assim, numa revisão das diferenças entre os diversos estados do Brasil, um dos países com mais altos níveis de desigualdade nesse campo, Erick Messias (2003) estima que cada aumento de 0,01 no Gini, representa uma queda da expectativa de vida de 0,6 anos.

Isso nos força a suscitar uma indagação absolutamente estratégica. Que implica para a saúde pública e suas perspectivas na América Latina estar imersa na unanimemente considerada como a mais desigual dentre todas as regiões do mundo? Esse tema crucial pode ser interpretado de duas maneiras. As desigualdades em saúde parecem ser fortemente influenciadas pelas tão profundas desigualdades das sociedades latino-americanas. Ao mesmo tempo, por outro lado, em toda postulação com vistas a enfrentar e superar essas desigualdades, será preciso centrar o desenho das estratégias realmente efetivas na busca de resultados em saúde.

Acha-se na democratização dos determinantes da saúde pública uma das principais vias para encarar os umbrais inaceitáveis e regressivos de desigualdade da Região. Estão em curso na América Latina mudanças de envergadura no tocante à percepção dos caminhos para o desenvolvimento e dos conteúdos deste, as quais abrem um novo ambiente para as lutas pela saúde pública. Há um crescimento democrático de grande significação. As sociedades civis participam cada vez mais ativamente e exigem a transição de uma democracia passiva para uma democracia ativa. Crescem as pressões públicas por um Estado mais transparente, descentralizado, aberto. Está começando a haver uma crescente mobilização do capital social da sociedade. Há uma nova expectativa quanto ao papel próprio das políticas públicas. As visões marginadoras dessas políticas perderam credibilidade em virtude de seus pobres resultados, e se espera uma nova rearticulação entre políticas públicas ativas, forças produtivas e a sociedade civil.

Estes desenvolvimentos têm como um dos pontos básicos de sua agenda a mais absoluta rejeição dos níveis atuais de

desigualdade. Organizações como o Banco Mundial assinalam em um relatório recente (2004) sobre o tema que:

“O alto nível de desigualdade é rejeitado em forma generalizada em quase todos os países, e entre 80% e 90% dos cidadãos consideram que as taxas de desigualdade predominantes são injustas ou muito injustas.”

Estão sendo geradas novas configurações de forças nos espaços democráticos da América Latina, com uma clara visão renovadora do modelo de desenvolvimento e uma vigorosa atitude antidesigualdade. Elas estão levando a programas de mudança de grande envergadura, como os mandatos que foram confiados aos novos presidentes do Brasil, Argentina, Uruguai, Chile e Bolívia, entre outros. O mesmo Banco Mundial chama atenção para esse processo assinalando (2004) que:

“Há uma mudança em marcha, especialmente no nível subnacional, conforme a qual as novas alianças entre a elite progressista, os servidores públicos, a classe média e os pobres estão atualmente impulsionando a criação de instituições mais abrangentes e eficientes.”

Este é um contexto carregado de mudanças de magnitude, onde aparecem grandes riscos e desafios para a saúde pública. Este trabalho tem por finalidade contribuir para a busca de políticas renovadoras em saúde pública, concentrando-se particularmente em responder a uma pergunta já formulada: que significa para a saúde pública estar imersa na região mais desigual do planeta? Para isso, propõe-se a cobrir vários momentos de análise sucessivos. Em primeiro lugar, apresentar um quadro das tendências mais recentes em matéria de desigualdade na Região, bem como dos significados que essa desigualdade tem para o desenvolvimento. Em segundo, passar brevemente em revista alguns indicadores sobre as desigualdades em saúde e assinalar a influência sobre eles de algumas das tendências observáveis em matéria de desigualdade em geral. Por último, sugerir algumas considerações estratégicas que podem ser úteis para o debate sobre novos cursos de ação em saúde pública.

## **II. Tendências da desigualdade**

### **O desnível de rendas**

Um relatório conjunto do CEPAL, do IPEA, do Brasil, e do PNUD (2004) sobre o estado da Região em relação às metas do

milênio destaca que em todos os países da América Latina, sem exceção, os coeficientes de Gini (que medem a desigualdade na distribuição da renda) superam as médias internacionais e da OCDE. O Banco Mundial (2004) em seu relatório sobre desigualdade indica que:

“A América Latina sofre de uma enorme desigualdade... Trata-se ademais de um fenômeno invasor que caracteriza todos os aspectos da vida, como o acesso à educação, a saúde e aos serviços públicos; o acesso à terra e a outros ativos; o financiamento dos mercados de crédito e de trabalho formais, e a participação e a influência política.”

Os números comparados não deixam lugar a dúvida quanto à certeza dessas afirmações. Veja-se a tabela seguinte, que compara os coeficientes de Gini e os desníveis de rendas entre países da América Latina, os Estados Unidos e a Itália.

| <i>País</i>                 | <i>Coefficiente de Gini</i> | <i>Participação dos 10% superiores na renda total</i> | <i>Participação dos 10% inferiores na renda total</i> | <i>Relação entre as rendas do décimo decil e do primeiro decil</i> |
|-----------------------------|-----------------------------|---|---|--|
| Brasil (2001)               | 59,0                        | 47,2%   | 2,6%  | 54,4   |
| Guatemala (2000)            | 58,3                        | 46,8%   | 2,4%  | 63,3   |
| Colômbia (1999)             | 57,6                        | 46,5%   | 2,7%  | 57,8   |
| Chile (2000)                | 57,1                        | 47,0%   | 3,4%  | 40,6   |
| México (2000)               | 54,6                        | 43,1%   | 3,1%  | 45,0   |
| Argentina (2000)            | 52,2                        | 38,9%   | 3,1%  | 39,1   |
| Jamaica (1999)              | 52,0                        | 40,1%   | 3,4%  | 36,5   |
| República Dominicana (1997) | 49,7                        | 38,6%   | 4,0%  | 28,4   |
| Costa Rica (2000)           | 46,5                        | 34,8%   | 4,2%  | 25,1   |
| Uruguai (2000)              | 44,6                        | 33,5%   | 4,8%  | 18,9   |
| Estados Unidos (1997)       | 40,8                        | 30,5%   | 5,2%  | 16,9   |
| Itália (1998)               | 36,0                        | 27,4%   | 6,0%  | 14,4   |

**Tabela 1**  
**Indicadores de desigualdade entre alguns dos países da América Latina, os Estados Unidos e a Itália**

Fonte: Banco Mundial (2004). Desigualdade na América Latina e no Caribe. Rompimento com a história? Washington D.C.

Como se observa, os desníveis latino-americanos são muito superiores aos dos Estados Unidos e da Itália. Há uma aguda concentração da renda. No Brasil, os 10% mais ricos têm 47% da renda, enquanto que na Itália a cifra só chega a 27%. Por sua vez, duplica-se na Itália a participação dos 20% mais pobres nas receitas que a proporção correspondente tem no Brasil. Em consequência, enquanto que é de 54 vezes no Brasil a distância entre os 10% mais pobres e os 10% mais ricos, essa distância na

Itália é de 14 vezes. É ainda consideravelmente menor em outros países como a Coréia e Hong Kong, onde é inferior 10 vezes, e na Noruega, onde os 10% mais ricos tem atualmente apenas 1,5 mais que os 50% de baixa renda.

Os coeficientes de Gini latino-americanos, que medem a distribuição das rendas, são os piores do mundo em termos internacionais e mostram por outro lado, desde os anos setenta, uma tendência crescente à deterioração. Assim mostra a tabela seguinte:

**Tabela 2**  
**Coefficientes de Gini da distribuição da renda *per capita* por família: média simples por década e por região**

| Região                                       | Década de 1970 | Década de 1980 | Década de 1990 | Média Geral |
|--|----------------|----------------|----------------|-------------|
| <i>Níveis</i>                                |                |                |                |             |
| América Latina e Caribe                      | 48,4           | 50,8           | 52,2           | 50,5        |
| Ásia   | 40,2           | 40,4           | 41,2           | 40,6        |
| OCDE   | 32,3           | 32,5           | 34,2           | 33,0        |
| Europa oriental                              | 28,3           | 29,3           | 32,8           | 30,1        |
| <i>Mudanças</i>                              |                |                |                |             |
|  |                | 70s-80s        | 70s-90s        | 70s-90s     |
| América Latina e Caribe                      |                | 2,4            | 1,3            | 3,7         |
| Ásia   |                | 0,2            | 0,8            | 1,1         |
| OCDE   |                | 0,2            | 1,7            | 1,9         |
| Europa oriental                              |                | 1,0            | 3,5            | 4,5         |
| <i>Diferenças em pontos Gini: ALC versus</i> |                |                |                |             |
| Ásia   | 8,3            | 10,4           | 10,9           | 9,9         |
| OCDE   | 16,1           | 18,3           | 18,0           | 17,5        |
| Europa oriental                              | 20,2           | 21,6           | 19,4           | 20,4        |

Fonte: Cálculos baseados em WIDER 2000, Smeeding e Grodner 2000, Székely, e aproximações para a América Latina. Banco Mundial. Desigualdade na América Latina e no Caribe. Rompimento com a história? Washington D.C.

Na década de 90 o Gini da América Latina superava em 19 pontos o da Europa oriental, em 18 o dos países desenvolvidos da OCDE e em mais de 10 o da Ásia. O quadro poderia ser analisado sob outra perspectiva se a tendência fosse positiva. Mas a análise no tempo mostra que a tendência foi a piorar. O Gini latino-americano cresceu entre a década de 70 e a de 90. Por outro lado, sua distância em relação aos coeficientes de Gini da Ásia e da OCDE é superior na década de 90 à que existia na década de 70. O Gini latino-americano era superior mesmo nos anos 90 aos de uma das regiões mais pobres do planeta, a África Subsaariana, cujo Gini era de 0,47.

### **As múltiplas desigualdades**

Embora seja a dimensão mais difundida da desigualdade latino-americana, a que se verifica na distribuição da renda não é a única nem a mais grave. A desigualdade está presente em todas as dimensões centrais da vida cotidiana da Região.

Outra de suas expressões é a extrema concentração de um ativo produtivo fundamental como a terra, de cujo acesso estão excluídos vastos setores da população rural. Os coeficientes de Gini comparados da distribuição da terra são os seguintes segundo os cálculos de Deininger e Olinto (2002) e do PNUD (1993):

**Tabela 3**  
**Coeficientes de Gini da distribuição da propriedade da terra**

| <b>Região</b>                   | <b>D&amp;O (i)</b> | <b>UNDP (ii)</b> |
|---------------------------------|--------------------|------------------|
| <b>América Latina</b>           | 0,81               | 0,74             |
| Oriente Médio e África do Norte | 0,67               | 0,56             |
| América do Norte                | 0,64               |                  |
| África Subsaariana              | 0,61               | 0,51             |
| Europa ocidental                | 0,57               |                  |
| Ásia Meridional e Oriental      | 0,56               | 0,52             |

Nota: A coluna (i) mostra as médias do período 1950-1994; a Coluna (ii) mostra os valores por volta de 1981.

Fuentes: Deininger and Olinto (2002) and UNDP (1993). Mencionados por Banco Mundial. Desigualdad en América Latina y el Caribe. Op. Cit.

Pode-se observar que a concentração é ainda muito pior que a da renda. O Gini da terra na América Latina é também muito pior que o de todas as regiões do mundo.

Uma dimensão-chave das desigualdades é o campo da educação. Houve progressos significativos na Região em áreas como alfabetização e matrícula no ensino primário. Embora a grande maioria das crianças ingresse na escola, são muito altas as taxas de desistência e repetência. Isso gera baixos índices de instrução escolar, como se pode observar adiante:

**Tabela 4**  
**Instrução escolar na América Latina, 1999**

| País                 | Média de anos de instrução escolar |
|----------------------|------------------------------------|
| Argentina            | 9,4                                |
| Bolívia              | 5,6                                |
| Brasil               | 6,0                                |
| Chile                | 9,8                                |
| Colômbia             | 5,6                                |
| Costa rica           | 7,5                                |
| El Salvador          | 6,2                                |
| Equador              | 6,4                                |
| Guatemala            | 4,1                                |
| Honduras             | 5,3                                |
| México               | 5,9                                |
| Nicarágua            | 5,9                                |
| Panamá               | 5,3                                |
| Paraguai             | 7,6                                |
| Peru                 | 7,6                                |
| República Dominicana | 6,9                                |
| Uruguai              | 9,3                                |
| Venezuela            | 7,1                                |

Fonte: CEPAL, IPEA e PNUD (2003). Com Vistas às Metas do Milênio. Para a meta do milênio de reduzir a pobreza na América Latina e no Caribe.

O índice médio de instrução escolar na Região foi calculado em 5,9 anos em 2000. Dentro dessa baixa escolaridade, há uma aguda estratificação social. Os desistentes e os repetentes são na esmagadora maioria crianças dos setores mais desfavorecidos. Por trás do seu baixo rendimento encontram-se causas muito concretas, como a existência de 22 milhões de menores de 14 anos que trabalham, a desnutrição e a proveniência de famílias desarticuladas pelo impacto da pobreza. Em países como a Bolívia, o Equador e o Peru, 20% das crianças de 10 a 14 anos trabalham. Os desníveis de instrução escolar são de grande relevância. No Brasil, os 20% mais ricos tinham, em 2001, 10 anos de instrução escolar, e os 20% mais pobres, apenas 3. No México, a proporção era similar: 11,6 para o quintil superior contra 3,6 para o inferior.

Somam-se às desigualdades anteriores as predominantes no campo da saúde, que serão examinadas na seção seguinte, e outras que não foram objeto de pesquisa estatística detalhada mas que são claramente visíveis e têm efeitos profundos. Uma delas é a que se verifica na área do acesso ao crédito. Assim, sendo as pequenas e



médias empresas um fator decisivo na criação de empregos na Região, as estimativas indicam que os 60 milhões de pequenas e médias empresas existentes só recebem 5% do crédito outorgado pelas entidades financeiras. Há nisso outra forte concentração.

Uma nova desigualdade é a do acesso às tecnologias avançadas. O número dos que têm acesso à Internet está fortemente concentrado nos estratos superiores. Somente 3% dos latino-americanos estão conectados à Internet, frente a 20% na Espanha e 40% nos EUA. Quando se faz a discriminação pela renda, na Argentina, por exemplo, estão na Internet 8 de cada 10 pessoas dos setores altos e só uma de cada 10 das de menos recursos (Clarín, 2004). Tem-se observado constantemente na Região a instalação silenciosa de uma ampla “brecha digital” e a geração de um amplo setor de “analfabetos cibernéticos”.

As desigualdades têm expressões de pico na América Latina em termos étnicos e de cor. Assim, calcula-se que mais de 80% dos 40 milhões de indígenas da região vivem na pobreza extrema. Também são muito contrastantes as disparidades entre os indicadores básicos da população branca e da população afro-americana. Soma-se a tudo isso, com avanços, a persistência de significativas discriminações de gênero no mercado de trabalho e em outros campos.

### **Os custos das desigualdades**

Todas as desigualdades mencionadas e outras interagem diariamente, reforçando-se mutuamente. Elas definem destinos marcados. Quando se nasce numa família desarticulada pela pobreza, as possibilidades de boa saúde e bom aproveitamento educacional são limitadas. Será baixa a instrução escolar, muito difícil o acesso a um emprego estável, esporádica e muito baixa a renda, com a possibilidade de formar uma família com problemas semelhantes. De fato, mesmo em algumas das sociedades socialmente mais avançadas da região, como o Uruguai, estudos indicam que as taxas de instrução escolar dos filhos de famílias pobres tendem a não superar as baixas taxas de seus pais. Um círculo de ferro é gerado pela falta de oportunidades.

Há poucos anos, havia no “establishment” economistas que defendiam de capa e espada as “funcionalidades” das desigualdades. Eles costumavam assinalar que estas contribuem para acumular capitais em certos grupos, que depois os reinvestirão e acelerarão o crescimento, ou que representa uma etapa inevitável do progresso. Hoje, ante suas disfuncionalidades evidentes, o consenso está mudando acentuadamente. O Banco Mundial, que foi cenário freqüente de controvérsias, assinalou recentemente (2004):

“Na sua maioria, os economistas (e outros cientistas sociais) hoje consideram a desigualdade como um possível freio ao desenvolvimento.”

Efetivamente, numerosas pesquisas dão conta de quanto estão custando à Região esses níveis de desigualdade, bem como do profundo impacto têm ao erguer obstáculos à possibilidade de um crescimento sustentado. Ao se analisar a América Latina, freqüentemente se menciona que há pobreza e que há desigualdade. Na realidade, as pesquisas evidenciam uma situação diferente. Há pobreza porque há desigualdade. Ela é fator-chave para entender por que um continente com uma dotação privilegiada de recursos naturais e amplas possibilidades em todos os campos tem tão significativas percentagens de pobreza.

Segundo as análises da CEPAL, a pobreza atual é superior à de 1980 em termos tanto absolutos como relativos. Em 1980, eram pobres 40% da população, mas atualmente a proporção é superior a 44%. Estima-se que, entre 1997 e 2002, a população pobre cresceu em 20 milhões. A percentagem de pobreza extrema subiu de 17,8% para 20% de 2000 a 2002.

Birdsall e Londoño (1997), procurando determinar econometricamente o impacto da desigualdade sobre a pobreza, construíram a seguinte simulação:

### **Gráfico 1**

#### **IMPACTO DA DESIGUALDADE SOBRE A POBREZA NA AMÉRICA LATINA 1970-1995**

Fonte: Birdsall, N. e J. L. Londoño, “Asset inequality matters: an assessment of the World Bank’s approach to poverty reduction”. *American Economic Review*, May, 1997

A primeira curva do gráfico mostra a tendência da pobreza na Região, que, como se observa, vem subindo continuamente desde inícios da década de 80, com pequenas variações. A segunda simula o que teria sido a pobreza se a desigualdade tivesse permanecido nos níveis do início dos anos 70 (antes das ditaduras militares e das políticas ortodoxas) e não tivesse continuado a crescer. Embora já fosse considerável, cresceu ainda mais nas últimas duas décadas. Segundo suas estimativas, a pobreza seria hoje a metade da que

efetivamente é. Houve um “excesso da pobreza” causado pelo aumento da desigualdade, que duplicou a pobreza. No mesmo sentido, se fosse feita uma comprovação inter-regional poder-se-ia observar que, se a América Latina tivesse o padrão de desigualdade do Sudeste Asiático, a pobreza seria muito menor.

Albert Berry (1997) chega a conclusão semelhante em seus trabalhos, identificando a existência na América Latina de uma ampla margem da “pobreza desnecessária”, como a chama, causada pela muito pequena participação na renda dos dois quintis mais baixos da população. Tanto Berry como Altimir e outros pesquisadores vêem o aumento da desigualdade estreitamente ligado às políticas aplicadas nas duas últimas décadas, que geram efeitos dessa ordem. Considerou-se que o caso argentino exemplifica claramente as desvantagens de tais políticas. Efetivamente, a sua aplicação rigidamente ortodoxa na década de 90 levou a uma brutal polarização social. Sete milhões de pessoas, 20% da população, deixaram de ser de classe média naquela década, transformando-se em pobres, e o coeficiente de Gini subiu de 0,42 em 1992 a 0,47 em 1997.

Chris Patten (2004), Comissário da União Européia, diz que:

“Se a renda na América Latina estivesse distribuída da mesma maneira que na Ásia oriental, a pobreza na região seria apenas um quinto do que é hoje em dia.”

Patten destaca que:

“Isto é importante não só do ponto de vista humanitário, como também de uma perspectiva prática politicamente interessada. Se a pobreza fosse reduzida à metade, isso duplicaria o tamanho do mercado.”

Nancy Birdsall (1998) vê na desigualdade o grande obstáculo ao crescimento econômico da Região. E ressalta:

“Pode-se afirmar que é possível que as taxas de crescimento na América Latina não possam estar mais de 3% ou 4% distantes das necessárias, enquanto não se contar com a participação e a contribuição da metade da população que está compreendida nos percentis de renda mais baixos.”

Procurando indagar por que a América Latina está tão longe de poder atingir as metas do milênio em termos de redução da pobreza, a CEPAL, o IPEA e o PNUD (2004) identificam a desigualdade como a razão central. Por meio de detalhadas simulações econométricas, concluem que o impacto de uma redução da desigualdade sobre a

pobreza é muito maior que o do crescimento. Embora seja necessário desde já, o crescimento, nas condições atuais de desigualdade, dificilmente chegará aos pobres. Segundo suas estimativas, se não modificar sua desigualdade, supondo que cresça ao ritmo dos anos 90, o Brasil levaria 48 anos para conseguir reduzir a pobreza em 2 pontos. Nas mesmas hipóteses, o México levaria 44 anos para conseguir reduzir a pobreza em 3,2 pontos. Como resultado de suas projeções, destacam especialmente que:

Na maioria dos países examinados bastaria que o coeficiente de Gini baixasse 1 ou 2 pontos para que a incidência da pobreza tivesse uma redução de proporção igual à de vários anos de crescimento econômico positivo. Os resultados dos esforços para reduzir a pobreza na América Latina e no Caribe têm sido desalentadores em grande parte porque não foi possível controlar os altos níveis de desigualdade da Região.

Esse cenário de desigualdades profundas, persistentes e de enorme peso no aumento da pobreza e nas dificuldades para um crescimento sustentado, e de grande influência nas carências que afligem a vida diária da maior parte da população, é o contexto em que se desenvolve a saúde pública na América Latina. A desigualdade atua sobre os determinantes da saúde e é uma das forças mais poderosas na criação das condições propícias para um problema fundamental, a desigualdade em saúde, que é abordada na seção seguinte.

### **III. A saúde pública na Região mais desigual do mundo**

#### **Mais além dos meios**

A saúde pública fez grandes progressos na Região. Os denodados esforços envidados nesse campo pelos governos democráticos e por numerosos setores da sociedade, entre os quais entidades-modelo como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), tiveram um papel pioneiro, com uma forte liderança na base desses avanços sustentados. No entanto, a desigualdade em saúde continua se apresentando como um problema de grandes proporções e alta gravidade, uma espécie de problema quase “irredutível”.

Por agora, o tema é “obscuro”. As análises freqüentemente só destacam os avanços nas médias gerais de saúde dos países. Isso permite estabelecer uma dimensão de desigualdade que é a que vem à tona em comparações entre países. Ela é, porém, apenas “a

crista do *iceberg*”. As desigualdades fundamentais são subjacentes a essas médias. Manifestam-se quando se aplica a recomendação de Roses (2003) e se distancia da “tirania das médias”. Como bem assinala a autora, referindo-se ao caso da mortalidade infantil na Região:

Embora a redução da magnitude geral do risco de morrer no primeiro ano de vida fosse evidente e se haja observado constantemente em todos os grupos de países nas últimas décadas, as desigualdades da mortalidade infantil não mudaram muito no mesmo período. Os resultados indicam que se podem alcançar grandes resultados com as medidas de tendência central (médias e medianas) de determinado indicador de saúde, sem que haja uma repercussão correspondente na magnitude relativa das brechas (distribuições) entre os grupos de população e dentro deles.

Como já se ressaltou (Alleyne, 2002) o mesmo espírito da Declaração de Alma-Ata evoca este problema quando preconiza a “saúde para todos” em vez de colocar o foco em apenas conseguir boas médias. Ao desagregar as cifras de saúde dentro dos países, levando em conta critérios como, entre outros, os estratos socioeconômicos, a localização geográfica, o sexo, a etnia, a cor, a idade e outros, surge um panorama de acessos muito diferentes a esse direito essencial à dignidade humana.

#### **As desigualdades em saúde em ação**

A pesquisa nesse sentido, que vem aumentando significativamente, está dando-se conta da profundidade do problema. Entre alguns de seus múltiplos achados encontram-se os seguintes, que são altamente ilustrativos. O número médio de crianças que falecem antes de completar cinco anos de idade na Região é de 71 da cada 1.000. Supera o da Ásia Oriental e do Pacífico, que é de 57,1. Indica diferenças acentuadas entre os países, subindo a 140,6 no Haiti e a 99,1 na Bolívia. São acentuadas as diferenças entre os diversos níveis sociais, como se pode observar na Tabela 5.

**Tabela 5**  
**Taxa de mortalidade de menores de 5 anos**

| País/região                    | Taxa de mortalidade de menores de 5 anos (em mil) |              |              |              |             |              |
|--------------------------------|---|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|
|                                | 1   | 2            | 3            | 4            | 5           | Média        |
| Bolívia                        | 146,5   | 114,9        | 104,0        | 47,8         | 32,0        | 99,1         |
| Brasil                         | 98,9  | 56,0         | 39,2         | 26,7         | 33,3        | 56,7         |
| Colômbia                       | 52,1  | 37,1         | 30,7         | 34,9         | 23,6        | 37,4         |
| República Dominicana           | 89,9  | 73,0         | 60,1         | 37,3         | 26,6        | 61,0         |
| Guatemala                      | 89,1  | 102,9        | 82,0         | 60,7         | 37,9        | 79,2         |
| Haiti                          | 163,3   | 150,1        | 137,1        | 130,6        | 105,6       | 140,6        |
| Nicarágua                      | 68,8  | 66,6         | 52,5         | 48,5         | 29,7        | 56,0         |
| Paraguai                       | 57,2  | 50,0         | 59,0         | 39,4         | 20,1        | 46,6         |
| Peru                           | 110,0   | 76,2         | 48,0         | 44,1         | 22,1        | 68,4         |
| <b>ALC</b>                     | <b>97,3</b>                                       | <b>80,8</b>  | <b>68,1</b>  | <b>52,2</b>  | <b>38,8</b> | <b>71,7</b>  |
| Ásia Oriental, Pacífico        | 84,0  | 62,9         | 53,7         | 41,1         | 27,1        | 57,1         |
| Ásia Central                   | 82,5  | 64,5         | 69,8         | 57,5         | 40,2        | 64,9         |
| Oriente Médio, África do Norte | 140,6   | 117,8        | 92,2         | 80,1         | 50,4        | 100,3        |
| Ásia do sul                    | 144,2   | 152,6        | 136,1        | 110,8        | 71,7        | 126,6        |
| África Subsaariana             | 191,7   | 190,9        | 174,3        | 156,6        | 112,4       | 168,4        |
| <b>Total países</b>            | <b>148,3</b>                                      | <b>140,8</b> | <b>126,8</b> | <b>110,0</b> | <b>77,4</b> | <b>124,2</b> |

Fonte: Banco Mundial (2004). Op.Cit.

Nos 20% mais ricos da população da Bolívia, morrem 32 de cada 1.000 crianças antes de completar 5 anos. Nos 20% mais pobres, o número é quintuplicado, subindo a 146,5 por mil. Essa realidade gravíssima mostra uma tendência étnica muito definida. Recai basicamente sobre população indígena. O mesmo sucede no Peru, onde a mortalidade infantil antes dos 5 anos nos 20% mais pobres é cinco vezes maior que a dos 20% mais ricos, 111 versus 22,2, e três vezes maior no Brasil, com 98,9 versus 33,3.

Os números referentes à desnutrição infantil crônica mostram também significativas disparidades por etnias, campo/cidade e estratos de renda. Veja-se a tabela seguinte, correspondente à Região andina:

**Tabela 6**  
**Ocorrência de atraso no crescimento juvenil (%) por país, por**  
**do lugar de residência, etnicidade, região e status**  
**socioeconômico, em quatro países andinos**

|                                   | País          |               |               |               |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
|                                   | Colômbia      | Equador       | Peru          | Bolívia       |
| <b>Lugar de residência (1)</b>    |               |               |               |               |
| Cidades grandes                   | 12,7          | 20,7          | 13,2          | 18,5          |
| Cidades pequenas                  | 10,9          | 22,4          | 20,1          | 20,3          |
| Povoados                          | 14,0          | 28,2          | 27,2          | 22,4          |
| Área rural                        | 19,3          | 35,2          | 40,8          | 37,2          |
| <b>Etnicidade</b>                 |               |               |               |               |
| População não indígena            | (2)           | 24,2          | 22,5          | 23,7          |
| População indígena                | ...           | 58,2          | 47,0          | 50,5          |
| <b>Região</b>                     |               |               |               |               |
| Altiplano                         | ...           | 33,3          | 38,5          | 31,2          |
| Outras regiões                    | ...           | 22,2          | 18,2          | 23,9          |
| <b>Decis de SES (3)</b>           |               |               |               |               |
| 1 (ou menos)                      | 26,8          | 38,5          | 49,6          | 42,2          |
| 2                                 | 24,1          | 51,8          | 46,8          | 39,9          |
| 3                                 | 17,1          | 30,6          | 39,6          | 38,7          |
| 4                                 | 14,9          | 27,6          | 32,5          | 32,8          |
| 5                                 | 16,3          | 17,9          | 23,4          | 31,8          |
| 6                                 | 15,2          | 24,4          | 19,9          | 25,0          |
| 7                                 | 11,0          | 19,0          | 18,3          | 22,7          |
| 8                                 | 11,7          | 19,1          | 12,8          | 18,2          |
| 9                                 | 6,3           | 15,8          | 12,6          | 13,5          |
| 10 (ou mais)                      | 5,4           | 11,9          | 5,2           | 9,7           |
| <b>Índice de concentração (4)</b> | <b>-0,221</b> | <b>-0,223</b> | <b>-0,311</b> | <b>-0,223</b> |
| <b>Totais países</b>              | <b>14,9</b>   | <b>26,5</b>   | <b>26,1</b>   | <b>26,9</b>   |

(1) Segundo pesquisas do DHS (Colômbia, Peru e Bolívia), são cidades grandes as capitais nacionais e cidades de mais de 1 milhão de habitantes, e cidades pequenas aquelas cuja população varia de 50.000 a 1 milhão. Segundo pesquisas de LSMS (Equador), as cidades pequenas têm uma população de 5.000 a 1 milhão de habitantes.

(2) O seguinte símbolo (...) indica que a informação não está disponível.

(3) Os decis de SES são tomados para crianças e não correspondem aos decis da população, devido às diferenças socioeconômicas em fecundidade.

(4) O índice de concentração mede a desigualdade social no atraso do crescimento. O índice de concentração é uma generalização do coeficiente de Gini e oscila entre -1 e 0. Os valores próximos a -1 indicam maior desigualdade social.

Fonte: Larrea, Carlos e Wilme Freire (2002). Social inequality and child malnutrition in four Andean countries. Pan American Journal of Public Health. May-June.

As taxas andinas de desnutrição infantil são altas, passando de 21% na Bolívia, Equador e Peru. Mas mostram também claras variações econômicas. Em geral, nos países andinos, as taxas de desnutrição crônica são três vezes maiores nos decis mais pobres do que nos mais ricos. Assim, por exemplo, nos 10% mais ricos do Equador, só 11% das crianças apresentam problemas de

desnutrição, e nos 10% mais pobres a cifra quase se quadruplica. Na população indígena a proporção chega a 58%.

A mortalidade materna faz numerosas vítimas na Região. Segundo denunciou a OPAS recentemente (2004), na América Latina e no Caribe 23.000 mulheres morrem durante a gravidez ou no parto, na maioria dos casos, por “causas evitáveis que são prevenidas rotineiramente nos países desenvolvidos”. O risco de falecer ao dar a luz na América Latina é de 1/160 contra 1/4000 na Europa ocidental, ou 25 vezes maior. Enquanto que nos Estados Unidos morrem anualmente 17 mães por cada 100.000 crianças nascidas vivas, a cifra no Haiti é de 600 e na Colômbia, 100.

No que se refere às causas básicas, esses números estão vinculados à inexistência de assistência médica institucionalizada. 24% das mães não recebem assistência médica durante a gravidez, e uma terça parte não tem atenção médica por ocasião do parto. Os números mostram altas tendências segundo as variações econômicas, como se pode observar:

**TABELA 7**  
**Cuidados básicos pré-natais e partos assistidos**

| País/Região                    | Taxas de cuidados pré-natais básicos<br>(Por pessoas com formação médica) |             |             |             |             |             |             | Taxas de partos assistidos<br>(Por pessoas com formação médica) |             |             |             |             |             |             |
|--------------------------------|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|                                | 1   | 2           | 3           | 4           | 5           | Média       | CI          | 1   | 2           | 3           | 4           | 5           | Média       | CI          |
| Bolívia                        | 38,8  | 57,8        | 70,4        | 88,6        | 95,3        | 65,1        | 0,17        | 19,8  | 44,8        | 67,7        | 87,9        | 97,9        | 56,7        | 0,28        |
| Brasil                         | 67,5  | 87,7        | 93,4        | 96,9        | 98,1        | 85,6        | 0,08        | 71,6  | 88,7        | 95,7        | 97,7        | 98,6        | 87,7        | 0,07        |
| Colômbia                       | 62,3  | 81,1        | 89,8        | 95,4        | 95,9        | 82,5        | 0,09        | 60,6  | 85,2        | 92,8        | 98,9        | 98,1        | 84,5        | 0,09        |
| República Dominicana           | 96,1  | 98,2        | 99,0        | 99,2        | 99,9        | 98,3        | 0,01        | 88,6  | 96,9        | 97,3        | 98,4        | 97,8        | 95,3        | 0,02        |
| Guatemala                      | 34,6  | 41,1        | 49,3        | 72,2        | 90,0        | 52,5        | 0,19        | 9,3   | 16,1        | 31,1        | 62,8        | 91,5        | 34,8        | 0,42        |
| Haiti                          | 44,3  | 60,0        | 72,3        | 83,7        | 91,0        | 67,7        | 0,14        | 24,0  | 37,3        | 47,4        | 60,7        | 78,2        | 46,3        | 0,21        |
| Nicarágua                      | 67,0  | 80,9        | 86,9        | 89,0        | 96,0        | 81,5        | 0,07        | 32,9  | 58,8        | 79,8        | 86,0        | 92,3        | 64,6        | 0,19        |
| Paraguai                       | 69,5  | 79,5        | 85,6        | 94,8        | 98,5        | 83,9        | 0,07        | 41,2  | 49,9        | 69,0        | 87,9        | 98,1        | 66,0        | 0,18        |
| Peru                           | 37,3  | 64,8        | 79,1        | 87,7        | 96,0        | 67,3        | 0,17        | 13,7  | 48,0        | 75,1        | 90,3        | 96,6        | 56,4        | 0,31        |
| <b>América Latina e Caribe</b> | <b>57,5</b>   | <b>72,3</b> | <b>80,6</b> | <b>89,7</b> | <b>95,6</b> | <b>76,0</b> | <b>0,11</b> | <b>40,2</b>   | <b>58,4</b> | <b>72,9</b> | <b>85,6</b> | <b>94,3</b> | <b>65,8</b> | <b>0,20</b> |
| Ásia Oriental, Pacífico        | 64,9  | 80,7        | 86,9        | 91,4        | 96,2        | 81,9        | 0,08        | 30,5  | 53,0        | 68,4        | 80,6        | 93,4        | 60,8        | 0,22        |
| Ásia Central                   | 78,2  | 84,7        | 86,8        | 93,3        | 96,3        | 86,9        | 0,05        | 82,7  | 92,3        | 95,1        | 98,6        | 99,7        | 92,8        | 0,04        |
| Oriente Médio, África do Norte | 13,7  | 21,1        | 33,4        | 49,3        | 73,0        | 35,2        | 0,32        | 12,8  | 21,7        | 37,7        | 58,6        | 82,2        | 38,5        | 0,36        |
| Sul de Ásia                    | 16,8  | 23,2        | 28,8        | 43,0        | 70,9        | 34,6        | 0,30        | 5,3   | 8,1         | 11,7        | 21,9        | 49,3        | 17,7        | 0,46        |
| África Subsaariana             | 61,1  | 69,5        | 74,9        | 84,2        | 93,6        | 75,7        | 0,10        | 24,6  | 32,9        | 41,2        | 59,2        | 82,1        | 46,2        | 0,26        |
| <b>TODOS OS PAÍSES</b>         | <b>55,0</b>   | <b>64,8</b> | <b>71,1</b> | <b>80,6</b> | <b>91,0</b> | <b>70,8</b> | <b>0,13</b> | <b>31,2</b>   | <b>42,1</b> | <b>51,6</b> | <b>66,2</b> | <b>84,0</b> | <b>52,5</b> | <b>0,25</b> |

Fonte: Banco Mundial (2004). Op. Cit. Pesquisas Demográficas e de Saúde (DHS) 2002.

Nos 20% mais ricos da população as cifras de assistência institucionalizada passam de 90% tanto na atenção durante a gravidez como no parto. Nos 20% mais pobres, os déficits são



agudíssimos. Na Bolívia, 60% não recebem atenção pré-natal, e 80% não têm assistência médica durante o parto. No Brasil, quase um terço do quintil mais pobre não dispõe de atenção institucionalizada em ambos os casos. No Peru, nos 20% mais pobres, 60% não têm atenção durante a gravidez e 86% não a recebem durante o parto.

A desigualdade mostra também significativas expressões em duas áreas-chave para a infância, como contar com uma cobertura completa de vacinação e prevalência de diarreias. Como se pode ver adiante, os 20% mais pobres da Região têm problemas pronunciados em ambos os campos, em comparação com os 20% mais ricos. No que se refere à cobertura completa de vacinas, enquanto 56% do quintil mais rico contam com ela, no mais pobre a percentagem é 17% mais baixa, 39%. A prevalência de diarreias nas crianças mais que duplica nos 20% mais pobres em relação aos 20% mais ricos em países como, entre outros, o Brasil, a Bolívia e o Peru.

**TABELA 8**  
**Cobertura completa de imunização e ocorrência de diarreia**

| País/região                    | Alcance de imunização |             |             |             |             |             |             | Ocorrência de diarreia (%) |             |             |             |             |             |              |
|--------------------------------|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
|                                | 1                     | 2           | 3           | 4           | 5           | Média       | CI          | 1                          | 2           | 3           | 4           | 5           | Média       | CI           |
| Bolívia                        | 21,8                  | 24,9        | 21,0        | 33,4        | 30,6        | 25,5        | 0,08        | 21,8                       | 19,8        | 20,5        | 17,9        | 11,7        | 19,2        | -0,07        |
| Brasil                         | 56,6                  | 74,0        | 84,9        | 83,1        | 73,8        | 72,5        | 0,07        | 18,3                       | 12,9        | 12,7        | 9,3         | 7,4         | 13,1        | -0,16        |
| Colômbia                       | 53,8                  | 66,9        | 68,2        | 70,6        | 74,1        | 65,5        | 0,06        | 18,4                       | 19,8        | 16,8        | 14,9        | 10,0        | 16,7        | -0,09        |
| Guatemala                      | 41,2                  | 43,0        | 47,2        | 38,3        | 42,5        | 42,6        | 0,00        | 22,8                       | 21,5        | 23,3        | 17,7        | 16,0        | 20,9        | -0,06        |
| Haiti                          | 18,8                  | 20,1        | 35,3        | 37,9        | 44,1        | 30,2        | 0,17        | 30,9                       | 27,1        | 24,4        | 31,6        | 20,4        | 27,4        | -0,04        |
| Nicarágua                      | 61,0                  | 74,6        | 75,3        | 85,7        | 73,1        | 72,6        | 0,05        | 16,1                       | 14,0        | 14,2        | 14,4        | 8,7         | 14,0        | -0,07        |
| Paraguai                       | 20,2                  | 30,8        | 36,4        | 40,7        | 53,0        | 34,2        | 0,18        | 9,8                        | 8,5         | 9,2         | 7,4         | 4,6         | 8,1         | -0,11        |
| Peru                           | 55,3                  | 63,8        | 63,5        | 71,7        | 66,0        | 63,0        | 0,04        | 21,4                       | 20,3        | 18,6        | 14,1        | 9,3         | 17,9        | -0,11        |
| República Dominicana           | 28,0                  | 30,2        | 46,9        | 42,6        | 51,7        | 38,7        | 0,12        | 17,9                       | 16,4        | 17,8        | 14,1        | 10,1        | 15,7        | -0,08        |
| <b>América Latina e Caribe</b> | <b>39,6</b>           | <b>47,6</b> | <b>53,2</b> | <b>56,0</b> | <b>56,5</b> | <b>49,4</b> | <b>0,09</b> | <b>19,7</b>                | <b>17,8</b> | <b>17,5</b> | <b>15,7</b> | <b>10,9</b> | <b>17,0</b> | <b>-0,09</b> |
| Ásia Oriental, Pacífico        | 48,3                  | 56,8        | 60,3        | 64,6        | 72,9        | 59,3        | 0,08        | 10,5                       | 9,9         | 9,9         | 8,6         | 6,3         | 9,3         | -0,08        |
| Ásia Central                   | 64,2                  | 67,9        | 71,8        | 75,7        | 77,4        | 70,9        | 0,04        | 19,0                       | 15,6        | 15,0        | 14,6        | 13,7        | 15,8        | -0,02        |
| Oriente Médio, Norte da África | 42,2                  | 53,3        | 62,5        | 73,2        | 81,1        | 61,0        | 0,17        | 21,0                       | 20,3        | 19,1        | 17,2        | 14,7        | 18,7        | -0,06        |
| Sul da Ásia                    | 29,8                  | 31,4        | 41,6        | 49,8        | 64,4        | 42,0        | 0,17        | 17,0                       | 14,4        | 14,3        | 15,3        | 12,4        | 14,9        | -0,04        |
| África Subsaariana             | 33,6                  | 42,0        | 44,4        | 53,1        | 66,9        | 47,3        | 0,17        | 24,5                       | 23,3        | 22,5        | 22,6        | 18,2        | 22,3        | -0,05        |
| <b>TODOS OS PAÍSES</b>         | <b>38,3</b>           | <b>45,8</b> | <b>50,3</b> | <b>57,2</b> | <b>66,6</b> | <b>50,7</b> | <b>0,14</b> | <b>21,2</b>                | <b>19,6</b> | <b>19,1</b> | <b>18,5</b> | <b>14,8</b> | <b>18,9</b> | <b>-0,05</b> |

Fonte: Banco Mundial (2004). Op. Cit. Pesquisas demográficas e de saúde (DHS) 2002.

### **As inter-relações entre desigualdade econômica e desigualdade em saúde**

Essas e outras desigualdades em saúde estão profundamente inter-relacionadas em “circuitos pertinazes” que são realimentados pelas agudas desigualdades socioeconômicas que se observam na Região. Por influência delas, os setores mais desfavorecidos têm possibilidades menores em termos de saúde, o que por sua vez virá reduzir acentuadamente as suas oportunidades de melhorar sua situação econômica.

As vinculações entre o clima geral de desigualdades da Região e as desigualdades em saúde são complexas e percorrem múltiplos caminhos. Em certas áreas, elas se manifestam em forma direta quase brutal, e em outras por canais muito mais indiretos, embora de alto impacto. A pesquisa nesse sentido há de passar muito além dos limites atuais para que se possa chegar a conhecer mais profundamente seus modos de funcionamento e captar suas expressões mais sutis. A presença dessas dinâmicas é um fato central indisputável. Como o ressalta, entre outros, Wagstaff (2002):

“O que sabemos indica que as desigualdades em saúde, e muito provavelmente também na utilização dos serviços, refletem em grande parte as desigualdades com relação a variáveis tanto individuais como familiares, tais como a educação, a renda, a localização e as características dos domicílios.”

Captar os “modos de operação” das desigualdades pode ter a mais alta relevância na elaboração de políticas, na estruturação de alianças em torno da saúde pública e na definição dos papéis que os diversos atores deveriam desempenhar com esse fim. Vejamos, para fins basicamente ilustrativos, dada a amplitude do tema, algumas expressões de como as desigualdades macro repercutem nos determinantes da saúde.

Um campo-chave de desigualdades com impactos de primeira ordem na saúde é o dos níveis de instrução. A acumulação de capital educacional tem, de acordo com numerosas pesquisas, incidência direta sobre, entre outros aspectos, as taxas de mortalidade infantil, o manejo da alimentação do lactante, o peso das crianças, as incapacidades e a expectativa de vida. Schkolnik (CELADE, 1998) proporciona a seguinte tabela sobre relações entre mortalidade infantil e níveis de instrução em vários países da Região:

**Tabela 9**  
**Diferenciais de mortalidade infantil, por volta de 1990,**  
**segundo diversos indicadores, em países selecionados**

| Indicadores socioeconômicos | Taxa de mortalidade infantil |          |           |      |        |       |
|-----------------------------|------------------------------|----------|-----------|------|--------|-------|
|                             | Guatemala                    | Honduras | Nicarágua | Peru | Panamá | Chile |
| Total país                  | 60                           | 64       | 82        | 64   | 31     | 16    |
| Rural                       | 68                           | 62       | 98        | 90   | -      | 19    |
| Urbano                      | 51                           | 43       | 67        | 48   | -      | 14    |
| Indígena                    | 64                           | -        | -         | -    | 80     | 45    |
| Não indígena                | 53                           | -        | -         | -    | 23     | -     |
| Pobre                       | 76                           | 68       | 88        | 66   | -      | -     |
| Não pobre                   | 53                           | 34       | 66        | 37   | -      | -     |
|                             | Guatemala                    | Bolívia  | Colômbia  | Peru | México | R. D. |
| Sem instrução               | 82                           | 124      | 60        | 124  | 83     | 102   |
| Primário incompl.           | 86                           | 108      | 40        | 85   | 64     | 76    |
| Primário completo           | 61                           | 65       | -         | 42   | 46     | 57    |
| Secundário e +              | 41                           | 46       | 28        | 22   | 27     | 34    |

Fonte: Schkolnik, Susana (1998). Tendências demográficas na América Latina: desafios para a igualdade no âmbito da saúde. Cidade. Santiago do Chile.

As taxas de mortalidade infantil em famílias com mães com educação primária incompleta são muito superiores às das famílias com mães com instrução secundária. Duplicam ou mais que duplicam na Guatemala, Bolívia, México e República Dominicana, e quadruplicam no Peru.

Um estudo no Brasil (Universidade de São Paulo, 1996) constatou estreitas correlações entre baixo peso das crianças e nível de instrução das mães. As taxas de baixo peso segundo a idade eram de 19,9% quando as mães tinham menos de 3 anos de educação formal, e caíam para 3,35% quando tinham 11 anos ou mais. As taxas de baixo peso segundo o tamanho iam de 24% com menos de 3 anos de educação a 7% com 6 anos ou mais.

Tanto no Chile como no Brasil, estudos detalhados permitem verificar a robusta correlação entre níveis de instrução e expectativa de vida. No Chile, a tabela seguinte (Vega, e outros 2003) dá conta disso. Relaciona a expectativa de vida prevista em função da idade ou em função da expectativa de vida temporária, entre os 20 e os 69 anos, de homens e mulheres, segundo o seu nível de instrução.

**Tabela 10**  
**Expectativa de vida temporária dos adultos de 20 a 69 anos de idade o segundo nível de instrução: Chile, anos selecionados 1985-1996**

| Anos de escolarização   | 1985-1987 | 1990-1992 | 1994-1996 | Variação 1985-1996 |
|---|-----------|-----------|-----------|--------------------|
| <i>Homens</i>   |           |           |           |                    |
| 0   | 41,5      | 40,7      | 39,5      | -2,0               |
| 1-8   | 44,8      | 44,7      | 44,7      | -0,1               |
| 9-12  | 45,1      | 45,4      | 45,6      | 0,5                |
| 13 ou mais  | 47,7      | 47,8      | 48,1      | 0,4                |
| Total   | 45,1      | 45,4      | 45,6      | 0,5                |
| Diferença entre os grupos com mais alto e mais baixo nível de instrução | 6,3       | 7,2       | 8,7       | 2,4                |
| <i>Mulheres</i>   |           |           |           |                    |
| 0   | 44,9      | 44,5      | 44,6      | -0,3               |
| 1-8   | 47,3      | 47,5      | 47,6      | 0,3                |
| 9-12  | 47,9      | 47,9      | 47,9      | 0,0                |
| 13 ou mais  | 48,5      | 48,7      | 49,1      | 0,6                |
| Total   | 47,4      | 47,5      | 47,8      | 0,4                |
| Diferença entre os grupos com mais alto e mais baixo nível de instrução | 3,6       | 4,2       | 4,5       | 0,9                |

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, Chile. Vega, Jeannette e outros (2003) em “Desafío a la falta de igualdad en salud”. OPAS, Fundação Rockefeller. Washington D.C..

Quanto mais baixo for o nível de instrução, menor será a expectativa de vida. Por outra parte, essa brecha vai aumentando. A expectativa de vida dos varões sem instrução caiu em 2 anos entre 1980 e 1996, enquanto que a dos mais instruídos aumentava em 0,4 no mesmo período. Entre as mulheres sem instrução houve queda de 0,3 ano nesse período, enquanto que aumentava em 0,6 ano entre as mulheres com educação.

Analisando comparativamente todos os estados do Brasil, Messias (2003) encontra uma clara correlação entre os graus de instrução escolar e a expectativa média de vida do estado. Ele estima que um aumento de 10 unidades na taxa de analfabetismo significa, em termos de correlação estatística, 2,2 anos menos em expectativa de vida. As grandes brechas observadas na América Latina no campo da educação atuam diminuindo ou ampliando as oportunidades de saúde e desempenham importante papel como obstáculo a os estratos mais desfavorecidos possam aproveitar os “ganhos” em saúde resultantes dos avanços médicos.

As relações entre os níveis de renda dos diversos estratos da população e sua situação em saúde são amplíssimas. Podem ir dos

aspectos mais elementares, como a auto-exclusão da atenção médica por falta de renda aos correlatos, encontrados em algumas pesquisas (Marmot, 2001), entre renda e doenças coronárias.

Numa região com desigualdade de renda tão grande como a latino-americana, as repercussões dessa situação “invadem” aspectos múltiplos da saúde. Assim, entre outras expressões, uma pesquisa da OPAS sobre exclusão em saúde em seis países da Região (OPS, 2003) encontrou um padrão constante de falta de demanda de serviços a pesar de necessidades percebidas, existindo nisso um bloqueio central no baixo nível de renda. Assim, no Paraguai, 51% da população que declararam ter estado doentes ou sofrido acidentes nos últimos três meses não consultaram nenhum estabelecimento médico. Quando isso é estratificado por níveis de renda, a percentagem de pessoas dos 20% mais ricos que fizeram consultas é duas vezes maior que a dos 20% mais pobres. Por outro lado, a despesa média por pessoa em saúde neste último grupo é seis vezes menor que no mais rico, e apesar disso, a despesa de bolso é maior entre os mais pobres. A renda está condicionando severamente as consultas. Isso explica a altíssima sensibilidade dos pobres ao tabelamento de serviços médicos públicos. Esse fato gerou em diversos lugares do mundo e na própria Região uma diminuição “forçada” na demanda por parte dos mais desfavorecidos, aumentando a desigualdade em saúde.

Em outras áreas, pesquisas no Brasil (Messias, 2003) encontraram correlações entre o salário mínimo e mortalidade infantil, distribuição das causas de morte e renda, desigualdades sociais e violência. Um campo básico como o do acesso a medicamentos essenciais aparece fortemente afetado por essas desigualdades. Avaliando a situação mundial nesse aspecto, a Organização Mundial da Saúde (OMS, Relatório sobre a Saúde no Mundo, 2003) estima que 91% da produção mundial de produtos farmacêuticos são consumidos por 15% da população do globo.

As gradientes de renda e a inserção na economia formal ou informal têm pronunciado efeito no acesso ao seguro saúde. Isso tem grande peso numa Região onde os trabalhadores informais, que representavam 40% da mão-de-obra ativa não agrícola em 1980, passaram em 2000 a representar 60% dela. Uma das características centrais da informalidade é a falta de redes de proteção social e, entre elas, a de proteção em saúde.

As desigualdades de rendas fazem-se sentir muito acentuadamente na situação das idades mais altas, etapa crucial em termos de necessidade de proteção médica. Segundo estimativas

recentes, 40% dos adultos maiores de 65 anos na Região não têm pensão de aposentadoria, previdência social ou qualquer outra proteção.

Ao lado da educação e da renda, outro elemento dessa conjuntura que tem papel relevante em saúde pública é a situação do município. As brechas que se podem observar nesse particular entre municípios em situação boa, média e pobres podem assumir grandes magnitudes e afetam profundamente os determinantes da saúde.

Uma pesquisa no México (Lozano e outros, 2003) permite constatar como situações comunais muito diferentes levam a indicadores de saúde com brechas de grandes proporções. Veja-se a comparação entre um município pobre típico do Estado de Chiapas e outro mais rico de Nuevo León.

## Gráfico 2

Condições sociodemográficas e de saúde de dois municípios, México, 1990-1996

| Indicador   | San Jaun Cancuc<br>(Chiapas)            | San Nicolás<br>de los Garza<br>(Nuevo León) |
|---|---|---|
| Indicadores sociodemográficos   |   |   |
| Marginalidade   | Muito alta                              | Muito baixa                                 |
| População, 1995   | 27.750                                  | 436.603                                     |
| População Indígena como percentagem do total                                | 100                                     | 0,1   |
| Taxa de analfabetismo (percentagem)   | 67                                      | 2   |
| Nível médio de instrução (anos)   | 4,2                                     | 8,2   |
| Domicílios com acesso a água corrente (percentagem)                         | 4                                       | 95  |
| Domicílios com acesso a esgotos (percentagem)                               | 45                                      | 92  |
| Expectativa de vida (anos), 1990-1996                                       | 62                                      | 71  |
| Indicadores econômicos  |   |   |
| PNB <i>per capita</i> (US\$), 1990  | 3                                       | 43,6  |
| Despesa <i>per capita</i> em saúde (US\$), 1995                             | 3                                       | 79  |
| Condições de saúde  |   |   |
|   | San Jaun Cancuc                         | San Nicolás de los Garza                    |
| <b>I. Transmissíveis, maternas, perinatais, e deficiências nutricionais</b> |   |   |
|   | Doenças diarréicas                      |   |
|   | Deficiências nutricionais               |   |
|   | Infecções das vias respiratórias baixas |   |
|   | Transtornos perinatais                  |   |
|   | Tuberculose                             |   |
| <b>II. Não transmissíveis</b>   |   |   |
|   | Doenças cardiovasculares                |   |
|   | Neoplasias malignas                     |   |
|   | Diabetes mellitus                       |   |
|   | Cirrose                                 |   |
|   | Doenças geniturinárias                  |   |
|   | Doenças respiratórias crônicas          |   |
| <b>III. Lesões</b>  |   |   |
|   | Acidentes                               |   |
|   | Homicídios                              |   |

Taxa por 100.000 habitantes

Fonte: cálculos dos autores

Fonte: Lozano, Rafael e outros (2003). Em "desafio à falta de igualdade em saúde". OPAS. Fundação Rockefeller. Washington D.C..

Os dois municípios diferem marcadamente nos principais determinantes de saúde. Os serviços de água e esgoto que os habitantes recebem, os níveis de instrução, os graus da pobreza e outras variáveis são muito dessemelhantes. Isso resulta em taxas de mortalidade mais altas em San Juan Cancuc do que em Nicolás Garza em todas as idades, e em diferenças de 13 anos na

expectativa de vida (em 1993, 58 anos contra 71 anos). É também totalmente diferente o tipo de doenças que ocorrem em cada um. No mais pobre, por exemplo, as doenças diarréicas têm uma incidência elevadíssima entre as crianças.

Um estudo sobre 198 comunas no Chile (Arteaga e outros, 2002) encontrou variações substanciais em saúde segundo as características dos municípios. Entre outros, atuavam aspectos como o nível de investimento em saúde, a cobertura de serviços básicos de água potável e eliminação de águas residuais, bem como a qualidade da habitação. Entre outras conseqüências do perfil geral do entorno comunal, observou-se que o uso de serviços de atenção médica primária era maior em 2,8 em uns do que em outros, o atendimento urgência era 3,9 vezes maior e as altas hospitalares, duas vezes mais numerosos.

Uma dimensão crucial das desigualdades no ambiente, com toda sorte de implicações, em termos de desigualdade em saúde, é o acesso à água potável. Com avanços nas médias, aparecem brechas muito significativas quando elas são desagregadas, como se pode observar:



**Tabela 11**  
**Percentagem de domicílios com água corrente, por decis (primeiro e décimo) de renda e área geográfica de localização. Onze países da América Latina e do Caribe, por volta de 1999**

|             |           | Percentagem de domicílios com água corrente |          |                 |
|-------------|-----------|---|----------|-----------------|
|             |           | Decil 1                                     | Decil 10 | População Total |
| Bolívia     | Urbano    | 82,1  | 8,1      | 90,6            |
|             | Rural     | 14,3  | 41,5     | 23,0            |
| Brasil      | Urbano    | 53,5  | 97,3     | 89,6            |
|             | Rural     | 2,6   | 32,3     | 19,3            |
| Chile       | Urbano    | 96,8  | 99,7     | 98,8            |
|             | Rural     | 27,7  | 43,1     | 36,0            |
| Colômbia    | Urbano    | 91,1  | 99,2     | 97,4            |
|             | Rural (a) | 71,4  | 91,8     | 78,2            |
|             | Rural (b) | 29,6  | 41,0     | 31,2            |
| El Salvador | Urbano    | 39,3  | 88,8     | 70,5            |
|             | Rural     | 16,2  | 39,6     | 25,5            |
| Equador     | Urbano    | 56,2  | 90,8     | 75,3            |
|             | Rural (a) | 42,3  | 49,4     | 46,3            |
|             | Rural (b) | 11,2  | 26,3     | 18,5            |
| Jamaica     | Kingston  | 95,7  | 100,0    | 97,4            |
|             | Urbano    | 62,7  | 89,5     | 79,4            |
|             | Rural     | 23,2  | 54,8     | 38,8            |
| Nicarágua   | Urbano    | 58,3  | 96,4     | 83,9            |
|             | Rural     | 7,3   | 53,3     | 30,5            |
| Panamá      | Urbano    | 84,0  | 100,0    | 95,4            |
|             | Rural     | 55,8  | 92,8     | 79,9            |
|             | Rural (c) | 16,7  | 45,5     | 24,4            |
|             | Indígena  | 39,0  | 34,4     | 37,1            |
| Paraguai    | Urbano    | 35,0  | 87,7     | 66,9            |
|             | Rural     | 1,8   | 30,6     | 13,3            |
| Peru        | Urbano    | 57,7  | 97,0     | 85,0            |
|             | Rural     | 35,0  | 34,4     | 41,9            |

**Fonte:** Informe Regional sobre la Evaluación 2000 en la Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (HEP), 2001.

(a) Povoações rurais.

(b) Povoações rurais dispersas.

(c) Áreas rurais de difícil acesso.

O acesso à água é radicalmente diferente nas áreas rurais e urbanas. Assim, só 19% dos domicílios têm água corrente dentro de casa nas zonas rurais do Brasil, contra 89% nas urbanas. Fazer parte de comunidades rurais significa, em todo o continente, a possibilidade de enfrentar significativas dificuldades nesse particular. Por outro lado, há uma nítida segmentação

socioeconômica no acesso à água corrente, tanto nas zonas rurais como nas urbanas. Nos 10% mais pobres do Brasil, somente 53% têm água corrente, frente a 97% nos 10% mais ricos. No Peru, os dados são 57% versus 97%. No Equador, 56% versus 90%.

Os pobres têm dificuldades de acesso à água potável e se vêem obrigados a comprá-la e a pagar, em muitos casos, preços mais altos, constituindo os custos da água uma percentagem proporcionalmente mais alta de seu exíguo orçamento, em comparação com o que sucede com os 20% mais ricos. O gasto em água triplica nos 10% mais pobres dos centros urbanos do Brasil e do Equador, em comparação com o dos 10% mais ricos, e quadruplica na Colômbia.

Não só os pobres vêm barrado o seu acesso à água e pagam mais caro por ela, como, além disso, a água que obtêm tende a ser de qualidade definitivamente inferior. Uma pesquisa recente (Soares e outros, 2002) assim resume a “desigualdade em água potável” na Região:

As famílias que não têm um sistema de distribuição de água potável dedicam muito tempo a conseguir a água, o que implica, para as famílias pobres, um gasto adicional. As famílias de baixa renda que não dispõem de uma fonte de água potável em casa gastam tanto dinheiro para obter água como as famílias de renda mais alta. O acesso a métodos de desinfecção da água no domicílio é muito reduzido no caso das famílias pobres, porque esses métodos são relativamente caros. O resultado é que as famílias de baixa renda bebem água de qualidade inferior.

Encontram-se também fortes manifestações de desigualdade na disponibilidade de eletricidade e de um quarto de banho na casa, tendo ambos os fatores incidência na saúde.

### **Uma anotação de conjunto**

Na região mais desigual do orbe, a América Latina, os custos que amplos setores da população pagam por esses níveis de polarização social são muito penosos. Entre eles, possivelmente um dos maiores é o impacto das disparidades na desigualdade em saúde. Roses (2003) chama atenção para o peso que isso tem em aspectos tão relevantes como os anos de expectativa de vida perdidos em relação às médias possíveis. Em países da Região com baixo nível de renda e desníveis menores perdem-se 13,2 anos, mas, em países com renda comparativamente alta e desníveis acentuados a cifra

sobe a 19,1. Para enfrentar estas desigualdades é preciso primeiro colocá-las no centro do debate público. Como a autora ressalta:

“As desigualdades só podem ser transformadas quando se tornam visíveis.”

#### **IV. Uma conclusão final**

“O continente tem a grande necessidade de recuperar uma visão ética do desenvolvimento”.

O último teste para saber se uma sociedade está avançando ou retrocedendo encontra-se na relação entre seus indicadores e nos valores éticos centrais em quais acredita. Na América Latina, há claros problemas nesse campo. Toda a sociedade proclama seu apoio mais absoluto às mães, às crianças, às famílias e aos idosos, cujo bem-estar representa valores éticos essenciais, enquanto, por outro lado, cifras como as da saúde dão conta de grosseiras desigualdades que afetam amplos núcleos desses setores. Assim, torna-se imprescindível restabelecer ativamente os vínculos entre ética, economia e saúde. A economia, como o indicou reiteradamente o Papa João Paulo II (2000), deveria estar a serviço da ética e ser orientada por códigos éticos. Deveria assegurar o desenvolvimento do ser humano com dignidade. A saúde é um pilar desse desenvolvimento. A discussão sobre como configurar uma economia realmente ética deveria ter um de seus eixos centrais na garantia do acesso universal à saúde pública.

A aceitação da ética como quadro de objetivos e de avaliação da economia leva a conseqüências muito concretas. Os atores sociais deveriam assumir as conseqüentes responsabilidades éticas. Neste passo se abrem temas como a responsabilidade ética das políticas públicas, a já mencionada responsabilidade ética da empresa privada, as responsabilidades dos sindicatos, das universidades, das ONG, da mídia e de outros atores. Os desafios que se postulam nesse sentido na América Latina no campo da saúde são muito concretos. Assim, entre eles, Jiménez e Romero (2004) destacam prognósticos segundo os quais ocorreriam em 2004 na América Latina 400.000 mortes de crianças evitáveis na grande maioria, contando-se entre elas 127.000 no Brasil e 70.000 no México. Eticamente, isso é absolutamente inadmissível. Não pode haver valor mais importante do que a vida dessas crianças. As sociedades deveriam envidar esforços extremos para que isso não ocorra.

Neste como em outros casos, a opção pela saúde não pode ficar para depois. Os danos em saúde, não recebendo atenção, podem tornar-se irreversíveis. Não se pode argumentar pela espera de que tenha lugar tal e qual etapa do modelo do derrame para depois atender às crianças ou à mortalidade materna. Depois será tarde. É necessário aplicar em saúde o que nos permitimos chamar uma “ética da urgência”.

Poder-se-á argumentar, como tem sido feito repetidamente, que faltam recursos. Quanto maiores sejam os recursos melhor. É desejável e necessário que o produto bruto cresça, que haja estabilidade econômica, altos níveis de produtividade, progresso tecnológico e competitividade, mas tudo isso pode acontecer sem melhorar a sorte dos pobres. Assim o indicam numerosas experiências próximas na Região, como a duplicação da percentagem de pobres no Chile durante a ditadura militar, apesar das altas taxas de crescimento; ou como o avanço da pobreza e da desigualdade nas décadas de 90 na Argentina, apesar dos aparentes progressos macroeconômicos.

O crescimento é necessário, mas sempre haverá uma questão de prioridades na repartição de recursos. Sociedades mais pobres obtêm muito melhores resultados em saúde do que outras mais ricas porque isso é uma prioridade real para elas, que põem em marcha políticas de alta categoria para levá-la adiante. Por outro lado, como estabelece Amartya Sen (1999), os custos da implantação de significativos programas de saúde nos países pobres são muito mais baixos. Os programas exigem uso intensivo de mão-de-obra profissional e paraprofissional, que tem um custo muito mais baixo do que em países ricos. Com investimentos muito menores, pode proporcionar-se um nível de cobertura semelhante. Segundo ele indicou ao inaugurar a 52ª Assembléia Mundial da Saúde, a questão é saber em que são usados os recursos, mesmo sob políticas de restrição financeira. Assinalando

“as vultosas quantias que atualmente os países pobres dedicam, um após outro, a financiar seus exércitos (freqüentemente muito superiores ao gasto público em educação básica ou atenção à saúde)”, ele declarou: “É indicação de que vivemos em um mundo ao revés o fato de que o médico, o mestre-escola ou a enfermeira se sentem mais ameaçados pelo conservadorismo financeiro do que um general de exército.”

A opinião pública latino-americana está reclamando, através das pesquisas, dos mandatos eleitorais e de expressões muito

diversas, que a ética volte a presidir e orientar a economia. O tema da saúde pública no século XXI deve ser tratado no continente como um tema que deve figurar entre os primeiros lugares de uma revisão ética das prioridades, que deve ter efetiva preponderância na repartição de recursos e que não admite mais protelações, porque há uma ética da urgência que está a exigir todos os dias contas das mortes inumeráveis e dos sofrimentos evitáveis.

## REFERÊNCIAS

- Alleyne, George A.O. 2002. "Equity and the Goal of Health for All". *Revista Panamericana de Salud Pública*. OPS. Mayo-Junio. Washington DC.
- Arteaga, Oscar y otros. 2002. "Información para la equidad en salud en Chile". *Revista Panamericana de Salud Pública*. OPS. May-June. Washington DC.
- Banco Mundial. 2004. *Desigualdad en América Latina y el Caribe. ¿Ruptura con la historia?* Washington DC.
- Berry, Albert. 1997. "The Income Distribution Threat in Latin America". *Latin American Research Review*. Vol. 32, num.2.
- Birdsall, Nancy y Londoño, Juan Luis. 1997. "Assets Inequality Matters". *American Economic Review*. May. Washington DC.
- Birdsall, Nancy. 1998. Comentario sobre las enseñanzas del Japón. Incluido en Luis Emerig y José Núñez del Arco (comp.). *El desarrollo económico y social en los umbrales del siglo XXI*. BID. Washington, DC.
- Clarín. 2004. Internet: Ahora el 67% de los usuarios es mayor de 25 años. 7 de Mayo.
- Deininger, Klaus and Olinto, Pedro. 2002. "Asset Distribution, Inequality and Growth". World Bank Policy research paper 2375. Washington DC. The World Bank.
- Jiménez, Jorge y María, Intes Romero. 2004. *Supervivencia infantil en América Latina*. Universidad Católica de Chile, Chile.
- Juan Pablo II. 2000. Mensaje para la celebración del Día Mundial de La Paz.
- Lozano, Rafael y otros. 2003. "México: marginalidad, necesidades, y asignación de recursos en el ámbito municipal". En "Desafío a la falta de equidad en salud".
- Marmot, Michael. 2001. "Inequalities in Health". *New England Journal of Medicine*. July. Vol. 345, num. 2.
- Messias, Erick. 2003. "Income Inequality, Illiteracy Rate, and Life Expectancy in Brazil". *American Journal of Public Health*. Vol. 93, No.8. August.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2002. *Macroeconomía y Salud*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2003. *Informe sobre la salud en el mundo 2003*. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)-CEPAL. 1998. *Health, Social Equity and Changing Production Patterns in Latin America and the Caribbean*.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2003. *Exclusión en salud en países de América Latina y del Caribe*. Washington DC.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2004. Lanzamiento del acuerdo interagencial para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas. Washington, 20 de Febrero.
- Patten, Chris. 2004. Declaraciones en la sede de la Comisión Europea. Bruselas.
- Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD). 1993. Informe sobre Desarrollo Humano. New York.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 2004. La democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos.
- Roses, Mirta. 2003. Informe anual de la Directora de la OPS. La transición hacia un nuevo siglo de salud en Las Américas. OPS. Washington DC.
- Schkolnik, Susana. 1998. Tendencias demográficas en América Latina: desafíos para la equidad en el ámbito de la salud. CELADE. Chile.
- Sen, Amartya. 1999. La salud en el desarrollo. Discurso inaugural ante la 52 Asamblea Mundial de la Salud. 16 de Mayo.
- Soares, Luiz and Rangel, Carlos. 2002. Inequities in Access to and Use of Drinking Water Services in Latin America and the Caribbean. En Revista Panamericana de la Salud, OPS. May-June. Washington DC.
- Stiglitz, Joseph. 2002. Más instrumentos y metas más amplias para el desarrollo. Incluido en B. Kliksberg (comp.). *Ética y Desarrollo*. La relación marginada. El Ateneo, Buenos Aires.
- Universidad de Sao Pablo. 1996. Estudios epidemiológicos en nutrición. Escuela de Salud Pública.
- Vega, Jeannette, y otros. 2003. Chile: diferenciales socioeconómicos y mortalidad en una nación de ingreso medio. En “Desafío a la falta de equidad en la salud”. OPS, Fundación Rockefeller. Washington DC.
- Wagstaff, Adam. 2002. “Pobreza y desigualdades en el sector de salud”. *Revista Panamericana de la Salud Pública*. OPS. Mayo-Junio. Washington DC.

## **DADOS BIOGRÁFICOS DO AUTOR**

*Bernardo Kliksberg* é Doutor em Ciências Econômicas e Administrativas, e licenciado em Sociologia. Especializou-se no estudo da pobreza na América Latina. É assessor especial da ONU, UNESCO, UNICEF e outros organismos internacionais. Foi durante 20 anos Diretor do Programa Regional de Gerência Social das Nações Unidas para a América Latina. É considerado o criador da gerência social e pioneiro da idéia de capital social na Região. É autor de mais de 30 livros amplamente utilizados internacionalmente. Entre os últimos: *Más ética, más desarrollo*, *Hacia una Economía con Rostro Humano*, *¿Cómo enfrentar la pobreza?* e *“Toward an Intelligent State”*. Escreve para *La Nación* e *Clarín* (Argentina), *La República* (Uruguai), *O Globo* e *Valor Econômico* (Brasil), *El Universal* (Venezuela), *Reforma* (México). Atualmente, dirige de Washington a Iniciativa interamericana de Capital Social, Ética e Desenvolvimento, patrocinada pelo BID.