

Título Los estilos de crecimiento identificables en América Latina - Ética y Economía: la relación marginada

Tipo de Producto Material Didáctico

Autores Martínez, Damián

Código del Proyecto y Título del Proyecto

D15S12 - Pymes familiares en Argentina: cómo ir más allá de la 3ª generación

Responsable del Proyecto

Martínez, Damián

Línea

Pymes

Área Temática

Administración y Recursos Humanos

Fecha

Julio 2011

INSOD

Instituto de Ciencias Sociales y Disciplinas
Proyectuales

UADE 

Seminario:

**“Ética y Economía: la relación
marginada”**

Buenos Aires, 11 de julio de 2011

Consignas:

Identificar y luego evaluar y valorar los estilos de crecimiento identificables en América Latina.

- a. Elegir un país de América Latina y un período determinado, por ej. década de los '90 o bien la llamada "oleada progresista" a partir de Lula, Kirchner, Morales, Correa, Tabaré-Mujica, etc.
- b. A partir de esta elección examinar los estilos de crecimiento aplicados. Para ello se utilizarán como referentes las siguientes preguntas:
 - i. Cuáles son los componentes principales que expresan el "para qué" del proceso seguido.
 - ii. Cuáles son las principales medidas políticas e institucionales tomadas como medios para lograr esos propósitos.
 - iii. Hasta qué punto las medidas asumidas definen una estrategia que cubra todas las áreas del desarrollo y las diversas dimensiones de la acción humana por el desarrollo.
 - iv. Hasta qué punto y de qué forma se ha garantizado la *participación* de todos los afectados potenciales en la definición y realización de la estrategia de desarrollo con sus políticas correspondientes.
 - v. Cuáles han sido los resultados logrados con las medidas aplicadas, tanto desde el punto de vista de las metas propuestas, como desde la visión de desarrollo presentada en el presente Doctorado.

- a. Elegir un país de América Latina y un período determinado, por ej. década de los '90 o bien la llamada “oleada progresista” a partir de Lula, Kirchner, Morales, Correa, Tabaré-Mujica, etc.

El país elegido fue Chile, haciendo particular foco en los programas de promoción de la salud de la última década. Para ello se tomó como referencia y punto de partida del análisis los “Objetivos Sanitarios para el período 2000 – 2010” en ese país. (Presidencias de R. Lagos y M. Bachelet)

- b. A partir de esta elección examinar los estilos de crecimiento aplicados. Para ello se utilizarán como referentes las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son los componentes principales que expresan el “para qué” del proceso seguido?

En los últimos dos decenios América Latina ha vivido la casi inédita oportunidad de dar continuidad a procesos democráticos y de creciente participación popular. Esto ha permitido, (“en la región más desigual de la tierra” como bien señala B. Kliksberg en su obra “Escándalos éticos”¹) dar una mayor posibilidad de comenzar a construir exitosamente estructuras tendientes no ya al asistencialismo (muchas veces oportunista y vinculado a viejos esquemas políticos caudillistas típicos de la región), sino plasmar un verdadero “entramado social” que favoreció, más allá de la contención, la incorporación efectiva al ejercicio de los derechos humanos básicos (y la salud es claramente uno de ellos) de millones de pobres y desposeídos de la región.

Seguiré en este análisis el caso de Chile, que presenta características que hacen muy particular y mucho más diverso el abordaje y en buena medida facilitan su comprensión así como paralelamente (y por tratarse de otra nación) soliviantan los posibles sesgos relacionados con subjetividades del autor. Si bien se analizará en el contexto de un período temporal mayor (más de dos décadas de democracia) este trabajo hará foco en las políticas implementadas durante el período 2000-2010 (presidencias del Dr. Ricardo Lagos y de la Dra. Michelle Bachelet) y sus resultados, particularmente bajo la visión del Informe de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En los últimos veinte años el volumen de la economía chilena ha crecido considerablemente. Esto ha sido (al menos durante el primer decenio) bajo el influjo de políticas de fuerte corte neoliberal, al punto que este país fue “sugerido” (por los países centrales y los organismos multilaterales de crédito) como “caso testigo” del éxito de estas metodologías y su aplicación a ultranza en la región. La misma metodología se hacía evidente en su comercio exterior: mientras otros países de Sudamérica avanzaban en pactos y acuerdos

¹ Kliksberg, B. “Escándalos éticos”, Ed. Temas, Bs. As., marzo 2011.

comerciales regionales (cuyo paradigma es el Mercosur) Chile privilegió los acuerdos bilaterales (TLC, tratados de Libre Comercio) firmando pactos comerciales en forma individual con las principales economías de la cuenca Asia – Pacífico.

Claramente, ese modelo de crecimiento sostenido no se correlacionó con políticas distributivas y en la primer década del período considerado (los 90's) la economía chilena evidenció un incremento sostenido de la brecha en los niveles de ingresos entre los sectores más ricos y los correspondientes a una cada vez mayor masa de desposeídos. Esto aún cuando los mismos organismos que propiciaban estas políticas (particularmente el FMI) sugerían ajustes o correcciones en las variables macroeconómicas tendientes a morigerar estas circunstancias, en buena medida anticipando el previsible descontento popular y las protestas sociales consecuentes. Es así que paralelamente (y durante este mismo período) se observa cómo se han realizado ajustes tributarios importantes, se han atemperado o directamente cambiado las prioridades presupuestarias que dominaban los primeros cinco años de gobierno democrático, y se establecieron mecanismos anti cíclicos en la economía, lo cual les hubo permitido financiar las primeras iniciativas concretas en materia de política social en la historia reciente de este país. Se generaron así (y en forma sostenida) crecientes recursos para financiar el gasto social y ello permitió fortalecer el accionar de los gobiernos nacionales (y algunos locales que compartían su signo político) en el ámbito social. Sin embargo y del análisis de los presupuestos nacionales de aquellos años, se advierte la inexistencia de una prioridad para orientar la política de gastos y la asignación de recursos hacia las áreas de salud y educación, al menos en el primer decenio del período considerado.

En el segundo decenio (y por primera vez desde 1.973) un gobierno socialista llega a la casa de la Moneda. El 11 de marzo asume como presidente el Dr. Ricardo Lagos, político de vasta experiencia, abogado y economista, con un Doctorado en la Universidad de Duke. A partir de su ajustada victoria en segunda vuelta y en un país donde perdura (con fuerte arraigo) la matriz social que dio origen al pinochetismo como expresión política, Lagos comienza un proceso de transformación en los programas destinados a la creación de un sistema de protección social.

Durante el primer año de su mandato, debió hacer frente a un alto nivel de desempleo, producto remanente de la apertura económica de los 90's y fenómeno común a sus vecinos de la región. A través del incremento de la actividad económica generado por un mayor flujo de exportaciones y una incipiente política de sustitución de importaciones, el fenómeno del alto desempleo que asolaba Chile comenzó a revertirse a mediados de su mandato, específicamente a finales de 2003.

En el campo de la política social, inició una serie de programas a los cuales a posteriori dio continuidad y profundizó su sucesora Michelle Bachelet (2006 – 2010) y que serán objeto central de este análisis, tanto en su articulación y objetivos, como puntualmente en los resultados alcanzados y su impacto social.

Durante el período de Lagos se inició un proceso de transformación en las políticas sociales: se creó el primer seguro nacional de desempleo, (financiado en partes iguales por el Estado, los empleadores y los trabajadores); se promulgó la ley para la reforma del sistema nacional de salud mediante garantías explícitas a la atención (Programa AUGE); el programa de erradicación de campamentos (Chile Barrio); el primer programa de protección social para familias en situación de extrema pobreza (Chile Solidario); se inició la implementación de la Jornada Escolar Completa, (que sería duramente cuestionada por la movilización estudiantil de 2006, y que demandaría ajustes en el siguiente período de gobierno); se elevó la escolaridad obligatoria a 12 años; y se federalizaron los programas culturales nacionales mediante la creación de una institucionalidad cultural central (Consejo Nacional de las Artes y de la Cultura).

Este conjunto de medidas han marcado el comienzo de una política orientada a mejorar los principales indicadores sociales del país trasandino, con el objeto de equiparlos a las mejoras observadas en los principales indicadores macro económicos y así consolidar un efectivo y más equitativo modelo de desarrollo.

Al respecto, al inicio de la pasada década, las autoridades de la Comisión de DSS de la OMS interpelaban al país trasandino a cumplir con al menos tres objetivos prioritarios: *“mejorar las condiciones que impactan negativamente la salud. Segundo, a luchar contra las desigualdades. Tercero, a ampliar la investigación y el conocimiento”*²

Con relación a la primera recomendación (referida a mejorar las condiciones de salud, y que serán centro de análisis en este trabajo) proponía como ejes la Comisión de DSS: a) alcanzar la equidad en el acceso a la salud desde el comienzo de la vida; b) asegurar entornos salubres para una población sana, con acceso a una vivienda de calidad, acceso a agua salubre y a servicios de saneamiento (como derecho inalienable de todo ser humano); c) implementar prácticas justas en materia de empleo y universalizar el trabajo digno; d) protección social a lo largo de la vida, en una perspectiva universal; y e) un sistema de atención de la salud universal.

El desafío de alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud, era la meta propuesta para Chile una década atrás, constituyendo para entonces un objetivo tremendamente ambicioso, ya que se planteaba subsanar las desigualdades presentes en aquel momento, en el lapso de una generación³.

Planteo en el siguiente punto como una continuidad en el modelo de política social chilena, los gobiernos de Lagos y Bachelet, por cuanto esta última fue Ministra de Salud de Chile durante la presidencia de Lagos, con una fuerte

² Marmot, Michael. (UCL, Chair of WHO Commission on Social Determinants of Health) en el *“Lanzamiento del reporte mundial de la comisión de determinantes sociales – OMS en Chile”*. Centro Cultural Palacio la Moneda - Santiago de Chile - septiembre de 2008

³ Comisión de Determinantes Sociales de la Salud - CDSS (2007). Documento de referencia 2: Subsanan las desigualdades en una generación - ¿Cómo? En: www.who.in/social_determinants

impronta sobre la política de salud y social del decenio, que se profundizó (en cuanto a proyección y grado de implementación) durante su período presidencial.

2. Cuáles son las principales medidas políticas e institucionales tomadas como medios para lograr esos propósitos.

- Antecedentes – primeros pasos hacia un programa para el decenio.

En este punto, analizaré la gestión Bachelet en dos momentos claves de su gestión: el primero como ministra de salud, durante el gobierno de Lagos (2000 – 2002) y luego durante su período presidencial (2006 – 2010).

Como parte de las promesas de su campaña presidencial, Lagos encomendó a Bachelet la tarea de acabar con las inacabables filas de espera conocidas popularmente como “colas”) de los saturados consultorios del sistema asistencial público chileno en menos de tres meses. Pese al escepticismo inicial y los cortos plazos, hacia el mes de julio de 2000 (al inicio del quinto mes de su gestión) el nivel de las “colas” se redujo en un 90% *“gracias a la asignación centralizada de consultas por vía telefónica y la extensión horaria de las atenciones prioritarias”*⁴.

La segunda gran política de gobierno en el área de salud durante esta presidencia y encargada a (la entonces ministra) Bachelet fue bastante más compleja: dar inicio a una reforma estructural del sistema público de salud tal que permitiera el acceso universal e igualitario de toda la población (y en particular de la enorme mayoría de ciudadanos que no cuentan con otra cobertura) al sistema de salud. Entre las reformas que fueron propuestas por la entonces ministra (y que serían desarrolladas luego por su sucesor, Osvaldo Artaza, hasta completar el mandato de Lagos) se encontraban *“el establecimiento de un sistema de acceso universal a las patologías más comunes, la elaboración del proyecto de ley sobre derechos y deberes de las personas, mejoramiento de programas de tratamiento de enfermedades y la extensión del seguro médico”*⁵.

Para esto, se advirtió la necesidad de establecer objetivos en el marco de un programa integral de acción de largo plazo, lo que llevó a la creación y puesta en marcha de un programa decádico ambicioso, que se conocería con el nombre *“Objetivos Sanitarios de la década 2000 – 2010”*.

- Establecimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2000 – 2010

⁴ En Fundación CIDOB
http://www.cidob.org/es/documentacion/biografias_lideres_politicos/america_del_sur/chile/michelle_bachelet_jeria (consultado el 3 de julio de 2011)

⁵ Fundación CIDOB (id ibid)

Los Objetivos Sanitarios para la década 2000 - 2010 (OS) dieron cuenta de los resultados que el sistema de salud chileno buscaba alcanzar durante el decenio. En el marco de un proyecto político (cuyas bases demandaban una reforma integral del sistema de salud) el disponer de una definición de OS “claros, medibles y practicables” constituyó un componente esencial de la reorientación de las políticas públicas en salud de Chile estableciendo prioridades centrales de gestión para el sistema de salud.

Su formulación incluyó el estudio de la experiencia internacional y el análisis de la situación de salud preexistente del país, en la visión de los equipos técnicos del Ministerio de Salud. Este análisis culminó en la definición de cuatro grandes objetivos que serían la base de la planificación sanitaria del decenio⁶:

- i. Mejorar los logros sanitarios alcanzados en décadas anteriores.*
- ii. Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y los cambios de la sociedad.*
- iii. Disminuir las inequidades en salud.*
- iv. Proveer servicios acordes a las expectativas legítimas de la población.*

El proceso teórico, técnico y político que acompañó los O.S. distinguió tres fases:

- La fase de Diseño y formulación en la que se estableció la línea base para la definición de los objetivos y metas.
- El Seguimiento y evaluación de los avances a la mitad del período.
- La Evaluación del final del periodo.

En consecuencia, en el año 2005 se llevó a cabo una primer evaluación del estado de avance en el cumplimiento de las metas y objetivos explicitados en los OS. Finalizada la década, se realizó la evaluación final.

Se presentan a continuación los cuadros resumen del cumplimiento (a medio período – 2005- y final – 2010 - para cada uno de los cuatro grandes objetivos propuestos, clasificando el grado de cumplimiento en la metas de la siguiente manera (y que servirán de base para su posterior análisis):

- **Cumplido:** cumplimiento total de la meta o la superación de la misma.
- **Con avance discreto:** metas que no han sido cumplidas, pero que muestran ciertos avances en su consecución.
- **Con avance importante:** metas que no han sido cumplidas, pero que es posible cumplirlos en el futuro mediano.
- **No cumplido:** metas u objetivos que no muestran ninguna modificación.

⁶ Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010, Evaluación Final del Período. En http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/OS/OS2000_2010.htm (vistado el 26 de junio de 2011)

- **No cumplido, con retroceso:** se observa un deterioro en su indicador.
- **No evaluable:** ya sea por falta o insuficiencia de información o que la evidencia actualmente disponible indica que la meta se contrapone con el beneficio que se requiere en determinada materia.

Se analizan en breve síntesis y bajo la forma de cuadros comparativos, el desempeño de las medidas aplicadas en relación con cada uno de las metas objetivo trazadas a priori:

- **Metas Objetivo I: Mejorar los logros sanitarios alcanzados**

OBJETIVOS DE IMPACTO	Meta	registro inicial (2000)	Evaluación final (2010)
1. SALUD INFANTIL			
1.1. MORTALIDAD			
Disminuir en un 25% la mortalidad infantil a nivel nacional: de en 2000 a 7,5 en 2010	Disminuir en un 25%	10,1 por mil NV	8,3 por mil NV (reduccion 17,5%)
1.2 PROMOCIÓN DEL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO			
Reducir el daño dental (índice COPD a los 12 años)	Disminuir índice COPD a los 12 años en 44%: de 3,42 a 1,9	3,4 (1999)	1,9
1.3 ENFERMEDADES CRONICAS			
Reducir las muertes por cáncer en niños	No cuantificada	8 por 100,000 (1998)	6,5 por 100,000
Reducir la incidencia de SIDA pediátrico	No cuantificada.	tasa notificación 2000 = 0,37 por 100,000	tasa notificación 2010 = 0,38 por 100,001

2. SALUD DE LA MUJER			
2.1 MORTALIDAD			
Disminuir la mortalidad materna en un 50%: de 1,9 en 2000 a 1,2 en 2010	1,2 por 10.000 nacidos vivos.	1,9 por 10,000 NV (2000)	1,8 por 10,000 NV
a. Embarazos no deseados			
Reducir embarazo en adolescentes: Reducir en un 30% los embarazos no planificados en adolescentes, bajando la tasa de fecundidad de 65,4 a 46 por mil mujeres de 15 a 19 años.	Tasa de fecundidad de 46 por mil mujeres de 15 a 19 años	65 por 10,000 NV	53,4 por 10,000 NV
Reducir mortalidad materna relacionada con aborto en un 50%. De 0,5 muertes por 10.000 n.v. en 2000 a 0,25% al 2010.	0,25 muertes por 10.000 n.v.	0,50 por 10,000 NV (2000)	0,17 por 10,000 NV
2.2. MORBIMORTALIDAD CANCER DE CUELLO UTERINO			
Disminuir la mortalidad por cáncer cervicouterino	Disminuir mortalidad estandarizada en un 40%	10,78 por 100,000 (1998)	7,24 por 100,000 (disminuye 32,8%)

Fuente: elaboración propia sobre estadísticas del Ministerio de Salud - Chile

3. ENFERMEDADES INFECCIOSAS			
3.1 TUBERCULOSIS			
Alcanzar la fase de eliminación avanzada: al 2008 tasa de morbilidad de 10 por 100.000 habitantes.	Al 2008 tasa de morbilidad de 10 por 100.000 habitantes.	18,4 por 100,000 en 2001	14,7 por 100,000
3.2 EMERGENTES			
b. CHAGAS			
Eliminar Chagas congénito	No cuantificada		4 casos en 2009
Mantener eliminación de transmisión vectorial	0 casos nuevos de Chagas autóctono		no se han detectado casos en las encuestas serológicas a < 5 años
d. COLERA, HANTAVIRUS Y OTRAS EMERGENTES			
Mantener el país libre de cólera	0 casos de cólera autóctono		Alcanzado
e. RABIA			
Mantener erradicación en humanos	0 casos de rabia humana por virus canino		Alcanzado
3.3 INMUNOPREVENIBLES			
a. POLIO			
Mantener erradicación (poliomielitis pos virus salvaje)	0 casos de poliomielitis por virus salvaje		Alcanzado
c. TETANOS Y TNN			
Mantener eliminación y control: mantener incidencia de tétanos	Mantener incidencia de tétanos y 0 casos de tétanos neonatal		Alcanzado
d. SARAMPION			
Erradicar	0 casos		Alcanzado.
3.4 OTRAS INFECCIOSAS			
a. Enfermedad Meningocócica			
Mantener letalidad bajo el 10%	Letalidad <10%		Alcanzado.

Fuente: elaboración propia sobre estadísticas del Ministerio de Salud - Chile

Se fijaron 49 objetivos de mayor impacto, y se los dividió en 3 ejes (tal como se advierte en el cuadro superior):

- Salud infantil (teniendo como prioritario el reducir la mortalidad infantil, además de la mortalidad perinatal, las anomalías congénitas, las infecciones respiratorias agudas y enfermedades crónicas como el SIDA y el cáncer)
- Salud de la mujer (teniendo como objetivo prioritario el reducir la mortalidad materna, los embarazos no deseados, la mortalidad fetal tardía, mejorar la calidad de la atención obstétrica y mejorar la prevención del cáncer de cuello uterino y los efectos del climaterio)

- Enfermedades infecciosas (teniendo como objetivo prioritario el reducir la incidencia de tuberculosis, las enfermedades emergentes, las enfermedades inmuno depresoras y otras infecciosas)

- **Conclusiones del Objetivo “Mejorar los logros sanitarios alcanzados”**

Se observaron importantes avances en salud materna e infantil, aunque en general, bastante inferiores a los valores propuestos al inicio.

Se constató un preocupante estancamiento de los indicadores de tuberculosis y retroceso en el indicador de Chagas; y en los restantes ámbitos que comprende este objetivo no se observaron cambios sustantivos, aún cuando muchas estrategias a mitad del período fueron reforzadas (en virtud de los registros de mitad del período y su tendencia) con el fin de mejorar los indicadores finales para la evaluación de la década.

- **Metas Objetivo II: Enfrentar los desafío derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad**

Se determinaron 22 objetivos asociados a cambios culturales y estilos de vida, a saber:

- Estilos de Vida (teniendo como objetivo prioritario medir el consumo de tabaco, alcohol y drogas, obesidad y sedentarismo, y la conducta sexual segura).
- Condicionantes ambientales: agua potable rural.
- Salud ocupacional (teniendo como objetivo prioritario medir la gravedad de accidentes, enfermedades profesionales, protección de trabajadores.
- Factores psicosociales: asociatividad en salud.

Y otros vinculados a Reducir Muertes y Discapacidad, como indicadores de:

- Enfermedades cardiovasculares, cáncer, salud mental, traumatismos, enfermedades respiratorias, diabetes, VIH/sida, enfermedades osteo articulares, salud oral, cuidados paliativos.

OBJETIVOS DE IMPACTO	Meta	registro inicial (2000)	Evaluación final (2010)
1.DETERMINANTES ASOCIADOS A CAMBIOS CULTURALES Y DE ESTILO DE VIDA			
A. TABAQUISMO			
Reducción del consumo de tabaco en población general	Reducción del 25%	Prevalencia 40% en pobl. General. .	Estancamiento.
B. SOBREPESO Y OBESIDAD			
Reducción de la prevalencia de obesidad en escolares de 1° básico (16 a 12%)	Reducción en 25%, del 16% al 12%	16%	Quiebre de tendencia
C. SEDENTARISMO			
Reducción de la prevalencia de sedentarismo en población > 15 años	Reducir en un 8%: 91% a 84%	91%	leve descenso
D. CONDUCTA SEXUAL			
Reducir el embarazo no planificado en adolescentes.	Bajar fecundidad de 65,4 a 46 por 1000 (15-19 años);	65,4 por 1.000 mujeres	53,4
	bajar a 0 la fecundidad en menores de	1,7 por 1.000 menores de 14 años	2,2
	retrasar la edad de inicio de actividad sexual en < de 15 años	sin línea de base	No evaluable

2. CONDICIONANTES AMBIENTALES			
Mejorar la cobertura de agua potable en áreas rurales	Aumentar de 80 a 100% en zona rural concentrada (aumento del 25%)	80%	Cumplida

3. DETERMINANTES ASOCIADOS A LAS CONDICIONES DE TRABAJO			
Disminuir la morbimortalidad asociada a las condiciones del trabajo	Disminuir gravedad accidentes	sin línea de base	No evaluable
	Disminuir accidentes laborales con resultado de muerte,	8,2 por 100,000 en 2005	7,8 en 2008
	Reducir discapacidad y muerte por enf. Profesionales	sin línea de base	No evaluable
Disminuir la inequidad en la protección de los trabajadores	Aumentar cobertura ley 16.744 a grupos desprotegidos		Cumplida

Fuente: elaboración propia sobre estadísticas del Ministerio de Salud - Chile

2. REDUCIR LAS MUERTES Y LA DISCAPACIDAD			
OBJETIVOS DE IMPACTO	Meta	registro inicial (2000)	Evaluación final (2010)
1. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES			
Disminuir la mortalidad por enfermedades isquémicas	Reducir mortalidad estandarizada en un 30%	63,3	Reducción en 24%
2. CANCERES			
Mantener la tendencia de la mortalidad del grupo	mantener tasa de 1999	125,8	Reducción en 9%
Disminuir la mortalidad por cáncer CU	Disminuir mortalidad estandarizada en un 40%	9,22	Reducción de 33%
3. ENFERMEDADES MENTALES			
Reducción de la tasa de mortalidad por suicidios	Reducir mortalidad estandarizada en un 10%: 9,7 a 8,7	7 por 100,000 (1999)	11,2 (2007) aumento del 60%
4. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO			
Reducir la tasa de mortalidad por IRA baja en el adulto mayor	Reducción de mortalidad estandarizada en un 20%		disminuye 51% en grupo de 50 a 79 años y en 72% en mayores de 80 años
5. TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS			
Quebrar la tendencia al ascenso de la mortalidad por accidentes de tránsito	Mantener la tasa estandarizada de 1999	11,6 por 100,000 (1999)	12,8 (2007) aumento del 16%
6. DIABETES MELLITUS			
Frenar el aumento de la mortalidad	Mantener la tasa estandarizada de 1999	16,8 por 100,000 (1999)	19,1 (2007) reducción del 17%
7. VIH/SIDA			
Quebrar la tendencia ascendente de la mortalidad	Mantener la tasa estandarizada de 1999	3,7 por 100,000 (1999)	2,3 (2007) reducción del 27%
8. ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES			
Reducción de la discapacidad y dolor crónico (en 25%)	Reducir la proporción de enf. Con artritis, artrosis y osteoporosis con discapacidad y dolor crónico en un 25%	No se ha medido	Sin información. Avances en proceso
9. CUIDADOS PALIATIVOS			
Reducción de la prevalencia de dolor en pacientes terminales	Reducción, sin cuantificar		Cumplido
10. SALUD BUCAL			
Cobertura de atención odontológica en el menor de 20 años	Alcanzar 50% en ese grupo		La cobertura de atención en los menores de 20 en el año 1999 era de 22% y en el año 2008 fue de 22,5%.

Fuente: elaboración propia sobre estadísticas del Ministerio de Salud -

• **Conclusiones del objetivo “*Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y los cambios de la sociedad*”**

Se observa un escaso avance en los determinantes asociados a cambios culturales y estilos de vida, por debajo de los umbrales prefijados.

También se observan avances en relación con disminuir las muertes y discapacidad, directamente asociados a la atención de salud, en que se observaron importantes avances.

Cabe señalar que las metas en mortalidad y morbilidad no reflejan en el decenio analizado el impacto positivo que se esperaba del régimen de garantías explícitas en salud (GES), que se creó para solucionar gran parte de los problemas de salud priorizados en los OS.

● **Metas Objetivo III : Disminuir las desigualdades en salud**

Se establecieron a priori, 3 objetivos principales:

- Reducir la brecha de Mortalidad infantil entre niveles educacionales extremos.
- Aumentar la Esperanza de vida en los grupos más desposeídos.
- Disminuir brecha de años de vida potencial perdidos (AVPP) entre comunas.

OBJETIVOS DE IMPACTO	Meta 2010	Grado Cumplimiento 2010
Reducir la brecha de mortalidad infantil , entre hijos de madres de grupos educacionales extremos.	Reducir brecha en 10% de 2,6 veces a 2,34	La mortalidad disminuye en todos los grupos pero aumenta la brecha a 3,0.
Aumentar en 2 años la esperanza de vida temporaria en los grupos más desposeidos	Aumentar en 2 años EV en hombres y mujeres sin educación	Aumenta sólo 0,8 años hombres y 1,6 años mujeres sin educación
AVPP	Reducir en un 30% brecha de AVPP entre comunas	Tendencia a descenso del AVPP pero aumenta la brecha entre comunas un 2%

Fuente: elaboración propia sobre estadísticas del Ministerio de Salud - Chile

• **Conclusiones del objetivo “*Disminuir las desigualdades en salud*”**

Es necesario reconocer que se registró una mejora sustancial (y superior al avance del resto de América latina en igual período) en la situación general de la mortalidad infantil, expectativa de vida y Años de Vida Potencial Perdidos.

No obstante, se observó una clara expansión del gradiente social y un aumento de la brecha entre los grupos sociales extremos y en lo

geográfico, un aumento significativo en la desigualdad entre los residentes de distintas zonas geográficas.

También se constató que, si bien han aumentado las brechas, los grupos más desfavorecidos representan cada vez una menor proporción de la población total del país, como resultado aparentemente reflejo, de la disminución de los índices de desocupación y mejora del nivel de ingresos en esas franjas.

- **Metas Objetivo IV: Proveer servicios acordes con las expectativas de la población.**

Se establecieron a priori, 3 objetivos principales, con las siguientes metas:

- **Financiamiento del Sector Salud:**
 - Reducir la proporción de ingreso de los hogares destinada al gasto de bolsillo o pago directo de salud; Aumentar la progresividad en el pago de la salud
- **Satisfacción de las expectativas legítimas de la población:**
 - Aumentar el grado de satisfacción de la población con su sistema de salud
- **Calidad de la atención:**
 - **Objetivos de desarrollo:** autorización sanitaria, acreditación de establecimientos y medicina basada en evidencia.

OBJETIVOS DE IMPACTO	Meta 2010	Situación inicial	Grado Cumplimiento 2010
1. FINANCIAMIENTO DEL SECTOR EN CHILE			
Reducir la proporción del ingreso disponible de los hogares que se destina al gasto de bolsillo, o pago directo de salud	Reducir, sin cuantificar	Sin información de base	Aumenta el gasto promedio por hogar, con diferencias importantes por quintil de ingreso de los hogares
Aumentar la progresividad en el pago de la salud	Aumentar, sin cuantificar	Sin información de base	Tanto los niveles reales del gasto de bolsillo en salud como la tasa de participación de éste sobre el gasto total, aumenta para todos los quintiles.
2. SATISFACER LAS EXPECTATIVAS LEGITIMAS DE LA POBLACIÓN			
Aumentar el grado de satisfacción con su sistema de salud	Aumentar, sin cuantificar	Según CASEN, disminuye la satisfacción en el sector público (si bien es alta), en el privado se mantiene	Estudio SIS: disminuye la satisfacción

Fuente: elaboración propia sobre estadísticas del Ministerio de Salud - Chile

- **Conclusiones del objetivo “Proveer servicios acordes a las expectativas legítimas de la población”**

Hubo avances en la creación de sistemas de medición, para aspectos emergentes para el sector como el financiamiento, la satisfacción y la calidad de los servicios.

Si bien se observaron avances en la introducción de buenas prácticas en el sector salud, (especialmente relacionadas con la operación de las oficinas de información y reclamos, que no expresa el anterior cuadro), es llamativo como se percibe en forma unánime el encarecimiento del acceso al sistema de salud, expresado como porcentaje de los ingresos. Esto claramente, tiene efectos en el incremento de la desigualdad social y compromete seriamente el futuro de estos programas.

Estas disconformidades con las prestaciones y costos del sistema de salud, han llevado el tema a la portada de los grandes diarios de Chile, como la edición del Diario el Mercurio del 10 de julio de 2011 que porta como título central en su tapa: “*Polémica por elevados cobros de clínicas en urgencias y remedios*” y subtítulo: “*Quejas de usuarios por escasa información de valores.*”⁷

3. Hasta qué punto las medidas asumidas definen una estrategia que cubra todas las áreas del desarrollo y las diversas dimensiones de la acción humana por el desarrollo.

En América Latina (y el caso de Chile no escapa, por el contrario, fue el paradigma de esa realidad) una de las consecuencias más claras del modelo de crecimiento neoliberal (basado en la irrestricta libertad de mercados), fue que si bien mejoró algunos indicadores macro de crecimiento, derivó en una crisis por el agravamiento de la desigualdad, inequidad y exclusión. Esto nos requiere un enfoque que supere la comprensión de la coyuntura actual como una serie de fenómenos inconexos y vea más allá de las apariencias, relacionando los datos.

No podemos (como en buena medida lo hizo el MINSAL en Chile) reducir la discusión a un análisis técnico sobre cómo mejorar algunos indicadores parciales o globales, que “fuercen” la realidad para disimular (o tal vez incluso justificar) las inequidades y las asimetrías en un país donde las mismas inclusive continúan creciendo, manifestando (por desidia o falta de cohesión social) incapacidad de reducir las disparidades entre ricos y pobres, redundante en una presión social que pone en serio riesgo el equilibrio futuro del sistema, y que actúan como principal limitante de un verdadero modelo de desarrollo con inclusión.

⁷ El Mercurio, Chile. 10 de julio de 2011. Disponible en edición digital en <http://www.mer.cl/>

El fracaso o los techos de respuesta de estos modelos como el de los OS en Chile, ponen de manifiesto que la desigualdad e inequidad se han convertido en un hecho tan grave que es imposible de evadir y ocultar. Se trata de una constatación que la propia ciudadanía ha instalado en el debate al denunciar de modo permanente que las políticas neoliberales, implementadas masivamente desde los años ochenta, han aumentando dramáticamente las asimetrías económicas dentro de las naciones. Las cifras de los organismos internacionales ratifican como se ha agravado la inequidad al interior de Chile (y de sus vecinos) a pesar de los planes oficiales que buscaban soluciones en contrario. No obstante, debemos ser optimistas en cuanto a la posibilidad de modificar estos escenarios a través del compromiso y participación comunitaria, ya que como señala la mesa de Articulación de Asociaciones Nacionales y Redes de ONG de Latinoamérica y el Caribe: “la desigualdad no es una fatalidad inmodificable”⁸

El que las medidas adoptadas en Chile no alcanzaran a cubrir la totalidad de los OS propuestos ni lograran satisfacer plenamente los requerimientos sociales en salud, tienen bastante que ver con que las mismas corresponden a políticas sociales focalizadas, modelo habitual en Latinoamérica (fuertemente vinculadas al populismo) y que tienen serias limitaciones en cuanto a lo inclusivo.

- Las limitaciones de las políticas sociales focalizadas

A raíz de la crisis del paradigma neoliberal más ortodoxo de los 90's, grupos crecientes de opinión comenzaron a plantear que el conflicto entre crecimiento y equidad puede ser evitable. Se hizo ostensible que para un modelo de auténtico desarrollo no bastan las medidas de liberalización y de desregulación ya que estas suponen mercados perfectos, en la práctica, inexistentes.

Es así como surgieron propuestas que afirmaban que es posible crecer con equidad, de forma simultánea y no secuencial, siempre que se aplique un enfoque integrado en el que se incorpore tanto el objetivo de la disminución de la inequidad, como el impulso al crecimiento. La condición sine qua non de ese modelo, era implementar políticas sociales que paliaran las deficiencias heredadas del modelo anterior.

Este enfoque ha dado lugar a los llamados **programas focalizados de transferencia de renta**⁹ que apuntan al establecimiento de sistemas de protección social que tienden a garantizar ciertos estándares mínimos, elevando los niveles de alimentación, escolaridad, cobertura previsional y salud, entre otros factores¹⁰. Se busca así mejorar los sistemas de protección social “fortaleciendo los dispositivos públicos existentes, introduciendo

⁸ Alternativas Democráticas Contra La Desigualdad y La Inequidad, En Tiempos De Crisis Global - Documento de la Mesa De Articulación de Asociaciones Nacionales y Redes de ONG de Latinoamérica y el Caribe. En www.flacso.org.ar/politicaspUBLICAS/files/libros/pdf/mesaarticulacion.pdf (Junio 2011)

⁹ FLACSO (id ibid)

¹⁰ Ejemplos de estos programas gubernamentales en América Latina son los planes “Chile Solidario”, “PANES” en Uruguay, “Jefes y Jefas de hogar” en Argentina, y “Hambre Cero” en Brasil, entre otros.

transformaciones sustantivas en la organización e instrumentos de protección y mejorando así sensiblemente la provisión y regulación de servicios sociales”¹¹.

Claramente, los OS chilenos se enmarcan en este modelo y por consiguiente, expresan sus falencias y limitaciones.

Sería inapropiado no reconocer que millones de personas se benefician en nuestros países de programas sociales como los descritos, pero es menester reconocer que se trata de políticas de coyuntura, que buscan paliar la pobreza extrema sin lograr revertir la tendencia al acrecentamiento de las desigualdades.

Además, este tipo de políticas operan la mayor parte de las veces, dentro un modelo asistencialista, que perpetúa la dependencia de los beneficiados al no constituir un verdadero sistema de seguridad social universal. Por lo cual, es de esperar que su sola existencia no logrará disminuir la desigualdad de modo profundo y sostenido. Esto se expresa en la enorme dificultad del programa chileno en avanzar más allá de los actuales indicadores: para ello es imprescindible modificar las estructuras sociales, algo que no está en la matriz de este programa.

<p>4. Hasta qué punto y de qué forma se ha garantizado la participación de todos los afectados potenciales en la definición y realización de la estrategia de desarrollo con sus políticas correspondientes.</p>

“Nadie, ni siquiera el gobierno legítimamente electo, puede decidir por sí mismo en nombre de los intereses de todos”¹².

En el caso de los OS en Chile (que es objeto de este análisis) se advierte la cuasi ausencia (o al menos su implementación insuficiente) de un proceso de vigilancia ciudadana, con lo que se corre el riesgo cierto de que estos programas sirvan de apoyo a los procesos de clientelismo político asociados al control de las voluntades por la peor vía, la de las necesidades más extremas, y la consecuente cooptación de los “punteros” políticos y de los dirigentes de los movimientos sociales.

Además, un análisis exclusivamente centrado en la superación de la pobreza por sus consecuencias en los indicadores de salud (medida exclusivamente en función del nivel de renta o participación en puntos del PBI) puede llevarnos al autoengaño como sociedad, ya que no es lo mismo que todos los pobres estén en similar situación que si la mitad roza el umbral de la pobreza y la otra mitad vive en la pobreza más absoluta, aún cuando el promedio de esta ecuación conforme nuestras expectativas y los muestre ante el mundo como *“el país sudamericano con mayores probabilidades de avanzar a un estatus de primer*

¹¹ Gobierno de Uruguay. Plan de equidad: lineamientos y propuestas, MIDES, 2007 (disponible en http://www.mides.gub.uy/archivo_doc/plan_equidad.pdf). (Junio 2011)

¹² CEDI - El desarrollo no es (sólo) un asunto económico - (nuestra visión de desarrollo). Capítulo 2 p. 30.

mundo” como sostiene Parag Khanna (director del instituto de política pública de la Global Governance Initiative), quien afirma que *“la inversión en infraestructura, educación y salud, y la orientación del comercio hacia China, Corea y Europa están llevando a Chile por el buen camino”*¹³.

La pregunta aquí, desde un abordaje ético de la economía, es clave: cuál es ese “buen camino”? Hay en el mismo legítimos satisfactores de las necesidades efectivas y acuciantes de buena parte de la población?

Para los gobiernos puede ser fácil (e inclusive útil en determinadas coyunturas políticas y/o electorales) “sacar” de la pobreza a los “menos pobres” o desposeídos, ya que con pocas inversiones (muchas veces aplaudidas e inclusive soportadas económicamente por empresas transnacionales que se benefician marginalmente con la persistencia de las inequidades) puede mejorarse su nivel de ingresos y situarlos sobre la línea de la pobreza, sin por ello “elevar las capacidades básicas de la población ni sus libertades”, tal como sostiene A. Sen (2006)¹⁴.

La pobreza no es estrictamente una cuestión de escases de factores de bienestar, sino de capacidades. Es la materialización de la incapacidad para conseguir ese bienestar de forma autónoma y permanente. Por lo tanto, lo que se debería medir en el caso de las OS chilenas no es solamente el nivel relativo de un indicador global (donde su desempeño relativo no ha sido criticable), sino la fuerte limitante para la sustentabilidad de esos logros que deviene del muy bajo nivel de libertad que muchas personas tienen en las clases más desposeídas de Chile para llevar la forma de vida que valoran o que desean llevar. Otro abordaje, distinto del practicado hasta aquí por las autoridades sanitarias de ese país, ya que el ser humano no es mero receptor de prestaciones, sino debe ser considerado y “empoderado” como creador de su propio destino y responsable ético de su entorno local y global.

En definitiva, al implementar unilateralmente y sobre una base social desigual preexistente estas políticas focalizadas, es posible que se disocien (o aún peor contrapongan) con la lucha contra los mecanismos de ampliación de las desigualdades sociales y la exclusión. Como resultante (y ya se observa claramente luego de un decenio de aplicación de este accionar) se advierte una sociedad cuyos indicadores macro señalan un alto porcentaje de la población sobre la línea oficial de pobreza, pero con enormes inequidades, dependencia endémica de los planes gubernamentales y con graves y crecientes amenazas a su cohesión social y sustentabilidad ambiental.

Finalmente, el éxito de este tipo de procesos implica generar desde las más altas esferas políticas, acciones que deriven previamente, en profundas transformaciones sociales. Para esto, se requiere accionar para que los líderes formales e informales de las comunidades y de todos los sectores involucrados (claramente no se siguió esta modalidad en Chile) se apropien de él y lo incorporen en un discurso épico y ético capaz de movilizar a todas las fuerzas

¹³ Khanna, P. “El segundo mundo”, Ed. Paidós, Bs. As. 2008.p 26.

¹⁴ Sen, A y Kliksberg, B. “Primero la Gente”, Ed. Temas, Bs. As., 4ª edición, febrero 2009. p29.

de la sociedad para concretarlo. Sólo así se podrá lograr que los resultados en salud sean equitativos para toda la población.

5. Cuáles han sido los resultados logrados con las medidas aplicadas, tanto desde el punto de vista de las metas propuestas, como desde la visión de desarrollo presentada en el presente Doctorado.

Ya he destacado en puntos anteriores las fallas o éxitos relativos de un modelo de respuesta a las necesidades sociales que atiende fundamentalmente al asistencialismo y que encuentra como límite de funcionamiento el no dar respuesta a la necesidad de alterar las bases de un orden social crecientemente injusto. Sobre un tejido de aplicación con fuertes desigualdades preexistentes, las políticas globales solo tienden a poner aún más en evidencia las inequidades sociales.

Si bien los avances logrados en los indicadores propuestos para la metas (OS) del período 2000 – 2010 evidenciaron importantes avances en varios de ellos, la realidad demuestra que muchos manifestaron un quiebre en su tendencia luego del primer quinquenio e inclusive requirieron de un mayor aporte de recursos para sostenerse. Esto en buena medida se correlaciona con un planteo estrictamente “técnico” de la problemática, y donde en consecuencia la solución integral de la problemática resulta imposible o al menos, se alcanzan niveles de insatisfacción para la sociedad en su conjunto.

Uno de los principales problemas de que adoleció este programa desde su origen, fue la falta de participación e involucramiento ex – ante (durante el proceso de elaboración) y ex – post (en su implementación) de cada uno de los grupos o sectores ciudadanos que eran su objetivo. No hubo en la definición del contenido concreto de los objetivos, ni en su traducción a nivel de estrategia y de políticas, ningún indicador de participación colectiva. Esto ha sido producto de privilegiar la visión tecnocrática, por sobre una visión más ética y comprensiva.

De hecho, en la configuración de los objetivos, se recurrió a la conformación de una Comisión, integrada por distintas instancias del MINSAL (Ministerio de Salud de Chile), y asesorada por la Comisión de Reforma Política donde colaboraron más de 40 profesionales (seleccionados por esta misma) de entre el sector público y privado, académicos, gremios, colegios profesionales y sociedades científicas.

Claramente ese accionar respondió a la necesidad de responder al *cómo* hacer las cosas, pero dejó de lado en buena medida el *para qué*, al no incluir en los foros de discusión a los destinatarios finales del programa.

Un verdadero modelo de desarrollo, que quiera superar definitivamente las barreras de la pobreza y la desigualdad (al menos como en este caso, desde la perspectiva de la salud) requerirá estar enmarcado, desde su concepción, en una visión ética de la problemática. Si se desea lograr una mayor inclusión, se

requerirá necesariamente de la participación de todos los potenciales afectados por las medidas concretas que contenga el programa. En este sentido, y tal como señala el grupo Farrell, es necesario realizar *“un esfuerzo de creatividad institucional para articular las organizaciones y movimientos a los procesos de toma de decisiones, mediante una participación vinculante y no sólo expresiva o manipulada”*¹⁵.

Por ende al aporte del análisis científico, se lo debe analizar (en espacios de diálogo adecuados) a la luz de una visión social pluralista, que permita determinar a priori el grado de factibilidad de las alternativas técnicas con que se cuenta e identificando intereses comunes. Esto conlleva a considerar como eje de acción, el impacto sobre los diversos grupos potencialmente afectados y sobre el ambiente, a partir de lo que los propios interesados manifiesten. Así, se concluirá en una mayor legitimidad de las medidas de acción de las autoridades y un mayor involucramiento ciudadano, convirtiendo a estos en *“agentes del cambio”*, verdaderos sujetos activos de su propia historia.

No atendiendo debidamente a la equidad y a la inclusión se corre el serio riesgo de arribar (y tal vez Chile constituya un caso testigo) a la constitución (García Delgado, D. et al, 2006) *“de un estado asistencial para los excluidos y de seguridad para los incluidos”*¹⁶.

¹⁵ GRUPO FARRELL, Ética, desarrollo y región. Hacia un Regionalismo Integral, Buenos. Aires, CICCUS, 2006. P 515.

¹⁶ García Delgado, D., Mealla, E., Scannone, J.C., Hacia un modelo sustentable e inclusivo, Bs. As. CICCUS, 2006. P 524

Referencias Bibliográficas

Alternativas Democráticas Contra La Desigualdad y La Inequidad, En Tiempos De Crisis Global - Documento de la Mesa De Articulación de Asociaciones Nacionales y Redes de ONG de Latinoamérica y el Caribe.

En www.flacso.org.ar/politicaspUBLICAS/files/libros/pdf/mesaarticulacion.pdf (Junio 2011)

CEDI - El desarrollo no es (sólo) un asunto económico - (nuestra visión de desarrollo). Capítulo 2 p. 30.

Comisión de Determinantes Sociales de la Salud - CDSS (2007). Documento de referencia 2: Subsanan las desigualdades en una generación - ¿Cómo? En: www.who.in/social_determinants

El Mercurio, Chile. 10 de julio de 2011. Disponible en edición digital en <http://www.mer.cl/>

Fundación CIDOB,

http://www.cidob.org/es/documentacion/biografias_lideres_politicos/america_del_sur/chile/michelle_bachelet_jeria (consultado el 3 de julio de 2011)

García Delgado, D., Mealla, E., Scannone, J.C., Hacia un modelo sustentable e inclusivo, Bs. As. CICCUS, 2006. P 524

Gobierno de Uruguay. Plan de equidad: lineamientos y propuestas, MIDES, 2007 (disponible en http://www.mides.gub.uy/archivo_doc/plan_equidad.pdf). (Junio 2011)

Grupo Farrell, Ética, desarrollo y región. Hacia un Regionalismo Integral, Buenos Aires, CICCUS, 2006. P 515.

Khanna, P. "El segundo mundo", Ed. Paidós, Bs. As. 2008. p 26.

Kliksberg, B. "Escándalos éticos", Ed. Temas, Bs. As., marzo 2011.

Marmot, Michael. (UCL, Chair of WHO Commission on Social Determinants of Health) en el "Lanzamiento del reporte mundial de la Comisión de Determinantes Sociales – OMS en Chile". Centro Cultural Palacio la Moneda - Santiago de Chile - septiembre de 2008.

Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010, Evaluación Final del Período. En http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/OS/OS2000_2010.htm (visitado el 26 de junio de 2011)

Sen, A y Kliksberg, B. "Primero la Gente", Ed. Temas, Bs. As., 4ª edición, febrero 2009. p29.