

Objetivos de desarrollo del milenio: perspectivas para los objetivos de salud

Román Restrepo V.¹

El primer planteamiento es el interrogante sobre el valor del acuerdo sobre los llamados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y, en este sentido no agrego nada a lo ya dicho por los profesores Max-Neef, Edmundo Granda y Cardona; simplemente, rescato que aún la debilidad del planteamiento de los ODM, la ambigüedad que él encierra y lo criticable de los indicadores que se manejan para su evaluación los podemos asumir—como decía el profesor Granda— como un punto de partida. Entre otros, creo que nos proporciona herramientas para observar lo que sucede con el impedimento mayor para el logro de los objetivos, que podrían ser unas metas primarias para la búsqueda de objetivos superiores, como es la inequidad. Y creo que este es el escollo mayor.

Cuando las Naciones Unidas publican este año el avance sobre el desarrollo humano, encuentran como resultado que del año 1990 al año 2003 hay 18 países que han retrocedido en el índice de desarrollo humano, mientras que en la década de los ochentas a los noventas, solo seis países lo habían hecho. Es decir, que cada vez tenemos más países en el mundo y más población que retrocede en el indicador del desarrollo humano. Estos 18 países representan más de 460 millones de personas que cada vez viven en condiciones más precarias en el mundo, aunque organismos como el Banco mundial declaren el avance en el cumplimiento de los ODM. Porque

una cosa es mirar los promedios, como recalca el doctor Castillo, y otra es mirar las realidades particulares. En el primer objetivo, que es el de “erradicar la pobreza extrema y el hambre” (figura 1), se puede apreciar el retroceso efectivo a nivel mundial, que parece ser básicamente achacable a lo que muestra Asia oriental y del Pacífico, que tienen un gran retroceso en sus cifras de pobreza. Vale la pena detenerse en el África subsahariana, que muestra un aumento significativo en el nivel de pobreza de su población. De la misma manera, debemos mirar a América latina, que mostró en 1990 un retroceso, un aumento en el número de pobres y cuya cifra para el 2001 apenas nos viene a recuperar lo que teníamos en 1981, es decir, tenemos 20 años en los que solo ahora podríamos decir que recuperamos el indicador de aquella época, o sea, no ha habido ningún avance en este indicador.

En el mismo informe, al mirar la situación de los países en una clasificación regional respecto de su crecimiento económico, se observa que 41 países del mundo que representan 653 millones de personas presentaron crecimiento negativo y, a la vez, los que crecieron, lo hicieron en proporciones tales que dicho crecimiento no es suficiente para lograr el equipamiento necesario que garantice condiciones de vida para el desarrollo humano. La reducción en el número de pobres, de acuerdo con lo proyectado para América latina en el 2002, es

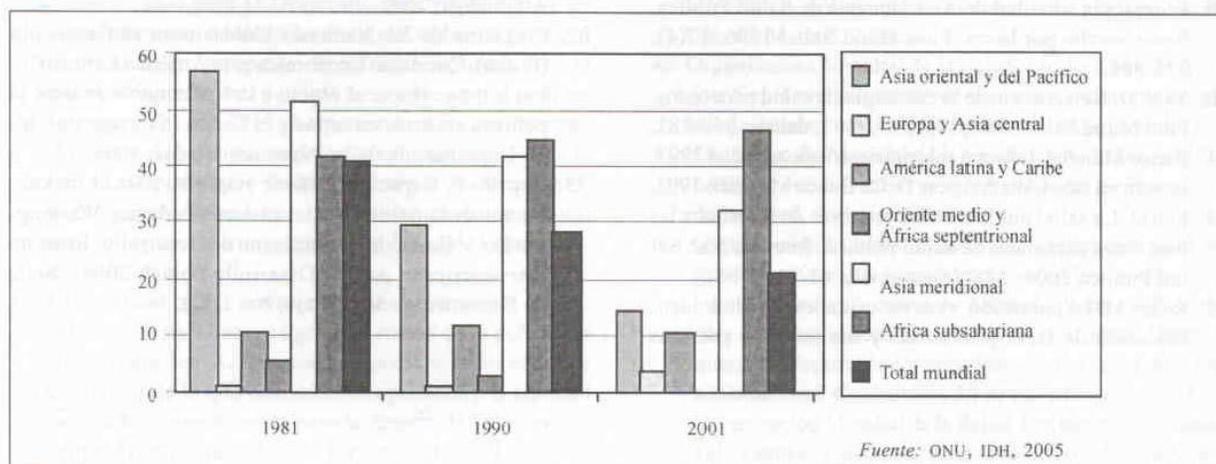


Figura 1. Pobreza de ingresos

¹ Odontólogo, magister en salud pública; profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Cibercorreo: roman@guajiros.udea.edu.co

insuficiente en la mayoría de los casos, pero lo más grave es que algunos de ellos muestran incluso retroceso frente al punto de partida, como se aprecia en la figura 2.

En la misma figura puede verse que para el 2002, solo cinco países de la región habían logrado superar la meta propuesta para ese año y, además, se puede ver que incluso países que presentan cifras concretas de reducción de sus pobres, cuando se compara dicha reducción en el periodo 2000-2002, el ritmo de la misma es menor que en el periodo anterior (1999-2000), lo cual indica la gravedad de la situación general en la región.

Como se puede observar, América latina es un continente con muchas disparidades y las cifras, tanto de pobreza como de indigencia en la comparación de los países, así lo demuestra. Lo más grave es que en el periodo analizado no solo hay estancamiento en el avance de esta meta, sino que muchos países presentan un retroceso, y su cifra, tanto de pobres como de indigentes, es mayor en 2002 que en los años anteriores de la observación. Tal es el caso de Colombia, en donde los indigentes aumentaron en el 2002 con respecto a 1999 y 1997.

En nuestro país, en particular es dramática la situación cuando se la compara con la meta fijada. En la figura 5 se muestra el atraso en la meta y la pendiente (línea con puntos) que tendrían que observar los datos para cumplir con la misma, comparada con la pendiente que debimos haber observado si hubiéramos empezado desde 1990 a caminar por el camino proyectado de las reducciones de la pobreza, lo que muestra el retraso de nuestro país y lo difícil que va a ser alcanzar la meta propuesta.

América latina, como ya se ha recalado, es el continente más inequitativo, pero debemos decir que no solo es el más inequitativo, sino que su inequidad aumenta. En los análisis de la Cepal en el 2004 se muestra que solo dos países, México y Nicaragua, disminuyeron en su indicador de inequidad; en el resto, las desigualdades aumentaron, lo que es mucho más preocupante, como se puede ver en la figura 6.

Como hemos visto, erradicar el hambre es parte del objetivo número 1. Pues bien, las cifras mostraron en el año 2000 que en América latina la proporción de personas subnutridas ascendió al 15% en toda la región; sin embargo, este promedio fue superado por ocho países: Panamá, Honduras, Vene-

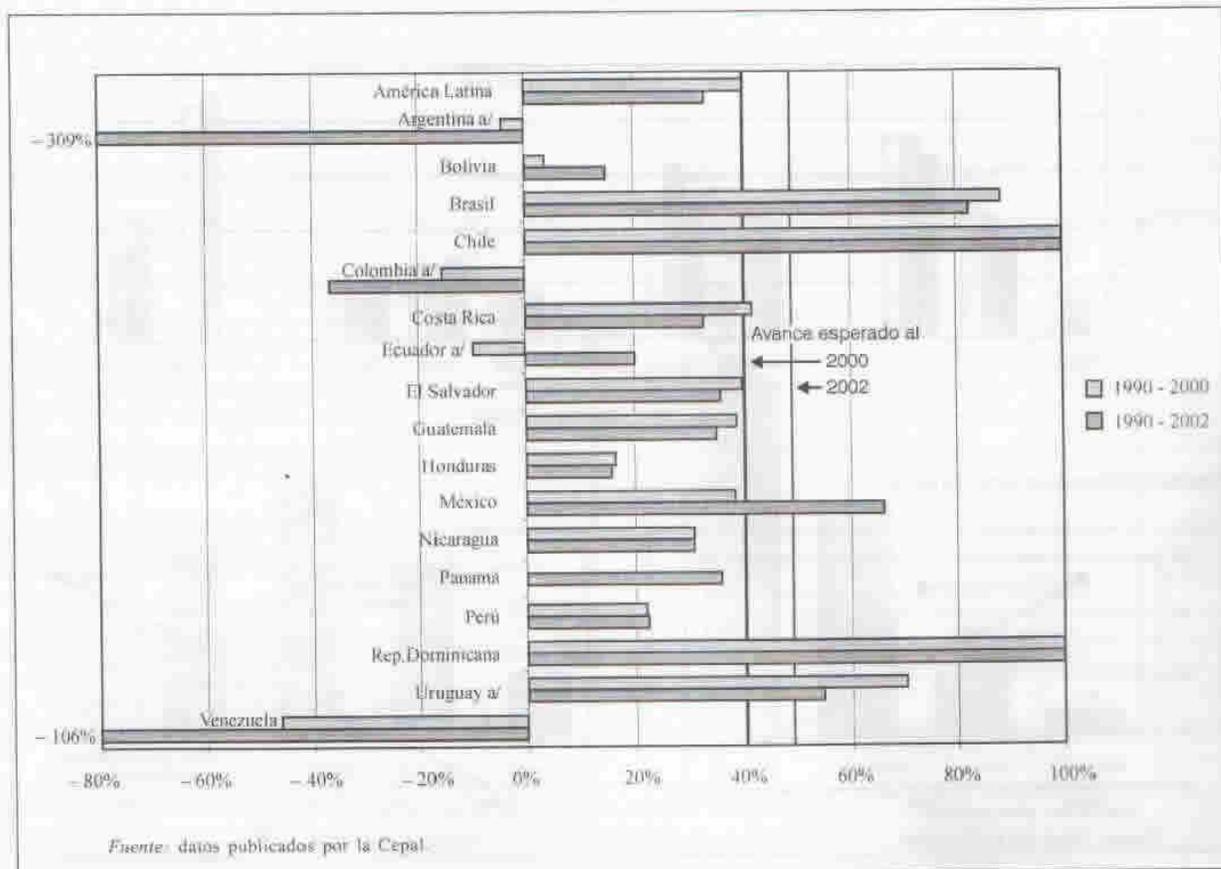


Figura 2. Avances y retrocesos en el número de pobres por países

zuela, Bolivia, Guatemala, República Dominicana, Nicaragua y Haití. Nicaragua, en particular, casi duplicó el promedio de la región, con 29% de su población subnutrida y Haití presentó una cifra muy superior al promedio, del 50%.

El segundo objetivo es el de "lograr la educación primaria universal" y, sin embargo, cuando se mira la deserción esco-

lar según el nivel de ingresos de las familias en los diferentes países latinoamericanos, se encuentra que esta, en el cuadril más pobre, es enormemente mayor que en los cuadriles de mayores ingresos de la población. En la figura 7 se muestra esta situación en la que, en general, la tasa de deserción escolar en el cuadril de menores ingresos es cuatro veces más ele-

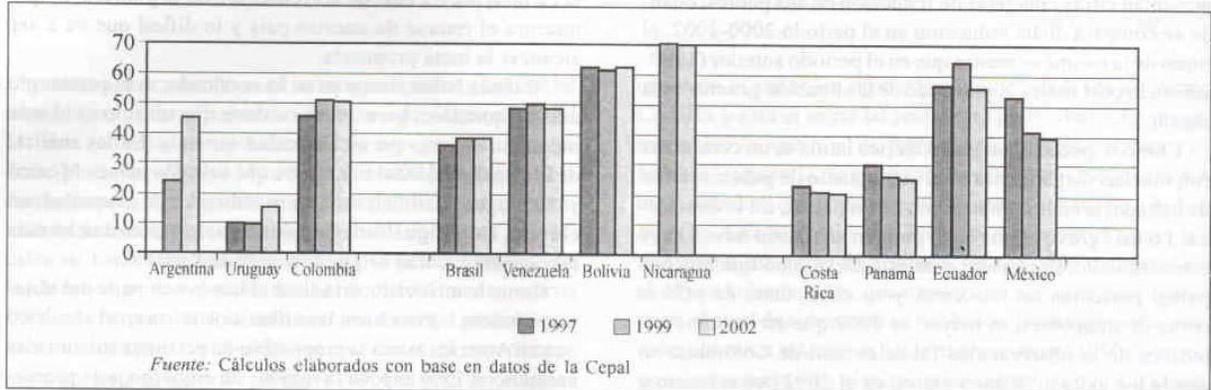


Figura 3. Pobreza en América latina

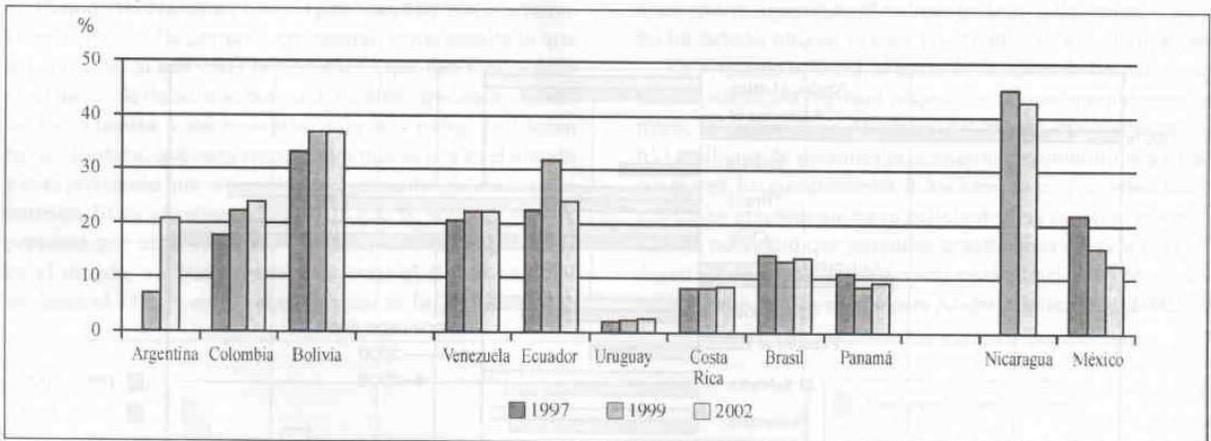


Figura 4. Indigencia en América latina

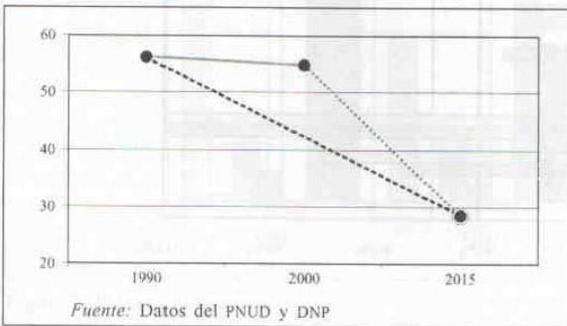


Figura 5. Porcentaje de la población por debajo de la línea de pobreza y proyección al 2015

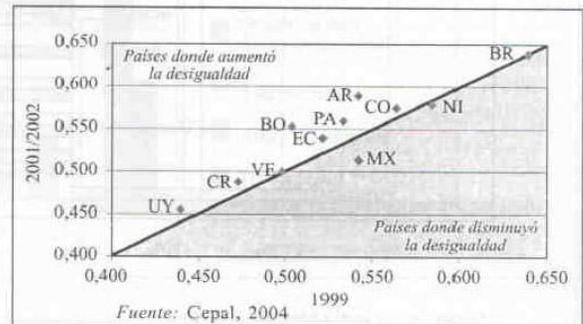


Figura 6. América latina (11 países: coeficientes de Gini, 1999 y 2001/2002)

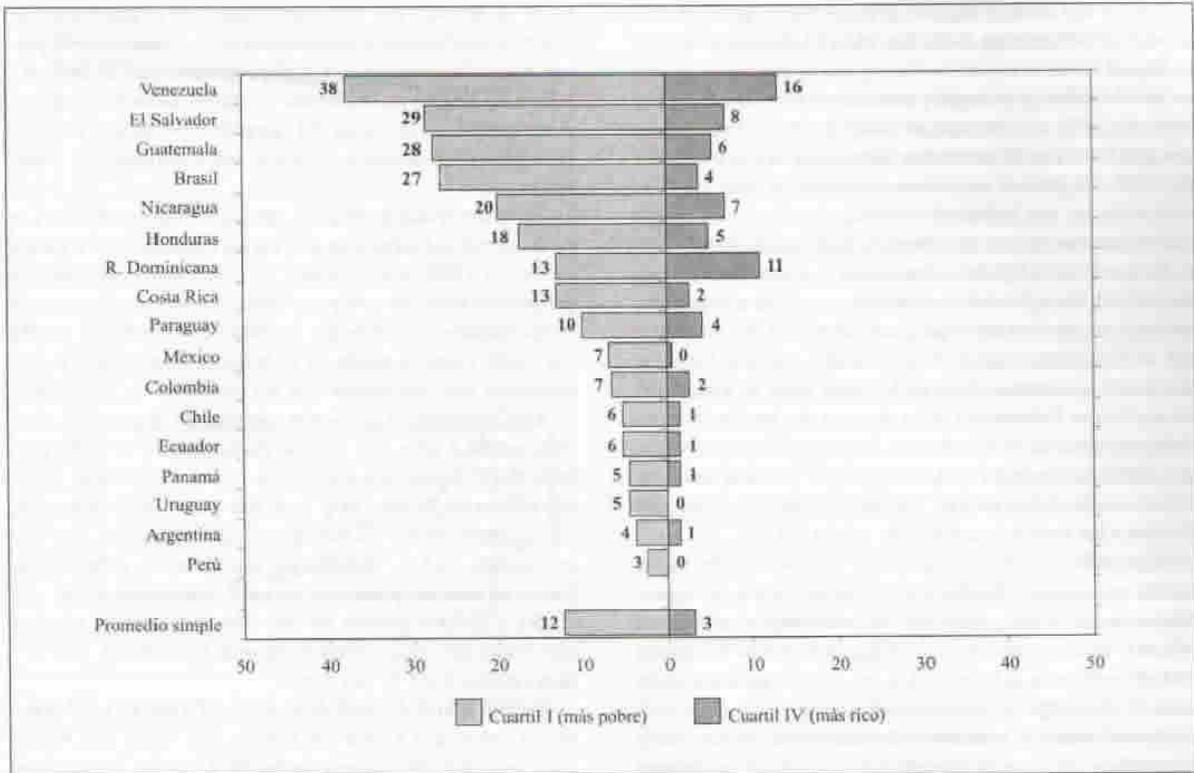


Figura 7. Tasa de deserción temprana (durante la primaria) entre los jóvenes urbanos según estratos de ingreso, 1999

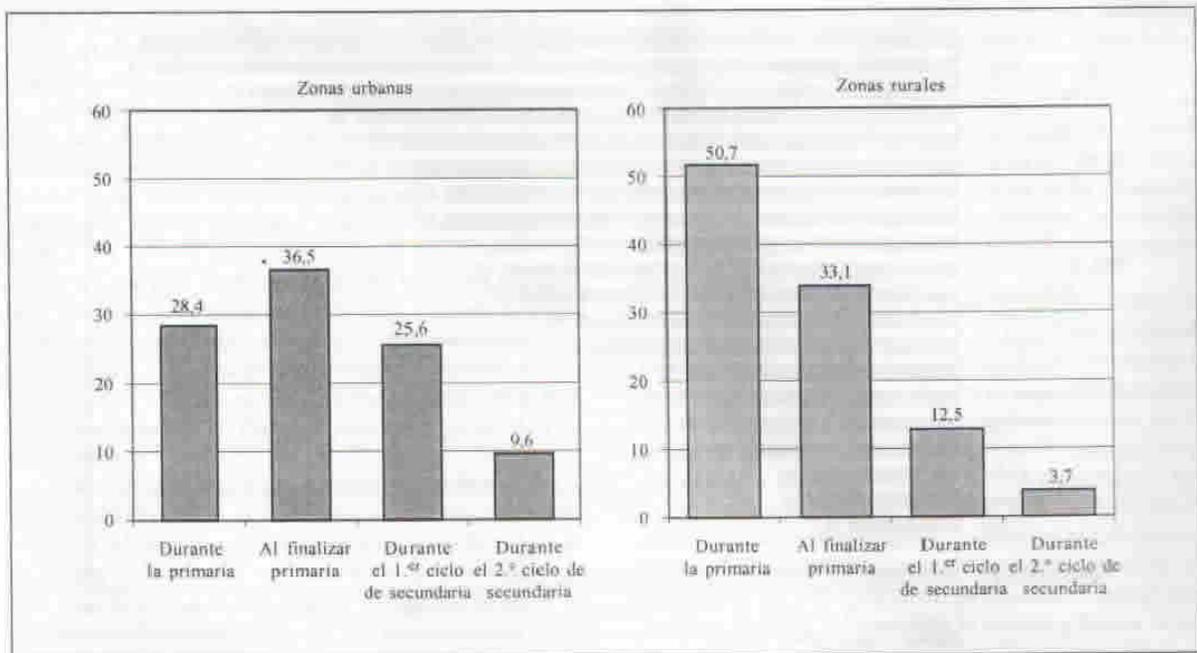


Figura 8. Distribución del total de desertores en distintas etapas del ciclo escolar, 1999 (porcentajes)

vada en la del cuadril superior y puede verse que esta disparidad se presenta en todos los países latinoamericanos.

Figura 7

En Colombia, el promedio nacional de años de educación en el año 2003 solo lo superan cuatro departamentos mientras que los otros 20 presentan cifras menores al promedio nacional. La unidad territorial que presenta más años de educación en sus habitantes es Bogotá, Distrito Capital, ciudad que cuenta con más de siete millones de habitantes, es decir, más del 15% de los habitantes del país. Esta ciudad, con casi 11 años de educación promedio, eleva el promedio nacional que se sitúa en un poco más de nueve. Sin embargo, hay departamentos como Chocó, Nariño, Cesar y Norte de Santander que apenas superan los siete años de educación promedio por habitante. Como decía el doctor Castillo, no podemos mirar las realidades por los promedios estadísticos que muestran verdades matemáticas pero que son una gran mentira en la realidad, pues ocultan los graves hechos que afectan a los más relegados de la población.

Siguiendo lo anterior, cuando se compara la deserción escolar por zonas de habitación, encontramos que la proporción en la zona rural es del doble de la encontrada en las áreas urbanas, como puede verse en la figura 8. A esta inequidad probablemente se deba el atraso en el cumplimiento de la meta de este objetivo en nuestro país.

A nivel mundial, la mortalidad infantil para el 2015 estaría incumplida, objetivo no logrado por cerca de 90 países para ese año, que es el tiempo fijado para el cumplimiento de los

ODM, de acuerdo con las proyecciones que se pueden trazar hoy. Si retrazáramos la meta para el 2035, tendríamos 47 países que no la cumplirían, y si se pospusiera para el 2050, 41 países del mundo no la habrían cumplido. Lo anterior quiere decir que las perspectivas del cumplimiento de esta meta de reducción de la mortalidad infantil son absolutamente negativas.

En la observación de Latinoamérica, el promedio simple de la mortalidad infantil de esta región mostraría que estamos en 39 por 1.000, pero tenemos 10 países que están con una proporción entre 40 y 75 por 1.000. Se destacan los casos de Bolivia, con una proporción de 75 por 1.000 y Haití, con 74 por 1.000. Como se puede ver en la figura 9, solo nueve países presentan una tasa menor a la del promedio de la región.

En Colombia, el promedio nacional de la mortalidad en menores de 5 años está todavía distante de la meta del país para el 2015, que está situada en 17 por 1.000 en el 2001, situándose en 27 por 1.000, pero este promedio es mayor en 12 departamentos. Para este mismo año, Amazonas, Guaviare, Vaupés, Chocó, Vichada y Caquetá tienen cifras sumamente lejanas del promedio nacional, superando los 40 por 1.000, y los tres últimos de esta lista presentan promedios absolutamente desastrosos de mortalidad infantil, con una tasa cercana a los 60 por 1.000.

La mortalidad materna no se reduce. La meta para Colombia es reducirla a 45 por 100.000 nacidos vivos y en Antioquia, para este año, supera ya los 50. El promedio nacional es de cerca de 100 por 100.000 nacidos vivos, pero además,

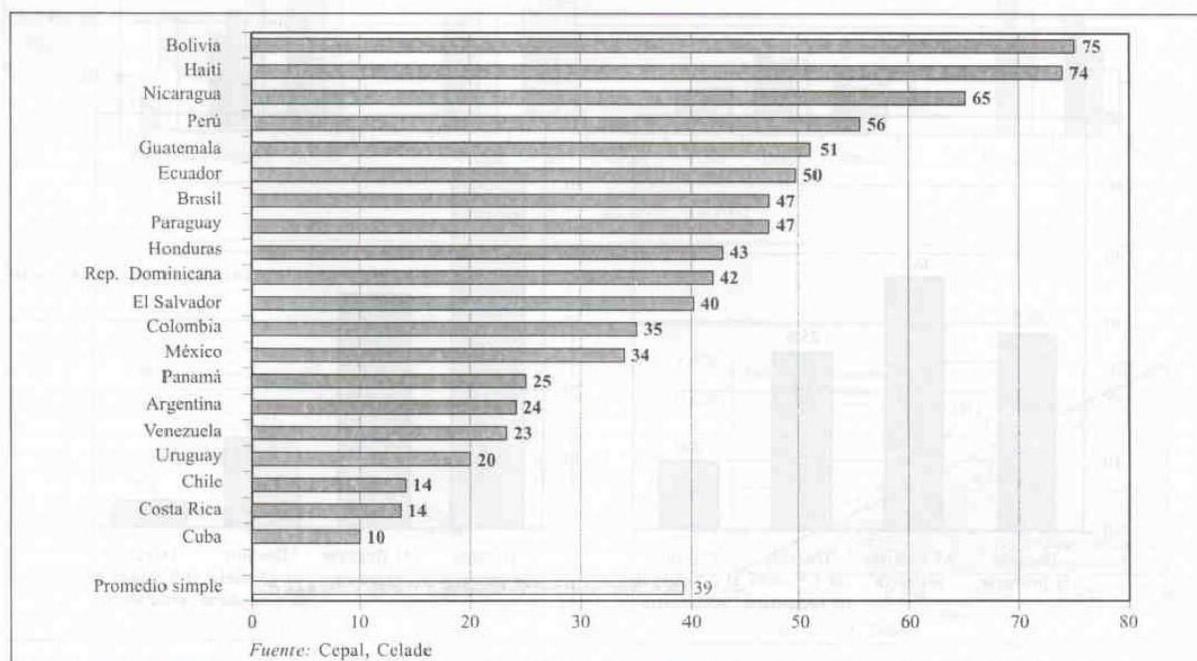


Figura 9. Mortalidad infantil por países y promedio simple de América Latina

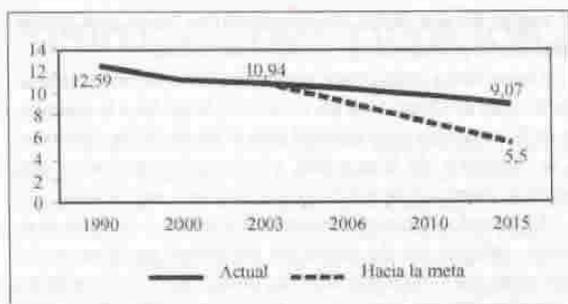


Figura 10. Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino

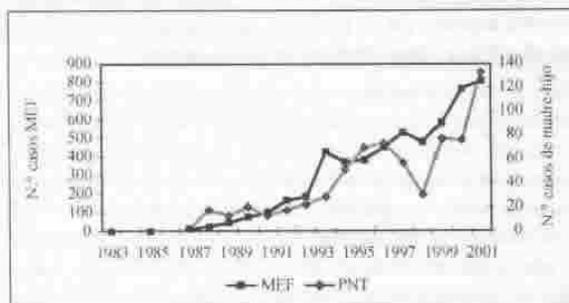


Figura 11. VIH en mujeres en edad fértil (MEF) y por transmisión madre-hijo

debemos observar los casos de Chocó y Guainía, que superan los 450 por 100.000 nacidos vivos. En general, en nuestro país, los departamentos de la llamada “la otra Colombia”, la Colombia invisible, la que no cuanta ni siquiera en las estadísticas, presentan tasas mucho mayores que la del promedio nacional.

Miremos el retraso en el cumplimiento en la meta respecto de la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino y la pendiente que tendríamos que observar para lograrlo para el 2015. Puede verse que tendría que pasar algo extraordinario para pensar que en dicho año podríamos cumplir con esa meta.

En la lucha para combatir el VIH-sida, la malaria y el dengue, América latina muestra un promedio que solo es superado positivamente por seis países, el resto muestran cifras escandalosas y lejanas de ese promedio latinoamericano. Las cifras de VIH en la mujer y por transmisión madre-hijo aumentan cada día. La figura 11 muestra la progresión de estas cifras.

Ante este panorama, para el cumplimiento de los ODM y de sus metas fijadas, el del planteamiento estratégico posible —que es, además, un planteamiento ético: el de la lucha y la conquista de la equidad—, si esto no se garantiza, no creo que haya la posibilidad de cumplir esas metas mínimas y, mucho menos, unas mayores que nos podríamos fijar.

Recuerdo aquí el planteamiento del profesor Max-Neef alrededor del verdadero compromiso para alcanzar en el

mundo dichos objetivos; estoy de acuerdo en que el aspecto crítico en ello es el problema de la gobernabilidad que se necesita para que el compromiso sea real en todos los países del orbe. En este compromiso y ligado al planteamiento estratégico de la búsqueda de la equidad, en el sector salud tenemos unos planteamientos tácticos que pudieran dirigirse al avance hacia la conquista de esta estrategia y hacia la búsqueda del cumplimiento de los ODM.

Esos planteamientos, sin embargo, no son cuestiones típicamente técnicas; al contrario, son planteamientos profundamente políticos. Me refiero a los de protección social, promoción de la salud, salud para todos y atención primaria. Y cuando me refiero a ellos, no lo hago en el sentido en que la era de las reformas los ha redefinido, me refiero justamente a un planteamiento anterior a las reformas.

En este planteamiento anterior, la humanidad puso la protección social como parte de las corresponsabilidades del Estado y los ciudadanos en una visión en la que el colectivo protege a los ciudadanos y les garantiza su bienestar. No en la visión nueva, agenciada por el Banco Mundial, con el llamado *manejo social del riesgo*, que es una inversión completa de los valores de la protección social, en tanto que, al contrario de esta, es la garantía de que a los demás no los toquen los pobres, los desposeídos, los enfermos, los ancianos y la necesidad entonces de aislar a esos grupos de población. Me refiero a la protección social en el primer sentido.

El planteamiento de la atención primaria vale la pena rescatarlo, no como se ha reinterpretado en los últimos años, en el sentido asistencialista de atención de primera línea en los sistemas de salud. Creo que, básicamente, vale la pena luchar por ella porque es una herramienta válida para la construcción de redes sociales y de una sociedad civil en salud, es decir una población empoderada de sus derechos en salud, de su situación en salud, y la conformación de eso que a instancias de la globalización alternativa se ha planteado, como la posibilidad de la generación de redes de sociedad civil que garanticen la conquista y el avance en la conquista de los derechos de ciudadanía.

La promoción de la salud a la que tampoco me refiero es en el sentido en que las reformas y, en particular, el sistema colombiano de seguridad social en salud, se han referido y han redefinido. En dicho contexto y en su acepción más amplia, se reconoce como la estrategia dirigida a provocar en la población el cambio en sus estilos de vida de riesgo por otros denominados allí como “estilos de vida protectores”. Me refiero a ella más bien como el mundo la ha conocido desde 1986, tal como quedó plasmada en la llamada Carta de Ottawa, como aquella estrategia que engloba todos los esfuerzos de la sociedad, los gobiernos, el sector privado, el capital para poner en el centro del desarrollo al hombre y buscar la garantía de las condiciones de vida que le permitan efectivamente el bienestar y el desarrollo.

Sobre Salud Para Todos, creo que es posible entenderla así, no asumiendo que salud sea ausencia de enfermedad, sino en el supuesto de que salud sea bienestar, como se definió por parte de la Organización Mundial de la Salud; y creo que es válido plantearlo nuevamente en el sector, porque este, en la era de las reformas, se olvidó de las metas de impacto, de los compromisos de los sistemas sanitarios con el mejoramiento de los indicadores de salud de la población. Nuestros sistemas ya no tienen metas e impacto como en la era anterior, a lo sumo —como el sistema colombiano—, tienen metas de cobertura, y eso que, como en Colombia, cuando se habla de coberturas ya no importa si estas reflejan la atención efectivamente en salud. Se reportan las coberturas solo en aseguramiento y con el agravante de que existen múltiples evidencias, muchas de ellas reportadas en las investigaciones sobre

el sector, de que dicho aseguramiento no basta para garantizar dicha prestación de servicios de salud.

Como decía antes, estos planteamientos de herramientas sectoriales se sitúan en el nivel táctico, dirigidas a la conquista de la estrategia fundamental para el logro de los objetivos, a la conquista de la equidad, y estos planteamientos son, recalco, mucho más políticos que técnicos sectoriales.

Enlazando todo esto, movilización social y ciudadanía en salud, integración de todos los esfuerzos sociales por el bienestar con el hombre como fin, protección colectiva de los individuos para la garantía de las condiciones de bienestar y propósito expreso de impacto sobre los indicadores, todo ello bajo la premisa de la equidad, son lo que podrá hacer posible aquello que el profesor Saúl Franco planteó de la salud pública como derecho de todos nosotros.

