

Los Objetivos del Milenio en salud: ¿avance o retroceso?

Álvaro Cardona¹

Introducción

El reto de abordar el tema de las perspectivas de los Objetivos del Milenio en salud lo entiendo como el ejercicio de hacer representaciones diferentes del marco social, económico y político en que se desenvolverá nuestra sociedad, de tal modo que como espectadores distantes en el tiempo podamos insinuar hipótesis acerca de su cumplimiento. Aunque no se tiene la intención de discutir el concepto de "representación social" (que constituye el basamento de una tendencia analítica en psicología social inaugurada por Serge Moscovici), en este escrito circula permanentemente la idea de que los hombres hacemos inteligible la realidad física y social, validos de un sistema de valores, nociones y prácticas.¹

En el arte del dibujo, la aplicación de las leyes de la perspectiva (descubiertas por Filippo Brunelleschi en el siglo XV) permite que los objetos sean vistos en relación de profundidad y que se les aprecie de manera diferente, dependiendo del punto desde el cual se les observe. De modo similar, el ver en perspectiva un tema como el que nos convoca debe darnos la oportunidad de relacionarlo con las tendencias diferentes que tomen las variables sociales, económicas, políticas y culturales de la sociedad.

Como en cualquier representación de un objeto de conocimiento, se buscará mostrar relaciones y tendencias de los componentes que pueden definir el cumplimiento de los objetivos de salud del milenio, a fin de tratar de intuir las posibilidades de su cumplimiento. Se procurará encontrar sus vínculos con la estructura y el proceso de globalización contemporánea, en una dimensión que permita hacer asignaciones de responsabilidad política. Será un tanteo exploratorio en la incierta senda que nos conducirá al porvenir, esperanzados en que podremos cumplir los sueños humanistas de progreso, solidaridad y equidad.

En esta ponencia se hará uso de información proveniente de la Organización de las Naciones Unidas, así como de información de síntesis lograda en investigaciones dirigidas por el autor.

Teoría y conceptos de base para el análisis

No puede abordarse el tema de las perspectivas de los objetivos de salud del milenio sin aproximarse previamente a consideraciones teóricas y conceptuales sobre las condiciones

que determinan las posibilidades de alcanzarlos. Algunas elaboraciones teóricas que se reseñan a continuación constituyen un necesario anclaje a la Salud Pública como disciplina científica² y deben ayudarnos a una reflexión bien fundamentada.

Teoría de la producción social de la salud-enfermedad

La teoría de la producción social de la salud-enfermedad incorpora la idea de la existencia de determinantes económicos, sociales, culturales y políticos de la salud y de la enfermedad en la sociedad. Estos determinantes tienen una expresión histórica, esto es, varían de acuerdo con las condiciones específicas alcanzadas por cada sociedad a lo largo de su conformación como tal. El concepto de determinantes sociales de la salud, dice Dennis Raphael, se ha convertido en la manera sintética de describir aproximaciones al tema de la promoción de la salud que van más allá del enfoque biomédico y del enfoque de los factores de riesgo del comportamiento individual.³

Este enfoque, cuyas raíces pueden encontrarse en el siglo XIX, estuvo en el centro de las elaboraciones hechas por la conferencia de Alma Ata de 1978, que definió la estrategia de Salud para todos en el año 2000⁴ y en las notables conferencias posteriores de Ottawa (1986),⁵ Adelaida (1988),⁶ Sundsvall (1991),⁷ Yakarta (1997)⁸ y Bangkok (2005).

En la producción académica reciente, siguiendo el espíritu de la Carta de Ottawa, se acepta que entre los más importantes determinantes de la salud-enfermedad colectiva están los siguientes: la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, los ingresos, el ecosistema estable, la sostenibilidad de los recursos naturales, la justicia social y la equidad.

Teoría de la justicia social

La teoría de la justicia social es afirmativa del concepto de la salud como derecho humano y, en consecuencia, permite identificar los obstáculos existentes en la organización social para hacer efectivo ese derecho. Esta teoría postula que las sociedades deben estructurarse de tal manera que todos los ciudadanos dispongan de los recursos necesarios para la satisfacción de sus necesidades básicas, a fin de que puedan participar creativamente en los procesos de cooperación so-

1 Médico, magíster en salud pública, Ph. D., profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Cibercorreo: alvarocardona@guajiro.udea.edu.co

cial y de que alcancen el cumplimiento de sus propias aspiraciones. Se reclama que para el logro de ese propósito deben acogerse principios éticos y políticos que garanticen que los derechos no estén sujetos al regateo político ni al cálculo de intereses sociales.^{9, 10}

El concepto de estructura de poder

Un concepto importante que merece tenerse en cuenta para analizar las perspectivas de los objetivos del milenio —inscrito en los marcos teóricos que hemos esbozado— es el de la estructura de poder que se viene estableciendo en medio del proceso de globalización del mundo contemporáneo. Cabe poca duda de que este proceso ha venido consolidando el poder de los grandes consorcios internacionales, cuya influencia sobre las realidades nacionales y locales ha introducido cambios profundos en sus relaciones sociales y en las condiciones de existencia de sus poblaciones. Aunque se debate la profundidad en que estas nuevas relaciones de poder han llegado a condicionar la actuación de los Estados-nación, parece fuera de toda discusión que muchas de sus políticas han sufrido la presión sistemática de los grandes consorcios internacionales y de los organismos mundiales a través de los cuales se encauzan sus intereses.¹¹

Es precisamente en el marco de las relaciones de poder actuales en el que cabe hacerse las siguientes preguntas —relativas a los objetivos del milenio—, que concentrarán la atención de este escrito: 1) ¿cuáles son las razones de que se haya propuesto esos objetivos?; 2) ¿cuál es el alcance de los objetivos en salud?; y 3) ¿qué posibilidades hay de que Colombia pueda cumplir con los objetivos?

Resumiendo, asumimos que los marcos teóricos de la producción social de la salud-enfermedad y de la justicia social, así como el concepto de estructura de poder, son referentes útiles para valorar las acciones emprendidas en relación con los objetivos de salud del milenio en Colombia y tratar de prever su logro.

Los objetivos de salud del milenio y algunas observaciones pertinentes

La Declaración del Milenio, aprobada por los jefes de Estado y de gobierno reunidos en la 55.ª Asamblea General de las Naciones Unidas, entre los días 6 y 8 de septiembre de 2000 (en la llamada Cumbre del Milenio), es una resolución en la que se explicitan los valores y principios que en su sentir deben inspirar las relaciones internacionales en el siglo XXI; en ella se formula un conjunto de objetivos para cuyo logro comprometerán los esfuerzos de sus respectivos gobiernos.¹² Esos objetivos claves son la erradicación de la pobreza, la protección del medio ambiente, la eliminación de las guerras y la promoción de los derechos humanos, la democracia y el buen gobierno.

Los objetivos de esta declaración fueron adoptados como marco común para sus políticas y programas por parte de la ONU, el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial (BM) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE),¹³ que los plasmaron en ocho objetivos generales, a su vez desagregados en 18 metas y para las cuales se establecieron 48 indicadores; se los conoce como Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Aun cuando los ocho objetivos que se establecieron están íntimamente vinculados a las condiciones de desarrollo social y económico de los países y pueden ser analizados en el marco teórico de los determinantes sociales de las condiciones de salud-enfermedad, los documentos técnicos de la Organización Mundial de la Salud han concentrado la atención en tres de esos objetivos y en siete metas que guardan relación estrecha con la salud (que comprenden 18 indicadores), poniéndolos de base para la cooperación técnica con los países miembros.¹⁴ Estos tres objetivos son: 1) reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años; 2) mejorar la salud materna; y 3) combatir el VIH/sida, el paludismo, la tuberculosis y otras enfermedades graves.

Vale la pena hacer algunas observaciones sobre estos temas generales puestos a consideración por los objetivos del milenio, antes de hacer algunas referencias a la situación de Colombia frente a los objetivos en salud.

El tema de la pobreza

Si nos preguntamos por qué la Organización de las Naciones Unidas se propuso el logro de unos objetivos de desarrollo del milenio, que concentran su atención en la erradicación de la pobreza, la promoción de los derechos humanos y la protección del medio ambiente, inmediatamente llegan a la mente informaciones muy sugerentes sobre la difícil situación en que viven miles de millones de seres humanos en todo el mundo.

El secretario general de las Naciones Unidas, en el informe presentado como documento preparatorio de la Cumbre del Milenio, señala que “persisten la pobreza extrema y las desigualdades enormes dentro de los países y entre ellos, en medio de una riqueza sin precedentes. Las enfermedades de siempre y las nuevas amenazan al progreso logrado con tanto esfuerzo. Los sistemas naturales necesarios para la vida, de los que depende la supervivencia de la especie, se alteran y deterioran gravemente debido a nuestras propias actividades diarias”.¹⁵

Aunque el señor Annan agrega en el mismo documento que la mundialización ofrece grandes oportunidades para la humanidad, no evita decir que “por el momento sus beneficios se distribuyen de manera muy desigual, aunque todos carguen con su costo”.¹⁵ Seguramente en la base de esta declaración estuvo el dato de que en el año 1999, el 86% del consumo mundial se concentraba en el 20% más rico de la población, mientras que el 20% más pobre solo accedía a 1,3% del total del consumo. Asimismo, se sabía entonces que el PIB de los 48 países más pobres del mundo era igualado

por el patrimonio de las tres personas más ricas del planeta y que las 200 fortunas mayores igualaban a los bienes del 41% de la población del mundo.¹⁶

La apabullante cifra de mil doscientos millones de personas en el mundo que deben sobrevivir con menos de un dólar diario no solo es sobrecogedora para las gentes sensibles a las condiciones de vida de sus congéneres, sino también potencialmente amenazador para quienes ostentan el poder económico y político del mundo actual.

El tema de la gobernabilidad

Descontadas las buenas intenciones humanitarias de los líderes mundiales que suscribieron la Declaración del Milenio, así como la voluntad de ayuda a los pobres de muchas de las organizaciones que hacen parte del sistema de las Naciones Unidas, tal vez sea plausible pensar que la atención que se ha dirigido a disminuir la pobreza mundial apunta a prevenirse contra situaciones sociales explosivas que puedan vulnerar la estructura de poder que se ha conformado en el mundo o que ralenticen la máquina productiva a que están unidos esos poderes.

La gobernabilidad en el mundo actual no vive sus momentos más estelares. La multiplicidad de conflictos en que están involucrados millones de personas habla a las claras de la confrontación de intereses que ha suscitado la estructura de poder que se ha consolidado en las últimas décadas de la globalización. En todos estos conflictos se devela la existencia de grandes inequidades, que estimulan el levantamiento de los pobladores contra las élites de los poderes locales y mundiales. La crisis de gobernabilidad se manifiesta también en la creciente inseguridad y la multiplicación de organizaciones delincuenciales ligadas al tráfico de drogas estupefacientes y de personas.

Aun cuando se logran éxitos en los indicadores propuestos para medir los logros de los objetivos del milenio, nada invita a esperar grandes alcances en términos de equidad, sin que sean modificadas radicalmente las relaciones de poder económico y político que están reglando el flujo y distribución de la riqueza producida. Solamente si se le imprimen nuevas direcciones a la intencionalidad política que actualmente tiene aparejada el flujo de recursos económicos y tecnológicos de la globalización, será posible imaginar un mundo que se parezca a las imágenes evocadas por los conceptos de equidad, solidaridad, paz y equilibrio ecológico.

Pero es precisamente en este punto donde no parece concentrarse la atención de las Naciones Unidas. Si se repara en el objetivo número ocho de su propuesta de objetivos del milenio ("desarrollar una asociación mundial para el desarrollo"¹⁷), podrá notarse que allí se conserva plenamente el que para muchos es el motor generador de la desigualdad que se ha venido produciendo en el mundo. La primera de las metas ligadas a ese objetivo se propone "desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas previsible y no discriminatorias".

La manera como se ha venido impulsando este sistema comercial y financiero en los años recientes es mediante los famosos tratados de libre comercio, que hipotéticamente deben ceñirse a los acuerdos de la Organización Mundial del Comercio. Decimos hipotéticamente, porque en ocasiones los países desarrollados intentan imponer condiciones favorables a sus intereses que incluso violentan los acuerdos de aquella organización. Es el caso, por ejemplo, de las negociaciones de tratados de libre comercio entre Estados Unidos y grupos de países latinoamericanos.

Aunque insistimos en que lograr disminuir el número de pobres no puede equipararse a un progreso significativo en el logro de la equidad, hay que aceptar la existencia de una fuerte controversia acerca de si la apertura comercial que se ha venido haciendo, ligada a la intencionalidad política de las élites dominantes mundiales, ha permitido disminuir el número de pobres en el mundo.

Una teoría económica postula que el libre comercio es una oportunidad para que los países subdesarrollados disminuyan la pobreza de sus comunidades. Ese postulado está en la base de las acciones que con tanta insistencia vienen promoviendo entidades como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. El soporte empírico que se exhibe está constituido principalmente por estadísticas que asocian los saltos que algunos países dieron en pocos años en productividad, competitividad y nivel de ingresos, con su decidida voluntad de conectarse con los circuitos mundiales del capital financiero y del comercio internacional. Sin embargo, de otro lado, hay datos que parecen respaldar la opinión de que con la apertura económica se ha aumentado el número de pobres en el mundo. Así, Joseph Stiglitz mantiene que a pesar de los esfuerzos contra la pobreza, el número de pobres aumentó en el mundo en la última década.¹⁸

Pero en medio de cifras como las que hemos recordado, que hablan de la tragedia humana de miles de millones de seres, parece ser de poca trascendencia pretender esclarecer si ha habido o no pequeños avances. Lo que la realidad de todos los días no parece desmentir es que los mayores beneficios de la apertura comercial terminan por fluir precisamente en beneficio de los países más avanzados. Tal vez sea la consideración de este asunto global el que pueda marcar la diferencia en la búsqueda de soluciones a la pobreza en el mundo.

El tema de los medicamentos esenciales

Otro de los temas generales mencionados por la Declaración del Milenio es el de las enfermedades emergentes y reemergentes. Como consecuencia, en la definición operativa del objetivo número 8, las Naciones Unidas incorporó como meta el acceso a los medicamentos esenciales en los siguientes términos: "En cooperación con las compañías farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales costeados en los países en desarrollo".¹⁷

Sin embargo, es bien sabido que en las negociaciones de libre comercio de los países latinoamericanos con Estados Unidos el tema de los medicamentos ha sido uno de los más conflictivos. Las empresas transnacionales productoras se han empeñado en el establecimiento de mecanismos y condiciones relativos a la propiedad intelectual y las patentes que encarecen el acceso a los medicamentos esenciales. La imposibilidad de las Naciones Unidas para saldar la dificultad implícita en este tema de la comercialización de los medicamentos, con indiscutibles riesgos para la población de los países en desarrollo, queda patentizada en su formulación ambigua de "costeables".

Costeable puede significar cualquier cosa, y una de ellas —la que seguramente terminará por imponerse en la interpretación de los tratados de libre comercio— es que el precio sea decantado por los mecanismos del mercado y se desestime la importancia de decisiones de política pública para proteger la salud de los ciudadanos de cada país. En esas condiciones, sería precisamente la población pobre la que tendría que soportar el mayor impacto del encarecimiento. Por eso no resulta convincente la formulación hecha de la meta.

Comentarios parecidos pueden hacerse de la meta 18, articulada al objetivo número ocho en cuestión: "En cooperación con el sector privado, hacer disponibles los beneficios de las nuevas tecnologías, especialmente las de información y comunicaciones".¹⁷ Hay fuertes sospechas de que la llamada "brecha tecnológica" viene ampliándose. El secretario general de las Naciones Unidas afirma que "en la actualidad continúa existiendo en el mundo una profunda disparidad en cuanto a tecnología digital. Hay más computadoras en los Estados Unidos de América que en todo el resto del mundo. Hay tantos teléfonos en Tokio como en toda África".¹⁸ Los países subdesarrollados afrontan grandes dificultades para mantenerse al ritmo del desarrollo de la tecnología de la información y las comunicaciones, ante los altos costos que les implica la adquisición de *hardware* y *software* actualizados. También aquí tienen gran incidencia los sistemas de licenciamiento que imponen las grandes empresas transnacionales de *software*.

El alcance de los objetivos en salud

Como hemos visto atrás, los objetivos de salud del milenio se han concentrado en la disminución de la mortalidad de los niños menores de cinco años (objetivo número 4), mejoramiento de la salud materna (objetivo número 5) y el combate de enfermedades como el VIH/sida, la malaria, el dengue y la tuberculosis (objetivo número 6). A todas luces es evidente que las Naciones Unidas se han empeñado en destacar el uso de unos cuantos indicadores que permitan medir logros concretos en estos tres objetivos. Esta es una perspectiva operacional que pudiera considerarse válida, si no fuera porque tras ella pueden dejarse de lado consideraciones más integrales de los problemas de salud que afligen al mundo.

Ya hay bastantes signos sugestivos de que los gobiernos y los organismos internacionales del sector salud, en su intento de ajustarse a las demandas de resultados en relación con estos objetivos, están concentrando sus esfuerzos en instrumentar acciones sectoriales específicas, evadiendo la que debiera ser la preocupación fundamental de la sociedad entera; las razones estructurales de la pobreza apabullante y de la inequidad social.

Puede percibirse un contraste notable entre la dinámica que tomó la discusión mundial en salud pública con motivo del establecimiento de la meta Salud para todos en el año 2000, por parte de la conferencia de Alma Ata en 1979, y la que ha surgido de la Declaración del Milenio del año 2000. Mientras que en el primer caso predominó la insistencia en la necesidad de cambiar las estructuras de poder en el marco de un nuevo orden económico y social para alcanzar la meta —cambio de estructuras que no logró conseguirse y, por eso mismo, tampoco la meta—, en la discusión actual poco se habla de las estructuras de poder que se han consolidado con el proceso de globalización.

A pesar de algunas resistencias intelectuales notables,¹⁹ la declinación del debate ya se insinuaba desde la mitad de la pasada década de los noventa en los debates organizados por la Organización Mundial de la Salud.²⁰ En pleno furor del torbellino de reformas inducidas por el Banco Mundial²¹ y por los ideólogos del conjunto de estrategias que constituyen lo que se ha dado en llamar "el Consenso de Washington", las organizaciones internacionales de salud comenzaban a variar el tono de sus mensajes.

La Organización Mundial de la Salud (en el ámbito del continente americano: la Organización Panamericana de la Salud) ha diluido la más dinámica y potenciadora discusión acerca de las estructuras de poder y su abigarrada trabazón con las condiciones de miseria, desesperanza, enfermedad y muerte de cientos de millones de seres humanos, sustituyéndola por el debate conciliador y opaco de las "funciones esenciales de la salud pública", que a su parecer deben ser comunes a cualquier sistema de salud. Obviamente, lo criticable no es que se propongan algunas herramientas instrumentales para seguir el curso de los avances o retrocesos de las condiciones de salud de las comunidades en cada país o región, sino el desplazamiento encubridor del debate desde lo esencial hacia lo accesorio.

Se encubre al concentrar la atención en un conjunto de indicadores que ponen el énfasis en el registro y seguimiento de las acciones y resultados producidos por la función inercial de los gobiernos, en lugar de promocionar la indagación en profundidad de los determinantes estructurales de los éxitos o los fracasos de cada gobierno en la promoción del bienestar de sus ciudadanos. Y que, por contera, obstaculizan cualquier juicio histórico sobre las responsabilidades políticas en la gestión del desarrollo y de la justicia social.

El lugar de los juicios de responsabilidad histórica y política han venido a ocuparlo figuras retóricas tan carentes de significado como la de “contribuir al fortalecimiento del liderazgo de la autoridad sanitaria nacional”.²² Así, sin más, se hacen igualmente meritorias todas las políticas públicas que cualquiera de nuestros Estados emprenda, marginando la consideración de la estructura de intereses que le imprimen la fuerza conductora a esas políticas.

En ese marco analítico pierden gran parte de su fuerza propulsora algunos conceptos importantes rescatados en la discusión de las “funciones esenciales de la Salud Pública”, como es el caso de aquella formulación iluminadora de la salud “como un bien público global, es decir, como un compromiso del conjunto de la sociedad, del conjunto de la sociedad planetaria y no solamente del conjunto de la sociedad nacional”.²³

Valdría la pena tomar en cuenta la reciente apreciación del doctor David A. Tejada de Rivero, subdirector de la Organización Mundial de la Salud al momento de realización de la Conferencia de Alma Ata, sobre la “meta salud para todos” y la estrategia de atención primaria: “Lástima que mucho después, por la impaciencia de lograr algunos resultados tangibles en lugar de trabajar sobre siempre difíciles procesos de cambio, algunas agencias internacionales, de Naciones Unidas y privadas, contribuyeron a las mayores distorsiones del concepto y la práctica alejadas de la original atención primaria en salud”.²⁴

A manera de conclusión de este apartado, digamos que a pesar de la densidad de contenidos que tiene el objetivo número ocho del Milenio —razón por la que debería ser el que concitara el mayor número de análisis reflexivos acerca de las implicaciones— paradójicamente es el que menos se discute en los escritos académicos. A cambio, abundan los documentos promocionales emitidos por las organizaciones internacionales multilaterales, todos ellos prolíficos en la utilización de palabras y expresiones evocadoras de sentimientos profundamente arraigados en la memoria afectiva de los hombres y que funcionan a manera de metáforas encubridoras del lado oscuro de la realidad que vive el mundo.

Acerca del cumplimiento de los objetivos de salud en Colombia

Si aceptamos la teoría de la producción social de la salud-enfermedad, acordaremos que vale la pena visualizar para Colombia al menos los siguientes determinantes vinculados directamente a los tres objetivos de salud del milenio: el porcentaje de población en condiciones de pobreza, el índice de distribución de la riqueza, la tasa de desempleo y el porcentaje de población con acceso a agua potable y servicios sanitarios.*

* No se quiere significar, de ninguna manera, que no consideremos la importancia de otros determinantes de la salud-enfermedad colectiva, tales como las condiciones del ejercicio político, la estructura del poder o la atención de los derechos humanos.

Las tendencias que nos indiquen estos indicadores, puestas en relación con las tendencias de los indicadores de los objetivos específicos de salud (mortalidad infantil, mortalidad materna, VIH/sida y otras enfermedades), pueden ayudarnos a hacer presunciones sobre los logros de las metas proyectadas para el año 2015.

La pobreza en Colombia

Uno de los indicadores más impactantes de la realidad colombiana es el de la proporción de hogares que subsiste bajo la línea nacional de pobreza. La cifra de 64,3 % a la que se llegó en el año 2003 es por sí misma indicativa de la magnitud del problema que se afronta y que no puede ser minimizado por la propaganda oficial, que exalta hasta el cansancio cualquier pequeña variación en las estadísticas de corto plazo.

Por su parte, si se utiliza el indicador de pobreza para comparaciones internacionales, se sabe que en el año 2003 el 5,87% (aproximadamente 2.600.000 personas) vivía con menos de un dólar diario y que 15,45% (aproximadamente 6.800.000 personas) lo hacía con menos de dos dólares.²⁵

La distribución de la riqueza

La tendencia a una mayor concentración de la riqueza en los últimos lustros es una de las características más desconsoladoras de la sociedad colombiana. Colombia es una de los países con mayor concentración de la riqueza en el mundo. El crecimiento económico no ha tendido a favorecer a los pobres.²⁶ Mientras que en el año 1991 el índice de Gini era de 0,55, en el año 2003 había alcanzado la cifra de 0,60. De acuerdo con las Naciones Unidas, en el año 1999 el quintil más pobre de la población solo participaba del 2,7% de los ingresos.¹⁷

El desempleo

Las Naciones Unidas estimaban para el año 2000 que el porcentaje de desempleo entre los jóvenes entre 15 y 24 años era de 36,3%.¹⁷ Según el Dane, para ese mismo año en las siete principales áreas metropolitanas la tasa de desempleo para los jóvenes entre 12 y 17 era del 44,7% y para aquellos comprendidos entre 18 y 24 años, de 34,8%.²⁷

En el año 2002 la tasa global de desempleo para todo el país todavía se mantenía en 18,4%. Entretanto, en las principales áreas metropolitanas la cifra era 17,9%.²⁸ De acuerdo con el Dane, en esas siete áreas metropolitanas, a junio de 2002, había 1.350.352 personas sin empleo. De ese total, el 81,2% tenía algún tipo de experiencia o historia laboral.²⁸

Pero quizás lo más significativo sea que el ritmo de crecimiento del empleo, según los reportes del Dane, se ha desacelerado ostensiblemente en los últimos años, pasando de una tasa anual del 3,5% entre 1991 y 1995 a un crecimiento promedio del 1,6% anual entre 1995 y 2000.²⁷ A partir del año 2003 ha habido una lenta recuperación de ese ritmo, no obstante lo cual se mantienen todavía altas de desempleo y un creciente empleo informal.

Otro dato destacable es que la duración media del tiempo de cesantía de los trabajadores colombianos pasó de 27,5 semanas en 1992 a 58,2 semanas en el año 2002. En este último año, por lo menos el 59,2% de los trabajadores que perdían el empleo pasaban más de 6 meses sin poder reincorporarse al mercado laboral.²⁸

Adicionalmente, no deben desestimarse los siguientes hechos: el nivel de informalidad del empleo se ha expandido hasta llegar en el año 2002 al 61,2% del total de ocupados en las trece áreas metropolitanas; el subempleo había llegado al 33% en ese mismo año y 78% de los ocupados laboraban sin firma de contrato o bajo la contratación temporal, con el agravante de que estos últimos tenían una duración promedio no superior a los nueve meses.²⁸

Acceso a servicios sanitarios

Según las Naciones Unidas, en el año 2002 el 86% del total de los colombianos disponían de servicios sanitarios. En el área urbana el porcentaje llegaba al 96%. Sin embargo, considerando solo el área rural, ese porcentaje era de apenas el 54%, lo que representó muy poco mejoramiento en relación con el año 1990, cuando era de 52%. Así mismo, el número de personas residentes en tugurios de las áreas urbanas había pasado de 6.293.023 en 1990 a 7.057.328 en el año 2001.¹⁷

Aunque en las últimas décadas ha habido una notable mejoría en el acceso de la población a fuentes de agua de buena calidad para el consumo, con frecuencia emergen dificultades en el manejo de acueductos de pequeñas y medianas poblaciones. Dada la importancia que tiene el acceso al agua potable y los servicios sanitarios para disminuir la mortalidad infantil, es obvio que todavía se hace necesario hacer un gran esfuerzo, especialmente en el área rural.

Los indicadores de mortalidad infantil, mortalidad materna, VIH/sida, malaria, dengue y tuberculosis

Las Naciones Unidas, en sus indicadores de base para el seguimiento de los objetivos del milenio, presentan para Colombia las siguientes cifras con respecto a los tres objetivos de salud. Algunas de esas cifras no coinciden con las estadísticas de los organismos oficiales colombianos, razón por la cual hacemos la correspondiente confrontación cuando es pertinente.

- Las Naciones Unidas señalan que la mortalidad infantil era de 30 por 100.000 nacidos vivos en el año 1990, de 20 en el año 2000 y de 18 en el año 2003. Según datos del Ministerio de la Protección Social de Colombia, las cifras correspondientes a los años 2000 y 2003 fueron 29,0 y 27,6 respectivamente.
- La mortalidad materna pasó de una tasa de 100 por 100.000 nacidos vivos en 1990, a 130 en el año 2000, cifra que contrasta algo con la reconocida por el Ministerio de la Protección Social de Colombia y la OPS para este último año, que se estimaba en 104,9 por 100.000 nacidos vivos.²⁹

- La Organización de las Naciones Unidas estima que la tasa de prevalencia de VIH en la población colombiana entre 15 y 49 años pasó de 0,5% en 2001 a 0,7% en 2003.
- Con respecto a la prevalencia de casos de paludismo, las Naciones Unidas reportan 250 casos por 100.000 habitantes en el año 2000. Las cifras del Instituto Nacional de Salud de Colombia indican tasas de prevalencia similares o superiores en la última década, con clara tendencia creciente desde la década de los años sesentas del siglo XX. Con respecto a la mortalidad por esta enfermedad, los datos oficiales del gobierno colombiano registran una importante disminución entre 1980 y 1997, al pasar de una tasa aproximada de 25 por 100.000 habitantes en el primero de esos años a una tasa de menos de 4 en el segundo.
- Con respecto al dengue, que se ha convertido en una enfermedad de creciente prevalencia en Colombia, las Naciones Unidas no reportan información. Sin embargo, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud de Colombia, el número de casos de dengue clásico pasó de 22.775 en el año 2000 a 76.579 en el año 2002. Los casos de dengue hemorrágico se incrementaron en el mismo periodo de 1.819 a 5.245.³⁰
- En relación con la tuberculosis; no obstante la percepción generalizada de su reemergencia como uno de los principales problemas de salud pública, no parece haber cifras confiables dada la sospecha de un gran subregistro. Los datos que aportan las Naciones Unidas son los siguientes: la prevalencia de casos por 100.000 habitantes pasó de 90 en 1990 a 70 en el 2000 y a 80 en el año 2003; entretanto, la mortalidad por 100.000 habitantes en esos mismos años fue de 8,7 y 8 casos respectivamente.

Algunos planteamientos a manera de conclusión

- El logro de los objetivos de salud del milenio y su contribución al mejoramiento de las condiciones de bienestar de la población está estrechamente vinculado a la modificación de las estructuras de poder económico y político que explican la existencia de nuestros altos índices de pobreza e inequidad.

Nada parece indicar que en el país estemos avanzando en esa dirección, lo que hace improbable la obtención de resultados satisfactorios en las condiciones de bienestar de la comunidad, más allá de algunas mejoras parciales que puedan obtenerse en algunos indicadores concretos, en los que se concentren coyunturalmente las inversiones y la movilización de otros recursos institucionales.

Algunos antecedentes de mediano plazo en la economía colombiana, articulados a la estructura de poder que prevalece, ayudan a sustentar esta hipótesis. A pesar de

que en los últimos años ha habido una lenta reactivación económica después de la crisis profunda del periodo 1996-2002, hay un conjunto de factores que se oponen a la expansión sostenida de la demanda, que podría ser la estrategia válida para lograr un mayor dinamismo de la economía y una más sólida recuperación de los niveles de empleo. Entre esos factores restrictivos de la expansión de la demanda deben mencionarse la creciente deuda externa y los compromisos adquiridos por nuestros gobiernos con el Fondo Monetario Internacional acerca de la reducción del déficit fiscal y la política de contracción monetaria tendiente a mantener controlada la inflación.³¹

Bajo esta perspectiva, no puede esperarse que el deterioro del ámbito laboral y social, particularmente en lo que respecta a la acentuada incertidumbre e inseguridad en el empleo y la creciente precariedad de los ingresos laborales, pueda ser fácilmente superado en el corto plazo. En esas circunstancias, parece muy incierta la posibilidad de mejorar las condiciones de vida de nuestra población.

- Aunque es necesario aplicarse de la mejor manera posible a las restringidas políticas públicas que se han dispuesto para aproximarse al logro de los objetivos del milenio, la mejor contribución al mejoramiento de las condiciones de vida de la población—y como consecuencia de ello, el avance en los objetivos de salud del Milenio— es persistir en la lucha permanente por introducir reformas sustanciales que puedan revertir la concentración de la riqueza, el crecimiento de la pobreza y la precariedad del empleo.
- Puede ocurrir que se logren algunos de los objetivos del milenio sin que ello sea expresión de cambios trascendentales en la vía de una más equitativa distribución del ingreso. Un estudio encargado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA) estableció que 16 de 18 países latinoamericanos podrían alcanzar en el año 2015 el objetivo de reducir a la mitad el número de personas en pobreza extrema (ingreso inferior a un dólar diario de 1985), con un modesto crecimiento promedio anual de 3% del producto interno bruto per cápita y una disminución acumulativa de la desigualdad inferior a 4%.³²
- Las políticas que se orientaron al adelgazamiento del Estado fueron nefastas para grandes masas de la población latinoamericana. Así se puede desprender de los estudios de síntesis de lo que ocurrió con la pobreza y la equidad en el subcontinente en la pasada década de los años noventa. Haber dejado de lado la responsabilidad del Estado en la formación e implementación de políticas públicas que atendieran claramente a la inclusión social de la población más pobre incidió de manera determinante en el crecimiento de la pobreza y la inequidad que se regis-

traron en la mayoría de los países del área. De allí que hoy se postule la necesidad de reenfocar los procesos de generación social que deben emprender los Estados, de tal manera que persigan como objetivos fundamentales la disminución de la pobreza, el mejoramiento de la equidad y el fortalecimiento de la democracia.³³

- Los efectos negativos de la globalización que hoy podemos observar no deben considerarse ineluctables. Pueden explicarse en gran medida por las decisiones económicas y políticas adoptadas por las organizaciones multinacionales y por los gobiernos de los países desarrollados, pero también por las decisiones de los gobiernos de los países en desarrollo. Esos efectos negativos pueden revertirse si las decisiones globales siguen una orientación política diferente.
- El gran reto que deben resolver los países latinoamericanos es encontrar el camino correcto para participar en el proceso de globalización, asegurando al mismo tiempo el control de los factores relacionados con el bienestar colectivo y la salud de la comunidad, de tal modo que no sean afectados negativamente.

Referencias

1. Álvaro JL. Psicología social: perspectivas teóricas y metodológicas. Madrid: Siglo XXI; 1995. p. 74.
2. Cardona A, Franco A. La salud pública como disciplina científica: fundamento para los programas de formación académica. Rev Fac Nac Salud Pública 2005;23(2):107-114
3. Raphael D. Social determinants of health: present status, unanswered questions, and future directions. Conference Dahlgren and Whitehead: the social determinants of health in research, policy and service delivery. Cardiff, Wales, UK. 21 de abril, 2005.
4. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. Conferencia internacional en atención primaria de la salud. Ginebra: OMS; 1978. (Serie Salud para Todos).
5. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa (Canadá). Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Ontario: OMS; 1986.
6. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Recomendaciones de Adelaida. Políticas Públicas para la Salud. Adelaida, Australia: OMS; 1988. [Sitio en internet] Disponible en: <http://promocion.salud.gob.mx/adelaide.html>. Consultado: 24 de noviembre de 2002.
7. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Sundsvall. Entornos propicios para la salud. Declaración de la Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Sundsvall, Suecia: OMS; 1991. [Sitio en internet] Disponible en: <http://promocion.salud.gob.mx/sudsvall.html>. Consultado: 24 de octubre de 2002.

8. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Yakarta, Indonesia: 1997. [Sitio en internet] Disponible en: <http://promocion.salud.gob.mx/yakarta.html>. Consultado: 24 de octubre de 2002.
9. Rawls J. Teoría de la justicia. Madrid: Fondo de Cultura Económica; 1978.
10. Sen A. Sobre ética y economía. Madrid: Alianza Editorial; 1989.
11. Negri T, Hardt M. Imperio. Buenos Aires: Paidós; 2002.
12. Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General. Declaración del Milenio. [Sitio en internet] Disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/ares552.html>. Consultado: 24 de octubre de 2002.
13. Engel W. Políticas integrales de reducción de la pobreza: el desafío de la efectividad. [Sitio en internet] Disponible en: <http://www.zamorano.edu/carreras/indes/Wanda%20Engel.pdf>. Consultado: 24 de octubre de 2002.
14. Organización Panamericana de la Salud. Los objetivos de desarrollo del milenio en las Américas. Bol Epidemiol OPS 2004; 25(2).
15. Annan KA. Nosotros los pueblos. Función de las Naciones Unidas en el siglo XXI. [Sitio en internet] Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/sg/report/cover.htm>. Consultado: 12 de agosto de 2005.
16. Taibo C. Cien preguntas sobre el nuevo desorden mundial. Una mirada lúcida sobre la globalización y sus consecuencias. Madrid: Punto de Lectura; 2002.
17. United Nations. Statistics Division. Millennium indicators. [Sitio en internet] Disponible en: http://unstats.un.org/unsd/mi/mi_goals.asp. Consultado: 18 de agosto de 2005.
18. Stiglitz JE. El malestar en la globalización. Madrid: Santillana; 2002.
19. Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública. Resta mucho por hacer. Foro Mund Salud 1996; 17(4): 378-381.
20. Yach D. Renovación de la estrategia de salud para todos. Foro Mund Salud 1996; 17(4):345-351; debate: 352-381.
21. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud. Washington, D. C.: Banco Mundial; 1993.
22. Feo O. La salud pública en los procesos de reforma y las funciones esenciales de salud pública. Rev Fac Nac Salud Pública 2004; 22 (N.º especial): 61-71, p. 66.
23. Rosés M. La población y sus necesidades de salud: identificación de áreas prioritarias y sus políticas públicas correspondientes. Rev Fac Nac Salud Pública 2004; 22 (N.º especial): 9-20, p. 18.
24. Tejada DA. Alma-Ata: 25 años después. Rev Perspectivas Salud 2003; 8(1):3-7, p. 7.
25. Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Agencia Colombiana de Cooperación Internacional. Las regiones colombianas frente a los objetivos del milenio. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 2002. p. 25.
26. Sarmiento A, González JI, Alonso CE, Angulo R, Espinosa F. Crecimiento pro-poor en Colombia: 1996-2004. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 2005. (Documentos Archivos de Economía, N.º 283).
27. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta continua de hogares. Varias etapas. Bogotá: Dane; 2003.
28. Cardona A, Nieto E, Restrepo R, Sierra O, Castaño ER, Guarín GJ. Caracterización de los trabajadores cesantes en Colombia en el periodo 1999-2002 como fundamento para el diseño de una estrategia organizativa y financiera de la sostenibilidad de su aseguramiento en salud. Rev Fac Nac Salud Pública 2004; 22(2):21-34.
29. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de salud en Colombia. Bol Epidemiol Semanal 2003; 38.
30. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Bol Epidemiol Semanal 2002; 52.
31. Garay LJ. Colombia entre la exclusión y el desarrollo: propuestas para la transición al estado social de derecho empleo. Bogotá: Contraloría General de la República, Alfaomega; 2002.
32. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Comisión Económica para América Latina (CEPAL), IPEA. Hacia el objetivo del milenio de reducir la pobreza en América latina y el Caribe. Santiago de Chile: Organización de las Naciones Unidas; 2003.
33. Repetto F. Capacidad estatal: requisito para el mejoramiento de la política social en América latina. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social; 2004. (Serie de Documentos de Trabajo, No. 1-52).