

¿Son alcanzables los Objetivos de Desarrollo del Milenio?

Can we achieve the Millenium Objectives?

Sandra Rodríguez Acosta¹, William Baca Mejía²

Resumen

Al igual que otros 188 países, Colombia se comprometió con los denominados Objetivos de Desarrollo del Milenio. El logro del compromiso nacional dependerá del desempeño que los departamentos tengan en los indicadores básicos. Aunque se han firmado acuerdos entre el orden central y los gobiernos locales, no se observa un camino claro para alcanzar estos objetivos. Este trabajo se enfoca en el caso del departamento del Atlántico. El análisis de la información disponible muestra que existe un alto riesgo de no lograr por lo menos cinco de los ocho objetivos planteados. Además, no se cuenta con un sistema de información clara para la construcción a futuro de los indicadores necesarios. Finalmente, no existe una política global clara para redireccionar el camino.

Palabras claves: Objetivos del Milenio, economía de la salud, política pública, Colombia.

Abstract

Colombia, along with 188 countries, committed itself to achieve the so-called Millennium Development Goals. This depends on the performance of the Colombian "departamentos" (provinces) with respect to the basic indicators. Though the central government and local administrations have agreed to pursue these objectives, it is not clear that they will be successful. This paper focuses on the case of the Departamento of Atlántico. The analysis of the basic indicators for this section of the country shows that it is likely that five of the eight objectives pursued will not be reached. There is no information system with which to develop indicators to gauge the effectiveness of government action. Finally, it was found that there is no clear overall policy for the attainment of the declared goals.

Key words: Objectives of the Millennium, health economy, public policy, Colombia.

Fecha de recepción: 18 de julio de 2007
Fecha de aceptación: 31 de agosto de 2007

¹ Magíster en Economía, profesora e investigadora del Instituto de Estudios Económicos del Caribe, Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). rsandra@uninorte.edu.co.

² Auxiliar de investigación: Estudiante de último nivel del programa de Economía de la Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). wbaca@uninorte.edu.co

1. INTRODUCCIÓN

Según el informe de macroeconomía y salud liderado por el profesor Jeffrey Sachs para la Organización Mundial de la Salud –OMS– y presentado en el 2002, los principales vínculos encontrados entre la salud y desarrollo de los países tienen que ver con:

- La salud es un derecho, así como un elemento fundamental para el desarrollo económico y la reducción de la pobreza. Para los países pobres, el aumento de las inversiones en salud comportaría un crecimiento de los ingresos cifrado en cientos de miles de millones de dólares al año.
- Pocas enfermedades son responsables de gran parte del déficit de salud (muchas de las cuales pueden prevenirse con la vacunación): VIH/SIDA, paludismo, tuberculosis, infecciones infantiles, afecciones maternas y perinatales, enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco y carencias de micronutrientes. La disponibilidad de un programa bien orientado para el final del decenio permitiría evitar anualmente alrededor de ocho millones de defunciones debidas a estos trastornos.
- Es indispensable que las inversiones destinadas a la lucha contra la morbilidad se acompañen de inversiones en salud reproductiva, como la planificación familiar y el acceso a los anticonceptivos. El control de las enfermedades, unido a una mejor salud reproductiva, probablemente reduzca la fecundidad y propicie mayores inversiones en la salud y la educación de cada hijo, así como un menor crecimiento de la población.
- La ampliación de la cobertura sanitaria de los pobres requeriría mayores inversiones

económicas en intervenciones específicas del sector de la salud, así como un sistema de dispensación de servicios de salud convenientemente estructurado, que pueda llegar hasta los pobres.

- Para luchar eficazmente contra las enfermedades de los pobres se necesitarán, asimismo, importantes inversiones en bienes públicos mundiales, como la recopilación y el análisis de más datos epidemiológicos, la vigilancia de las enfermedades infecciosas, y las actividades de investigación y desarrollo orientadas a dolencias que se concentran en los países pobres.
- En los países de bajos ingresos, el nivel de gasto en salud es insuficiente para hacer frente a los desafíos que se plantean en este campo. Se estima que las necesidades mínimas se sitúan entre 30 y 40 dólares por persona y año para cubrir las intervenciones esenciales.

Estos, entre otros, aspectos fueron las evidencias compiladas por el equipo de Macroeconomía y Salud de la OMS para demostrar que la situación de las economías en vías de desarrollo se encuentra altamente relacionada con el estado y las condiciones de salud de la población. Como allí mismo se señala, la importancia de la salud en sí es innegable, o en palabras del premio Nobel Amartya Sen, la salud (como la educación) se encuentra entre las capacidades básicas que confieren valor a la vida humana⁽¹⁾ (Sachs, p. 28). La ausencia de un buen estado de salud inhabilita a los individuos y las familias para lograr el desarrollo personal y la seguridad económica en el futuro.

La salud suele considerarse la base de la productividad laboral y de la capacidad tanto para aprender en la escuela como

para desarrollarse en el terreno intelectual, físico y emocional. En términos económicos, la salud y la educación son las dos piedras angulares del capital humano, el cual es, según demostraron los premios Nobel Theodore Shultz y Gary Becker, la base de la productividad económica del individuo. Como ocurre con el bienestar económico de cada familia, la buena salud de la población es un factor esencial para la reducción de la pobreza, el crecimiento económico y el desarrollo económico a largo plazo.

Considerados en conjunto, los costos económicos de las enfermedades evitables son asombrosamente altos. La enfermedad reduce los ingresos anuales de la sociedad, los ingresos de los individuos a lo largo de la vida y las perspectivas de crecimiento económico. Las pérdidas representan decenas de puntos porcentuales del PNB de los países más pobres cada año, que se traducen en cientos de miles de millones de dólares. La Comisión de Macroeconomía y Salud constató que en los países en desarrollo las enfermedades transmisibles, la mortalidad materna y la nutrición deficiente aquejan mucho más a los pobres que a los ricos, aunque todas las categorías de ingresos se ven afectadas⁽¹⁾ (p. 24). A lo cual se suma el hecho de que la presencia de una enfermedad puede llevar a una familia pobre a la penuria, en los casos en los que éstas se ven obligadas a vender sus bienes productivos para cubrir los gastos de la atención de la salud. Por lo cual, la comisión considera también que un ataque concertado contra estas enfermedades constituye, en sí mismo, una iniciativa de reducción de la pobreza cuyos beneficios recaerán preferentemente en los pobres.

Entre las razones que se señalan del porqué del aumento en la carga de morbilidad de la población pobre se desataca:

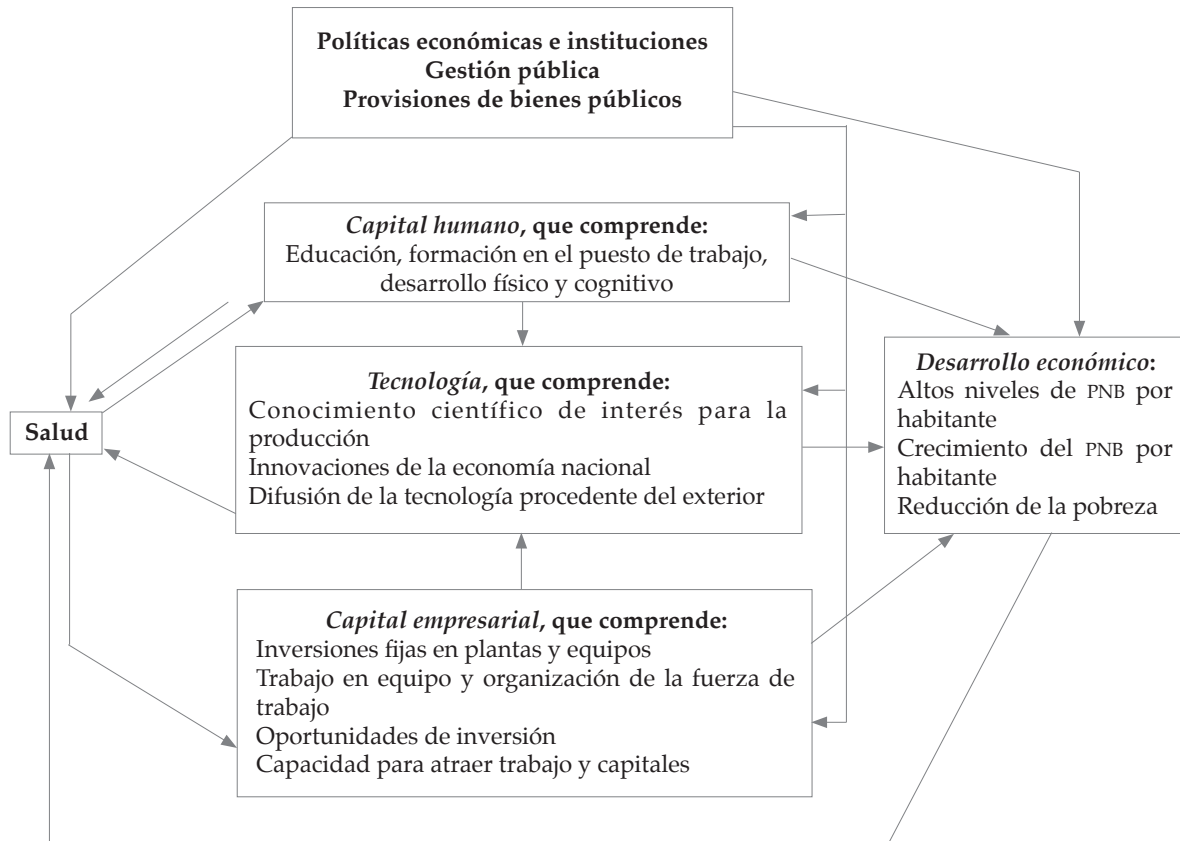
- La población pobre suele ser más vulnerable a las enfermedades al carecer de acceso al agua potable y al saneamiento básico; condiciones de vivienda segura; atención médica y de información sobre comportamientos saludables.
- La posibilidad de acceso a los servicios de salud de la población pobre suele estar restringida por las largas distancias existentes entre los lugares de residencia y los puestos de atención médica; y por carecer de los recursos financieros para cubrir los gastos de salud.
- Como ya se señaló, los pagos monetarios para financiar la atención de enfermedades graves pueden llevar a las familias a la quiebra financiera (por la venta de sus activos) o a aumentar el endeudamiento.

Lo que han mostrado los datos macroeconómicos es que los países con peores condiciones de salud y educación tienen muchas más dificultades para lograr un crecimiento sostenido que los países con mejores condiciones en esos aspectos. Dada la importante repercusión de las enfermedades en el desarrollo económico, invertir en salud es un componente importante de las estrategias generales de desarrollo. Esto es especialmente cierto en los países pobres, en los que la carga de morbilidad es muy elevada. Pero las inversiones en salud alcanzan su máxima eficacia cuando forman parte de una sólida estrategia general de desarrollo.

El crecimiento económico requiere no sólo individuos sanos, sino también educación y otras inversiones complementarias, una adecuada división del trabajo entre los sectores público y privado, un buen funcionamiento de los mercados, una gestión pública adecuada y acuerdos institucionales que impulsen los avances tecnológicos. No se quiere

decir con esto que las inversiones en salud pueden resolver los problemas del desarrollo, sino que deben ser parte fundamental de una estrategia general de desarrollo y reducción de la pobreza(1) (Sachs, p. 29) (ver esquema 1).

que los principales indicadores de salud en el departamento con el fin de tener una aproximación sobre el impacto económico de las problemáticas que enfrenten.



Fuente: Sachs, 2002, p. 29.

Esquema 1: Salud como factor de desarrollo económico

Partiendo de las consideraciones señaladas por el informe de la OMS, y ubicándonos en el contexto nacional y regional, es de esperar que las características y condiciones de salud de la población del departamento de Atlántico tengan efectos sobre el desarrollo y crecimiento no sólo del mismo departamento sino del país. Resulta entonces de gran importancia conocer los avances y evolución

En este trabajo se toma al departamento como una unidad intermedia ente la nación y los municipios, el cual tiene funciones relacionadas con el desarrollo social y económico a nivel seccional. Es a nivel del departamento que se debe garantizar la prestación de los servicios de segundo y tercer nivel de atención, realizar acciones de fomento y prevención, ejecutar campañas y

garantizar la operación de la red de servicios. Por otra parte, al departamento le corresponde asesorar y apoyar técnica, administrativa y financieramente a los municipios en la ejecución del gasto social y evaluar, controlar y hacer seguimiento de la acción municipal, así como participar en la administración de la afiliación a la seguridad social. Con base en estas consideraciones, este análisis podría dar luces sobre los factores que más atentan o ponen en riesgo la salud general de la población del departamento y que en última instancia podrían estar correlacionados con las posibilidades de crecimiento del departamento; este diagnóstico podrían ser utilizado para elaborar planes que apoyen técnica y administrativamente las políticas que al respecto se toman a nivel del departamento y los municipios.

Este trabajo se encuentra dividido en cuatro secciones, incluida esta introducción; en la segunda parte se abordan los objetivos de política pública que en cuanto a la salud se tiene tanto a nivel nacional como en el departamento del Atlántico; en la tercera se caracteriza cómo está el departamento en cuanto a su posibilidad de alcanzar o no los Objetivos de Desarrollo del Milenio y en la última se presentan unos comentarios y conclusiones finales a cerca de las limitaciones con que cuenta actualmente el departamento del Atlántico para realizar este tipo de estudios.

2. INTERESES DE POLÍTICA PÚBLICA

2.1 Aspectos de política nacional

Bajo la coordinación de Naciones Unidas, el Banco Mundial, el FMI y la OCDE, Colombia se unió a 188 países más para adelantar acciones en torno a un compromiso de desarrollo

universal. En la denominada Cumbre del Milenio realizada en el 2000, cada país se comprometió a definir metas u objetivos nacionales alcanzables al año 2015.

Tal como se señala en el documento del Consejo Nacional de Política Económica y social –CONPES– de marzo de 2005(2), el desarrollo colombiano en los últimos quince años puede ser descrito siguiendo los tres componentes del Índice de Desarrollo Humano: producto interno, esperanza de vida y educación. De lo que se reconoce un continuo pero lento crecimiento del primero; un aumento de aproximadamente cinco años durante la década de los noventa para el segundo, e importantes avances en cuanto al tercero gracias al esfuerzo de los últimos 14 años. Pero aun cuando el panorama general ha sido positivo, se debe reconocer la existencia de diferencias importantes entre grupos poblacionales, lo que hace del tema de la equidad un reto prioritario para el desarrollo humano.

Los ocho objetivos acordados en la Cumbre del Milenio se especifican en 18 metas y 48 indicadores comunes a todos los países, lo que facilitaría el seguimiento y evaluación permanente para la comparación a nivel internacional y la identificación de los progresos.

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre
2. Lograr la enseñanza primaria universal
3. Promover la autonomía de las mujeres y la equidad de género
4. Reducir la mortalidad infantil
5. Mejorar la salud sexual y reproductiva
6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y el dengue
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

8. Fomentar una sociedad mundial para el desarrollo

Para el caso de Colombia, esta política se constituye en el derrotero más importante que se debe seguir para un desarrollo social

de largo plazo. Las metas particulares que el país espera alcanzar en el año 2015 y las estrategias que es necesario implementar o fortalecer para su consecución se muestran en el siguiente cuadro.

Cuadro 1
Colombia Indicadores de desarrollo humano y Objetivos de Desarrollo del Milenio

Objetivo	Meta	Indicador
1. Pobreza y hambre	- Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan pobreza extrema - Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre	- Población con ingresos inferiores a un dólar por día. % de la población/hogares por debajo de la línea de pobreza. - Coficiente de la brecha de pobreza (la incidencia de la pobreza multiplicada por la gravedad de la pobreza) - Proporción del consumo o ingreso nacional que corresponde a la quinta parte más pobre de la población. - Número de niños menores de cinco años de peso inferior al normal. % de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria.
2. Lograr la enseñanza primaria universal	- Tasa de analfabetismo de 1% para personas entre 15 y 24 años. - Aumento de 2 en el número de años promedio de educación para la población entre 15 y 24 años - Una tasa de cobertura bruta del 100% para educación básica (desde 0 hasta 9° grado; incluye preescolar, básica primaria y básica secundaria) - Una tasa de cobertura bruta del 93% para educación media (10° y 11° grado). - Disminuir la repetición a 1% en educación básica y media (desde 0 hasta 11° grado; incluye preescolar, básica primaria, básica secundaria y media)	- Tasa de analfabetismo en personas de 15 y 24 años. - Años promedio de educación en personas entre 15 y 24 años - Tasa bruta de cobertura por nivel en educación básica. - Tasa de asistencia en educación básica. - Tasa bruta de cobertura por nivel en educación media. - Tasa de asistencia en educación media. - Tasa de repetición por nivel en educación básica y media

3. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la Mujer	• Violencia intrafamiliar. Documentar en el 2005 la magnitud de la violencia de pareja en el país y definir la meta de reducción del fenómeno al 2015. • Implementar y mantener operando una estrategia intersectorial de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar, específicamente de la violencia de pareja contra la mujer, en Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Bucaramanga en el 2008 y en las demás capitales de departamento en el 2015. • Eliminar las desigualdades entre los géneros	• % de mujeres unidas con experiencia de maltrato físico o violencia sexual por parte de su pareja en el último año. • % de mujeres unidas con experiencia de violencia psicológica ejercida por su pareja en el último año. • Número de entidades territoriales de carácter municipal y distrital, con estrategias intersectoriales de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar, incluyendo la violencia de pareja contra la mujer. • Proporción de mujeres ocupadas en cargos directivos del área administrativa de la rama legislativa (Senado, Cámara, asambleas y concejos). • Proporción de mujeres de libre nombramiento y remoción, y del máximo nivel decisorio, ocupadas en cargos directivos de la rama judicial (juezas, magistradas, fiscalas, y otros cargos directivos) • Proporción de mujeres que ocupan cargos en las altas cortes de la rama Judicial: magistradas de la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia, el Consejo de Estado y el Consejo Superior de la Judicatura. • Proporción de mujeres que ocupan cargos de elección popular en el nivel nacional y territorial: senadoras, representantes, diputadas, concejales, gobernadoras y alcaldesas. • Tasa global de participación de las mujeres en el empleo • Tasa de desempleo femenino • Tasa de ocupación femenina • Tasa de participación femenina en los ingresos laborales altos
4. Reducir la mortalidad infantil	• Reducir la mortalidad en menores de 5 años a 17 muertes por 1.000 nacidos vivos. • Alcanzar y mantener las coberturas de vacunación en menores de 5 años en el 95% en todos los municipios y distritos del país.	• Razón de mortalidad en menores de 5 años (en la niñez) • Tasa de mortalidad en menores de 5 años • Razón de mortalidad en menores de 1 año (mortalidad infantil) • % de niños y niñas de un año vacunados con triple viral • % de menores de 1 año vacunados con DPT
5. Mejoramiento de la salud sexual y reproductiva	• Reducir la razón de mortalidad materna a 45 muertes por 100.000 nacidos vivos. • Incrementar el porcentaje de mujeres con cuatro controles prenatales o más al 90%. • Incrementar la atención institucional del parto al 95%. • Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo, manteniendo esta cifra por debajo del 15%. • Incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa al 75% y entre la población de 15 a 19 años al 65%. • Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5.5 muertes por 100.000 mujeres.	• Razón de mortalidad materna • % de mujeres con cuatro controles prenatales o más • % de atención institucional del parto • % de atención del parto por personal calificado • % de adolescentes que han sido madres o están en embarazo de su primer hijo • Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres actualmente unidas y sexualmente activas no unidas. • Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres actualmente unidas y sexualmente activas no unidas de 15 a 19 años. • Tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino.

6. Combatir el VIH/Sida, el paludismo y otras enfermedades	• Reducir los casos de mortalidad por malaria. • Reducir en 45% la incidencia de malaria en municipios con malaria urbana. • Reducir en 80% los casos de mortalidad por dengue • Reducir a menos del 10% y mantener en estos niveles los índices aédicos de los municipios categoría Especial, 1 y 2. • Haber mantenido la prevalencia de infección por debajo del 1,2%, en población general de 15 a 49 años de edad. • Reducir en 20% la mortalidad por VIH/Sida registrada por el DANE durante el quinquenio 2010- 2015, en comparación con la mortalidad reportada en el quinquenio 2005- 2010. • Reducir en 20% la incidencia de transmisión madre-hijo durante el quinquenio 2010- 2015, en comparación con el quinquenio 2005 – 2010. • Para 2010 aumentar en un 15% la cobertura de terapia antiretroviral a las personas que la requieran, y para 2015 aumentar esta cobertura en un 30%.	• Número de muertes por malaria • Número de casos de malaria generados en municipios con malaria • Número de muertes por dengue • % de municipios categoría Especial, 1 y 2, que mantienen los índices aédicos por debajo del 10% • Prevalencia de infección por VIH/Sida en población general • Mortalidad anual por Sida 2005 • Incidencia de infección por VIH y/o Sida adquirido por transmisión vertical 2005
7. Garantizar la sostenibilidad ambiental	• Reducir a la mitad el porcentaje de personas que en 1993 carecían de fuentes mejoradas de abastecimiento de agua en las zonas urbanas. • Reducir a la mitad el porcentaje de personas que en 1993 carecían de fuentes mejoradas de abastecimiento de agua. • Reducir a la mitad el porcentaje de personas que en 1993 carecían de acceso a sistemas mejorados de disposición de excretas en las zonas urbanas y rurales.	• % de viviendas con conexión a acueducto del total de viviendas. • % de viviendas de la zona rural con conexión a acueducto del total de viviendas • % de viviendas con conexión a alcantarillado entendido como la conexión a un sistema público o comunal de desagüe que permite la eliminación de residuos y aguas negras • % de viviendas con conexión a alcantarillado o a pozo séptico o que dispongan de letrinas
8. Fomentar una sociedad mundial para el desarrollo	• Establecer la posibilidad de acceso a medicamentos a través de la estrategia de la cobertura de afiliación a la seguridad social en salud de 100% • Mejorar y mantener el nivel d escolaridad de acuerdo con el objetivo 2. • Desarrollar y poner en práctica mecanismos de integración comercial. • Crear alternativas de gestión y mejoramiento de la capacidad institucional. • Aumentar las coberturas de telefonía fija, móvil e internet	§

Fuente: Adaptado de CONPES (2).

Al tener en cuenta estos Objetivos de Desarrollo del Milenio, lo importante de destacar es que los logros a nivel nacional tienen que venir apoyados por logros a nivel regional, departamental y municipal que en conjunto constituyan el cumplimiento del compromiso internacional. De nada sirve haber inscrito el compromiso internacional si desde la perspectiva de la política pública

no vienen realizándose esfuerzos claros y contundentes para el logro de los objetivos particulares de las regiones.

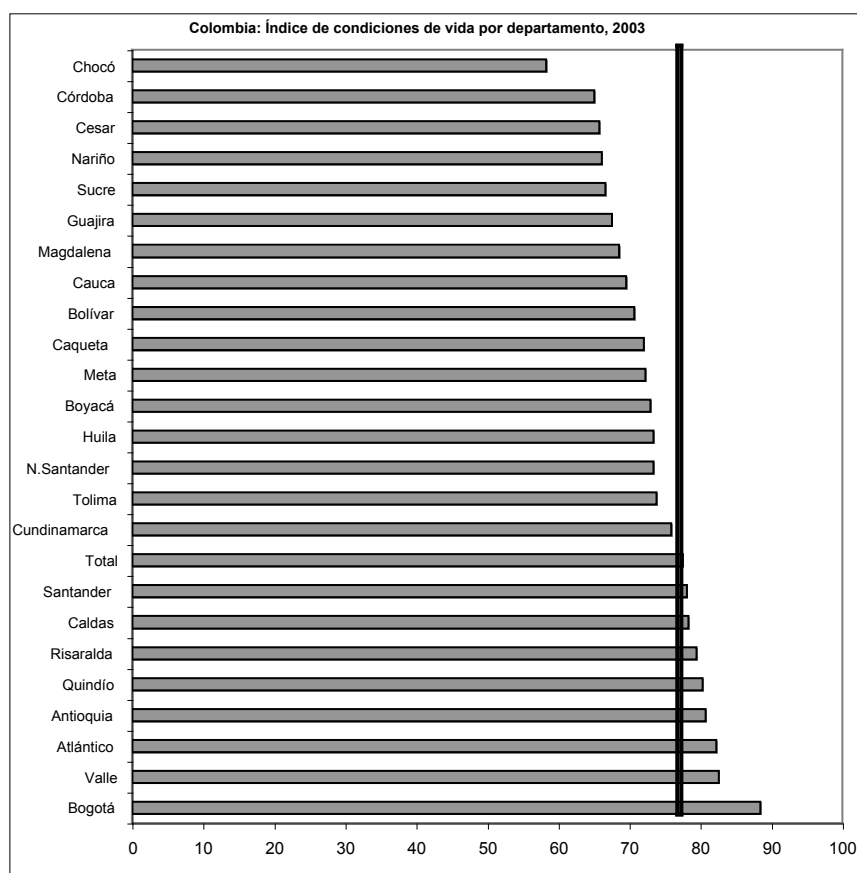
Tal como lo señala el mismo Conpes, por departamentos los indicadores de Bogotá (ciudad capital) son semejantes a Hungría (país de alto desarrollo humano) en tanto los de Chocó se asemejan a Kenia (país de

bajo desarrollo humano) (ver gráfico 1). Por zonas, la mayor parte de los indicadores en el área rural son inferiores a los de la urbana y entre grupos sociales la distribución por deciles de ingreso es insatisfactoria; lo que deja como lección que en los últimos años se ha presentado un desarrollo desigual de las regiones y no se observa un accionar claro para revertir esta tendencia. Bajo estas consideraciones, el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio dependerá de las estrategias que se implementen en los próximos ocho años para incluir a las regiones y los municipios más pobres en el cumplimiento de las metas propuestas.

Cabe destacar en el marco de nuestra preocupación sobre la relación entre la economía y la salud, que de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, cuatro corresponden a aspectos relacionados directamente con indicadores de salud de la población, lo cual da más fortaleza a la perspectiva según la cual la salud es un componente fundamental del desarrollo de los individuos, y con ello del desarrollo social y económico de las naciones.

2.2 Aspectos de política departamental

Para hacer la evaluación de las políticas



Fuente: Sarmiento(3).

Gráfico 1. Colombia: Índice de condiciones de vida por departamentos, 2003

publicas orientadas al sector salud en el departamento del Atlántico, se estudiaron los distintos planes de desarrollo correspondiente a los gobiernos del período 1995–2004. Se destaca que los distintos planes de desarrollo se concentra en tres problemáticas en lo que se refiere al tema salud: a) infraestructura, b) cobertura y c) agua potable.

En cuanto a la infraestructura, ésta se aborda desde los programas públicos en salud, hasta la red hospitalaria, específicamente en lo administrativo y en su estructura física. Con respecto a la cobertura, el interés gira en torno a si la población cuenta o no con algún tipo de vinculación al Sistema General de Seguridad Social. Por último, la preocupación por el tema de agua potable se muestra como problema común de todos los planes de desarrollo.

No obstante estas continuas preocupaciones, se debe destacar que en cuanto a los logros obtenidos en salud resulta difícil hacer una evaluación de resultados, ya que no se dispone de informes que reporten los resultados de la gestión hecha por los distintos gobiernos departamentales.

En el plan de desarrollo del período 1995–1997 (*Para Salir adelante*, de Nelson Polo) (4) se destaca que el departamento poseía una buena infraestructura, dotación y atención, ya que muestra índices de cobertura por encima del promedio nacional. Sin embargo, deja ver la preocupación por una baja disponibilidad de recursos humanos, por ejemplo: el promedio nacional es de 8.1 médicos por cada 10.000 habitantes contra 2 médicos por cada 10.000 habitantes en el departamento del Atlántico. En otras áreas de profesionales de la salud (según cifras para 1993) por cada 10.000 habitantes se contaba con: 0.25 odontólogos, 0.66 enfermeras, 3.66

auxiliares de enfermería, 0.22 bacteriólogos, 0.04 radiólogos, 0.76 promotores de salud y 0.26 promotores de saneamiento básico.

En el tema de infraestructura en salud ese plan de desarrollo resalta que el departamento contaba con cinco instituciones de tercer nivel, todas ubicadas en Barranquilla (capital del departamento); seis hospitales de segundo nivel, de los cuales cinco están ubicados en Barranquilla y uno en Sabanalarga; y ocho hospitales públicos de primer nivel (debe decirse que el 80% de la población del departamento se encuentra en Barranquilla en horas laborales); adicionalmente se contaba en el departamento con 45 ambulancias (de las cuales 5 se encontraban fuera de servicio, 11 cumplían con la dotación básica obligatoria y el resto no cumplían).

En el aspecto de cobertura a la seguridad social, el plan señalaba que sólo un 17% de la población tenía acceso al seguro social y seguro médico privado. Algo preocupante debido a que por su clima y ubicación, el departamento es un ambiente apto en un 40 y 60% para que se prolifere el dengue; aun cuando en los últimos 3 años no se ha sobrepasado los 10 casos por período epidemiológico. Por ello, el objetivo central fue incrementar en un 70% la cobertura del sistema general de seguridad social de la población con necesidades básicas insatisfechas –NBI–. Esto con el fin de paliar la capacidad potencial de padecer enfermedades como dengue, IRA, EDA y parasitismo.

En la parte de agua potable y saneamiento básico, el diagnóstico mostraba una situación precaria, ya que sólo nueve municipios poseían una cobertura superior al 80% y sólo el 26% con servicio de alcantarillado. Otro dato que se puede rescatar es que en 1991 la

cobertura en las cabeceras era de 80.7%. Así, aun cuando el departamento contaba con infraestructura en agua potable, presentaba una mala prestación del servicio.

El plan de desarrollo del siguiente gobierno (1998–2000) (*Un puente hacia el siglo XXI*, de Rodolfo Espinosa) (5) muestra que el departamento, en lo que se refiere al indicador de necesidades básicas insatisfechas (NBI), se encontraba por debajo del promedio nacional y regional. Confirma la preocupación expuesta en el plan de desarrollo inmediatamente anterior en cuanto a la limitada cobertura de recursos humanos dedicados a la salud (por cada 10.000 habitantes), y en expresar el mínimo apoyo de programas de salud pública.

En materia de cobertura a la seguridad social, el plan de desarrollo “1998-2000” destacaba que la salud y la educación se vieron afectadas por dos aspectos: por un lado, se habían beneficiado, gracias a la descentralización administrativa a la que se ha enfrentado el país al recibir significativos recursos tanto departamentales como locales que han mejorado la cobertura; y por otro lado, pese a lo anterior se notaba una debilidad en materia de calidad. Resaltando que el cubrimiento potencial era del 58% para el Régimen Subsidiado y que a junio de 1997 existían 100.000 familias afiliadas al Régimen de Seguridad Social en Salud, es decir, se alcanzaba una cobertura de sólo el 26%.

Con respecto al agua potable, se destacaba el aumento de la cobertura, pero la prestación del servicio no era la mejor. Atlántico frente a otros departamentos de la región presentaba un alto índice de cobertura en materia de conexión de los servicios de acueducto, alcantarillado (en las cabeceras municipales

sólo se alcanza un 30% de cobertura en alcantarillado. Se debe advertir que ninguna muestra una cobertura superior al 70%.) y aseo. En contraste, al considerarse los factores de frecuencia y de la calidad del servicio, la alta cobertura disminuyó; y adicionalmente la calidad del agua en el 54% de los municipios no presentaba índices aceptables para el consumo humano.

De igual forma, se evidenciaban los problemas en saneamiento básico ante la realidad de que no se contaba con la infraestructura adecuada para tratar aguas residuales y para recolectar, disponer o tratar sus residuos sólidos. Esto trae como consecuencia la contaminación ambiental y la inexistencia de trabajo ambiental.

El plan de desarrollo correspondiente al período de 2001–2003 (*El Atlántico que todos queremos*, de Ventura Díaz Mejía) (6) se preocupó por una visión de largo plazo e intentó sentar las bases para la reorientación del desarrollo departamental (teniendo en cuenta las problemáticas heredadas de los períodos previos).

Por primera vez aclara que “las cifras oficiales realzan la posición del Atlántico (en promedio) con respecto a la región Caribe y nacional. Una vez se analiza seriamente, se nota el papel concentrador y distorsionado de la capital del país, ocultando la verdadera realidad del departamento” (el indicador de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) es menor que el nacional si incluimos a Barranquilla, pero si la excluimos se vuelve mayor que el nacional). Por tanto, se buscó consolidar una reorientación hacia las zonas del Atlántico que realmente necesitaban solventar sus carencias (agua potable y saneamiento básico, infraestructura y

cobertura), de tal forma que se redujera la brecha entre el distrito de Barranquilla y el resto del Atlántico.

El 78% de la población estaba clasificada en los niveles 1, 2 y 3 del Sistema de Identificación de Beneficiarios–SISBEN–(encuesta utilizada en Colombia para definir criterios de asignación de subsidios y otros beneficios). Con problemas deficitarios en las coberturas de los servicios básicos y sociales, el 74% de la población se concentraba en los estratos bajo-bajo y bajo, lo que explica la vulnerabilidad de la población frente a la

situación de pobreza (y algunos efectos ambientales como deforestación, degradación de suelos, inundaciones en los municipios ribereños, contaminación de las fuentes hídricas, contaminación atmosférica, inadecuada disposición de residuos sólidos y vertimientos domésticos).

Un dato que muestra el plan de desarrollo “2001– 2003” es que el 82% de la calidad del agua era no apta para el consumo humano; sólo un municipio del departamento (Puerto Colombia) alcanzaba cobertura del 95%, mientras los demás no llegaban a esta meta.

Tabla 2
Orientación de las políticas públicas

Períodos de gobierno	Nombre del Plan	Gobernador	Cobertura	Infraestructura	Agua potable y saneamiento básico
1995 – 1997	<i>Para salir adelante</i>	Nelson Polo	- Afiliar al Sistema General de Seguridad Social al 70% de la población con NBI.	- Modernizar las instituciones de salud con criterio empresarial, que permitan la prestación de un servicio con eficiencia y calidad.	- Optimización e implementación de los sistemas de acueductos y alcantarillado.
1998 – 2000	<i>Un puente hacia el siglo XXI</i>	Rodolfo Espinosa Meola	- Aumentar la cobertura en el sistema de alcantarillado sanitario y saneamiento básico.	- Consolidar el sistema de salud departamental.	- Mejorar la cobertura y calidad de los servicios públicos y lograr la transformación institucional de las empresas que lo prestan.
2001 – 2003	<i>El Atlántico que todos queremos</i>	Ventura Díaz Mejía	- Mejorar la cobertura y calidad y las condiciones de acceso a los servicios sociales con énfasis en educación y salud.	- Consolidar el proceso de descentralización e incrementar los planes de atención básica para reducir los factores de riesgo.	- Concentrar esfuerzos en la operación adecuada del servicio.
2004 – 2007	<i>Compromiso por una vida digna</i>	Carlos Rodado Noriega	- Alcanzar una cobertura del servicio de agua del 90%. - Mejorar las coberturas del Régimen Subsidiado de Salud.	- Implementar un sistema de información en salud y otro de vigilancia epidemiológica. - Mejorar la dotación de equipos y tecnología.	- Se buscara la operación del servicio por entes de reconocida experiencia. - Aumentar la frecuencia de operación a mínimo 6 días del servicio de agua.

Fuente: Elaboración de autores.

En cuanto a alcantarillado, el 69.54% no tienen servicio y sólo un 8.68% tiene más del 80% en cobertura de alcantarillado.

Por último, el plan de desarrollo de 2004–2007 (*Compromiso por una vida digna*, de Carlos Rodado Noriega) (7) describe que las condiciones de saneamiento básico y la atención en salud siguen siendo precarias. Se resalta el riesgo a morir de los recién nacidos (la mortalidad infantil es de 25.5 por mil nacidos vivos, la mortalidad en menores de cinco años es de 4 por mil nacidos vivos y 7 de cada 10.000 niños mueren por enfermedades gastrointestinales, como consecuencia de la carencia de agua potable y saneamiento básico); la crítica situación financiera y los precarios sistema de información y vigilancia epidemiológica; persisten los problemas de baja cobertura de agua potable y el suministro de agua no apta para consumo humano.

Del análisis de los planes de desarrollo se puede concluir que los problemas en los tres frentes (infraestructura, cobertura y agua potable y saneamiento básico) son persistentes, evidenciándose las falencias de las políticas públicas en salud para afrontarlos.

3. LOS RETOS FRENTE A LAS METAS DE DESARROLLO DEL MILENIO

En esta sección se realizará una mirada sobre las Metas de Desarrollo del Milenio relacionadas con la salud y los determinantes del desarrollo económico planteados por el país tratando de identificar qué tan cerca o lejos se encuentra el departamento del Atlántico de cumplir con esos objetivos.

- **OBJETIVO 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre**

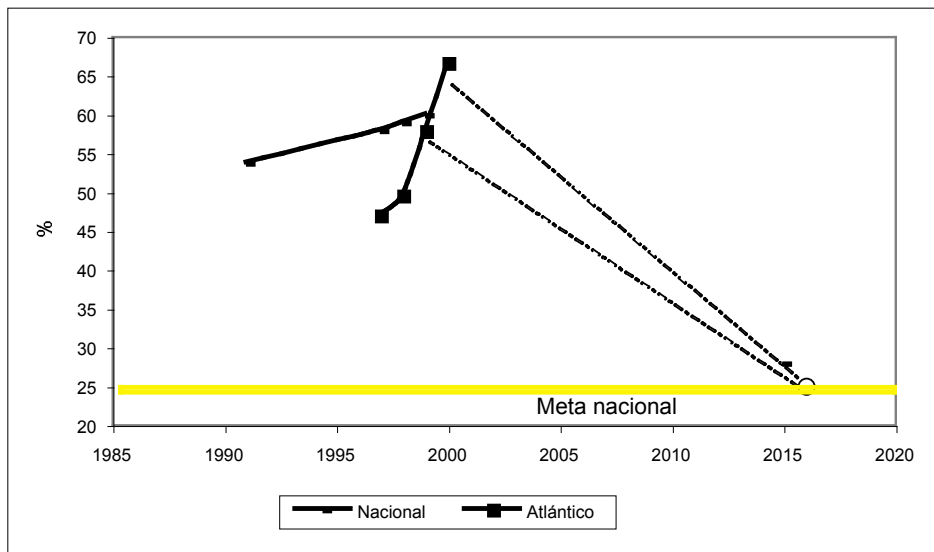
La línea de pobreza trata de identificar los hogares cuyo ingreso es menor al que se considera como necesario para cubrir las necesidades alimentarias y no-alimentarias. Por su parte, se considera a los hogares en indigencia o pobreza extrema si no cubren las necesidades alimentarias.

En cuanto a pobreza, la meta universal es reducir a la mitad el porcentaje de personas con ingreso inferior a un dólar diario en el período 1990-2015. Esto implica pasar de un nivel de pobreza del 53.8% en 1990 a un 28.5% en el 2015. Los datos disponibles para el departamento del Atlántico (1997-2000) muestran que las personas bajo la línea de pobreza se incrementaron de 47% en 1997 a 66.7% en el 2000. Ubicándose en 2000 por encima del promedio nacional, 59.8%. Evidenciando el atraso, no sólo del departamento del Atlántico, ya que se debe decir que el resto de la región Caribe presenta condiciones similares o peores de pobreza. Sin duda, esto confirma la ineficacia de la lucha contra la pobreza en el departamento del Atlántico.

El comportamiento de las personas bajo línea de indigencia es similar al observado en la línea de pobreza. La meta que se busca consolidar a 2015 es reducir la indigencia a un 8.8% desde una base de 20.4% en 1991. Entre 1991 y 2000 la indigencia en Colombia pasó de 20.4 a 25.96% respectivamente; en el departamento del Atlántico pasó de 11.7% en 1997 a 16.1% en 1999, y de 1999 a 2000 la indigencia tuvo un incremento de 12 puntos porcentuales (al pasar de 16.1% en 1999 a 28.1% en el 2000 con lo que respecta a indigencia. En cuanto a pobreza, pasó de

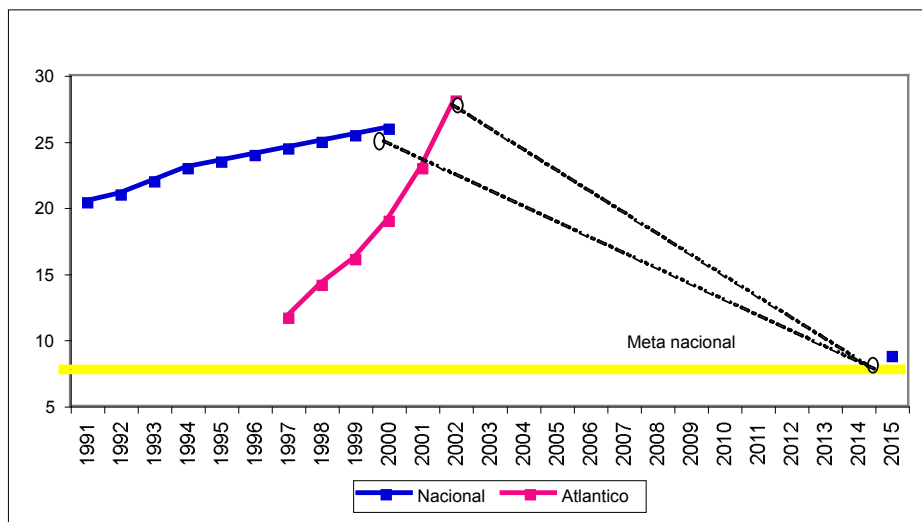
57.9% en 1999 a 66.7% en el 2000) frente al incremento de 8.8 puntos porcentuales en la pobreza, lo cual indica que la indigencia para el 2000 en el Atlántico (28.1%) superó al

nivel nacional (25.96%). Esto confirma la alta vulnerabilidad de la población atlanticense en materia de pobreza y mucho más en situaciones de indigencia.



Fuente: Departamento Nacional de Planeación —DNP—, Departamento Nacional Administrativo de Estadísticas —DANE—. Cálculos de autores.

Gráfica 2. Evolución de la Línea de Pobreza en Colombia Vs. Atlántico



Fuente: Departamento Nacional de Planeación —DNP—, Departamento Nacional Administrativo de Estadísticas —DANE—. Cálculos de autores.

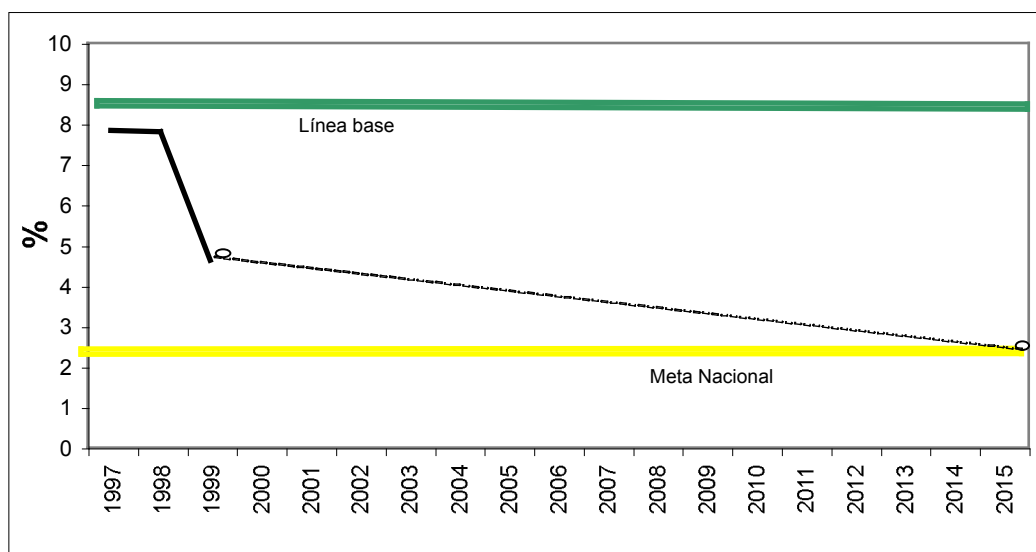
Gráfica 3. Evolución Línea de Indigencia, Colombia Vs. Atlántico

En cuanto a la lucha contra el hambre, las Metas del Milenio buscan reducir a la mitad el porcentaje de personas que padecen de hambre para el 2015. Tomando como base el año 1990 se busca disminuir la desnutrición global en la población de menores de cinco años de un 10% a 3% para 2015. Los datos disponibles para el departamento del Atlántico muestran que mientras entre 1997 y 1998 no hubo un cambio relevante en los niveles de desnutrición global para la población menor de cinco años, entre 1998 y 1999 ésta disminuyó en 3.18 puntos porcentuales, ubicándose en 1999 en 4.6% de la población con signos de desnutrición. Esto indicaría que se está cerca de la meta nacional para el 2015; no obstante, la falta de disponibilidad de información reciente de este indicador en el departamento del Atlántico no permite asegurar con certeza si en los últimos años se está convergiendo o no a la meta nacional.

Relacionado con este indicador se puede observar que en el departamento del Atlántico se presentó una tendencia creciente entre 1998-2001 en la mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales; pasando en ese período de 106 a 224 muertes. Para el 2002 el total descendió a 153, pero en el 2003 se presentó un repunte y el total llegó a 178 muertes. Lo cual mostraría evidencia de que en este último período se ha desmejorado la situación nutricional de Atlántico; conclusión que se verifica cuando se mira las ciudades del Atlántico según categorías de tamaño funcional.

- OBJETIVO 2: *Lograr la educación primaria universal*

La meta universal busca que en el 2015 todos los niños y niñas puedan terminar su ciclo completo de educación primaria. A nivel nacional se busca que la tasa de analfabetismo

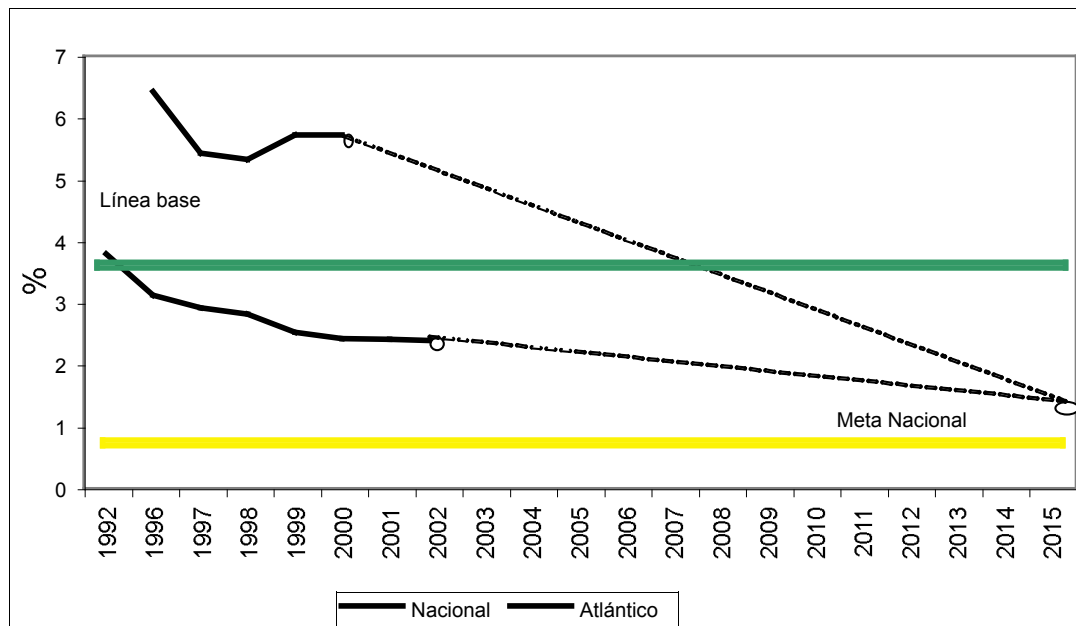


Fuente: Departamento Nacional. Administrativo de Estadísticas –DANE– y Secretaría Departamental de Salud. Cálculos de autores.

Gráfica 4. Atlántico: Desnutrición global en menores de 5 años Vs. meta nacional 2015

(para personas entre 15 y 24 años) se reduzca a 1% en el 2015 (partiendo de un 3.77% como línea base). La tendencia del analfabetismo en Colombia ha sido decreciente desde 1992, y llega a 2% en 2004. Mientras para el Atlántico entre 1996-2000 la tasa de analfabetismo (la tasa de analfabetismo estimada en el departamento del Atlántico cubre a personas entre los 15 y más años, contrario a la nacional, que es de 15 a 24 años) se ubicó por encima del nivel nacional, aun cuando presentó una leve disminución al pasar de 6.4% en 1996 a 5.7% en el 2000. Si se observa los datos dentro de este período, se puede ver que las cifras departamentales siempre duplican a las nacionales, cuestión que muestra lo difícil de mover el analfabetismo en el Atlántico.

ponde a preescolar, básica primaria y básica secundaria) se persigue la meta del 100% a nivel nacional para el 2015 (partiendo de una base de cobertura bruta de 76.08%). Entre el período 1996-2004 en el Atlántico la cobertura bruta en educación básica se incrementó en 25.4 puntos porcentuales, pasando de 52.2% en 1996 a 77.6% en 2004. En este mismo período, la cobertura bruta para el departamento del Atlántico promedió 69.2%, y hasta el 2004 se vio un nivel de cobertura superior al del nivel nacional (77.06% para el departamento del Atlántico en el 2004 frente 76.08% para el nivel nacional en el 1992, año base). Lo anterior nos muestra que aun cuando se ha avanzado, los logros han sido lentos, lo cual

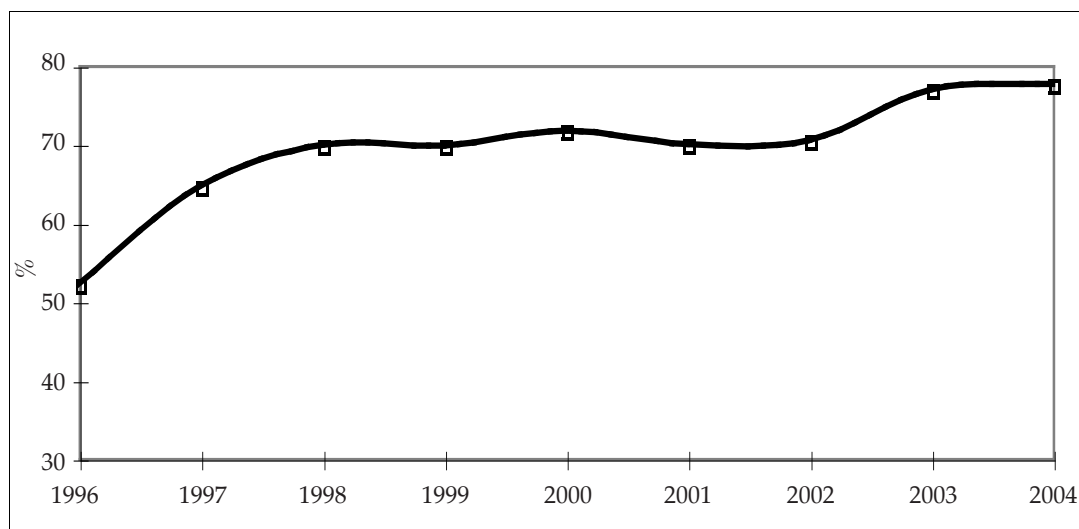


Fuente: Departamento Nacional de Planeación –DNP– y Secretaría de Planeación Departamental. Cálculos de autores.

Gráfico 5. Atlántico: Tasa de analfabetismo Vs. meta nacional 2015

En lo que se refiere a los niveles de cobertura bruta para educación básica (corres-

ratifica el duro compromiso para alcanzar la cobertura del 100%.



Fuente: Secretaría de Planeación Departamental. Cálculos de autores.

Gráfico 6. Atlántico: Tasa de cobertura en educación básica

El más reciente informe de gestión de la gobernación del departamento señala que el departamento ha tenido avances en cuanto a las tasas de repitencia al pasar de 8% en 2003 a 5.2% en 2005. La meta para 2006 era llegar a un 5% máximo en primaria, reduciendo a la mitad la transición, pero aún no se cuenta con estadísticas que permitan confirmar este logro.

Tabla 3: Atlántico: tasa de repitencia (instituciones oficiales)

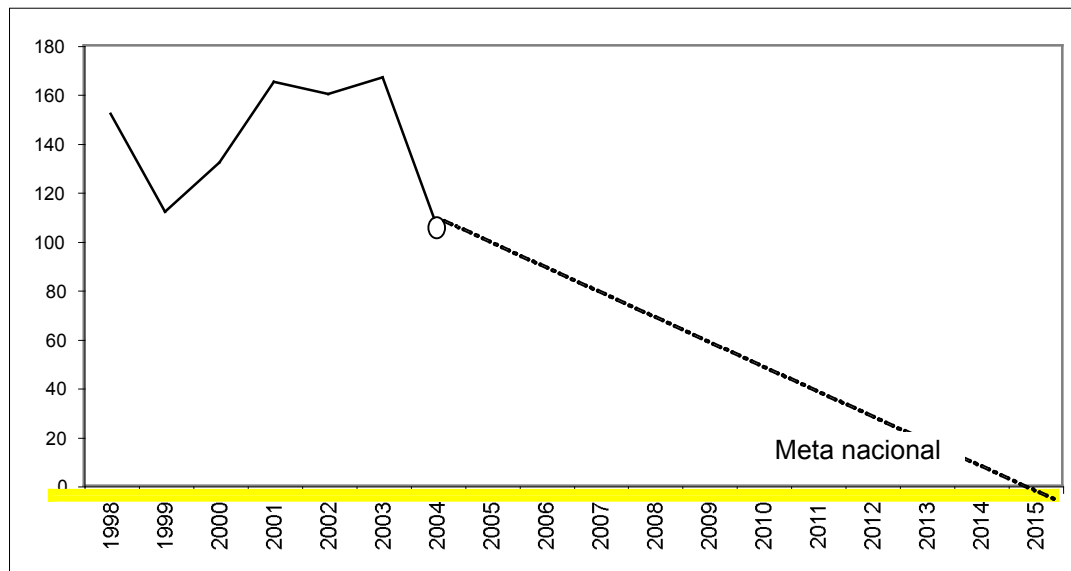
	2003	2005
Preescolar	2.66	4
Primaria	8.9	6.2
Secundaria	8.4	4.3
Consolidado	8	5.2

Fuente: Informe de gestión 2004-2006 (8). Gobernación del Atlántico.

- **OBJETIVO 4:** *Reducir la mortalidad en menores de 5 años*

La meta universal será reducir a dos terceras

partes la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años. En Colombia se busca disminuir la mortalidad en menores de cinco años de 37.4 (línea base) muertes por mil nacidos vivos hasta 17 muertes por 1.000 nacidos vivos en el 2015. De los datos disponibles para el departamento del Atlántico se observa que el número total de muertes en menores de cinco años ha tenido un comportamiento irregular. Entre 1998 y 1999 se presentó una disminución de un 26.31%, al pasar de 152 a 112 muertes en menores de cinco años. Desde 1999 hasta el 2003 se presentó un incremento continuo del número total de muertes en menores de cinco años. En términos porcentuales, dicho incremento fue de 49.10%, al pasar de 112 a 167 muertes totales entre 1999 y 2003. En el 2004 el total disminuyó a 106, y se ubicó por debajo del promedio del total departamental dentro del período 1998-2004, igual a 142. Es destacable que únicamente los años 1999, 2000 y 2004 registraron cifras que se ubicaron por debajo del promedio departamental durante todo el periodo.



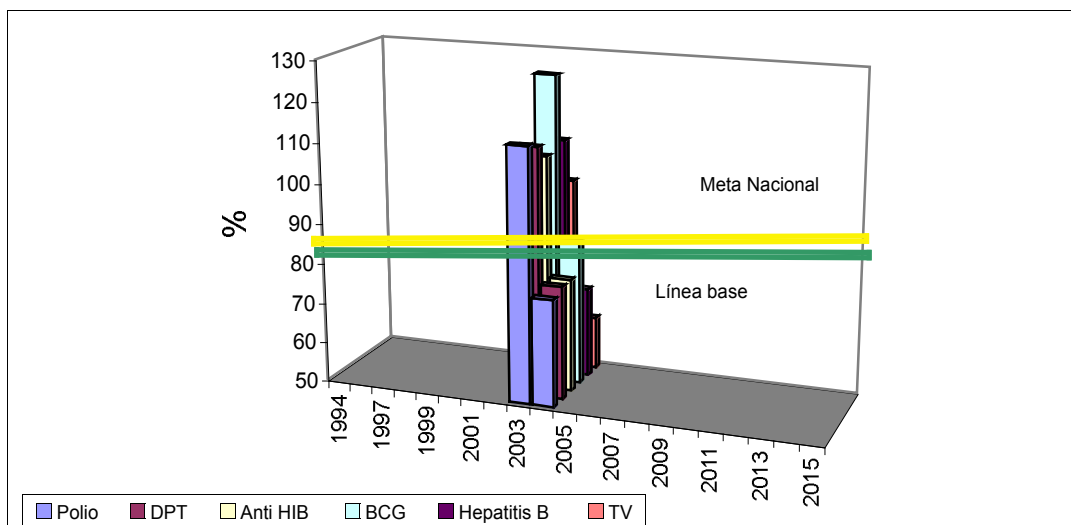
Fuente: Departamento Nacional Administrativo de Estadísticas –DANE–. Estadísticas Vitales. Cálculos de autores.

Gráfico 7. Atlántico: Mortalidad de menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos Vs. meta nacional 2015

La irregularidad en el total de muertes para niños tanto menores de uno y cinco años muestra que se debe consolidar las políticas en aras de afianzar una tendencia a la baja del total de muertes en menores de uno y cinco años que le permitan alcanzar las metas trazadas dentro de los Objetivos del Milenio. El informe de gestión de la Gobernación del Atlántico del período 2004-2006 señala que la mortalidad infantil por 10.000 nacidos vivos pasó de 80 en 2003 a 3.98 en 2004 y 3.91 en 2005. Adicionalmente, señala que la morbilidad infantil por diarrea bajo en un 33% al pasar de 10.625 casos en el 2003 a 7.118 en el 2004.

Por otro lado, en lo que respecta a la cobertura en vacunación se busca que el Plan Ampliado de Inmunizaciones –PAI– logre alcanzar y mantenga niveles de cobertura para menores de cinco años en el 95% para el 2015 (la línea base es del 92% en 1992). En

el departamento del Atlántico se observa la irregularidad en la cobertura de vacunación, pues entre 2001 y 2003 la cobertura se incrementó, al pasar de 85.6 a 110.9% respectivamente; no obstante, para el 2004 la cobertura desmejoró, y se ubicó en 76.6%, por debajo de la meta de los Objetivos del Milenio. Dado el comportamiento irregular, es posible afirmar que ha sido difícil sostener las metas en cuanto a cobertura en vacunación en el Atlántico.

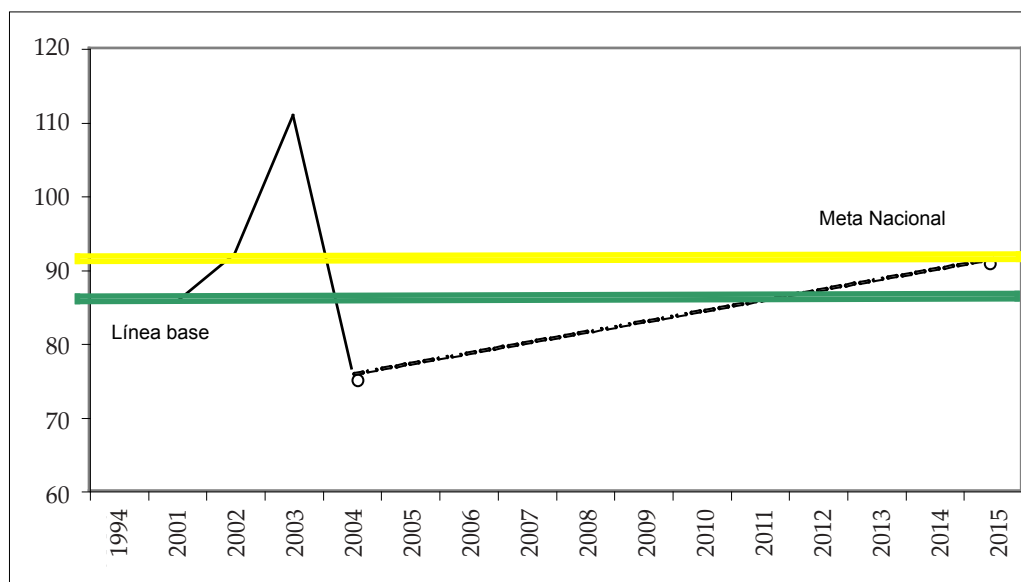


Fuente: Departamento Nacional Administrativo de Estadísticas –DANE–, Estadísticas Vitales. Cálculos de autores.

Gráfico 8. Atlántico: Cobertura de vacunación en menores de 1 año Vs. meta nacional 2015

El informe de gestión de la gobernación, ya mencionado, señala que la mortalidad por IRA también se ha reducido, pasando de 8.5 por 100.000 nacidos vivos en 2003 a 5.4 en

2004 y 2.7 en 2005. Y de cada 100.000 nacidos vivos la mortalidad por EDA pasó de 12 casos por 100.000 nacidos vivos en 2003 a 7.13 en 2004 y 3.78 en 2005.



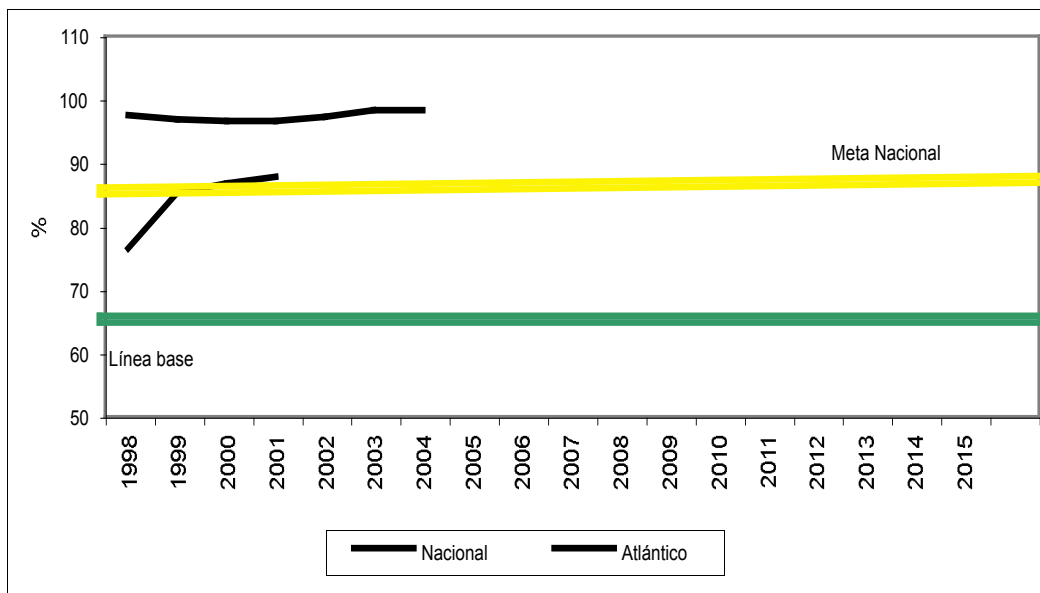
Fuente: Departamento Nacional Administrativo de Estadísticas –DANE–. Departamento Nacional de Planeación. Cálculos de autores.

Gráfico 9. Atlántico: Cobertura de vacunación PAI Vs. meta nacional 2015

- **OBJETIVO 5:** *Mejorar la salud sexual y reproductiva*

Si bien la meta universal es reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, en el departamento no se cuenta con una serie estadística que permita reconocer esta evolución. Lo que señala el informe de gestión de la gobernación del departamento es que se pasó de 80 muertes por 10.000 nacidos vivos en 2003 a 61.2 en 2005. Un factor que influye en el logro de esa meta hace referencia al incremento en la atención institucional del parto y por personal calificado, cuya meta nacional es del 95% para el 2015. La línea base es de 76.3% en atención institucional del parto y

80.6% en atención del parto por personal calificado. En el caso del departamento del Atlántico, entre 1998-2004 se observaron coberturas superiores a la tendencia nacional. En promedio, durante este período en el Atlántico el nivel de atención del parto por parte de personal calificado (enfermeras y médicos) fue de un 97.08%, resultado por encima de la meta a alcanzar en los Objetivos del Milenio. Relacionado con el indicador de disminución de mortalidad materna también se busca detener el crecimiento del porcentaje de embarazos en adolescentes, de forma que se mantenga por debajo del 15%; en el departamento del Atlántico, la proporción de partos en mujeres entre los 12 y 18 años fue de 9.37% en el 2005.



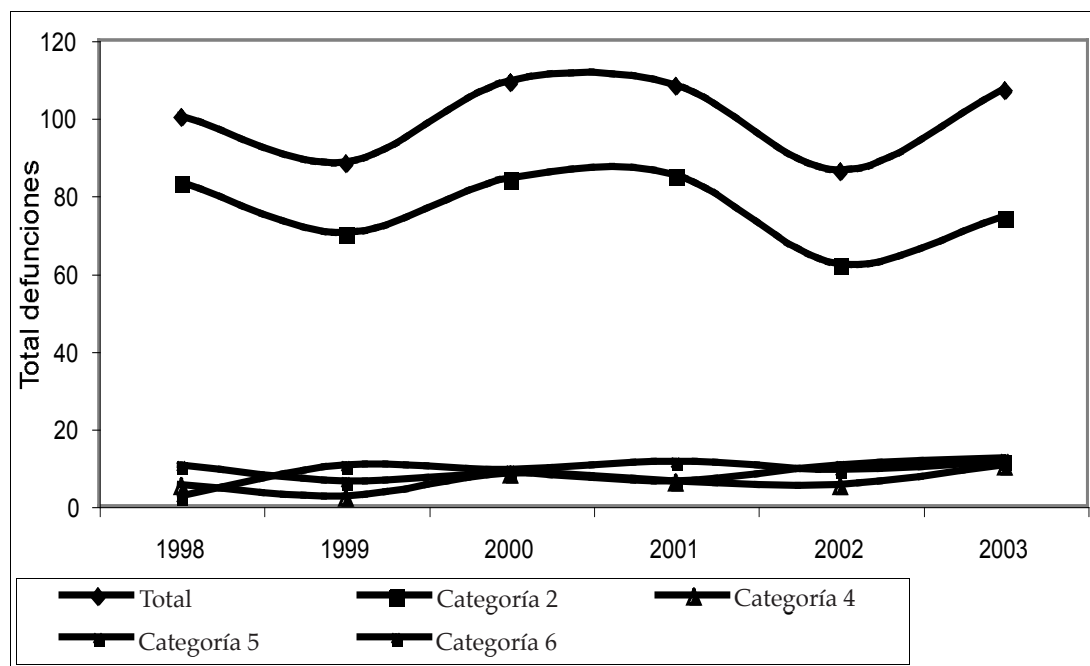
Fuente: Departamento Nacional Administrativo de Estadísticas –DANE–. Estadísticas Vitales. Cálculos de autores.

Gráfico 10. Atlántico: Porcentaje de atención del parto por personal calificado Vs. meta nacional 2015

Entre las metas nacionales también se encuentra reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5.5 muertes por 100.000 mujeres. En 1990 esta tasa alcanzó niveles de 13 por 100.000 mujeres en Colombia. Para el departamento del Atlántico, la gráfica muestra que el comportamiento de las muertes totales por causa del cáncer de cuello uterino fue irregular: disminuciones entre 1998 y 1999 al pasar de 100 a 88 casos, mientras entre 1999-2001 se llegó a 109 casos, y entre 2001-2002 cayó a 86 muertes, pero para 2002-2003 se aumentó a 107 muertes por esta causa. Lo cual indica que no hay un control o tendencia que señale que se alcanzarían los Objetivos de Desarrollo del Milenio planteados.

- OBJETIVO 6: *Combatir el VIH/SIDA, la malaria y el dengue*

En cuanto a la preocupación por el Sida, la tendencia de la mortalidad hace evidente la necesidad de buscar mecanismos que permitan controlar su prevalencia. Es meta nacional que durante el quinquenio 2005-2010 se establezca una línea base que permita formular una meta de reducción de la mortalidad en 20%. Para el departamento del Atlántico, aun cuando entre 2002-2003 se presentó una leve disminución en la mortalidad, al pasar de 209 a 175 muertes, la tendencia general sigue siendo creciente, y no se vislumbran mecanismos que tiendan a contrarrestarla.



Fuente: Departamento Nacional Administrativo de Estadísticas –DANE–. Estadísticas Vitales. Cálculos de autores.

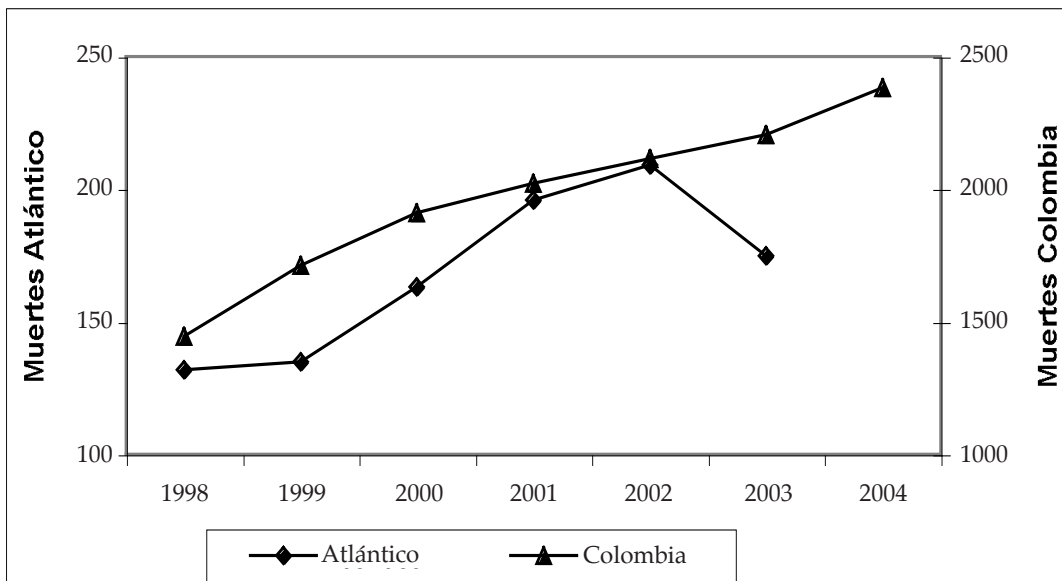
Gráfico 11. Atlántico: Mortalidad por cáncer de cuello uterino según categoría de las ciudades

Adicionalmente, aun cuando es meta nacional reducir la incidencia de transmisión madre-hijo durante el quinquenio 2010-2015, y aumentar en 15% para el 2010 la cobertura de terapia antiretroviral a las personas que la requieran, el departamento no cuenta con estadísticas de seguimiento de ninguno de estos fenómenos que permitan tener una idea de cuál sería el aporte del departamento a este indicador nacional.

zonas urbanas y de 81.6% en la rural. En este aspecto el departamento muestra una tendencia positiva en cuanto a la cobertura de acueducto, que para el 2004 estaba alrededor del 82% (esto sin discriminar por área rural y urbana). Sin embargo, para la cobertura de alcantarillado aún se encuentra bastante rezago, pues para el 2004 sólo se reportó una cobertura de 42% frente una meta para el 2015 de 97.6% en zonas urbanas.

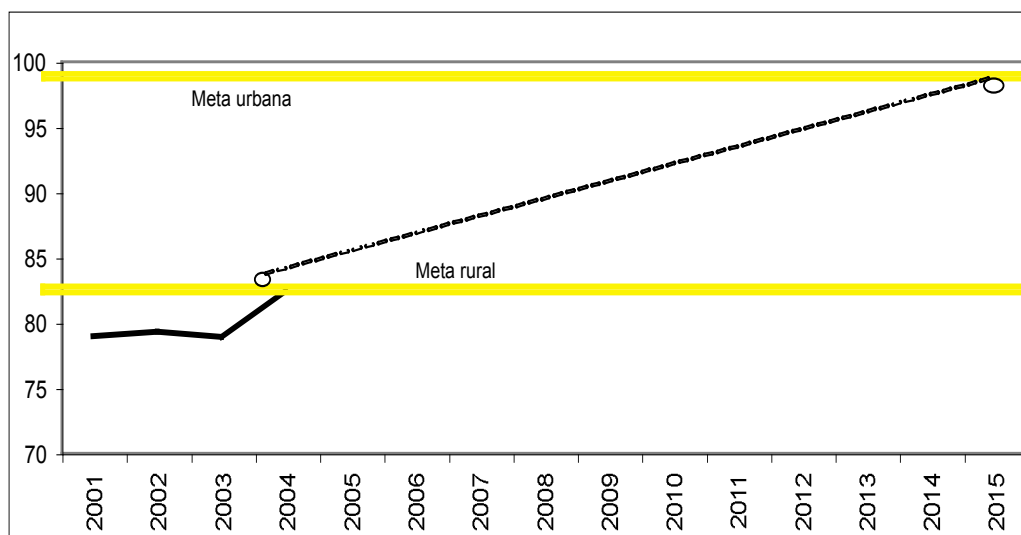
- **OBJETIVO 7: Garantizar la sostenibilidad ambiental**

El objetivo de sostenibilidad ambiental reúne metas en cuanto medio ambiente y saneamiento básico. En este caso sólo se dispone de información para saneamiento básico en lo relacionado con coberturas de acueducto y alcantarillado. La meta nacional de cobertura en acueducto es del 99% en las



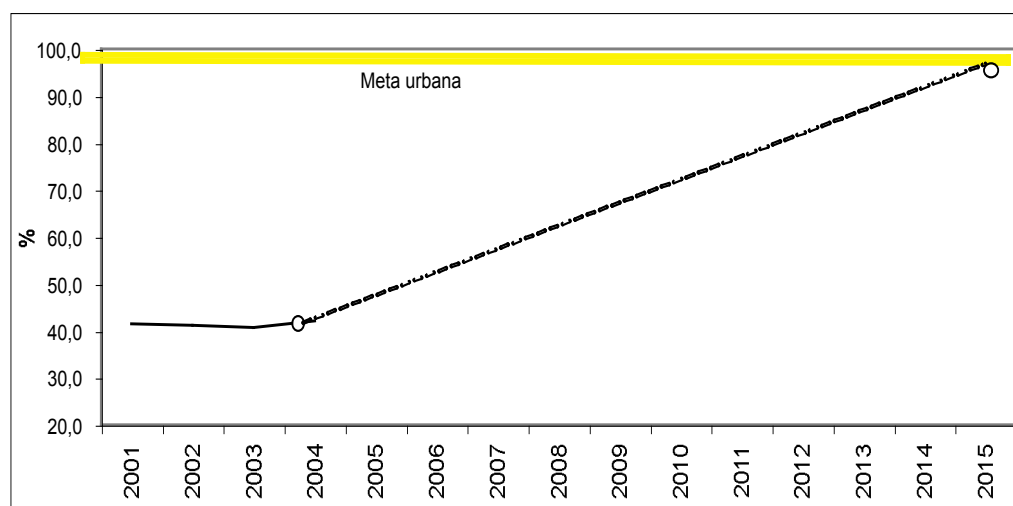
Fuente: Departamento Nacional Administrativo de Estadísticas –DANE–. Estadísticas Vitales. Cálculos de autores.

Gráfico 12. Total de muertes por VIH/Sida



Fuente: Departamento Administrativo de Agua Potable y Saneamiento Básico del Departamento –DAGUAS–. Cálculos de autores.

Gráfico 13. Atlántico: Cobertura promedio de acueducto Vs. meta nacional para 2015



Fuente: Departamento Administrativo de Agua Potable y Saneamiento Básico del Departamento –DAGUAS–. Cálculos de autores.

Gráfico 14. Atlántico: Cobertura promedio por alcantarillado Vs. metas nacionales 2015

Si se observa el informe de gestión de la gobernación actual del departamento, allí se señalan avances significativos en estos indicadores y se indica que se cuenta con

cobertura de 41% en el servicio de acueducto con sistema de desinfección para la población rural. Adicionalmente, que el servicio de alcantarillado pasó de una cobertura de 43%

en el 2003 a 50.22% a junio de 2006. Señala además este informe que se ha aumentado la aceptabilidad del agua de 43% en 2003 a 93.1% para 2006.

4. COMENTARIOS FINALES

El compromiso internacional alrededor del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio implica un interés mundial por las condiciones de vida de la población y la posibilidad de que estas condiciones de vida sean mejores. Siendo un compromiso internacional, es necesario que cada uno de los países que lo suscribieron garantice estrategias de cumplimiento, lo cual no es más que la reunión de los esfuerzos que se trazan las comunidades en la perspectiva regional de cada país.

En Colombia se suscribió un acuerdo en el cual los gobernadores y alcaldes (autoridades administrativas) se comprometían a luchar por el alcance de estos objetivos teniendo en cuenta que el logro de la meta nacional no es más que la sumatoria de los logros a nivel departamental y municipal. Sin embargo, no se identifica una política única que guíe el trabajo que se está realizando en los diferentes frentes. A partir de la lectura de los planes de desarrollo del departamento del Atlántico, por ejemplo, se observó que cada gobernante de turno ha tenido su propio diagnóstico de la situación del departamento y su propia estrategia de lucha contra la problemática que éste enfrenta, pero que luego de terminado su período de gobierno no es posible consolidar los resultados.

Asociada a la falta de una estrategia clara para alcanzar los Objetivos de Desarrollo está la ausencia de información y la poca calidad de la existente. No es posible construir

series temporales de información (de manera confiable) que permitan realizar diagnósticos claros y verificar la real tendencia de los indicadores que se van a evaluar. El acuerdo internacional suponía una disponibilidad de información que permitiría realizar análisis comparativo de los resultados de cada país, sin embargo, se verificó que por lo menos en una región tan importante para el país como es el departamento del Atlántico no se cuenta con un sistema de indicadores y control estadístico de la información relevante para las políticas públicas; cabe la duda de cómo serán entonces construidos los indicadores globales en el 2015.

Aún faltan ocho años para cumplir con las Metas de los Objetivos del Milenio. La tarea es fuerte, sobre todo al considerar indicadores cuyo impacto es verificable sólo en el largo plazo. La tendencia actual del departamento del Atlántico es que si la evolución de los indicadores sigue como va, por lo menos cinco de los objetivos planteados no se alcanzarán. Es menester de los hacedores de política tomar en cuenta esta situación, a fin de redireccionar el camino.

Financiación

Este trabajo es un producto del proyecto Macroeconomía y Salud en el departamento del Atlántico, financiado en el marco de la III Convocatoria Interna para Proyectos de Investigación y Desarrollo de Menor Cuantía. Estrategia de Fortalecimiento de Grupos y Centros de Investigación Universidad del Norte, 2005.

REFERENCIAS

(1) Sachs J. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. *Report of the Commission on Macroeconomics and Health*. OMS, 2002.

- (2) Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES). Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015, 2005, N° 91, DNP, Colombia.
- (3) Sarmiento A. *Objetivos de Desarrollo del Milenio para Colombia: del sueño a la realización*. Programa Nacional de Desarrollo Humano, 2005.
- (4) Gobernación del Atlántico. Plan de desarrollo departamental 1995-1997: *Para salir adelante*. Barranquilla, 1997.
- (5) Gobernación del Atlántico. Plan de desarrollo departamental 1998-2000: *Un puente hacia el siglo XXI*. Barranquilla, 2000.
- (6) Gobernación del Atlántico. Plan de desarrollo departamental 2001-2003: *El Atlántico que todos queremos*. Barranquilla, 2003.
- (7) Gobernación del Atlántico. Plan de desarrollo departamental 2004-2007: *Compromiso para una vida digna*. Barranquilla, 2004.
- (8) Gobernación del Atlántico. Informe de Gestión 2004-2006, primer semestre de 2006.
- (9) Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: *Invertir en Salud*. Washington, 1993, p 4.
- (10) Bhargava A. *Nutrition, Health, and Economic Development: Some Policy Priorities*. Commission on Macroeconomics and Health. OMS, 2001.
- (11) Bloom D, Canning D, Sevilla J. *Health, Human Capital, and Economic Growth*. Commission on Macroeconomics and Health. OMS, 2001.
- (12) Deaton A. *Health, inequality, and economic development*. Commission on Macroeconomics and Health. OMS, 2001.
- (13) Departamento Nacional de Planeación. Los municipios colombianos hacia los objetivos de desarrollo del milenio. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Cooperación República Federal Alemana.
- (14) Espinosa K, Restrepo J, Rodríguez S. Producción académica en Economía de la Salud en Colombia, 1980-2002. En *Lecturas de Economía*, 2003, N° 59.
- (15) Gallego JM. El estado del arte en economía de la salud. Documento de trabajo, Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia, 1999.
- (16) Mead O. *Economics for Health Sector Analysis: Concepts and Cases*. Washington, World Bank. The Technical materials, 1992.
- (17) Ministerio de la Protección Social. Boletín epidemiológico semanal Sivigila. Instituto Nacional de Salud.
- (18) Restrepo JH. El sistema colombiano de seguridad social en salud: ¿ejemplo a seguir? En Ramírez, Berenice (comp.). *La seguridad social: reformas y retos*. México: Miguel Angel Porrúa, 1999, pp. 125-171.
- (19) Restrepo J, Rodríguez S. Evaluación institucional de la función de regulación en el sistema de salud colombiano. Informe Técnico final, Proyecto Evaluación institucional de la función de regulación en el sistema de salud colombiano. Colciencias-1115-04-11914, 2003.
- (20) Restrepo J, Rodríguez S. Instituciones eficientes para el desarrollo de los sistemas de salud: Hacia un replanteamiento del Consejo de Seguridad Social en Salud en Colombia. Biblioteca de Ideas, Instituto Internacional de Gobernabilidad, Cataluña, España (<http://www.iigov.org/documentos>), 2002.
- (21) Restrepo M. La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada. Naciones Unidas, Chile, 1997.
- (22) Rodríguez S. El régimen subsidiado de salud 1995-2000: lectura de los acuerdos expedidos por el CNSSS. Borrador de trabajo N° 2, elaborado en el marco del proyecto Condiciones de Acceso y Sostenibilidad financiera del régimen subsidiado en Antioquia, 2001.
- (23) Thomas D. *Health, Nutrition, and Economic Prosperity: A Microeconomic Perspective*. Commission on Macroeconomics and Health. OMS, 2001.
- (24) Wagstaff A. *Poverty and Health*. Commission on Macroeconomics and Health. OMS, 2001.