

Los Objetivos del Milenio y la Crisis de la Salud

The Millennium Development Goals and Health Crisis

Carlo Vinicio Caballero Uribe¹, Luz Marina Alonso Palacio²

Estamos cerca del plazo final (1000 días) para cumplir los Objetivos del Milenio. Un editorial de *El Heraldo* (1) señalaba que de los 8 objetivos y las 52 metas trazadas a nivel mundial y firmada por todos los países, entre ellos Colombia, tendríamos 9 indicadores con metas cumplidas, 17 con un nivel significativo de crecimiento y 12 que requieren un mayor esfuerzo para su cumplimiento. Estos objetivos son: erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la autonomía de las mujeres y la equidad de género, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud sexual y reproductiva, combatir el VIH-sida, malaria y dengue, además de garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

En un trabajo publicado en esta revista hace casi 6 años (2007) sobre si eran alcanzables los Objetivos del Milenio, se anticipaba que estábamos en riesgo de no cumplir 5 de esos 8 objetivos. Se acerca el plazo y solo tenemos a la fecha 9 de 52 metas cumplidas (1, 2).

Por otra parte, sabemos que la Salud está en crisis (3). Comentábamos en nuestro anterior editorial y mencionamos algunas de las razones que explican esta crisis. Uno de los principales problemas es el tipo de Modelo que hemos escogido para atender nuestras enfermedades y en lugar de optar por un Modelo de tipo preventivo, orientado a evitar que tengamos enfermedad y enfocado en cambios de vida y hábitos saludables, que ha demostrado que puede hacerse (4).

Podríamos criticar muchas políticas de Cuba, pero en Salud, Educación y Deportes ha mostrado un ejemplo válido. Un muy reciente artículo sobre perspectivas en medicina publicado en *The New England Journal of Medicine* (5) hablaba sobre el Modelo Cubano, y al respecto resaltaba los datos positivos en cuanto a la expectativa de vida (78 años), la mortalidad infantil de menos del 5 % y otros indicadores superiores al de muchos países desarrollados y de la región, para no hablar de otros logros en nutrición,

¹ Editor *Salud Uninorte*. Profesor asociado División Ciencias de la Salud Universidad del Norte. Coordinador Unidad de Reumatología Hospital Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia). carvicab@gmail.com

² Coeditora. Luz Marina Alonso. Docente salud pública. Universidad del Norte. lmalonso@uninorte.edu.co

educación, en salud y alfabetización con mucho menos recursos de los que maneja un sistema de salud como el nuestro. En cambio, hemos optado por un Modelo económico orientado a la contención de costos y desbordado por estos que se debate entre las autorizaciones a lo que puede pagar y lo que garantiza nuestro derecho constitucional. Un Modelo enfocado a tratar la enfermedad y no a prevenirla; un modelo que prioriza el diagnóstico y la intervención tecnológica porque genera mayor facturación con menor esfuerzo, lo que nos obliga todo el tiempo a pensar mayormente en la entidad enfermedad (3, 6).

Es posible que este Modelo sea irreversible por un tiempo, pero tarde o temprano tendremos una crisis insuperable que todos pagaremos de nuestro bolsillo. Es necesario pensar diferente para tener una mejor aproximación a resolver este problema hacia el futuro.

Ya Einstein decía que no hay razón para obtener resultados diferentes si seguimos haciendo lo mismo y esto se presenta en algunas posiciones de las discusiones para recuperar el liderazgo de la salud, expresadas por docentes que relatan las distintas iniciativas existentes y actuales para reformar el sistema; algunas de ellas, como bien lo manifiestan estos autores, son más de lo mismo (7-8).

Un sistema en el que los pacientes desean lo mejor y que frecuentemente por falta de educación y comunicación se equipara a lo más costoso; los médicos desean lo mejor, que frecuentemente significa lo más costoso y especializado, ya que da la mejor facturación en ingreso y una administración que quiere lo mejor, equivale a pagar lo menos posible a los "prestadores" y evitar los so-

brechos, manteniendo así un lucro que va en contravía de una buena atención en salud, que debería ser un derecho sagrado, ya que todos somos potencialmente pacientes.

Varias de estas metas corresponden a esfuerzos en salud preventiva, cuyos indicadores, en lugar de mejorar, se han deteriorado con el esquema de salud escogido desde 1993, que al destacar sus logros alcanzados, algunos de los que se enfatizan se cumplieron décadas más tarde de lo que estaba previsto (7, 8).

Son tiempos en los que se habla de Salud Global (9) como el enfoque holístico de esta, que debe ser analizada desde sus componentes biomédicos, sociales, económicos, legales, ambientales, y que debe ayudar a enfocar soluciones globales, interdisciplinarias, transdisciplinarias y cooperativas para problemas que impartan la comunidad mundial, como varios de los esbozados en los Objetivos del Milenio.

En países donde debemos lidiar aún con una carga importante de enfermedades del tercer mundo, como algunas de las infecciosas mencionadas, y muchas del primer mundo como las cardiovasculares, se debería imponer un cambio radical en el enfoque que hemos tenido, que a juzgar por los resultados de los indicadores ha demostrado ser totalmente ineficiente. Por lo que requerimos un enfoque que priorice el rescate de la comunicación (10) y que ayude a resolver los siguientes interrogantes: ¿Cuándo dejarán de impartir salud los jueces? ¿Cuándo los médicos y los pacientes, incluidos los maestros(as), definirán las prioridades en salud y no solo decisiones centradas en profesionales del área de la administración y la economía? ¿Cuándo tendremos un Modelo basado en la comunicación, educación y

prevención, en el que cada individuo sea verdaderamente responsable de su salud?

REFERENCIAS

- (1) El Heraldo. Mil días para los objetivos del milenio. Disponible en: <http://www.elheraldo.co/opinion/editorial/mil-dias-para-los-objetivos-del-milenio-106133>
- (2) Rodríguez S, Baca W. ¿Son alcanzables los objetivos de desarrollo del milenio? *Salud Uninorte* 2007; 23(2): 251-75. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4040/2474>
- (3) Caballero-Uribe CV. Las crisis del Sector Salud. *Salud Uninorte* 2012; 28 (2): VII-XII. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4749/3029>
- (4) Mendoza A, Alonso L, Arteta J et al. Modelo curricular para el desarrollo de una conciencia salubrista. Proyecto aprobado por Colciencias. <http://www.uninorte.edu.co/web/dip/blog/-/blogs/51-modelo-curricular-para-el-desarrollo-de-una-conciencia-en-salud>
- (5) Champion E, Morrissey S. A Different Model – Medical Care in Cuba. *The New England Journal of Medicine* 2013; 368 (4): 297-9. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1215226>
- (6) Caballero C, Alonso L. Enfermedades crónicas no transmisibles. Es tiempo de pensar en ellas. *Salud Uninorte* 2010; 26 (2): pp 7-9.
- (7) Tuesca R. La salud en su ley. *UnNorte*, 2013, p. 4-5.
- (8) Ramiro M, Gallegos A, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de Salud de Colombia. *Salud Pública Mex* 2011; 2S: 44-55. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/10.pdf>
- (9) Sanjuán H, Baquero H, Navarro E. Salud Global. *Salud Uninorte* 2011; 27(1): XI-XIII. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/1934/2175>
- (10) Caballero-Uribe CV. Recuperamos la Comunicación [BLOG]. *El Blog de Carvica*. 2013. Disponible en: <http://carvica1.blogspot.com/2013/03/recuperemos-la-comunicacion.html>