

COLABORACIÓN ESPECIAL**VALORACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO MEDIANTE LA REVISIÓN DE LA LITERATURA CIENTÍFICA EN 2008**

Diana Gil-González (1), Mercedes Carrasco-Portiño (1), M^a Carmen Davó Blanes (1), Lucas Donat Castelló (2), Álvaro Franco-Giraldo (3), Rocio Ortiz Moncada (1), Marco Palma Solís (4), M^a Teresa Ruiz-Cantero (1, 5), Carmen Vives-Cases (1,5), Airton Stein (6), Ildefonso Hernández Aguado (2,5,7) y Carlos Álvarez-Dardet Díaz (1,5)

- (1) Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante.
- (2) Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología. Universidad Miguel Hernández. Alicante.
- (3) Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Colombia.
- (4) Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Yucatán. México.
- (5) CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).
- (6) Universidade Federal de Ciências de Saúde de Porto Alegre. Brasil.
- (7) Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

RESUMEN

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se encuentran actualmente a mitad de su periodo de ejecución, siendo el año 2015 la fecha prevista por la Organización de Naciones Unidas (ONU) para su alcance. El objetivo de este artículo es revisar la situación actual en la que se encuentran los ODM a nivel mundial y analizar las barreras que estarían impidiendo su consecución para cada uno de los ámbitos de los ODM, así como valorar algunos de los indicadores evaluados. Para ello, se ha revisado la literatura científica publicada sobre los ODM en las principales bases de datos de ciencias de la salud y ciencias sociales, así como los principales informes elaborados sobre el tema por Naciones Unidas. Los estudios científicos en torno a los 8 ODM y sus 18 Metas permiten realizar un análisis crítico sobre la situación en la que se encuentra en la actualidad cada uno de ellos, identificando los determinantes que están impidiendo su consecución y las acciones que se consideran necesarias para impulsar el avance. Aunque a nivel global ha habido mejoras en algunas de las metas, la investigación realizada hasta la fecha muestra barreras a la consecución de los ODM, como el insuficiente peso de los estados de los países en desarrollo sobre las decisiones económicas y políticas, así como la incoherencia entre las políticas económicas y las políticas sociales y de salud. Por otra parte, África Subsahariana constituye la región con mayor desventaja, lo que supone que no alcanzará la mayoría de los ODM. España y los países desarrollados, además de aportar recursos, pueden contribuir a los ODM mediante la identificación y erradicación de las barreras que impiden su alcance. Esto significa promover unas relaciones económicas internacionales en condiciones de justicia social, apoyando un mayor poder de decisión para los países en desarrollo, y denunciando las actuaciones que incrementan las desigualdades sociales y el empobrecimiento de la población.

Palabras clave: Desigualdades. Pobreza. Mortalidad infantil. Mortalidad materna. Desigualdades de género. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Educación.

Correspondencia:

Carlos Álvarez-Dardet Díaz
Área de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Edificio Colegio Mayor, Campus San Vicente del Raspeig, Universidad de Alicante
Apartado Postal 99. 03080 Alicante.
Correo electrónico: carlos.alvarez@ua.es

ABSTRACT**Appraisal of the Millennium Development Goals by Means of a Review of the Scientific Literature in 2008**

The Millennium Development Goals (MDGs) are now at the midterm of their target period, as 2015 is the date scheduled by the United Nations Organisation (UN) for their attainment. The purpose of this article is to review the current situation of the MDGs worldwide and to analyse the barriers which are preventing them from being attained in each of the MDG areas, as well as to assess a number of the indicators evaluated. In order to do so, a review has been made of the scientific literature published on the MDGs in the principal health sciences and social sciences databases, as well as the most significant reports on the issue drawn up by the United Nations. The scientific studies on the 8 MDGs and their 18 Targets make it possible to undertake a critical analysis of the situation in which each of these Goals are found at the present time, identifying the determinants that are preventing the attainment of the Goals and the actions considered necessary in order to achieve progress. Although there have been improvements in some of the goals on a world level, the research carried out to date reveals barriers to the attainment of the MDGs, as well as the insufficient weight of the developing countries in the economic and political decision-making processes, together with the incoherence between the economic policies and the social and health policies. Furthermore, Sub-Saharan Africa constitutes the most disadvantaged region, which means that it will not attain the majority of the MDGs. Spain and the developed countries, in addition to contributing resources, can also contribute to the MDGs by means of the identification and eradication of the barriers preventing attainment. This involves promoting international economic relations under conditions of social justice, by supporting a greater decision-making power for developing countries and denouncing actions that increase social inequalities and the impoverishment of the population.

Keywords: Socioeconomic Factors. Inequalities. Infant Mortality. Maternal mortality. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Educational Status.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Sin haber logrado la meta de Salud para Todos en el año 2000 propuesta en 1978, la comunidad internacional la reemplazó mediante la Declaración del Milenio¹, un nuevo proyecto para la consecución de logros mínimos en salud, condiciones de vida y derechos humanos. Este plan operativo, acordado en el año 2000, consiste en 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y 18 Metas (MM) que se encuentran actualmente a mitad de su periodo de ejecución, siendo el año 2015 la fecha prevista por la Organización de Naciones Unidas (ONU) para su alcance. En torno a los ODM y sus MM se han realizado estudios que han despertado el interés de la agenda política y científica^{2,3}, investigaciones acerca del avance o retroceso de los ODM^{4,5} y sobre nuevos indicadores más precisos para medir el alcance de los mismos⁶, así como documentos periódicos realizados por las agencias de la ONU sobre el diagnóstico de la situación⁷ y las estrategias para el progreso de los ODM⁸.

Mientras que los informes realizados para la ONU por personas expertas ofrecen una visión en ocasiones complaciente⁷, los estudios científicos tienden a ser más críticos en sus conclusiones con los aspectos que estarían impidiendo el alcance de los ODM y con el camino que todavía queda por recorrer. La investigación es heterogénea, analizando el tema desde diversas perspectivas que incluyen desde la pertinencia de que fueran estos ocho objetivos con sus metas y no otros los seleccionados como estrategia de logros básicos, hasta la idoneidad de la metodología para medir su progreso.

El objetivo de este trabajo es revisar la literatura científica identificada en bases de datos de ciencias de la salud y ciencias sociales así como los informes publicados por Naciones Unidas, sobre la situación en la que se encuentra en la actualidad cada

ODM, identificando los determinantes que están actuando como barreras para su consecución, analizando algunos de los indicadores propuestos para su evaluación, y haciendo referencia a las acciones que se consideran necesarias para impulsar el avance. A continuación se presenta un análisis de estos factores para cada ODM.

El ODM1 es erradicar la pobreza extrema y el hambre. Aunque la ONU ha manifestado que la pobreza entorpece el avance de los demás ODM⁸ y que constituye un importante determinante de la salud^{9,10}, la Declaración del Milenio se propuso como meta reducir sólo a la mitad las personas que viven con menos de un dólar al día. Aun así, si bien se han obtenido resultados favorables en algunos contextos, parece que no se reduce a un ritmo lo suficientemente rápido en un buen número de países y regiones, que han mantenido e incluso empeorado sus condiciones de vida^{11,12}. Estudios recientes inciden en la necesidad de identificar qué contextos estarían actuando como determinantes políticos de la pobreza y si estarían siendo concluyentes como barreras en la lucha contra el problema. Algunos ya apuntados son la reducción del consumo de gobierno de los estados⁴, las desigualdades en la distribución de la riqueza^{13,14}, o la liberalización comercial y las reformas de las economías de los países¹⁵. Considerar la pobreza como un problema de múltiples causas (sociales y políticas) y no solamente como privación económica es un aspecto fundamental para luchar contra dichas causas con el fin de erradicarla.

La erradicación del hambre en el mundo es la segunda meta incluida en el ODM1. La ONU ha manifestado que para algunos países en desarrollo es posible disminuir a la mitad la población menor de 5 años que presentan desnutrición general, mientras que en Asia Meridional y África Subsahariana este avance no parece posible⁷. En general, a pesar de que las cifras de desnu-

trición se han reducido un 20%, se ha incrementado proporcionalmente la prevalencia de sobrepeso y obesidad como formas de malnutrición¹⁶. Es la denominada “doble carga del hogar”, pues más de la mitad de los hogares en estos países tiene un menor de 5 años con insuficiencia ponderal y también un miembro de la familia con exceso de peso^{17,18}. Las subvenciones a la agricultura y a la exportación, y los aranceles de las importaciones de alimentos en los países desarrollados constituyen un grave obstáculo para los países en desarrollo, impidiendo en gran medida la erradicación del hambre¹⁹. Además, la apertura del mercado mundial ha trasladado franquicias de comidas rápidas de los países ricos a los países en desarrollo, lo que estaría conduciendo a un exceso de consumo de alimentos procesados, más accesibles para la población²⁰.

La pobreza y el hambre se ven profundamente afectadas por los conflictos bélicos y las situaciones de violencia directa o estructural que se dan en muchos países. La cronificación de estas situaciones merma los procesos de desarrollo de los países y desestructura las sociedades, provocando que el ciclo de la pobreza y el hambre no puedan romperse y las políticas no tengan el efecto deseado contra estos problemas.

El ODM2 considera el logro de la enseñanza primaria universal como un factor que podría contribuir a reducir la pobreza, promover la equidad y fomentar los derechos humanos²¹. Aunque la tasa de matriculación en las regiones en desarrollo ha pasado de un 78% en el año 2000 a un 83 % en 2005 a nivel global, el 38 % de los países en desarrollo no alcanzarán este objetivo para el 2015 y el 65 % de los países de África no lo alcanzarán antes del 2040, fundamentalmente por la reducción de la financiación externa⁷. En torno a este objetivo se cuestiona que la tasa neta de matrícula no aporta información sobre la asistencia a la escuela ni la calidad de la enseñanza, y el porcentaje de los estudiantes que comienza

el primer grado no garantiza que los niños sepan leer y escribir. El alcance de la enseñanza primaria universal requiere el uso de indicadores que sean sensibles a lo que se considera, desde los estándares internacionales, un adecuado nivel de aprendizaje y no solamente la finalización del ciclo de escolaridad²². En este sentido, considerar a la población alfabetizada puede aportar más información que utilizar indicadores relacionados con la escolarización, ya que éstos no garantizan ni la asistencia a la escuela ni el adecuado aprendizaje de la población.

El hecho de que la meta del ODM2 sea la única vinculada al ODM3, que recoge la igualdad de género y la autonomía de la mujer (en el sentido de “eliminar las desigualdades de género en la educación primaria y secundaria, preferiblemente en el año 2005, y en todos los niveles de la educación antes de fines de 2015) ha sido criticado, ya que aunque la igualdad de género es una condición indispensable, no es suficiente para hacer frente a las desigualdades de género que se producen en los ámbitos político y económico²³. En general, aunque la situación ha mejorado para las mujeres, este objetivo es difícil de alcanzar, pues el 60 % de las personas trabajadoras familiares no remuneradas son mujeres, y en África Subsahariana sólo una de cada cinco personas trabajadoras remuneradas es mujer, situación que no ha cambiado en los últimos 15 años. La posición conservadora de la ONU puede verse condicionada por la limitada disponibilidad de estadísticas desagregadas por sexo a nivel mundial y por la necesidad de indicadores que permitan una mayor aproximación objetiva a la segunda parte del ODM3 relacionado con el empoderamiento de las mujeres. Por otra parte, el ODM3 tiene importantes problemas metodológicos para evaluar su logro. Tres de los cuatro indicadores miden la equidad de género y sólo uno mide el empoderamiento de las mujeres al elegir, controlar y ejercer el poder²⁴. Estos indicadores oficiales del ODM3 permiten identificar tres ámbitos en los que orientar

Tabla 1

Logros y retos de los objetivos de desarrollo del milenio medidos a mitad de periodo (2007)

Objetivos y Metas	Logros	Retos
O1. ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE		
M1. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el % de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día.	El número de personas en países en desarrollo que viven con menos de 1 \$ al día descendió de 1250 millones en 1990 a 980 millones en 2004. En el África Subsahariana, la proporción de personas en situación de pobreza extrema descendió de un 46,8 % en 1990 a 41,1 % en 2004.	Los índices de pobreza en Asia Oriental se han duplicado entre 1990 y 2005. El coeficiente de la brecha de pobreza en África Subsahariana sigue siendo el mayor del mundo. La situación de extrema pobreza creció bruscamente a principios de los años 90 en la Comunidad de Estados Independientes (CEI)* y en los países con economías en transición en Europa Sudoriental. Los beneficios del crecimiento económico en los países en desarrollo se han distribuido de manera desigual entre países y dentro de los países. La proporción del consumo nacional correspondiente a la quinta parte más pobre de la población en los países en desarrollo disminuyó de 4,6 a 3,9 % entre 1990 a 2004.
M2. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.	A nivel global, la proporción de niños menores de cinco años con un peso inferior a lo normal descendió un 20 % en el periodo 1990-2005.	Los porcentajes más elevados de niños que padecen hambre siguen registrándose en el Asia meridional y en el África subsahariana. El leve progreso observado en estas regiones hace bastante improbable el alcanzar la meta global. En caso de que estas tendencias continúen, 30 millones de niños no mejorarán su situación respecto a la meta global del 2015.
O2. LOGRAR LA ENSEÑANZA PRIMARIA UNIVERSAL		
M3. Velar porque, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.	La tasa neta de matrícula en la escuela primaria en las regiones en desarrollo aumentó un de un 80 % en el curso 1990/1991 a un 88 % en el año escolar 2004/2005.	72 millones de niños en edad de estudiar primaria estaban sin escolarizar en 2005 en los países en desarrollo; 57 % eran niñas. El 30 % de los niños en edad escolar en el África Subsahariana no van al colegio. Ni las cifras de matriculación y ni las de asistencia reflejan a los niños que no van a la escuela con regularidad. Casi un tercio de los niños en edad de estudiar primaria en las zonas rurales de países en desarrollo no van a la escuela.
O3. PROVOMER LA IGUALDAD ENTRE LOS SEXOS Y LA AUTONOMÍA DE LA MUJER		
M4. Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines de 2015.	La cantidad de mujeres con un trabajo remunerado y no relacionado con la agricultura ha crecido gradualmente sobre todo en Asia meridional, Asia occidental y Oceanía. En Enero de 2007, las mujeres representaban en todo el mundo un 17 % de parlamentos y cámaras bajas, frente a un 13 % en 1990.	Sólo uno de cada cinco trabajadores remunerados en África Subsahariana es mujer, una situación que no ha cambiado en los últimos 15 años. El 60 % de los trabajadores familiares no remunerados son mujeres.
O4. REDUCIR LA MORTALIDAD DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS		
M5. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.	Las muertes en África por sarampión se redujeron de 506000 casos en 1990 a 126000 en 2005.	En el año 2005 se calcula que 10,1 millones de niños mueren antes de cumplir los 5 años por causas prevenibles. En los países que redujeron su mortalidad infantil, los principales cambios se produjeron en los niños que vivían en el 40 % de las familias más ricas, en áreas urbanas, o cuyas madres habían recibido algún tipo de formación.

Tabla 1 (continuación)

Logros y retos de los objetivos de desarrollo del milenio medidos a mitad de periodo (2007)

Objetivos y Metas	Logros	Retos
05. MEJORAR LA SALUD MATERNA		
M6. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.	Desde 1990, todas las regiones han experimentado un progreso a la hora de garantizar que las mujeres reciban asistencia prenatal al menos una vez durante todo el embarazo. Incluso en el África Subsahariana más de dos tercios de las mujeres recibieron asistencias prenatal al menos una vez durante el embarazo.	137 millones de mujeres tienen una necesidad de planificación familiar no satisfecha. La prevalencia anticonceptiva aumentó de un 55 % en 1990 a un 64 % en 2005, aunque sigue siendo muy baja en el África Subsahariana, con un 21 %. Los intentos de reducir la mortalidad materna deben adaptarse a las condiciones locales, ya que las causas de muerte varían según las regiones y países en desarrollo.
06. COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES.		
M7. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.	La prevalencia del VIH se ha nivelado en los países en desarrollo. Siguen ampliándose los esfuerzos por ofrecer tratamiento a quienes estén afectados por el VIH y SIDA.	Cada vez hay un mayor número de mujeres infectadas, junto con niñas y mujeres jóvenes. En el año 2006, las mujeres representaban el 48 % de todo el mundo que vivía con VIH. Aunque el África Subsahariana alberga a la gran mayoría de personas de todo el mundo afectadas por el VIH (63 %), sólo la cuarta parte de esos 4,8 millones de personas están recibiendo.
M8. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.	Las principales intervenciones para el control del paludismo se han extendido en los últimos años, gracias a una atención y financiación cada vez mayores, como la utilización de mosquiteras. La epidemia global de tuberculosis parece estar a punto de descender, ya que la incidencia ha comenzado a estabilizarse.	En el África Subsahariana, sólo un cinco por ciento de los niños menores de cinco años duermen con mosquiteras tratadas por insecticidas. El progreso para reducir a la mitad la prevalencia y la mortalidad de la tuberculosis para el año 2015 no es lo suficientemente rápido.
07. GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL MEDIO AMBIENTE		
M9. Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.	La proporción de áreas protegidas a nivel global ha aumentado de manera constante, y 20 millones de kilómetros de tierra y mar estaban protegidos en 2006. La energía procedente de recursos renovables, como la hidráulica y los biocombustibles, representa más del 12 % de la energía total utilizada.	Los países tienen que erradicar por completo la emisión de clorofluorocarbonos (CFCs) antes de 2010 de acuerdo al protocolo de Montreal (1987).
M10. Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenido al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.	Asia Oriental, Sudoriental y Occidental, África Septentrional y América Latina y Caribe están en el camino para reducir a la mitad en 2015 el porcentaje de personas que no disponen de sistemas de saneamiento básico.	En África Subsahariana aumentó la cantidad total de personas sin acceso al saneamiento: de 335 millones en 1990 a 440 para finales de 2004. La falta de agua potable y servicios de saneamiento contribuye en un 88 % en las mortalidades infantiles.
M11. Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios.		En 2005, uno de cada tres habitantes de las ciudades vivía en condiciones de tugurio (carencia de al menos una de las condiciones básicas de vivienda digna: saneamiento adecuado, suministro correcto de agua, vivienda perdurable o espacio habitable adecuado). La rápida expansión de las áreas urbanas dificultará la mejora de las condiciones de vida con la rapidez necesaria para alcanzar la meta.
08. FOMENTAR UNA ASOCIACIÓN MUNDIAL PARA EL DESARROLLO		
M12. Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio.	16 de los 22 estados miembros del Comité de Ayuda al Desarrollo alcanzaron las metas de 2006 para la ayuda oficial al desarrollo que ellos mismos establecieron en el año 2002 en la Conferencia de Monterrey sobre la Financiación para el Desarrollo.	Entre 2001 y 2005, el porcentaje de AOD que se destinó a la asistencia técnica relacionada con el comercio y el desarrollo de capacidades ha descendido desde un 4,4 hasta un 3,5 %.

Tabla 1 (continuación)

Logros y retos de los objetivos de desarrollo del milenio medidos a mitad de periodo (2007)

Objetivos y Metas	Logros	Retos
M13. Atender a las necesidades especiales de los países menos adelantados.		La ayuda oficial al desarrollo (AOD) descendió en un 5,1 % desde 1997. Se prevee que la AOD siga descendiendo a partir de 2007.
M14. Atender las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y de los pequeños estados insulares en desarrollo.		La AOD dirigida a los países menos adelantados está estancada desde el año 2003.
M15. Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo.	En 2007, 22 de los 40 países de la Iniciativa PPME (Países Pobres Muy Endeudados) cumplieron los requisitos para que se les concediera la exoneración de su deuda.	Se espera que los pagos de carga de la deuda desciendan hasta un 4 % de los ingresos de exportación en 2006 para los PPAE.
M16. En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo.		La cantidad de jóvenes desempleados ha aumentado desde 74 millones en 1996 hasta 86 millones en 2006. Garantizar el empleo de los jóvenes, sin embargo, es un elemento indispensable para la erradicación de la pobreza.
M17. En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a un coste razonable.		
M18. En colaboración con el sector privado, velar para que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones.		Más de la mitad de la población de las regiones desarrolladas utilizaban internet en 2005, frente al 9 % de los que lo utilizaban en las regiones en desarrollo.

Fuente: *OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO. Informe de 2007*. El presente informe se basa en una serie de datos originales reunidos por un grupo de expertos bajo la dirección del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de Naciones Unidas en respuesta a la petición de la Asamblea General de que se realicen evaluaciones periódicas de los progresos logrados en los ODM.

* Organización supranacional compuesta por 11 de las antiguas 15 Repúblicas Soviéticas, con la excepción de los 3 estados bálticos: Estonia, Letonia que actualmente son miembros de la Unión Europea (UE), Turkmenistán abandonó la organización el 26 de agosto del 2005 para convertirse en miembro asociado.

sus estrategias: 1. Doméstico-privado (indicadores: razón de niñas por niño en educación primaria, secundaria y terciaria, y razón de alfabetización de mujeres por hombres entre 15 y 24 años), 2. Productivo-laboral (proporción de mujeres en empleos asalariados no agrícolas) y 3. Social (porcentaje de asientos parlamentarios ocupados por mujeres a nivel nacional). Como se puede observar, sólo miden parcialmente las áreas para las cuales están diseñados: educación, empleo y participación política. Incluso la ONU reconoce en su último informe sobre los avances en los ODM que sólo pueden medir parcialmente los progresos en equidad de género y empoderamiento de las mujeres²³. Elementos importantes del empoderamiento no son capturados por los indicadores oficiales, como la capacidad de las

mujeres de trabajar en empleos remunerados y de controlar su propia fertilidad. Tampoco se recoge información sobre los resultados en términos de salud y las desigualdades en el acceso a los recursos productivos. Los motivos anteriores, entre otros, han devenido en la necesidad de considerar indicadores alternativos, como tasa de participación en el mercado laboral, acceso a créditos o ayudas económicas de mujeres y hombres, número de mujeres y hombres que tienen tierras, o porcentaje de hombres y mujeres que votan, porcentaje de mujeres que ocupan puestos en gobiernos locales, entre otros. Sobre todo, porque según la Declaración del Milenio, el logro del ODM3 es requisito indispensable para el logro de los ODM relacionados con el hambre, la pobreza y los problemas de salud⁷.

El panorama del ODM4, que se propone reducir la mortalidad infantil, es uno de los más desalentadores. Las diferencias de mortalidad de menores de 5 años entre países oscila entre tasas de 3 por 1000 nacidos vivos en los países menos afectados hasta tasas mayores de 280 muertos por 1000 nacidos vivos en los países menos adelantados²⁵. Diversos estudios han demostrado una ralentización de la disminución, estancamiento y hasta aumento de la mortalidad infantil en países y regiones del mundo, ya sea ocasionado por reformas estructurales de los países²⁶, por deficiencias en el acceso a los servicios preventivos e higiene ambiental²⁷ o desigualdades de ingresos y educativas²⁸. Además, la investigación ha evidenciado que las políticas de ajuste estructural impuestas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional en los años 80 del siglo XX tuvieron un efecto negativo sobre los indicadores sociales y de salud de los países de América Latina y El Caribe, fundamentalmente sobre la mortalidad infantil, persistiendo este efecto en la década posterior²⁹.

No es mejor la situación que refleja el ODM5, que pretende mejorar la salud materna, siendo además el objetivo que menos ha avanzado. Se estima que más de medio millón de mujeres mueren al año por problemas durante el embarazo, parto y puerperio, pese a que son muertes evitables. Aunque se ha reconocido la asociación entre la muerte materna y el uso de servicios sanitarios cualificados, la mortalidad materna es mucho más que un problema sanitario. Supone el no cumplimiento de derechos humanos fundamentales de las mujeres y muestra la posición de desventaja y vulnerabilidad en la que se encuentran, fundamentalmente en los países pobres. El indicador propuesto para medir el logro del objetivo se centra en las muertes maternas. Pero tal y como reconoce la ONU en sus informes y documentos³⁰, la salud materna es un concepto que supone mucho más que la reducción de la mortalidad. También

incluye todo el proceso vital relacionado con la sexualidad y reproducción de ambos sexos, el parto y las condiciones en que se produce, los cuidados perinatales, y el seguimiento de las mujeres durante el puerperio y después. Otros problemas metodológicos relacionados con la mortalidad materna son por un lado la existencia de diferentes definiciones del problema, lo que dificulta la identificación de casos y la comparación. Mas aún, de este indicador se critica que se exprese en términos de los recién nacidos (muertes maternas por 100.000 nacidos vivos), en lugar de en términos de la población general o la población en riesgo, como cualquier otro indicador, hecho que complica el cálculo en la medida que no existen buenos registros al respecto. El que los propios gobiernos reconozcan que los registros de recién nacidos den cifras artificiales ha facilitado que se modifiquen los denominadores en las líneas basales realizadas a posteriori de la formulación de los ODM, y como consecuencia, disminuya drásticamente la mortalidad materna, acercándose por este artefacto al alcance de la meta prevista³¹. Por otra parte, el conocimiento existente sobre los determinantes de carácter político y cultural de la mortalidad materna es escaso^{32,33}. Los factores económicos han sido más reconocidos por la literatura científica como determinantes de muerte materna. Tampoco se ha generado conocimiento sobre el peso de la política³⁴ y el de la propia cultura como protectora de la mortalidad materna o como determinante de la misma³², así como de la influencia de la religión y de la ideología patriarcal³⁵.

La salud materna e infantil están condicionadas también por las enfermedades infecciosas, de alta prevalencia en los países más desfavorecidos. El ODM6, que se propone combatir el SIDA/VIH, paludismo y otras enfermedades, ha alcanzado progresos, sobre todo en la lucha contra el SIDA/VIH, incorporando acciones desde el Fondo Mundial de lucha contra el

SIDA, la tuberculosis y la malaria. Respecto al paludismo, aunque las principales intervenciones para el control de la enfermedad se han extendido en los últimos años, en África Subsahariana sólo un 5 % de los niños duermen con mosquiteras tratadas con insecticidas. De la misma forma, esta región es la que tardará más tiempo en estabilizar la epidemia de tuberculosis que tuvo un fuerte incremento durante la pasada década⁷. Por otra parte, se dispone de datos alentadores sobre la prevención de la infección en colectivos sensibles como son los niños nacidos de madres seropositivas al tiempo que se debate sobre la calidad de la información epidemiológica de los años recientes, que pudo haber sobreestimado la magnitud del problema y dado una visión excesivamente optimista sobre la situación epidemiológica actual. Llama también la atención que la estrategia básica frente a al SIDA/VIH esté casi completamente impregnada de iniciativas en el campo de los servicios sanitarios sin poner suficiente énfasis en la necesidad de acción en otros sectores y sin dar toda la relevancia necesaria a factores como la desigualdad como guía para la acción futura³⁶.

El ODM7, que se propone garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, ha alcanzado logros mediante políticas de reforestación y las relacionadas con el límite del uso de CFC (clorofluorcarbonados)³⁷. Sin embargo, siguen sin encontrarse soluciones eficaces ante problemas medioambientales como la destrucción de la capa de ozono o la deforestación amazónica, e incumplándose sistemáticamente aspectos clave del protocolo de Kyoto sobre emisión de gases contaminantes y calentamiento global. Por otra parte, la falta de acceso al agua potable y saneamiento básico en zonas rurales y urbanas en los países desfavorecidos sigue siendo uno de las principales fuentes de enfermedad para la población (1,7 millones de muertes anualmente). La

falta de saneamiento estaría en el origen de hasta el 6% de la carga global de enfermedad³⁸. Frente a otras regiones que sí alcanzan progresos en este ámbito, África Subsahariana no aumenta el número de personas con acceso a estos recursos y servicios⁷. Esto depende en buena medida de la proporción de personas que viven en condiciones de tugurio, meta que está incluida en este ODM y de difícil solución dado el éxodo constante de personas de zonas rurales a urbanas (sobretudo periurbanas), incrementando la proporción de habitantes en entornos donde no se dan condiciones básicas para una vida digna.

El ODM8 refleja, bajo el nombre de asociación mundial para el desarrollo, el contexto político y económico necesario para favorecer el alcance de todos los ODM. Las metas que lo componen abarcan la transformación del comercio internacional hacia un sistema más justo, la eficacia de ayuda al desarrollo, la sostenibilidad de la deuda externa, la promoción del trabajo dirigido a los jóvenes, el acceso a medicamentos esenciales favorecidos por las empresas farmacéuticas, y el uso de la tecnología para beneficio global.

El funcionamiento del comercio internacional constituye uno de los principales determinantes de la desigualdad económica mundial. Los países en desarrollo se ven afectados por los aranceles impuestos a sus exportaciones agrícolas, situación que se ve agravada por los subsidios a la producción de los países desarrollados. El propio Banco Mundial revela que “una revocatoria de las barreras comerciales y los subsidios a la agricultura de los países ricos mejoraría el bienestar global en unos 120 mil millones de dólares, y un incremento del 1% en el reparto de las exportaciones globales a favor de los países en desarrollo sacaría a 128 millones de personas de la pobreza”³⁹. Los países de Asia meridional, África Subsahariana y América Latina y Caribe han sido los más perjudicados por este proble-

ma⁴⁰. La liberalización también estaría afectando a los servicios de salud de los países en desarrollo mediante los acuerdos del GATS, favoreciéndose la privatización de los mismos y afectando así a la calidad de la atención, a la disponibilidad y capacitación de recursos humanos y a la financiación de los servicios⁴¹.

Aunque en todos los ODM se ha identificado que las dificultades son más graves en África Subsahariana, incluyendo aquellas regiones que han registrado un progreso sustancial, como algunas partes de Asia, deben afrontar retos fundamentales en salud básica, así como en otros sectores⁷. Otros casos, como el de Brasil (que representa en buena medida la situación de América Latina), muestran que países que crecen económicamente siguen manteniendo importantes desigualdades, por ejemplo de ingresos: el 20 % de la población más rica obtiene una renta 26 veces mayor que la del 20 % más pobre. También se ve afectado por una grave situación de empobrecimiento, ya que el 24 % de la población económicamente activa vive bajo el umbral de 2 dólares al día, que constituye la medida internacional de la pobreza según los ingresos. En este sentido, las estrategias de los países para mejorar la salud tendrían que estar basadas más que en el crecimiento económico en sí mismo en la distribución de esta riqueza, con el fin de disminuir las desigualdades, y en el uso sostenible de los recursos⁴².

Además de los problemas económicos que afectan a los países más desfavorecidos, la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) no estaría actuando como un instrumento que contribuye al alcance de los ODM, aspecto destacado incluso por la ONU y la Unión Europea. La AOD se caracteriza por su falta de transparencia y de coherencia entre la política de desarrollo, la política de financiación (incluida la AOD), la política hacia el extranjero y la política de comercio de los países donantes. La AOD

no estaría siendo adecuadamente orientada para contribuir a alcanzar los ODM ya que no siempre se dirige a países considerados prioritarios y no ha invertido suficientemente en recursos básicos como salud o educación^{8,43}. Por otra parte, sigue siendo necesaria más investigación respecto a la meta relacionada con la sostenibilidad de la deuda externa, que sigue siendo un obstáculo para el desarrollo de los países más afectados, al papel de las compañías farmacéuticas en el acceso a medicamentos esenciales fundamentalmente para tratar enfermedades infecciosas, o sobre las condiciones del acceso y uso de las tecnologías de la información y de las comunicaciones.

CONSIDERACIONES

Los ODM no han obtenido un resultado óptimo de sus logros en la mitad del periodo, ya que existen importantes barreras para su alcance. El logro de sus metas requiere de un esfuerzo político internacional caracterizado por la coherencia de las acciones de los países miembros de la Organización de Naciones Unidas, sus agencias y niveles de actuación (local, nacional e internacional). El alcance de los ODM necesita además una estrecha colaboración entre los sectores que ponen en marcha sus acciones. Es por ello que la erradicación de la pobreza impulsará la mejora de la salud materna e infantil, así como la gestión de una AOD de calidad puede llegar ser un instrumento útil en la lucha contra la pobreza. Aunque la elección de estos ODM y sus indicadores haya sido cuestionada como la mejor estrategia para orientar las acciones, ésta sigue constituyendo la primera agenda de desarrollo internacional consensuada por los países. Por ello, el gobierno de España incorporó en su Plan Director de Cooperación Española 2005-2008 (documento que refleja las directrices de su política de cooperación internacional) la necesidad de contribuir y participar en una "agenda inter-

nacional común de desarrollo” que tiene su máximo exponente en la Declaración del Milenio. Concretamente, el Plan establece que “... la Declaración del Milenio se convierte en el principal, aunque no el único, referente de nuestra política de desarrollo internacional”⁴⁴. Este compromiso político supone la oportunidad de dirigir los recursos de la cooperación española hacia los sectores de los ODM, fundamentalmente aquéllos considerados como prioritarios y que están relacionados con la salud y la erradicación de la pobreza.

Además de la aportación de recursos mediante la política de cooperación internacional, España y los países desarrollados pueden contribuir a los ODM mediante la identificación y erradicación de las barreras de carácter político y económico que estarían impidiendo su alcance. Para ello es necesario mejorar las fuentes de información de los países, fundamentalmente de los pobres. La calidad de los datos es un requisito indispensable para poder describir los problemas de salud y analizar los factores que pueden contribuir a explicar sus causas.

Sería también necesario promover políticas públicas que contribuyan a unas relaciones económicas internacionales en condiciones de justicia social, en los niveles local, regional, nacional e internacional que permitan el desarrollo económico y social de los países, el apoyo desde los organismos internacionales para que los países pobres tengan un mayor poder de decisión sobre sus propias economías, y la denuncia por parte de los agentes sociales de las actuaciones que incrementan las desigualdades sociales y el empobrecimiento de la población. La acción política hacia un contexto mundial más equitativo y la utilización constructiva de las críticas para reorientar las estrategias internacionales y nacionales hacia el alcance de los ODM puede ser la mejor forma de actuación en el futuro próximo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización de Naciones Unidas (ONU) (Asamblea General). Declaración del Milenio de Naciones Unidas 2000 (Citado 02 de Jun. 2008). Disponible en: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>
2. Wibulpolprasert S, Tangcharoensathien V, Kanchanachitra C. Are cost effective interventions enough to achieve the millennium development goals? *BMJ* 2005; 331: 1093-1094.
3. Gil-González D, Palma Solís M, Ruiz Cantero MT, Ortiz Moncada MR, Franco-Giraldo A, Stein A, Álvarez-Dardet Díaz C. El reto para la Salud Pública de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un enfoque desde la epidemiología política. *Gac Sanit* 2006; 29 (Supl 3): 61-5.
4. Palma Solís M, Gil-González D, Álvarez-Dardet C, Ruiz Cantero MT. Political and social context of Millennium Development Poverty Goal Non-Attainment. *Bull. World Health Organ.* 2008 (en prensa).
5. Collas-Monsod S, Monsod T, Ducanes G. Philippines' progress towards the Millennium Development Goals: geographical and political correlates of sub-national outcomes. *J Hum Dev.* 2004; 5(1): 121-49.
6. Eslava-Schmalbach J, Alfonso H, Oliveros H, Gaitán H, Agudelo C. A new Inequity-in-Health Index based on Millennium Development Goals: methodology and validation. *J Clin Epidemiol* 2008; 61 (2): 142-150.
7. Organización de Naciones Unidas (ONU). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2007. (Citado 02 de Jun. 2008). Disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/report2007/mdgreport2007r2.pdf>
8. Sachs J. Investing in development. A practical plan to achieve Millennium Development Goals. New York: United Nations; 2005.
9. Sachs J. Health in the developing World: achieving the Millennium Development Goals. *Bull World Health Organ.* 2004; 82: 947-9.
10. World Health Organisation (WHO). Commission of Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on social determinants of health. 2007. (Citado 02 de Jun. 2008). Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
11. Organización de Naciones Unidas. Alerta ONU sobre aumento de pobreza en América Latina. EFE

- en Naciones Unidas, 2006. (Citado 02 de Jun. 2008). Disponible en: http://www.un.org/esa/soc-dev/csd/csocd2006/PressReleases/Alerta_Pobreza-America.pdf
12. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Capítulo 10. Vigilancia de los progresos contra la pobreza. En: Informe del PNUD sobre la Pobreza 2000. Superar la pobreza humana. (Citado 02 de Jun. 2008). Disponible en: <http://www.undp.org/povertyreport/chapters/SPChap10.pdf>
 13. Virtanen P, Ehrenpreis D. Growth, poverty and inequality in Mozambique. International Poverty Centre, United Nations Development Programme 2007. (Citado 02 de Jun 2008) Disponible en: <http://www.undp-povertycentre.org/pub/IPC-CountryStudy10.pdf>
 14. Aisbett E. Globalization, Poverty and Inequality: are the criticisms vague, vested, or valid? Prepared for the NBER Pre-conference on Globalization, Poverty and Inequality, 2003. (Citado 02 de Jun. 2008). Disponible en: http://are.berkeley.edu/~harrison/global-poverty/aisbett_globalization.pdf
 15. Topalova P. Trade liberalization, poverty and inequality: evidence from Indian districts. National Bureau of Economic Research, 2005. (Citado 02 de Jun. 2008) Disponible en: <http://www.nber.org/papers/w11614.pdf>
 16. Shetty P. Achieving the goal of halving global hunger by 2015. Proc Nutr Soc. 2006; 65(1):7-18.
 17. Caballero B. A Nutrition paradox-underweight and obesity in developing countries. N Engl J Med. 2005; 352(15):1514-6.
 18. Amigo H. Obesidad en el niño en América Latina: situación, criterios de diagnóstico y desafíos. Cad. Saúde Pública 2003; 19(Sup.1): S163-S170.
 19. Elinder LS. Obesity, hunger, and agriculture: the damaging role of subsidies. BMJ 2005; 331(7528):1333-1336.
 20. Holmboe-Ottesen G. Global trends in food consumption and nutrition. Tidsskr Nor Laegeforen. 2000; 120(1):78-82.
 21. Bloom D. Education, Health and Development. American Academy of Arts and Sciences, 2007 (Citado 02 de Jun. 2008). Disponible en: http://www.amacad.org/publications/ubase_edu_health_dev.pdf
 22. St Legar LH. The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health, a review of the claims and evidence. Health Educ Res. 1999; 14: 1: 51-69.
 23. Johnson R. Not a sufficient condition: the limited relevance of the gender MDG to women's progress. Gend Dev. 2005; 13 (1): 56-66.
 24. Global Monitoring Report 2007. Chapter 3. Promoting Gender Equality and Women's Empowerment. (Citado 02 de Jun. 2008). Disponible en: http://siteresources.worldbank.org/INTGLOMONREP2007/Resources/3413191-1179404785559/Chp3-GMR07_webPDF-corrected-may-14-2007-6.pdf
 25. United Nations. Progress towards the Millennium Development Goals, 1990-2005. En: Statistics Division. Department of Economic and Social Affairs, 2005. (Citado 02 de Jun. 2006). Disponible en: http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Attach/Products/Progress2005/goal_4.pdf.
 26. Franco-Giraldo Á, Palma M, Álvarez-Dardet C. Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980-2000. Rev Panam Salud Pública. 2006; 19 (5):291-299.
 27. Fotso J , Ezeh A, Madise N, Ciera J. Progress towards the child mortality millennium development goal in urban sub-Saharan Africa: the dynamics of population growth, immunization, and access to clean water. BMC Public Health. 2007; 7:218.
 28. Hosseinpoor A, Doorslaer E, Speybroeck N, et al. Decomposing socioeconomic inequality in infant mortality in Iran. Int J Epidemiol. 2006; 35:1211-9.
 29. Palma-Solis MA, Alvarez-Dardet C, Perez-Hoyos S, Hernandez-Aguado I. State Downsizing as a Determinant of Infant Mortality and Achievement of Millennium Development Goal 4", International Journal of Health Services2008 (en prensa).
 30. House of Commons. International Development Committee. Maternal Health. Fifth Report of Session 2007-08. Volume I. Report, together with formal minutes. London. 2008. (Citado 02 de Jun. 2008). Disponible en: <http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/cm/cm200708/cmselect/cmint-dev/66/6602.htm>
 31. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Gerencia de Atención Integral en Salud a la mujer y niñez. Estudio Línea Basal de Mortalidad Materna en El Salvador. El Salvador: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2006.

32. Gil-González D, Carrasco-Portiño M, Ruiz MT. Knowledge gaps in scientific literature on maternal mortality: a systematic review. *Bull. World Health Organ.* 2006; 84 (11); 903-909.
33. Franco A, Álvarez-Dardet C, Ruiz MT. Effect of democracy on health: ecological study. *BMJ* 2004; 329:1421-3.
34. Ruiz Cantero MT, Carrasco-Portiño M, Fiallos EE, Sánchez CD, de Sierra C. The myopia of governments contributes to maternal mortality: dying from socioeconomic and physical distances. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61:370-1.
35. McKee M, Garner P, Stott R (Eds). *International cooperation in health.* Oxford: Oxford University Press; 2001.
36. The United Nations Children's Fund (UNICEF). *Children and AIDS. Second Stocktaking Report.* New York: UNICEF, 2008. (Citado 02 de Jun. 2008). Disponible en: http://www.unicef.org/aids/files/ChildrenAIDS_SecondStocktakingReport.pdf
37. McMichael AJ, Butler CD, Folke C. New visions for addressing sustainability. *Science* 2003; 302:1919.
38. Prüss-Üstün A, Corvalán C. Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease. WHO: Geneva; 2006.
39. Organización de Naciones Unidas. Campaña del milenio "voces contra la pobreza". Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo. (Citado 02 de Jun. 2008). Disponible en: <http://spanish.millenniumcampaign.org/site/pp.asp?c=8nJBLNNnGhF&b=308781>
40. Grupo del Banco Mundial. *Objetivos de desarrollo del milenio. Informe sobre seguimiento mundial 2007. Octavo objetivo: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.* (Citado 02 de Jun. 2008). Disponible en: <http://econ.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTDATRESINSPA/EXTGMRSPA/EXTGMR2007SPA/0,,contentMDK:21271782~isCURL:Y~menuPK:3603512~pagePK:3778470~piPK:3778551~theSitePK:3566856,00.html>
41. San Sebastian M, Hurtig AK, Rasanathan K. Is trade liberalization of services the best strategy to achieve health-related Millenium Development Goals in Latin America? A call for caution. *Rev Panam Salud Publica* 2006; 20 (5): 341-346.
42. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Informe de Desarrollo Humano 2007-2008. La lucha contra el cambio climático: solidaridad frente a un mundo dividido.* (Citado 02 de Jun. 2008). Disponible en: <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2007-2008/chapters/spanish/>
43. Berg A, Qureshi Z. The MDGs: Building momentum: A big push on aid is not the sole answer. *Finance Dev.* 2005; 42 (3): 21-23. 44. Ministerio de Asuntos Exteriores. *Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008.* (Citado 02 de Jun. 2008). Disponible en http://wzar.unizar.es/SERVICIOS/inter/07%20solidario/02plan_director.pdf