



UNIVERSIDAD DE JAÉN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Trabajo Fin de Grado

La salud en la Cooperación Internacional para el Desarrollo

Alumna: Francisca Calvo López

Tutora: Prof^a D^a M^a Luisa Grande Gascón

Dpto.: Enfermería

Mayo, 2014



UNIVERSIDAD DE JAÉN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Trabajo Fin de Grado

La salud en la Cooperación Internacional para el Desarrollo

Alumna: Francisca Calvo López

Tutora: Prof^a D^a M^a Luisa Grande Gascón

Dpto.: Enfermería

Firma de la alumna:

Mayo, 2014

Índice

1.	Resumen y palabras clave.....	Págs. 4 – 5
2.	Introducción.....	Págs. 5 - 17
2.1.	Justificación del trabajo.....	Págs. 5 - 7
2.2.	Conceptos generales.....	Págs. 7 - 11
2.2.1.	Salud.....	Pág. 7
2.2.2.	Cooperación al Desarrollo.....	Págs. 7 - 8
2.2.3.	OMS.....	Pág. 8
2.2.4.	Objetivos de Desarrollo del Milenio.....	Págs. 8 - 11
2.2.5.	Enfoque de Atención Primaria.....	Págs. 11
2.3.	Historia y surgimiento de la Cooperación.....	Págs. 11 - 13
2.4.	Situación de la salud en el mundo.....	Págs. 13 - 16
2.4.1.	Recursos en salud.....	Págs. 13 - 14
2.4.2.	Enfermedades predominantes en países en des.....	Págs. 14 - 15
2.4.3.	Acceso a medicamentos esenciales.....	Págs. 15 - 16
2.5.	Papel de la Enfermería en la Cooperación.....	Págs. 16 - 17
3.	Objetivos.....	Págs. 18
4.	Metodología.....	Págs. 18 - 21
5.	Contenidos y/o resultado.....	Págs. 21 - 31
6.	Discusión y conclusiones.....	Págs. 31 - 32
7.	Bibliografía.....	Págs. 33 - 37
8.	Anexos.....	Pág. 37

1. Resumen y palabras clave

La Cooperación Internacional al Desarrollo viene desempeñándose desde hace aproximadamente unas siete décadas, en las cuales ha ido sufriendo diversos cambios para adaptarse a la época y necesidades del momento. Esta labor se ha llevado a cabo con más o menos éxito dependiendo de múltiples factores que inciden directamente en ella, como los económicos, humanos, políticos, sociales, etc. La revisión bibliográfica ha tenido como objetivo principal poder analizar a través de los documentos encontrados, la influencia que los profesionales de la salud han podido tener sobre los resultados del trabajo en la Cooperación, considerando como pieza central de estos profesionales, a la Enfermera. Se han revisado diversas bases de datos utilizando descriptores directamente relacionados con el objetivo del trabajo, y los criterios de selección que se han tenido en cuenta han sido el año de publicación, Cooperación con los países en desarrollo (únicamente con estos países), Cooperación relacionada con la Salud, etc. La búsqueda no siempre ha aportado los resultados que se necesitaban, suponiendo en algunos casos la utilización de nuevos descriptores. Finalmente se puede sacar en conclusión que el trabajo que llevan a cabo los profesionales sanitarios es tan importante que incluso depende de ello el éxito en las demás áreas de la Cooperación. También, que a pesar del tiempo empleado y el duro trabajo que está suponiendo la Cooperación al Desarrollo no se está obteniendo el efecto que cabría esperar, y que aunque no el único, sí es el factor económico uno de los más importantes para los resultados de todo ese trabajo.

Palabras clave: cooperación internacional, salud en la cooperación, salud actual en el mundo, enfermería internacional.

Abstract

The International Development Cooperation has performed for approximately seven decades in which it has undergone several changes to suit the times and needs of the moment. This work has been carried out with success depending on multiple factors that directly affect it, such as economic, human, political, social, etc. The literature review had as main objective the analyze through the documents found, the influence

that health professionals could have on the results of work in cooperation, considering as the centerpiece of the health professionals, the nurse. We reviewed several databases using descriptors directly related to the purpose of the work, and the selection criteria that were taken into account were the year of publication, Cooperation with Developing Countries (only with those countries), cooperation related with Health, etc. The search has not always provided the results needed, assuming in some cases the use of new descriptors. Finally you can take out in conclusion that the work carried out by the healthcare professionals is of paramount importance that it even depends on success in other areas of cooperation. Also, in spite of the time spent and hard work that is assuming development cooperation is not getting the effect you would expect, and although not the only economic factor itself it is one of the most important results all that work.

Keywords: international cooperation, cooperation in health, current health in the world, international nursing.

2. Introducción

2.1. Justificación del trabajo

La idea del trabajo parte de la intención de conocer la relación que existe entre la Cooperación y la salud, indagar en la evolución que ha podido sufrir con el paso del tiempo, así como estudiar algunos aspectos sobre la influencia de los profesionales de la salud en el desarrollo de la Cooperación Internacional (CI). Por eso y por los datos expuestos a continuación surge este trabajo:

- Cómo está la salud en el mundo:

Se han logrado avances significativos en muchos de los ODM (objetivos de desarrollo del Milenio), tanto en la reducción de la pobreza, acceso a fuentes de agua potable, como en las mejoras en la lucha contra el paludismo y la tuberculosis. No obstante, en otras áreas los avances han sido claramente insuficientes. Por tanto, hay que redoblar

los esfuerzos, sobre todo en aquellas regiones en las que su desarrollo está siendo más lento¹.

- Qué hace el sector salud en la cooperación:

En la CI la salud cumple una labor básica para el desarrollo de las regiones más vulnerables. Y es la salud la línea sobre la que se plantean objetivos y principios para la mejora de todos los ciudadanos del mundo desde distintas organizaciones. Así, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de 1978, que se llevó a cabo en Alma-Ata concluye: protección y promoción de la salud de todos los pueblos del mundo. Y por otra parte, la OMS (Organización Mundial de la Salud) durante dicha conferencia se plantea conseguir alcanzar “Salud para Todos en el Año 2000”^{2,3}.

- Qué hacemos las enfermeras en todo esto:

El papel del profesional de la enfermería ha demostrado ser básico en el trabajo y desarrollo de los países pobres, así encontramos que: “Las enfermeras y matronas son vitales para el funcionamiento efectivo de los sistemas de salud y desempeñan un papel clave en las estrategias para mejorar la salud de los pobres”⁴. O por otra parte: “En los más de 60 años de historia la OMS viene reconociendo la Enfermería como una fuerza vital para el avance de los sistemas de salud”⁴.

- Cómo ha disminuido la aportación económica y cómo afecta esto a la Cooperación Internacional:

El mundo se encuentra en una etapa de incertidumbres importantes: se pone en duda el estado del bienestar tal y como lo conocemos, comienzan a producirse recortes en determinadas partidas y una de esas partidas puede ser la cooperación, consideradas por determinadas instituciones prescindible. Sin embargo, la limitación en esta partida puede tener consecuencias irreversibles, que lleva a limitar la cooperación en salud desde los presupuestos de las instituciones públicas. Son los poderes públicos los que tienen en sus manos el poder mantener la cooperación al desarrollo, y esto significa trabajar por los derechos humanos fundamentales, entre ellos el derecho a la salud⁵.

No sólo es preocupante que cesen los compromisos políticos y económicos que los países donantes tienen con respecto a la Cooperación, sino que también preocupa el incumplimiento de los propios países receptores, ya que hasta 2011 algunos países africanos que se habían comprometido a destinar un determinado presupuesto a la salud no llegaron a la totalidad de dichas cifras⁶.

En base a lo anterior, considero importante que se conozca que existen datos suficientes para tener en cuenta la necesidad de intervención en los países en desarrollo, y aunque el área de salud no es la única que necesita ser intervenida sí es la más importante, dependiendo de ella en muchas ocasiones la mejora de las otras. Y que por otro lado, el trabajo que desempeña el profesional de la salud en el desarrollo de los países del Tercer Mundo es evidentemente imprescindible, siendo la enfermería el grupo laboral más amplio de todo el sector.

La Cooperación representa para muchas regiones del mundo la mejor forma de conseguir el cambio y la mejora. Y para otras incluso, la única oportunidad de supervivencia.

2.2. Conceptos generales

2.2.1. Salud

En los inicios de la OMS (1946), esta definió la salud así: “Estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad” ^{7,8}.

En este contexto es importante conocer también la definición de calidad de vida que desarrolla la OMS en Ginebra (1966) durante el Foro Mundial de la Salud, esta sería: “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses” ⁷.

2.2.2. Cooperación al Desarrollo

Según Gómez y Sanahuja (1999) cooperación al desarrollo es: “Conjunto de actuaciones, realizadas por actores públicos y privados, entre países de diferente nivel de renta con el propósito de promover el progreso económico y social de los países del Sur, de modo que sea más equilibrado en relación con el Norte y resulte sostenible” ⁹.

Esta actividad pretende fomentar los derechos humanos introduciendo cambios económicos, sociales, y políticos en los países pobres ¹⁰.

En muchas ocasiones cooperación al desarrollo se utiliza como sinónimo de Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), pero esta última realmente se refiere a flujos destinados a los países en desarrollo. Esta ayuda la conceden organismos oficiales que están incluidos en los gobiernos estatales y locales, o por sus organismos ejecutivos. La

ayuda además debe cumplir unos objetivos: 1. Debe destinarse para la promoción del desarrollo económico y el bienestar de los países en desarrollo y 2. Es de carácter concesional, es decir debe incluir al menos un 25% de elemento de donación o gratuidad ^{9,10}.

Se debe diferenciar también qué es Ayuda Humanitaria: esta es la que se presta ante situaciones de emergencia ya sean por conflictos bélicos o por desastres naturales. La ayuda consiste en envíos de materiales de primera necesidad y de técnicos y expertos (como médicos, enfermeros, equipos de rescate...) ⁹.

2.2.3. OMS

La OMS (Organización Mundial de la Salud) es el organismo internacional del sistema de las Naciones Unidas responsable de la salud, está compuesto por 191 Estados Miembros. La OMS fue creada con el fin de cooperar entre ellos y con otros en la promoción de la salud de todas las personas. La Constitución de la OMS entró en vigor el 7 de abril de 1948. La OMS señala las pautas a seguir por sus estados miembros y es referente permanente a la hora de establecer las políticas que adoptarán ⁷.

La Salud resulta ser más que importante, una prioridad mundial. En el año 1978 en Alma-Atá durante la Primera Conferencia sobre Atención Primaria de Salud, la OMS se plantea conseguir alcanzar “Salud para Todos en el Año 2000” ¹¹.

2.2.4. Objetivos de Desarrollo del Milenio

Y es en el año 2000 cuando tiene lugar la mayor reunión de jefes de Estado de la historia (189 países), y en la que se establecen 8 objetivos a alcanzar en 2015 referentes a materia de desarrollo. Dichos objetivos quedaron así ¹¹:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
2. Lograr la enseñanza primaria universal.
3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.
5. Mejorar la salud materna.
6. Combatir el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida, el paludismo y otras enfermedades.
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo ¹¹.

Hasta tal punto es básica la salud para el desarrollo que el Dr. Jong-Wook Lee, director general de la OMS afirmó que “la mejora de la salud es esencial para que se avance hacia el logro de los demás ODM”¹¹. De hecho de los 8 objetivos de desarrollo, 3 hacen referencia específica a la salud, como son el 4, 5 y 6¹¹.

Valorando la evolución de los ODM y teniendo en cuenta que los resultados no han sido iguales en todos los países, se tiene que por una parte en el año 2005 la situación mundial valorada a través de estos 8 objetivos quedaba así (a continuación se expone una muestra de cada uno de los objetivos):

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre → Mientras que en Asia se está reduciendo la pobreza en África subsahariana los pobres son cada vez más pobres. Un dato muy importante que debemos destacar es el hecho de que los conflictos y los desastres naturales exacerban la pobreza y el hambre¹².
2. Lograr la enseñanza primaria universal → De las regiones en desarrollo cinco de ellas están cerca del 100% de matriculación, pero vuelve a ser África subsahariana y en este caso también Asia meridional las regiones en las que 8 de cada 10 niños siguen sin estar escolarizados¹².
3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer → Se está reduciendo aunque con lentitud. Son las niñas que viven en las regiones en desarrollo las que tienen menos probabilidades de terminar la escuela con respecto a los niños¹².
4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años → Este objetivo también se está reduciendo aunque no a la velocidad que se necesitaría. De hecho en 16 países de las regiones en desarrollo (14 de ellos de África) la mortalidad entre menores de 5 años es superior a la registrada en 1990¹².
5. Mejorar la salud materna → Aunque hay progresos en la reducción de la mortalidad materna en las regiones en desarrollo, todavía podemos hablar de países donde dar a luz es un riesgo¹².
6. Combatir el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida, el paludismo y otras enfermedades → El trabajo de prevención y tratamiento que se lleva a cabo para luchar contra estas enfermedades se ha incrementado. No obstante el sida es la primera causa de muerte prematura en África subsahariana y en

Asia se está propagando a una velocidad alarmante. También el paludismo y la tuberculosis causan un elevado número de muertes al año, el 90% en África subsahariana ¹².

7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente → “Ha aumentado el acceso al agua potable, pero aún la mitad del mundo en desarrollo sigue sin disponer de retretes u otras formas básicas de saneamiento” ¹².
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo → Aunque ya han producido resultados los progresos respecto a este ámbito, en los países desarrollados no se han cumplido las metas fijadas ¹².

Y cuando se revisa la situación mundial en el 2013 y a menos de 1000 días de 2015, fecha marcada para alcanzar los ODM, estos quedan así (a continuación se expone una muestra de cada uno de los objetivos):

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre → Se ha logrado reducir las tasas de pobreza a la mitad y en 2010 con respecto a 1900, 700 millones de personas menos vivían en condiciones de extrema pobreza ¹.
2. Lograr la enseñanza primaria universal → A pesar de que entre 2000 y 2011 la diferencia que se produjo en la escolarización de niños en enseñanza primaria fue de 102 a 57 millones, este es un objetivo que al ritmo que va no conseguirá alcanzarse para el año 2015 ¹.
3. Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer → Se ha avanzado hacia la igualdad de acceso a la enseñanza de niñas y niños, aún así todavía se necesitan acciones más específicas ¹.
4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años → Tenemos que se han conseguido avances en la supervivencia infantil, pero para llegar al cumplimiento de la meta hay que redoblar los esfuerzos ¹.
5. Mejorar la salud materna → La disminución de la mortalidad materna casi a la mitad desde 1990 no es suficiente para alcanzar el objetivo ¹.
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades → Sí, efectivamente la incidencia de VIH va disminuyendo de forma constante, sin embargo cada año hay 2,5 millones de personas nuevas infectadas ¹.

7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente → Podemos seguir hablando de la desaparición alarmante de los bosques ¹.
8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo → Tanto la crisis financiera que se padece a nivel mundial como los problemas en la zona del euro dificultan la ayuda oficial para el desarrollo ¹.

2.2.5. *Enfoque de Atención Primaria*

Otro concepto relacionado con la salud y la Cooperación Internacional es la Atención Primaria. Y es que ya en 1978 La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata, tuvo en cuenta la necesidad de actuar de forma inmediata y con la colaboración de todos los gobiernos, todo el personal de salud y de desarrollo, y la comunidad mundial en la protección y promoción de la salud de todos los pueblos del mundo. Esta reunión estuvo compuesta por 134 países en representación de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para dar lugar al programa de “Salud para todos en el año 2000” ^{2,3}.

Esta reunión sirvió para cambiar el enfoque en salud, y pasar de una mera prestación de servicios de salud a una visión más amplia que englobara la relación entre salud y desarrollo social y económico ¹³.

De esta conferencia surgió una Declaración en la que se “reafirmaba el significado de la salud como un derecho humano fundamental y una de las más importantes metas sociales mundiales” ³.

2.3. Historia y surgimiento de la Cooperación

Cuando se habla de Cooperación al desarrollo es inevitable tener siempre en cuenta el esfuerzo que la salud ha mantenido sobre el desarrollo y mejora de los países más pobres, pero quizá sería conveniente conocer al mismo tiempo también la evolución y aspectos que engloba.

La Cooperación Internacional surge en 1945 tras la finalización de la Segunda Guerra Mundial, esto ocurre después de que se firmara la Carta de San Francisco y se creara la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Con la Cooperación Internacional se pretendía fomentar el desarrollo y disminuir la desigualdad entre los estados ⁹.

Desde el momento en que comienzan a existir datos de la existencia de la Cooperación conocida como tal, hasta ahora, la Cooperación Internacional al Desarrollo (CID) sufre una evolución en la que se han modificado los métodos, la forma de entenderla y de trabajar con ella. Desde los años 50 hasta la actualidad las bases desde las que han trabajado las entidades dedicadas a la cooperación internacional, han ido evolucionando y adaptándose a las necesidades que se estimaban prioritarias, variando además lo que se conoce como actores de la cooperación. En un principio la cooperación se desarrollaba con unos únicos actores al frente, siendo éstos los estados internacionales, y con el paso del tiempo entran a formar parte de esta implicación los gobiernos sub-estatales (municipios, provincias, departamentos, etc), las organizaciones de la sociedad civil, las universidades, los centros de investigación, y el sector privado ^{9,14}.

Como se indica anteriormente, también el núcleo al que iba dirigida la ayuda de éstos actores a través de la cooperación ha mudado. Comienza con una orientación básicamente económica, dirigido a trabajar fundamentalmente como ayuda a los países pobres, con el fin de aumentar la producción industrial y el crecimiento de éstos. Para, poco a poco, y debido a ciertos eventos que incidieron en un cambio trascendental en el panorama internacional, la cooperación internacional hoy en día se concentra en la lucha contra la pobreza ^{9,14}.

Algunos de éstos eventos que favorecieron el inicio de procesos de Cooperación Internacional fueron la Conferencia de Bretton Woods, la creación del sistema de las Naciones Unidas, el proceso de descolonización, el surgimiento de la Guerra Fría y, por último, el Plan Marshall ¹⁴.

Luego, se dieron una serie de circunstancias que favorecieron el inicio de la cooperación internacional. Y aunque se utilizaron las mismas fórmulas para trabajar en el desarrollo de Europa de aquella época, que para trabajar con los países del Tercer Mundo, no se obtuvieron los mismos resultados, con lo que se demostraba que la estructura económica, política, social y cultural de ambas zonas no eran en absoluto parecidas ¹⁴.

Por otra parte, al mismo tiempo que ocurría todo lo anterior en el mundo, también se creaba en 1948 la Organización Mundial de la Salud, ésta se creó como organismo especializado en materia de salud dentro de la Carta de las Naciones Unidas,

comenzando con 61 estados gobiernos “con el fin de cooperar entre ellos y con otros en la promoción de la salud de todas la personas”⁷. Actualmente está compuesta por 191 Estados Miembros⁷.

2.4. Situación de la Salud en el mundo

Realmente, existen datos globales de que ha habido una mejora del estado de salud de la población mundial en los últimos 20 años, pero se está observando que la desigual distribución de estos progresos está aumentando. Mencionando algunos ejemplos, podemos decir que mientras la esperanza de vida de los adolescentes de 15 años mejoró en 2-3 años en la mayor parte del mundo en los últimos 20 años, en África descendió en unos 7 años¹⁵.

Los países de renta elevada han sufrido lo que se viene a denominar “enfermedades no transmisibles”, mientras que los países en desarrollo han sufrido principalmente “enfermedades transmisibles”, sin embargo esta división ya no está tan clara, ya que en países en desarrollo como la India las enfermedades no transmisibles igualan a las transmisibles. Se está dando además, la coincidencia de poblaciones subnutridas con otras alimentadas en exceso en países en desarrollo, por lo que la OMS estima que la obesidad será “uno de los mayores retos para la salud pública en el siglo XXI”¹⁵.

Los programas de vacunación intensiva, tratamiento antibiótico en caso de neumonía o malaria tuvieron mayor difusión y eficacia en poblaciones más “ricas” dentro de países pobres, que en sociedades muy pobres. Luego los pobres son cada vez más pobres y más enfermos¹⁵.

2.4.1. Recursos en salud

En la primera década del siglo XXI se ha procurado seguir los dictámenes de los ODM, realizando proyectos con objetivos concretos y con mayor relevancia mediática. Esta actividad, suele surgir de grupos de activistas, y reclaman de los países ricos o grupos de poder financiero, industrial o filantrópico, fondos para proyectos de cooperación internacional. A grandes rasgos, durante la 1ª década del siglo XXI se han multiplicado los fondos de cooperación en salud por 4, es decir, se ha pasado de 4.000 a 16.000 millones de dólares¹⁶. Cabe destacar como entidades de cooperación a 30 donantes del CAD (comité de ayuda al desarrollo), 140 iniciativas globales de salud, 10.000 ONG

y grupos de expertos del Norte dedicados a la cooperación en salud, cientos de miles de informes, misiones, evaluaciones,...¹⁶.

Claro, estos datos pueden parecer mucho ó poco según con lo que se compare, y para ello se mencionarán unos datos con los que se tendrá una mejor perspectiva:

- El mundo gasta en salud unos 6 billones de dólares (10% del producto mundial bruto).
- De esos 6 billones 4 son del mercado privado y 2 son del sector público.
- De esos 2 billones, el 80% es de países de renta alta y el 19% es de países de renta media.
- De esos 2 billones, el 1% que queda es para los países de renta baja.

Es decir:

- En los países de renta alta se destinan 1.500 \$ por habitante y año en salud.
- En los países de renta media se destinan 100 \$ por habitante y año en salud.
- En los países de renta baja se destinan 20 \$ por habitante y año en salud.
- Además, la mitad de la cooperación internacional en salud se destina a países con renta baja, esto supone unos 8 \$ adicionales por habitante y año ¹⁶.

El Foro Mundial para las Investigaciones en Salud, patrocinado por la OMS, después de diversas investigaciones, llegó a la conclusión de que sólo el 5% de los gastos mundiales en investigación y desarrollo en materia de salud, se destinaron a resolver los problemas sanitarios de los países en desarrollo, es decir, del 90% de la población mundial ¹⁴.

También hay que destacar la baja eficiencia de los proyectos de salud en países en vías de desarrollo. Por ejemplo, el 60% de la cooperación en salud se concentra en el 20% de la carga de enfermedad, es decir, sida, malaria y tuberculosis. Muchos sistemas paralelos orientados a los mismos problemas, duplican y malgastan los ya de por sí limitados presupuestos ¹⁶.

2.4.2. Enfermedades predominantes en los países en desarrollo

La mortalidad a causa del VIH/SIDA está disminuyendo aunque sigue siendo la enfermedad infecciosa que más muertes produce. En cualquier caso que vaya disminuyendo la mortalidad de ésta no significa que haya menos enfermos, al contrario, el número de personas que viven con el virus del vih ha crecido. Un tratamiento adecuado está convirtiendo esta enfermedad en crónica para millones de

personas ⁶. En el África subsahariana vive más de la mitad de los enfermos de SIDA en tratamiento del mundo, y es donde están 20 de los 25 países más pobres del planeta. Según Peter Piot, director ejecutivo de ONUSIDA: “La mala información acerca de la enfermedad y la estigmatización de las personas que viven con el VIH siguen obstaculizando los esfuerzos de prevención, atención y tratamiento” ¹⁵.

Otra de las enfermedades que está entre las 3 con más atención recibida gracias al compromiso de los ODM es la Malaria. Y la tercera enfermedad de difícil erradicación es la Tuberculosis ⁶.

2.4.3. Acceso a medicamentos esenciales

Hace 65 años, el objetivo que constituyó la OMS fue: “Alcanzar el mejor estado posible de salud para todos”, y esto fue incluido en la carta de derechos humanos. En los siguientes 20 años a la fundación de la OMS, la humanidad aumentó la esperanza de vida en 20 años, casi tanto como en todo el tiempo anterior de evolución humana ¹⁶.

Los estudios apuntan que esto fue resultado de la alimentación, el agua potable, el saneamiento, vivienda, la mejora en las condiciones higiénicas del trabajo y la liberación de la mujer. Los antibióticos, el suero de rehidratación y otros avances en medicina contribuyeron profundamente. En estos primeros veinte años se avanzó en la erradicación de la viruela. Sin embargo, en los siguientes 20 años se fracasó en el intento de erradicar la malaria. El sida empezó a extenderse precisamente en los países más pobres como los ubicados en el África subsahariana. En la conferencia mundial del sida de Vancouver en 1996, David Ho demostró como terapias combinadas (Antirretrovirales) podían convertir el sida en una enfermedad crónica. A partir de entonces el movimiento activista del sida hacía un llamamiento muy concreto, no por sistemas de salud públicos, no coordinación global de la salud,...Lo que se pedía era exclusivamente el acceso al tratamiento para el sida. Se pasó en resumen, de largos procesos a resultados ¹⁶.

Las ONG internacionales prestaron servicios directos, y todo ello por una lógica humanitaria ya que tres millones de personas morían de sida sin acceso a tratamiento. Se necesitaba actuar urgentemente, se necesitaba salvar vidas. Esto tuvo una influencia directa en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Había una serie de problemas muy importantes que resolver: Mortalidad infantil, 10 millones de niños menores de 5 años, mortalidad materna, medio millón de mujeres durante el

embarazo, parto y postparto, aparte de avanzar en el sida, e indirectamente, la malaria y la tuberculosis ¹⁶.

Una nueva prueba de la tuberculosis, disponible a partir de 2010, permitirá diagnosticar más rápidamente, y fácilmente una enfermedad curable que mata a casi dos millones de personas cada año ¹⁷.

Existe una gran variedad de factores que contribuyen a la salud humana, como agua potable, comida adecuada, acceso a la atención de diagnóstico y médicos, etc, entre los que se incluye además el *acceso a los medicamentos*. Actualmente los pobres se enfrentan no sólo a un problema de asequibilidad cuando se trata de medicamentos, sino también a un problema de disponibilidad farmacéutica ¹⁸.

2.5. Papel de la Enfermería en la Cooperación

No se debe pasar por alto la figura de Florence Nightingale, convencida y comprometida enfermera que decidió entregar su vida a la ayuda y mejora de enfermos y vulnerables. Sus claras ideas de ser útil a la Humanidad la llevaron a cualificarse como enfermera y a trabajar de forma incansable desde 1844. No se debe ignorar su labor en este apartado de la Cooperación porque no sólo se dedicó a aquellos que tenía más cerca sino que durante la guerra de Crimea y tras escuchar noticias acerca de las deficientes condiciones sanitarias que se daban en el Hospital de Üsküdar, envió una carta al secretario de guerra británico para ofrecer sus servicios como enfermera voluntaria, tras la respuesta afirmativa de éste se desplazó a Turquía para atender a los heridos de dicha Guerra, llevando consigo un grupo de mujeres que se alistaron para ayudarla en la tarea ¹⁹.

Fue además, la fuente de inspiración de Henri Dunant, fundador de la Cruz Roja y autor de las propuestas humanitarias adoptadas por la convención de Ginebra (cuyo propósito era proteger a las víctimas de los conflictos armados) ¹⁹.

A través del cine se ha podido ver el reflejo de lo que en la realidad podía suponer la inquebrantable dedicación de las enfermeras que desempeñaron su labor con auténtica abnegación en hospitales, hospitales de campaña, trenes, barcos hospital, aviones de evacuación, etc ¹⁹.

Es intrínseco a la profesión enfermera acudir en ayuda de los más necesitados y la participación y presencia en los momentos más difíciles y en los que peligra la salud de las personas. Está la enfermera pues, vinculada a una profesión de vocación y a una labor de voluntariado altruista entre los más pobres¹⁹.

Y como se dijo anteriormente en otro apartado: “Las enfermeras y matronas son vitales para el funcionamiento efectivo de los sistemas de salud y desempeñan un papel clave en las estrategias para mejorar la salud de los pobres”⁴. Desde organismos oficiales como la OMS se ha dado un continuo reconocimiento a la Enfermería: “En los más de 60 años de historia la OMS viene reconociendo la Enfermería como una fuerza vital para el avance de los sistemas de salud”⁴.

Desde la UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) a los profesionales de la salud se les cataloga como personas humanitarias o altruistas, al igual que a los voluntarios. Sin embargo, a las enfermeras se les relaciona tradicionalmente con valores como generosidad o ayuda al prójimo²⁰.

El Grupo Asesor Global de Enfermería y Enfermería Obstétrica (así se llamó a la Sexta reunión del comité de especialistas en Enfermería), examina la última resolución de la Asamblea Mundial de la Salud en la reunión de 2007 en Islamabad, es aquí donde declara que, el trabajo que de forma eficiente y efectivo realiza la Enfermería es clave para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Por otra parte, habla del derecho de las personas a contar con un servicio de enfermería de calidad⁴.

Es la OMS la agencia internacional que representa a las Naciones Unidas en materia de Salud y el órgano más importante para que la Enfermería y Enfermería Obstétrica sea reconocida en todo el mundo, siendo los profesionales de la Enfermería importantes actores en el trabajo de equidad, acceso, ampliación de la cobertura, calidad y sustentación de los servicios de salud, contribuyendo a la mejora de la salud de las poblaciones en todo el mundo⁴.

Hay pruebas que demuestran que tanto el número como la calidad de los trabajadores sanitarios están relacionados con la cobertura de inmunización, el alcance de la atención primaria y la supervivencia de los lactantes, los niños y las madres. Así como a la inversa, la malnutrición infantil ha empeorado con los recortes de personal durante las reformas del sector sanitario²¹.

3. Objetivos

OBJETIVO GENERAL:

1. Analizar la participación de los profesionales sanitarios en las intervenciones de Cooperación Internacional al Desarrollo a través de la bibliografía revisada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Averiguar el proceso a través del cual se incorpora la salud a la Cooperación Internacional.
2. Conocer el lugar que ocupa la Enfermería dentro de los profesionales sanitarios en relación al trabajo de desarrollo de la humanidad.
3. Revisar la implicación en la Cooperación Internacional de los distintos organismos colaboradores.
4. Comparar la evolución de la salud mundial basándonos en informes/documentos de diferentes fechas.

4. Metodología

En la búsqueda bibliográfica se han tenido en cuenta los términos que forman parte del tema central del trabajo, tales como Cooperación, Salud, Enfermería internacional, etc. El objetivo de la búsqueda se ha centrado en la relación entre la Cooperación y la Salud, intentando especificar en algunos casos, más que la salud la enfermería en la Cooperación. En un principio se perseguía obtener los datos necesarios utilizando únicamente los términos anteriormente mencionados y relacionados, sin embargo al ir revisando los documentos se hizo necesaria y recomendable la utilización de términos que aparecían en estos y que aportaban información relevante. Los descriptores que se han utilizado han sido: Enfermería y Cooperación; Salud actual en el Mundo; Cooperación internacional y Salud; Enfermería Internacional; Evolución histórica de la

Cooperación; Salud en África; Atención Primaria en Cooperación; Objetivos de la OMS; OMS y Cooperación; Trabajadores de la salud; Informes. Y algunos descriptores se han utilizado en inglés porque las bases de datos lo requerían como: Nursing and Cooperation; Current World Health; International Cooperation and Health; International Nursing; Primary Care in Cooperation; Alma-Ata declaration.

Se han revisado las bases de datos CSIC, CUIDEN PLUS, CINAHL, SCOPUS, SCIELO, PUBMED y Google Académico. Y bases de datos de organismos concretos como son OMS, Naciones Unidas, Médicos sin Fronteras, Medicus mundi, OXFAM, PNUD, Acción por la Salud Global y Enfermeras para el Mundo.

Los resultados obtenidos en las bases de datos elegidas han sido irregulares, la base de datos CSIC ha aportado el mayor número de documentos de interés, seguida de PUBMED, CUIDEN PLUS y Google Académico. El resto de bases no han aportado gran cantidad de datos pero los documentos encontrados en ellas han sido de gran interés. De todos los documentos encontrados y revisados se han utilizado un total de 36 de ellos para la elaboración del trabajo.

El idioma predominante de los documentos encontrados ha sido el Español, seguido del Inglés, también se han encontrado en Portugués y Francés.

Las bases de datos permitían utilizar límites o filtros para concretar la búsqueda y adecuarla al tema central del trabajo (la Salud en la Cooperación). Los filtros utilizados han sido:

- Años de realización de los estudios: la idea ha sido utilizar documentos que hayan sido realizados en el margen de 2000-2013, en algunos casos el filtro especificaba desde 2000 hasta la actualidad y en el caso de la página de Naciones Unidas el filtro mostraba informes desde 2005 hasta 2013. En las bases de datos SCOPUS y Google Académico incluso utilizando el filtro del periodo de años anterior se obtuvieron un gran número de documentos.

- Texto completo: este filtro ha sido un requisito imprescindible para tener en cuenta los documentos. Y en el caso de no tener esta opción la base de datos, la búsqueda bibliográfica ha sido mucho más lenta, como el caso de Google Académico.

- Campo/Materia: algunas bases de datos han permitido seleccionar el campo de interés de la búsqueda, siendo CSIC la base de datos más clara en este filtro al aportar documentos muy relacionados con el tema central del trabajo. En las bases CUIDEN y

Google Académico los campos o materias de filtro no han sido muy específicas ni en el tema ni en el número de documentos, lo que ha hecho la búsqueda muy extensa tanto en tiempo como en trabajo.

Por otra parte, la forma de trabajar con la búsqueda bibliográfica en las páginas webs de los organismos señalados anteriormente (OMS, Naciones Unidas, Médicos sin Fronteras, Medicus mundi, OXFAM, PNUD, Acción por la Salud Global y Enfermeras para el Mundo) ha sido diferente en cada una de ellas. Para las páginas de la OMS, Naciones Unidas, Medicus Mundi y PNUD utilizando el descriptor “Informes” se obtuvieron algunos documentos de interés, y para otros la búsqueda se hizo utilizando los enlaces de acceso que presenta la propia página de presentación de cada uno de ellos. En otras de ellas la búsqueda no dio resultados.

Los documentos encontrados resultaron de la aplicación de determinados criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Fechas de los estudios o documentos no anteriores al año 2000.
- Cooperación internacional entendida como la desempeñada con países en desarrollo.
- Estudios que relacionen la Cooperación con la Salud.
- Que dentro de los profesionales de la salud se considere a la Enfermera figura importante en la Cooperación.
- Que los estudios muestren datos con la evolución de la salud a lo largo de los años.
- Estudios que hablan sobre el factor económico en la Cooperación.
- Datos sobre la situación actual de las enfermedades prevalentes en los países pobres.

Criterios de exclusión:

- Fechas de los estudios o documentos anteriores al año 2000.
- Estudios que se han realizado después del 2000 pero muestran datos muy anteriores a este año.
- Estudios de Cooperación sobre materias no referidas a la Salud.
- Cooperación entre países desarrollados.
- Documentos que muestran datos de enfermedades muy específicas.

Tabla resumen de la búsqueda bibliográfica:

	Bases de datos													Acción por la Salud Global
	CSIC	CUIDEN PLUS	CINAHL	SCOPUS	SCIELO	PUBMED	Google Académico	OMS	Naciones Unidas	Medicus mundi	Oxfam	PNUD		
Enfermería y Cooperación	11	115	—	—	0	—	14800	4040	—	—	0	—	—	1
Salud actual en el mundo	63	212	—	—	446	—	97	568	—	—	400	—	—	—
Coop. Intern. y salud	59	73	—	—	0	—	55	—	—	—	256	—	—	—
Enfermería internacional	30	558	—	—	0	—	178	—	—	—	—	—	—	8
Evolución histórica de la Cooperación	16	0	—	—	—	—	113000	—	—	—	—	—	—	—
Salud en África	73	120	—	—	231	—	58	—	—	—	—	—	—	—
Atenc. Prim. en Coop.	35	25	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—
Objetivos OMS	71	196	—	—	9	—	42800	7480	—	—	—	—	—	17
OMS y Coop.	19	13	—	—	—	—	15700	1980	—	—	—	—	—	—
Trabajadores de la Salud	909	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15
Informes	—	—	—	—	—	—	—	3630	2750	13	—	—	153	—
Nursing and Cooperation	—	—	4	5614	—	118	—	—	—	—	—	—	—	—
Current world Health	—	—	19	7239	—	2188	—	—	—	—	—	—	—	—
International Cooperation and Health	—	—	17	10287	—	3503	—	—	—	—	—	—	—	—
International Nursing	—	—	1500	6064	—	828	—	—	—	—	—	—	—	—
Primary Care in Cooperation	—	—	1	2203	—	113	—	—	—	—	—	—	—	—
Alma-Ata declaration	—	—	8	132	—	181	—	—	—	—	—	—	—	—
Revisados	53	18	17	14	7	25	40	21	9	4	11	6	—	10

Fuente: Elaboración propia.

5. Contenidos y/o resultados

HISTORIA/EVOLUCIÓN DE LA COOPERACIÓN:

Respecto a la historia, diversos documentos encontrados aportan información sobre la evolución de la Cooperación y de cómo ésta se iba adaptando a la necesidad del momento. Algunos de estos documentos sitúan el comienzo de la Cooperación tras la Segunda Guerra Mundial, para que sirviera como instrumento de desarrollo

económico a corto plazo de Europa Occidental tras esta guerra, hoy en día la Cooperación se concentra en la lucha contra la pobreza de los países en desarrollo ^{7,9,14}. Mientras que para otros el comienzo de la Cooperación viene de la mano de Florence Nightingale hacia 1848, durante su colaboración como enfermera en la guerra de Crimea ¹⁹.

Por otra parte, se revisan documentos en los que muestran datos sobre la creación en 1948 de la Organización Mundial de la Salud, organismo especializado en materia de salud dentro de la Carta de las Naciones Unidas que se creó “con el fin de cooperar entre ellos y con otros en la promoción de la salud de todas la personas”⁷.

IMPORTANCIA DEL PERSONAL SANITARIO EN LA COOPERACIÓN:

En cuanto a *la Enfermería*, la primera intención cuando comenzó la búsqueda de información para el trabajo fue conseguir un número considerable de documentos que aportaran datos sobre la participación enfermera de forma específica en la cooperación al desarrollo, sin embargo no se ha obtenido mucha información relevante al respecto. La mayoría de documentos encontrados hacen alusión a los profesionales de la salud, generalizando así en la mayoría de los casos las referencias a todo el sector sanitario.

En aquellos casos en los que el documento revisado hace alusión específica a la Enfermería, considera a los profesionales de ésta un instrumento vital para el funcionamiento efectivo de los sistemas de salud y desempeñan un papel clave en las estrategias para mejorar la salud de los pobres. Asociando esta profesión a los valores de generosidad o ayuda al prójimo. Se considera la aportación enfermera básica para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, reconocido por la OMS. La importancia de la Enfermería estriba también en que constituye el grupo de recursos humanos mayoritario en los sistemas de salud de todo el mundo ^{4,19,20}.

En otros casos los documentos encontrados cuentan experiencias concretas de enfermeras que viajaron a países en desarrollo para colaborar profesionalmente de forma voluntaria durante un tiempo determinado. Éstas coinciden en lo sorprendente, emocionante y frustrante al mismo tiempo, de toda aquella experiencia. Sorprendente por conocer y aprender de una forma de vida con tanta fuerza, emocionante por

convivir con una cultura tan diferente, y frustrante por no poder hacer ni llegar hasta donde quisieran^{22,23,24}.

En uno de estos documentos la enfermera protagonista de la historia dice dedicarse actualmente a informar y concienciar al personal enfermero de la importancia de los cuidados transculturales²³.

Cuando se habla de todos *los profesionales de la salud* las referencias en cuanto a la relación de éstos con la Cooperación dan muchos más resultados cuando se refieren a ellos de forma general, de hecho prácticamente todos los documentos refieren en algún momento la importancia de la salud en la Cooperación y el trabajo de los profesionales de ésta, siendo positiva la información que ofrecen sobre el papel de estos profesionales. A los profesionales de la salud se les cataloga de humanitarios y altruistas debido a la labor que desempeñan. “Las ONG de tipo sanitario han sido actores activos en emergencias por diversa índole y en la Salud Pública de Países en Vías de Desarrollo. Incluso han participado de acciones mundiales en pro de los Derechos Humanos como medio para proveer condiciones de salud de distintos pueblos, y en pro del medio ambiente”²⁰.

El informe sobre la salud en el mundo de la OMS del año 2006 responde a la pregunta de ¿Por qué es importante el personal sanitario?, y dice que en la primera década del siglo XXI se dan al mismo tiempo enormes avances en el bienestar humano con privaciones extremas. LEE Jong-wook (Director General de la OMS hasta mediados de 2006) dice en el Foro de Alto Nivel en París “Tenemos que colaborar para garantizar que todas las personas, dondequiera que vivan, tengan acceso a trabajadores sanitarios motivados, calificados y bien respaldados”²¹. A lo largo de todo el informe se profundiza en la necesidad del personal sanitario y afirma que abundan las pruebas de que el número y la calidad de los trabajadores sanitarios están efectivamente relacionados con la cobertura de inmunización, el alcance de la atención primaria y la supervivencia de los lactantes, los niños y las madres²¹.

Por otra parte se obtienen resultados en los que se detallan datos sobre el número de trabajadores sanitarios que serían necesarios para cubrir la asistencia sanitaria básica y que sea accesible para todos y todas:

- 4.300.000 trabajadores más de los que mundialmente existen.
- En África por cada 1.000 habitantes disponen de 0,8 trabajadores de salud.

- En Europa llegamos a 10 trabajadores de salud por cada 1.000 habitantes²⁵.

Y muestran además la problemática añadida que supone la distribución del personal sanitario, ya que por diferentes cuestiones (el profesional sanitario tiende a preferir vivir y trabajar en zonas urbanas y no rurales por difícil acceso, porque tienen menos recursos y mayor carga de trabajo...) en todo el mundo, un 75% de los profesionales de la medicina y un 60% de los profesionales de la enfermería viven en zonas urbanas aunque allí sólo reside un 55% de la población. En el África subsahariana viven más de la mitad de los enfermos de sida en tratamiento del mundo y se encuentran 20 de los 25 países más pobres del planeta. Y por si fuera poco, se está produciendo la emigración de 20.000 profesionales sanitarios por año en esta zona en la que se necesitaría un millón de estos profesionales para atender las necesidades sanitarias de sus habitantes^{15,21,25}.

LA SALUD EN EL MUNDO

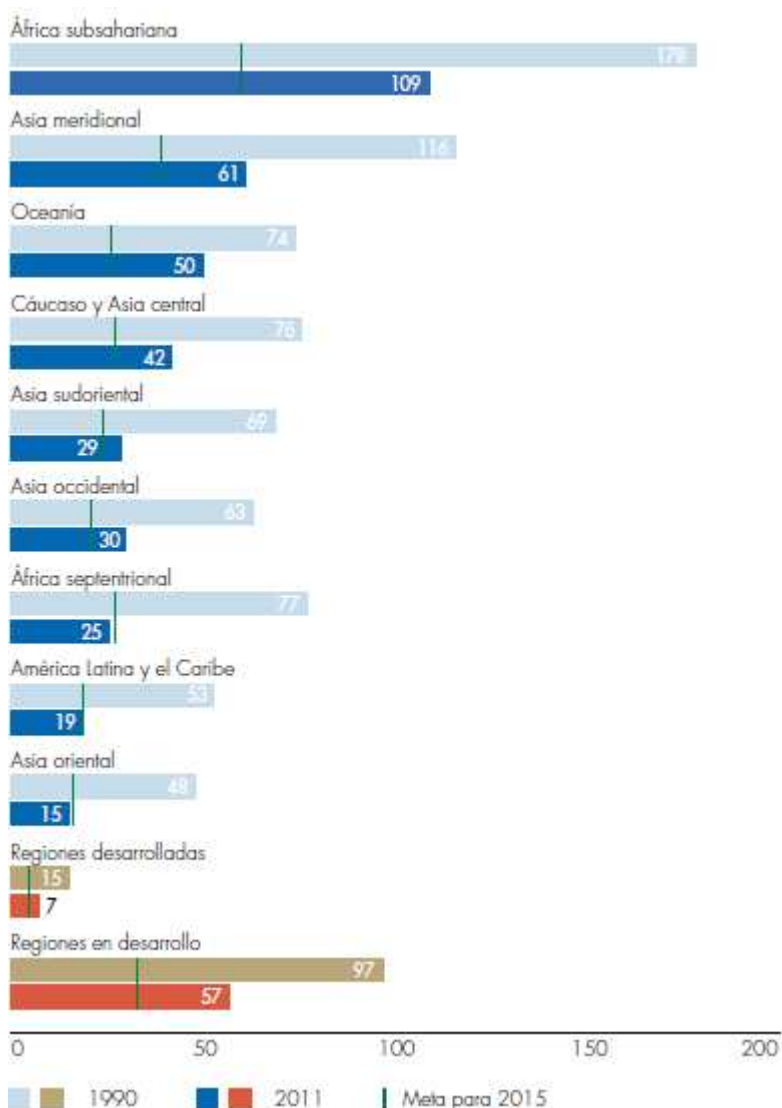
Cuando se analizan los documentos que muestran datos de salud se obtiene que entre los 8 objetivos marcados por la OMS en el año 2000, tres de ellos hacen referencia directa a la salud: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años; Mejorar la salud materna; Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Y estos tres objetivos son los indicadores a través de los cuales se puede valorar la salud en los países en desarrollo por ser las principales causas de muerte. Y son estos objetivos (ODM) los que sirven de guía en la mayor parte de los estudios relacionados con la salud en la Cooperación.

Por otra parte, los documentos encontrados, principalmente los datos que aportan los informes de: la OMS (informe de estadísticas sanitarias mundiales de 2011), Naciones Unidas (informe de 2013 "Objetivos de Desarrollo del Milenio") y Medicusmundi (informe de 2013 "La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria"), siendo la OMS autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas, coinciden y aunque no utilizan el mismo intervalo de años hablan del mismo ritmo evolutivo desde 1990, y queda así:

- Según estos informes la mortalidad que afecta a la infancia sigue disminuyendo en todo el mundo. En 1990 la tasa de defunciones de menores de 5 años estaba en unos 12 millones mientras que en 2009, 2010 y 2011 la cifra es de unos 8, 7'6 y unos 7

millones respectivamente. Aunque la tasa de mortalidad ha descendido considerablemente no alcanza aún lo establecido por los ODM. Sin embargo, la mortalidad infantil en algunas regiones del mundo como Asia meridional y África subsahariana continúa siendo alarmante. Las principales causas de muerte a esta edad son la diarrea y la neumonía, seguidas del paludismo y la nutrición insuficiente ^{1,6,26}. A continuación se muestra una gráfica con la tasa de mortalidad de menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos de 1990 y 2011 en los países en desarrollo:

Gráfica 1: TASA DE MORTALIDAD MENORES DE 5 AÑOS/1000 NACIDOS VIVOS: 1990-2011

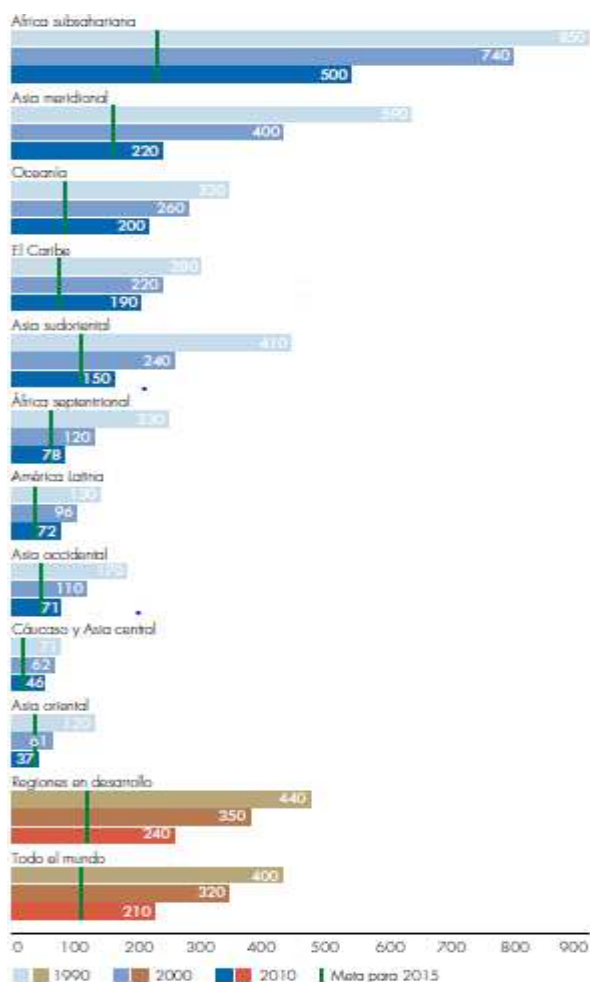


Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2013

- En el caso de las muertes maternas se tiene que desde 1990 hasta 2010 se ha ido reduciendo la mortalidad hasta llegar casi a la mitad de las que se producían, siendo

complicado llegar hasta el 75% establecido como meta para el 2015. Nuevamente son las regiones de Asia meridional y África subsahariana las que presentan menor disminución de muertes maternas. Las principales causas de estas muertes son las hemorragias, infecciones, hipertensión gestacional o eclampsia y abortos peligrosos^{6,1,26}. En salud la mortalidad materna de África constituye un desafío y como dice Oluwole, Director de la División de Familia y Salud Reproductiva de OMS-África, “la muerte de una madre es algo más que una tragedia personal ya que su familia se ve privada repentinamente de su amor, de sus cuidados y de su productividad dentro y fuera de casa”²⁷. La gráfica siguiente muestra datos sobre la mortalidad materna por cada 1000 nacidos vivos del intervalo de 1990, 2000 y 2010 detallada en los países en desarrollo:

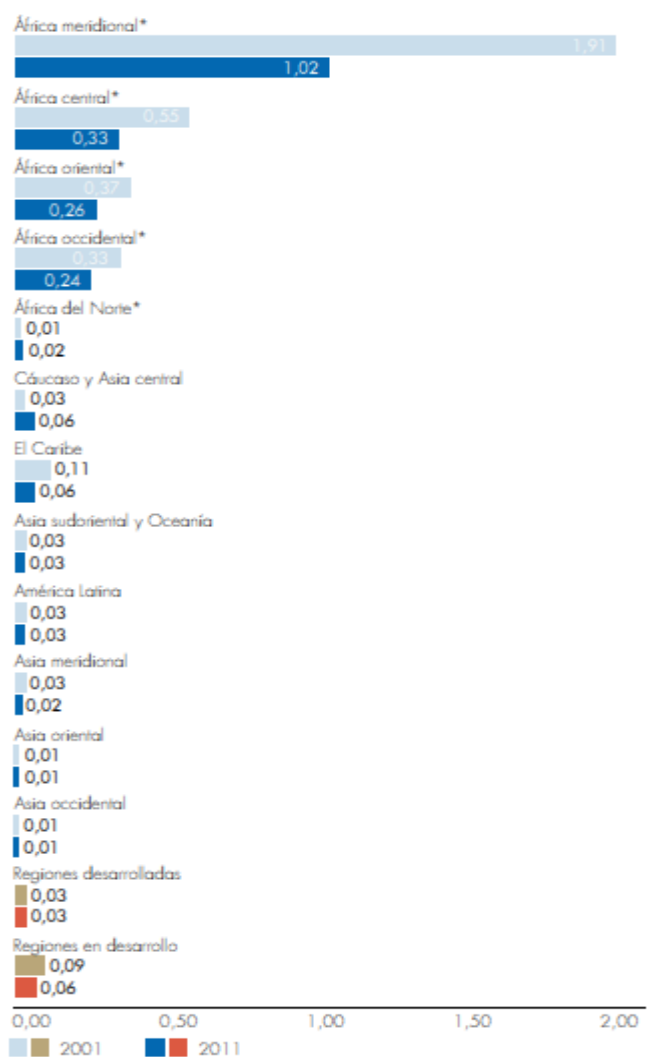
Gráfica 2: TASA DE MORTALIDAD MATERNA/100.000 NACIDOS VIVOS, 1990, 2000 Y 2010



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2013

- En cuanto al VIH, la cifra mundial de personas infectadas por este sigue creciendo aunque la tasa de nuevos infectados está disminuyendo, desde 1999 hasta 2011 el porcentaje de nuevos infectados ha disminuido en algo más del 20%. Que la cifra de infectados aumente se debe al tratamiento antirretrovírico (TAR) que hace que las personas que están siendo tratadas vivan más. Las mayores cifras tanto de enfermos de VIH/SIDA como de nuevos infectados por esta enfermedad se encuentran en África subsahariana. En cuanto a Asia Central y el Cáucaso no tienen las cifras más altas de infectados pero es preocupante el aumento de nuevos infectados ^{1,6,26}. Y a continuación esta gráfica muestra datos específicos sobre VIH en los países en desarrollo desde 2001 a 2011:

Gráfica 3: TASA DE INCIDENCIA DE VIH (cantidad estimada de nuevas infecciones con VIH por año por cada 100 personas de 15 a 49 años), 2001 Y 2011



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2013

- Sobre la malaria, cada vez son más numerosos los países con descensos en la cifra de casos confirmados de malaria o de ingresos y defunciones notificados desde 2000. Las iniciativas nacionales de lucha antipalúdica han logrado reducir la cifra estimada de defunciones de casi un millón en 2000 a 781000 en 2009. Se calcula que el número de casos de malaria aumentó de 233 millones en 2000 a 244 millones en 2005, pero descendió a 225 millones en 2009. En total, 11 países y un área de la Región de África mostraron una reducción superior al 50% en el número de casos confirmados de malaria o en el de ingresos y defunciones por esta enfermedad entre 2000 y 2009 ²⁶.

- Respecto a la tuberculosis, la cifra mundial de nuevos casos sigue aumentando a nivel mundial, aunque también se ve influenciado por el crecimiento demográfico. “En 2009, se estimó que la prevalencia era de entre 12 millones y 16 millones de casos, con 9,4 millones de casos nuevos. La mortalidad debida a esta enfermedad se ha reducido más de una tercera parte desde 1990” ²⁶.

Otros documentos no aportan datos tan claros o específicos como los informes anteriores, pero hablan de la evolución de la salud en el mundo sobre todo desde finales de los 90' hasta la actualidad. Algunos de ellos dicen que según la OMS hasta 1998 unos 137 millones de mujeres y niñas de todo el mundo han sufrido mutilación genital ²⁸, y cada año otros 6 millones de mujeres/niñas están en riesgo de padecerla, esto supone unas 6.000 diarias, con las consecuencias para la salud que esto conlleva como hemorragias copiosas que llevan a anemias y facilitan procesos infecciosos por tétanos, daños en la uretra, vagina y el ano, además de las secuelas psicológicas ²⁹.

Otros de ellos informan que en África subsahariana vive más de la mitad de los enfermos de sida en tratamiento del mundo ¹⁵. Siendo las mujeres las más afectadas por esta enfermedad. O que se ha conseguido la erradicación de la viruela y que la India alberga el 38% de los casos mundiales de tuberculosis multiplicado por 3 desde 1990 hasta 2007 ⁸. Por otra parte, también presentan datos sobre la inaccesibilidad de la población mundial a medicamentos esenciales de calidad, siendo los países industrializados los que consumen el 80% de los productos farmacéuticos del mercado. En todo el mundo mueren millones de personas a pesar de que existe el medicamento que podría curarles ³⁰.

El documento: “Perceptions of the usefulness of external support to immunization coverage in Chad: analysis of the GAVI-Alliance cash-based support”, muestra datos sobre el ejemplo de la salud de Chad (región de África), comentando que existen asimetrías entre las zonas urbanas y rurales y las poblaciones fijas y nómadas. Y comenta que entre otros factores, el lento progreso del avance de los ODM (objetivos de desarrollo del milenio) está relacionado con la historia de los conflictos bélicos recientes, indicando que los gobiernos gastan más en defensa y menos en salud y educación³¹.

Otro dato importante que presenta otro de los documentos revisados, dice que el RSI (Reglamento Sanitario Internacional de 2005 creado por la OMS) debe ser utilizado con el fin de reforzar la seguridad sanitaria nacional, regional y mundial, para prevenir la propagación global de enfermedades, ya que en el contexto mundial más globalizado e interconectado se abre la posibilidad de que las enfermedades se propaguen fácilmente a regiones remotas donde o bien estaban controladas o ni siquiera existían³².

DATOS ECONÓMICOS

Algunos de los documentos encontrados facilitan datos referentes a las aportaciones y recursos económicos en Cooperación Internacional al Desarrollo y lo relativo a la utilización de éstos.

En la búsqueda de datos se encuentran referencias que hablan sobre el codesarrollo en los países de baja renta (PBR), donde dice que algunas ONG y asociaciones de trabajadores inmigrantes en la Unión Europea observaron en los 80' que todo ese dinero que se empleaba en proyectos de cooperación internacional y el dinero procedente de los inmigrantes, no aportaba los resultados esperados en los PBR³³.

Por su parte, los datos ofrecidos en uno de los informes dice que hay analistas que critican que los ODM definen el qué pero quedan silenciosos en el cómo. Coincidiendo con otro de los documentos cuando hablan de que los ODM no se van a cumplir todos y que los avances producidos en este ámbito no son homogéneos en todas las regiones. Además, al plantear los objetivos sin establecer los mejores procesos para alcanzarlos de forma sostenible ha provocado que aparezcan diferentes iniciativas para la misma meta, fragmentando de este modo la ayuda y convirtiéndola en ineficiente y

menos sostenible. Así se tiene que un ejemplo claro se encuentra en el sector de la salud, cuando para luchar contra el sida, la malaria o la tuberculosis, se han creado varias asociaciones público privadas diferentes que luchan contra la misma enfermedad y en la misma área^{6,34}.

Por otra parte, cuantificando las aportaciones económicas a la Cooperación encontramos otros documentos que muestran que, en el año 2012 el total de la AOD (Ayuda Oficial al Desarrollo) aportada por los países miembros del CAD (Comité de Ayuda al Desarrollo) alcanzó la cifra de 125.586 millones de dólares lo que supuso una disminución del 6% respecto al año anterior en el que la cifra alcanzada fue de 133.717 millones de dólares⁶. A continuación se muestra una gráfica que lo detalla:

Gráfica 4: AOD NETA DE LOS PAÍSES DEL CAD 2009-2012 (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

	2009		2010		2011		2012		Variación 11/12
	Monto	% AOD/ PIB	Monto	% AOD/ PIB	Monto	% AOD/ PIB	Monto	% AOD/ PIB	
Australia	2.761,00	0,29	3.826,10	0,32	4.983,00	0,34	5.440,00	0,36	457,00
Austria	1.141,78	0,3	1.208,42	0,32	1.111,00	0,27	1.112,00	0,28	1,00
Bélgica	2.609,60	0,55	3.003,93	0,64	2.807,00	0,54	2.303,00	0,47	-504,00
Canadá	4.012,50	0,3	5.208,57	0,33	5.459,00	0,32	5.678,00	0,32	219,00
Dinamarca	2.809,88	0,88	2.871,24	0,9	2.931,00	0,85	2.718,00	0,84	-213,00
Finlandia	1.286,14	0,54	1.332,95	0,55	1.406,00	0,53	1.320,00	0,53	-86,00
Francia	12.430,91	0,46	12.915,10	0,5	12.997,00	0,46	12.000,00	0,45	-997,00
Alemania	12.079,30	0,35	12.985,36	0,38	14.093,00	0,39	13.108,00	0,38	-985,00
Grecia	607,36	0,19	507,72	0,17	425,00	0,15	324,00	0,13	-101,00
Islandia					26,00	0,21	26,00	0,22	0,00
Irlanda	1.005,78	0,54	895,15	0,53	914,00	0,51	809,00	0,48	-105,00
Italia	3.297,49	0,16	2.996,39	0,15	4.326,00	0,2	2.639,00	0,13	-1.687,00
Japón	9.480,10	0,18	11.020,98	0,2	10.831,00	0,18	10.494,00	0,17	-337,00
Corea del Sur	815,54	0,1	1.173,79	0,12	1.325,00	0,12	1.551,00	0,14	226,00
Luxemburgo	414,73	1,01	402,69	1,09	409,00	0,97	432,00	1	23,00
Países Bajos	6.426,08	0,82	6.357,31	0,81	6.344,00	0,75	5.524,00	0,71	-820,00
N. Zelanda	309,28	0,29	342,22	0,26	424,00	0,28	455,00	0,28	31,00
Noruega	4.085,84	1,06	4.579,57	1,1	4.756,00	0,96	4.754,00	0,93	-2,00
Portugal	512,71	0,23	648,96	0,29	708,00	0,31	567,00	0,27	-141,00
España	6.570,84	0,46	5.949,46	0,43	4.173,00	0,29	1.948,00	0,15	-2.225,00
Suecia	4.548,23	1,12	4.533,49	0,97	5.603,00	1,02	5.242,00	0,99	-361,00
Suiza	2.305,35	0,47	2.299,95	0,41	3.051,00	0,45	3.022,00	0,45	-29,00
Reino Unido	11.504,89	0,52	13.052,97	0,56	13.832,00	0,56	13.659,00	0,56	-173,00
EE UU	28.665,33	0,2	30.353,16	0,21	30.783,00	0,2	30.460,00	0,19	-323,00
Total CAD	119.680,66	0,31	128.465,48	0,32	133.717,00	0,31	125.585,00	0,29	-8.132,00

Fuente: OCDE-CAD

Sin embargo, la AOD entre 2006 y 2011 dedicada al sector de la salud por parte de los países del CAD ha crecido año a año, ya que ha pasado de 11.028 millones de dólares en 2006 (7,34% de toda la AOD) a 19.316 millones en 2011 (12,5% del total de la AOD). La ayuda procedente de los países miembros de la UE (Unión Europea) disminuyó en 2012 un 10% en términos absolutos. Aunque la Unión Europea en su conjunto (la

Comisión Europea, la Secretaría del Consejo y los Estados miembros de la Unión Europea) continúa siendo el mayor donante mundial en la ayuda al desarrollo ^{6,35}.

La búsqueda de datos a dado también como resultado la referencia específica a la cobertura universal y muestra que ante esto los países se encuentran con tres problemas fundamentales y relacionados entre sí. El primero es la disponibilidad de recursos. El segundo es la dependencia excesiva de los pagos directos en el momento en que la gente necesita asistencia. Y el tercero es el uso ineficiente y no equitativo de los recursos. Y añade que la recesión causada por la crisis económica puede actuar como freno en un momento en el que existe un creciente reconocimiento mundial de la necesidad de aumentar el apoyo económico externo para las necesidades sanitarias³⁶.

6. Discusión y conclusiones

Durante este trabajo de revisión bibliográfica han quedado claros determinados puntos:

La salud en el mundo ha sufrido una evolución favorable importante desde los 90' hasta ahora, pero también es verdad que en algunos aspectos más que avances se ha producido estancamiento o incluso retroceso, llegando a resultar alarmantes las cifras obtenidas de determinadas enfermedades como VIH y Tuberculosis.

Las metas que se propuso la ONU con los ODM no evolucionan al ritmo que ésta esperaba, lo que supone que según los datos que se ofrecen hasta ahora no dan indicios de que estos objetivos puedan ser conseguidos en su totalidad para la fecha fijada, que fue 2015.

La gran desigualdad existente entre países ricos y países en desarrollo que afecta a materias de salud, educación, trabajo, cultura..., suponiendo el despilfarro o mal aprovechamiento de los recursos disponibles en el caso de los países ricos y la escasez o ausencia de recursos que permite una situación deprimente para los países en desarrollo. Incluyendo además la desigualdad producida entre persona ricas y pobres de la misma zona geográfica.

Existen datos que muestran las aportaciones de los países colaboradores, y esto contribuye a la mejora tanto en salud como en el resto de necesidades de los países en desarrollo. No obstante, también hay datos de que en los últimos años los estados que se comprometieron a participar con un determinado porcentaje de ayuda económica lo incumplieron, aportando finalmente cantidades inferiores. Estos estados a los que se refiere no son sólo estados de países ricos sino también los pertenecientes a las regiones más pobres y que tienen también el compromiso de colaborar económicamente.

Las consecuencias que provoca una disminución en las aportaciones económicas hacia los países en desarrollo puede suponer un fuerte impacto y repercutir en un retroceso de los resultados hasta ahora obtenidos.

La creación de gran cantidad de asociaciones que se han ido creando para trabajar en una misma área y de una misma región, provocado por una falta de coordinación a nivel central o global y que ha supuesto en algunos casos el entorpecimiento para un desarrollo adecuado de la zona afectada. Así como las consecuencias de la mala gestión económica que llevan a un mal aprovechamiento de los recursos.

El trabajo que desempeña la Enfermería y en general todos los profesionales de la salud en la Cooperación resulta más que importante, imprescindible para la mejora de los resultados en salud. En todos los documentos revisados se consideran a estos trabajadores pieza fundamental en el desarrollo de la humanidad y coinciden a la hora de valorar la necesidad de incrementar mundialmente el número de estos profesionales.

7. Bibliografía

¹ Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2013. Naciones Unidas. New York, 2013. [consultado el 23-Febrero-2014]; Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/reports.shtml>

² Montegut A. To Achieve “Health for All” We Must Shift the World’s Paradigm to “Primary Care Access for All”. JABFM. 2007; 20(6):514:517.

³ Costa I. Development and Health: the declaration of Alma-Ata and posterior movements. Rev Latino-am Enfermagem. 2004; 12(3):449-450.

⁴ Almeida A. Enfermería en el discurso político internacional. Rev Adm Sanit. 2009;7(2):191-206.

⁵ Medicusmundi, Prosalus, Médicos del Mundo. La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2011. [consultado el 7-Febrero-2014]; Disponible en: http://www.medicusmundi.es/index.php/famme/publicaciones/informes/informe_salud_2011_1

⁶ Medicusmundi, Prosalus, Médicos del Mundo. La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2013. [consultado el 5-Febrero-2014]; Disponible en: http://www.medicusmundi.es/index.php/famme/publicaciones/informes/la_salud_en_la_cooperacion_al_desarrollo_y_la_accion_humanitaria_informe_2013

⁷ Gómez Mengelberg E. Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2009 [- fecha de la consulta- 3 de Enero de 2014]; 6(9): [10p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>

⁸ Mediano C. La salud ¿un derecho universal?. Sociedad y Utopía. Rev Cienc Sociales. 2009;(34):203-216.

⁹ Boni A. El sistema de la cooperación internacional al desarrollo. Evolución histórica y retos actuales. La cooperación internacional para el desarrollo. [consultado el 15-Enero-2014] Disponible en: <http://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=El+sistema+de+la+cooperaci%C3%B3n+internacional+al+desarrollo.+Evoluci%C3%B3n+hist%C3%B3rica+y+retos+actuales&btnG=&lr=>

¹⁰ Álvarez S. Una introducción a la Cooperación Internacional al Desarrollo. Redur. 2012;285-309.

¹¹ Canela J, Nebot C. Salud y Objetivos de Desarrollo del Milenio: mirando hacia 2015. Med Clin (Barc.). 2006;127(6):216-21.

¹² Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2005. Naciones Unidas. New York, 2005. [consultado el 23-Febrero-2014]; Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/reports.shtml>

¹³ Bhatia M, Rifkin S. A renewed focus on primary health care: revitalize or reframe?. Globalization and Health. 2010; 6:13.

¹⁴ Tassara C. Paradigmas, actores y políticas. Breve historia de la cooperación internacional al desarrollo. Roma: 2010.

¹⁵ Valtueña J. Investigación sanitaria en los países pobres. Offarm. 2007;26(2):27-31.

¹⁶ Garay J. Los retos de salud en la década que empieza: de la cooperación internacional al concepto de Salud Global. Implicaciones para la cooperación de especialistas clínicos. Rev esp cir ortop traumatol. 2011;55(5):413-418.

¹⁷ Varaine F. 10 historias que importaron en el acceso a medicamentos en 2010. Médicos Sin Fronteras. 2010; 3. <http://www.msf.es/publicaciones>

¹⁸ Pang T. Developing Medicines in Line with Global Public Health Needs: The Role of the World Health Organization. Symposium on Global Bioethics. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 2011; (20):290-297.

¹⁹ Manjavacas J. Presencia enfermera en la acción humanitaria. Documentos Enfermería. 2011; (41):17-23.

²⁰ Palacios García AL. Las Enfermeras y el voluntariado. Opinión y participación de profesionales de enfermería en ONG. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2003; 40-41. Disponible en: <<http://0-www.index-f.com.avalos.ujaen.es/index->

²¹ Quirós H, Rodríguez H, Valderrama J. Armonización de la vigilancia sanitaria interfronteriza: una propuesta vinculante en salud internacional. Rev Panam Salud Pública. 2011;30(2):148-52.

²² Jerez C, García E, Saz M, Tamame M. Colaborar con África: la experiencia del retorno. Index de Enfermería. 2010;19(2-3):111-114.

²³ Serra R. Conocer nos ayuda a comprender. Experiencia en África: estancia en un hospital de Costa de Marfil. Arch Memoria. 2010; (7 fasc. 3).

²⁴ Tejada I. Vivir otra realidad: mucho que aprender. Arch Memoria. 2013;(10 fasc. 1).

²⁵ Casamitjana N, Alonso P. El papel de la investigación y la formación en la cooperación en salud. Medicina en el Tercer Mundo. 2007;(1669):34-39.

²⁶ Departamento de la OMS de Estadísticas e Informática Sanitarias. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011. ISBN 978 92 4 356419 7.

²⁷ Carrera JM, Devesa N, Chacón D, Cararach V, Fabre E, Foradada C, Miguel J, Prats P, Rubio R. Mortalidad materna en África. Prog Obstet Ginecol. 2007;50(7):407-19.

²⁸ Bayo A, González I, Román A, Rodríguez AB, Grau S, Marina J, Tarancón I. La Mutilación genital en la mujer del siglo XXI. Prog Obstet Ginecol. 2003;46:257-66.

²⁹ Mazarrasa L, Montero M.J. Cooperación internacional española en el ámbito de la salud. Gac Sanit. 2004;18(Supl 1):214-20.

³⁰ Esteva J. Medicamentos esenciales. Offarm. 2008; 286:1.

³¹ Ferrinho P, Dramé M, Tumusiime P. Perceptions of the usefulness of external support to immunization coverage in Chad: analysis of the GAVI-Alliance cash-based support. The Pan African Medical Journal. 2013. [consultado el 27-Enero-2014]; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3786156/>

³² Quirós H, Rodríguez H, Valderrama J. Armonización de la vigilancia sanitaria interfronteriza: una propuesta vinculante en salud internacional. Rev Panam Salud Pública. 2011;30(2):148-52.

³³ Valerio L, Solsona L, Bentel FE, Baah TT, Ring D, Essuman P. Codesarrollo y salud. Prevención de la transmisión del VIH en Ghana: el programa Brothers in Work. Aten Primaria. 2006;37(5):287-94.

³⁴ Laaser U, Brand H. Global Health en the 21st century. Global Health Action. 2014. [consultado el 12-Febrero-2014]; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3926989/>

³⁵ Granell Francesc. La política de Cooperación al Desarrollo de la Unión Europea. En: Director de la Dirección General de Desarrollo de la Comisión Europea entre 1989 y 2002. La coopération au développement de la Communauté Européenne. 2005.

³⁶ OMS. Informe sobre la salud en el mundo. 2010. [consultado el 2-Febrero-2014]
Disponible en: <http://www.who.int/whr/2010/es/>

8. Anexos

SIGLAS:

CI -----	Cooperación Internacional
CID -----	Cooperación Internacional al Desarrollo
ONG -----	Organización No Gubernamental
ONU -----	Organización de las Naciones Unidas
UNESCO -----	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UE -----	Unión Europea
ODM -----	Objetivos de Desarrollo del Milenio
CAD -----	Comité de Ayuda al Desarrollo
OCDE -----	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
AOD -----	Ayuda Oficial al Desarrollo
RSI -----	Reglamento Sanitario Internacional
PBR -----	Países de Baja Renta