



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

La salud en la cooperación internacional para el desarrollo: revisión bibliográfica

Alumna: Celia García Jiménez

Tutora: Prof. M^a Luisa Grande Gascón

Dpto: Enfermería

Mayo, 2015



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin De Grado

LA SALUD EN LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Alumna: Celia García Jiménez

Tutora: Prof. M^a Luisa Grande Gascón

Dto: Enfermería

Fdo. Celia García Jiménez

Mayo, 2015

1. RESUMEN, ABSTRACT	3
2. PALABRAS CLAVE, KEYWORDS	4
3. INTRODUCCIÓN	4
4. MARCO TEÓRICO	5
5. OBJETIVOS	12
5.1. Objetivo general	12
5.2. Objetivos específicos	12
6. METODOLOGÍA	12
7. RESULTADOS	14
7.1. Situación de salud en el mundo	14
7.1.1. <i>Gasto público en salud</i>	18
7.1.2. <i>Acceso a la atención sanitaria</i>	19
7.1.3. <i>Escasez de profesionales sanitarios</i>	22
7.1.4. <i>Enfermedades tropicales desatendidas</i>	23
7.1.5. <i>Acceso a medicamentos</i>	26
7.1.6. <i>Salud de las mujeres</i>	28
7.1.7. <i>Salud de la infancia</i>	29
7.1.8. <i>Efectos de la globalización en la salud de la población</i>	30
7.2. Importancia de la salud para el desarrollo	32
7.2.1. <i>La salud como un derecho humano</i>	32
7.2.2. <i>Objetivos de Desarrollo del Milenio</i>	33
7.3. Cooperación internacional en salud	35
7.3.1. <i>Evolución y situación actual de la cooperación</i>	35
7.3.2. <i>Deficiencias en la cooperación y cambios necesarios</i>	37
7.3.3. <i>El personal sanitario en la cooperación para el desarrollo</i>	40
8. CONCLUSIONES	42
9. BIBLIOGRAFÍA	45

1. RESUMEN

La salud afecta directamente al desarrollo de los países, ya que supone un mayor desarrollo físico y cognitivo, mejor educación y capacitación laboral de la población, lo que constituye una garantía de futuro. Por ello la salud es una pieza esencial dentro de la cooperación para el desarrollo. No obstante, los gobiernos, ciencias médicas y farmacéuticas de países ricos se centran en las enfermedades y problemas de salud más prevalentes en éstos, olvidando las condiciones de salud del resto de países del mundo, siendo la principal causa de esto los intereses económicos. El objetivo fundamental de este estudio es concretar el estado de la cooperación para el desarrollo actualmente en materia de salud, demostrando las desigualdades respecto a la salud; con el fin de identificar los cambios oportunos para hacer efectiva la cooperación. Para ello se ha realizado una Revisión Narrativa, desarrollando búsquedas en las principales bases de datos de salud y sociológicas, sobre la situación de salud en el mundo y sus injusticias, así como el estado de la cooperación para el desarrollo de la salud. Se ha encontrado que las desigualdades existentes en salud, entre países y dentro de ellos son enormes y evitables en la mayoría de los casos, con un poco de implicación por parte de países de elevados ingresos, lo que hace de ello una situación inaceptable. Así mismo se ha obtenido que la cooperación para el desarrollo actualmente es, en parte, inefectiva e inapropiada, proponiéndose finalmente, los cambios necesarios para que ésta llegue a serlo.

ABSTRACT

Health directly affects the countries development due to it involves a higher physical and cognitive development, better education and job training of population. It establishes a guarantee of future. For this reason, health is an essential key in development cooperation. However, governments, medical and pharmaceutical sciences of rich countries focus in diseases and health problems more prevalent in them, and they forget the health conditions of other countries. The main causes of this situation are economic interests. The fundamental goal of this research is know the current development cooperation state in health. Furthermore, we pretend to show inequities in health in order to identify necessary changes to do that cooperation be effective. For this, we have made a narrative review; doing searches in main health and sociological databases about health situation in the world and its inequities and the state of

development cooperation in health. We have found that existent health inequities in the world, between countries and in them, are immense, moreover they are preventable in most cases with a bit of involvement of high-income countries, which make it an unacceptable situation. Likewise, we have discovered that current development cooperation is, partly, ineffective and inappropriate. Finally, we propose the necessary changes in order to cooperation become appropriate and effective.

2. PALABRAS CLAVE

Salud. Desarrollo. Cooperación internacional. Derecho a la salud. Profesionales de la salud.

KEYWORDS

Health. Development. International Cooperation. Health right. Health professionals.

3. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo trata de la Salud en la Cooperación para el Desarrollo en la época actual. Desde la aprobación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y sus metas hasta ahora han acontecido importantes cambios en salud a nivel mundial, pero no todos ellos han sido para bien ni tampoco se han producido de manera equitativa en todo el mundo. Estas inequidades se dan, sobre todo, entre países de altos ingresos y países de bajos ingresos. Esto se observa claramente, por ejemplo, en la consecución de los ODM los cuales no han sido alcanzados o lo han sido solo en aquellas regiones de mayores ingresos¹.

En estos fenómenos y cambios en la salud mundial ha tenido importantes implicaciones el fenómeno de la globalización. Este fenómeno ha tenido efectos positivos como el desarrollo de conocimientos e investigaciones científicas y un aumento en la mejora de los estilos de vida; pero al mismo tiempo ha traído consigo efectos negativos como el aumento de las desigualdades, pobreza o marginalidad, los cuales son sustancialmente perjudiciales para la salud de las poblaciones.²

El interés para la enfermería y la salud en general de este problema es el creciente progreso de esas desigualdades acompañadas de importantes efectos negativos para la salud de millones de personas que viven en países de bajos ingresos o condiciones de marginalidad. Según Malvárez², “la razón social de la enfermería es el cuidado y ésta

enfrenta el desafío, al mismo tiempo que el imperativo ético, de un cambio de pensamiento, de posición y acción para hacer frente a las necesidades de cuidado de las comunidades en un contexto cambiante de amenazas y oportunidades”. Esto refleja claramente la importancia para la enfermería de la Cooperación para el Desarrollo, necesaria para hacer frente a esas amenazas y satisfacer las necesidades de la población, y a su vez la importancia del papel de la enfermería en la Cooperación para el Desarrollo.

La cooperación tiene un papel fundamental en este contexto mencionado, sin embargo los acuerdos de cooperación por lo general no suelen ser cumplidos, además no se dedican recursos suficientes, se prioriza por ejemplo la seguridad nacional antes que salud de la población y los recursos no suelen ser distribuidos equitativamente. Solo una mínima parte de la ayuda al desarrollo va destinada a la financiación de la salud, que es un área fundamental para el desarrollo del país y no suele haber coherencia entre los proyectos de cooperación y las necesidades de los países receptores de la ayuda.^{3,4}

El objetivo de este trabajo es conocer la situación de salud real en el mundo actualmente, centrándonos en los grandes desfavorecidos, las mujeres y niños y una de las principales responsables de esta situación de salud, la Globalización. Conocer además la importancia de la salud para el desarrollo de las poblaciones, siendo reconocida como un derecho humano fundamental, necesario además para el ejercicio de los demás derechos. Y su papel dentro de los ODM la mayoría de ellos no conseguidos o conseguidos de manera muy inequitativa. Finalmente se pretende conocer el estado de la Cooperación Internacional para el Desarrollo incluyendo qué aspectos positivos y debilidades tiene y los cambios necesarios para avanzar hacia un desarrollo mejor. Todo ello enfocado al ámbito de la salud que es uno de los ámbitos fundamentales para el desarrollo. Además se analizan las tendencias de la enfermería en el desarrollo y las implicancias de la globalización para el cambio en el cuidado de enfermería.

4. MARCO TEÓRICO

Cuando hablamos de Cooperación para el Desarrollo es fundamental conocer qué se entiende por ésta, ya que puede haber confusiones al respecto. Así mismo es necesario conocer la importancia de la cooperación y del ámbito de la salud dentro de la misma.

La Cooperación Internacional al Desarrollo es el conjunto de acciones diseñadas y llevadas a cabo por actores tanto públicos como privados de varios países, cuya finalidad es promover un progreso más justo y equitativo del mundo para así alcanzar un objetivo último, construir un planeta más seguro y más pacífico. Con ello se pretende mejorar las condiciones de vida de los habitantes de países del Sur, introduciendo cambios económicos y políticos relacionados con la garantía de los derechos humanos⁵.

Se puede pensar que la cooperación al desarrollo se trata meramente de donar dinero, sin embargo, según Román Sánchez⁵, “es un concepto más amplio, que se identifica con una manera solidaria de entender las relaciones humanas. Se trata de establecer lazos de colaboración plurales (con aportaciones de todos) que aspiren al bien común”.

Existe un tipo de cooperación, la cooperación descentralizada, que es aquella que es realizada por las administraciones subestatales. Se caracteriza por la descentralización de sus iniciativas y relaciones con el Sur, además incorpora una amplia gama de actores de la sociedad civil y permiten una mayor participación de los países del Sur en su propio desarrollo⁶. Esto es importante porque es necesario que los países asuman como propios los proyectos de desarrollo para que éstos sean exitosos, y esto se consigue permitiendo esa mayor participación de los países del Sur y la población civil.

Pero no se puede hablar de cooperación para el desarrollo sin conocer qué es el desarrollo. Es cierto que es un término difícil de definir de forma precisa debido, fundamentalmente, a la importante evolución que ha experimentado durante los últimos años. En un primer momento se hablaba únicamente de indicadores económicos y se consideraba que se alcanzaba el desarrollo cuando se conseguía un cierto crecimiento en el PIB y PIB per cápita. De este modo, se creía que los países del sur deberían seguir los modelos de los países del norte para alcanzar el desarrollo. Con el tiempo se demostró que esta forma de comprender el desarrollo no era la adecuada, entre otras cosas, porque el crecimiento económico no es incompatible con grandes bolsas de pobreza ni asegura el bienestar de la población, por ejemplo Estados Unidos, es un país con un alto desarrollo económico, pero a su vez, cuenta con grandes bolsas de pobreza. Es entonces cuando se empieza a ligar el concepto de desarrollo con otras dimensiones como el bienestar de las personas, la redistribución del ingreso y la satisfacción de las necesidades básicas. Se pasa de entender el desarrollo meramente como desarrollo económico, a hablar de desarrollo humano⁵.

En 1990, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), definió el concepto de Desarrollo Humano (DH) como “un proceso continuo que busca ofrecer oportunidades a los ciudadanos, sin ninguna excepción, para que logren una vida buena, lo cual redundará en beneficio de toda la sociedad. Estas oportunidades tienen que ver con lo que las personas valoran y desean en su vida. En resumen, el DH es un proceso dirigido a la gente, para la gente y por la gente”. Y creó además el Índice de Desarrollo Humano (IDH) para medir el nivel de desarrollo conseguido por los países del mundo. Dicho índice abarca las dimensiones⁵:

- Esperanza de vida al nacer: oportunidad de vivir una vida larga y saludable.
- Alfabetización: acceso a la información y conocimientos.
- Ingreso per cápita: oportunidad de vivir una vida digna.

En definitiva el DH es un proceso de ampliación de oportunidades, capacidades y libertades de las personas, que sitúa a éstas en el centro del mismo. Además supone el compromiso internacional para que todos los habitantes del planeta puedan ejercer sus derechos humanos con el fin último de incrementar el bienestar y poder vivir una vida satisfactoria⁶. Por tanto, esta nueva forma de considerar el desarrollo, concibe que la salud sea una de las dimensiones fundamentales para alcanzar el desarrollo humano de una comunidad, y no se entiende como un objetivo del desarrollo humano, sino como un requisito para el desarrollo y el ejercicio de los derechos humanos.

En Cooperación para el Desarrollo, el desarrollo debe ser entendido como algo que va más allá del mero ámbito económico, pero a su vez debe ir implícito el desarrollo sostenible. Es decir, el desarrollo capaz de satisfacer las necesidades de la generación presente sin comprometer las capacidades de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades⁶.

Para avanzar en el Desarrollo Humano es fundamental tener una población sana y la Salud Pública es imprescindible para conseguirlo. Entendiendo la Salud Pública como el esfuerzo organizado de la sociedad encaminado a prevenir la enfermedad, a proteger, promover y fomentar el bienestar y la salud, y a restablecer la salud cuando ésta se pierde, así como rehabilitar y reinsertar al enfermo integrándolo en su medio social, laboral y cultural. En definitiva, la función de la Salud Pública es trabajar por conseguir estructuras sociales y estilos de vida de la población más favorecedoras para la salud. Por tanto sus tres funciones básicas son: valoración de las necesidades en salud,

desarrollo de políticas de salud integrales y garantía de la provisión de servicios básicos para lograr los objetivos^{6,7}.

En un esfuerzo por conseguir la Salud Pública, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptaron en 1977 la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000 (SPT/2000), destinada a garantizar el acceso y cobertura universales de la salud⁶. Además, en 2005 los estados miembros de la OMS se comprometieron a alcanzar una cobertura sanitaria para todos y todas, mediante el desarrollo de sistemas de financiación de la atención sanitaria, de modo que todas las personas tuvieran acceso a dichos servicios sin ninguna dificultad a la hora de pagarlos⁸.

El objetivo final de la cobertura sanitaria universal es lograr que todos los habitantes puedan acceder a los servicios de salud que necesiten, ya sean de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación o cuidados paliativos, sin sufrir riesgo de empobrecimiento o ruina económica, tanto ahora como en el futuro; de modo que se consiga esa Salud Pública de la que hablamos. Como bien se ilustra en la siguiente frase del Informe sobre la salud en el mundo 2013 Investigaciones para una cobertura sanitaria universal: “La cobertura sanitaria universal se considera un medio de mejorar la salud y fomentar el desarrollo humano.”⁸

Aquí cumple un papel fundamental la Cooperación para el Desarrollo, puesto que en muchos países y comunidades existen todavía numerosas inequidades en el acceso a la salud, por lo que la Salud Pública no es real.

En la conferencia de Alma-Ata, 1978, se reconoció la existencia de graves desigualdades en lo que respecta a salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, y dentro de los propios países; estableciendo que esto debía ser motivo de preocupación común para todos los países. Hablamos de inequidad en salud cuando existen desigualdades en salud que se dan de manera reiterada en determinados grupos de población y debidas a causas evitables e innecesarias. Esto es consecuencia de la desigualdad de distribución de ingresos, bienes, servicios y poder y tiene consecuencias inmediatas en la calidad de vida de las personas, entre ellas la salud. Entre las causas más importantes de falta de salud se encuentra la pobreza y, al mismo tiempo, no disfrutar de salud, es causa de pobreza⁹. Por tanto, equidad significa brindar las mismas oportunidades de acceso a los servicios y derechos a toda la población. Esto implica mecanismos redistributivos que permitan los subsidios cruzados de personas

con mayores capacidades socioeconómicas hacia aquellas con mayores dificultades para alcanzar su potencial de salud⁶.

Existen determinados grupos de población que sufren esas inequidades más que el resto, por ejemplo las mujeres. Las grandes perjudicadas de la sociedad debido a la posición sociocultural que esta sociedad patriarcal les asigna. Biológicamente, el curso natural de las enfermedades es diferente en mujeres y hombres. Pero también lo es la respuesta de la sociedad a las mismas cuando se trata de hombres o mujeres, llegando a tratarse de forma diferente a unos y otras incluso por los propios proveedores de salud. Esto lleva a un acceso diferenciado a los cuidados de salud por parte de las mujeres y los hombres, suponiendo una clara desventaja para la mujer. En definitiva, los efectos de los problemas de salud en hombres y mujeres están influenciados por los roles de género establecidos socialmente y el sexo biológico⁶. La Cooperación para el Desarrollo debe orientar sus actividades hacia la lucha por superar esas desigualdades centrándose en los grupos más desfavorecidos como lo son las mujeres.

La salud sexual y reproductiva juega un papel fundamental en la salud de la mujer. Es imprescindible por tanto la protección y promoción de los derechos sexuales y reproductivos. Derechos de mujeres y hombres a tener control sobre su sexualidad, a decidir libre y responsablemente sin verse sujetos a la coerción, la discriminación y la violencia; así como derecho al placer físico y emocional, a la libre orientación sexual y a la información sobre la sexualidad y servicios sanitarios. Todo ello siempre en condiciones de igualdad, pleno consentimiento y respeto mutuo, compartiendo responsabilidades en las relaciones sexuales y sus consecuencias⁶.

Para superar todas estas desigualdades la mejor herramienta que existe es el empoderamiento, tanto de los grupos marginados o desfavorecidos como de la mujer. El empoderamiento es un proceso de toma de conciencia de las personas sobre su discriminación, vulnerabilidad, exclusión y falta de capacidad de participar en la toma de decisiones que afectan a su propio desarrollo con el objetivo de superarlos. En el caso de la mujer se trata del proceso mediante el cual éstas toman conciencia de las relaciones de poder existentes en la sociedad y ganan autoconfianza para cambiar la desigualdad de género imperante en la sociedad a nivel familiar, comunitario y regional⁶.

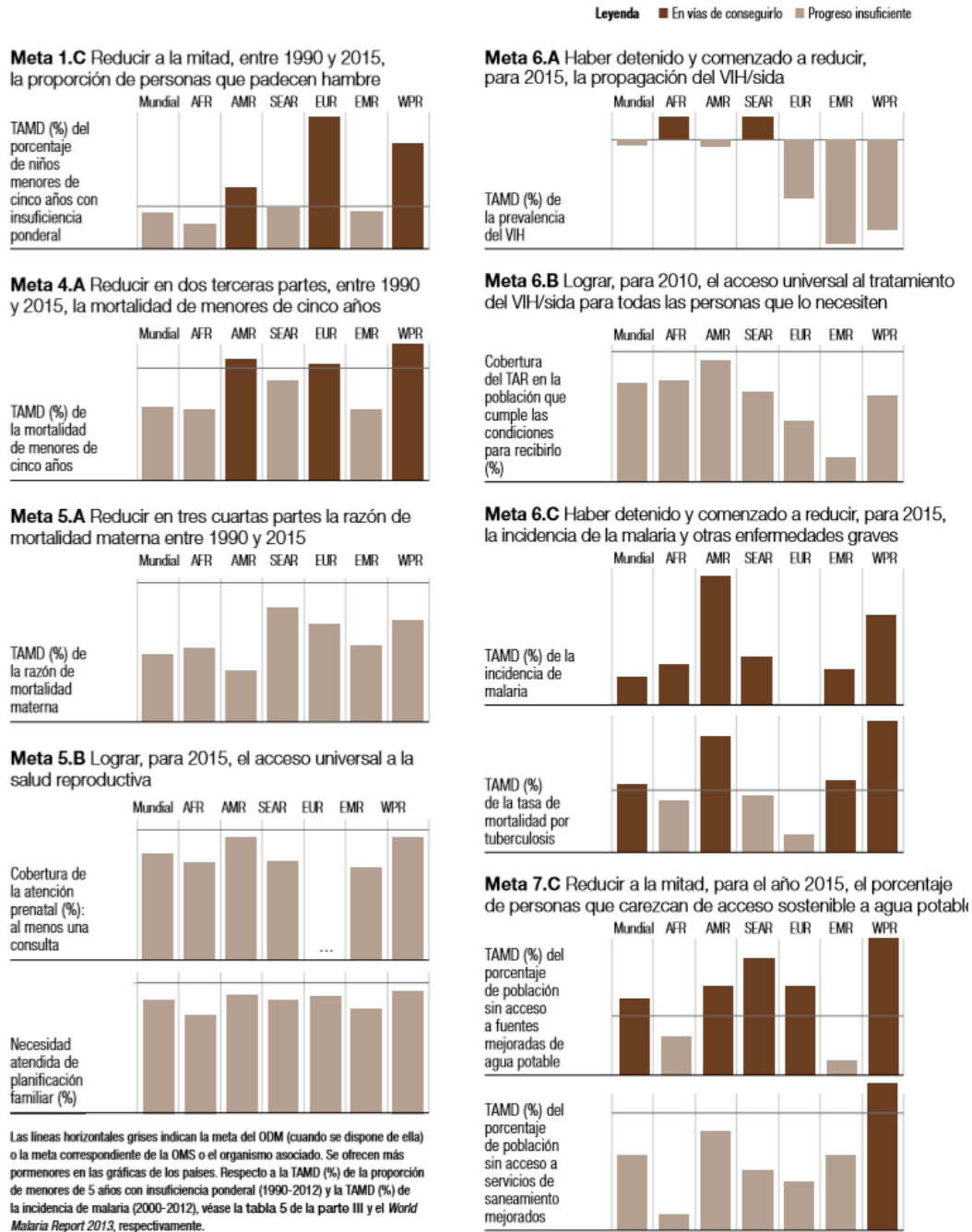
Dadas las desigualdades mencionadas y la necesidad de ayuda para el Desarrollo se elaboraron los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se trata de un documento con 8 objetivos, 18 metas y 48 indicadores que constituyen un proyecto cuya finalidad última es conseguir unos fines básicos encaminados al alcance de la salud, la erradicación de la pobreza y el cumplimiento de los derechos humanos fundamentales. Estos ocho objetivos fueron firmados en el año 2000, comprometen a 191 países y deberían cumplirse para 2015^{10,11}.

Los ocho ODM son los siguientes: erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer, reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años, mejorar la salud materna, combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y, por último, fomentar una asociación mundial para el desarrollo¹¹.

Este documento denota la importancia de la salud para el desarrollo al incluir tres objetivos directamente relacionados con la salud y el resto de ellos estar relacionados de forma indirecta con la misma. Los ODM aluden a las áreas fundamentales de la salud como la salud materna e infantil, enfermedades infecciosas, pobreza, educación, desnutrición, medio ambiente, igualdad de género y apoyo de socios internacionales para poder alcanzar el desarrollo. Los objetivos directamente relacionados con la salud son los objetivos 4, reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años, 5, mejorar la salud materna y 6, combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades. Además, como se ha referido anteriormente, el resto de objetivos están relacionados de una forma indirecta con la salud ya que todos influyen en la salud de la comunidad. Por ejemplo, el hambre y la pobreza inciden negativamente en el estado de salud al igual que la contaminación y los entornos inapropiados, la falta de una educación adecuada reduce la capacidad de las personas para cuidar de su propia salud de forma correcta o la inequidad de géneros reduce las posibilidades y oportunidades de la mujer para decidir por sí misma sobre su salud y sus cuidados. Pero además una de las metas del objetivo 8, en concreto la meta 17, enuncia explícitamente que, en colaboración con las industrias farmacéuticas se debe proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en aquellos países en desarrollo y a un precio asequible para la población, también muy relacionada con la salud de la población¹¹.

Como hemos mencionado, estaba previsto que estos objetivos fueran cumplidos en 2015, sin embargo esto no ha sido así. Podemos observarlo en la Figura 1, que muestra las tendencias de consecución de los indicadores de los ODM en 2014, a solo un año de la fecha final establecida, en los países de los que existían datos. Se observa en las tablas que las metas son conseguidas de una forma parcial, en países de elevados ingresos tales como Europa, América o Región del Pacífico Oriental en algunos casos e

Figura 1: Progreso en el logro de los ODM relacionados con salud.



Fuente: Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. OMS; Error! Marcador no definido.

incluso hay metas que ni si quiera se habían alcanzado en los países de altos ingresos para esa fecha como lo son lograr el acceso universal al tratamiento de VIH/SIDA para aquellas personas que lo necesitasen, reducir la razón de la mortalidad materna en tres cuartas partes y lograr el acceso universal a la salud reproductiva¹.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general

El objetivo general del presente trabajo es concretar cuál es el estado de la Cooperación para el Desarrollo actualmente en materia de salud, demostrando las desigualdades e injusticias existentes en todo el mundo en lo que respecta al desarrollo, pero más concretamente a la salud de las poblaciones; con el fin de proponer los cambios oportunos para hacer efectiva la cooperación.

5.2. Objetivos específicos

- Describir la situación de salud en el mundo mediante el análisis de las desigualdades en acceso y gasto en salud, medicamentos, enfermedades tropicales desatendidas (ETD) y escasez de profesional sanitario en el mundo en desarrollo.
- Detallar los efectos positivos y negativos del fenómeno de la globalización en la salud de la población en las distintas zonas del mundo.
- Justificar la importancia de la salud en el desarrollo y en la cooperación para el desarrollo a través de su presencia en los ODM y derechos humanos.
- Sintetizar la evolución de la cooperación hasta ahora y sus deficiencias mencionando el papel de la enfermería en la misma.

6. METODOLOGÍA

La metodología seguida para la realización de este trabajo es la de una Revisión Narrativa, en la que su principal característica es la utilización de bases de datos para recopilar toda la bibliografía utilizada.

Las bases de datos utilizadas fueron, en un primer lugar, bases de datos de la salud, Pubmed y Cochrane de medicina y Cuiden de enfermería propiamente. No obstante, al no encontrar mucha información sobre ciertos puntos del tema en bases de datos de la salud, se utilizaron otras bases de datos multidisciplinarias o sociológicas: Csic, Scielo, Dialnet y Scholar Google que dieron más resultados a esos puntos.

Para seleccionar los documentos se siguieron unos criterios de inclusión, dichos criterios son los siguientes:

- Texto completo: en primer lugar el criterio fundamental es que el documento estuviese disponible a texto completo.
- Relevancia: se han seleccionado los documentos que tenían relevancia para el tema de estudio.
- Fecha: no se han seleccionado artículos con una antigüedad posterior a 15 años, ya que la cooperación es un tema que evoluciona a una considerable velocidad.
- Idioma: uno de los criterios de selección fue que el idioma de los documentos fuese inglés o español.

En la siguiente tabla (Tabla 1) se sintetiza la búsqueda bibliográfica realizada incluyendo los descriptores que se usaron así como los resultados encontrados y de éstos los documentos utilizados para la realización del trabajo:

Tabla 1: Resultados de la búsqueda bibliográfica

PALABRAS CLAVE	Nº DOCUMENTOS ENCONTRADOS	Nº DOCUMENTOS SELECCIONADOS
Nombre de base de datos: Pubmed		
Cooperation international health nurse	35	2
Millennium development goals and nurse	14	1
Nurse role international cooperation	15	0
Health situation in the world	557	1
Health (sexual or reproductive) and (poor or undeveloped) countries	516	6
International health (sexual or reproductive)	2139	1
Health situation (sexual or reproductive) and (poor or undeveloped) countries	17	0
Access health (service or care) and (poor or undeveloped and (countries))	364	15
Access essential medicines poor countries	16	0
Neglected tropical diseases	492	8
Millennium development goals and health challenges	53	2
Official development assistance and health	13	1
Nombre de base de datos: Cochrane		
Cooperación desarrollo	3	0
Nombre de base de datos: Cuiden		
Objetivos de desarrollo del milenio	18	0
Nombre de base de datos: Csic		
Cooperación internacional	19	3
Cooperación internacional enfermería	2	0
Cooperación enfermería	217	1

Cooperación profesional sanitario	5	0
Situación de salud en el mundo	48	2
Situación salud mujer mundo	6	0
Medicamentos esenciales	37	3
Enfermedades tropicales desatendidas	1	1
Objetivos de desarrollo del milenio y salud	12	3
Evolución de la cooperación internacional en salud	5	1
Nombre de base de datos: Scielo		
Cooperación internacional salud	75	3
Salud en el mundo	1512	0
Profesional sanitario cooperación desarrollo	2	0
Nombre de base de datos: Dialnet		
Pobreza y salud	365	1
Cooperación internacional salud enfermería	4	0
Acceso a medicamentos esenciales	17	0
Nombre de base de datos: Scholar Google		
El papel de enfermería en cooperación internacional	14300	1

Fuente: elaboración propia

7. RESULTADOS

Los resultados de la búsqueda se organizan por puntos atendiendo a los objetivos del trabajo. A continuación se exponen dichos resultados, comenzando por la situación de salud en el mundo, a continuación se trata el tema de la importancia de la salud para el desarrollo para finalmente concluir con la cooperación para el desarrollo en la actualidad y qué déficits presenta.

7.1. Situación de salud en el mundo

Se han encontrado diversos documentos que analizan la situación de salud en el mundo y examinan las desigualdades existentes en el mundo en relación a ésta.

En primer lugar, Gil et al.¹² afirman que la medicina se vuelca cada vez más en los estilos de vida y causas genéticas de las enfermedades, tendiendo a tratar los problemas de forma individual; no obstante éstos no se reparten al azar, sino que responden a múltiples factores socioeconómicos que influyen de manera sustancial y además generan Desigualdades Sociales en Salud (DSS). A lo largo del tiempo se ha intentado utilizar diversos indicadores que tuvieran en cuenta la clase social, como el trabajo, nivel educativo o de renta, aunque cada uno con sus aspectos positivos y negativos. Lo que si defienden claramente es que existe un gradiente social y que cuanto más se descienda en este gradiente, es decir, cuanto más baja sea la posición social, más riesgo

de enfermedad y menos esperanza de vida al nacer habrá, ya que en esta situación más impacto tienen los factores nocivos como el estrés, hábitos tóxicos o alimentación no saludable. A esto se le suman los efectos negativos de la exclusión y la falta de redes de apoyo. Añaden además que un punto crítico para la incidencia de las DSS son los primeros años de vida que deberían beneficiarse de una atención especializada.

En la Figura 2 se muestra de forma esquemática la influencia de los determinantes sociales en la generación de desigualdades sociales según la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Por una parte está el contexto socioeconómico y político que es una pieza fundamental en la distribución de bienes y servicios, por otro lado lo ejes de desigualdad que son los que marcarán las desigualdades de oportunidades y acceso al poder y, finalmente, los determinantes intermedios, es decir, los recursos materiales en general y en particular lo que su carencia conlleva, que están influidos por los anteriores determinantes y a su vez determinarán las DSS. De forma que todas las iniciativas que se lleven a cabo para mejorar la salud deben tener en cuenta este enfoque de las DSS para que tengan un efecto positivo¹².

Figura 2. Determinantes sociales en las desigualdades sociales en salud.

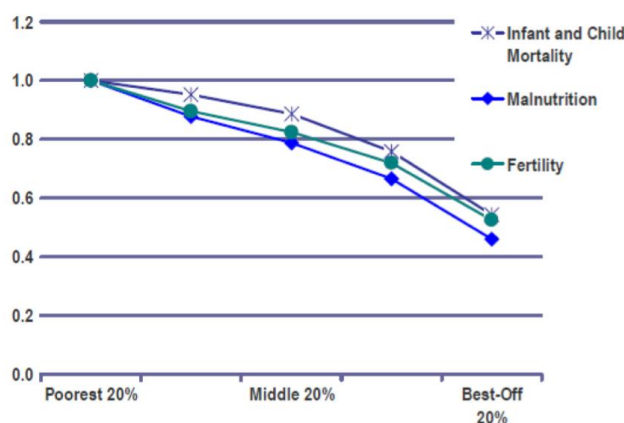


Fuente: Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2010. Basado en Solar e Irwin (2007) y Navarro (2004)¹²

Estas desigualdades de las que hablamos se dan dentro de los propios países, pero sobre todo se perciben entre distintos países y, según Gil et al.¹² son debidas a la asimetría de las relaciones de poder que se dan entre los países. Las diferencias en el estado de salud están relacionadas íntimamente con la riqueza del país y la desigualdad de distribución de ésta dentro del mismo, del mismo modo influyen las tradiciones políticas de cada país. Muestra de estas inequidades entre países son las grandes diferencias existentes en mortalidad materna e infantil y esperanza de vida entre los países de mayores y menores ingresos. La mortalidad infantil en los países de altos ingresos es de 5 por cada 1.000 nacidos vivos, mientras que en los de bajos ingresos es de 112 por cada 1.000 nacidos vivos. En el caso de la mortalidad materna las inequidades aumentan de 8 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en los países ricos a 521 por cada 100.000 nacidos vivos en los pobres. Algo similar sucede con la esperanza de vida al nacer, que es aproximadamente 20 años mayor en los países de altos ingresos. Por tanto se puede decir que hay una íntima relación entre salud y pobreza, siendo las estructuras de reparto de las riquezas tanto a nivel nacional como internacional las que generan estas diferencias en la salud de las poblaciones.

Por su parte, Laaser et al.¹³ coinciden en que existen discrepancias extremas para los principales parámetros de salud (carga de enfermedad, esperanza de vida y esperanza de vida saludable) en todo el mundo. Estos grandes desequilibrios son evidentes sobretodo en África y Asia suroriental, las regiones más pobres. Asimismo las tasas de crecimiento muestran importantes diferencias, como también afirmaban Gil et al, vinculadas a las grandes disparidades en las riquezas y oportunidades así como en la salud. Añaden además que aunque las tasas de fertilidad están disminuyendo en todo el mundo, en África continúan siendo elevadas y ésta está estrechamente relacionada con la mortalidad infantil y desnutrición como se observa en la Figura 3. Esta figura expone las tasas de mortalidad infantil, desnutrición y fertilidad en términos relativos, en las regiones más ricas, pobres y la media, demostrando la relación entre los tres parámetros y cómo estos son mayores a menor riqueza de las regiones.

Figura 3. Relación entre mortalidad infantil, desnutrición y fertilidad.



Fuente: Laaser U, Brand H. Global health in the 21st century. ¹³

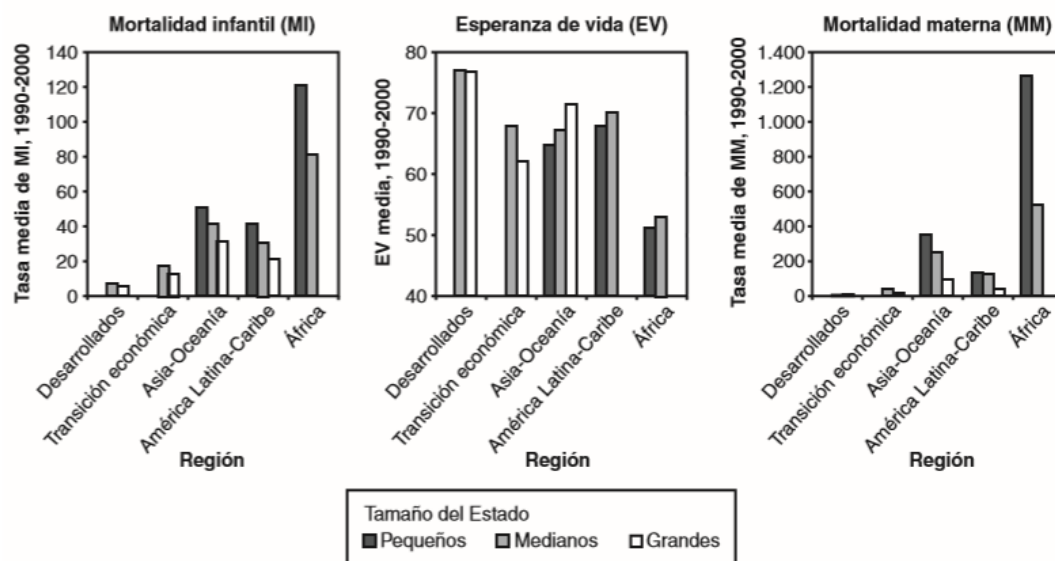
Otro punto que tratan Gil et al. que Laaser et al. no han tocado son los efectos de la fuerte crisis económica que está sacudiendo el mundo en los últimos años. Según los primeros, debido a la mencionada crisis, se entiende que aumentará la cantidad de población afectada por la pobreza, precariedad laboral, desempleo y exclusión y, dependiendo de las políticas públicas presentes aumentará o no la desigualdad social, lo que lleva consecuentemente a un aumento de las DSS. No obstante, aunque la mayoría de los datos existentes evidencian un claro deterioro de la salud como consecuencia de la crisis económica, Gil et al. defienden que ésta puede ser beneficiosa para la salud en determinados matices. Por ejemplo consideran que la recesión económica puede reducir las tasas de obesidad o accidentes de tráfico al cambiar los hábitos de la población. Sin embargo lo común es que los efectos sean negativos para la salud y éstos son los que más impacto tienen. La reducción del nivel de ingresos sitúa a la población en una peor posición para el cuidado de su propia salud y el entorno de vida suele ser peor, a esto se suma que la crisis económica aumenta la incidencia de enfermedades mentales, suicidios y consumo de tóxicos. Pero la causa principal de estas consecuencias en la salud no es la crisis económica en sí misma, sino las políticas públicas que se adoptan para hacer frente a la misma. Los recortes en presupuestos para salud pública, medidas preventivas, políticas reducción de riesgos y de protección social llevan a enormes desigualdades y problemas para la salud como el riesgo de epidemias. Por otro lado las políticas que refuerzan y estimulan la protección social suscitan menos desigualdad y atenúan el impacto de la crisis ayudando en gran medida a su resolución¹².

7.1.1. Gasto público en salud

El gasto público de los Estados influye de manera importante en la salud de la población, se ha encontrado un documento en el que se trata este aspecto. Franco et al.¹⁴ indican en su estudio que el tamaño del estado, considerado como el gasto público, tiene un importante efecto en la situación de salud, fundamentalmente en la mortalidad. Apuntan que el impacto del gasto público en salud es mínimo si se compara con el impacto de otros factores como el nivel de educación, inequidad en la distribución de ingresos e ingresos per cápita, de ahí que consideren el tamaño del estado como el Gasto Gubernamental Central (GGC). En su estudio estos autores encuentran que un incremento en el GGC está asociado con la mejora en la mortalidad infantil y materna y la esperanza de vida, lo que les conduce a recomendar una mejora en este gasto para favorecer los indicadores de salud. Si bien es cierto que el tamaño del estado abarca factores como educación, salud o seguridad social, asociados de manera positiva a la salud, también recoge el gasto militar y otros factores adversos; es por ello que no existe un efecto uniforme del tamaño del estado sobre los indicadores de salud y sugieren que es probable que haya un tamaño del estado óptimo a partir del que los efectos para la salud pueden ser contraproducentes. A pesar de todo se concluye que hay una asociación positiva entre el tamaño del estado y los indicadores en salud. La Figura 4 refleja esa relación muy claramente, mostrando cómo en los países con tamaño del estado pequeño la mortalidad materna e infantil son mayores y la esperanza de vida menor, no de una forma lineal debido a la ausencia de efecto uniforme de la que hemos hablado.

A pesar de lo que Franco et al. demuestran en su estudio, la distribución del gasto público no es equitativa en ningún país del mundo, ni dentro de los propios países ni entre ellos. La mayoría de los países de África, el continente más afectado y peor parado, tienen un gasto en salud tanto pública como privada por habitante inferior a la media mundial, siendo ésta de 612 dólares por habitante, mientras que en la mayoría de los países del continente africano no se llega a 100 dólares por habitante. Pero además esa media mundial es muy inferior al gasto de la mayoría de los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo económicos (OCDE) que es de 1.000-4.000 dólares per cápita. Lo que prueba que el gasto en salud de los países con menores ingresos está muy por debajo de los países con mayores ingresos, agudizando el fenómeno de la desigualdad en salud¹⁵.

Figura 4: Indicadores de salud^a según las regiones del mundo y el tamaño del estado^b, 1990-2000.



^aEsperanza de vida en años; mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos; mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos.
^bEquivalente al gasto gubernamental central, medido como porcentaje del producto interior bruto agrupado en 3 categorías.

Fuente: Franco A, Gil D, Álvarez-Dardet C. Tamaño del Estado (gasto público) y salud en el mundo.¹⁴

7.1.2. Acceso a la atención sanitaria

Uno de los obstáculos fundamentales para la mejora de la salud en el mundo es la dificultad de acceso a los sistemas de salud o a una atención de calidad. Esto se da mayormente en los países pobres o países en situación post-conflicto, como Sudáfrica, donde el acceso a los servicios, incluidos la atención a la salud, son controvertidos e inequitativos, a pesar de que ha cambiado bastante su estructura social con el paso del autoritarismo a la democracia. La cobertura universal en estas regiones es un problema de acceso y disponibilidad pero también de calidad de los servicios, que no se corresponden con las necesidades y expectativas de la población¹⁶.

Hemos encontrado además otros varios autores que tratan este asunto. Para Meyer et al.¹⁷, que investigan este tema en los países de Asia-Pacífico, el principal determinante social de la salud es el acceso equitativo a los servicios de salud, justificando que las desigualdades en el acceso a estos servicios y la distribución desigual de las enfermedades están vinculados. Esta autora y sus compañeros han encontrado en su estudio que los principales factores que dificultan el acceso a los servicios sanitarios son la distancia al hospital o consultorio, la demora en conseguir cita, los tiempos de espera y el coste del servicio. Lo que sugiere que la población de las regiones rurales o más

alejadas de núcleos urbanos y aquella con menos recursos económicos son las que más sufren este fenómeno. Se debe agregar que Gebrehiwot et al.¹⁸ añaden como barreras de acceso el debate entre nuevos conocimientos y tradición, la disposición de la comunidad para superar esas barreras y la falta de habilidad de los proveedores de salud.

Vivir en pobreza es el mayor riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas, muerte prematura y deterioro del estado de salud. Sin embargo, las personas que viven en situación de pobreza son las menos atendidas en materia de salud, cuentan con menos acceso a médicos de familia y sus necesidades de salud son comúnmente menos satisfechas. No sólo eso, sino también a menudo soportan experiencias negativas con los servicios sintiéndose en numerosas ocasiones juzgados por los profesionales. Considerando lo mencionado, garantizar el acceso a una atención primaria de salud adecuada y de calidad para las personas que viven en la pobreza es una cuestión primordial a la que deben hacer frente todos los países, como Loignon et al.¹⁹ señalan en su artículo.

Como ya hemos dicho los grupos con menos recursos económicos son los que más afectados se ven por la falta de atención sanitaria. Si bien esto afecta más todavía a las personas que viven en situación de indigencia, para quienes la falta de acceso a los cuidados de la salud se ha convertido en una situación habitual y permanente. Además las iniciativas existentes para contrarrestar esta situación son insuficientes, es más, la exclusión social en las regiones más afectadas lejos de ser atenuada está aumentando, ya que las reglas coloniales que reforzaron esa exclusión siguen muy presentes aun²⁰.

Las zonas rurales, por otra parte, también se ven tremendamente desfavorecidas en cuanto a la atención de la salud, como se ha justificado previamente. En contraste con lo anterior, las zonas urbanas no se libran de esta situación y también cuentan con numerosas barreras de acceso a los sistemas de salud. Aun habiéndose conseguido importantes avances en vacunas y disponibilidad de las mismas, todavía 1,5 millones de muertes de niños tienen lugar al año debidas a enfermedades prevenibles. Esto ocurre debido a la carencia de sistemas de salud fuertes que impide el impacto de las acciones de prevención y vacunación. Existen complejas barreras de acceso a estos programas de vacunación incluso en zonas de buen acceso físico, sobre todo por el creciente incremento de la tasa de urbanización que hace que los sistemas de salud no sean capaces de atender las necesidades de las poblaciones cada vez mayores²¹.

Para hacer frente a este dilema del que hablamos, numerosos países han establecido seguros de salud que cubren a diferentes grupos de población, con el objetivo de lograr una cobertura sanitaria universal. Por lo general los seguros de salud conllevan un aumento de la probabilidad de buscar atención sanitaria y reducen la demora en la búsqueda de dicha atención. No obstante, el tipo de seguros propuestos por estos países suele aumentar la inequidad ya que no cubren a toda la población por igual y causan variaciones en el acceso a la atención sanitaria debido a la diferente capacidad de recaudar los ingresos²².

Con respecto a los seguros de salud hemos encontrado diferentes documentos que exponen la efectividad de esta medida en diversos países en los cuales se han establecido seguros de salud, como Georgia, Nigeria y Ghana, China y Vietnam o Ruanda. En el caso de los cinco primeros la experiencia es similar. Se establecieron seguros con el objetivo de aumentar la cobertura sanitaria, sin embargo los resultados no fueron muy positivos, ya que éstos no fueron capaces de tener repercusión sobre los efectos negativos de la recesión económica ni los gastos de salud, que van en aumento. Sí tuvieron un impacto positivo en el acceso para los más pobres, en cuanto a indicadores financieros, pero sin conseguir un efecto global sobre la población en general. Por tanto se consiguieron mejoras mínimas en equidad, ya que la brecha aumentó en favor de los ricos y población urbana al no cubrir de forma uniforme a toda la población. En el caso concreto de China y Vietnam la estrategia utilizada fue el reembolso de los gastos en salud, que también consiguió aumentar la utilización de los servicios pero no de forma equitativa, su baja cobertura hizo que la mayor parte de la población no pudiera beneficiarse, a lo que se le suma que el reembolso resultó ser mucho más bajo de lo que supusieron los costes. Todos estos resultados se acompañan de una mala calidad del servicio ofertado^{23,24,25}. Del lado contrario se encuentra el caso de Ruanda, que consiguió efectos notables a través del establecimiento de un sistema de micro seguros de salud basado en la comunidad y con un fuerte apoyo por parte del gobierno. En primer lugar descentralizó el sistema de salud mediante una reforma descentralizadora política y fiscal y posteriormente fue aumentando la utilización de casi todos los servicios, en especial entre la población pobre. Aumentó también el impacto de las intervenciones relacionadas con los ODM, inmunización, atención preventiva y prenatal. Todo esto requirió una importante intervención por parte de donantes y es necesaria una continua evaluación para que el sistema continúe

funcionando adecuadamente. Sekabaraga et al.²⁶ consideran que Ruanda debería ser un ejemplo para el resto de países. En este país la mayoría de la población cuenta con seguro de salud y el 25% más pobre no tiene que pagar impuestos; en solo 11 años (2000-2011) la esperanza de vida aumentó 15 años²⁷.

Además de los sistemas de seguros, son múltiples los países en desarrollo que utilizan sistemas de vales como táctica para aumentar la cobertura sanitaria. Los vales ofrecen subsidios a la población que en ausencia de éstos no habría solicitado asistencia sanitaria, sobre todo a nivel de atención materno-infantil. Se canalizan los subsidios por medio de los vales con el objetivo de incrementar la demanda de servicios sanitarios por parte de la población pobre, de modo que el paciente intercambia el vale por un servicio determinado en centros acreditados, bien públicos o privados. A día de hoy estos programas son todavía pequeños y no abordan todas las necesidades a nivel nacional, sin embargo hay autores que los consideran prometedores²⁸.

A pesar del caso de Ruanda y de que hay autores que consideran que hay expectativas para un futuro, el coste de los servicios sigue siendo un obstáculo primordial a la hora de solicitar atención sanitaria. Por este motivo hay países en los que los préstamos o venta de activos se han establecido como una estrategia usual para afrontar esos costes de la atención sanitaria, lo que tiene un grave impacto en los hogares ya que lleva a un empobrecimiento mayor e incluso endeudamiento de los mismos, entrando en un círculo vicioso del que es muy difícil salir, resultando la salud de las personas la mayor perjudicada en todo este dilema. Más grave aún es este asunto cuando la mayoría de las fuentes que ofrecen esos préstamos son informales y con unos intereses desorbitados, puesto que el acceso a los acreedores oficiales es muy limitado²⁹.

7.1.3. Escasez de profesionales sanitarios

La falta de profesional sanitario en los países en desarrollo es un problema de gran magnitud que influye sustancialmente en la salud de la población de estos países. Esta escasez de profesionales se debe sobre todo a la migración desde los países pobres a otros más ricos. Esto supone un beneficio para el país receptor, pero también lo supone para las familias y comunidades de estos profesionales, receptores del aporte económico. Por este motivo los gobiernos de muchos países del sur fomentan la migración de sanitarios teniendo un gran impacto en la salud de la población de los países pobres. Hay autores que consideran que esto se puede solucionar reponiendo esos

profesionales perdidos o bien mediante el pago, por parte de los países del norte, de la pérdida en salud que supone la migración del profesional³⁰.

El éxito de los servicios de salud depende en gran medida de los profesionales con que cuentan y de la formación y destreza de los mismos. Se estima que en África faltan 818.000 profesionales de la salud y como en África, el resto de regiones en desarrollo tienen una tasa de profesionales sanitarios muy por debajo de las recomendaciones de la OMS. Tan solo África Subsahariana soporta el 24% de las enfermedades mundiales y solo cuenta con el 4% de los profesionales sanitarios. En un estudio en el que se analizaron 39 países africanos se encontró que en 31 de ellos las necesidades eran de 1.163 millones de profesionales, cuando en realidad contaban con 371.000. Esa falta de profesionales condiciona la salud de las poblaciones y ha supuesto un importante obstáculo para conseguir los ODM. El desarrollo o la retención de profesionales sanitarios en estos países es una ardua tarea ya que se debe hacer frente a la corrupción e inestabilidad política, bajos salarios, entornos negativos de trabajo, etc. con lo que finalmente acaban emigrando. Adicionalmente, a la falta de profesionales se le añade la distribución inequitativa de los mismos y la falta de conocimientos y formación sólida^{27,31}.

Las soluciones propuestas por los autores para la falta de profesional sanitario son, por una parte, aumentar los incentivos tanto económicos como no financieros, como premios que acrecienten la motivación, o la mejora de las condiciones de trabajo, tecnologías, instalaciones y recursos. Por otro lado se propone la mejora de la formación de modo que tenga un impacto positivo en la reducción de la tasa de abandono, por ejemplo mediante el establecimiento de alianzas entre los organismos formativos de países ricos y pobres, como es el caso de Ruanda, donde se diseñó un programa de hermanamiento con Estados Unidos para la formación del personal sanitario con el objeto de conseguir la autosuficiencia de los países más pobres. En cualquiera de las propuestas el papel de los donantes internacionales y la cooperación para el desarrollo es fundamental^{27,31}.

7.1.4. Enfermedades tropicales desatendidas

La distribución de enfermedades no es similar en todas las áreas geográficas, existe un grupo especial de enfermedades, conocidas como Enfermedades Tropicales

Desatendidas que constituyen un importante problema en la salud de la población. Se han encontrado varios documentos en referencia a dichas enfermedades.

Para comenzar, hemos encontrado documentos que definen las ETD. Holt et al.³² consideran a este grupo de enfermedades como aquellas enfermedades que afectan fundamentalmente a las personas que viven en situación de pobreza, en total a 2,7 billones de personas en todo el mundo, y cuya inversión o comercio no resulta viable por lo que son olvidadas por la medicina, actuando de un modo que refuerza el ciclo de la pobreza. Por otra parte, Alvar et al.³³ inciden en que se dan con especial importancia en los países de renta baja, por lo tanto no son tenidas en cuenta por los países del norte, pero tampoco por los propios países del sur ya que afectan sobre todo a grupos de población con escasa o nula voz política. De modo que las poblaciones que las sufren no se pueden permitir costear un tratamiento, por lo que no son rentables para la industria farmacéutica, quedando olvidadas y perpetuando de esta forma el ciclo pobreza-enfermedad.

En la siguiente tabla, (Tabla 2) se resumen las principales ETD. Estas enfermedades, además de suponer los problemas previamente indicados resultan incapacitantes, desfigurantes y estigmatizantes así mismo influyen negativamente en el desarrollo cognitivo y físico, de ahí su capacidad para promover la pobreza, el gran impacto en el desarrollo de los niños que provocan, su influencia en los resultados del embarazo y productividad de los trabajadores^{34,35}.

Tabla 2: Principales Enfermedades Tropicales Desatendidas

MAIN NEGLECTED TROPICAL DISEASES		
PROTOZOAN INFECTIONS	Human African trypanosomiasis	
	Visceral leishmaniasis	
	Chagas disease	
HELMINTH INFECTIONS	Soil transmitted helminths	Hookworm
		Ascariasis
		Trichuriasis
	Schistosomiasis	
	Lymphatic filariasis	
	Onchocerciasis	
	Dracunculiasis	
BACTERIAL INFECTIONS	Trachoma	
	Leprosy	
	Buruli ulcer	

Fuente: Elaboración Propia³⁴

Hay autores que clasifican las ETD en tres grupos, éstos serían Infecciosas, Nutricionales y Genéticas, siendo las últimas las menos frecuentes y las primeras el

grupo mayoritario. A pesar de esta clasificación, comúnmente se considera ETD solo las infecciosas. Como ya se ha mencionado se distribuyen geográficamente de forma desigual, dándose con especial frecuencia en las regiones cálidas, tropicales y áridas, ya que las infecciosas se transmiten a través de vectores que requieren unas condiciones climáticas específicas de estas zonas, en estas regiones mencionadas se encuentran los países más pobres del planeta. Este tipo de enfermedades son la causa del 20% del total de muertes por enfermedades infecciosas del mundo, en ocasiones requieren cuidados sumamente costosos que las familias no pueden asumir o que llevan a las familias a vender sus bienes o pedir préstamos. Toda la situación generada por las ETD supone una importante carga económica en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y pérdida de productividad ³³.

Por otro lado, hay autores que consideran además que existe una importante relación muy directa entre ETD y desnutrición. Esto se justifica porque el estado de desnutrición aumenta el riesgo de infección y la gravedad de la misma a la vez que cuando se produce una infección se incrementa la tasa metabólica, disminuyendo el apetito y la respuesta inmune ante la enfermedad, empeorando el estado de desnutrición y entrando en un círculo vicioso, pues la desnutrición e infección actúan de forma sinérgica. Además la respuesta al tratamiento no es tan buena en esta situación. Es por ello que la nutrición se considera esencial para evitar o superar las ETD³⁶.

Lo que tiene de positivo este tipo de enfermedades es que la mayoría de ellas se pueden tratar fácilmente según algunos autores³³. Aun así a la ciencia médica y farmacéutica sigue sin interesarles económicamente este grave problema de salud.

En cambio, para otros autores, los síntomas y signos de las ETD son inespecíficos, a esto se le suma la escasez de técnicas o recursos, por lo que hay una falta importante de diagnósticos precisos y una dejadez generalizada; pero a pesar de ello, los tratamientos suelen ser fáciles y su administración la puede realizar cualquier persona, incluso los maestros en los colegios. Consideran sin embargo, que es muy difícil llegar hasta las poblaciones afectadas siendo difícil completar el tratamiento sobre todo cuando éste debe repetirse³⁷.

La estrategia más usual actualmente es la donación de medicamentos no resultando ésta adecuada y requiriéndose un enfoque más sostenible y viable³². Muchos autores coinciden en que, aunque el tratamiento farmacológico es una intervención necesaria

para el control de las ETD, no se deben olvidar las medidas de salud pública, como las mejoras en agua y saneamiento e higiene, resultando éstas sumamente importantes. Dentro de estas medidas se pueden incluir los cambios en el comportamiento de la población de modo que ésta evite los riesgos de contracción de estas enfermedades o la rehabilitación de la población afectada. Debe prestarse mayor atención a los determinantes sociales como las mejoras en saneamiento, acceso a agua potable, nutrición adecuada, vacunación e higiene y control de vectores. La OMS se comprometió en 2012, en la Declaración de Londres, a erradicar para el año 2020 las ETD, incluyendo en su plan la inversión en mejoras de agua, saneamiento e higiene^{33,36,38,39}.

7.1.5. Acceso a medicamentos

Otro de los problemas que enfrentan los países de bajos ingresos y que supone una barrera para la mejora de la salud es la dificultad e inequidad en el acceso a medicamentos.

Un tercio de la población no tiene acceso a los medicamentos esenciales, produciendo esto la muerte de 14 millones de personas al año por enfermedades infecciosas, teniendo lugar el 90% de ellas en los países pobres. Esto supone un grave problema social y económico pero a la vez ético ya que las causas fundamentales de este problema son:

- El precio de los fármacos, es el principal obstáculo ya que las familias no pueden pagarlo.
- La falta de producción de los fármacos para enfermedades tropicales ya que no son rentables para la industria farmacéutica al no ser destinados a población que pague grandes precios por ellos por lo que las ganancias de las industrias no son tan masivas.
- Falta de investigación y desarrollo de fármacos para las patologías tropicales. Desde el año 1975 hasta 1999 solo el 1% de los fármacos desarrollados era destinado a ETD⁴⁰.

Sin embargo, los medicamentos no deberían ser considerados bienes de consumo, sino como un derecho humano que reduce la mortalidad⁴¹.

Existe una crisis en el sistema de producción de medicamentos en el que hay una lucha constante entre la defensa a la salud y las patentes. Esto se conoce como “Brecha 10/90”

y hace referencia a que sólo el 10% del presupuesto es dirigido a la investigación del 90% de las enfermedades y viceversa. Estando este 90% presente fundamentalmente en países pobres cuya población no tiene suficientes recursos para hacer frente al coste de los tratamientos. Este elevado precio de los fármacos lo justifica la empresa farmacéutica con el coste de investigación y producción, sin embargo está demostrado que el gasto en publicidad y marketing es mucho más elevado que el gasto en investigación y desarrollo. Por otra parte, es común en la empresa medicamentosa los medicamentos conocidos como “Me too”, que son aquellos fármacos creados mediante la introducción de un mínimo cambio en uno ya existente a fin de eternizar las patentes de los fármacos y así el monopolio sobre los mismos⁴².

Según Bigdeli et al.⁴³ el acceso a medicamentos de calidad y asequibles es fundamental para el funcionamiento correcto de los sistemas de salud y en general para la salud de la población, sin embargo continúa siendo un reto en los países de ingresos medios y bajos. Esto es así porque en ellos solo el 35% de los medicamentos está presente en el sector público y el resto en el privado a unos precios desorbitados y la mayoría de ellos no regulados. Además hay un importante porcentaje de medicamentos falsificados no seguros, conviviendo esto con la inadecuada prescripción y dispensación e incorrecta utilización de los mismos por parte del usuario.

No obstante, sería posible que los medicamentos genéricos estuvieran disponibles en estos países de bajos ingresos a precios asequibles, pero probablemente la población no los utilizaría por las percepciones de mala calidad o las estrategias de marketing de los proveedores para que no se utilicen⁴⁴.

La OMS recomienda que cada país elabore una lista de medicamentos esenciales según sus principales enfermedades, y que estos medicamentos sean cubiertos por un seguro de salud que dé prioridad a éstos y reduzca costes, pues para ampliar la cobertura de salud es necesario incrementar el acceso a los medicamentos⁴⁵.

Como respuesta a este problema hay varios países de bajos ingresos que elaboran sus propios medicamentos genéricos de calidad y a precios asequibles, como es el caso de la India, de modo que la competencia entre empresas productoras de genéricos hace que el precio caiga significativamente. Sin embargo la mayoría de estas prácticas han topado con las empresas afectadas y el apoyo de EEUU que se oponen a ellas e intentan desestabilizarlas.

Existe la necesidad imperante de reanudar la producción de medicamentos para enfermedades olvidadas, aumentar su investigación y desarrollo y establecer una política de precios equitativos real. Para ellos los gobiernos deben desempeñar un papel activo influyendo en la oferta y la demanda de aquellos fármacos más baratos y asegurando la calidad de los mismos para recuperar la credibilidad de la población en ellos. Esto podría conseguirse por ejemplo fomentando el consumo de un producto sobre otro mediante subvenciones, impuestos o incentivos diferenciales^{40,44}.

Ausín⁴⁶ propone un principio real de equidad necesario en todos los países, de modo que el precio de los medicamentos no sea el mismo dependiendo de la riqueza. Esto se podría conseguir mediante una modificación de las patentes que permita a los países de renta baja producir e importar genéricos. Así mismo propone el desarrollo de marcos legales que estimulen la investigación y desarrollo en enfermedades desatendidas y alianzas público-privadas que fomenten la reanudación de la producción de medicamentos existentes no rentables para las farmacéuticas.

7.1.6. Salud de las mujeres

Las mujeres de las regiones más pobres deben afrontar además de los problemas relacionados con la pobreza ya vistos, los problemas propios de la condición social de la mujer. Aunque éstas son biológicamente más fuertes que los hombres, las circunstancias en las que se ven obligadas a vivir por las imposiciones sociales, hacen que en determinadas regiones su salud sea más débil que la del hombre. En estos países menos desarrollados, en los que la inequidad de géneros está mucho más agudizada, la mujer se enfrenta a una marginación doble; a la propia de la pobreza y a la desigualdad de género. Esto repercute enormemente en la situación de salud de la mujer, que es mucho más precaria en estos países por la incapacidad de decidir sobre sus propias vidas y el cuidado a su salud, infravaloración y nula participación social, política y económica. En la esperanza de vida de las mujeres en determinados países se ve reflejado este hecho, suponiendo una mayor esperanza de vida para el hombre y mayor esperanza de vida saludable para éste; contradiciendo a la biología de la mujer que es más fuerte que la del hombre. Así mismo, las mujeres tienen necesidades de salud propias con las que el hombre no cuenta, son las relacionadas con la maternidad, es decir la salud sexual y reproductiva. Del mismo modo que la esperanza de vida, la mortalidad materna también evidencia la desigualdad de salud entre países ricos y

pobres; en los países en vías de desarrollo las embarazadas tienen un riesgo de muerte de 80 a 600 veces superior al de las mujeres de países desarrollados. Por lo tanto, otorgar poder a la mujer y mejorar la salud reproductiva es fundamental para el desarrollo⁴.

El acceso equitativo a una atención del parto cualificada es crucial para reducir las elevadas cifras de mortalidad materna y neonatal, que en los países en vías de desarrollo alcanzan las 270.000 muertes de madres y 3 millones de muertes neonatales al año. El reducido uso de estos servicios de salud tiene diversos factores, de los cuales, según Nesbitt et al.⁴⁷ predominan el acceso geográfico, distancia y coste del viaje hasta el lugar donde se ofrece la atención. Sin embargo, otros autores como Mishra et al.⁴⁸ consideran que la actitud y preferencias del hombre son la principal fuerza a la hora de tomar decisiones sobre uso de anticoncepción o planificación familiar, de modo que la mujer pierde su autonomía.

Otro tema fundamental incluido dentro de la salud sexual y reproductiva de la mujer es la anticoncepción, sobre todo en adolescentes. Al año, 16 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años dan a luz, convirtiéndose en la principal causa de muerte en esta edad las complicaciones del embarazo y parto. A esto se suman los 3 millones aproximadamente de abortos en condiciones de inseguridad. Estas muertes acompañadas de otros problemas en el recién nacido y madre se dan con mayor frecuencia en las madres adolescentes que en las adultas. Por tanto la prevención de embarazos no deseados es una pieza estratégica para la mejora de la salud de mujeres sobre todo jóvenes. A pesar de esto el uso de anticonceptivos es muy bajo y las principales barreras para su uso son la baja disponibilidad de los mismos, la presión social negativa que disuade a las mujeres de su uso y la falta de información o concepciones equivocadas sobre los mismos⁴⁹.

En definitiva, existen diferencias significativas en el uso de servicios maternos y reproductivos de calidad entre países ricos y pobres que esencial resolver y abordar estas injusticias para conseguir una mejora sostenible de la salud de la mujer⁵⁰.

7.1.7. Salud de la infancia

Otro de los grupos de población de los países de bajas rentas cuya situación está afectada más negativamente junto con las mujeres es el de los niños y niñas.

Patwari⁵¹ hace referencia a este asunto en su artículo, en el que afirma que un quinto de los niños menores de 5 años en el mundo en desarrollo sufre bajo peso. Considera que la desnutrición infantil es el principal problema de salud en estas regiones acarreado consigo 2,2 millones de muertes en menores de 5 años. Este problema no solo está influido por la ingesta de alimentos inferior a las necesidades, sino que se trata también de un problema de salud pública afectado por factores socioculturales, en el que influyen el acceso a servicios de salud, incidencia de enfermedades infecciosas, la calidad de la atención a niños y a embarazadas y la higiene, así como la calidad de alimentos y prácticas de alimentación; que repercute negativamente en la morbilidad. Pero el problema de la desnutrición infantil no se da en todos los países por igual, sino que afecta a las regiones más empobrecidas, esto se evidencia porque el 80% de los niños desnutridos viven solo en 20 países.

Hay convicción de las medidas más acertadas para solventar este problema, medidas que resultan fáciles y rentables. Éstas son la atención y nutrición materna, lactancia materna durante las primeras horas de vida, seguida de lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses y la alimentación complementaria adecuada y de calidad hasta los 24 meses de edad. No obstante el mayor dilema es cómo hacer llegar estas medidas a la población afectada. Hoy en día los programas de ayuda más llevados a cabo son programas esporádicos basados en la alimentación directa, es decir, enviar alimentos a los niños. Sin embargo esta opción no es adecuada para dar una solución definitiva al problema ya que no lo solucionan definitivamente y no es sostenible. Al ser un problema multifactorial se necesita coordinación de todos los sectores implicados. En general se tiene que tener en cuenta el contexto de la salud de los niños de forma más amplia centrando el enfoque en el crecimiento y desarrollo infantil⁵¹.

7.1.8. Efectos de la globalización en la salud de la población

Para dar respuesta a la pregunta de por qué existen estas importantes desigualdades en salud se han encontrado algunos documentos y estos apuntan a que una de las principales causas de la inequidad en el mundo es la globalización.

Franco et al.¹⁴ manifiestan que las condiciones de inseguridad presentes en el mundo hoy en día, que influyen de manera sustancial en la salud o el aseguramiento de la misma, son debidas a una Crisis del Estado de Bienestar generada por la globalización y los efectos de ésta en la reducción del sector público. Grainger et al.²⁸ añaden que

aunque la globalización ha sacado de la pobreza a millones de personas, a la vez ha generado una brecha en la equidad entre países y dentro de los mismos en términos de salud e ingresos, lo que lleva a millones de personas de los países de más bajos ingresos a no recibir la atención sanitaria necesaria.

Para Málvarez² “La globalización es la interconectividad del capital, la producción, las ideas y la vida cultural en marcha constante y creciente”. No obstante, lejos de conseguir el bienestar y un beneficio para todos, lo que ha hecho ha sido instalar un capitalismo que concentra el poder y riquezas de forma unilateral. Sí es cierto que ha mejorado sustancialmente las condiciones de vida y salud en muchas partes del planeta gracias a los avances tecnológicos, pero al mismo tiempo ha incrementado la pobreza, marginalidad y desigualdades lo que se traduce en el abandono de pobres, excluidos, ancianos, niños y mujeres,... consiguiendo unos efectos inversos a lo que realmente se esperaba.

La globalización se enmarca dentro de las dimensiones comerciales y económicas, sin embargo comprende también las culturales y éticas, englobando los diferentes ámbitos sociales, económicos y políticos; por lo que la salud no queda exenta de sus efectos, que en nuestro ámbito de estudio se refieren a estilos de vida, desarrollo y acceso de conocimientos e investigaciones y políticas sanitarias. Las reformas llevadas a cabo dentro del proceso de globalización han supuesto una pérdida de poder de los ministerios de salud, debilitando los sistemas de salud y deteriorando la salud pública. Dichas reformas entrañaron un incremento de poder e influencia de los países industrializados, quedando relegados aquellos con ingresos más bajos⁵².

Las desigualdades generadas por la globalización se revelan en el aumento en la esperanza de vida de forma muy desigual entre países ricos y pobres, la diferencia de ingresos entre países de altas y bajas rentas que sigue una tendencia ascendente, la mortalidad infantil superior cinco veces en negros que en blancos, las diferencias en el uso de servicios sanitarios entre pobres y ricos, el gasto en salud por persona al año que es de 11 dólares aproximadamente en los países de menos ingresos y de 1.907 dólares en los de mayores ingresos y la desnutrición infantil que se agudiza en niños y madres de países del sur mientras que en los países del norte la obesidad sigue aumentando². Por otro lado no se ha producido la transición de enfermedades transmisibles a no transmisibles en los países subdesarrollados, por lo que el VIH/SIDA, tuberculosis y

malaria son todavía la primera causa de muerte en estas regiones. Así mismo el desmejoramiento del medio ambiente generado por los procesos de globalización supone otro importante riesgo para la salud de estas poblaciones⁵².

En este aspecto es esencial lograr una distribución igualitaria de los recursos y una justicia social real. Se debe buscar una solución alternativa a los imperantes problemas presentes en el mundo en desarrollo que solo pueden ser resueltos con intercambio y ayuda desinteresada y solidaria. Es necesario incluir a líderes y políticos y no solo a trabajadores sanitarios en las actividades de la agenda global de modo que apoyen las acciones y ayuden a que éstas sean efectivas⁵².

7.2. Importancia de la salud para el desarrollo

Como ya habíamos anticipado en la introducción, la salud es un área clave para el desarrollo de los países del sur y, por lo tanto necesaria en los proyectos y programas de cooperación. Esto se refleja en su marcada presencia en los ODM pero también porque es considerada como un derecho humano. A continuación se exponen los resultados encontrados al respecto.

7.2.1. La salud como un derecho humano

El derecho a la salud es entendido como un derecho necesario y fundamental para el ejercicio de los demás derechos y el desarrollo humano, de este modo se encuentra plasmado en numerosos documentos internacionales, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, que refleja que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” en su artículo 25. Otro ejemplo de ello también es la Declaración de los Derechos y Libertades Fundamentales (1989) que en el artículo 15 refiere que “toda persona tiene derecho a beneficiarse de todas las medidas que les permitan gozar del mejor estado de salud posible...”⁵³.

Usualmente la salud se relaciona de manera exclusiva con la atención sanitaria, sin embargo hay otros muchos aspectos que influyen en la misma, como la desigualdad de género, políticas económicas y pobreza. Normalmente las estrategias no consideran los factores socioculturales de la salud lo que las aboca al fracaso. Considerando la salud como ese derecho fundamental del que hablamos, las políticas y estrategias deberían

tenerla como eje prioritario, por encima incluso del comercio o economía. Los Estados se ven en la obligación de procurar que la población viva de la forma más saludable posible y satisfaga sus necesidades de salud, por ello es necesario que aseguren la disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad ética y cultural de los bienes y servicios sanitarios. El derecho a la salud debe prevalecer sobre todos los intereses y cualquier política internacional tiene que tener en cuenta sus efectos sobre la salud⁵³.

La salud es un bien público global que concierne a todos, tanto a ricos como a pobres y la cooperación internacional en salud no puede ser entendida solo como una mera ayuda sino como algo que va más allá y beneficia los intereses de toda la población. Por este motivo sus estrategias deben incluir la búsqueda de bienes públicos mundiales que tengan interés para la población con menores y mayores ingresos⁵⁴.

7.2.2. Objetivos de desarrollo del milenio

De acuerdo con Gil et al.⁵⁵, los Objetivos de Desarrollo del Milenio junto con sus metas son “un plan operativo para la consecución de logros básicos dirigidos al alcance de la salud, la erradicación de la pobreza y el cumplimiento de los derechos humanos fundamentales.” Este plan fue adoptado por las Naciones Unidas en 2000 con fecha límite para su consecución en el presente año y consta de 8 objetivos, 18 metas y 48 indicadores. La propia definición ya denota la trascendencia de la salud, pero además los ODM aluden a los ámbitos de importancia para ésta, es decir, salud materno infantil, enfermedades infecciosas, desnutrición y pobreza, género, medio ambiente, educación y apoyo internacional, todo ello con el objeto de alcanzar el desarrollo.

Acorde con lo anterior, Canela-Soler et al.⁵⁶ inciden además en que este plan es una nueva visión según la cual la salud no es únicamente un resultado del proceso de desarrollo, sino un factor determinante esencial para alcanzarlo y garantizar su sostenibilidad. Un reflejo de ello es que 3 de los objetivos están directamente ligados a la salud y miden la mortalidad y/o morbilidad de forma directa y 5 de ellos lo hacen de forma indirecta ya que están relacionados con los factores condicionantes de la salud. Por tanto todos los ODM tienen que ver con la salud en mayor o menor medida. Estos son:

DIRECTAMENTE RELACIONADOS:

- 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.

- 5. Mejorar la salud materna.
- 6. Combatir el VIH/SIDA, paludismo y otras enfermedades.

INDIRECTAMENTE RELACIONADOS:

- 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.
- 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
- 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo, que incluye una meta, la 17, que reza: “en cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a un costo razonable”, que influye muy directamente en la salud.

Con todo, el compromiso tanto nacional como internacional con los ODM es limitado, lo que supone un obstáculo para examinar las dificultades y avanzar hacia la salud y el bienestar de la población. Aun habiéndose conseguido avances en los objetivos, estos han sido muy desiguales e insuficientes, quedando lejos de su consecución^{55, 56}.

Por su parte, los problemas de los ODM que Guibet⁵⁷ critica son que éstos están centrados en una interpretación errónea y escasa de los bienes elementales de la salud. Sostiene, sin embargo, que una política que se base en las capacidades de los países, para satisfacer las necesidades reales y garantice esos bienes primarios de la salud, es más apropiada para reducir el nivel de pobreza y mejorar la salud a nivel mundial.

Ya el pasado año se hablaba de los ODM no serían cumplidos para 2015, como señalan en su artículo Lomazzi et al.⁵⁸ especialmente en las regiones más pobres. Por esta razón, la agenda Post-2015, que había sido creada para continuar actuando acorde a los ODM una vez fueran cumplidos, entra en discusión. Es fundamental detectar los obstáculos que han impedido alcanzar los ODM para superarlos y generar unos nuevos objetivos realizables. Estos nuevos objetivos deben incluir la protección de la salud de una forma integral sin centrarse en aspectos individualizados. Tienen que ser pertinentes y amoldables a las necesidades y prioridades de cada región. Por su parte la tarea de los países pobres es movilizar sus recursos y mejorar su productividad y los países ricos contribuir de mayor modo a ello para garantizar el desarrollo y su sostenibilidad. Además de ser necesarias estas intervenciones, para Bryce et al.⁵⁹ la salud de las

mujeres y niños debe seguir considerándose el grupo prioritario, con unas metas más ampliadas que incluyan la capacidad de los gobiernos de hacer frente a las principales causas de mortalidad. Así mismo debe incluirse el desarrollo de los sistemas de salud locales, para que se garantice un acceso continuado a los servicios sanitarios de calidad por parte de la población en situación de marginación o exclusión social.

7.3. Cooperación internacional en salud

Dada la importancia de la salud para el desarrollo, ésta ocupa una parte fundamental dentro de la cooperación. A continuación se exponen los resultados encontrados acerca del tema en cuestión.

7.3.1. Evolución y situación actual de la cooperación

Para comprender adecuadamente la esencia de la cooperación, y en particular de la cooperación en salud, consideramos conveniente hacer un recorrido por la historia de la misma. Para este objetivo hemos encontrado un documento que desarrolla la evolución de la salud y con ello de la cooperación de forma muy acertada. En primer lugar, como ya se ha anticipado, el objetivo de la OMS es “Alcanzar el mejor estado de salud para todos”. A partir de ese momento comenzó una etapa de crecimiento en salud, siendo el principal exponente el aumento de la esperanza de vida. A finales de los años 70 se introdujo el concepto Atención Primaria, con el objetivo de llevar la salud a la comunidad, es decir, sacarla de las instituciones. Sin embargo esta iniciativa se vio carente de apoyo por parte de gobiernos comprometidos con ese objetivo. En los años 80, UNICEF, que siempre ha estado gobernada por los EEUU, trató de autogestionar esa atención comunitaria, consiguiendo un efecto contrario al limitarla y medicalizarla. En los últimos años del siglo pasado la OMS fue perdiendo poder y comenzaron a crecer las desigualdades dentro de un marco en el que el único pensamiento era el de mercado, cada vez con sistemas de salud más débiles en los países de recursos limitados. A partir de 1996, que se demostró que existía una terapia que podía combatir el VIH/SIDA, comenzó entonces una época de reivindicación social demandante de acceso a ese tratamiento. Pero este movimiento no exigía derecho a la salud ni reivindicaba una salud pública para todos, sino que se centraba simplemente en una enfermedad. Esto ha sido lo que ha marcado, hasta ahora la cooperación para el desarrollo en salud. Durante los primeros diez años de este siglo, la cooperación en salud ha girado alrededor de los ODM centrándose en problemas de salud específicos y

en aquellos de mayor trascendencia mediática. Esto ha dado lugar a un incremento de iniciativas verticales que han movilizado una gran cantidad de recursos, multiplicándose por 4 los fondos de cooperación y los responsables de canalizar los mismos. Por consiguiente tenemos una situación en la que ha incrementado los fondos de cooperación de forma sustancial, pero esta cooperación no es adecuada ni sostenible³.

Por su parte, Brito⁶⁰, expone que la cooperación en salud comenzó a cambiar desde 1993 en múltiples ámbitos, convirtiéndose en una fuerza financiadora de gran importancia, a partir de 2000 esa función financiera se incrementó hasta niveles anteriormente impensables. Comenzó entonces a generarse una estructura institucional nueva y una gobernanza en la que se sustituyó el liderazgo de los gobiernos por un abanico institucional público-privado. En 1990 el marco de gobernanza existente estaba dominado por las agencias de las Naciones Unidas; en la actualidad sin embargo, ha caído la influencia de éstas, quedando sumidas dentro de un conjunto de nuevos actores, entre los que predominan los Fondos Globales. Hace referencia también al incremento de la ayuda internacional en salud, que en 1990 era de 5.600 millones de dólares, en 2007 alcanzó los 21.800 millones y en 2011 superó los 27.000 millones.

Mazarrasa et al.⁴ argumentan en su artículo que la cooperación surge como consecuencia del subdesarrollo y la necesidad de desarrollo de numerosas regiones. Este subdesarrollo es el resultado de los efectos que ha tenido la expansión de los países capitalistas sobre todo el planeta. Por consiguiente, las políticas de cooperación internacional aparecieron en un empeño por mitigar esa situación, con todo, estas políticas han resultado ser un fracaso. Hasta ahora los acuerdos internacionales asumidos en materia de cooperación más importantes han sido los siguientes: dedicar el 0,7% del Producto Interior Bruto por parte de los países de altos ingresos a la cooperación para el desarrollo; el compromiso 20/20 consistente en que el 20% de la ayuda de los países donantes debe ir dirigido a servicios sociales básicos y los países receptores deben destinar el 20% de su presupuesto a dichos servicios; dirigir 5.700 millones de dólares a servicios de salud reproductiva básicos en los países en desarrollo y el empoderamiento de la mujer orientado al control de su sexualidad. Por otro lado, en España, la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo, vigente desde 1998, concreta las directrices esenciales de la política española referente a la cooperación. El organismo responsable de gestionar la ayuda es el Ministerio de Asuntos Exteriores, no

obstante, en la práctica los Ministerios de Economía y Defensa están teniendo una influencia cada vez mayor en la misma.

La situación actual está marcada por la una imponente recesión económica mundial. Por lo cual existe un gran temor a que esta situación lleve a los países de altos ingresos a no cumplir sus compromisos o reducir las cuantías de la ayuda para el desarrollo de la salud. A pesar de que ésta ha sido protegida relativamente de los recortes desde el inicio de la recesión en 2008, numerosos países del norte comenzaron ya con medidas de austeridad muy severas. Los actores no estatales, que también juegan un papel muy importante en la financiación de programas de salud mundial, redujeron del mismo modo los volúmenes de la ayuda. Esta reducción de la ayuda o incumplimiento de los compromisos podría ser gravemente desestabilizante para los países que dependen de ella para mantener sus sistemas de salud. No obstante, Stuckler et al.⁶¹ no encontraron en su estudio asociación alguna significativa estadísticamente, ni a corto ni largo plazo, entre la cantidad de la ayuda oficial para el desarrollo (AOD) y las medidas de la recesión. Por ello, no sería justificable la inevitabilidad de cualquier descenso en la ayuda, tras el inicio de la crisis económica, ya que no tendría precedentes históricos.

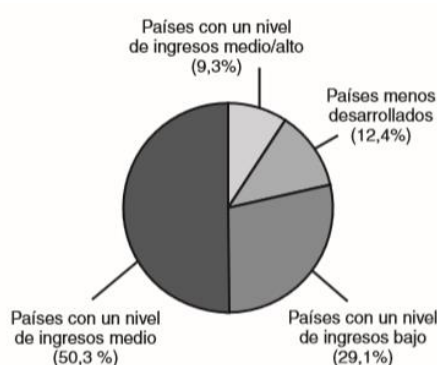
7.3.2. Deficiencias en la cooperación y cambios necesarios

La ayuda para el desarrollo en salud se ha incrementado en los últimos años, como se ha anticipado en el apartado anterior. A pesar de ello, esta ayuda supone una mínima parte de la financiación de la salud. Para hacernos una idea, el gasto en salud es del 10% del producto mundial bruto, y de ese gasto, el 80% va destinado a los países de rentas altas y el 1% a los países de rentas más bajas. La cooperación para el desarrollo de la salud tiene grandes deficiencias entre las que se encuentran: coherencia limitada con las políticas internacionales, baja pertinencia, relacionada con la distorsión de la ayuda (el 60% de la ayuda se centra en el 20% de la carga de enfermedad de los países de bajas rentas); baja eficiencia, existen múltiples sistemas paralelos que duplican recursos; y baja sostenibilidad, su predictibilidad es limitada, así mismo, la cooperación técnica, que representa una parte importante de la cooperación, se encuentra sujeta a procesos desconocidos para el país receptor. Estas incoherencias tienen un impacto negativo en la salud mundial incluso superior al efecto beneficioso que genera la cooperación³.

Para continuar, en referencia a los acuerdos internacionales mencionados en el apartado anterior, debemos decir que la realidad no se corresponde con los compromisos

asumidos. Con respecto al compromiso del 0,7% del PIB, solo 5 países de los 23 que componen la OCDE lo han cumplido; por otro lado, sobre el compromiso de servicios básicos en salud reproductiva solo ha sido aportado el 33% de lo acordado. En el caso particular de España, la cooperación para el desarrollo se caracteriza por el descenso de la ayuda al continente africano y la falta de información pormenorizada, no se conoce qué se destina al desarrollo, ni cuantitativa ni cualitativamente. Pero por si fuera poco, la ayuda destinada no va dirigida a los países de rentas más bajas, sino a países de renta intermedia y no a las clases más pobres dentro de éstos, incumpliendo otro objetivo (en la Figura 5 se representa gráficamente la distribución de la ayuda). Para Mazarrasa et al.⁴ las características de la AOD en salud son: “la falta de planificación, la inestabilidad presupuestaria y de continuidad de los programas y proyectos, la concepción limitada de la salud”... “la dispersión de las iniciativas y la falta de mecanismos para el análisis efectivo de la reducción de la desigualdad entre hombres y mujeres”. Así mismo la cooperación se centra en el equipamiento y construcción de infraestructuras, de forma que no cumple el objetivo de erradicar la pobreza mediante programas de salud básica, sino que va dirigida a favorecer el negocio de empresas españolas. De otro lado destaca el papel que ejercen las organizaciones no gubernamentales de desarrollo, con objetivos orientados a la erradicación de la pobreza.

Figura 5: Distribución geográfica de la AOD española (2000)



Fuente: Mazarrasa-Alvear L, Montero-Corominas MJ. La cooperación internacional española en el ámbito de la salud.⁴

Otro documento encontrado en referencia al tema es el de Brito⁶⁰, para quien el problema fundamental de la cooperación es la falta de alineamiento entre las necesidades en salud del país receptor y las iniciativas globales en salud (IGS), de modo que la ayuda va orientada a los intereses del país donante más que a las necesidades del receptor. Así mismo considera otro conflicto fundamental la consideración de bienes y

servicios básicos como mercancías o bienes de consumo en lugar de como pieza del derecho a la salud, que utilizan los países de occidente para enriquecerse a costa de la salud de las poblaciones de países del sur.

Por otro lado, a parte de la falta de coherencia, las IGS tienen otro fallo que afecta sobre todo a los sistemas de salud de los países a los que van dirigidas y con ello, a la salud de la población. Estas intervenciones generan una sobre carga en los sistemas locales de salud que solo aquellos más estables, flexibles y calificados son capaces de vencer. Del mismo modo, distraen de las tareas rutinarias a los mismos, haciendo que se centren únicamente en su estrategia, siendo, en numerosas ocasiones, las tareas diarias más importantes que las del propio programa para la salud poblacional⁶².

Tras lo visto, podemos estar de acuerdo con Castro et al.⁶³ afirmando que “la cooperación internacional debe constituir un complemento al esfuerzo de desarrollo del país en concordancia con las prioridades del gobierno”, es decir, debe ir orientada a alcanzar metas comunes, y, por tanto, está compuesta por tres ejes principales: el desarrollo, los esfuerzos nacionales y las fuentes cooperantes. De este modo, no solo es suficiente con movilizar fondos, sino que también es necesario saber aprovecharlos, para ello, todo proyecto de cooperación debería cumplir los siguientes criterios: alineación con el país receptor, armonización para evitar duplicidades, apropiación de modo que el país receptor asuma el proyecto como propio, gestión orientada a resultados y responsabilidad mutua entre donante y receptor.

Con lo que tenemos se puede apreciar que la cooperación real está muy lejos de cómo debería ser para conseguir realmente el objetivo que se propone. Por ello, hay autores que hablan de reformas necesarias en la cooperación, como Garay³ o Brito⁶⁰.

En primer lugar, la gobernanza en salud requiere gobiernos democráticos y efectivos que apliquen los principios europeos de la salud: calidad, equidad, universalidad y solidaridad a todas las políticas tanto nacionales como internacionales de salud, priorizando los países de menos recursos. Así mismo se considera fundamental aplicar esos cinco principios en las políticas de migración, seguridad alimentaria, paz y seguridad, cambio climático, financieras y de comercio, para la coherencia en salud. Por otro lado es necesario romper los sesgos de la investigación en cooperación, que hacen que ésta esté orientada a determinados problemas de acuerdo al interés y beneficios comerciales de occidente, con el objetivo de orientarla al desarrollo y el acceso a

fármacos esenciales. Del mismo modo el mercado de bienes imprescindibles debe ser regulado y mitigado por un fondo de solidaridad³.

Por otra parte, según Brito⁶⁰, las necesidades en cooperación son fortalecer las capacidades de los gobiernos, a nivel nacional y global, capacidades sólidas que aseguren la sostenibilidad; promover compromisos más a largo plazo, desarrollar estrategias con el objetivo de que los fondos lleguen hasta el beneficiario y no queden a merced de la deuda; y desarrollar políticas de salud internacionales de acuerdo a prioridades descritas en ámbitos globales significativos.

Para concluir, los profesionales sanitarios desde España podemos contribuir a una Salud Global más coherente. Esto podemos llevarlo a cabo por ejemplo, mediante la influencia sobre industrias farmacéuticas para que promuevan la comercialización de medicamentos esenciales en países de rentas bajas a precios asequibles. Otro ejemplo es mediante la promoción de formas de movilidad de profesionales que beneficien mutuamente a los países de origen y destino. O simplemente, mediante la sensibilización del problema o la presión para el cumplimiento de los objetivos³.

7.3.3. El personal sanitario en la cooperación para el desarrollo

Sobre este último punto de los resultados, en el que tratamos el papel de los profesionales sanitarios dentro del contexto que hemos visto de cooperación para el desarrollo de la salud, hemos encontrado resultados muy escasos.

Para comenzar, hemos de hablar de los desafíos que debe afrontar el personal sanitario y en particular las enfermeras, como consecuencia de la globalización de la salud. Málvarez² hace referencia a ello en su artículo. Partiendo de que el fundamento de la enfermería es el cuidado, ésta debe hacer frente a un reto principal: modificar la forma de pensar y actuar con objeto de afrontar las necesidades de cuidado de la población en el contexto actual de cambios y amenazas para la salud. Considera que existen suficientes y adecuados recursos para ello, con todo, no advertimos cuánta sabiduría e inteligencia se dedicará a éstos. Por lo tanto, la enfermería, dentro de este contexto global, se enfrenta a un doble cambio, uno retrógrado y otro renovador y progresista. El primero lleva a la enfermería a ajustarse a las consecuencias negativas de la globalización, las inequidades de desarrollo y los efectos de las reformas en salud. El segundo, por su parte, lleva a que la contribución de la enfermería sea imprescindible

para la salud, muestra de ello es el uso de la tecnología, el avance de los conocimientos o la participación en decisiones de políticas sanitarias por parte de las enfermeras.

Por consiguiente, es necesario desarrollar competencias enfermeras dirigidas a la provisión de cuidados en situación de emergencia social, así como orientar el trabajo a vencer las inequidades ya tratadas en puntos anteriores. No obstante “el cambio esencial será el de asumirse como sujeto político en lucha por una humanidad más justa”. De igual modo se debe comprender que la enfermería es esencialmente comunitaria, puesto que es ahí donde tienen lugar la mayoría de los problemas de salud, se desarrollan, expresan, resuelven y pueden impedirse; es entonces en este ámbito donde hay que trabajar principalmente para conseguir el objetivo del desarrollo de la salud².

Con respecto al trabajo enfermero, o sanitario en general, en relación directa con la cooperación para el desarrollo, es decir, el trabajo voluntario en este ámbito, hemos encontrado dos documentos. El primero de ellos hace referencia a los factores que influyen en la retención de estos trabajadores voluntarios, el segundo, al nivel de conocimiento de los profesionales sanitarios, comparado con el de la población general sobre aspectos básicos de cooperación para el desarrollo de la salud.

Por una parte, Alam et al.⁶⁴ analizan en su artículo cuáles son los factores que favorecen o no la retención de los trabajadores voluntarios de la comunidad para el desarrollo de la salud. Concluyen que dichos factores son, por una parte, los incentivos financieros, pero por otro lado, la aprobación por parte la familia o comunidad, así como el valor potencial del trabajo de cara a su futuro profesional, la carga de trabajo, la percepción de apoyo y el logro de desarrollo y crecimiento personal a través del trabajo voluntario. De lo que resulta que existe la necesidad de reforzar el empeño por construir un apoyo familiar y comunitario, así como desarrollar mecanismos de valoración positiva de los trabajadores de la salud voluntarios.

Por otro lado, Palacios⁶⁵ estudia en su trabajo el conocimiento que los profesionales sanitarios tienen sobre temas relacionados con la cooperación para el desarrollo en salud, para después equipararlos con los mismos conocimientos de la población general. Obteniendo como resultado de su estudio, que los conocimientos sobre este ámbito de uno y otro grupo son muy similares. De estos resultados cabe destacar que la gran mayoría de los encuestados, el 97%, considera necesaria la cooperación de nuestro país con los países en desarrollo, cifra similar en ambos grupos de estudio. Es llamativo

también el desconocimiento que hay acerca del cumplimiento de compromisos, en particular el del 0,7% del PIB, por parte de los dos grupos. Para terminar, coinciden las tendencias de los grupos estudiados, en la concepción de que la mayoría de la ayuda va dirigida al continente americano, tal y como sucede en la realidad; pero no a las regiones específicas, ya que la mayor parte de ésta va dirigida a América Latina y no a Sudamérica como la mayoría piensa. Además prevalece la preferencia por el continente africano en el estudio, considerando la autora que es “quizás en respuesta a fenómenos como la inmigración y la consideración de su bajo nivel de desarrollo”. Concluye Palacios con que existe un desconocimiento general en el personal sanitario, incluidas enfermeras, acerca de los aspectos básicos de cooperación internacional. Hay que mencionar además que su participación en cooperación es esencialmente económica aunque empieza a existir una tendencia al voluntariado mayor.

8. CONCLUSIONES

A pesar de que la salud es considerada como un bien público global y una pieza clave para el desarrollo de las regiones y de la población, como así lo ratifica su naturaleza de derecho humano universal, o su trascendental presencia en estrategias y planes para el desarrollo de tal magnitud como los ODM, la realidad no se corresponde con estas consideraciones al existir innumerables desigualdades en la salud de las poblaciones.

De acuerdo con los resultados hallados, la salud y la enfermedad se distribuyen entre la población atendiendo a numerosos factores, entre los cuales, uno de los principales es la pobreza, es decir la situación de pobreza o marginación supone un factor de riesgo de enfermar de gran magnitud. Este hecho apoya la consideración de la existencia de desigualdades en salud inaceptables, estando presentes estas desigualdades tanto entre países, sobre todo entre norte y sur, como entre la población dentro de un mismo país. Esas desigualdades se desglosan, en particular, en diferentes inequidades entre las que se encuentran: acceso a la salud, gasto público de los gobiernos en salud o acceso a medicamentos; siempre perjudicando a las poblaciones más empobrecidas o que viven en situaciones de marginación, aquellas que tienen menos poder de participación en la vida social o política y menos capacidad de decisión sobre sus vidas o su propia salud. La distribución del gasto público en salud, que es clave para la salud de las poblaciones, es injusta a lo largo de todo el planeta, dándose prioridad a otras áreas de interés político y económico antes que a la salud, siendo éste en los países africanos inferior a la mitad

que en los países desarrollados. Por otro lado, el acceso a la atención sanitaria también es injustamente desigual, de forma que las personas que más riesgo para la salud tienen o más atención sanitaria requieren, son las que menos reciben o de peor calidad, encontrándose en este colectivo la población en situación de pobreza, rural y mujeres. La escasez de profesional sanitario es otro problema de gran magnitud que impide la progresión de la salud en los países de menores ingresos. Es una práctica común la migración de personal de la salud cualificado de países de bajos ingresos a otros de mayores ingresos en busca de mejores condiciones de trabajo, vida y mejores sueldos. Práctica que en numerosas ocasiones está respaldada por los propios gobiernos de los países empobrecidos y no solo por los de los países ricos. Esto supone que aquellos países con mayor carga de enfermedad del mundo, sean los que cuentan con menos profesionales de la salud cualificados. Así mismo existe un grupo específico de enfermedades, las ETD, denominadas de esta forma porque están presentes de forma mayoritaria o única en los países de bajos ingresos, siendo olvidadas por el resto de países y con ello por la investigación y ciencias médicas y farmacéuticas. Esto es así porque su investigación no supone un importante beneficio para los países del norte ya que la población afectada no está en condiciones de pagar las cifras que las empresas farmacéuticas piden por sus tratamientos. Algo que agrava más aun la situación es que muchas de estas enfermedades pueden ser prevenidas o erradicadas con medidas simples y a muy bajo coste. Paralelamente a este problema, la dificultad de acceso a medicamentos esenciales impide el avance en salud de millones de personas que no dispone de los mismos o que, para ello, han de vender sus bienes o pedir préstamos que de manera irrevocable les lleva directos a la miseria. De modo que millones de personas se ven obligadas a elegir entre la salud o el resto de sus bienes, alimentación, vivienda, tierras, etc. una situación intolerable. Nuevamente, este problema es causado por los intereses económicos de los países de altos ingresos y la empresa farmacéutica que no ve rentable la investigación y producción de fármacos para una población que no puede pagarlos. De forma que las farmacéuticas cubren sus espaldas con patentes que les aseguran el monopolio sobre sus medicamentos, impidiendo que éstos puedan ser producidos de forma genérica y estar disponibles a un precio asequible y de calidad para la población más empobrecida. Estas empresas excusan los elevados precios de los fármacos, inconcebibles en ocasiones, en el alto coste de la investigación y producción, no obstante la mayor parte de las ganancias van dedicadas a publicidad y marketing,

siendo mínimo el presupuesto dedicado a investigación y producción. Contando las farmacéuticas con la complicidad de los gobiernos que permiten estas prácticas.

Dentro de los colectivos más afectados por las desigualdades en salud, se encuentra un grupo de población que sufre de una forma desmesurada dichas desigualdades, ese grupo son las mujeres, niñas y niños. La mujer por su situación de subordinación respecto al hombre y el papel que la sociedad patriarcal le ha asignado a lo largo de la historia y que todavía persiste en todo el mundo; que le impide decidir por su vida, su cuerpo y su salud, no teniendo voz pública ni capacidad de participar en la vida social y política. A esto se suman situaciones de salud-enfermedad propias de la mujer como son la salud sexual y reproductiva y los problemas derivados de ésta, embarazo, parto y puerperio. La suma de estos aspectos junto con la violencia de género impide que la mujer avance en la mejora de la salud, siendo la única solución posible el empoderamiento de la mujer. Con respecto a las niñas y niños, se ven afectados por el hambre y la desnutrición, además del resto de enfermedades propias de estos países. Esto influye en el crecimiento y desarrollo de las niñas y niños y en el futuro del país, puesto que serán la futura población productiva, que de no desarrollarse de forma adecuada no podrán cumplir su función llevando al país más a la pobreza. Las medidas que los países de altos ingresos toman se basan en enviar grandes cantidades de alimentos en momentos puntuales, que no sirven para solucionar el problema a largo plazo ni son sostenibles. La salud de mujeres, niñas y niños se resume en la elevada mortalidad materna e infantil existente en los países en desarrollo, que no suponen ni la mitad de las mismas en los países de altos ingresos.

En cuanto a las causas de estas inequidades en salud, siempre han existido desigualdades entre los distintos países del planeta, no obstante éstas se vieron agravadas por el fenómeno de la globalización. En un principio, este fenómeno trataba de suponer una mejora del bienestar y un beneficio para toda la población, sin embargo el efecto producido fue el contrario instaurando un capitalismo que reúne poder y riquezas para una parte de la población. Aunque es cierto que ha conseguido sacar a millones de personas de la pobreza, al mismo tiempo ha incrementado la brecha existente entre países de altos y bajos ingresos, puesto que se ha enriquecido una parte de la población, los países capitalistas, a costa del empobrecimiento del resto. La globalización es un fenómeno esencialmente comercial y económico, pero es inevitable que afecte al resto de áreas de la vida, incluida la salud.

Con respecto a la cooperación, existen numerosas lagunas en la misma y hacen falta importantes reformas en ella para conseguir un desarrollo real de los países de bajos ingresos. Aunque en las últimas décadas el volumen de la ayuda ha incrementado, el uso que se ha hecho de la misma no ha sido el más adecuado, estando marcada la cooperación por una falta de cumplimiento de objetivos internacionales, siendo necesaria una mayor transparencia de la misma y adecuación a los objetivos y a las necesidades de los países a los que va dirigida la ayuda. Existe la necesidad de gobiernos comprometidos realmente con la cooperación, que hagan de ésta una cooperación veraz y pertinaz, que ayude a los países necesitados a mejorar sus capacidades para el desarrollo y no solo supla las faltas de los mismos, convirtiéndose de esta forma en una cooperación sostenible con resultados esperables a largo plazo. Por otro lado es necesario incrementar los conocimientos del colectivo sanitario y de la población en general, para concienciar de los problemas existentes y la necesidad de implicación y colaboración. Para finalizar, es llamativa la falta de información que existe sobre la labor que los profesionales sanitarios desempeñan con respecto a cooperación para el desarrollo, la cual no está reconocida, únicamente visibilizada en las memorias de las propias ONGDs.

9. BIBLIOGRAFÍA

1 Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2014. Ginebra: OMS; 2014. Clasificación NLM: WA 900.1

2 Malvárez S. El reto de cuidar en un mundo globalizado. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2007 Jul-Set;16(3): 520-530. En: Scholar Google [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 7]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a19v16n3>

3 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. En: Bases de datos Bibliográficas del CSIC [Base de datos en Internet] España: Elsevier España; 2011 [citado 2015 Feb 7]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90026739&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=129&ty=27&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=129v55n05a90026739pdf001.pdf

4 Mazarrasa-Alvear L, Montero-Corominas MJ. La cooperación internacional española en el ámbito de la salud. *Gac Sanit*. 2004;18(1): 214-220. En: Bases de datos Bibliográficas del CSIC [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 7]. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/linkresolver/la-cooperacion-internacional-espanola-el/13062529/>

-
- 5 Román Sánchez E. Cooperación y desarrollo: nueve preguntas sobre el tema. Burgos: Amycos; 2002.
- 6 Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Estrategia de Salud de la Cooperación Española. Madrid: Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación; 2007.
- 7 Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Diagnóstico sectorial de la ayuda de la Administración General del Estado (AGE) al sector salud. Madrid: Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación; 2009.
- 8 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Luxemburgo: OMS; 2013. ClasificaciónNLM:W84.6
- 9 Medicusmundi Andalucía. Equidad en Salud. Granada: Grupo Editorial Universitario; 2010.
- 10 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Sobre Desarrollo Humano 2003. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza. Madrid: Grupo Mundi-Prensa; 2003.
- 11 Gil D, Palma M, Ruiz MT, Ortiz MR, Franco A, Stein A, Álvarez-Dardet C. El reto para la salud pública de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un enfoque desde la epidemiología política. Gac Sanit. 2006;20(3): 61-65. En: Bases de datos Bibliográficas del CSIC [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 10]. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/linkresolver/el-reto-salud-publica-los/13101091/>
- 12 Gil A, Campuzano P. Pobreza y salud. EU-topías. 2014;7: 71-78. En: Dialnet [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 16]. Disponible en: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/40347/71-78.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 13 Laaser U, Brand H. Global health in the 21st century. Glob Health Action. 2014;7: 1-9. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 16]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3926989/>
- 14 Franco A, Gil D, Álvarez-Dardet C. Tamaño del Estado (gasto público) y salud en el mundo, 1990-2000. Gac Sanit. 2005;19(3): 186-192. En: Bases de datos Bibliográficas del CSIC [Base de datos en Internet] Alicante: Universidad de Alicante; 2004 [citado 2015 Feb 16]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112005000300003&script=sci_arttext&tlng=es
- 15 Guisán MC, Expósito P. Desarrollo Económico De África En 2000-2005: Educación, Gasto En Salud, Población Y Renta. Estud. Econ. Desarro. Int. 2006;6(1): 67-84. En: Bases de datos Bibliográficas del CSIC [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 16]. Disponible en: <http://www.usc.es/economet/reviews/eedi613.pdf>
- 16 Harris B, Eyles J, Penn-Kekana L, Thomas L, Goudge J. Adverse or acceptable: negotiating access to a post-apartheid health care contract. Global Health. 2014;10(35): 1-14. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 18]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4036079/>

-
- 17 Meyer SB, Luong TC, Mamerow L, Ward PR. Inequities in access to healthcare: analysis of national survey data across six Asia-Pacific countries. *BMC Health Serv Res.* 2013;13(238): 1-23. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 18]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3734194/>
- 18 Gebrehiwot T, San Sebastian M, Edin K, Goicolea I. Health workers' perceptions of facilitators of and barriers to institutional delivery in Tigray, Northern Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14(137): 1-10. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 18]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3997189/>
- 19 Loignon C, Hudon C, Boudreault-Fournier A, Dupéré S, Macaulay AC, Pluye P, Gaboury I, Haggerty JL, Fortin M, Goulet É, Lambert M, Pelissier-Simard L, Boyer S, de Laat M, Lemire F, Champagne L, Lemieux M. Transforming primary healthcare by including the stakeholders involved in delivering care to people living in poverty: EQUIhealThY study protocol. *BMC Health Serv Res.* 2013;13(92): 1-8. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 18]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3610178/>
- 20 Soors W, Dkhimi F, Criel B. Lack of access to health care for African indigents: a social exclusion perspective. *Int J Equity Health.* 2013;12(91): 1-9. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 18]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3831581/>
- 21 Babirye JN, Engebretsen IM, Rutebemberwa E, Kiguli J, Nuwaha F. Urban settings do not ensure access to services: findings from the immunisation programme in Kampala Uganda. *BMC Health Serv Res.* 2014;14(111): 1-12. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 18]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3975865/>
- 22 Chomi EN, Mujinja PG, Enemark U, Hansen K, Kiwara AD. Health care seeking behaviour and utilisation in a multiple health insurance system: does insurance affiliation matter? *Int J Equity Health.* 2014;13(25): 1-11. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 18]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3994926/>
- 23 Zoidze A, Rukhazde N, Chkhatrashvili K, Gotsadze G. Promoting universal financial protection: health insurance for the poor in Georgia-a case study. *Health Res Policy Syst.* 2013;11(45): 1-12. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 18]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3827822/>
- 24 Odeyemi IA, Nixon J. Assessing equity in health care through the national health insurance schemes of Nigeria and Ghana: a review-based comparative analysis. *Int J Equity Health.* 2013;12(9): 1-18. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 18]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3626627/>
- 25 Liu X, Tang S, Yu B, Phuong NK, Yan F, Thien DD, Tolhurst R. Can rural health insurance improve equity in health care utilization? A comparison between China and Vietnam. *Int J Equity Health.* 2012;11(10): 1-9. En: Pubmed [Base de datos

en Internet] [citado 2015 Feb 18]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3334712/>

26 Sekabaraga C, Diop F, Soucat A. Can innovative health financing policies increase access to MDG-related services? Evidence from Rwanda. *Health Policy Plan.* 2011;2: 52-62. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 18]. Disponible en: http://heapol.oxfordjournals.org/content/26/suppl_2/ii52.long

27 Binagwaho A, Kyamanywa P, Farmer PE, Nuthulaganti T, Umubyeyi B, Nyemazi JP, Mugeni SD, Asiimwe A, Ndagijimana U, Lamphere McPherson H, Ngirabega Jde D, Sliney A, Uwayezu A, Rusanganwa V, Wagner CM, Nutt CT, Eldon-Edington M, Cancedda C, Magaziner IC, Goosby E. The human resources for health program in Rwanda-new partnership. *N Engl J Med.* 2013;369(21): 2054-2059. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 18]. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMSr1302176>

28 Grainger C, Gorter A, Okal J, Bellows B. Lessons from sexual and reproductive health voucher program design and function: a comprehensive review. *Int J Equity Health.* 2014;13(33): 1-25. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 18]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4024100/>

29 Ir P, Jacobs B, Meessen B, Van Damme W. Toward a typology of health-related informal credit: an exploration of borrowing practices for paying for healthcare by the poor in Cambodia. *BMC Health Serv Res.* 2012;12(383): 1-10. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 18]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3507708/>

30 Heath I. Exploitation and apology. *BMJ.* 2007;334(7601): 981. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 19]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1867898/>

31 Scheffler RM, Mahoney CB, Fulton BD, Dal Poz MR, Preker AS. Estimates of health care professional shortages in sub-Saharan Africa by 2015. *Health Aff (Millwood).* 2009;28(5): 849-862. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 19]. Disponible en: <http://content.healthaffairs.org/content/28/5/w849.long>

32 Holt F, Gillam SJ, Ngondi JM. Improving Access to Medicines for Neglected Tropical Diseases in Developing Countries: Lessons from Three Emerging Economies. *PLoS Negl Trop Dis.* 2012;6(2): 1390. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 22]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3289611/>

33 Alvar J, Pécoul B. Enfermedades de la pobreza, enfermedades tropicales desatendidas. *EU-topías.* 2014;7: 1-13. En: Bases de datos Bibliográficas del CSIC [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 22]. Disponible en: <http://eu-topias.org/enfermedades-de-la-pobreza-enfermedades-tropicales-desatendidas/>

34 Yamey G, Hotez P. Neglected tropical diseases. *BMJ.* 2007;335(7614): 269-270. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 22]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1941851/>

-
- 35 Hotez PJ, Savioli L, Fenwick A. Neglected Tropical Diseases of the Middle East and North Africa: Review of Their Prevalence, Distribution, and Opportunities for Control. *PLoS Negl Trop Dis*. 2012; 6(2): 1475. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 22]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3289601/>
- 36 Hall A, Zhang Y, Macarthur C, Baker S. The role of nutrition in integrated programs to control neglected tropical diseases. *BMC Med*. 2012;10(41): 1-10. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 22]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3378428/>
- 37 Utzinger J, Becker SL, Knopp S, Blum J, Neumayr AL, Keiser J, Hatz CF. Neglected tropical diseases: diagnosis, clinical management, treatment and control. *Swiss Med Wkly*. 2012;142: 1-24. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 22]. Disponible en: <http://www.smw.ch/content/smw-2012-13727/>
- 38 Hotez PJ. Aboriginal Populations and Their Neglected Tropical Diseases. *PLoS Negl Trop Dis*. 2014;8(1): 2286. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 22]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3907312/>
- 39 Freeman MC, Ogden S, Jacobson J, Abbott D, Addiss DG, Amnie AG, Beckwith C, Cairncross S, Callejas R, Colford JM, Jr, Emerson PM, Fenwick A, Fishman R, Gallo K, Grimes J, Karapetyan G, Keene B, Lammie PJ, MacArthur C, Lochery P, Petach H, Platt J, Prabasi S, Rosenboom JW, S Roy, Saywell D, Schechtman L, Tantri A, Velleman Y, Utzinger J. Integration of Water, Sanitation, and Hygiene for the Prevention and Control of Neglected Tropical Diseases: A Rationale for Inter-Sectoral Collaboration. *PLoS Negl Trop Dis*. 2013;7(9): 1-9. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 22]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3784463/>
- 40 Uranga N. Acceso a medicamentos esenciales: un derecho de todos. *Rev Pediatr aten primaria*. 2004;6(22): 263-269. En: Bases de datos Bibliográficas del CSIC [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 26]. Disponible en: <http://www.aepap.org/inmigrante/RPAP22-Acceso%20medicamentos.pdf>
- 41 Carné X. Sistema de patentes y accesibilidad a los medicamentos esenciales en el mundo. *Med Clin (Barc)*. 2007;129(16): 617-618. En: Bases de datos Bibliográficas del CSIC [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 26]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-sistema-patentes-accesibilidad-los-medicamentos-13111810>
- 42 Foladori G. La privatización de la salud: el caso de la industria farmacéutica. *Rev. Int. Sociol*. 2003;(34): 33-64. En: Bases de datos Bibliográficas del CSIC [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 26]. Disponible en: <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/283/294>
- 43 Bigdeli M, Javadi D, Hoebert J, Laing R, Ranson K; Alliance for Health Policy and Systems Research Network of Researchers on Access to Medicines. Health policy and systems research in access to medicines: a prioritized agenda for low- and middle-income countries. *Health Res Policy Syst*. 2013;11(37): 1-13. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 26]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3854087/>

44 Russo G, McPake B. Medicine prices in urban Mozambique: a public health and economic study of pharmaceutical markets and price determinants in low-income settings. *Health Policy Plan.* 2010;25(1): 70-84. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 26]. Disponible en: <http://heapol.oxfordjournals.org/content/25/1/70.long>

45 Gómez-Dantés O, Wirtz VJ, Reich MR, Terrazas P, Ortiz M. A new entity for the negotiation of public procurement prices for patented medicines in Mexico. *Bull World Health Organ.* 2012;90:788-792. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 26]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/10/12-106633/en/>

46 Ausín T. Conflicto de valores en la investigación farmacéutica: Entre la salud pública y el mercado. *Arbor.* 2008;184(730): 333-345. En: Bases de datos Bibliográficas del CSIC [Base de datos en Internet] [citado 2015 Feb 26]. Disponible en: <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/182/183>

47 Nesbitt RC, Gabrysch S, Laub A, Soremekun S, Manu A, Kirkwood BR, Amenga-Etego S, Wiru K, Höfle B, Grundy C. Methods to measure potential spatial access to delivery care in low- and middle-income countries: a case study in rural Ghana. *Int J Health Geogr.* 2014;13(25): 1-13. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Mar 2]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4086697/>

48 Mishra A, Nanda P, Speizer IS, Calhoun LM, Zimmerman A, Bhardwaj R. Men's attitudes on gender equality and their contraceptive use in Uttar Pradesh India. *Reprod Health.* 2014;11(41): 1-13. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Mar 2]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4051668/>

49 Chandra-Mouli V, McCarragher DR, Phillips SJ, Williamson NE, Hainsworth G. Contraception for adolescents in low and middle income countries: needs, barriers, and access. *Reprod Health.* 2014;11(1): 1-8. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Mar 2]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3882494/>

50 Zere E, Suehiro Y, Arifeen A, Moonesinghe L, Chanda SK, Kirigia JM. Equity in reproductive and maternal health services in Bangladesh. *Int J Equity Health.* 2013;12(90): 1-8. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Mar 2]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3842788/>

51 Patwari AK. Millennium development goals and child undernutrition. *Indian Pediatr.* 2013;50(5): 449-452. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Mar 2]. Disponible en: <http://www.indianpediatrics.net/may2013/449.pdf>

52 Marimón N, Martínez E. Globalización, salud y solidaridad: una visión diferente. *Rev. cub. salud pública.* 2009;35(1): 1-12. En: Scielo Public Health [Base de datos en Internet] [citado 2015 Mar 4]. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-34662009000100014

53 Mediano C. La salud ¿un derecho universal? *Soc. Utop.* 2009;(34): 203-216. En: Bases de datos Bibliográficas del CSIC [Base de datos en Internet] [citado 2015 Mar 6]. Disponible en: <http://www.sociedadutopia.es/images/revistas/34/DossierMediano.pdf>

-
- 54 Kaul I, Faust M. Global public goods and health: taking the agenda forward. *Bull World Health Organ.* 2001;79(9): 869-874. En: Scielo Public Health [Base de datos en Internet] [citado 2015 Mar 6]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566642/pdf/11584736.pdf>
- 55 Gil D, Palma M, Ruiz MT, Ortiz MR, Franco A, Stein A, Álvarez-Dardet C. El reto para la salud pública de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un enfoque desde la epidemiología política. *Gac Sanit.* 2006;20(3): 61-65. En: Bases de datos Bibliográficas del CSIC [Base de datos en Internet] [citado 2015 Mar 12]. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/linkresolver/el-reto-salud-publica-los/13101091/>
- 56 Canela-Soler J, Nebot-Adell, C. Salud y Objetivos de Desarrollo del Milenio: mirando hacia 2015. *Med Clin (Barc).* 2006;127(6): 216-221. En: Bases de datos Bibliográficas del CSIC [Base de datos en Internet] [citado 2015 Mar 12]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-salud-objetivos-desarrollo-del-milenio-13091013>
- 57 Guibet C. El derecho a la salud: de los objetivos de la OMS a los del milenio. *Arbor.* 2010;186(745): 859-869. En: Bases de datos Bibliográficas del CSIC [Base de datos en Internet] [citado 2015 Mar 12]. Disponible en: <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/1235/1240>
- 58 Lomazzi M, Borisch B, Laaser U. The Millennium Development Goals: experiences, achievements and what's next. *Glob Health Action.* 2014;7: 1-9. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Mar 12]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3926985/>
- 59 Bryce J, Black RE, Victora CG. Millennium Development Goals 4 and 5: progress and challenges. *BMC Med.* 2013;11(225): 1-4. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Mar 12]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3852291/>
- 60 Brito PE. La cooperación internacional en salud, tendencias y dilemas en la era de la salud global. *Rev Cubana Salud Pública.* 2014;40(1): 96-113. En: Scielo Public Health [Base de datos en Internet] [citado 2015 Mar 21]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662014000100011&script=sci_arttext
- 61 Stuckler D, Basu S, Wang SW, McKee M. Does recession reduce global health aid? Evidence from 15 high-income countries, 1975-2007. *Bull World Health Organ.* 2011;89(4): 252-257. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Mar 21]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3066519/>
- 62 Cavalli A, Bamba SI, Traore MN, Boelaert M, Coulibaly Y, Polman K, Pirard M, Van Dormael M. Interactions between Global Health Initiatives and country health systems: the case of a neglected tropical diseases control program in Mali. *PLoS Negl Trop Dis.* 2010;4(8): 1-7. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Mar 28]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2923152/>
- 63 Castro JA, Medina J, Cosentino C, Castillo O. La cooperación internacional en salud I: Tunupa o la arquitectura de los caminos de la solidaridad y el desarrollo. *Acta Med Per.* 2008;25(3): 181-186. En: Scielo Public Health [Base de datos en Internet] [citado

2015 Mar 28]. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172008000300012

64 Alam K, Oliveras E. Retention of female volunteer community health workers in Dhaka urban slums: a prospective cohort study. *Hum Resour Health*. 2014;12(29): 1-11. En: Pubmed [Base de datos en Internet] [citado 2015 Apr 7]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4040363/>

65 Palacios AL. Las Enfermeras y el voluntariado. Opinión y participación de profesionales de enfermería en ONG. *Index enferm*. 2003;12(40-41): 20-24. En: Bases de datos Bibliográficas del CSIC [Base de datos en Internet] [citado 2015 Apr 7]. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/40-41revista/r40-41_articulo_20-24.php