



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**  
*FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD*

**Grado en Enfermería**

Trabajo fin de Grado

**Salud y Cooperación  
Internacional al Desarrollo:  
Revisión Bibliográfica**

José Domingo García Castro.  
Tutora: María Luisa Grande Gascón.  
Dpto. de Enfermería

Jaén, Mayo de 2016



UNIVERSIDAD DE JAÉN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Grado en Enfermería

Trabajo fin de Grado

# Salud y Cooperación Internacional al Desarrollo: Revisión Bibliográfica

José Domingo García Castro.

Tutora: María Luisa Grande Gascón.

FIRMA DEL ALUMNO

Jaén, Mayo de 2016

# ÍNDICE

<b>1. RESUMEN .....</b>	<b>5</b>
<b>1. ABSTRACT .....</b>	<b>5</b>
<b>2. PALABRAS CLAVE/KEYWORDS.....</b>	<b>6</b>
<b>3. INTRODUCCION .....</b>	<b>6</b>
3.1. Justificación del estudio .....	6
3.2. Conceptos generales .....	9
3.2.1. <i>Cooperación al desarrollo</i> .....	9
3.2.2. <i>OMS</i> .....	10
3.2.3. <i>Salud</i> .....	10
3.3. Historia y surgimiento de la Cooperación.....	16
3.4. Salud en el mundo actual .....	10
3.5. Recursos en salud .....	12
3.6. Enfermedades predominantes en los países de bajo Desarrollo Humano.. .....	12
3.7. Enfermería en la Cooperación.....	13
3.8. Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000-2015) .....	14
3.9. Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015-2030).....	16
<b>4. OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
<b>5. METODOLOGIA, MATERIAL Y METODO .....</b>	<b>19</b>
5.1. Tipo de estudio .....	19

5.2.	Métodos de búsqueda .....	19
5.3.	Palabras clave .....	22
5.4.	Idioma .....	22
5.5.	Periodo .....	23
5.6.	Criterios de inclusión/exclusión.....	23
<b>6.</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>23</b>
6.1.	Historia/evolución de la cooperación: .....	23
6.2.	La salud a nivel mundial.....	24
6.3.	Evolución de los objetivos de desarrollo del milenio años 2006-2014 .	29
6.4.	Datos Económicos .....	32
6.5.	El personal sanitario en la Cooperación Internacional al Desarrollo....	35
<b>7.</b>	<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>37</b>
<b>8.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>39</b>

## **1. RESUMEN**

El presente Trabajo Fin de Grado consta de una revisión bibliográfica, la cual ha tenido como objetivo estudiar a través de los documentos encontrados, el peso que ha tenido el trabajo y la labor llevada a cabo por los diferentes profesionales de la salud, considerando el papel de enfermería como eje central de todos estos profesionales, sobre los resultados del trabajo llevado a cabo en materia de cooperación internacional. Se han revisado diferentes bases de datos, con la utilización de descriptores directamente relacionadas con el objetivo del trabajo. Por otra parte los criterios que se han tenido en cuenta para la selección de diferentes documentos son la salud en los países con un bajo nivel de desarrollo humano y económico, la cooperación relacionada con la salud, el año de publicación del documento, el papel de los profesionales de la salud en países de baja renta, el papel de enfermería en estos países y la cooperación con los países en desarrollo. Como conclusión podemos decir que es tan sumamente importante el papel que desempeñan los diferentes profesionales de la salud que nos atrevemos a decir que el éxito de las demás áreas de cooperación depende en gran parte del papel que desempeñan estos profesionales. También cabe destacar que el factor económico es uno de los mayores causantes de que no se esté obteniendo los resultados esperados para el gran tiempo empleado y el duro trabajo que está suponiendo la cooperación al desarrollo.

## **1. ABSTRACT**

This end of Degree Project consists on a bibliographic search whose main objective has been to analyze, on the basis of the different documents that were found, the influence that various health professionals have exercised over the results of the care cooperation work. We have chosen nurses, among all these professionals, as the focal point in this analysis. We must point out that several databases have been checked according to descriptors that are directly related with the aim of our project. On the other hand, selection criteria that were taken into account to choose the

documents have been: publication date, cooperation related to health, health in underdeveloped countries, as well as in developing countries, the role of nurses in these countries and cooperation with developed countries. As a sum up, we must state that health professionals have such an important role that cooperation will succeed depending on the work carried out by these experts. We should also underline the fact that economic factors explain the fact that results are not as positive as expected if we take into account time spent and hard work devoted to development cooperation.

## **2. PALABRAS CLAVE/KEYWORDS**

- **Palabras clave:** Salud en la Cooperación, Enfermería International, Cooperación Internacional, Saluden el Mundo, Enfermería y Cooperación, Objetivos OMS.
- **Keywords:** Health Cooperation, International Nursing, International Cooperation, World Health, Nursing and Cooperation, Objectives OMS.

## **3. INTRODUCCION**

### **3.1. Justificación del estudio**

La idea de este trabajo surgió de la experiencia que tuve en un viaje que hice a América Latina hace 5 años y mi estancia allí me hizo ver muchas realidades sobre derechos humanos, y la importancia de que estás poblaciones tengan una salud lo más humana y optima posible, también nació mi interés sobre cómo influye la presencia o no de profesionales sanitarios en el desarrollo de la cooperación internacional en la evolución de su salud.

Es importante resaltar que la búsqueda no siempre ha aportado los resultados a esperar, habiendo de utilizar en algunos casos el uso de nuevos descriptores, para centrar más el tema del trabajo.

Por mi experiencia y por los datos expuestos a continuación surge la idea de este trabajo:

#### La salud en el mundo:

En muchos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se han logrado avances muy significativos, por ejemplo, la reducción de la pobreza, como en el acceso a fuentes de agua potable y en la lucha contra el paludismo y la tuberculosis. Pero en otras áreas los avances han sido muy insuficientes, por lo tanto hay que doblar los esfuerzos, sobre todo en regiones en donde el desarrollo está siendo notablemente más lento<sup>1</sup>.

#### Papel del sector de la salud en la cooperación internacional:

En la cooperación internacional, la salud tiene un papel básico para el desarrollo de las regiones más vulnerables y sobre este pilar fundamental se plantean los objetivos y principios desde diferentes organizaciones para mejorar la calidad de vida de todos los ciudadanos del mundo.

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de 1978 de Alma-Ata se concluye con: “Defensa y promoción de la salud de todas las regiones del mundo”. Y por otra parte la OMS durante la misma conferencia se plantea alcanzar y conseguir “Salud para Todos en el año 2000”<sup>2,3</sup>.

#### Enfermería relacionada con la CI:

El profesional de enfermería es básico para el desarrollo de los países en desarrollo y subdesarrollados: “Las enfermeras y matronas son pieza clave para el buen funcionamiento y desarrollo de los sistemas de salud y su intervención es vital en las estrategias para mejorar la salud de la población más vulnerable”. También la OMS a lo largo de sus más de 60 años de historia viene reconociendo a la enfermería como “una fuerza vital para el avance de los sistemas de salud”<sup>4</sup>.

#### ✚ Disminución de la aportación económica y afectación a la CI:

En los últimos años estamos viviendo una crisis económica importante, por lo tanto son muchas las incertidumbres que nos encontramos, poniéndose en duda el estado de bienestar, produciéndose recortes por parte de los gobiernos en diversas partidas presupuestarias y una de estas precisamente se puede producir en el ámbito de la cooperación internacional, la cual consideran posiblemente las instituciones totalmente prescindible<sup>5,6</sup>.

No obstante, y sin ser conscientes plenamente de que la limitación en esta partida puede tener unas consecuencias irreversibles, llevando a limitar la cooperación al desarrollo en salud desde los presupuestos de los gobiernos. Son precisamente los gobiernos los que tienen en su poder mantener o no la cooperación al desarrollo y esto significa trabajar por los derechos humanos fundamentales, entre los que están el derecho a la salud. No solo es preocupante que cesen los compromisos políticos y económicos que los países donantes tienen con respecto a la cooperación, también preocupa el incumplimiento de sus compromisos de los países receptores de estas partidas, ya que en 2011 se detectó que algunos países africanos comprometidos a destinar un determinado presupuesto a salud no llegaron a la totalidad de estas cifras<sup>6,7</sup>.

Consideramos que es importante que se tenga en cuenta la necesidad de la intervención en los países en desarrollo ya que existen datos suficientes para corroborarlo. Aunque el ámbito de la salud no es la única que necesita más intervención si es la más importante, dependiendo de ella en muchas ocasiones la mejora de las otras áreas. Por otro lado vamos a destacar el papel que desempeñan los profesionales de la salud en el desarrollo de los países tercermundistas, siendo la enfermería el personal más amplio de todo este sector.

La cooperación para muchas regiones del mundo representa la mejor forma de conseguir el cambio y el progreso y para otras, por desgracia, la única oportunidad de supervivencia.



## 3.2. Conceptos generales

### 3.2.1. *Cooperación al desarrollo*

Definiendo cooperación al desarrollo, según Gómez y Sanahuja (1999) es: “Conjunto de actuaciones, realizadas por actores públicos y privados, entre países de diferente nivel de renta con el propósito de promover el progreso económico y social de los países del Sur, de modo que sea más equilibrado en relación con el Norte y resulte sostenible”<sup>8,9</sup>.

Con esta actividad se fomentan derechos humanos incluyendo cambios económicos, políticos y sociales en los países pobres<sup>9</sup>.

Aclaremos también otros dos conceptos que están relacionados con la cooperación al desarrollo pero con matizaciones, como son la ayuda humanitaria y la ayuda oficial al desarrollo<sup>8,10</sup>.

Ayuda humanitaria es aquella que se presta ante alguna situación de urgencia o emergencia como puede ser una catástrofe natural o conflictos bélicos por ejemplo. Esta ayuda consiste en enviar materiales de primera necesidad y envío de técnicos y expertos (médicos, enfermeros, bomberos, equipos de rescate...) <sup>10</sup>.

Ayuda oficial al desarrollo es aquella ayuda que conceden organismos oficiales incluidos en los gobiernos estatales y locales. La ayuda debe cumplir 2 objetivos principales:

1. Destinarla para la promoción del desarrollo económico y bienestar de los países en desarrollo.

2. Carácter concesional, esto quiere decir, debe incluir al menos un 25% de los elementos de donación <sup>10</sup>.

### **3.2.2. OMS**

OMS (Organización Mundial de la Salud) es el organismo internacional del sistema de las naciones unidas responsable de la salud, compuesto por 191 Estados miembros. La OMS fue creada el 7 de abril de 1948 con el objetivo de cooperar entre los estados miembros y con los que no lo son en la promoción de la salud de todas las personas. La OMS es la encargada de regir las pautas a seguir por sus estados miembros y constituye un referente en torno a la hora de que los gobiernos establezcan políticas en este sentido<sup>6,11</sup>.

La salud resulta ser una prioridad mundial. En 1978 durante la Primera conferencia sobre atención primaria de salud del Alma-Ata se plantea conseguir “Salud para todos en el año 2000”<sup>6,11</sup>.

### **3.2.3. Salud**

En los primeros años después de la creación de la OMS (1946) definió la salud como: “Estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”<sup>12</sup>.

A raíz de esta definición debemos conocer también la definición que da la OMS sobre calidad de vida durante el Foro Mundial de la salud en Ginebra (1966): “La percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses”<sup>12</sup>.

## **3.3. Historia y surgimiento de la Cooperación**

La cooperación Internacional al desarrollo surge en 1945 tras acabar la Segunda Guerra Mundial, esto acontece después de que se firmara la carta de San Francisco y se creara la ONU. El objetivo principal del nacimiento de la cooperación internacional

al desarrollo era fomentar el desarrollo y disminuir la desigualdad entre los estados<sup>10,13, 15</sup>.

Desde el momento del surgimiento de la cooperación internacional como tal hasta ahora, la CID ha sufrido una evolución en la que se han modificado los métodos, la forma de entenderla y de trabajar con ella.

Desde la década de los 50 hasta nuestros días las bases desde las que han trabajado las entidades dedicadas a la cooperación internacional, han ido evolucionando y adaptándose a las necesidades que se consideraban prioritarias, variando los distintos actores de cooperación. En un primer momento la cooperación se desarrollaba solo con los estados internacionales como únicos actores al frente, y con el paso del tiempo pasaron a entrar a formar parte de esta implicación los gobiernos sub-estatales (municipios, provincias, comunidades autónomas, departamentos...), las organizaciones de la sociedad civil, los centros de investigación, las universidades y el sector privado<sup>9, 10, 15</sup>.

También cabe destacar que el núcleo al que iba dirigida la ayuda de estos actores a través de la cooperación ha mutado. Comienza con una orientación económica, destinada a trabajar como ayuda a los países pobres y poco a poco, y debido a eventos que han influido en dar un cambio trascendental en el panorama internacional, la cooperación internacional hoy en día se centra en la lucha contra la pobreza<sup>6,13</sup>.

En el inicio de los procesos de Cooperación Internacional algunos eventos que caben ser destacados son la creación del sistema de las Naciones Unidas, la conferencia de Bretton Woods, la guerra fría, el proceso de descolonización y el plan Marshall.<sup>6, 13, 15</sup>

En 1948 se creaba la Organización Mundial de la Salud (OMS) como organismo especializado en salud dentro de la carta de las Naciones Unidas, con 61 Estados miembros en el inicio y que actualmente cuenta con 191 Estados Miembros, con el

objetivo de “cooperar entre nosotros y con otros en la promoción de la salud de todas las personas”<sup>10, 15</sup>.

### **3.4. Salud en el mundo actual**

Los datos evidencian que en los últimos 20 años ha habido una clara mejora del estado de salud de las personas, aunque también se está observando que la desigual distribución de estos progresos está aumentando. Como ejemplos podemos mencionar que mientras que la esperanza de vida en adolescentes a nivel mundial mejoro en 2-3 años, en África descendió<sup>15, 16</sup>.

En cuanto a enfermedades tenemos que, por un lado los países de renta alta han sufrido las denominadas “enfermedades no transmisibles”, mientras que de otro lado los países en desarrollo han sufrido las “enfermedades transmisibles”<sup>15</sup>. Aunque tenemos alguna excepción como es el caso de la India que es un país en desarrollo y los datos obtenidos demuestran que las enfermedades no transmisibles y las transmisibles están prácticamente igualadas. También se está dando los casos de poblaciones claramente desnutridas con otras regiones sobrealimentadas, por esto la OMS nos advierte de que la obesidad va a ser “uno de los mayores retos para la salud pública en el siglo XXI”<sup>16</sup>.

En cuanto a programas de vacunaciones intensivas, tratamientos antibióticos en caso de neumonía o malaria tuvieron una mayor difusión y eficacia en poblaciones “mas” ricas dentro de países pobres, que en sociedades muy pobres. También la OMS advierte de que los pobres cada vez son más pobres y más enfermos<sup>16</sup>.

### **3.5. Recursos en salud**

Durante la primera década del siglo XXI se ha seguido minuciosamente los dictámenes de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), realizándose proyectos con objetivos concretos y con mayor incidencia mediática. Las actividades normalmente surgen por grupos de activistas que exigen y reclaman a los países de renta alta que aumenten los fondos destinados a la Cooperación Internacional<sup>17</sup>.

En líneas generales, durante la primera década del siglo se ha multiplicado los fondos de cooperación en salud por 4, se ha pasado de 4000 a 16000 millones de dólares. Como entidades de cooperación, cabe destacar, a 30 donantes del CAD (comité de ayuda al desarrollo), 140 iniciativas globales de salud, 10000 ONG y grupos de expertos del Norte dedicados a la cooperación en Salud, miles de informes, evaluaciones, misiones...<sup>17</sup>.

Estos datos, se reflejan mejor en el siguiente esquema:

- ✚ Los países del mundo gastan en salud 6 billones (este dato corresponde al 10% del producto mundial bruto anual).
- ✚ De estos 6 billones 4 son de ámbito privado y 2 son de ámbito público.
- ✚ De estos 2 billones, el 80% proviene de países de altos ingresos y el 19% es de países de ingresos medios y el 1% restante de los países de bajos ingresos<sup>17</sup>.

### **CONCLUSIÓN:**

- ✚ Los países de renta alta destinan 1500\$ por hab/año en salud.
- ✚ Los países de renta media destinan 100\$ por hab/año en salud.
- ✚ Los países de renta baja destina 20\$ por hab/año en salud<sup>17</sup>.

Cabe destacar también la poca eficacia de los proyectos en materia de salud que se llevan a cabo en los países con un bajo nivel de renta y de Desarrollo Humano (DH). Como por ejemplo, el 70% de los trabajos de cooperación se centran en tratar enfermedades tales como la malaria, el SIDA y la tuberculosis, y estas solo suponen el 30% de la carga total de enfermedades en países pobres. Esto quiere decir que muchos sistemas orientados a los mismos problemas, duplican y malgastan los presupuestos que ya de por si son escasos<sup>17</sup>.

## **3.6. Enfermedades predominantes en los países de bajo Desarrollo Humano**

La enfermedad infecciosa que mayor incidencia de mortalidad tiene es el VIH/SIDA aunque hay que decir que la mortalidad se ha reducido notablemente. Esto

no quiere decir que aunque haya disminuido la mortalidad a causa de esta enfermedad, haya menos enfermos, justamente al contrario, el número de personas que viven con el virus VIH ha crecido. El hecho de que se use la medicación correcta (TARV) está transformando al VIH en una enfermedad crónica para millones de personas. En África Subsahariana se concentra más de la mitad de enfermos de VIH/SIDA de todo el mundo.<sup>5, 18</sup>.

Según el director ejecutivo de ONUSIDA, Peter Piot: “La pésima información sobre la enfermedad y la estigmatización de personas que viven con VIH hacen dificultar los trabajos dedicados a prevención, atención y tratamiento”<sup>18</sup>.

Otras enfermedades con mayor atención recibida gracias a los compromisos de los ODM son la malaria y la tercera con mayor dificultad de erradicación es la tuberculosis<sup>5, 18</sup>.

### **3.7. Enfermería en la Cooperación**

Florence Nightingale fue una enfermera convencida y comprometida que decidió darse por entero para ayudar y mejorar la calidad de vida de las personas enfermas y vulnerables. Sus claras ideas de ser útil a la humanidad la llevaron a formarse como enfermera y trabajar incansablemente desde 1844. No cabe ignorar su labor en materia de cooperación porque no se dedicó solo a los que tenía a su alrededor sino que durante la guerra de Crimea llegó a sus oídos que las condiciones sanitarias que daban en el Hospital de Üsküdar eran muy deficientes, con lo cual envió una carta al secretario de guerra británico para prestar sus servicios como enfermera voluntaria, tras la afirmativa de este, ella se desplazó a Turquía junto con un grupo de mujeres que se alistaron para ayudarla en la labor de atender a los heridos de dicha guerra<sup>12, 20</sup>.

También Florence fue la inspiración de Henry Dunant, fundador de la cruz roja y autor de las propuestas humanitarias llevadas a cabo por la convención de Ginebra con el propósito de proteger a las víctimas de los conflictos bélicos<sup>12, 20</sup>.

Es innato a la profesión de enfermería acudir para ayudar a los más necesitados y desfavorecidos y su presencia en los momentos más complicados y en los que peligra la salud de las personas. La enfermería está vinculada a una labor de voluntariado altruista con los más necesitados<sup>12, 20</sup>.

Como se mencionó antes “Las enfermería y enfermería obstétrica son pieza clave para el funcionamiento efectivo de los sistemas de salud y desempeñan un papel clave en las estrategias para mejorar la salud de los pobres”. Desde la OMS siempre se ha dado un reconocimiento relevante al papel que desempeña la enfermería: “Desde sus inicios la OMS siempre ha reconocido la labor de enfermería, como pieza clave para avanzar en los sistemas de salud”<sup>12, 20</sup>.

También la OMS, analizando la última resolución de la reunión que 2007 que tuvo la asamblea mundial, declaró que la labor eficiente y efectiva de los profesionales de enfermería es imprescindible para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio<sup>21</sup>.

La UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) cataloga a los profesionales de la salud como personas humanitarias y altruistas, como a los que llevan a cabo la labor del voluntariado. A las enfermeras, más concretamente, se las relaciona con valores como generosidad o ayuda al prójimo<sup>12, 20</sup>.

Hay pruebas que certifican que tanto el número como la calidad de los profesionales sanitarios están directamente relacionados con la cobertura de inmunización, el alcance de la AP y la supervivencia de lactantes, niños y madres. Así como a la inversa, con la reducción de personal a causa de los recortes la malnutrición infantil se ha acrecentado<sup>8, 23</sup>.

### **3.8. Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000-2015)**

En el año 2000 se produce la mayor reunión de jefes de estado de la historia (189 países) y en la cual llegan al acuerdo de establecer 8 objetivos a alcanzar en el año 2015 en materia de desarrollo humano. Aunque ya se pasó y el reto no fue del todo alcanzado, comenzando desde el 2015 con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), con fecha límite en 2030. Conviene recordar cuales eran estos 8 objetivos:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
2. Lograr la enseñanza primaria universal.
3. Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer.
4. Reducir la mortalidad infantil en niños menores de 5 años.
5. Mejorar la salud materna.
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

La salud es un pilar básico para el desarrollo como aseguró el director general de la OMS el Dr. Jong-Wook Lee; “La mejora de la salud es esencial para que se avance hacia el logro de los demás ODM”. Lo cierto es que de los 8 objetivos de desarrollo, 3 nos hacen referencia expresa a la salud, como son el 4,5 y 6 <sup>14</sup>.

### **3.9. Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015-2030)**

En Septiembre del año 2015, concretamente del 25 al 27 se celebró en Nueva York, sede de las Naciones Unidas, la cumbre de desarrollo sostenible en el cual se han marcado los objetivos para abarcar la agenda de actuación de los próximos 15 años. Este documento recoge 17 objetivos de desarrollo sostenible y 169 metas conexas, de carácter “integrado e indivisible”, términos un poco confusos, ya que no se sabe



exactamente cómo se va a medir esta indivisibilidad. A continuación vemos como es una continuación de los ODM con la sumatoria de las enfermedades olvidadas y las no trasmisibles. La meta para estos nuevos objetivos marcados es el año 2030, con el lema “El camino hacia la dignidad en 2030: acabar con la pobreza y transformar vidas protegiendo el planeta”<sup>24</sup>.

Los objetivos de desarrollo sostenible son 17, reflejados a continuación:

1. Erradicar la pobreza en todas sus vertientes en todo el mundo.
2. Acabar con el hambre, conseguir la seguridad alimentaria y mejor nutrición y promocionar la agricultura sostenible.
3. Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos en todas las edades.
4. Garantizar una educación de calidad equitativa e inclusiva, y promover oportunidades de aprendizaje para todos.
5. Alcanzar la igualdad de género y el empoderamiento de las niñas y las mujeres.
6. Disponer y gestionar de forma sostenible el agua y saneamiento para todos.
7. Asegurar acceso a energías asequibles, sostenibles, fiables y modernas para todo el mundo.
8. Fomentar el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el pleno empleo y un trabajo decente para todos.
9. Desarrollar infraestructuras resilientes, promover la industrialización sostenible, y fomentar la innovación.
10. Acabar con las desigualdades entre países y dentro de ellos.
11. Conseguir que las ciudades y los saneamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.
12. Garantizar las pautas de consumo y de producción sostenible.
13. Iniciar medidas urgentes para acabar con el cambio climático y sus efectos.
14. Conservar de forma sostenible los océanos, mares y recursos marinos para lograr el desarrollo sostenible.
15. Promover, restaurar y proteger la utilización sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar de forma sostenible los bosques, combatir la

desertificación, y detener la degradación de la tierra, y frenar la pérdida de la diversidad biológica.

16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia igualitaria y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles posibles.
17. Fortalecer los medios de ejecución y reavivar la alianza mundial para el desarrollo sostenible<sup>12, 16</sup>.

Decir también que existen 6 elementos básicos para que se cumplan los ODS:

- Personas: Garantizar una vida sana, el conocimiento y la inclusión de las mujeres y los niños.
- Dignidad: Acabar con la pobreza y hacer frente a las desigualdades.
- Prosperidad: Desarrollar una economía sólida, inclusiva y transformadora.
- Justicia: Promover sociedades seguras y pacíficas e instituciones sólidas.
- Planeta: Proteger nuestros ecosistemas para todas las sociedades y para nuestros hijos.
- Asociaciones: Catalizar la solidaridad mundial para el desarrollo sostenible<sup>13, 24</sup>.

## **4. OBJETIVOS**

### **Objetivos generales**

1. Llevar a cabo una revisión bibliográfica para conocer la importancia de la participación del personal sanitario en el ámbito de la Cooperación Internacional al Desarrollo.

## Específicos

1. Conocer la importancia de la enfermera en el ámbito de la Cooperación al Desarrollo.
2. Comprobar con documentación de diferentes años, la evolución de la salud mundial.
3. Demostrar, a través de los ODM, la importancia de la salud en la Cooperación al Desarrollo.

## **5. METODOLOGIA, MATERIAL Y METODO**

### **5.1. Tipo de estudio**

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura sobre cooperación internacional en materia de salud, sobre los profesionales de la salud y más concretamente sobre el papel que juega la profesión de enfermería en este ámbito. También la evolución de la salud a lo largo de la historia reciente. El objetivo de la búsqueda se ha centrado en la relación entre la cooperación y la salud, intentando especificar en la enfermería y la cooperación internacional. La obtención de los datos viene determinado por la utilización de los siguientes descriptores: Enfermería y cooperación, salud en el mundo, enfermería internacional, cooperación internacional y salud, OMS y cooperación. También se han utilizado algunos descriptores en inglés porque así las bases de datos lo demandaban: Nursing and Cooperation, International Cooperation and Health, International Nursing.

### **5.2. Métodos de búsqueda**

 Bases de datos consultadas

Para la búsqueda bibliográfica se han revisado documentos de diferentes bases de datos. Esta búsqueda se ha realizado tomando como premisa los objetivos anteriormente planteados, haciendo hincapié en hacer consultas de bases de datos con mayor interés para las ciencias de la salud, entre las cuales están:

- CSIC: Esta base de datos está unida con otras bases de datos ICYT, ISOC e IME y contienen producción científica publicada en España desde la década de los 70. Esta base de datos reúne artículos de Actas de congresos, revistas científicas, informes, compilaciones y monografías.
- CUIDEN PLUS: Es la base de datos de la Fundación Index. Incluye producción científica de la enfermería española e iberoamericana tanto de contenido metodológico, histórico, social o cultural como de contenido clínico-asistencial en todas sus especialidades.
- PUBMED: Esta base de datos bibliográfica es una de las más completas en el área de biomedicina. Domina muchas áreas pero las que interesan para este trabajo son las de enfermería y salud pública. Contiene más de 15 millones de referencias bibliográficas.
- SCIELO: esta biblioteca virtual recoge una gran cantidad de revistas científicas de todas las áreas de conocimiento.
- CINAHL: (Cumulate Index to Nursing and Allied Health Literature): Esta base de datos bibliográfica está producida por EBSCO Publishing, especializada en enfermería, biomedicina, medicina alternativa y otras 17 disciplinas que están relacionadas con las ciencias de la salud.
- Google académico: es un buscador especializado de internet que rastrea cualquier documentación científica localizable en la web, tanto de referencias bibliográficas como documentos íntegros.

NOMBRE	PALABRAS CLAVE/KEYWORDS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS REVISADOS	ARTICULO SELECCIONADO
CSIC	Enfermería y Cooperación, salud en el mundo, Enfermería internacional, cooperación internacional y salud, OMS y Cooperación.	44	44	4
CUIDEN PLUS		12	12	0
SCIELO		19	19	4
GOOGLE ACADÉMICO		73	73	3
PROQUEST		31	31	0
Enfermería al día		9	9	0
PUBMED	Nursing and Cooperation, International Cooperation and Health, International Nursing.	25	25	3
CINAHL		11	11	1
SCOPUS		28	28	0

En general, como resultado de la búsqueda realizada en las diferentes bases de datos ha sido desigual. La base de datos que nos ha aportado el mayor número de documentos de interés ha sido la base de datos CSIC, PUBMED, SCIELO y Google Académico. El resto de bases de datos que hemos revisado (CUIDEN PLUS, PROQUEST, Enfermería al día, SCOPUS...) no han aportado muchos documentos de interés, con lo cual se han tenido que revisar bases de datos concretas como las siguientes: OMS, Naciones Unidas, PNUD, Medicusmundi. Dicho esto de todos los documentos

encontrados y revisados se han utilizado un total de 34 de ellos para la elaboración del trabajo.

NOMBRE	INFORMES
OMS	3
Naciones Unidas	3
Medicusmundi	2
PNUD	1

### 5.3. Palabras clave

Las palabras clave empleadas para acotar la búsqueda han sido:

- Enfermería y Cooperación, salud actual en el mundo, Enfermería internacional, cooperación internacional y salud, OMS y Cooperación.

Y en inglés:

- Nursing and Cooperation, International Cooperation and Health, International Nursing.

### 5.4. Idioma

El idioma que predomina en el resultado de los documentos encontrados es el español, seguido del inglés, aunque también se han encontrado en francés y portugués.

## 5.5. Periodo

La búsqueda ha sido realizada entre el 1 de marzo y el 22 de Abril de 2016, en donde se han encontrado los distintos documentos de interés para la elaboración de dicho trabajo.

## 5.6. Criterios de inclusión/exclusión

### Criterios de inclusión:

- Fecha de estudios posteriores al año 2003.
- Tipos de estudios: Cualitativo, cuasi-experimentales, revisiones bibliográficas, transversales.
- Artículos que aborden aspectos relevantes de la Cooperación al Desarrollo.
- Artículos con acceso a texto completo.
- Artículos en otros idiomas (inglés, portugués y francés).

### Criterios de exclusión:

- Fecha de estudios anteriores al año 2003.
- Estudios posteriores al año 2003 pero reflejan datos de años muy anteriores.
- Artículos que no aborden aspectos relacionados con el trabajo.
- Artículos sin acceso a texto completo.

# 6. RESULTADOS

## 6.1. Historia/evolución de la cooperación:

Algunos de los documentos encontrados sitúan el comienzo de la cooperación después de la segunda guerra mundial, aportando información también, de cómo la evolución de la cooperación a lo largo de nuestra historia reciente se ha ido adaptando a la necesidad del momento. Esta surgió para servir de instrumento de desarrollo a corto plazo de Europa tras dicha guerra, a día de hoy la cooperación se centra en luchar contra la pobreza de los países en vías de desarrollo<sup>9, 10, 25</sup>.

Mientras algunos documentos reflejan que la cooperación en sus inicios viene de mano de Florence Nightingale, allá por el 1848 en la guerra de Crimea, en la cual ofreció su colaboración como enfermera altruista<sup>6, 13</sup>.

Por otra parte a la revisión de otros documentos, los cuales determinan el surgimiento de la cooperación unida a la creación de la Organización Mundial de la Salud en 1948. Este organismo, especialista en sanidad dentro de la carta de las Naciones Unidas que se creó “con el fin de cooperar entre ellos y con otros organismos en la promoción de la salud de todas las personas”<sup>26</sup>.

## 6.2. La salud a nivel mundial

Analizando los documentos, estos muestran que entre los 8 ODM marcados por la OMS en el 2000, tres de estos hacen referencia explícita a la salud: Reducir la mortalidad infantil en niños menores de 5 años, Mejorar la salud materna, Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Estos tres objetivos son los indicadores a través de los cuales se puede valorar la salud en los países en desarrollo por ser las principales causas de muerte en ellos<sup>14, 15, 27</sup>.

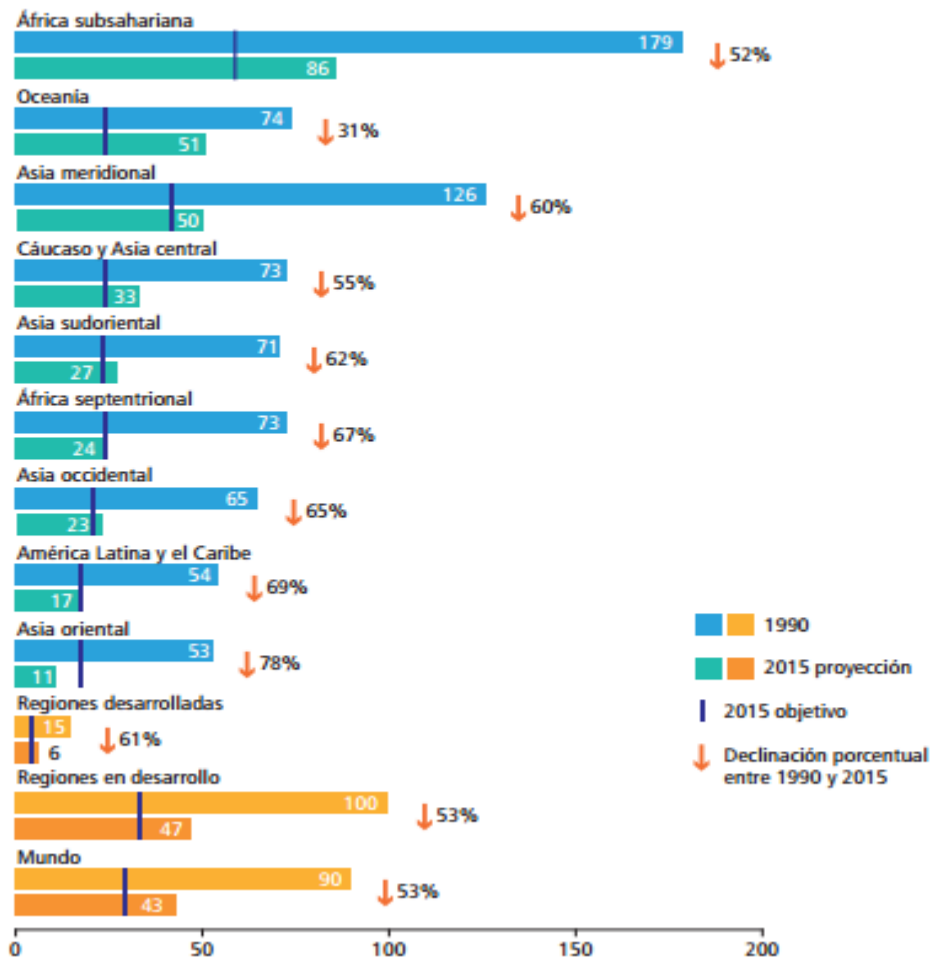
De otro lado, otros documentos, principalmente de informes de la OMS, Naciones Unidas y Medicusmundi coinciden y hablan del mismo ritmo gradual de la salud a nivel mundial desde 1990, y este queda así:

- ✚ Según estos informes la mortalidad infantil sigue disminuyendo en todo el mundo. En 1990 contaban alrededor de 12 millones de defunciones de niños menores de 5 años, mientras tanto en 2013, 2014 y 2015 la cifra es de 6, 8,6 y 5,7 millones respectivamente, esto quiere decir que



se ha reducido la mortalidad infantil en un 53% en 25 años. En 1990 morían 90 de cada 1000 nacidos vivos y en 2015 43 de cada 1000 nacidos vivos<sup>14</sup>.

GRÁFICA 1.5. TASA DE MORTALIDAD DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, 1990 Y 2015 (MUERTES POR CADA 1.000 NIÑOS NACIDOS VIVOS)



Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2015 <sup>16</sup>.

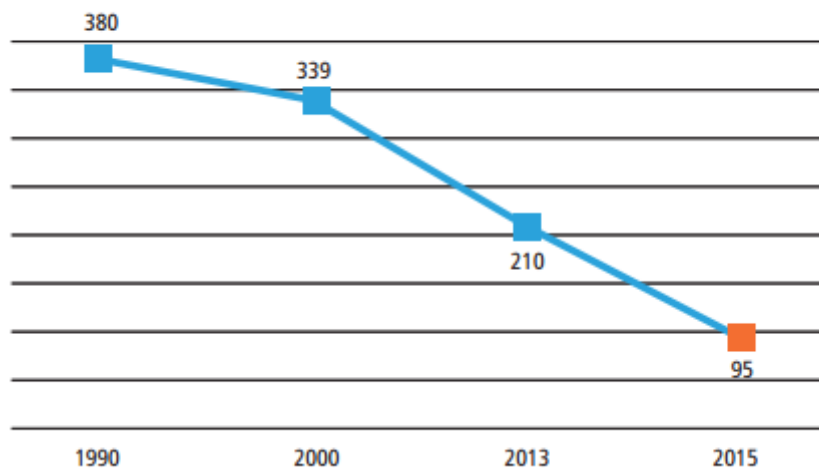
✚ Con respecto a la mortalidad materna se obtienen los datos que desde 1990 a 2013 la mortalidad ha descendido casi la mitad de las que se producían en 1990. Pero como se ha visto en 2 años era muy difícil llegar hasta el 75% de la meta fijada por los ODM

Hablando de cifras absolutas los documentos reflejan que en el año 2013 aun se siguen produciendo 290.000 muertes maternas al año,

pasando desapercibida para la Comunidad Internacional. La causa de estas muertes es una falta de interés manifiesta, ya que existen soluciones para la mayor parte de ellas. Las regiones en las cuales se presenta la mayor incidencia de muerte materna es en Asia meridional y África Subsahariana, siendo las principales causas de muerte las hemorragias, infecciones, hipertensión gestacional, o eclampsia y abortos peligrosos<sup>14</sup>.

La siguiente grafica presenta datos sobre la mortalidad materna a nivel mundial comprendida entre los años 1990-2015:

GRÁFICA 1.6. TASA DE MORTALIDAD MATERNA MUNDIAL/100.000 NACIDOS VIVOS



Fuente Objetivos Desarrollo del Milenio. Varios Informes<sup>16</sup>.

- ✚ En cuanto al SIDA, la cifra a nivel mundial de personas infectadas sigue ascendiendo, aunque también decir que la tasa de nuevos infectados está disminuyendo en aproximadamente un 40% entre los años 2000-2013, esto quiere decir que en el 2000 había 3,5 millones de nuevos infectados que pasaron a ser en 2013 a 2,1 millones. Que la cifra de infectados crezca se debe meramente al hecho de uso de tratamiento antirretrovirico (TAR) que hace que vivan mas las personas ya tratadas por la infección<sup>14</sup>.

Las cifras de nuevos infectados en 2013 se encuentran en la región de África Subsahariana, más concretamente en 15 países. 29

Pasando a las muertes relacionadas con esta enfermedad tenemos que también han descendido pasando de 2,4 millones de muertes registradas en 2005 a 1,5 millones en 2013, esto representa una caída de un 35% en solo 8 años<sup>14, 16</sup>.

En cuanto a las personas que reciben tratamiento (TAR), los documentos no dan muy buenas noticias ya que es cierto que se ha logrado muchos avances de 35 millones de personas que sufren la enfermedad solo 13,6 reciben dicho tratamiento, el objetivo para 2015 era de tener en tratamiento a unas 15 millones de personas enfermas pero aun así este dato es insuficiente totalmente<sup>14, 16</sup>.

✚ Con respecto a la malaria 98 países endémicos están revirtiendo la incidencia de la malaria a nivel nacional, comparándolo con el año 2000. Pero no hay que olvidar que la malaria sigue siendo un reto para la salud pública con cerca de 214 millones enfermos y unas 472.000 muertes en el mundo en el año 2015.

La enfermedad sigue siendo endémica en 97 países con cerca de 3300 millones de personas en peligro de infección y 1200 millones se encuentran en alto riesgo. El 80% de las muertes por malaria ocurren en 17 países solo, la mayoría en África <sup>14, 16</sup>.

Los masivos logros alcanzados en los últimos años tienen lugar a un aumento de 10 veces del financiamiento internacional para la malaria desde el año 2000. Pero estas cifras aún están lejos de lo que se necesita para controlar la enfermedad. Por poner un ejemplo, en el año 2013 si unimos la financiación internacional y la nacional, se destinaron 2700 millones de dólares a esta enfermedad y según los expertos se necesitan unos 5100 millones de dólares al año, con lo cual la situación esta aun algo lejos de los objetivos marcados <sup>13,14, 16</sup>.

✚ De la tuberculosis cabe destacar que la cifra a nivel mundial de nuevos casos está aumentando, influenciado también por el crecimiento demográfico. La tasa de mortalidad se ha reducido en un 45% desde 1990. Es vital la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad ya que gracias a esto se ha salvado unas 37 millones de vidas desde el año 2000 al 2013. Un problema importante que se ha presentado también es la resistencia de la bacteria a los fármacos actuales, se calcula que 480.000 personas desarrollaron tuberculosis multirresistente a nivel mundial en el año 2013 <sup>14, 27</sup>.

Los métodos de actuación ante esta enfermedad no pasan solo por ser métodos médicos, hay que trabajar también los determinantes de salud como pueden ser la pobreza, la vivienda etc. Y concienciar a la sociedad para que participe en las estrategias de lucha contra la tuberculosis<sup>14, 27</sup>.

También hay documentos aunque no hablan de datos tan específicos ni claros como los informes, pero hablan de la evolución de la salud en el mundo desde finales de la década de los 90 hasta nuestros días. Como por ejemplo, según la OMS dice que hasta 2005 unas 137 millones de mujeres y niñas de todo el mundo han sufrido la llamada mutilación genital, y que 6 millones de ellas están en riesgo de sufrirla cada año, esto supone unas 6000 mujeres/niñas al día, con las consecuencias que esta práctica trae para la salud como hemorragias sucesivas que conllevan a anemias y facilitan procesos infecciosos por tétanos, daños en la vagina y el ano, sin nombrar las secuelas psicológicas que por supuesto las tiene<sup>14, 15, 28, 29</sup>.

Otros documentos informan que en África subsahariana vive más de la mitad de los enfermos de SIDA en tratamiento en el mundo, siendo las mujeres las que mayor incidencia de padecerla tienen. Por otro lado se ha conseguido erradicar el virus de la viruela <sup>15, 26</sup>.

Es relevante comentar que los documentos presentan datos sobre la inaccesibilidad a medicamentos esenciales de calidad por parte de la población a nivel global, siendo los países desarrollados los que consumen el 80% de los medicamentos del mercado. En el mundo mueren millones de personas aun existiendo el medicamento que podría curarles de su enfermedad <sup>13, 26</sup>.

Otro documento muy específico que muestra datos sobre la salud en la región de Chad (África), en el cual se ven asimetrías en las zonas urbanas y rurales y las poblaciones fijas y nómadas. Comenta también que a causa de los conflictos bélicos recientes vividos en esa zona, no se ha logrado el avance que se esperaba de los ODM entre otros factores, indicando que los gobiernos gastan menos en salud y en educación y más en defensa<sup>30</sup>.

### **6.3. Evolución de los objetivos de desarrollo del milenio años 2006-2014**

Haciendo la valoración de los ODM, y teniendo en cuenta que no en todos los países los resultados no han sido los mismos, tenemos que en el año 2006 la situación mundial valorada a través de los ODM quedaba así para cada uno: <sup>31</sup>

1. En Asia se está reduciendo la pobreza mientras que en África subsahariana la pobreza está aumentando y los pobres son más pobres. Un dato a destacar, cabe decir que los conflictos y los desastres naturales exacerban la pobreza y el hambre<sup>31</sup>.
2. En Asia meridional y África subsahariana son las regiones en las que 8 de cada 10 niños siguen sin estar escolarizados. En las demás regiones en desarrollo la escolarización esta cerca del 100%<sup>31</sup>.
3. Se nota que se está reduciendo pero con lentitud. Las niñas que viven en las regiones en desarrollo son las que tienen menos posibilidades de terminar en la escuela con respecto a los niños<sup>31</sup>.
4. Este objetivo también se está reduciendo aunque no a la velocidad deseada. En 16 países de las regiones en vías de desarrollo (14 de

África) la mortalidad de niños menores de 5 años es superior a la que se registro en 1990<sup>31</sup>.

5. Todavía existen países en donde dar a luz sigue siendo un riesgo para la madre, aunque podemos decir que se están produciendo avances en la reducción de la mortalidad materna<sup>31</sup>.
6. El SIDA es la primera causa de muerte prematura en África subsahariana y en Asia se está propagando a un ritmo preocupante. También el paludismo y la tuberculosis causan el 90% de muertes al año en África subsahariana. El trabajo de prevención y tratamiento que se lleva a cabo para la lucha de estas enfermedades se ha incrementado notablemente<sup>31</sup>.
7. “Se ha incrementado el acceso al agua potable, pero sigue siendo la mitad de la población del mundo en desarrollo la que no puede disponer retretes y otras formas de saneamiento”<sup>31</sup>.
8. Aunque ya han producido resultados los progresos en este ámbito, en los países desarrollados no se han cumplido las metas fijadas<sup>31</sup>.

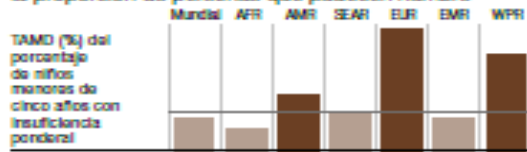
A continuación volvemos a hacer un análisis de la situación mundial, esta vez en el año 2014 y esta vez los ODM quedan así:

1. Se redujeron las tasas de pobreza a la mitad y en 2010 con respecto a 1900, 700 millones de personas menos eran las que se encontraban en situación de extrema pobreza<sup>14</sup>.
2. Se han producido avances significativos ya que entre el año 2000 y 2011 se redujo la tasa de no escolarización de 102 a 57 millones<sup>14</sup>
3. Se necesitan acciones más específicas, aunque en el ámbito del acceso a la enseñanza se ha avanzado mucho a la igualdad de niños y niñas<sup>14</sup>.
4. tenemos que decir que se han conseguido muchos avances en la supervivencia infantil pero para llegar a lograr el objetivo necesitaríamos redoblar los esfuerzos<sup>14</sup>.
5. Es un gran avance el que se ha conseguido de reducir la mortalidad materna a la mitad desde 1900, pero no es suficiente para alcanzar la meta<sup>14</sup>.

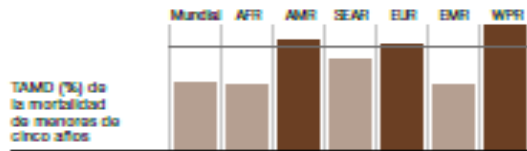
6. La incidencia de VIH disminuye constantemente, no obstante cada año aparecen 2,5 millones de nuevos infectados por VIH<sup>14</sup>.
7. Podemos seguir hablando de la desaparición progresiva de los bosques y espacios naturales<sup>14</sup>.
8. La Ayuda Oficial para el Desarrollo se está viendo afectada por la crisis económica actual a nivel Europeo y Mundial<sup>14</sup>.

En la figura 2 se obtiene a modo ilustrativo, datos que muestra la evolución en la consecución del objetivo marcado para 2015 (ODM):<sup>14, 30</sup>.

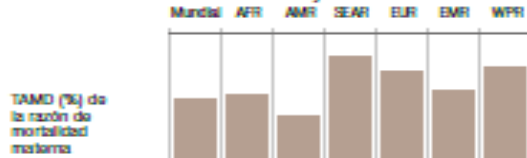
**Meta 1.C** Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que padecen hambre



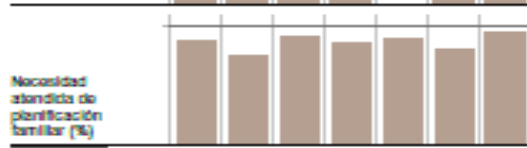
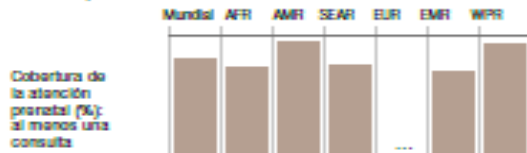
**Meta 4.A** Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de menores de cinco años



**Meta 5.A** Reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015

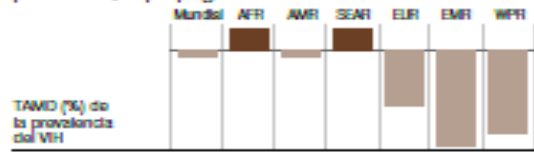


**Meta 5.B** Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva

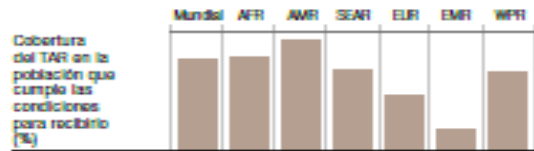


Las líneas horizontales grises indican la meta del ODM (cuando se dispone de ella) o la meta correspondiente de la OMS o el organismo asociado. Se ofrecen estas pormenores en las gráficas de los países. Respecto a la TAMD (%) de la proporción de menores de 5 años con insuficiencia ponderal (1990-2012) y la TAMD (%) de la incidencia de malaria (2000-2012), véase la tabla 6 de la parte III y el World Malaria Report 2013, respectivamente.

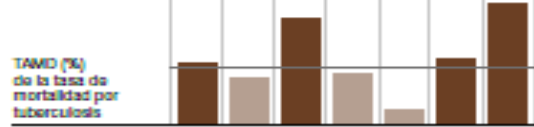
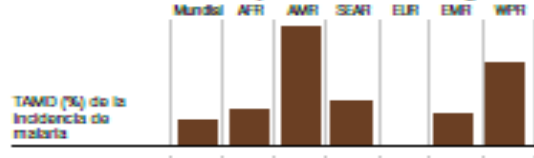
**Meta 6.A** Haber detenido y comenzado a reducir, para 2015, la propagación del VIH/sida



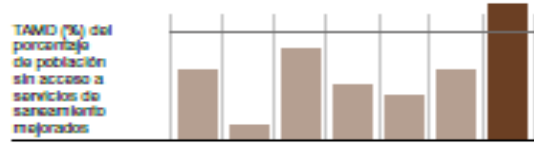
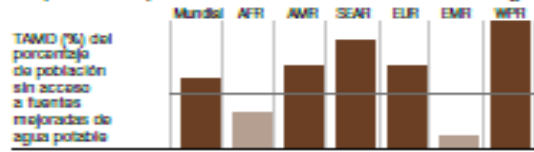
**Meta 6.B** Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/sida para todas las personas que lo necesiten



**Meta 6.C** Haber detenido y comenzado a reducir, para 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves



**Meta 7.C** Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible a agua potable



Fuente: Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014.OMS<sup>27</sup>.

## 6.4. Datos Económicos

Los documentos reflejan las diferentes aportaciones y recursos económicos en materia de cooperación internacional al desarrollo y como se usan estos recursos. Algunas ONG y asociaciones de trabajadores inmigrantes en la UE observaron en la década de los 80 que todo el dinero que se destinaba a proyectos de cooperación internacional y el dinero de los inmigrantes, no aportaba los resultados esperados en los países de baja renta (PBR)<sup>17</sup>.



Un informe refleja datos que dice que hay analistas que critican que los ODM definen las metas pero no dan respuesta a cómo conseguirlas. En concordancia con otro de los documentos que hablan de que los ODM no se van a cumplir y que los avances no son homogéneos en todas las regiones del mundo. Además, plantear objetivos sin constituir la mejor forma o proceso para alcanzarlos de una forma sostenible ha provocado que aparezcan muchas iniciativas para la misma meta, dividiendo la ayuda y convirtiéndola en ineficiente y menos sostenible. Como ejemplo se encuentra la lucha contra el SIDA, tuberculosis o paludismo, que se han creado diversas asociaciones diferentes que hacen la misma labor y luchan en el mismo area<sup>17, 21, 28</sup>.

De otro lado, encontramos otros documentos que cuantifican las aportaciones económicas a la cooperación y muestran que en el año 2014 el total de la AOD (Ayuda oficial al desarrollo), aportada por los estados miembros del CAD (Comité de ayuda al desarrollo) alcanzó la cifra de 135.164,21 millones de dólares, lo que supuso un aumento de un 0,2%, con respecto al año anterior que fue de 134.835,00 millones de dólares<sup>17, 25,32</sup>.

La figura siguiente aclara los datos de 2010 al 2014, respecto de la AOD que ofrecieron los países miembros del CAD:

	2010		2011		2012		2013		2014		Variación 13-14
	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	
Australia	3.826,10	0,32	4.983,00	0,34	5.403,00	0,36	4.851,00	0,34	4.203,42	0,27	-647,58
Austria	1.208,42	0,32	1.111,00	0,27	1.106,00	0,28	1.172,00	0,28	1.144,39	0,26	-27,61
Bélgica	3.003,93	0,64	2.807,00	0,54	2.315,00	0,47	2.281,00	0,45	2.384,51	0,45	103,51
Canadá	5.208,57	0,33	5.459,00	0,32	5.650,00	0,32	4.911,00	0,27	4.196,45	0,24	-714,55
Rep. Checa					220,00	0,12	212,00	0,11	208,99	0,11	-3,01
Dinamarca	2.871,24	0,9	2.931,00	0,85	2.693,00	0,83	2.928,00	0,85	2.995,97	0,85	67,97
Finlandia	1.332,95	0,55	1.406,00	0,53	1.320,00	0,53	1.435,00	0,55	1.634,58	0,6	199,58
Francia	12.915,10	0,5	12.997,00	0,46	12.028,00	0,45	11.376,00	0,41	10.370,87	0,36	-1.005,13
Alemania	12.985,36	0,38	14.093,00	0,39	12.939,00	0,37	14.059,00	0,38	16.248,67	0,41	2.189,67
Grecia	507,72	0,17	425,00	0,15	327,00	0,13	305,00	0,13	248,44	0,11	-56,56
Islandia			26,00	0,21	26,00	0,22	35,00	0,26	35,41	0,21	0,41
Irlanda	895,15	0,53	914,00	0,51	808,00	0,47	822,00	0,45	808,80	0,38	-13,20
Italia	2.996,39	0,15	4.326,00	0,2	2.737,00	0,14	3.253,00	0,16	3.342,05	0,16	89,05
Japón	11.020,98	0,2	10.831,00	0,18	10.605,00	0,17	11.786,00	0,23	9.188,29	0,19	-2.597,71
Corea del Sur	1.173,79	0,12	1.325,00	0,12	1.597,00	0,14	1.744,00	0,13	1.850,67	0,13	106,67
Luxemburgo	402,69	1,09	409,00	0,97	399,00	1	431,00	1	426,76	1,07	-4,24
Países Bajos	6.357,31	0,81	6.344,00	0,75	5.523,00	0,71	5.435,00	0,67	5.572,03	0,64	137,03
Nueva Zelanda	342,22	0,26	424,00	0,28	449,00	0,28	461,00	0,26	502,28	0,27	41,28
Noruega	4.579,57	1,1	4.756,00	0,96	4.753,00	0,93	5.581,00	1,07	5.024,28	0,99	-556,72
Polonia					421,00	0,09	474,00	0,1	437,08	0,08	-36,92
Portugal	648,96	0,29	708,00	0,31	581,00	0,28	484,00	0,23	418,96	0,19	-65,04
Eslovaquia					80,00	0,09	85,00	0,09	81,24	0,08	-3,76
Eslovenia					58,00	0,13	60,00	0,13	61,53	0,13	1,53
España	5.949,46	0,43	4.173,00	0,29	2.037,00	0,16	2.199,00	0,16	1.893,28	0,14	-305,72
Suecia	4.533,49	0,97	5.603,00	1,02	5.240,00	0,97	5.831,00	1,02	6.222,55	1,1	391,55
Suitza	2.299,95	0,41	3.051,00	0,45	3.056,00	0,47	3.198,00	0,47	3.547,59	0,49	349,59
Reino Unido	13.052,97	0,56	13.832,00	0,56	13.891,00	0,56	17.881,00	0,72	19.386,50	0,71	1.505,50
EE UU	30.353,16	0,21	30.783,00	0,2	30.687,00	0,19	31.545,00	0,19	32.728,62	0,19	1.183,62
<b>Total CAD</b>	<b>128.465,48</b>	<b>0,32</b>	<b>133.717,00</b>	<b>0,31</b>	<b>126.949,00</b>	<b>0,29</b>	<b>134.835,00</b>	<b>0,30</b>	<b>135.164,21</b>	<b>0,29</b>	<b>329,21</b>

Fuente: OCDE-CAD<sup>16</sup>.

Según los datos que se encuentran en los documentos, la AOD dedicada al sector de la salud ha crecido entre el año 2006 y 2014 ya que ha pasado de 111.028 millones de dólares en 2006 a 135.164 millones de dólares en 2014. La ayuda proveniente de países miembros de la UE disminuyó en 9.000 millones de dólares en 2012 con respecto de 2011. Decir también que la UE (Comisión Europea, Secretaría del Consejo y los Estados miembros de la Unión Europea) es a día de hoy el mayor donante mundial en ayuda al desarrollo<sup>17</sup>.

La búsqueda de datos también ha dado como resultado referencia específica a la cobertura universal dejando ver que ante esto los países se encuentran con tres problemas esenciales y correlacionados.

- ✚ El primero está relacionado con la falta de disponibilidad de recursos útiles.

- ✚ El segundo es la dependencia en gran parte de los pagos directos en el momento que la gente necesita la asistencia sanitaria.
- ✚ Y el tercero es el uso no equitativo e ineficiente de los recursos, añadiendo que la crisis económica actúa como freno en un momento en el que la sociedad mundial demanda una mayor inversión a nivel económico para cubrir sus necesidades sanitarias<sup>15</sup>.

## 6.5. El personal sanitario en la Cooperación Internacional al Desarrollo

En un primer momento el objetivo de la búsqueda de documentos, era descubrir la importancia del personal de enfermería en este medio, aportar datos sobre la participación enfermera en la cooperación al desarrollo; pero en este sentido se ha encontrado muy poca documentación alusiva al tema de enfermería. La mayoría de documentos hacen referencia a los profesionales de la salud en general, generalizando así en todos los casos a todo el sector sanitario<sup>19</sup>.

Los documentos que hacen referencia específica al papel del personal de enfermería en este ámbito, considera a estos profesionales un instrumento vital para el funcionamiento correcto de los sistemas de salud y juegan un papel clave para mejorar la salud de los pobres. Asociando a la profesión con valores de generosidad, altruismo y ayuda al prójimo. La OMS reconoce que la aportación de enfermería ha sido básica para alcanzar o acercarse a la meta de cumplir los objetivos de desarrollo del milenio. La importancia de la enfermería se fundamenta también constituyendo un grupo de recursos humanos en los sistemas de salud mundiales<sup>7, 15</sup>.

Otros documentos encontrados hacen referencia a las experiencias personales de enfermeras que viajaron a países en desarrollo para colaborar como profesionales de forma voluntaria durante un periodo de tiempo determinado. Sobre sus experiencias, la mayoría coinciden en denominarla como sorprendente, emocionante y frustrante a la misma vez. Sorprendente por conocer y aprender de una forma de vida

con mucha fuerza, emocionante por convivir con culturas tan dispares y frustrante por no poder llegar hasta donde a ellas les gustaría<sup>5, 15, 21</sup>.

Referente a los profesionales de la salud en relación a la cooperación, los resultados encontrados han sido mucho más amplios, indicando prácticamente en la totalidad de documentos la importancia de la salud en la cooperación y el trabajo que desempeñan los profesionales, siendo siempre positiva la información ofrecida sobre el papel de los profesionales de la salud. A estos profesionales se les etiqueta de altruistas y humanitarios debido a la gran labor y función que cumplen. “Las ONG sanitarias han sido actores activos en emergencias por diversa índole y en la Salud Pública de los países en vías de desarrollo. Participando incluso de acciones mundiales en pro Derechos Humanos como medio para proveer condiciones de salud de los pueblos, y pro Medio Ambiente”<sup>3, 5, 11, 24</sup>.

El informe sobre la salud en el mundo de la OMS de 2006 da mucha información acerca de la importancia que tienen los profesionales sanitarios en el ámbito de la cooperación internacional al desarrollo, diciendo que en la primera década del siglo XXI se dan por una parte y al mismo tiempo enormes avances en el bienestar humano y por otra privaciones extremas. Lee Jong-Wook (Director OMS 2003-2006) dijo en el Foro de Alto Nivel de París “Tenemos que colaborar para garantizar que todas las personas, vivan donde vivan, tengan acceso a personal sanitario motivado, cualificado y bien respaldado”<sup>31</sup>. En el informe también se profundiza de una manera minuciosa de la necesidad de personal sanitario y afirma que son muchas las pruebas de que el número y la calidad de los profesionales sanitarios están muy relacionados con la cobertura de inmunización, el alcance de AP, y la supervivencia de lactantes, niños y niñas y las madres<sup>31</sup>.

También los documentos dan datos en los cuales se detalla el número de trabajadores sanitarios que sería necesario para cubrir la asistencia sanitaria básica:

- 4.300.000 trabajadores más de los que ya existen en el mundo.
- En África disponen de 0,8 trabajadores de salud por cada 1.000 hab.
- En Europa disponen de 10 trabajadores de salud por cada 1.000 hab.4

Cabe decir también que en todo el mundo un 75% de los profesionales de medicina y un 60% de los profesionales de enfermería viven en zonas urbanas aunque allí reside un 55% de la población. También en los últimos años se está produciendo la emigración de 20.000 profesionales sanitarios por año en África Subsahariana, justamente donde se necesitaría 1 millón de estos profesionales para atender las necesidades básicas de su población.<sup>17, 22</sup>.

## **7. CONCLUSIONES**

En primer lugar y hablando de la salud como elemento necesario para todo el mundo y una pieza clave en el desarrollo de las poblaciones y su presencia en planes para el desarrollo de los ODM, en realidad existen muchas desigualdades en el ámbito sanitario en las distintas poblaciones del mundo, aún falta mucho por hacer, implicación de los gobiernos, de las personas autónomamente etc.

La evolución de la salud desde la década de los 90 ha sido muy favorable, cierto es también que en algunos puntos se ha producido un cierto estancamiento, por ejemplo, en los casos que hay de nuevos infectados por enfermedades transmisibles como VIH/SIDA y tuberculosis, aunque también es cierto que las personas infectadas han conseguido alargar su proceso y hacerlo crónico.

Mirando los resultados obtenidos, en referencia a la salud y a la enfermedad, cabe destacar que vivir en situación de pobreza se considera un gran factor de riesgo para enfermar. Esta desigualdad se pueden desglosar en inequidades entre norte y sur, acceso a la salud, acceso a medicamentos esenciales, gasto de los gobiernos en salud; siempre en perjuicio de las poblaciones más vulnerables y con menos recursos.

En cuanto al gasto público en sanidad, se da mucha prioridad a poblaciones por interés político y económico antes que por la salud, siendo la inversión en los países de África, por poner un ejemplo claro, de menos de la mitad que en los países desarrollados. También en el acceso equitativo a una atención sanitaria, de forma que las personas en situación de pobreza, vulnerables o simplemente que requieran más

atención sanitaria, son casualmente las que más dificultad tienen para acceder a estos servicios o los que lo reciben con menos calidad. Actualmente con la crisis económica se está viendo que el gasto en salud para los países en vías de desarrollo está estancado, lo cual más pronto que tarde podría tener un impacto negativo en los resultados hasta el momento.

Si nos referimos a los profesionales de la salud dedicados a la cooperación al desarrollo, el trabajo que desempeñan los profesionales de enfermería y en general todos los sanitarios, es una pieza clave indiscutible para la mejora de expectativas en salud, están considerados también como fundamentales en el desarrollo de la humanidad y todos estos profesionales reclaman aumentar el número de dichos profesionales.

Otro problema grave, si nos referimos a los profesionales sanitarios que impide que los países de menos ingresos progresen, es que estos profesionales emigran de países de bajos ingresos a países de altos ingresos en busca de una vida mejor, mejor condiciones de trabajo, más sueldo.

Ya que la mayoría de los ODM no han sido cumplidos, la meta que se esperaba (2015), la ONU se reunió en Septiembre de 2015 para elaborar los ODS con meta en 2030 “El camino hacia la dignidad en 2030: acabar con la pobreza y transformar vidas protegiendo el planeta”. Un proyecto mucho más ambicioso, que el anterior ya que abarca muchos más ámbitos referentes a la salud (enfermedades transmisibles y no transmisibles, olvidadas), no se tienen muchos datos aun, ya que este nuevo proyecto acaba de empezar, esperando a que en 2030 por fin se logre todas las metas y acabemos con las desigualdades en todos los sentidos.

## **8. BIBLIOGRAFÍA**

1. OMS. Informe sobre la salud en el mundo. 2010. [Citado el 20-Abril-2016].  
Disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf)
2. Mazarrasa-Alvear L, Montero-Corominas MJ. La cooperación internacional española en el ámbito de la salud. GacSanit (Barc). 2004; 18 (supl.1): 212-220.
3. OMS. Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención. Recomendaciones mundiales de política. 2011. [Citado el 20-Abril-2016]; Disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44538/1/9789243564012\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44538/1/9789243564012_spa.pdf)
4. Palacios AL. Las enfermeras y el voluntariado. Opinión y participación de profesionales de enfermería en ONG. Index Enferm. 2003; 12(40-41): 20-24.  
^Citado el 4-Abril-2016]; Disponible en: [http://www.index-f.com/index-enfermeria/40-41revista/r40-41\\_articulo\\_20-24.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/40-41revista/r40-41_articulo_20-24.php)
5. Mazarrasa-Alvear L, Montero-Corominas MJ. La cooperación internacional española en el ámbito de la salud. GacSanit. 2004; 18: 214-220. [Citado el 6-Abril-2016]; Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/linkresolver/la-cooperacion-internacional-espanola-el/13062529/>
6. Naciones Unidas. Memoria del secretario general sobre la labor de la organización. Nueva York, 2015 [Citado el 1-Abril-2016]; Disponible en:  
<http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/70/1>
7. Tejada I. Vivir otra realidad: mucho que aprender. Arch Memoria. 2013; (FASC1)
8. Álvarez S. Una introducción a la cooperación Internacional al desarrollo. Redur.2012; 285-310.
9. Gómez Mengelberg E. Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. TOG (A Coruña). 2009. [Citado el 1-Abril-2016]; Disponible en  
<http://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>

10. Marimón N, Martínez E. Globalización, salud y solidaridad: una visión diferente. Rev. Cub. Salud pública. 2009;35(1): 1-12 [Citado el 1-Abril-2016]; Disponible en:  
[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s086434662009000100014](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s086434662009000100014)
11. Guibet C. El derecho a la salud: de los objetivos de la OMS a los del milenio. Arbor. 2010;186(745): 859-869 [Citado el 30-Abril-2016]; Disponible en:  
<http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/1235/1240>
12. Mediano C. La salud ¿Un derecho universal? Soz. Utop. 2009;(34): 203-216 [Citado el 29-Marzo-2016]; Disponible en:  
<http://www.sociedaduytopia.es/images/revistas/34/DossierMediano.pdf>
13. Laaser U, Brand H. Global Health in the 21st century. Global Health Action. 2014. [Citado el 28-Marzo-2016]; Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3926989/>
14. Objetivos de desarrollo del Milenio Informe de 2014. Naciones Unidas, New York, 2014. [Citado el 12-Abril-2016]; Disponible en:  
<http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2014-spanish.pdf> .
15. Tassara C. Paradigmas, actores y políticas. Breve historia de la cooperación internacional al desarrollo. Roma. 2010.
16. Medicusmundi, Prosalus, Médicos del mundo. La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2015. [Citado el 16-Abril-2016]; Disponible en:  
[file:///C:/Users/PC/Downloads/Informe%20de%20Salud%202015%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/Informe%20de%20Salud%202015%20(3).pdf)
17. Malvárez S. El reto de cuidar en un mundo globalizado. Texto contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Jul-Set; 16(3): 520-530 [Citado el 26-Abril-2016]; Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a19v16n3>
18. Franco A, Gil D Alvarez-Dardet C. Tamaño del Estado y salud en el mundo, 1990-2000. GacSanit. 2005; 19 (3):186-192. Alicante: Universidad de Alicante; 2004 [Citado el 1-Abril-2016]; Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021391112005000300003&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021391112005000300003&script=sci_arttext&tlng=es)



19. 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. *Revespcirortoptraumatol*. 2011; 55(5): 413-418. España: Elsevier España; 2011 [Citado el 5-Abril-2016]; 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](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)
20. Gil D, Palma M, Ruiz MT, Ortiz MR, Franco A, Stein A, Alvarez-Dardet C. El reto para la salud pública de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Un enfoque desde la epidemiología política. *Gac Sanitaria*. 2006;20(3): 61-65 [citado el 7-Abril-2016]; Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/el-reto-salud-publica-los/articulo/13101091/>
21. Carné X. Sistema de patentes y accesibilidad a los medicamentos esenciales en el mundo. *MedClin (Barc)*. 2007;129(16): 617-618 [Citado el 7-Abril-2016]; Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-sistema-patentes-accesibilidad-los-medicamentos-13111810>
22. Ferrinho P, Dramé M, Tumusiime P. Perception of the usefulness of external support to immunization coverage in Chad: analysis of the AVI-Alliance cash-based support. *The pan African Medical Journal*. 2013 [Citado el 2-Abril-2016]; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3786156/>
23. *Medicusmundi Andalucía. Equidad en Salud*. Grupo editorial Universitario; 2010 [ Citado el 2-Abril-2016]; Disponible en: <file:///C:/Users/PC/Downloads/@Equidad%20Libro%20OK.pdf>
24. 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) [Citado el 1-Abril-2016]; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4036079/>
25. Manjavacas J. Presencia enfermera en la acción humanitaria. *Documentos Enfermería*. 2011;(41):16-24

26. Canela J, Nebot C. Salud y Objetivos de Desarrollo del Milenio: Mirando a 2015. MedClin (Barc.) 2006;127(6): 215-221
27. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2014. Ginebra: [ Citado el 1-Abril-2016]; Disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf?ua=1)
28. Loignon C, Hudon C, Boudrault-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 [Citado el 17-Abril-2016]; Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3610178/>
29. Montegut A. To Achieve “Health for All” We must Shift the World Paradigm to “Primary Care Access for All”. JABFM. 2007; 20(6):510-517.
30. Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación. Estrategia d salud de la Cooperación Española. Madrid; Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación; 2007
31. The Millennium Development Goals Report. 2006. United Nations, New York, 2006 [Citado el 12-Abril-2016]; Disponible en:  
[http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2006/MDG\\_Report2006.pdf](http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2006/MDG_Report2006.pdf).
32. Valtueña J. Investigación sanitaria en los países pobres. Offarm. 2007; 26(2):25-34.
33. 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): 180-186 [Citado el 1-Abril-2016]; Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172008000300012](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172008000300012)

34. Informe sobre desarrollo humano 2015. Trabajo al servicio del desarrollo humano. [Citado el 4-Abril-2016]; Disponible en:  
[file:///C:/Users/PC/Downloads/HDR15\\_Standaloneoverview\\_SP%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/HDR15_Standaloneoverview_SP%20(1).pdf)