

Facultad de Enfermería
Universidad de Cantabria



[Trabajo Fin de Grado]

Acceso a la salud en los países en desarrollo: rol de la Enfermería desde la Cooperación Internacional

Health access in developing countries: role of Nursing from the International Cooperation

Autora: María López Gil
Tutor: Francisco José Amo Setién
mlg244@alumnos.unican.es

Grado en Enfermería
Curso 2019/2020

AVISO DE RESPONSABILIDAD UC

"Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros. La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo".

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	6
MÉTODOS	8
Estrategia de búsqueda	8
Objetivos	8
CAPÍTULOS	9
1. ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO .. 9	
1.1. Cooperación internacional durante el siglo XX	9
1.2. Cooperación internacional durante el siglo XXI.	12
2. ESTADO DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO EN ESPAÑA.....	14
3. ENFERMERÍA Y SALUD EN LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO .	17
4. FUNCIONES Y COMPETENCIAS DE LA ENFERMERÍA EN LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO	20
CONCLUSIONES	21
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
ANEXOS	28

Glosario de términos

AECID: Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

AH: Ayuda Humanitaria

AOD: Ayuda Oficial al Desarrollo

CI: Cooperación Internacional

CAD: Comité de Ayuda al Desarrollo

CID: Cooperación Internacional para el Desarrollo

EPM: Enfermeras Por el Mundo

IDH: Índice de Desarrollo Humano

MSF: Médicos Sin Fronteras

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

ONG: Organización No Gubernamental

ONGD: Organización No Gubernamental para el Desarrollo

OPS: Organización Panamericana de Salud

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

PBMI: Países con Bajos y Medios Ingresos

START: Spanish Technical Aid Response Team

UN: United Nations

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

WHO: World Health Organization

RESUMEN

Parte de las diferencias de salud en el mundo son creadas por inequidades evitables. Los países con menos recursos carecen del acceso a los servicios de salud cuando éste es un derecho fundamental y un pilar para el desarrollo socioeconómico de las poblaciones. El estado de la Enfermería en los países en desarrollo se encuentra ante un déficit de políticas, programas educativos, financiación y profesionales de salud especialmente en zonas rurales. Unido a esto, las inequidades en salud dificultan la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible marcadas por la ONU en 2015. Esta revisión narrativa tiene como objetivo exponer la relevancia de la Enfermería, desde el marco de la Cooperación Internacional para el Desarrollo, en la reducción de las inequidades y la mejora de la salud en los países en desarrollo. Se llega a la conclusión de que la Cooperación Internacional para el Desarrollo es actualmente importante en el apoyo a los países vulnerables y, a través de ella, la Enfermería tiene un papel relevante en la gestión de políticas sanitarias, la formación de profesionales de salud locales y la proporción de asistencia sanitaria de emergencia.

Palabras clave: Cooperación Internacional; Desarrollo Sostenible; Enfermería; Inequidades en Salud; Salud Global

ABSTRACT

Some of the global health differences are created by preventable inequalities. It means that the countries with less resources lack the access to health services when it is a fundamental right and a pillar for the socioeconomic development of populations. The situation of Nursing in developing countries is facing a deficit on proper policies, educational programs, financing and human resources especially in rural areas. Along with that, health inequalities make it difficult to achieve the Sustainable Development Goals set by the UN in 2015. The aim of this paper is to describe the relevance of Nursing in the reduction of inequalities and the improvement of health in developing countries, from the field of International Development Cooperation. The conclusion is that nowadays International Development Cooperation is important to support vulnerable countries and from there Nursing has a major role in the management of health policies, the training of local health professionals and the provision of emergency assistance.

Keywords: International Cooperation; Sustainable Development; Nursing; Health Inequalities; Global Health.

INTRODUCCIÓN

El mundo globalizado en el que vivimos y el aumento de los desplazamientos humanos, las migraciones y las interdependencias entre países ya no nos permiten tratar la salud como un tema aislado en cada país, sino que han puesto de manifiesto la necesidad de una visión integral de los problemas que nos afectan. La prueba más actual de ello es la pandemia de Covid-19 a la que nos enfrentamos, que nos ha demostrado que en términos de salud no existen las fronteras físicas.

Dejando de lado los debates sobre los diferentes enfoques políticos y los paradigmas de pensamiento, que mencionaremos posteriormente, la Cooperación Internacional (CI) o Cooperación Internacional para el Desarrollo (CID) en salud ha tenido un impacto positivo en la salud global al suponer un apoyo a los países en desarrollo que en muchas ocasiones no consiguen cubrir las necesidades de sus poblaciones porque sus sistemas de salud se encuentran fragmentados y/o carecen de los recursos (1,2).

Al igual que cualquier dinámica que implique a distintos países, la CID está configurada por un entramado de recursos y actores diversos que, desde el punto de vista europeo, han venido evolucionando desde la creación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1945. Tras la II Guerra Mundial, el concepto de CID se centraba en la economía de los países y las enfermedades infecciosas mientras que actualmente pone su atención en el desarrollo humano y sostenible. Este enfoque que está cambiando la forma de aplicar las políticas sanitarias en todo el mundo se conoce como «salud global» o «global health» (3–7).

Influenciado por este término, fueron aprobados en 2015 los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), herederos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) aprobados por la Asamblea General de la ONU en el año 2000. De sus 17 objetivos, el número 3 se corresponde con «Salud y bienestar», abordando de forma directa la salud sexual y reproductiva, la salud materno-infantil, las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la salud mental, la financiación de los sistemas sanitarios y la formación de personal y, como meta central a alcanzar en 2030, el logro de una cobertura sanitaria universal a un precio asequible para todas las personas (8).

De forma paralela, tanto la Declaración de Alma-Ata de 1978 como la Declaración de Astaná de 2018, ambas promovidas por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) y firmadas por los países miembros de la ONU, pusieron como objetivo esencial alcanzar la cobertura sanitaria universal mediante el compromiso de fortalecer los sistemas de salud y, más concretamente, los de Atención Primaria (9). No debemos olvidar que la Declaración de Alma-Ata es uno de los documentos más relevantes de la historia de la OMS. En ella fue referenciado el papel de los determinantes sociales de salud e implicó una denuncia a las graves desigualdades existentes en el estado de salud entre países y también entre clases sociales por razones económicas, políticas y sociales (2). Asimismo, en ambos documentos se insta a gobiernos, organismos internacionales, Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y personal de salud de todo el mundo a promover y a aumentar el apoyo técnico y financiero proporcionado a la Atención Primaria, especialmente en los países en desarrollo (2,8).

Desde que surgiera la CID, pero más especialmente desde que apareciera el término «salud global», organizaciones públicas y privadas han venido participando como actores relevantes en la mejora de la salud mediante la atención en situaciones de emergencia o el desarrollo de

programas de Salud Pública mediante intervenciones comunitarias en países en vías de desarrollo (4,7,10,11).

La proporción de los recursos y la ayuda necesarias para el desarrollo económico y social de los países junto con la defensa de los derechos humanos constituyen algunos de los objetivos de la CID (12). La salud representa una de las bases para ello. De todas las disciplinas que intervienen en ella, la Enfermería representa el colectivo de profesionales de salud más grande del mundo, es el grupo que mayor contacto tiene con las distintas poblaciones y, en muchas ocasiones, es el nexo entre el sistema sanitario y las personas en las áreas más remotas a través de la Atención Primaria (13). Contribuye en la reducción de las inequidades en salud y actúa como mediadora para alcanzar los ODS y una salud accesible para todos, coincidiendo con el enfoque de organizaciones internacionales como la OMS o la ONU (14–17).

La Cooperación y la Enfermería tienen su razón de ser en la ayuda a individuos y colectivos en situación de necesidad. Sin embargo, a pesar de la evidencia científica que concluye la importancia de la Enfermería en la reducción de las inequidades en salud (13,18,19) no son muchos los documentos que aproximen la labor de esta profesión en los proyectos de CID (20).

Para entender el porqué del enlace entre Cooperación y Enfermería partimos del hecho de que las diferencias en salud son sistemáticas, comienzan antes de nacer al venir determinadas por el país en el que hayas nacido (21) y pueden darse tanto entre países como dentro de un mismo país. Por ejemplo, la esperanza de vida al nacimiento en países de renta alta como Japón es de 84 años mientras que en países de renta baja como Sierra Leona es de 58, con 26 años de diferencia (22) y, por otro lado, la diferencia en la esperanza de vida en hombres entre dos distritos de Glasgow, Escocia, en 2017 fue de 15,5 años (23).

El estado de salud de un individuo viene determinado por multitud de factores que se conjugan entre sí para formar los determinantes sociales de salud, que son entendidos como las circunstancias en las que nace, crece, vive, trabaja y envejece una persona (24). En muchas ocasiones estas circunstancias se encuentran fuera del propio sistema sanitario y abarcan alimentación, educación, acceso a agua y saneamiento, vivienda adecuada o condiciones de trabajo aceptables (25). Además, se ha demostrado que las diferencias en el nivel socioeconómico crean unas diferencias en la salud de forma que, a menor nivel socioeconómico, peor estado de salud. Este fenómeno recibe el nombre de gradiente social de salud. Cuando esas desigualdades producto de las condiciones sociales, políticas y económicas en el mundo son evitables, pasan a llamarse inequidades en salud y determinarán el riesgo de las poblaciones de enfermar junto con su capacidad para evitarlo (24).

Según la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud (24) la distribución desigual del poder, los bienes, los servicios y los ingresos son responsables de las grandes desigualdades sanitarias entre países, los gradientes de salud dentro de ellos y la mala salud de las poblaciones.

A partir de aquí podremos entender mejor el contenido de este documento. En el primer capítulo realizaremos una contextualización del nacimiento y evolución de la CID. En el segundo capítulo hablaremos del caso concreto de la Cooperación Española: sus bases jurídicas, modalidades y estado actual. En el tercer capítulo haremos una aproximación a las competencias de la Enfermería en la CID orientadas desde el ámbito de la Salud Pública y, finalmente, en el cuarto capítulo abordaremos algunas de las labores concretas que puede realizar el colectivo de Enfermería desde el ámbito de la CID.

MÉTODOS

Estrategia de búsqueda

Este documento consiste en una revisión narrativa sobre el tema a exponer, sirviéndose de información científica para su desarrollo. La búsqueda bibliográfica ha sido realizada a través de bases de datos como Pubmed, Web of Science, SciELO y Google Académico, informes, repositorios de información y estadísticas propios de la OMS, la ONU y el Banco Mundial y páginas web pertenecientes al Gobierno de España.

La estrategia de búsqueda ha sido realizada en los idiomas inglés y español utilizando lenguaje libre y términos MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) representados en la Tabla 1 respectivamente. También fueron utilizados operadores booleanos como AND, OR y NOT, truncamientos, nidaciones y operadores de proximidad. El gestor bibliográfico utilizado ha sido Mendeley.

MeSH	DeCS
- International Cooperation	- Cooperación Internacional
- Nursing	- Enfermería
- Community Health Nursing	- Enfermería en Salud Comunitaria
- Health Inequalities	- Inequidades en Salud
- Primary Health Care	- Atención Primaria De Salud
- Public Health	- Salud Pública
- Global Health	- Salud Global
- Social Determinants of Health	- Determinantes Sociales De Salud

Objetivos

Objetivo general: conocer las funciones y competencias de la Enfermería en la CID.

Objetivos específicos:

- Describir el concepto, las modalidades y los participantes en la CID a nivel global y en el caso concreto de España
- Identificar la relación entre CID y Enfermería desde el punto de vista de la Salud Pública
- Exponer algunos de los recursos para la Enfermería existentes en CID

CAPÍTULOS

1. ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO.

1.1. Cooperación internacional durante el siglo XX

Una de las definiciones de la CID utilizadas actualmente es el *«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»* (26, p.8), la cual ha venido evolucionando desde su nacimiento en la década de 1940 hasta ahora, de la misma forma que los distintos paradigmas internacionales.

Desde el punto de vista de las Relaciones Internacionales destacan varios acontecimientos que estructuran la CID: el conflicto «Norte-Sur», el conflicto «Este-Oeste» y la globalización (27).

En 1945 nació la ONU con la firma de su Carta Fundacional en la que entre otras cosas se identificó la ética de la CID: el fomento de la justicia y los Derechos Humanos, la facilitación de Ayuda Humanitaria (AH) a poblaciones afectadas por guerras u otros desastres y el desarrollo social. En ella también se reconoció oficialmente la existencia de países independientes de sus colonias (28).

El conflicto «Norte-Sur» se refiere a las dinámicas de descolonización en las zonas de África, Asia, Oceanía y el Caribe que comenzaron con esta Carta Fundacional y aún continúan en la actualidad en algunos países (29). Estas descolonizaciones se vieron aceleradas por la II Guerra Mundial. Aparecieron entonces en el mapa nuevos Estados que hasta el momento habían sido dependientes de sus colonias y que ahora se calificaban como «subdesarrollados» (27), entendido como aquellos que no alcanzan ciertos niveles económicos, sociales y/o culturales. Algunas de sus características son los altos porcentajes de pobreza, mortalidad infantil, materna y desempleo; la economía dependiente de sectores primarios como la agricultura o la pesca; infraestructuras de bajo nivel con sistemas de salud deficientes o la alta vulnerabilidad a los cambios económicos sufridos en otros países (30).

Respecto al conflicto «Este-Oeste», hablaremos de la división bipolar que surgió tras el fin de la II Guerra Mundial entre países occidentales capitalistas y comunistas, representada por Estados Unidos (EEUU) y la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) respectivamente, que se denominó Guerra Fría (27). Resultado de esta guerra, en 1948 fue creado el Plan Marshall, oficialmente llamado «European Recovery Program», que consistió en un plan de ayuda a los países occidentales por parte de EEUU para su reconstrucción tras la guerra y al que podríamos considerar como la primera actuación oficial de Cooperación Internacional (31).

Estas situaciones marcarán el telón de fondo para la aparición de la CID, que en un inicio fue también utilizada como elemento político (27) principalmente en forma de AH, es decir, como socorro en situaciones de emergencia (32). A partir de este momento, como forma de objetivar las necesidades de cada país, se comenzó a hablar de países de nivel «bajo», «medio-bajo», «medio-alto» y «alto» según sus valores de renta per cápita (ver anexo 1). Consecuencia de esto, se observaron las diferencias políticas, sociales y económicas entre los distintos países y de forma más notable entre los países desarrollados y subdesarrollados, consagrando la división «Norte-Sur» (33).

La década de 1960 se caracterizó por continuar con el anterior enfoque jerárquico y vertical por el que predominaba el gasto económico y de recursos desde los países donantes a los receptores según los intereses del primer grupo. No obstante, gobernantes del Sur se alinearon para reivindicar una agenda económica común más allá de los intereses de los países occidentales y para ello crearon el «Movimiento de Países No Alineados», a través de la que presentaron unas exigencias basadas en el «*apoyo a la autodeterminación, [...] el desarme, [...] el fortalecimiento de la ONU, la democratización de las relaciones internacionales y la reestructuración del sistema económico internacional*» (27, p. 8). Este movimiento dio paso a la creación de más organizaciones formadas por países no industrializados que provocaron que se acuñara el concepto de «Tercer Mundo»: aquellos que no pertenecían ni al Primero, países occidentales y capitalistas, ni al Segundo, países comunistas (32).

En 1969 surgió el «Informe Pearson» en el que se recomendaba un enfoque que priorizara las necesidades básicas de las personas, el desarrollo agrario y la creación de empleo (27). Junto a esto, las sociedades civiles impulsaron un cambio de enfoque con la creación de las ONG como las conocemos ahora, que se irían consolidando en la década de los 70 por ser independientes a los intereses gubernamentales (31).

Un aspecto relevante durante estos años fue la actualización en 1978 del concepto de CID. Además de la fórmula utilizada hasta el momento, denominada Cooperación técnica, dirigida desde los países del Norte a los del Sur, aparecieron dos nuevos conceptos: la cooperación Sur-Sur, enmarcada como ayuda entre los propios países del hemisferio Sur, y la cooperación triangular, en la que un país proporciona los recursos financieros, otro los técnicos y un tercero actúa como receptor (34). De igual modo, con estas definiciones se pretendía que los países receptores lograran cierta independencia para vivir acordes con sus propios objetivos de desarrollo.

La década de 1980, bajo el contexto del debilitamiento del bloque comunista, se caracterizó por dos aspectos: la aplicación de políticas neoliberales en la que la CID interfería con el libre mercado y la aparición de conflictos armados a lo largo de distintos países que requerían un aumento de la AH de emergencia, con su correspondiente disminución en la ayuda al desarrollo (31).

La década de 1990 jugó un papel crítico en el panorama internacional. Por un lado, el final de la Guerra Fría en 1991 ayudó a consagrar el concepto de «globalización» que utilizamos actualmente, que se refiere al aumento de la interdependencia económica, medio ambiental y tecnológica entre países. Por otro lado, el auge de participación de sociedades civiles y organismos ajenos a los gobiernos ayudaron a gestionar la transición del esquema clásico de cooperación, vertical y unidireccional, hacia el esquema actual: más global e interdependiente (7).

En este tiempo se observó la evolución del concepto de «salud internacional» utilizado en el paradigma clásico hacia el de «salud global» propio del paradigma actual. El primer concepto es definido según el control de epidemias en las fronteras o la asistencia a las necesidades de salud de los países más pobres centrándose en los aspectos económicos y tecnológicos. Por otro lado, el segundo término estudia la salud de las poblaciones bajo los mismos principios de la Salud Pública teniendo en cuenta los factores ambientales, culturales, socioeconómicos y políticos (35), es decir, los determinantes sociales de salud, precisando la actuación de distintas disciplinas del conocimiento (36,37).

En esta última década se introdujeron temas como el desarrollo sostenible y el enfoque de género y surgieron nuevas formas de medir la relación entre crecimiento económico y desarrollo. Una de las variables más transformadoras fue la de «desarrollo humano», creada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), enfocada a la mejora de la vida de las personas en todos los niveles y no solo en lo económico. Se centra aspectos como el acceso a oportunidades educativas, empleo, vivienda y salud desde la libertad de elección, el desarrollo sostenible y la perspectiva de género. De esta forma, el índice de desarrollo humano (IDH) evalúa el grado de desarrollo por países con indicadores como la esperanza de vida al nacer, la educación y el ingreso per cápita (38).

Por consiguiente, el final del siglo XX supuso un cambio en la manera de entender las relaciones entre países. En este momento apareció una nueva modalidad de CID como reacción al enfoque centralista y vertical usado hasta el momento por la que las decisiones eran tomadas enteramente por los gobiernos: la Cooperación descentralizada. Como su nombre indica en ella participan agentes distintos a los gobiernos centrales como son autonomías, municipios, ONG, entidades locales, universidades o empresas privadas (39).

Llegados a este punto, es importante hacer una diferencia entre la CID propiamente dicha y la AH. Aunque se utilizan de manera indistinta existen ciertas diferencias entre ambos términos. Su contexto histórico será el mismo, pero hay ciertos aspectos que marcarán sus diferencias de rumbo.

El inicio del concepto de AH comenzó en 1859 en la Batalla de Solferino cuando Henry Dunant, influenciado por las acciones de Florence Nightingale en la Guerra de Crimea, promovió la ratificación de un tratado internacional para la protección del personal sanitario y la creación de una organización de socorro internacional. A partir de ese momento comenzó a conformarse el derecho internacional humanitario como base legal para las acciones humanitarias, y en 1864 fue creado el Comité Internacional de la Cruz Roja. Asimismo, la Guerra de secesión de Nigeria en 1968 llevó a la primera acción humanitaria realizada a través de las ONG. Posteriormente, comenzaron a surgir ONG especializadas en este tipo de ayuda como Médicos Sin Fronteras (MSF) o UNICEF.

Durante las décadas de los 70 y 80 fueron creadas más ONG dedicadas a la AH como Médicos del Mundo. Al mismo tiempo, las diferentes hambrunas sufridas en el continente africano a finales de los años 80 pusieron de manifiesto la necesidad de organizar un marco general para la proporción de esta ayuda (39).

Pero igual que ocurrió con la CID propiamente dicha, fue la década de los 90 la que influyó en mayor medida el desarrollo de la AH. En 1990 fueron oficialmente establecidos sus fundamentos con la firma de la Carta Europea de Acción Humanitaria (40), tuvo lugar el final de la Guerra Fría, se produjo un aumento de los conflictos civiles entre países y fueron desplegadas en países como Ruanda o Somalia las «Operaciones de Paz» para el mantenimiento, establecimiento o imposición de la paz por parte de la ONU. Asimismo, observamos el aumento de presión por parte de las sociedades civiles y los medios de comunicación para conocer el estado de estas situaciones (39).

Todo esto llevó a que se acuñara la actual definición de AH, entendida como *«el conjunto de acciones de ayuda a las víctimas de desastres (desencadenados por catástrofes naturales o por conflictos armados), orientadas a aliviar su sufrimiento, garantizar su subsistencia, proteger sus derechos fundamentales y defender su dignidad, así como a frenar el proceso de desestructuración socioeconómica de la comunidad»* (39).

1.2. Cooperación internacional durante el siglo XXI.

Este contexto llevó a que en el año 2000 fuera firmada por la Asamblea General de la ONU la Declaración del Milenio, y formulados los ODM: ocho objetivos generales (ver Tabla 2) en los que los Estados miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a alcanzar para el 2015.

Tabla 2. Objetivos De Desarrollo Del Milenio (41).

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre2. Lograr la enseñanza primaria universal3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer4. Reducir la mortalidad en los menores de 5 años5. Mejorar la salud materna6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo |
|---|

En el año 2005 tuvo lugar la Declaración De París sobre La Eficacia De La Ayuda Al Desarrollo liderada por la OCDE de la que se destacó la creación de indicadores y metas para medir los resultados de la ayuda, hasta ese momento inexistentes, y el compromiso de los países donantes de adaptarse a las estrategias que desarrollen los propios países receptores (42).

En 2015 la ONU publicó un informe sobre el estado de los ODM, ya finalizado su plazo de cumplimiento, en el que se expusieron avances significativos. Centrándonos en el ámbito sanitario los avances tuvieron lugar en diferentes aspectos como el tratamiento y diagnóstico de enfermedades, la eliminación de enfermedades como la viruela, la disminución de la incidencia y mortalidad de algunas enfermedades principalmente infecciosas como la poliomielitis, la salud materno-infantil, el aumento de la esperanza de vida y la monitorización de datos (41).

No existen indicadores que muestren de forma específica la función de la CID en estas mejoras, pero ésta es reconocida tanto por las instituciones públicas como privadas como uno de los actores principales en su consecución debido al aporte de recursos técnicos y financieros que proporciona en estos países (ver anexo 4) (2,25).

Algunos indicadores que exponen los avances producidos en salud, especialmente tras la aplicación del enfoque en Atención Primaria de salud, fueron (41,43,44):

- La tasa de mortalidad de niños menores de 5 años se redujo de 90 a 43 muertes por cada 1.000 niños nacidos vivos entre 1990 y 2015.
- La cobertura de la vacuna del sarampión aumentó del 73% al 84% y los casos de sarampión reportados disminuyeron un 67%.
- El número de nacimientos atendidos por personal de salud capacitado aumentó del 59% al 71%, la tasa de mortalidad materna disminuyó un 45% y el uso de anticonceptivos en mujeres aumentó un 9%.
- En los países en desarrollo, el porcentaje de menores de 5 años con bajo peso se redujo del 28% en 1990 al 17% en 2013.
- En las regiones en desarrollo, la atención prenatal aumentó del 65% en 1990 al 83% en 2012.
- Se evitaron más de 6,2 millones de muertes causadas por paludismo entre los años 2000 y 2015, principalmente de niños menores de 5 años en África subsahariana; la tasa global de incidencia disminuyó en un 37% y las tasas de mortalidad en un 58%.

- Las nuevas infecciones del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) disminuyeron en aproximadamente 40% entre 2000 y 2013.
- En 2014, en todo el mundo, 13,6 millones de personas recibieron terapia antirretroviral para el VIH.
- Se estima que entre 2000 y 2013 se salvaron 37 millones de vidas mediante intervenciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis.
- La esperanza de vida aumentó en 5,5 años y la esperanza de vida saludable aumentó 4,8 años entre 2000 y 2016.

En el informe de la Organización Panamericana de Salud (OPS) de 2012-2013, es decir, la oficina de las Américas de la OMS, se muestran más datos sobre la contribución de la CID en salud. Durante ese año se logró, entre otras cosas, el fortalecimiento de los sistemas de salud, el aumento de recursos en investigación, el refuerzo en la formulación de políticas de recursos humanos y el intercambio de conocimientos entre profesionales sanitarios de distintos países, la recopilación de información para la monitorización de datos, la prevención del desabastecimiento de medicamentos y la introducción de vacunas accesibles para la población (45).

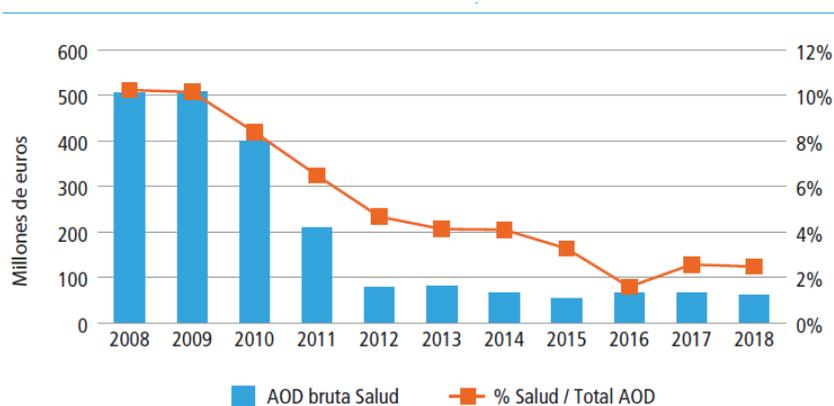
También en el año 2015, la ONU aprobó la Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible en donde fueron actualizados los ocho ODM, pasando a denominarse ODS (ver Tabla 3) y constar de unas metas para medir su alcance (ver anexo 2) para el año 2030.

1. Fin de la pobreza	9. Industria, innovación e infraestructura
2. Hambre cero	10. Reducción de las desigualdades
3. Salud y bienestar	11. Ciudades y comunidades sostenibles
4. Educación de calidad	12. Producción y consumo responsables
5. Igualdad de género	13. Acción por el clima
6. Agua limpia y saneamiento	14. Vida submarina
7. Energía asequible y no contaminante	15. Vida de ecosistemas terrestres
8. Trabajo decente y crecimiento económico	16. Paz, justicia e instituciones sólidas
	17. Alianzas para lograr los objetivos

Del total de estos diecisiete objetivos encontramos varios que afectan directa o transversalmente a la salud. Debemos tener en cuenta que este término viene condicionado no solamente por la sanidad sino por su acceso y también por otros determinantes sociales como la pobreza, el acceso a agua, las infraestructuras, los conflictos o las políticas sanitarias. Además, con los nuevos ODS se reconoce aún más la necesidad de abordar las enfermedades no transmisibles, la perspectiva de género y las acciones para minimizar los efectos del cambio climático, que afectan de mayor manera a los países en vías de desarrollo.

Es relevante mencionar que estos objetivos son un compromiso político y no de obligado cumplimiento. Solamente 5 de los 23 países que forman la OCDE han alcanzado el compromiso creado en 1980 de destinar el 0,7% de su Producto Interior Bruto a Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD). Por parte del Estado español este porcentaje nunca ha sido alcanzado y en 2018 se encontraba en un 0,2%; de los más bajos de la OCDE (47). Junto a esto, la financiación pública a la CID ha venido descendiendo desde que comenzara la crisis económica el año 2008 (ver Gráfico 1).

Gráfico 1. Evolución de la AOD bruta en salud y del porcentaje sobre el total de AOD, 2008-2018 (47).



2. ESTADO DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO EN ESPAÑA

Para entender el caso concreto de España debemos centrarnos en varios aspectos fundamentales que estructuran la CID en salud. Su marco jurídico viene definido por la «Ley 23/1998, de 7 de julio, de Cooperación Internacional para el Desarrollo» adjuntada en la Tabla 4.

Otros dos estatutos relevantes, por las grandes diferencias legales que suponen, son el «Real Decreto 519/2006, de 28 de abril, por el que se establece el Estatuto de los cooperantes» y la «Ley 45/2015, de 14 de octubre, de Voluntariado». Según el primero de ellos, una persona cooperante estará sujeta a un contrato laboral y realizará tareas técnicas (formulación, seguimiento, evaluación de proyectos en el terreno) (48) mientras que, en el segundo, una persona voluntaria actuará bajo un contrato no laboral, de forma libre, desinteresada y sin remuneración (49).

El principal órgano de gestión de la Cooperación española es la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) perteneciente al Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación. Es el encargado de orientar a Administraciones públicas, ONG, empresas privadas y universidades en la definición del marco estratégico a seguir, los actores participantes, las estrategias y prioridades definidas, los recursos disponibles y la evaluación de todo lo anterior. Para ello, agrupa estas indicaciones en «Planes Directores» trienales.

En el documento que se encuentra en vigor en la actualidad, de 2018 a 2021, la prioridad marcada pasa por contribuir a la cobertura sanitaria universal referida en el objetivo tres «Salud y bienestar» de los ODS mediante la mejora de los Servicios Nacionales de Salud de los países, la mejora de la capacidad de respuesta a emergencias, el refuerzo al acceso a la salud sexual y reproductiva y también a los productos sanitarios esenciales (medicinas y vacunas). Todo ello será valorado a partir de unos indicadores predefinidos (51).

Tabla 4. Instrumentos y modalidades de la política española de cooperación internacional para el desarrollo (50).

Cooperación técnica	- Modalidades de asistencia dirigida a: formación de recursos humanos y mejora en la instrucción, cualificación, capacidades técnicas y productivas
	- Ámbitos abarcados: institucional, administrativo, económico, sanitario, social, cultural, educativo, científico o tecnológico
	- Mediante: proyectos de refuerzo de formación y programas de asesoramiento técnico con asistencia de expertos, ONG, empresas españolas y transferencia de estudios o tecnología
Cooperación económica-financiera	- Aportaciones destinadas al aumento del capital a través de los sectores económicos (sanitario, educativo, agroalimentario, infraestructuras, etc)
	- Mediante: contribuciones a organismos internacionales, acuerdos financieros, donaciones, préstamos, etc (ver anexos 4-5)
Ayuda humanitaria	- Envío urgente indiscriminado de material de socorro para proteger vidas humanas o aliviar la situación de poblaciones víctimas de catástrofes naturales o causadas por el hombre o en conflicto bélico.
	- Llevada a cabo por: Administraciones públicas directamente o a través de ONG y/o organismos internacionales
	- Incluye: aportación de alimentos e implementos agrícolas en países con insuficiencia alimentaria con el fin de potenciar su autoabastecimiento y garantizar la seguridad alimentaria
	- Llevada a cabo por: Administraciones públicas directamente o a través de ONG y/o organismos internacionales
Educación para el desarrollo y sensibilización social	- Ayuda puede dar paso a actividades de rehabilitación, reconstrucción, restablecimiento institucional o reinserción de poblaciones afectadas
	- Desarrollo y promoción de actividades para la mejora de la percepción de la sociedad de los problemas que afectan a los países en vías de desarrollo para estimular la solidaridad y cooperación activa.
	- Incluye: campañas de divulgación, servicios de información, programas formativos, apoyo a las iniciativas de comercio justo y consumo responsable de los productos procedentes de países en vías de desarrollo
	- Llevadas a cabo por: Administraciones públicas directamente o a través de ONG

La cooperación técnica y financiera, la AH y la Educación para el desarrollo y sensibilización social son los instrumentos utilizados para ello. En la tabla 4 encontramos sus definiciones, en las que aparecen unos matices que precisan ser explicados: la CID tiene como función el desarrollo global de los países receptores y, bien sea a través de apoyo técnico o económico, constituye una ayuda a medio-largo plazo mientras que la utilidad de la AH es subsanar necesidades de socorro urgentes a corto plazo, como un desastre natural o una guerra (50). Por otro lado, la Educación para el desarrollo forma parte de las actividades que se realizan en centros educativos, espacios de ocio y tiempo libre o incluso a través de redes sociales y medios de comunicación con el objetivo de fomentar el aprendizaje de las causas que producen las desigualdades junto a la generación de pensamiento crítico al respecto, para lograr el compromiso de la sociedad civil en la lucha contra las desigualdades (52). Esto implica que, dependiendo de los instrumentos utilizados, el tipo de ayuda para los objetivos planteados será diferente y, por tanto, la actuación será orientada de distinta forma.

Además de las diferencias legales entre estos aspectos también existirán contrastes en las formas de financiación. En este caso nos ceñiremos a la legislación española, aunque la realidad es que estas divisiones son determinadas por las Relaciones Internacionales (ver anexos 3-4).

La cooperación bilateral es realizada directamente entre las Administraciones públicas de los países donantes y receptores. Por otro lado, la cooperación multilateral es llevada a cabo entre las Administraciones de los países donantes y los organismos internacionales definidos previamente por el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD), que es el órgano oficial que realiza la evaluación y seguimiento de las políticas de la OCDE. Por poner un ejemplo aclaratorio, la contribución del país donante se unirá a la de otros y será desembolsada según criterios internacionales no quedando así bajo el control de los gobiernos donantes (39). Por último, la cooperación multilateral consiste en la ayuda desde las Administraciones hacia los organismos definidos por el CAD como por ejemplo programas concretos de la ONU, no a la ONU en sí misma. En ocasiones la multilateralidad es considerada una parte de la Cooperación bilateral (53).

Dicho esto, centrándonos en la CID y dejando de lado la AH, encontramos que según el informe del año 2018 de la ONG Medicusmundi «*La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria*» (47) de toda la AOD proporcionada ese año, la cooperación en salud supuso el 2,47% de la AOD total en España. De ese porcentaje, el 66,7% de la financiación fue a través de ayuda bilateral, principalmente a través de los Ministerios de Asuntos Exteriores, las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales; el 28,25% a través de ayuda multilateral y el 4,64%, de multilateral.

Esta ayuda se encuentra dividida en 4 subsectores según el enfoque y a las directrices marcadas por la OMS y son: salud general (35,68%), salud básica (46,46%), salud reproductiva (17%) y un elemento añadido recientemente que son las enfermedades no transmisibles (0,45%) (ver anexo 5). También encontramos una división respecto a la distribución geográfica de esta ayuda: África (28,29%), América (22,61%), Asia (1,16%), Oriente Medio (5,23%) y Europa (0,06%), frente a un 42,65% que no se encuentra especificado para países en vías de desarrollo por la no disponibilidad de datos (ver anexo 6).

Asimismo, la AOD descentralizada supone un componente a mencionar suficientemente relevante debido a que se ve articulada por actores diferentes a los gobiernos centrales. Representó aproximadamente el 10% de la AOD española total y, concretamente, la cooperación sanitaria de tipo descentralizado aportó el 43% de la AOD en salud.

Más allá de eso, la financiación por subsectores y la distribución geográfica de la ayuda sufrió unos cambios. La salud general y la básica se mantuvieron similares (30,91% y 48% respectivamente) mientras que la salud sexual y reproductiva aumentaron (21,04%) junto a las enfermedades no transmisibles (0,77%) (ver anexo 5). En lo referente a su distribución, África pasa a recibir el 23,81%; América el 32,13%; Asia el 2,59%; Oriente Medio el 7,19% y Europa el 0,13%; con un 34,15% también no especificado (ver anexo 6).

3. ENFERMERÍA Y SALUD EN LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO

La ayuda internacional a lo largo de los años ha llevado a que los sistemas y servicios de salud en los países vulnerables estén parcialmente influenciados por las ideas occidentales. Por un lado, en estos países encontraremos sistemas de salud públicos, privados y/o mixtos. Por otro lado, también encontraremos medicinas tradicionales propias de cada territorio. Aquí nos centraremos en los sistemas de salud como los conocemos en España aunque es relevante reflejar que también existe este enfoque para no caer en el etnocentrismo (2).

Podemos dividir los sistemas de salud en una parte pública financiada por el Estado por medio de impuestos y una parte privada financiada por seguros privados. Dentro de este último sector tendremos otro llamado «privado social» en el que participan ONG, fundaciones y similares (2).

Las inequidades en salud también se encuentran presentes en la financiación de los sistemas de salud. Se observa que muchos de estos sistemas no son capaces de atender las necesidades de la población por carecer de recursos humanos y materiales, encontrarse fragmentados, depender de la evolución de las economías o estar limitados por las políticas existentes en el país (2,44) por lo que son considerados de baja calidad.

Aunque en los últimos años se ha aumentado la financiación pública en los países con bajos y medios ingresos (PBMi) (ver anexo 1) el 35% del gasto sanitario es sufragado directamente por las personas que precisan acceder al sistema de salud y, de media en estos países, los gobiernos asumen el 51% de los gastos (54), con el riesgo que conlleva que estas personas caigan en la pobreza extrema, considerada como vivir con menos de 2 dólares al mes por pagar los servicios de salud más básicos (55). También se ha demostrado en un estudio publicado por *The Lancet* en 2018 que en los PBMi «el 60% de las muertes por enfermedades susceptibles de tratamiento médico se deben a una baja calidad asistencial, mientras que el resto de las muertes son consecuencia de no haber recurrido al sistema de salud» (55, p. 2).

Por otro lado, es reconocible la descoordinación entre los actores en CID. En 2018 la OMS creó el «Plan de Acción Global para una vida sana y el bienestar para todos» en el que reunía a 11 organizaciones multilaterales como UNICEF, PNUD o el Banco Mundial para coordinar las iniciativas sanitarias (56). Aunque las ONG quedan fuera de este plan de acción, en este documento se habla de la necesidad de crear alianzas internacionales entre todos los agentes que participan en la CID.

Además de la dualidad entre sistemas públicos y privados también encontraremos una división entre Atención Primaria y Especializada. Los recursos podrán ir dirigidos tanto a los centros de salud, consultorios o similares como a los hospitales, los cuales tendrán funciones diferentes pero están interrelacionados (2).

Antes de mencionar los distintos niveles asistenciales, es relevante volver a tratar el concepto de «salud global» puesto que juega un papel relevante en, por lo menos, la Atención Primaria de salud. En este momento no existe un consenso en su definición pero en todas ellas se hace referencia a dos elementos: se refiere a la salud y el bienestar de la población global (5) y a que «salud global» y la disciplina de Salud Pública son indistinguibles. Ambos conceptos tratan la salud desde una perspectiva de bienestar social, físico y mental más allá de la ausencia de enfermedad, con especial atención a las poblaciones vulnerables y teniendo en cuenta sus raíces sociales, culturales o económicas (10).

De esta forma, la Salud Pública puede ser definida de varias formas. Según la clásica, es «la ciencia y el arte de impedir enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud [...] mediante el esfuerzo organizado de la comunidad» (5, p. 1) a través de actuaciones de saneamiento del medio ambiente, control de enfermedades transmisibles, educación sanitaria, gestión de servicios médicos y de enfermería y la creación de mecanismos sociales que aseguren el

mantenimiento de la salud individual y colectiva (58). La segunda, definida en la Declaración de Alma-Ata de la OMS de 1978, expresa que la que Salud Pública se conforma dentro del ámbito de la Atención Primaria o Comunitaria, puesto que sus funciones se enmarcan en el fomento general de la salud y la mejora de las condiciones de vida (58).

La OMS definirá la Atención Primaria como *«la asistencia sanitaria esencial [...] puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas las etapas de su desarrollo»* (59) situándola como un servicio esencial para alcanzar el desarrollo humano y acabar con las inequidades en salud.

La Atención Primaria conforma en muchas ocasiones la puerta de entrada a los sistemas de salud y entre sus características estructurales encontramos que actúa sobre los tres niveles de prevención de salud (promoción y prevención, asistencia y rehabilitación); está integrada en el sistema sanitario por lo que se relaciona con los hospitales; es continuada y es geográficamente accesible a las poblaciones. Además, existen registros que permiten evaluar los objetivos programados, mantiene como uno de sus pilares un enfoque docente del personal y población y es interdisciplinar (2). Dentro de esa interdisciplinariedad el personal enfermero comparte espacio con médicos, fisioterapeutas o empleados de administración.

Desde sus inicios, el rol de la Enfermería ha estado centrado en el cuidado a individuos y comunidades, en muchos casos, desfavorecidas. Las enfermeras son en ocasiones el único colectivo disponible en primera línea (17), que ha venido evolucionando desde un enfoque doméstico y femenino de los cuidados hasta constituirse como una profesión con competencias en la investigación y el cuidado de la salud general de las poblaciones (60).

Podemos definir esta disciplina como la atención a personas de cualquier grupo o comunidad a lo largo de todos los ciclos vitales sin importar sus circunstancias políticas, económicas o sociales. Además, las enfermeras tienen rol pivote en Salud Global, Salud Pública y Atención Primaria de salud al adoptar un enfoque de cuidado holístico en el bienestar de individuos, familias y comunidades (13).

Dentro de la interdisciplinariedad mencionada anteriormente, el personal enfermero puede ejercer funciones delegadas, generalmente por el colectivo médico, o independientes. La OMS considera que las funciones que vertebran las actuaciones enfermeras son (14):

- identificación del capital social, es decir, la cultura y los recursos de los que se dispone
- identificación de las demandas de salud incluyendo las condiciones, los riesgos y los problemas de salud
- diseño e implementación de programas e intervenciones de salud accesibles
- desarrollo de políticas de salud y evaluación de lo mencionado en los puntos anteriores

Junto con estos puntos, otro rol destacado por la OMS es el de liderazgo (14,16,61). Podemos retrotraernos a la Guerra de Crimea para comprobar como Florence Nightingale creó la Enfermería moderna al introducir la epidemiología en los hospitales, ejercer como educadora y administrar el espacio en estos lugares (18). Todo ello, junto a la propia definición de la Enfermería, nos indica la posibilidad de actuación en todos los niveles del sistema de salud.

Por estas razones, el colectivo enfermero se establece como un componente crítico para lograr el acceso universal a los servicios de salud más básicos. Además, esta cobertura universal es estimada como la base para poder cumplir las metas los ODS (ver anexo 2) de los que hemos

venido hablando hasta ahora (14). Debemos tener en cuenta que por ejemplo, en 2015 aproximadamente 1 de cada 17 ciudadanos del mundo (62) carecía de acceso a la cobertura sanitaria más esencial (62), es decir, la mitad de la población mundial; y en 2019 casi 100 millones de personas cayeron en la pobreza extrema.

Sin embargo, son varios los obstáculos que dificultan alcanzar los objetivos marcados, los cuales fueron enumerados en el documento «*WHO Nursing and Midwifery Progress Report, 2008-2012*» redactado por la OMS (17):

- recursos humanos inadecuados en todos los sistemas de salud
- aumento de la migración global y dificultad para retener a los profesionales de salud en zonas rurales
- bajos salarios, fuerza de trabajo envejecida y pobres condiciones y/o ambientes de trabajo
- falta de programas de educación locales
- falta y/o dificultad en la aplicación de políticas
- falta de financiación y entrenamiento de recursos, empeorado con la situación económica global actual

La falta de personal sanitario es una de las principales razones por las que no se alcanzará el ODS «Salud y bienestar». Según un informe de la ONU (63), las enfermeras constituyen aproximadamente el 59% del total de profesionales de la salud del mundo y alrededor del 90% son mujeres (63). Sin embargo, en el año 2017 cerca del 55% de los países pertenecientes a la OMS reportaron tener menos de 3 profesionales de Enfermería por 1000 habitantes y el 25% de ellos, menos de 1 (64). Para entender este porcentaje ponemos el ejemplo de España en donde en 2018 este ratio se encontraba en 5,3 enfermeras por cada 1000 habitantes, situándose en el puesto mundial número 51 (65). Además, se estima que existe un déficit de enfermeras de casi 6 millones, de los cuales el 89% se concentra en África, Asia Sudoriental, Mediterráneo Oriental y parte de Latinoamérica (63). Junto a eso, se prevén jubilaciones masivas en los próximos 10 años que supondrán un mayor déficit de personal para 2030 (17,63,66).

El déficit de formación en los países de renta baja impide el desarrollo de profesionales y dificulta el acceso a investigación y/o financiación en estos países. De esto surge lo que se llama «brecha de 10/90» que quiere decir que solo el 10% de la investigación en salud está dirigida a los países en vías de desarrollo cuando allí se encuentra el 90% de la carga de enfermedad, que se entiende como la morbi-mortalidad producida por las distintas enfermedades (67).

Esto, unido a la falta de políticas y financiación para la creación y el mantenimiento de sistemas de salud sólidos y eficientes convierte en necesaria la alianza con organismos internacionales, ONG, fundaciones y demás agentes de la CID para asistir en el desarrollo de los sistemas de salud.

En los últimos años ha aparecido el concepto «*Diplomacia en salud global*» o «*Global health diplomacy*» que describe el proceso por el que actores de la sociedad civil, organismos multilaterales y grupos privados trabajan en proyectos, principalmente educativos, para colaborar en la mejora de los sistemas de salud y el apoyo contra las enfermedades transmisibles (3). Son muchas las instituciones, donantes y ONG que forman alianzas y colaboraciones, llamadas «partnerships», para proveer ayudas financieras en forma de donaciones o préstamos y ayudas técnicas como recursos, equipamientos o políticas y programas de formación (17).

4. FUNCIONES Y COMPETENCIAS DE LA ENFERMERÍA EN LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO

Centrándonos en las labores concretas que puede realizar una enfermera en caso de involucrarse en CID, sus competencias son muy diversas dependiendo de las necesidades del momento y las comunidades en las que esté presente. Podemos observar algunos perfiles de ayuda realizando una comparación entre dos ONG con gran relevancia para la Enfermería.

La ONG Médicos Sin Fronteras (MSF) se centra en la AH dando asistencia a poblaciones en situaciones de crisis y desarrollando proyectos en la lucha contra enfermedades transmisibles y la desnutrición, el acceso y la mejora de saneamientos o la atención obstétrica y neonatal (68). Por otro lado, la ONG Enfermeras Para el Mundo (EPM), se centra más en la Cooperación y Educación para el desarrollo planteando como objetivos la promoción del desarrollo humano y la erradicación de las inequidades en salud (68) mediante el apoyo en la formación de profesionales.

Recordando las diferencias existentes entre el papel de persona cooperante y voluntaria vemos que quien sea cooperante tendrá un contrato de trabajo pasando entre seis meses y un año desplegado en el lugar del proyecto y realizando labores como firmar convenios con socios locales, administrar presupuestos o supervisar proyectos. Quien sea voluntaria participará de forma no retribuida en: la participación en actividades propias del proyecto, educación para la salud, acompañamiento al equipo sanitario local o formación de profesionales de salud comunitarios, sin atender sanitariamente de forma directa a la población (68).

De igual modo, los perfiles de ambas organizaciones valoran los conocimientos en Salud Pública y puede afirmarse que ser poseedor de formación y/o experiencia en esta temática puede facilitar o suponer un requisito para su contratación como cooperante (68).

Las ONG dedicadas al desarrollo que existen en España se encuentran calificadas por la AECID, según cumplan o no ciertos estándares y, además, parte de ellas se encuentran sub-agrupadas bajo la Coordinadora de Organizaciones de Cooperación para el Desarrollo (CONGDE), que es la red estatal de organizaciones y plataformas sociales en el área de Desarrollo.

Fuera del ámbito privado también podemos encontrar otro ejemplo de equipos sanitarios de AH en salud, esta vez proveniente del Sistema Nacional de Salud español: el «*Spanish Technical Aid Response Team (START)*», comúnmente denominado equipo de los «chalecos rojos». Están formados por equipos médicos y de Enfermería con experiencia en medicina general, urgencias, anestesia o cirugía que son desplegados ante emergencias (69).

La disponibilidad de canales para la CID es amplia, es decir, permite involucrarse a través de ONG u otras organizaciones privadas, de organismos públicos como el equipo START o a través de organizaciones multilaterales como UNICEF, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) u la OMS, para las que es preciso superar un proceso de contratación.

CONCLUSIONES

En la actualidad encontramos un déficit de recursos económicos y humanos, formación e investigación en salud en los países en desarrollo y más concretamente en los países con bajos y medios ingresos que afecta a la Enfermería y precisa de la creación de alianzas entre gobiernos, organizaciones internacionales y sociedad civil con el fin de rebajar las brechas creadas por las diferencias de desarrollo entre países.

El conjunto de profesionales de la Enfermería se manifiesta como uno de los agentes que participan en Cooperación Internacional para el Desarrollo y tiene una relevancia importante en ella, al proporcionar una atención holística desde todos los niveles de prevención de salud mediante la valoración de necesidades y demandas de la población, la formación de profesionales y la asistencia sanitaria en las áreas donde sea preciso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Iglesia-Caruncho M. El impacto económico y social de la Cooperación para el Desarrollo. Madrid: Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación; 2005.
2. Díez del Val I, Uria Serrano J. Salud y cooperación para el desarrollo. Vitoria-Gasteiz: Hegoa; 2005.
3. Rubbini M. Global Health Diplomacy: Between Global Society and Neo-Colonialism: The Role and Meaning of “Ethical Lens” in Performing the Six Leadership Priorities. *J Epidemiol Glob Health*. 2018; 8 (3-4): 110-14.
4. Bitton A, Ratcliffe HL, Veillard JH, Kress DH, Barkley S, Kimball M, et al. Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health Systems in Low- and Middle-Income Countries. *J Gen Intern Med*. 2017; 32(5): 566-71.
5. Clark M, Raffray M, Hendricks K, Gagnon AJ. Global and public health core competencies for nursing education: A systematic review of essential competencies. *Nurse Educ Today*. 2016; 40: 173-80.
6. 4 razones por las que es útil la cooperación internacional [Internet]. Oxfam Intermón [acceso 11 de abril de 2020]. Ingredientes que Suman. Un blog de Oxfam Intermón. Disponible en: https://blog.oxfamintermon.org/util-cooperacion-internacional/#Que_es_la_cooperacion_internacional
7. Romano C, Berro M. Guía de Cooperación al Desarrollo LECODENET (Latinoamérica-Europa Red de Cooperación Descentralizada) [Monografía en Internet]. Uruguay: Intendencia de Colonia; 2012 [acceso 10 abril de 2020]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/101629494/Guia-de-Cooperacion-Al-Desarrollo-LECODENET>
8. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Astaná: Conferencia mundial sobre atención primaria de salud: Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018. Ginebra; Organización Mundial de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
9. Nuevo compromiso mundial con la atención primaria de la salud en la Conferencia de Astaná [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2018 [acceso 15 de abril de 2020]. Centro de prensa. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/25-10-2018-new-global-commitment-to-primary-health-care-for-all-at-astana-conference>
10. Fried LP, Bentley ME, Buekens P, Burke DS, Frenk JJ, Klag MJ, et al. *Lancet*. 2010; 375 (9714): 535-37.
11. Organizaciones internacionales [Internet]. Comisión Europea [acceso 15 de abril de 2020]. La UE en el mundo. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/international_cooperation/international_organisations_es
12. Salud y derechos humanos [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 29 de diciembre de 2017 [acceso 14 de abril de 2020]. Centro de prensa. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

13. Wong FKY, Liu H, Wang H, Anderson D, Seib C, Molasiotis A. Global Nursing Issues and Development: Analysis of World Health Organization Documents. *J Nurs Scholarsh*. 2015; 47(6): 574-83.
14. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. A framework for community health nursing education. New Delhi: World Health Organization; 2012. Licencia: SEA-NUR-467.
15. Enfermería [Internet]. Organización Mundial de la Salud. World Health Organization; 2015 [acceso 18 de marzo de 2020]. Temas de salud. Disponible en: <https://www.who.int/topics/nursing/es/>
16. World Health Organization. Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
17. World Health Organization. WHO Nursing and Midwifery Progress Report 2008-2012. Geneva: World Health Organization; 2013. ISBN: 9789241505864.
18. Lathrop, B. Nursing Leadership in Addressing the Social Determinants of Health. *Policy Polit Nurs Pract*. 2013; 14(1): 41-7.
19. Dawson AJ, Nkowane AM, Whelan A. Approaches to improving the contribution of the nursing and midwifery workforce to increasing universal access to primary health care for vulnerable populations: a systematic review. *Hum Resour Health*. 2015; 13 (97): 1-23.
20. García Rúa, M. Papel de Enfermería como agente y motor de desarrollo en Cooperación Internacional. *Publicaciones Didácticas*. 2017; 79: 469-92.
21. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Panorama general. Informe sobre Desarrollo Humano 2019 [monografía en Internet] Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2019 [acceso 31 de marzo de 2020]. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_spanish.pdf
22. The World Bank. World Development Indicators [Internet]. The World Bank IBRD - IDA; 2017 [acceso 10 de abril de 2020]. Disponible en: <http://wdi.worldbank.org/table/2.18>
23. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre las inequidades sanitarias y sus causas [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2017 [acceso 10 de abril de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/es/
24. Organización Mundial de la Salud. Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud [monografía en Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2008 [citado 4 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf
25. Gil-González D, Latorre Arteaga S. Salud y cooperación para el desarrollo: Análisis constructivo y nuevas claves de futuro [monografía en Internet]. Alicante: Fontilles; 2015 [acceso 10 de abril de 2020]. Disponible en: <https://sri.ua.es/es/cooperacion/documentos/fontilles-ua/libro-fontilles.pdf>

26. Boni Aristizábal A, Calabuig Tormo C, Cuesta Fernández I, de los Llanos Gómez-Torres M, Lozano Aguilar JF, Monzó Balbuena JM, et al. La cooperación Internacional para el Desarrollo [monografía en Internet]. España: Editorial de la Universitat Politècnica de València; 2010. [acceso 1 abril de 2020]. Disponible en: <http://www.upv.es/upl/U0566378.pdf>
27. Ayllón B. La Cooperación Internacional para el Desarrollo: fundamentos y justificaciones en la perspectiva de la Teoría de las Relaciones Internacionales. Carta Internacional. 2007; 2(2): 32-47.
28. Organización de las Naciones Unidas. Carta de las Naciones Unidas [Internet]. Organización de Naciones Unidas; 2017 [acceso 17 de marzo de 2020]. La Organización. Disponible en: <https://www.un.org/es/charter-united-nations/index.html>
29. Descolonización [Internet]. Organización de las Naciones Unidas [acceso 16 de marzo de 2020]. Asuntos que nos importan. Disponible en: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/decolonization/index.html>
30. País subdesarrollado [Internet]. Economipedia [acceso 16 de abril de 2020]. Diccionario económico. Disponible en: <https://economipedia.com/definiciones/pais-subdesarrollado.html>
31. Tassara C. Cooperación para el desarrollo, relaciones internacionales y políticas públicas. Teorías y prácticas del diálogo euro-latinoamericano. Medellín: Unaula; 2013.
32. Unceta K, Yoldi P. La Cooperación al Desarrollo: surgimiento y evolución histórica. Vitoria-Gasteiz: Hegoa; 2000.
33. World Bank Country and Lending Groups [Internet]. The World Bank IBRD - IDA. [acceso 25 de marzo de 2020]. Country classification. Disponible en: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>
34. Noticias ONU [Internet]. Organización de Naciones Unidas; 2019 [citado 10 de marzo 2020]. La Cooperación Sur-Sur, ¿qué es y por qué importa?. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2019/03/1453001>
35. Brown TM, Cueto M, Fee E. The World Health Organization and the transition from "international" to "global" public health. Am J Public Health. 2006; 96(1): 62-72.
36. Frenk J, Gómez-Dantés O. La globalización y la nueva salud pública. Salud pública Méx. 2007; 49(2): 156-64.
37. Sanjuán H, Latorre HB, Lechuga EN. Salud Global. Salud Uninorte. 2011; 27(1): 11-13.
38. Concepto Desarrollo Humano [Internet]. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2019 [acceso 16 de marzo de 2020]. Informe Nacional de Desarrollo Humano Guatemala. Disponible en: <https://desarrollohumano.org.gt/desarrollo-humano/concepto/>
39. Perez de Armiño K. Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo [Internet]. 2000 [acceso 17 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/>

40. Carta Europea de Acción Humanitaria [Internet]. Médicos del Mundo [citado 2 de abril de 2020]. Documentos fundacionales. Disponible en: <https://www.medicosdelmundo.org/quienes-somos/documentos-fundacionales>
41. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de 2015 [monografía en Internet]. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2015 [acceso 18 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/mdg/the-millennium-development-goals-report-2015.html>
42. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo [monografía en Internet]. 2008 [acceso 31 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.oecd.org/dac/effectiveness/34580968.pdf>
43. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 19 febrero 2018 [acceso 18 de marzo de 2020]. Centro de prensa. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))
44. World Health Organization. World health statistics overview 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
45. Informe Anual de la Directora [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2013 [acceso 23 de abril 2020]. Capítulo II: Cooperación técnica y logros alcanzados. Disponible en: https://www.paho.org/annual-report-d-2013/Chapter2_es.html
46. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [Internet]. Organización de las Naciones Unidas. 2015 [acceso 15 de marzo de 2020]. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
47. Mediano C, Medina J, Tapia E. La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2019 [monografía en Internet]. Madrid: Federación de Asociaciones de medicusmundi; 2019 [acceso 31 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.medicusmundi.es/storage/resources/publications/5e00a24a56d6f_informe-2019-medicusmundi-con-indice.pdf
48. Ley 45/2015, de 14 de octubre, de Voluntariado. Boletín Oficial del Estado, nº 247 (15-10-2015).
49. Real Decreto 519/2006, de 28 de abril, por el que se establece el Estatuto de los cooperantes. Boletín Oficial del Estado , nº 114 (13-05-2006).
50. Ley 23/1998, de 7 de julio, de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Boletín Oficial del Estado, nº 162 (08-07-1998).
51. Del Hoyo E, Izuzquiza Rueda J, de Funes Casellas S, Chica A, Cañadas JR y Entrena L. Directorio de Resultados-tipo de la Cooperación española. Edición 2019. Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y de Cooperación (MAUC). Secretaría de Estado de Cooperación Internacional y para Iberoamérica y el Caribe. Dirección General de Políticas de Desarrollo Sostenible; 2019. NIPO en línea: 108-19-046-0.

52. Portal Web AECID [Internet]. Asociación Española de Cooperación y Desarrollo [acceso 15 de marzo de 2020]. La AECID. Disponible en: <https://www.aecid.es/ES/la-aecid/educaci%C3%B3n-y-sensibilizaci%C3%B3n-para-el-desarrollo/%C2%BFqu%C3%A9-es-la-educaci%C3%B3n-para-el-desarrollo>
53. La Realidad de la Ayuda. Portal de transparencia y vigilancia de la cooperación española [Internet]. OXFAM Intermón; 2011 [acceso 29 de marzo de 2020]. Clasificación de la ayuda. Disponible en: <http://realidadayuda.org/glossary/ayuda-multilateral>
54. Xu K, Soucat A, Kutzin J, Brindley C, Vande Maele N, Touré H et al. Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends. Geneva: World Health Organization; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
55. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S et al. Sistemas de salud de alta calidad en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: es hora de una revolución. The Lancet Global Health. 2018; 6 (11): 1196-1252.
56. Organización Mundial de la Salud. Mayor colaboración, mejor salud: plan de acción mundial a favor de una vida sana y bienestar para todos. Fortalecimiento de la colaboración entre las organizaciones multilaterales para acelerar el progreso de los países en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
57. Ramalle Gómara E. Enfermería: ¿hacia dónde vamos? Enfermería de Salud Pública. RIdEC. 2012; 5 (1): 5-10.
58. Primary health care [Internet] World Health Organization; 2020 [acceso 9 de marzo de 2020]. Health topics. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1
59. Martínez Martín ML, Chamorro Rebollo E. Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero. 3ª ed. Elsevier; 2017.
60. World Health Organization. Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020. Geneva: World Health Organization; 2016. ISBN: 9789241516044.
61. World Health Organization. Availability for UHC index of essential service coverage (%): The Global Health Observatory [Internet]. World Health Organization; 2020 [acceso 31 de marzo de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/data-availability-for-uhc-index-of-essential-service-coverage-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/data-availability-for-uhc-index-of-essential-service-coverage-(-))
62. Cobertura sanitaria universal [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 24 enero 2019 [acceso 5 de abril de 2020]. Centro de prensa. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
63. El coronavirus demuestra que hay que invertir más en enfermería, columna vertebral de todo sistema de salud [Internet]. Jim Holmes; 6 abril 2020 [acceso 7 de abril de 2020]. Noticias ONU. Disponible en: https://news.un.org/es/story/2020/04/1472462?utm_source=Noticias+ONU+-+Boletín&utm_campaign=f145a1aaff-

EMAIL_CAMPAIGN_2020_04_07_12_10&utm_medium=email&utm_term=0_e7f6cb3d3c-f145a1aaff-107205277

64. Nursing and midwifery [Internet]. World Health Organization; 2019 [acceso 31 de marzo de 2020]. Health workforce. Disponible en: https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/
65. World Health Organization. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO57.
66. World Health Organization. Global Health Workforce Statistics. Global Health Observatory data repository [Internet]. World Health Organization; 2018 [acceso 9 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.HWFGRP?lang=en>
67. George EK, Meadows-Oliver M. Searching for collaboration in international nursing partnerships: A literature review. *Int Nurs Rev.* 2013; 60(1): 31-6.
68. Santana Acosta S. Análisis comparativo de las funciones de enfermería en dos organizaciones no gubernamentales: Enfermeras Para el Mundo y Médicos sin Fronteras [monografía en Internet]. Universidad de La Laguna; 2015 [acceso 10 marzo 2020]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/2199>
69. Asociación Española de Cooperación y Desarrollo. START. Spanish Technical Aid Response Team. Equipo Médico de Respuesta Humanitaria. Cooperación Española [monografía en Internet]. Asociación Española de Cooperación y Desarrollo; 2018. Disponible en: https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Divulgaci%C3%B3n/Comunicaci%C3%B3n/DP%2031_05%20START%20Equipo%20M%C3%A9dico%20de%20Emergencia%20Espa%C3%B1ol.pdf#search=equipo%20start

ANEXOS

<i>Anexo 1. Lista de países según renta per cápita (33).</i>				
Renta baja (1,025\$ o menos)				
Afganistán	Rep. Popular	Guinea	Mozambique	Siria
Benín	Coreana	Guinea-Bissau	Nepal	Tayikistán
Burkina Faso	Rep. Democrática	Haiti	Níger	Tanzania
Burundi	del Congo	Liberia	Ruanda	Togo
Rep. Central	Eritrea	Madagascar	Sierra Leona	Uganda
Africana	Etiopía	Malawi	Somalia	República
Chad	Gambia	Mali	Sudán del Sur	del Yemen

Renta media-baja (1,026\$ a 3,995\$)				
Angola	Djibuti	Kiribati	Nicaragua	Sudán
Bangladesh	Rep. Árabe de	Rep. Kirgizstan	Nigeria	Timor-Leste
Bután	Egipto	Rep. Dem. Laos	Pakistán	Túnez
Bolivia	El Salvador	Lesoto	Papúa Nueva	Uzbekistán
Cabo Verde	Eswatini	Mauritania	Guinea	Vanuatu
Camboya	Gana	Micronesia	Filipinas	Vietnam
Camerún	Honduras	Moldavia	Santo Tomé y	Cisjordania y
Comoras	India	Mongolia	Príncipe	Gaza
Rep. Congo	Indonesia	Marruecos	Senegal	Zambia
Costa de Marfil	Kenia	Myanmar	Islas Salomón	Zimbabue

Renta media-alta (3,996\$ a 12,375\$)				
Albania	Colombia	Guatemala	Maldivas	Serbia
Argelia	Costa Rica	Guyana	Mauricio	Sri Lanka
Samoa	Cuba	Rep. Islámica	México	Sudáfrica
Americana	Dominica	Irán	Montenegro	Santa Lucía
Argentina	Rep.	Irak	Namibia	San Vicente y las
Azerbaiyán	Dominicana	Islas Marshall	Nauru	Granadinas
Bielorrusia	Guinea	Jamaica	Macedonia del	Surinam
Bosnia	Ecuatorial	Jordania	Norte	Tailandia
Herzegovina	Ecuador	Kazajistán	Paraguay	Tonga
Botsuana	Fiyi	Kosovo	Perú	Turquía
Brasil	Gabón	Líbano	Rumanía	Turkmenistán
Bulgaria	Georgia	Libia	Federación de	Tuvalu
China	Granada	Malasia	Rusia	Venezuela

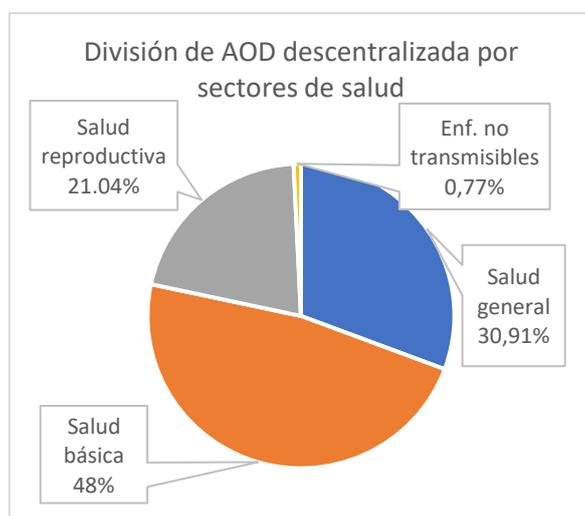
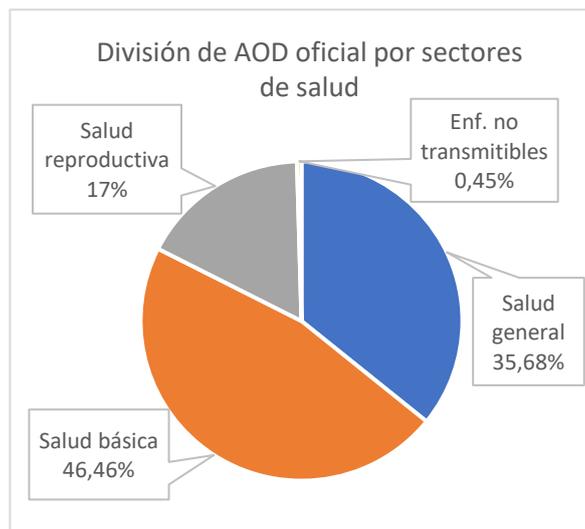
Rentas altas (12,376\$ o más)				
Alemania	Emiratos Unidos	Islas Caimán	Malta	Seychelles
Andorra	de Arabia	Islas del Canal	Mónaco	Región
Antigua y Barbuda	Estados Unidos	Islas Feroe	Países Bajos	Administrativa
Arabia Saudí	Estonia	Islas Marianas del Norte	Nueva Caledonia	Especial de
Aruba	Finlandia	Irlanda	Nueva Zelanda	Macao
Australia	Francia	Isla de Man	Panamá	Rep. Checa
Austria	Alemania	Israel	San Cristóbal y Nieves	Rep. Eslovaca
Las Bahamas	Gibraltar	Italia	San Martín	Eslovenia
Bahréin	Grecia	Japón	Singapur	España
Barbados	Groenlandia	Rep. Corea	Sint Maarten	Suecia
Bélgica	Guam	Kuwait	Reino Unido	Suiza
Bermuda	Región Administrativa	Letonia	Región	Taiwán
Británicas	Especial de Hong Kong	Liechtenstein	Administrativa	Trinidad y
Brunéi	Hungría	Lituania	Especial de Hong Kong	Tobago
Canadá	Islandia	Noruega	Polonia	Islas Turcas y
Chile	Islas Vírgenes (RU)	Omán	Portugal	Caicos
Croacia	Islas Vírgenes (EEUU)	Palau	Puerto Rico	Uruguay
Curazao		Luxemburgo	Qatar	
Chipre		Polinesia	San Marino	
Dinamarca		Francesa		

<i>Anexo 2. Metas del ODS 3 «Salud y Bienestar» (46).</i>	
3.1.	Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos
3.2.	Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos
3.3.	Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles
3.4.	Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar
3.5.	Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol
3.6.	Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo
3.7.	Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales
3.8.	Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos
3.9.	Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo
3.a.	Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda
3.b.	Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en vías de desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos
3.c.	Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal en los países en desarrollo, especialmente los menos adelantados y los pequeños Estados Insulares en desarrollo
3.d.	Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial

<i>Anexo 3. Instrumentos, Actores, Destinos Y Recursos Empleados En CID (27).</i>		
Origen	Pública	Administraciones nacionales, regionales y locales de países donantes
	Privada	Recursos propios de particulares, empresas, asociaciones, etc
Tipos de Cooperación y actores implicados	Multilateral	Agencias, instituciones u organizaciones gubernamentales autónomas
	Bilateral	Administraciones públicas y/u UNG sin carácter oficial
	Descentralizada	Administraciones regionales y locales públicas
	No gubernamental	ONG/ONGD
	Empresarial	Empresas que brindan asistencia técnica y transferencia de tecnología
Características de los fondos	Reembolsable	Ayuda debe ser devuelta en forma de dinero u otra
	No reembolsable	Ayuda no precisa ser devuelta
Grado de condicionalidad	Ayuda ligada	Condiciona al receptor a la compra exclusiva de bienes y servicios del país donante
	Ayuda no ligada	No condiciona al receptor a la compra exclusiva de bienes y servicios del país donante
Naturaleza de la Cooperación	Financiera	Transferencia de fondos monetarios al receptor
	No financiera	Transferencia de conocimientos, tecnología, materiales, intercambios, etc

<i>Anexo 4. Actores de la CID (27).</i>		
	Públicos	Privados
Donantes	Estados (Ministerios, Organismos administrativos) Entidades sub-Estatales (Ayuntamientos, gobiernos regionales) Instituciones financieras multilaterales (Banco Mundial) Instituciones no Financieras multilaterales (ONU) Organizaciones de integración (Unión Europea)	Fundaciones ONG Sindicatos Universidades Empresas Individuos
Receptores	Estados (Ministerios, Organismos administrativos) Administraciones públicas locales o regionales Organizaciones internacionales de Cooperación de carácter regional	ONG Asociaciones Movimientos sociales Comunidades sociales Individuos

Anexo 5. División de la AOD (47)



Anexo 6. Porcentaje distribución geográfica AOD (47)

