

# La Cooperación Internacional Pediátrica en el País Vasco

## *Nazioarteko Lankidetz Padiatrikoa Euskal- Herrian*

M. Aranzábal

C.S. Aguráin. Álava

*Correspondencia:* Maite Aranzábal  
E-mail: mdearanzabal@gmail.com

10.800.000 niños menores de cinco años mueren cada año en el mundo y de ellos, el 99% lo hace en países de renta baja. De estos, la mitad en sólo seis países y el 90% en 42 países.

Además, la tasa de mortalidad infantil (TMI) ha disminuido en mucha mayor proporción en países de alta renta.

Entre los Objetivos del Milenio consensuados en el año 1990 entre organismos internacionales políticos y financieros, como Naciones Unidas, Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial, etc., está el cuarto dedicado a la población infantil: hacer disminuir la TMI en menores de cinco años en dos tercios. Hasta ahora se ha conseguido en algo más de un 10%, la esperanza de vida ha aumentado, la tasa de fecundidad ha disminuido, se ha avanzado en la erradicación de enfermedades...

Todo esto demuestra que se puede conseguir el cuarto objetivo del milenio, pero sólo con mucho esfuerzo y mejorando las actuaciones a realizar.

### LA COOPERACIÓN EN SALUD EN EUSKADI Y EL ESTADO ESPAÑOL: AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO (AOD)

En el Estado español hay Estrategia de Cooperación en Salud firmada el año 2003 por primera vez y un Plan Director que carece de un sistema de indicadores capaces de medir el grado de cumplimiento de los objetivos planteados. Solo en Cataluña existe estrategia de salud.

En Euskadi no hay estrategia en salud. Existe un anteproyecto de Ley de Cooperación al Desarrollo y un borrador del Plan Director de la Cooperación Vasca 2004-2008. Nada referido a la salud y en absoluto a la pediatría.

Apenas hay estudios centrados en cooperación sanitaria, y los datos no se presentan sistematizados por parte de instancias

oficiales, lo cual impide un conocimiento del estado de la cuestión y la formulación de propuestas de mejora.

Todo esto refleja la falta de atención prestada a la cooperación en salud. No hay una política de cooperación sanitaria bien definida y transparente en el manejo de la información y respecto a la pediatría, aunque sí existe una estrategia de salud materno-infantil, no la hay exclusivamente pediátrica.

En lo que respecta al presupuesto, el porcentaje de producto interior bruto (PIB) donado para cooperación por el Estado Español fue de 0,23 en el año 2003. Con respecto a otros países, sobrepasaron el 0,7 los países del Norte de Europa occidental; los países más ricos, como Japón o EE.UU. sólo donaron respectivamente 0,20 y 0,14.

Por Comunidades Autónomas, Euskadi 0,65, Navarra 0,9 y Castilla la Mancha con 1, son las más generosas.

De esta suma, lo correspondiente a salud debería suponer alrededor del 22% de la AOD y en el año 2003 rondó el 7-8%.

En cuanto a los **tipos de ayuda**, hay que explicar que, además, de la ayuda humanitaria o de catástrofes, la ayuda al desarrollo puede ser multilateral o bilateral y dentro de ésta, reembolsable o no.

#### **Ayuda multilateral (salud = 29,1%)**

Es la destinada a organismos multilaterales no financieros (OMS, UNICEF, etc.) y a la Unión Europea, sobre los cuales no tenemos control directo.

Ha aumentado mucho en el 2003 por el enorme impulso dado al Fondo Global Para Sida, Malaria y TBC.

#### **Ayuda bilateral**

*Reembolsable (salud 24,6%)*

España ofrece préstamos a intereses inferiores a los del mercado, pero un alto porcentaje (70%) hay que devolverlo y además casi toda es ayuda "ligada", es decir, los países receptores deben de comprar

bienes y servicios españoles, aunque no se ajusten bien a sus necesidades. Son los créditos FAD. Es una política más centrada en intereses comerciales y de política exterior española que en las necesidades de la salud, pues el dinero retorna a las empresas o al Gobierno españoles.

Esta ayuda es mucho más frecuente en la Administración General del Estado que en las entidades autonómicas y locales. Del dinero para salud es reembolsable el 35%, pero en algunos países menos adelantados llega a ser casi la mitad (Mozambique, Senegal, Mauritania, Uganda, Extremo Oriente...).

*No reembolsable (salud = 46,3%)*

Las acciones son directas y de colaboración con ONGD y otras entidades sin ánimo de lucro. Se mueve menos por intereses comerciales. De ahí su mayor orientación hacia proyectos de atención sanitaria básica que a infraestructuras y hospitales.

Es mucho menor en volumen.

- **Ayuda Humanitaria**, es escasa tanto en el Estado Español como en Euskadi, descoordinada, sin utilización de protocolos adecuados y a menudo sin personal cualificado. La pediatría es un asunto olvidado.
- Si estudiamos la **distribución de la ayuda**, el mayor peso proporcional es para la atención especializada.

La mayor parte de enfermedades requiere de inversiones en educación, promoción de la salud, prevención y tratamiento, todo ello a nivel primario. Además, los altos porcentajes destinados a infraestructuras y a suministro y equipamiento médico crean gran dependencia de la tecnología española. Si esto lo unimos al reducido gasto en investigación y formación del personal de asistencia básica y al pequeño apoyo a estrategias internacionales, tanto de acceso universal a la salud como a

medicamentos esenciales, se plantean serias dudas respecto a la sostenibilidad de las actuaciones de AOD españolas.

- Y en cuanto a **entidades financiadoras**, sorprende la mínima aportación del Ministerio de Sanidad y Consumo (3%) y la alta del Ministerio de Economía. Además, ambos funcionan con escasa comunicación y coherencia entre ellos. El segundo donante son las Autonomías y muy alejado, el Ministerio de Exteriores y Cooperación a través de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI). Sorprende el gran componente de salud de las acciones de emergencia en las cuales el ejército español está jugando un papel de creciente importancia

Los principales **países receptores** de AOD sanitaria coinciden con los principales destinatarios de créditos FAD. Se trata de países de ingreso medio y no se observa que la ayuda haya ido destinada a las bolsas de pobreza. Euskadi el año 2003 donó el 80 % a países de renta media-baja y sólo el 5% a países menos adelantados (PMA), olvidando prácticamente las grandes zonas de pobreza del África subsahariana.

#### POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN EN COOPERACIÓN PEDIÁTRICA

##### **Intervenciones médicas selectivas y cobertura poblacional en los 42 países más pobres**

Son intervenciones, tanto preventivas como de tratamiento que han demostrado una **alta** evidencia en la disminución de mortalidad por una determinada patología y que teóricamente se pueden aplicar con una alta cobertura poblacional.

El grupo Bellagio ha realizado una estimación de la reducción del total de muertes que se podían conseguir si la cobertura de intervenciones con evidencia probada fuera

universal o si se combinaran diferentes estrategias selectivas y la estimación combinando diferentes estrategias selectivas, en algunos casos sería muy importante: vitamina A + Zn+ lactancia materna + *beikost* causarían una disminución del 25% del total; conjunto de medidas antiinfecciosas un 33% del total...

También se concluye que no harían falta nuevas vacunas, drogas ni altas tecnologías; ni siquiera planes especiales contra enfermedades concretas: si se aplicaran con una cobertura –factible, según ellos– del 99% las intervenciones que ya tenemos y conocemos, la TMI disminuiría en un 66%.

Pero en la evaluación de lo realizado hasta ahora se ve que la mayoría de estas intervenciones llegan a un pequeño porcentaje de niños que es aún menor en los 42 países más pobres.

##### **Atención integral a las enfermedades prevalentes infantiles (AIEPI)**

Este plan, AIEPI o IMCI en inglés, tiene como objetivo prevenir y curar las enfermedades con más carga en la mortalidad infantil, pero atendiendo al niño como un todo.

Sus bases son mejorar la salud con guías adaptadas a cada país y formando promotores de salud, intentar entrar en el sistema de salud del país y promocionar comportamientos clave en la familia y en la comunidad con educación en salud y atención domiciliaria.

##### **Enfoque social**

Las anteriores estrategias, que actúan directamente sobre las últimas causas de mortalidad infantil, son muy valorables y quizá para el pediatra que trabaja en el terreno, las mejores estrategias.

Pero mientras tanto no se pueden olvidar los determinantes indirectos o no médicos que por otras vías reducen tanto o más el número de muertes:

- Promover y educar en el espaciamiento entre nacimientos.
- Mejorar mediante ingeniería de infraestructuras las condiciones ambientales del agua, excretas o viviendas.
- Combatir la malnutrición mediante intervenciones macroeconómicas que favorezcan la agricultura y el comercio en estos países.
- De comercio y universalizar el acceso a medicamentos mediante acuerdos internacionales cambios en el sistema que regula el derecho de la propiedad intelectual.
- Colaborar en la abolición de la deuda externa de los países más empobrecidos y solicitar a nuestros gobiernos un mayor aporte en porcentaje del PIB.
- La meta a largo plazo debe ser la preconizada en Alma Ata de Atención Primaria de salud para todos dentro de un sistema público de salud.

En las estrategias selectivas, el entramado y la estructura sanitaria no se modifican, lo cual prácticamente asegura la no sostenibilidad de esos programas si el donante se retira. Las estrategias selectivas o incluso la integral de UNICEF dependen de forma directa de los donantes y dejan a los países receptores a su merced con una total dependencia futura. No comprometen de forma duradera.

En sus conclusiones finales la OMS a través del grupo Bellagio, sorprende (pues son los grandes creadores de estrategias selectivas) al inclinarse absolutamente por la estrategia social con apoyo y creación de sistemas de salud y sobre todo de programas de salud pública.

#### PRESENTACIÓN DEL GRUPO DE COOPERACIÓN EN PEDIATRÍA

La mayoría de sociedades médicas se han mantenido al margen de los proble-

mas de salud fuera de nuestras fronteras. Nosotros como pediatras no podemos permanecer como si nada ocurriera a nuestro alrededor ni tampoco actuar sólo con grandes catástrofes, como el Tsunami o Pakistán ignorando las muertes que se producen cada segundo por hambre o enfermedades infecciosas prevenibles o curables.

Por estos motivos, proponemos crear un "equipo" conjunto entre la sección de Pediatría Social de la AEP y el Grupo de trabajo en Cooperación de la AEPap, que sirva de nexo entre los pediatras dispuestos a trabajar sea desde aquí o en el terreno y las ONGs y administraciones nuestras, para paliar esa tremenda injusticia.

#### OBJETIVOS DEL GRUPO DE COOPERACIÓN

### 1. Concienciar a los pediatras y a la sociedad sobre la existencia de otra población infantil que sufre todo tipo de carencias a la que podemos ayudar. Además, hacer *lobby* o presión sobre gobiernos, empresas y sociedad en general

#### Actividades

- Crear una base de datos con documentos que recogen la realidad sanitaria de los PVD (tasas de mortalidad, morbilidad por distintas enfermedades infantiles, Sida, malaria, Chagas, malnutrición...), para poder utilizarlo en las charlas en las que intervengamos y participemos como ponentes o en el público.
- Crear otra base de datos con documentos "imprescindibles" para cualquier miembro del grupo (Informe de la OMS sobre la Salud del mundo 2003, estrategias de salud...).
- Conocer los "Días mundiales de..." (tuberculosis, malaria, Sida,...) y hacer escritos, manifiestos, cartas para publicarlas en distintos medios (web,

periódicos o revistas, tanto sanitarias como no sanitarias,...).

- Hacer manifiestos en contra de los niños soldado, explotación laboral de menores, la escisión genital femenina.
- Promover campañas contra el turismo sexual y la explotación sexual de los niños: recoger información sobre ONGs que se dediquen a este tema y apoyarlas.
- Difundir a los medios de comunicación y a las administraciones los manifiestos-cartas realizados.

### 2. Servir de interlocutor entre la pediatría y las ONGs, Organismos, Administraciones y medios de comunicación. Resaltar el papel del pediatra en la cooperación y en la ayuda humanitaria

#### Actividades

- Darnos a conocer a la Administración.
- Seleccionar a las ONGs sanitarias (MSF, MDM, Médicos Mundi, Acción contra el Hambre, Fundación Vicente Ferrer y otras más pequeñas que cumplan nuestros criterios) y no sanitarias (niños de la calle, educación, ...) con las que podemos colaborar.
- Escribir a las ONGs seleccionadas una carta de presentación del grupo de Cooperación Internacional, concretando cuáles son nuestros objetivos y nuestra propuesta de colaboración.

### 3. Crear un *pool* de pediatras con conocimientos y dispuestos a viajar sobre el terreno -tanto en casos de emergencia como en ayuda al desarrollo- para ponerlo a disposición de ONGs y Organismos

#### Actividades

- Establecer el perfil de pediatra cooperante para el terreno.
- Crear a través de la web una bolsa de trabajo con los *links* con las ONGs.

#### 4. Negociar las condiciones laborales de estos profesionales con la Administración

##### Actividades

- Buscar en cada Autonomía la normativa existente para solicitar permisos para actividades de cooperación sanitaria internacional.
- Consensuar los criterios indispensables que debe de incluir de la normativa.
- Solicitar a las Autonomías que carezcan de la normativa, su realización mediante una carta modelo.
- Solicitar a las administraciones que introduzcan en sus normativas autonómicas aquellos requisitos que hemos considerado indispensables.
- Poner a disposición de todos los pediatras esta información.

#### 5. Implantar formación en cooperación pediátrica, tanto para estudiantes como para pediatras interesados.

##### Actividades

- Hacer una base de datos con los cursos y masters de interés para el pediatra cooperante.
- Organizar cursos de formación para el pediatra cooperante (AIEPI, marco lógico...) incluso a nivel Universidad (doctorado...)
- Proponer la rotación durante la residencia por hospitales de países en desarrollo.
- Promover la inclusión de temas de cooperación internacional (acceso a los medicamentos esenciales, paludismo, Chagas, Sida, malnutrición ..) en los cursos de formación continuada en los que participemos.

#### 6. Colaborar desde aquí con ONGs y organismos de ámbito infantil –sean sanitarios o no– para:

- Promover la investigación en países de baja renta.
- Evaluar o planificar proyectos.

#### • Asesorar vía Internet a desplazados, tanto en clínica como en investigación.

##### Actividades

- Seleccionar las ONGs no sanitarias (niños de la calle, educación...) con las que podamos colaborar y escribir modelos médicos individualizados para ellas:
  - Normas higiénicas para niños que viven en comunidades cerradas.
  - Protocolo de actuación ante diarrea, piojos, sarna...
  - Protocolo niño sano para no sanitarios: somatometría, optotipo, vacunaciones, alimentación básica según edades y materias primas locales...
  - Consulta de casos vía Internet.
  - Implantación de dichos protocolos por nuestro grupo con estancias cortas.
- Conocer los pediatras integrantes del grupo de CI con formación y experiencia en evaluación y/o planificación de proyectos.
- Propuestas de trabajo por parte de éstos.

#### 7. Fomentar la campaña del 1% en nuestro ámbito y gestionar la adjudicación de esos recursos

##### Actividades

- Solicitar a la Asociación Española de Pediatría que done el 1% de sus ingresos a un proyecto de cooperación internacional uniéndose a la convocatoria de cofinanciación de un Proyecto de Ayuda al desarrollo de la AEPap.
- Solicitar a la Sección de Pediatría Social que done el 1% de sus ingresos a un proyecto de cooperación internacional uniéndose a la convocatoria de cofinanciación de un Proyecto de Ayuda al desarrollo de la AEPap.

- Revisar la convocatoria de “cofinanciación de un proyecto de cooperación Internacional” de la AEPap para el año 2006.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Base de datos de indicadores de objetivos del Milenio. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Disponible en : <http://www.un.org>
2. La salud en la cooperación al desarrollo española. Informe 2002. Prosalus. Medicus Mundi. Médicos Sin Fronteras, Médicos del Mundo. Investigadora: Noelia Verona Martel. Instituto Complutense de Estudios Internacionales (ICE)
3. Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet* 2003; 361: 2226-34.
4. Schuftan C. The child Survival Revolution. A critique. *Family Practice* 1990; 7: 329.
5. Grant JP. A child survival and development revolution assignement children: a journal concerned with children. *Women & Youth Development* 1993; 23: 61-2.
6. Hutta Z, Jones G, Steketee RW, Black RE, Morris S, the Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003; 362: 65-71.
7. Tulloch J. Integrated approach to child health in developing countries. *Lancet* 1999; 354 (suppl II): 16-20.
8. Lambrechts T, Bryce J, Orinda V. Integrated management of childhood illness: a summary of first experiences. World Health Organization. WHO document 1999; 77 (7): 582-94.
9. World Health Organization. The multicountry evaluation of IMCI effectiveness, cost and impact (MCE). Progress Report, may 2001-april 2002. WHO Document WHO/FCH/CAH/02.16. Geneve
10. Werner D, Sanders D, Weston J, Babb S, Rodríguez B. Cuestionando la Salud. Right to Health. URL: <http://www.healthwrights.org/static/cuestionando/cap5.htm>
11. Piédrola Gil G, Del Rey Calero J. Medicina Preventiva y salud pública. La salud y sus determinantes. 9ª Edición. Masson SA, 1990. p. 3-10
12. Victora CG, Wagstaff A, Armstrong J, Gwatkin D, Claeson M, Habicht JP. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet* 2003; 362: 233-41.