

Grupo de Cooperación Internacional de la AEPap

M. de Aranzábal Agudo^a

Grupo de Trabajo de Cooperación Internacional de la AEPap

^aPediatra, CS Agurain, Álava.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7 Supl 1:S 49-59

Introducción

Casi 11 millones de niños menores de 5 años mueren cada año en el mundo, y de ellos casi 10 millones lo hacen en países en vías de desarrollo. Ante esta situación en un mundo que se dice globalizado, no podemos quedar impasibles.

Desde hace muchos años diversas organizaciones no gubernamentales y otros organismos han intentado paliar esta situación, pero lo cierto es que la mayoría de sociedades médicas se han mantenido al margen de los problemas de salud fuera de nuestras fronteras.

Nosotros hemos decidido crear un "equipo" conjunto entre el Grupo de Trabajo en Cooperación Internacional de la AEPap y la Sección de Pediatría Social de la AEP que sirva de nexo entre los pediatras dispuestos a trabajar sea desde aquí o en el terreno y las ONG y administraciones, para aliviar esa tremenda

injusticia.

Es importante entender nuestra filosofía para que nuestros planes y proyectos no sean parches inútiles; no se trata de ayudar al tercer mundo, sino de que éste *desaparezca*.

Por ello, en esta presentación del Grupo nos gustaría hacer una pequeña introducción de lo que queremos que sea nuestro estilo de *cooperar*. Explicaremos cuáles son los determinantes de la salud, los criterios necesarios para un buen proyecto y las diferentes estrategias que se utilizan actualmente en cooperación infantil.

Los Objetivos del Milenio son el plan actualmente consensuado por Naciones Unidas y numerosos Estados y organismos multilaterales, que se han comprometido a incorporarlo, al menos formalmente, a sus políticas de cooperación. Estos objetivos pretenden hacer disminuir la TMI (tasa de mortalidad infantil)

en menores de 5 años en 2/3 y hasta ahora se ha conseguido en algo más de un 10%¹. Lo cual demuestra que algo se está haciendo mal pero que podría lograrse.

Determinantes de la salud infantil

Las causas de morbimortalidad en países de medio y bajo ingreso muestran su estrecha relación con las condiciones de vida al compararlas con las de los países de ingreso alto. Se señalan aquí algunos determinantes indirectos que tienen una influencia estadísticamente demostrada y que son modificables. Prácticamente sólo la genética sería inmodificable².

Factores socioeconómicos:

- La educación de la madre en higiene, en conocimiento de los alimentos, en acceso a servicios sanitarios básicos “formales” y desde luego en apoyo a la lactancia materna hasta los 5 meses que haría disminuir en 7 veces las diarreas y en 5 las neumonías.
- Los servicios básicos en las viviendas: la falta de acceso a agua potable y letrinas causa el 88% de las diarreas y 1,5 millones de las muertes totales.
- El trabajo de la mujer fuera de casa

tiene efectos contrapuestos, pues mejora la economía familiar pero hace disminuir la lactancia materna y empeora el cuidado de los niños.

- La edad de la madre, tanto demasiado mayor como lo contrario, tiene una enorme influencia en la mortalidad infantil así como el intervalo entre nacimientos.

La etnicidad: los grupos de indígenas pardos o mulatos de países en desarrollo están en peores condiciones de salud materno-infantil que los blancos a igualdad de pobreza.

Servicios de salud: el efecto del acceso a estos servicios no es tan lineal como pudiera parecer. La mera existencia de éstos no garantiza un mejor resultado.

Factores regionales: como las diferencias rural-urbana.

Factores del entorno: cohesión social, nivel de conflictividad o violencia social, fortaleza y transparencia de las instituciones, etc.

Entre los determinantes directos o causas clínicas actuales de la mortalidad infantil el Grupo Bellagio para el estudio de la supervivencia infantil³ presenta las siguientes causas de mortalidad infantil: 33% causas neonatales (asfixia, infecciones o prematuridad), 22% diarrea; 21% neumonía, 9% malaria, 9% otros, 3% sida, y 1% sarampión.

Las causas sumergidas serían las que no aparecen en el cómputo final de la ONU pero que han sido las verdaderas: por ejemplo, muere oficialmente de TBC o diarrea pero la verdadera causa era el sarampión, el sida, la malnutrición fetal, el bajo peso al nacer o el déficit de micronutrientes, que habrían provocado una predisposición. A esto se deben añadir los factores concurrentes o los de dos causas a la vez, que producen sinergia, y el efecto conjunto es mucho mayor que el de ambas por separado.

La distribución cambia algo en países subsaharianos⁴ debido a la influencia del sida y de la malaria (25% causas neonatales, 22% malaria, 21% causa respiratoria, 20% diarrea y 8% sida).

Como puede verse, los determinantes de la salud infantil no son sólo médicos. Las causas son biológicas y sociales entremezclándose y potenciándose. Por ello nuestro grupo debe incidir en todas.

Crterios para una cooperaci3n v3lida

– **Atenci3n Primaria universal:** se debe trabajar dentro del Sistema Nacional de Salud y, si no lo hay, por medio de trabajadores comunitarios, de forma que se acceda desde abajo, no desde el sistema terciario ni con planes propios independientes de su sistema.

– **Equidad:** es la igualdad tanto a nivel mundial como dentro de cada regi3n o comunidad. Est3 relacionada con los determinantes indirectos. Hasta ahora la mortalidad ha disminuido mucho m3s en pa3ses ricos que en pobres y esto ocurre tambi3n dentro de cada pa3s. Lo mismo ocurre en relaci3n con el g3nero pues por ejemplo en Asia las ni3as tienen un 40% m3s de riesgo de morir antes de los 5 a3os que los ni3os. Por ello los resultados se deben evaluar teniendo en cuenta etnias, sexos o capas socioecon3micas, y las pol3ticas de salud deben ir dirigidas a proteger a los m3s pobres o a las mujeres, sobre quienes recae el peso familiar y nunca la ayuda.

– **Respeto al medio ambiente** y apoyo a la relaci3n que cada poblaci3n tiene con la naturaleza.

– **Estrategias locales y personalizadas.** El profesional sanitario debe tener siempre una visi3n integral respetando la historia de esa sociedad, las costumbres, y su tejido social y organizativo, sin trasladar forzosamente nuestros conceptos occidentales.

– **Sostenibilidad.** La 3nica manera de que los planes perduren en el tiempo es contar siempre con la organizaci3n y el personal local, y si fuera

posible con las autoridades sanitarias del país, utilizar materiales y tecnología locales y evitar la dependencia de los países desarrollados.

Tipos de estrategias en salud infantil

Estrategia selectiva o Atención

Primaria de salud selectiva^{4,5}

Se trata de actuar sobre determinantes directos de la salud. Técnicamente se planifican intervenciones que reduzcan la exposición a la enfermedad y tratamientos que reduzcan la posibilidad de que esa enfermedad lleve a la muerte. Se pretende llegar a altas coberturas poblacionales. El ejemplo más conocido es el diseñado por UNICEF en 1982 y avalado por todas las organizaciones de salud infantiles, y que actuaba sobre 4 puntos (GOBI): *Growth Monitoring* o control de crecimiento, *Oral rehydration therapy* o terapia de rehidratación oral, *Breast-feeding* o lactancia materna, *Immunization*.

Pronto se comprobó que la versión era demasiado selectiva y se agregaron las tres "efes": *Family Planing* (o planificación familiar), *Food Supplements* (o suplementos alimenticios), y *Feminine education* (o educación de la mujer).

El grupo Bellagio ha realizado una estimación de la reducción del total de

muerres que se podían conseguir gracias a la combinación de diferentes estrategias selectivas⁶ y en algunos casos con resultados muy llamativos: vitamina A más zinc más lactancia materna causarían una disminución del 25% del total; conjunto de medidas antiinfecciosas un 33% del total.

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

Atención integral a las enfermedades prevalentes

En 1990 la OMS destacó que sólo la terapia de rehidratación oral no era suficiente para curar las diarreas pues muchas son crónicas o precisan otros tratamientos; que muchas de las infecciones respiratorias coexistían con malaria y necesitaban un tratamiento concreto; o que la cobertura de la vacuna antisarampión del 90% para el año 2000 no era sufi-

ciente porque muchos niños malnutridos o enfermos no desarrollaban inmunidad.

Se propuso entonces el programa IMCI (o AIEPI en español, Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia), que se proponía prevenir y curar las enfermedades con más carga en la mortalidad infantil pero atendiendo al niño como un todo⁷⁻⁹. Sus bases son:

- Mejorar el tratamiento con guías adaptadas a cada país. Se forman promotores de salud que, con unas preguntas muy sencillas y sistemáticas, descartan las principales enfermedades (respiratorias, diarrea, malaria, sarampión y malnutrición). Se ofrece solución a esa patología y además se indaga sobre otras y sobre la salud de la madre. Estas guías varían según epidemiología, resistencias o idioma.
- Mejorar e intentar entrar en el sistema de salud del país: el acceso a servicios de salud, a medicamentos, la monitorización de los trabajadores, y el sistema de referencia (centro de salud u hospital).
- Mejorar comportamientos clave en la familia y en la comunidad con educación en salud y atención domiciliaria.

Posteriormente se añadió atención perinatal pues se vio que era fundamental.

Los impedimentos más importantes son la falta de sistemas de salud en los que introducirse en países desorganizados o la negativa de éstos a formar parte del proyecto, la cantidad de mensajes para transmitir a personal no sanitario, la educación de monitores, que es muy cara y requiere tiempo, el sida, que entorpece estos planes, etc.

Estrategia de 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 las condiciones ambientales del agua, excretas o viviendas; combatir la malnutrición; se deben impulsar intervenciones macroeconómicas que favorezcan la agricultura y el comercio en estos países; y llegar a acuerdos internacionales de comercio y cambiar el sistema que regula el derecho de la propiedad intelectual para que todo el mundo tenga el mismo derecho al acceso a medicamentos.

A un nivel superior, hay que colaborar en la abolición de la deuda externa de

los países más empobrecidos y solicitar a nuestros gobiernos un mayor aporte en porcentaje de nuestro PIB (que actualmente en España no llega al 0,22%) y en muchos casos no es una donación desinteresada (créditos FAD, ayuda humanitaria por parte del Ministerio de Interior...).

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 la integral de UNICEF dependen de forma directa de los donantes y dejan a los países receptores a merced de los donantes con una total dependencia futura. No se comprometen de forma duradera¹⁰. 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 salud¹¹.

Queda claro que sin el cambio social y sin el control de los factores sociales negativos no se podrá llegar a mejorar la salud de la comunidad.

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.

Ante una situación tan injusta y desigual y a pesar de la complejidad de las causas, nosotros como pediatras no podemos permanecer como si nada ocurriera a nuestro alrededor, ni tampoco podemos movernos sólo por grandes catástrofes como el *tsunami*, ignorando las muertes que se producen cada segundo por hambre o enfermedades infecciosas prevenibles o curables.

Por ello hemos sentido la necesidad de formar un grupo de trabajo y queríamos explicaros la filosofía que va a guiar nuestras acciones tanto para dar a conocer y sensibilizar sobre aspectos concretos de distintas enfermedades y realidades sanitarias, como para exigir a nuestros gobiernos y empresas un mayor compromiso con los países desfavorecidos o denunciar los comportamientos injustos que tengan consecuencias sobre ellos.

Objetivos del Grupo de Cooperación Internacional de la AEPap

- Concienciar a los pediatras y a la sociedad en general.

Dar a conocer en reuniones, congresos y talleres pediátricos la situación actual sobre distintas patologías prevalentes en el tercer mundo (sida, malaria, malnutri-

ción, falta de acceso a la salud...) y los atropellos flagrantes de los derechos de la infancia en cualesquiera de sus diversos terrenos (guerras, turismo sexual, esclavitud). Recomendar en cada ponencia o presentación la alusión directa o indirecta o la comparación de ese problema en nuestros países y en los países en desarrollo.

- Ser interlocutor entre la pediatría de la AEPap y AEP, las administraciones, los medios de comunicación y las ONG u otras entidades.
- Fomentar entre los pediatras la cooperación y para ello negociar las condiciones laborales y salariales con las diferentes administraciones. Ya en casi todas las comunidades existe la posibilidad de permisos sin sueldo conservando antigüedad, situación de alta en la Seguridad Social (siempre que la ONG no lo haga) y reserva del puesto de trabajo. Se trata ahora de conseguir derechos para los interinos y que todos los tribunales de oposiciones puntúen este tiempo como trabajado en el Sistema Nacional de Salud, e incluso luchar para que en determinadas situaciones las administraciones se hagan cargo de las retribuciones.
- Fomentar y tener un registro de cursos de formación en cooperación, ayuda humanitaria, planificación y gestión de proyectos, investigación y ética en países de baja renta, cuya asistencia fuera obligada para este tipo de trabajo. Plantear actividades también a nivel universitario y MIR fomentando la formación en pregrado en cooperación internacional y en patología prevalente en países en vías de desarrollo y población inmigrante.
- Crear un *pool* de pediatras expertos y dispuestos a viajar sobre el terreno en casos de emergencia para ponerlo a disposición de las ONG y organismos.
- Colaborar con las ONG y otras entidades aportando nuestros conocimientos en pediatría, salud pública, docencia, investigación, etc.:
 - Evaluar o planificar proyectos infantiles trabajando desde aquí y viajando al terreno esporádicamente y por breve tiempo.
 - Ayudar a los profesionales que trabajan sobre el terreno en investigación. Basándose en los datos que ellos recojan, elaborar estudios, colaborar en el aspecto epidemiológico o en la estadística.

- Crear protocolos para diferentes regiones que puedan ayudar en el aspecto sanitario a la población local o a los desplazados.
- Posibilidad de crear un foro centralizado a través de la web en el que pediatras voluntarios respondieran semanalmente a cooperantes en el terreno que enviaran sus cuestiones a una dirección de correo.
- Lobby o presión como grupo pediátrico ante gobiernos, empresas y sociedad en general a través de medios de comunicación, de congresos médicos o a través de Internet.
- Captación de recursos fomentando la campaña del 0,7% o incluso del 1% en nuestro ámbito: AEP, congresos regionales, secciones..., donándolo a proyectos destinados a mejorar la salud infantil en países en vías de desarrollo o de baja renta.

ANEXO

Convocatoria para la cofinanciación de proyectos de salud infantil desde la AEPap

La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) destinará el 1% de sus ingresos a apoyar proyec-

tos de cooperación internacional o ayudas al desarrollo en salud.

La presente convocatoria tiene como objeto definir los criterios para la concesión de la ayuda.

1. Requisitos que deben reunir los proyectos

- Los objetivos deben ir dirigidos específicamente a mejorar la salud infantil en países en vías de desarrollo.
- Los objetivos, actividades y recursos humanos y materiales necesarios para la ejecución del proyecto estarán suficiente y claramente explicados.
- Viabilidad técnica, económica y de gestión del proyecto.

2. Prioridades

- Que participe una contraparte local con experiencia, capacidad y vinculación con la población beneficiaria.
- Que existan antecedentes de éxito en proyectos infantiles de la ONG solicitante.
- Que el proyecto incluya acciones de formación de la parte beneficiaria.
- Que fomente la organización y participación de base o comunitaria.
- Que se especifiquen indicadores que midan resultados y la efectividad del sistema de verificación de los mismos.

- Que sea un proyecto sostenible en la sociedad a la que va dirigida y mantenga la equidad en su desarrollo.
- Que haya sido subvencionado por la AEPap en años anteriores.
- Presencia en el proyecto de personas voluntarias o cooperantes del Estado español.
- Presencia en el proyecto de un pediatra español.
- Presencia en el proyecto de un pediatra de la AEPap.

3. ¿Quién puede presentar proyectos?

Cualquier ONG, o asociación sin ánimo de lucro, que tenga como fines institucionales expresos según sus propios estatutos la relación con la salud física y mental infantil y que esté inscrita y tenga actualizada su documentación en la Coordinadora de ONG.

Quedan excluidas las que, habiendo recibido subvenciones anteriormente, no hayan justificado suficientemente en los plazos previstos los gastos correspondientes. No podrán presentar proyectos las empresas, servicios dependientes del Estado o de administraciones autonómicas ni individuos autónomos.

4. Presentación de solicitudes

Las ONG u organismos solicitantes presentarán la solicitud ante la AEPap,

acompañada de la siguiente documentación:

- a. Estatutos de la entidad.
- b. Tarjeta de identificación fiscal.
- c. Certificación de la composición de la junta directiva u órgano equivalente.
- d. Certificado de inscripción en el Registro que por su naturaleza jurídica corresponda.
- e. Documentación acreditativa (original o fotocopia compulsada) de estar al corriente de las cotizaciones de la Seguridad Social y en las obligaciones tributarias según lo dispuesto en la normativa vigente.

La solicitud se realizará ante el grupo de trabajo de Cooperación Internacional de la AEPap antes del 10 de mayo de cada año para ser evaluados por éste y poder ampliar las preguntas al respecto.

Las prioridades se valorarán con una puntuación del 1 al 10. La adjudicación tendrá lugar en la Reunión Anual de la AEPap. La resolución de la convocatoria será notificada por carta certificada a las ONG solicitantes.

5. Compromiso de la entidad subvencionada

La ONG receptora de la ayuda firmará un "acuerdo" en la persona de su re-

presentante legal, en el que se establecerá el destino concreto del dinero.

Remitirá informe narrativo y financiero del desarrollo de la acción. Enviará los informes y justificantes de gastos que se especifiquen en el acuerdo y facilitará los datos que se le soliciten para demostrar la ejecución transparente del proyecto así como los cambios que pudieran surgir en él. Asimismo se comprometerá a reintegrar los fondos percibidos en el supuesto de incumplimiento de las condiciones establecidas. La ONG u organismo cuyo proyecto sea subvencionado por la AEPap se comprometerá a:

a. Presentar un informe semestral elaborado por el organismo receptor

de la ayuda indicando el momento actual del proyecto y las posibles incidencias.

b. Presentar una memoria final de ejecución del proyecto elaborada también por el organismo receptor de la ayuda acompañada de reportaje fotográfico histórico según las distintas fases de ejecución del proyecto.

c. Acompañar los informes con los justificantes de gastos y facilitar los datos que se le soliciten para demostrar la ejecución transparente del proyecto así como los cambios que pudieran surgir en él.

Bibliografía

1. Base de datos de indicadores de objetivos del Milenio. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Disponible en www.un.org

2. Piédrola Gil G, Del Rey Calero J. Medicina Preventiva y salud pública. La salud y sus determinantes. 9.ª edición. Barcelona: Masson; 1990. p. 3-10.

3. Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*. 2003;361:2226-2234.

4. Schuftan C. The child Survival Revolution. A critique. *Ann Fam Pract*. 1990;7:329.

5. Grant JP. A Child Survival and Development Revolution Assignment Children: A Journal concerned with Children. *Women&Youth Development*. 1993;23:61-62.

6. Hutta Z, Jones G, Steketee RW, Black RE, Morris S, and 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): 582-594.

9. World Health Organization. The multi-country 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. Disponible en www.healthwrights.org/static/cuestionando/cap5.htm

11. OMS, UNICEF. Declaración de Alma Ata, 1978 sep 12. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Disponible en www.who.int/entity/chronic_conditions/primary_health_care/en/wha56_27_spanish.pdf

