

Cooperación internacional para el desarrollo desde la teoría de autocuidado de D. Orem.

VELO HIGUERAS, M., FAJARDO GALVÁN, D., CRUCES GONZÁLEZ, M.,
SÁNCHEZ MERINO, B. and SANTOS MUÑIZ, A.

2013

This is the accepted version of an article published in Revista ROL de Enfermería 2013, volume 36, no. 5, pages 48-51. © Ediciones ROL. This file is for individual use only. It may not be further disseminated or reproduced, either in print or digitally, without additional permission from the publisher.

Please note this is a draft version of an article published in Revista Rol de Enfermería, May 2013

Título: Cooperación internacional al desarrollo desde la perspectiva de la teoría de autocuidado de D. Orem. (International development cooperation from the D. Orem self-care theory.)

Autores:

1. María Velo Higuera. DUE. EIR obstétrico-ginecológica H.U. Móstoles.
2. Darío Fajardo Galván. DUE. EIR psiquiátrico. H.U. R. Lafora.
3. Marta Cruces González. DUE. H. U. La Paz.
4. Begoña Sánchez Merino. DUE. Residencia Cabello S.L. Azután. Toledo.
5. Ana Santos Muñiz. DUE. Servicio Médico Polideportivo Municipal Prado de Santo Domingo.

RESUMEN

Objetivo: analizar el funcionamiento de la cooperación española desde la perspectiva de la teoría del Autocuidado de Orem, desde la hipótesis de que los programas de cooperación internacional (CID) funcionan como sistemas de compensación total.

Material y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal en el que se realizó un análisis cualitativo de la CID en tres países africanos con planes estratégicos activos entre 2005-2008: Mozambique, Angola y Namibia. Las variables fueron la financiación y gestión, el ámbito de actuación y los recursos utilizados. **Resultados:** En los tres países se da una gestión compartida. En Mozambique se desarrollan actividades de formación (72%), apoyo a la gestión (38%) y atención sanitaria directa. (27%), en el ámbito de la lucha contra las enfermedades transmisibles y tropicales (50%). En Angola se dan actividades de formación (37%), apoyo a la gestión (37%) y atención sanitaria directa (75%), en el ámbito de los servicios de salud básica (25%), lucha contra las enfermedades transmisibles y tropicales (50%) y mejora de la salud materna e infantil

(25%). Namibia se centra en el ámbito de atención sanitaria (100%) a través de actividades de asistencia directa y apoyo a la gestión. **Discusión:** Los programas de salud desarrollados por el Estado español en materia de cooperación internacional han demostrado funcionar como un sistema de compensación parcial.

ABSTRACT

This article aim is to analyze the performance of Spanish cooperation from the perspective of Orem self-care theory, from the next hypothesis: the spanishs international cooperation programs works as total compensation systems. **Methods:** cross sectional and descriptive study in which qualitative analysis was performed 3 African countries which have active strategy plans between 2005-2008: Mozambique, Angola and Namibia. The variables were management, focused area and resources used. **Results:** All countries have a shared management of the cooperation. Mozambique has developed training activities (72%), management support (38%) and direct health care (27%), focused on the area of the fight against infection and tropical diseases. In Angola, the activities are based in training (37%), management support (37%) and health care (75%) in the area of basic health services (25%), fighting against tropical diseases (50%) and improving maternal and child health (25%). Namibia focuses on the health care area (100%) through direct assitance activities and management support. **Dicussion:** Heatlh cooperation programs developed by the spanish state have probed to work as partial compesation system.

PALABRAS CLAVE cooperación al desarrollo, autocuidado, Orem, África, (development cooperation, selfcare)

La Cooperación Internacional al Desarrollo (CID) viene definida por la ley 23/1998 como “...un aspecto fundamental en la acción exterior de los Estados democráticos en relación con aquellos países que no han alcanzado el mismo nivel de desarrollo, basada en una concepción interdependiente y solidaria de la sociedad internacional y de las relaciones que en ella se desarrolla...”. [1] La CID nació después de la II Guerra Mundial, marcando una diferencia entre el país receptor y el donante, teniendo este último una consideración de superior y el único con capacidad de decisión, similar a un modelo paternalista. Debido a la globalización y a los cambios políticos, sociales y económicos actuales, la CID ha ido variando sus líneas de actuación. Este trabajo pretende comprobar si se mantiene el modelo paternalista o si realmente ha habido un cambio, analizándolo desde una perspectiva enfermera.

La coordinación internacional de todas las acciones de CID es llevada a cabo por diferentes instituciones. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo se ocupa de aquellos programas que tengan relación con los Objetivos del Milenio (Odm) [2]. Otra organización implicada es la Organización para Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), entre cuyos comités se encuentra el Comité de Ayuda al Desarrollo [3]. En España, la CID depende del Ministerio de Asuntos Exteriores a través de la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID) y está regulada por la ley 23/1998, que establece la articulación de la CID en torno a dos ejes de prioridades:

- Geográficas: orientado a las regiones o países en dos marcos de actuación: bilateral, si hay gestión directa española; o multilateral, si se actúa a través de organizaciones internacionales
- Sectoriales: orientado a determinados ámbitos de actuación preferentes.

El sector de Salud ha sido tradicionalmente prioritario para la CID. El cambio en la

dinámica de las enfermedades por los desplazamientos migratorios, unido a los cambios sociales, ha provocado que enfermedades como el VIH/SIDA, el cólera o la tuberculosis constituyan una amenaza a nivel mundial. Además, la situación de salud en el mundo se caracteriza por una profunda desigualdad, de forma que las mujeres y los grupos más jóvenes son los más afectados. De ahí, que entre los OdM destaquen aquellos dedicados a la mejora de la salud materna e infantil, salud sexual y lucha contra enfermedades tropicales [4,5].

La planificación de las acciones de CID españolas se basa en un plan director (el vigente para 2009-2012 propone la renovación de la ley de cooperación), el cual contiene las directrices básicas, recursos presupuestarios y objetivos, así como áreas de actuación prioritarias según tres niveles de priorización (ver imagen 1): [6]

- Nivel A: asociación a largo plazo con el país receptor, requiriendo una gran cantidad de recursos puesto que no hay una base previa de programas de CID. Son países menos adelantados.
- Nivel B: no permiten una asociación a largo plazo y requieren de unos recursos selectivos, con una menor inversión. Estos países participan más activamente en la toma de decisiones.
- Nivel C: se utilizan estrategias de asociación concreta en determinados aspectos para iniciar la conversión a país donante.

El enfoque teórico enfermero de esta investigación se basa en la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem. Según esta autora, siempre que la demanda de autocuidado de la persona supere a la agencia (propia o delegada en un cuidador), se produce un déficit de autocuidado, (ver imagen 2) que precisa de la actuación de enfermería, que se organiza en uno de estos tres sistemas: [7,8]

- Compensación total: se aplica cuando la persona es un sujeto pasivo por presentar una

incapacidad para la toma de decisiones y para la acción del autocuidado.

- Compensación parcial: se aplica cuando la persona y la enfermera participan conjuntamente en los cuidados, siendo la enfermera la que sufre aquellas necesidades que el individuo no puede llegar a cubrir, siempre en un entorno de consenso y diálogo.
- Apoyo educativo: se aplica cuando la enfermera orienta al individuo sobre el autocuidado que precisa. La persona no tiene limitaciones y es capaz de tomar decisiones.

La búsqueda bibliográfica de estudios similares en las bases de datos de CUIDEN, Pubmed, LILACS o Scielo no aporta resultados relacionados con esta investigación. La mayor parte de las publicaciones en materia de cooperación hacen referencia a la descripción de la labor y programas realizados por enfermeros o bien, a la formación de enfermeros en diferentes países, pero no se encuentran resultados acerca de un planificación de los programas en base a un modelo teórico enfermero.

Por ello, el objetivo de este estudio es analizar el funcionamiento de la cooperación española al desarrollo desde la perspectiva de un modelo de cuidados. La hipótesis de investigación que se plantea es: *Los programas españoles de cooperación internacional funcionan como sistemas de compensación total.*

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal. Para comprobar la hipótesis, se equiparó el papel de la enfermera al del país donante y el rol de la persona con déficit de autocuidado al del país receptor (ver tabla 1).

Puesto que el Plan Director 2009-2012 establece tres niveles de priorización, se escogió un país por cada nivel. Todos ellos pertenecen al continente africano debido a que esta región es considerada prioritaria en los programas de CID española. Para homogeneizar

la búsqueda de información, se excluyeron de la muestra aquellos países acogidos a programas de ayuda especial, como es el caso de la República Democrática del Congo y Sudán. Así mismo, la disponibilidad de información exigía que los países de la muestra tuvieran planes estratégicos anteriores a 2009, específicamente del período 2005-2008; por este motivo se excluyeron Gambia y Guinea Conakry. El último criterio fue que poseyeran el menor producto interior bruto (PIB) dentro de su grupo de priorización, puesto que se considera un indicador de desarrollo del país. Se incluyeron todos los proyectos activos en esos países entre 2005 y 2008, pudiendo haberse iniciado en años anteriores, siendo exclusivos del ámbito de salud. En base a estos criterios y la base de datos de AECID, se seleccionaron 18 proyectos para Mozambique (nivel A), 8 para Angola (nivel B) y 3 para Namibia (nivel C).

Para considerar que la CID en dicho país se encuentra dentro de uno de los tres sistemas de enfermería de D. Orem, se debían cumplir al menos dos de los criterios característicos de cada sistema (ver tabla 2). Las variables estudiadas fueron la financiación y gestión, el ámbito de actuación y los recursos utilizados, con valores múltiples y no excluyentes. Se realizó un análisis cualitativo del contenido de los programas y como método estadístico se utilizó la moda.

RESULTADOS

Los recursos utilizados en Mozambique (nivel A) se destinaron a diferentes actividades: formación (aparece en el 72% de los programas), apoyo a la gestión y dotación de equipamientos y suministros (en el 38% respectivamente), atención sanitaria directa (27%) y dotación de infraestructuras hospitalarias y de centro de salud (33%). Por otro lado, el ámbito de actuación se centra mayoritariamente en la lucha contra las enfermedades transmisibles y tropicales (50% de los programas), atendiendo a las

necesidades derivadas de la alta incidencia de VIH, tuberculosis y malaria. También se llevan a cabo programas para el fortalecimiento de los sistemas sanitarios y los servicios de salud básica (22% cada ámbito). La gestión de los programas se hace en coordinación con diversas entidades locales, direcciones de salud provincial y el Ministerio de Salud de Mozambique. La financiación de todos estos programas corre a cargo del país donante, que aporta los recursos a través de varias ONGD (organización no gubernamental para el desarrollo).

La CID española en Angola (nivel B) se centra en tres aspectos: atención sanitaria (aparece en el 75% de los programas), apoyo a la gestión y formación de los actores locales (un 37% respectivamente). El ámbito de actuación de estos programas pasa por los servicios de salud básica (25%), lucha contra las enfermedades transmisibles y tropicales (50%) y mejora de la salud materna e infantil (25%). La gestión de los programas se hace en coordinación con diversas entidades locales y el Ministerio de Salud de Angola. Los recursos económicos son aportados por España, a través de las ONGD presentes en el país.

Namibia (nivel C) es uno de los países más desarrollados de la región subsahariana, pero presenta serios problemas de desigualdad socioeconómica. El índice de desarrollo humano no ha dejado de empeorar durante la última década debido a la incidencia del SIDA, malaria y tuberculosis. Esto se refleja en que sólo existen tres programas en salud, centrados en la lucha contra esas enfermedades. Los recursos que utiliza la CID española se destinan al apoyo a la gestión y a la atención sanitaria en la totalidad de los programas. De nuevo, la gestión de los programas es realizada conjuntamente con diversas entidades locales y el Ministerio de Salud del país. Los recursos económicos son aportados por España, a través de las ONGD presentes en el país.

En Mozambique se da una gestión compartida entre donante y receptor. Los programas

actúan dentro del ámbito de atención sanitaria y fortalecimiento de los sistemas sanitarios mediante actividades de formación, apoyo a la gestión y atención sanitaria directa. Por tanto, se encuadra en un sistema de compensación parcial. En Angola también se da una gestión compartida. Los programas actúan mayoritariamente en la atención sanitaria mediante actividades de formación, apoyo a la gestión y atención sanitaria directa. Se enmarca también en un sistema de compensación parcial. Namibia de nuevo presenta gestión compartida dirigida al ámbito de atención sanitaria a través de actividades de asistencia directa y apoyo a la gestión. Por este motivo, se ubica dentro de un sistema de compensación parcial.

DISCUSIÓN

A la luz de los resultados obtenidos en el análisis del funcionamiento de la CID española, la hipótesis ha sido negada ya que los programas de salud desarrollados por el Estado español en materia de cooperación internacional han demostrado funcionar como un sistema de compensación parcial.

Sin embargo, son observables diferencias en la actuación en cada país, principalmente al comparar la diversidad de proyectos que se llevan a cabo en cada uno, tanto en número de ellos como en el ámbito a los que van dirigidos. En cuanto a la financiación, destacar que en los distintos proyectos se establecen actividades y objetivos variados, pero no se especifica qué porcentaje del presupuesto va destinado a cada actividad. Esto abre la puerta a más investigaciones acerca de la utilización de los recursos de la CID española y de si llegan a su totalidad a los objetivos propuestos.

Se tuvo en cuenta desde el principio de esta investigación que el uso del PIB como criterio de inclusión puede suponer un sesgo en los resultados, al haber una diferencia muy amplia entre los países seleccionados. Así mismo, el análisis cualitativo del

contenido de los programas puede ser considerado subjetivo, pudiendo constituir otro sesgo. En este mismo aspecto se puede incluir la interpretación subjetiva que se ha realizado de la teoría de D. Orem.

El uso de una teoría enfermera como la del Autocuidado en el ámbito de la CID abre la puerta a diversos estudios que analicen aspectos como qué sistema es más adecuado para cada nivel de priorización o estudios que analizasen las características de cada país y lo relacionaran con el sistema más eficiente para esa situación. Así mismo, la aplicación de un modelo enfermero a la cooperación puede servir para motivar al colectivo enfermero a participar en proyectos, no solo a nivel asistencial sino también organizativo, planificando programas orientados a la práctica desde un modelo disciplinar propio.

BIBLIOGRAFIA

1. Ley 23/1998, de 7 de julio, de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Boletín Oficial del Estado N° 162 (08-07-1998).
2. Oficina de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: informe anual 2009. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); 2009.
3. OCDE [sede Web]México [acceso 11.oct.2009] Acerca de la OCDE [1 pantalla]. Disponible en:
http://www.oecd.org/pages/0,3417,es_36288966_36288120_1_1_1_1_1,00.html
4. Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del Milenio: informe 2009. Nueva York: departamento de asuntos económicos y sociales de las Naciones Unidas; 2009.
5. OMS. Atención primaria de salud: más necesaria que nunca. Informe de

salud en el mundo 2008. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2008.

6. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Plan director de la cooperación española 2009-2012. Madrid: MAEC; 2009.

7. García Martín-Caro, C, Sellán Soto, MC. Fundamentos teóricos y metodológicos de enfermería. Madrid: Lebosend; 1995.

8. Orem, D.E. Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson; 1993.

TABLAS

Tabla 1

	Compensación total	Compensación parcial	Apoyo educativo
Toma de decisiones	Donante	Donante-receptor	Receptor
Actuación	Donante	Donante-receptor	Receptor
Tipo de relación	Suplencia	Ayuda	Guía y orientación

Fuente: elaboración propia basado en García Martín-Caro, C, Sellán Soto, MC.

Tabla 2

	Compensación total	Compensación parcial	Apoyo educativo
Financiación y gestión	Donante	Gestión compartida	Financiación compartida o del donante + gestión compartida
Actividades	Atención sanitaria directa y/o dotación de infraestructuras o personal	Atención sanitaria directa + formación y apoyo a la gestión	Formación y/o apoyo a la gestión
Ámbito	Salud básica	Atención sanitaria y/o fortalecimiento de los sistemas sanitarios	Fortalecimiento de los sistemas sanitarios

Fuente: elaboración propia