

RESOLVER LA DESIGUALDAD:

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1



DÍA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERA 2013

Reservados todos los derechos, incluido el de traducción a otros idiomas. Ninguna parte de la presente publicación puede reproducirse por impresión, medios fotostáticos o de cualquier otra manera, ni almacenarse en sistemas de recuperación ni transmitirse de ninguna forma, ni venderse sin autorización expresa y por escrito del Consejo internacional de enfermeras. Pueden reproducirse sin autorización extractos breves (menos de 300 palabras) a condición de que se indique la fuente.

Copyright © 2013 by International Council of Nurses

3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra, Suiza

ISBN: 978-92-95099-07-4

Índice

Resumen.....	7
Capítulo 1: Entender los ODM.....	11
Capítulo 2: Los ODM relacionados con la salud.....	17
Capítulo 3: Resolver la desigualdad.....	31
Capítulo 4: Después de 2015.....	37
Capítulo 5: Función de las ANE y de las enfermeras para conseguir los ODM y para la sostenibilidad después de 2015.....	47
Anexos :	53
Referencias	62



12 de mayo de 2013

Estimados compañeros:

Deseamos de corazón a todas las enfermeras del mundo un Feliz Día Internacional de la Enfermera, de 2013. El lema que el CIE ha elegido para este año es *Resolver la desigualdad: los Objetivos de desarrollo del milenio: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1*. Este lema tiene por objeto iniciar la cuenta hacia 2015, insistiendo en los objetivos relacionados con la salud.

Al ser la más numerosa de las profesiones de atención de salud en el mundo, no hay duda de que las enfermeras son esenciales para la consecución de los Objetivos de desarrollo del milenio. Las enfermeras son frecuentemente las únicas profesionales de salud accesibles para muchas personas en toda su vida. Así, las enfermeras están especialmente bien situadas y con frecuencia son las más innovadoras para llegar a poblaciones poco atendidas y desventajadas. Las enfermeras están formadas para entender la complejidad de mantener la salud y el bienestar, y la incidencia de los factores psicosociales y socioeconómicos, tales como la pobreza, el desempleo y la etnia. Ven el contexto necesario para el bienestar y actúan en consecuencia para llegar a los problemas inmediatos.

Las enfermeras han hecho mucho para conseguir los ODM y para ayudar a dar forma y a conseguir metas y resultados sostenibles más allá del año 2015. Podemos sentirnos orgullosos de nuestras realizaciones. Y sin embargo todavía podemos, y debemos, hacer más.

Las enfermeras debemos dedicarnos a la defensa y al ejercicio de influencia. Tenemos que participar en el desarrollo de cualquier programa que se presente para mejorar los servicios de salud pues son las enfermeras quienes tienen el conocimiento práctico de cómo debe diseñarse, coordinarse y aplicarse eficazmente la atención de salud.

Las asociaciones nacionales de enfermeras tienen una importante función que desempeñar informando, aconsejando, alentando y apoyando a las enfermeras en su trabajo. Las ANE deben seguir colaborando con las administraciones y con otras personas para fortalecer los sistemas de cuidados de salud y conseguir las condiciones necesarias para conseguir la máxima contribución de las enfermeras.

./.

ICN • CIE • CII

3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva - Switzerland - Tel.: +41 22 908 01 00

Fax: +41 22 908 01 01 - e-mail: icn@icn.ch - web: www.icn.ch

El conjunto de instrumentos del DIE de 2013 ofrece, a las asociaciones nacionales de enfermería, un recurso abundante para que puedan cumplir la importante función de contribuir a la consecución de los ODM. La cuenta atrás ya ha empezado. El reloj está en marcha y nos estamos quedando sin tiempo. Todas y cada una de ustedes pueden mejorar la situación. En palabras del Secretario General de las Naciones Unidas, Sr. Ban Ki-Moon, *“No hay proyecto mundial más valioso... Mantengamos la promesa.”*

Atentos saludos,

Rosemary Bryant
Presidenta

David C. Benton
Director general

La adopción de la Declaración del Milenio por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 2000 dio lugar a la creación del marco de los Objetivos de desarrollo del milenio (ODM), lo que ha sido utilizado para impulsar las iniciativas de desarrollo, establecer prioridades mundiales y nacionales, y centrar la atención, la acción y los recursos. Se elaboraron y se acordaron ocho ODM con un conjunto de metas y de indicadores diversos. Tomados en su conjunto, estos ofrecen un marco global para la reducción sostenible de la pobreza y para el desarrollo. Tres objetivos: los objetivos 4, 5 y 6 guardan relación con la salud y su realización está estrechamente vinculada a los otros objetivos incluso con los que se refieren a la pobreza, el hambre, la igualdad de los géneros y la capacitación de la mujer.

- **El ODM 4 – Reducir la mortalidad infantil:** Ha tenido cierto éxito importante en la reducción de las muertes en el mundo de niños de edad inferior a los cinco años. Sin embargo, la mayoría de los 7,6 millones de muertes de niños que ocurren cada año podrían evitarse mediante intervenciones eficaces y que pueden pagarse (OMS/UNICEF 2012). La mortalidad neonatal sigue siendo motivo de grave preocupación, como lo son las enfermedades infecciosas y la nutrición deficiente.
- **El ODM 5 – Mejorar la salud materna:** Ha producido una disminución de casi el 50% del número de mujeres que mueren durante el embarazo o en el parto. Todavía hay una importante diversidad entre las regiones: las mujeres en el África Subsahariana corren el mayor riesgo al ocurrir allí el 56% de las muertes de madres: con una tasa de mortalidad de 500. El embarazo retrasado, el mayor acceso a unos cuidados profesionales capacitados, durante el embarazo y después de él, y unos métodos seguros, económicos y eficaces de contracepción y, cuando es necesario, unos cuidados completos después del aborto, son esenciales para mejorar la salud materna.
- **El ODM 6 – Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades:** Muestra una importante diversidad entre las regiones y también supone ciertos éxitos porque menos personas se ven infectadas por el VIH en la mayoría de las regiones y se da un importante aumento del acceso a una terapia antirretroviral que salva vidas. Aun cuando descienden los números de casos de paludismo y de tuberculosis notificados, no hay lugar para la satisfacción: hay informes cada vez más numerosos de resistencia a la artemisinina y a los insecticidas para tratar el paludismo y aumentan los informes de tuberculosis resistente a múltiples medicamentos.

Los distintos países comunican anualmente a las Naciones Unidas los avances realizados en la consecución de los Objetivos y los resultados se comparan en un informe anual de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de desarrollo del milenio. Entre los éxitos más importantes está la reducción de los niveles de extrema pobreza, se ha reducido a la mitad la proporción de las personas sin acceso al agua potable, y ha aumentado el número de niñas que asisten a escuelas primarias.

Aun cuando ha habido un avance innegable, queda todavía mucho por conseguir. Las tendencias han sido desiguales en los países y en las regiones y entre ellos; y los más pobres y marginalizados siguen siendo los más perjudicados. A consecuencia de ello, una de las principales críticas de los ODM ha sido el no centrarse en la equidad. También se han manifestado preocupaciones por el bajo nivel al que se han establecido algunas metas y por el olvido de cambios demográficos tales como el

envejecimiento de la población y el cambio de la residencia rural a la residencia urbana, además de los cambios en la carga de la enfermedad, especialmente el problema de las enfermedades no transmisibles.

Enfermeras de todo el mundo han participado activamente en iniciativas locales, nacionales y regionales para tratar los ODM. El Consejo internacional de enfermeras (CIE) ha colaborado con las asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) en todo el mundo para favorecer y promover la consecución de los ODM más amplios y una mayor contribución de las enfermeras a la consecución de los ODM relacionados con la salud. Entre las iniciativas eficaces está el establecimiento del Fondo para La educación de las niñas, destinada a mantener en la escuela a las hijas huérfanas de enfermeras en Kenia, Swazilandia, Uganda y Zambia. En colaboración con el sector privado, las administraciones, las ANE y otros colaboradores, el CIE ha establecido cinco centros de bienestar para los trabajadores de cuidados de salud (en Lesotho, Malawi, Swazilandia, Uganda y Zambia), y se encuentra en proceso de establecer el sexto. El Proyecto del CIE contra la tuberculosis/tuberculosis MDR ha informado, ha formado y apoyado a decenas de miles de enfermeras, de trabajadores de salud y otras personas, en 13 países. El trabajo y la contribución de las enfermeras en los países africanos y en otros países se ha puesto de relieve por el acceso a la información que ha facilitado el CIE mediante sus bibliotecas móviles de enfermería MSD, las hojas informativas y las declaraciones de posición disponibles en el sitio web de CIE y que se incluyen en las comunicaciones con las ANE.

Las enfermeras también han trabajado y han establecido grupos y organizaciones a través de las fronteras nacionales para ampliar sus recursos y su influencia en determinados problemas de salud tales como el VIH/SIDA, por ejemplo la Red Sudafricana de Enfermeras y Matronas (SANNAM). Informar sobre la contribución de la enfermería para conseguir en el país los ODM es sumamente difícil, principalmente por la aparente renuencia de las enfermeras a publicar y promover su labor. En todo el mundo, las enfermeras han ampliado servicios y han dispensado cuidados innovadores a los niños, a las mujeres y a quienes sufren de enfermedades, contribuyendo a la consecución de los ODM. Han de ser animadas y apoyadas para que publiquen sus realizaciones.

En el Marco para Acelerar la consecución de los ODM (PNUD 2011), destinado a unificar los progresos en el plano de cada país, se incluyen las soluciones e intervenciones recomendadas, muchas de las cuales son aptas para la actuación de la enfermería y podrían utilizarse como marco en torno al cual las enfermeras pueden unirse para dar forma y orientación a su constante contribución a los ODM.

Hay inquietud ante la posibilidad de que, en los próximos años, la atención se centre en los elementos sucesores de los ODM, en vez de insistir más en la consecución de los ODM actuales. Se ha nombrado un grupo especial de alto nivel, integrado por 26 "personas eminentes", para asesorar al Secretario General de las Naciones Unidas en lo referente a los elementos sucesores de los ODM y un grupo especial de las Naciones Unidas ha elaborado un marco para el desarrollo, que vincula los Objetivos del desarrollo sostenible (ODS) y los ODM. Se prevé que, cualquiera que sea la forma que adopte la sustitución de los ODM, debe ser medible, ha de incluir límites relativos y absolutos y debe estar sujeta a una información periódica. El nuevo planteamiento ha de reflejar las lecciones aprendidas a partir de los ODM sobre la cuestión de la equidad y de la igualdad en los planos nacional, comunitario y familiar, y la importancia de consultar a una amplia gama de interesados con inclusión de los miembros más necesitados de la comunidad mundial. También se sugirió que los nuevos objetivos pueden incorporar un planteamiento adecuado, basado en los derechos humanos, a pesar de los problemas que ello conlleva.

La cambiante carga mundial de la enfermedad se reconoció en la Reunión del Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las ENT, celebrada en 2011 (C3 Colaborar a favor de la Salud 2011) y se prevé que cualquier interés por la salud se centre en la creciente carga de las

ENT. Uno de los principales problemas para los sucesores de los ODM es que están creándose durante una grave crisis económica mundial, lo que probablemente reducirá la cantidad de asistencia para el desarrollo disponible para otros países.

Son muchas las incertidumbres unidas al programa de desarrollo después de 2015, y numerosas preocupaciones distintas compiten para ser incluidas en él. Se alienta a las enfermeras a que aclaren sus perspectivas sobre lo que debe seguir y encuentren modos de participar en las consultas nacionales e internacionales.

- Las ANE están bien situadas para mantener el dinamismo, informar, asesorar, animar y apoyar a las enfermeras y para actuar como conducto para que la información fluya desde las raíces hasta la administración. Las ANE tienen ahora la posibilidad de impulsar la energía de sus miembros, centrar sus iniciativas en la consecución de los ODM y tratar de influir en el programa para después de 2015.
- Se anima a las ANE a que adapten sus prioridades a los marcos y a las estrategias existentes y a que en todos los niveles establezcan colaboraciones, redes y alianzas con los que buscan un resultado común. Se anima también a las enfermeras a que amplíen su conocimiento y sus capacidades, de manera que puedan contribuir eficazmente en todos los niveles desde la participación en la comunidad a la elaboración de la política internacional, incluidas la prestación de los servicios, la formación, la investigación y la gestión, además de la elaboración de la política y su aplicación.
- Las enfermeras pueden participar en la defensa y en el ejercicio de influencia desde el nivel personal/profesional hasta el de la política/sistemas. El interés internacional en los ODM ayuda a conseguir que las enfermeras y otras personas puedan fortalecer sus vínculos con grupos internacionales de defensa idóneos.
- Los ODM han constituido un claro centro mundial de interés para la acción y para la asignación de los recursos. Al contribuir a su realización, las enfermeras han desarrollado capacidades políticas que les permiten negociar a cualquier nivel y con diversos asociados para dar forma y dispensar los servicios adecuados, incluso a las comunidades más marginalizadas y menos servidas. Las enfermeras también han mostrado una gran flexibilidad, innovación y valentía al dar forma y desarrollar nuevas funciones y servicios.

En el camino hacia el año 2015, se anima a las enfermeras a que rompan las barreras y superen las dificultades para alcanzar los ODM y satisfagan las necesidades de salud de las comunidades más pobres, más marginalizadas y deficientemente atendidas del mundo. Será importante que, cuando se dediquen a aplicar el nuevo programa, sigan trabajando para conseguir todos los ODM en cada uno de los países y para lograr que el progreso realizado no se pierda cuando cambien el centro de interés y los recursos. Independientemente de cuál sea en el nuevo programa el alcance del centro de interés explícito en la salud, es importante recordar que la salud se sitúa a la base del desarrollo mundial futuro. La cambiante carga de la enfermedad y los efectos que el cambio climático tendrá en la salud, en el desarrollo y en la sostenibilidad medioambiental exigen que en todo el mundo las enfermeras estén a la altura de las necesidades y se dediquen a conformar y a dispensar el nuevo programa para la salud y el bienestar de la comunidad mundial.

Introducción a los ODM

En el año 2000, las Naciones Unidas adoptaron la Declaración del Milenio (Naciones Unidas 2000) – renovación del compromiso con los principios fundadores de las Naciones Unidas, y una nueva dedicación a conseguir un mundo pacífico, equitativo y ambientalmente sostenible. La Parte III de la Declaración se tituló "Desarrollo y erradicación de la pobreza" y a partir de ella los Objetivos de desarrollo del milenio se redactaron, y se presentaron a la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2001 (Naciones Unidas 2001).

Los ocho ODM han llegado a representar un nivel de consenso sin precedentes, aun cuando se considera que con un "imperativo ético" (Hulme y Fukuda-párr 2009), y que fueron un punto de cambio en el planteamiento que hacía la comunidad internacional para la reducción de la pobreza. A diferencia de anteriores iniciativas internacionales de reducción de la pobreza, los ODM adoptan un criterio total para reducir la pobreza: los objetivos abarcan no sólo la reducción de la pobreza de los ingresos, sino también la educación, la igualdad de los géneros y la sostenibilidad de la salud y del medio ambiente, y la necesidad de una "colaboración mundial para el desarrollo" que facilite la consecución de estas metas. Sin abordar todos estos ángulos a la vez, no pueden conseguirse reducciones sostenibles de la pobreza. Los ODM indican un cambio hacia el planteamiento del desarrollo más centrado en las personas (más bien que solamente centrado en la economía), impulsado por el fin de la Guerra Fría, durante la cual una gran parte de la ayuda internacional tenía motivos geopolíticos.

Los ODM son ocho objetivos, respaldados por 18 metas y, detrás de ellas, un conjunto de indicadores para medir las metas. Éstas son cuantitativas, globales y basadas en el tiempo –su finalidad era conseguir todos los ODM para 2015, tomando como base para el progreso los niveles de 1990. Tres de estos objetivos, los números 4, 5 y 6, están específicamente relacionados con la salud:

Objetivo 1: Erradicar la pobreza y el hambre extremos

Objetivo 2: Conseguir que la educación primaria sea universal

Objetivo 3: Promover la igualdad de los géneros y capacitar a la mujer

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil

Objetivo 5: Mejorar la salud materna

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Objetivo 7: Asegurar la sostenibilidad del medio ambiente

Objetivo 8: Conseguir una colaboración mundial para el desarrollo.

En 2005, el costo de la consecución de los ODM en todos los países era, según estimaciones del Proyecto de las Naciones Unidas para el Milenio, "del orden de los 121.000 millones de dólares en 2006, y aumentó a 189.000 millones de dólares en 2015" (Naciones Unidas 2005).

Ejemplo de Objetivo, metas e indicadores

Objetivo 4:

Reducir la **mortalidad infantil**

Meta 4a:

Reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad entre los niños menores de cinco años

Indicadores:

4.1 Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años

4.2 Tasa de mortalidad de los lactantes

4.3 Proporción de niños de un año inmunizados contra el sarampión.

Vincular los objetivos

Una premisa importante de los ODM consiste en que reducir la pobreza depende de que se aborde una amplia gama de cuestiones sociales, tales como la educación, la capacitación de la mujer y la sostenibilidad medioambiental. Estas influencias entre los objetivos son especialmente importantes cuando se trata de la salud. No es suficiente centrarse sólo en los objetivos 4, 5 y 6: todos los demás desempeñan una función esencial para mejorar la salud de las poblaciones. Por ejemplo, la salud de la madre y del niño guarda relación con la educación de las niñas (Naciones Unidas 2012a); la buena salud no puede conseguirse donde es limitado el acceso al agua potable o donde el entorno esta peligrosamente contaminado; y donde los niños nacidos en la pobreza tienen una probabilidad dos veces mayor de morir antes de los cinco años que los hijos de las familias más ricas (Naciones Unidas 2012a).

Avance en los ODM

Los ODM han sido sorprendentemente eficaces en muchos aspectos. Con ellos se superaron varios intentos anteriores de establecer los objetivos del desarrollo internacional (por ejemplo, por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos), y su sencillez, claridad, posibilidad de medida y claro horizonte temporal han dado lugar a su aceptación universal por los organismos internacionales, las administraciones y las ONG. Los medios de comunicación transmiten cada año la información anual sobre los progresos; esa información puede ser también un elemento impulsor para actuar: como dijo la Dra. Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud, en su discurso inaugural en 2007, "Lo que se mide se hace" (Chan 2007). Los ODM han actuado como factor de unión de los donantes internacionales, impulsando una importante ayuda para el desarrollo e importantes inversiones. Las Naciones Unidas siguen insistiendo en la importancia de los ODM ya que todos los estados miembros se comprometieron decididamente otra vez a conseguir esos objetivos en 2010, y actualmente comienza a debatirse un marco para después de 2015 (véase el Capítulo 4).

Los países comunican cada año a las Naciones Unidas los progresos realizados hacia la consecución de los ODM, y los resultados se comparan en un informe anual sobre los *Objetivos de desarrollo en el milenio*. Se han conseguido los resultados positivos siguientes:

- Las estimaciones indican que, en 2010, la parte de la población mundial que vivía con menos de 1,25 dólares al día disminuyó hasta ser menos de la mitad que en 1990 y se prevé que será de

883 millones en 2015, frente a 1.400 millones en 2005 y 1.800 millones en 1990 (aunque 17 países están lejos de alcanzar ese Objetivo) (Naciones Unidas 2012a; Banco Mundial 2011).

- También se alcanzó la meta de reducir a la mitad la proporción de las personas que no tienen acceso al agua potable y disminuyó del 24% en 1990 al 11% en 2010 (Naciones Unidas 2012a).
- En todo el mundo, hay actualmente en la escuela primaria 97 niñas por cada 100 niños -en 1999 eran 91 niñas por cada 100 niños- y la matriculación de niños en edad de asistir a la escuela primaria ha aumentado en medida importante en el África Subsahariana: del 58% ha pasado al 76% entre 1999 y 2010 (Naciones Unidas 2012a).

Sin embargo el progreso ha sido desigual: hay importantes diferencias entre las regiones y en las mismas regiones y entre las regiones y los países, y muchos de los ODM están todavía por conseguirse, mientras que el progreso se frena, o incluso está empeorando, en algunos lugares. En el África Subsahariana por ejemplo, la proporción de las personas que viven con menos de 1,25 dólares sigue siendo del 47%, el 27% de ellas siguen estando subalimentadas, y tanto la mortalidad materna como la infantil siguen siendo muy altas. La mortalidad infantil ha disminuido menos de un tercio, considerablemente menos que la meta de los dos tercios (Naciones Unidas 2012a). En el Capítulo 2 del presente informe se pone de relieve la diversidad de los progresos realizados para conseguir los ODM relacionados con la salud.

Un signo positivo es que algunos países han iniciado un "proceso para transformar los ODM en un suelo, y no en un techo, para el desarrollo humano" (PNUD 2005); basándose claramente en los ODM existentes para fomentar un mayor progreso. Tailandia, por ejemplo, que ya ha conseguido muchas de las metas de los ODM para 2004, ha establecido nuevas metas, tales como ampliar la de la educación universal desde la educación primaria hasta la secundaria superior y reducir la pobreza en ingresos a menos del 4% (Departamento del Alto Comisionado para los Derechos Humanos OHCHR 2010). Esto demuestra que es posible ampliar, adaptar y fortalecer los sectores a que se refieren las metas establecidas. Ello es especialmente importante allí donde la asistencia se ha centrado tanto en la consecución de los ODM que otros sectores (como las enfermedades no transmisibles) pueden haber recibido escasa atención (véase la sección 1.4).

Críticas y problemas

Los ODM han hecho que las iniciativas de desarrollo internacional sean coherentes y estén unificadas, pero también ha recibido críticas sobre diversos aspectos.

Una de las críticas principales ha sido la falta de orientación hacia la equidad en los ODM.

- Hay una enorme variedad entre las regiones y entre los países, los ODM no lo tienen en cuenta, porque son metas mundiales. Si se considera que los ODM son "algo que se adapta a todos" se ignoran los problemas concretos económicos, geográficos y políticos a que se enfrenta cada país, y reduce lo que podía haber sido un progreso muy considerable, habida cuenta del contexto específico.
- Si un país establece una meta para llegar al nivel de desarrollo establecido en los ODM, el incentivo consiste en ayudar a conseguir el nivel requerido al sector de la población al que más fácilmente se ayuda. Esto puede dejar a los más necesitados sin la ayuda que ellos precisan más. esto es una infracción del derecho humano a una norma de adecuada vida para esas poblaciones más vulnerables (OHCHR 2010).
- Hay un peligro de que los nuevos recursos se asignen a cuestiones no mencionadas en los ODM (que frecuentemente afectan a los más pobres), y se dirijan solamente a sectores

específicamente mencionados. Por ejemplo, ciertas enfermedades tropicales han recibido poca atención: exactamente el 0,6% de la ayuda para el desarrollo de la salud en otros países se ha dedicado a esas enfermedades que afectan a mil millones de personas (*The Lancet* 2010).

Otra crítica es que quizá las metas no se han establecido en el nivel adecuado, en particular el objetivo de reducir la proporción de la población que vive con menos de 1 dólar al día. Esta cantidad se ha ajustado en 1,25 dólares y el Objetivo puede alcanzarse en todo el mundo. Pero 1,25 dólares es todavía muy poco, sobre todo teniendo en cuenta las subidas de los precios del petróleo y de los alimentos en los últimos años (OHCHR 2010).

Los cambios demográficos también pueden afectar a los objetivos. Por ejemplo, se ha conseguido la meta de mejorar la vida de 100 millones de personas, como mínimo, que viven en chabolas; más de 200 millones tienen agua, mejores servicios de saneamiento o de vivienda (Naciones Unidas 2012a). Sin embargo, más personas que nunca viven en chabolas: 863 millones según estimaciones, cuando en 1990 eran 650 millones (Naciones Unidas 2012a). Los cambios demográficos de la población, como el envejecimiento, y el paso de la vivienda rural a la vivienda urbana también afectan a la sociedad de maneras que influyen en la reducción de la pobreza y en la salud.

La brevedad de los ODM significa que se omitieron varias cuestiones. En particular, en el ODM 6 se habla de abordar solamente un pequeño número de enfermedades (las infecciosas): el VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis. Sin embargo, la principal carga de la enfermedad de muchos países de renta baja y media ha pasado actualmente, de forma dramática, de las enfermedades infecciosas a enfermedades no transmisibles (ENT) tales como la enfermedad cardiovascular, el cáncer, la diabetes y la enfermedad pulmonar crónica, a impulsos de los cambios de los estilos de vida de una población que envejece. Sin embargo, como las principales ENT no se mencionan en particular, frecuentemente los donantes las dejan de lado aun cuando una importante proporción de casos de enfermedades, como la diabetes del tipo 2 y la enfermedad cardíaca, podrían evitarse o retrasarse, y la pronta detección y el buen tratamiento de las ENT puede reducir en gran medida las complicaciones (Naciones Unidas 2011). La salud mental tampoco es un centro de interés concreto de los ODM relacionados con la salud. Sin embargo los problemas de salud mental costarán a la economía mundial, según estimaciones, 16.000 millones de dólares entre 2010 y 2030 (WEF/Harvard 2011, Cuadro 14) además del sufrimiento que causan a las personas y a las familias.

« La omisión de las ENT en los ODM tiene una importancia crucial porque los ODM forman el marco y las metas para la inversión en desarrollo internacional. »

Dra. Fiona Adshead, ex directora para Enfermedades crónicas y promoción de la salud, OMS

Además, el interés no se centra en los ODM relativos a la gobernanza de los países, cuyo funcionamiento es esencial para el desarrollo internacional, por ejemplo leyes para conseguir la ejecución de los contratos o para controlar la corrupción. No hay metas cuantitativas, limitadas en el tiempo en el Objetivo 8 (sobre las colaboraciones), lo que reduce su eficacia (Hulme y Fukuda-Parr 2009); por ejemplo, no se ha establecido ningún nivel específico para la ayuda al desarrollo. Unas metas claras de colaboración podrían ofrecer, a las asociaciones nacionales de enfermeras, una ocasión de participar de una manera más orientada y de influir en otros grupos y organizaciones.

Un problema reciente para la consecución de los ODM ha sido la crisis económica y la recesión que han afectado a una gran parte del mundo desarrollado, lo que ha influido en la capacidad y en la voluntad de algunas de las naciones más ricas para prestar ayuda a los países en desarrollo. El Gobierno holandés, por ejemplo, redujo su ayuda exterior del 0,8 al 0,7% del ingreso nacional bruto y los efectos que las crisis económicas han tenido en el pasado sobre los niveles de la ayuda han

durado años (Banco Mundial 2011; Banco Mundial 2009). El Secretario General de las Naciones Unidas, en el *Informe de 2012 sobre los Objetivos de desarrollo del milenio* se centró especialmente en los efectos que tendría la crisis sobre el ODM 8 (establecer colaboraciones y mantenerlas): "No debe permitirse que la crisis económica actual que afecta a una gran parte del mundo desarrollado desacelere o invierta el progreso conseguido" (Naciones Unidas 2012a).

2015: La cuenta atrás

Los ODM están limitados en el tiempo: han de conseguirse para 2015. En un par de años apenas, los ODM habrán de ampliarse o sustituirse por un nuevo conjunto de objetivos, metas e indicadores. Cualquiera que sea lo que sustituye a los actuales ODM debe equilibrar la posibilidad de su comprensión y la propia comprensión, y sería prudente que tratara las críticas dirigidas a los actuales ODM. El trabajo a este respecto ya ha empezado, y es probable que vaya unido a iniciativas encaminadas a desarrollar un conjunto mundial de 'objetivos de desarrollo sostenible' (véase el Capítulo 4).

Introducción

Aun cuando los ocho ODM influyen en la salud, los objetivos 4, 5 y 6 se refieren expresamente a cuestiones de salud. En el presente Capítulo se examinará el progreso realizado hasta hoy para alcanzar esos objetivos, metas e indicadores, poner de relieve algunas de las estrategias e identificar algunos de los problemas subyacentes a las iniciativas desplegadas para conseguir cada objetivo.

ODM 4: Reducir la mortalidad infantil

Meta: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de menores de cinco años.

Indicadores:

- Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años
- Tasa de mortalidad del lactante
- Proporción de niños de un año inmunizados contra el sarampión

¿Qué progreso se ha conseguido?

En una gran mayoría, las muertes de niños pueden atribuirse a un número relativamente pequeño de enfermedades: causas neonatales (40%); neumonía (18%); diarrea (10%); paludismo (10%); VIH/SIDA (2%); y sarampión (1%) y además de esto, la desnutrición es un factor que contribuye a más del 30% de las muertes de niños en el mundo. Las principales causas de muerte neonatal son complicaciones del nacimiento prematuro, percances durante el parto, sepsis y meningitis, y niños que nacen muertos (OMS/UNICEF 2012).

Y ha habido éxitos notables. A pesar del crecimiento de la población, se han reducido mucho en el mundo las muertes de niños de menos de cinco años: de más de 12 millones en 1990 a 7,6 millones en 2010. El progreso se ha acelerado en el conjunto del mundo en desarrollo, y la tasa de mortalidad se redujo un 35%: de 97 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 1990 a 63 en 2010 (Naciones Unidas 2012a).

En el gráfico siguiente se ofrece una evaluación regional de los progresos realizados hacia la consecución del Objetivo de reducir en dos tercios la mortalidad infantil (Naciones Unidas 2012c). Esto se aplica en dos niveles:

- El sombreado del cuadro indica si la meta se alcanzará o se superará en 2015 si las tendencias continúan (zona gris) o si el avance será insuficiente para llegar a la meta (en blanco); y
- Las palabras de cada recuadro indican los niveles de mortalidad actuales.*

	África		Asia				Oceanía	América Latina y Caribe	Cáucaso y Asia Central
	Del Norte	Subsahariana	Oriental	Sudoriental	Meridional	Occidental			
Reducir en dos tercios la mortalidad de los menores de cinco años	Mortalidad baja	Mortalidad alta	Mortalidad baja	Mortalidad baja	Mortalidad moderada	Mortalidad baja	Mortalidad moderada	Mortalidad baja	Mortalidad moderada

* La mortalidad baja indica <40 muertes por cada 1.000 nacidos vivos; mortalidad moderada: entre 40 y 80; mortalidad alta: entre 80 y 150; mortalidad muy alta >150.

Por ejemplo, el África Septentrional ha conseguido ya la meta y el Asia Oriental también ha mostrado un descenso importante. Sin embargo, el África Subsahariana ha conseguido solamente una reducción de alrededor del 30%, menos de la mitad de lo necesario para alcanzar la meta: el 82% de las muertes de menores de cinco años (6,2 millones) ocurren en el África Subsahariana y en el Asia Meridional (Naciones Unidas 2012a).

Hay también algunos países que han hecho importantes progresos desde la línea de base de 1990 hasta 2010, por ejemplo (Naciones Unidas 2012a):

- Ciertos países, entre ellos Bangladesh, Nepal y Madagascar han registrado disminuciones de, por lo menos, el 60% de las muertes de menores de cinco años; y
- Ciertos países, entre ellos Níger, Malawi y Sierra Leona, han visto que las muertes por 1.000 nacidos vivos se reducían en más de 100.

Estos éxitos ayudan a demostrar que es posible un progreso importante.

¿Qué progreso ha de hacerse todavía?

Siguen planteados varios problemas.

- Ha de prestarse especial atención a la creciente proporción de las muertes que ocurren en el periodo neonatal, para asegurar el progreso en la reducción general de la mortalidad infantil.
- La pobreza sigue desempeñando una enorme función al determinar el índice de supervivencia de los niños de menos de cinco años.
- La formación y la capacitación de la mujer y asegurar el acceso a los servicios básicos y a los servicios de cuidados críticos para los pobres es esencial para fomentar la equidad y reducir la mortalidad infantil.
- Unos cuidados mejores y más capacitados son un requisito esencial antes del parto y durante el mismo, para evitar los nacimientos de niños muertos, y las intervenciones para tratarlos son también eficaces para mejorar otros resultados en la madre y en el recién nacido (OMS/UNICEF 2012)

¿Qué estrategias se han utilizado?

Las enfermeras y los buenos cuidados de salud desempeñan una función esencial, pues la mayoría de los 7,6 millones de muertes de niños que ocurren cada año podrían evitarse con intervenciones

eficaces y económicas. Estas intervenciones son, entre otras, las siguientes: el cuidado de los recién nacidos y de sus madres; las prácticas de lactancia óptimas y una idónea inmunización de la nutrición; el lavado de las manos con jabón y el acceso a una agua potable y a medios de saneamiento mejores; la lucha contra el paludismo; y la prevención y los cuidados del VIH/SIDA. Entre los medios de tratamiento para salvar la vida cuando el niño ya está enfermo se incluyen la gestión de los casos de neumonía (incluso con antibióticos para la neumonía bacteriana) y con sales de rehidratación oral y cinc para la diarrea. En los países en que es alta la mortalidad, estas intervenciones pueden reducir en más de la mitad el número de las muertes, las enfermeras son esenciales para defender, preparar y dispensar estas intervenciones (OMS/UNICEF 2012).

La OMS fomenta cuatro estrategias principales que se completan con las intervenciones en favor de la salud materna, en particular, los cuidados especializados durante el embarazo y el parto. Por ejemplo los impartidos por enfermeras de salud de la familia, ejemplo del carácter integrado de la respuesta que se precisa:

- cuidados familiares idóneos y tratamiento oportuno de las complicaciones de los recién nacidos;
- gestión integrada de las enfermedades infantiles de todos los niños de menos de cinco años;
- programa ampliado de inmunización (véase el recuadro);
- Alimentación del lactante y del niño pequeño.

Progreso: el sarampión

Por el mejoramiento en la inmunización se ha conseguido reducir en un 74% la mortalidad por sarampión en todo el mundo: de las 535.300 muertes ocurridas, según estimaciones, en el año 2000, a 139.300 en 2010. El África Subsahariana ha hecho el progreso mayor, con un descenso del 85% en las muertes por sarampión en este periodo (Naciones Unidas 2012a). El aumento de la proporción de niños de un año vacunados contra el sarampión se consiguió por mejoras aplicadas en la inmunización habitual contra el sarampión, las campañas de vacunación a gran escala y las actividades de vacunación complementarias para llegar a los niños que no tienen acceso a los actuales servicios de salud.

Entre las demás estrategias están la de preparación de un plan de acción global para impulsar las intervenciones ya probadas y ampliar el compromiso de abordar la diarrea y la neumonía (OMS/UNICEF 2012).

Problemas subyacentes

La mortalidad neonatal

La mortalidad no está reduciéndose de manera uniforme. Las disminuciones de la mortalidad neonatal, en el primer mes después del nacimiento, son inferiores a los avances en la supervivencia de los niños mayores. Aun cuando, en el plano mundial, las muertes después del nacimiento disminuyeron de 32 por 1.000 nacidos vivos en 1990 a 23 en 2010, el África Subsahariana ha registrado en los dos últimos decenios un avance menor y sufre una tasa de mortalidad neonatal más alta (35 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2010) que cualquier otra región (Naciones Unidas 2012a). Unas disminuciones más rápidas de la mortalidad neonatal son de importancia crítica para conseguir el ODM 4 (OMS/UNICEF 2012).

La desigualdad

Como se ha expuesto en el Capítulo 1, una de las críticas hechas a los ODM es que están centrados en la equidad de manera que, por ejemplo, un país en su conjunto pueda conseguir el ODM 4, a pesar de que muchas de las poblaciones más necesitadas siguen sufriendo de índices muy elevados de mortalidad infantil. Hay importantes desigualdades entre las poblaciones rural y urbana: los niños de las zonas rurales de las regiones en desarrollo tienen menos probabilidades de vivir más allá de su quinto año, y los niños y la probabilidad de morir antes de su quinto cumpleaños, que tiene el 20% de las familias más pobres, es casi el doble que la de los niños situados en el 20% más rico de las familias.

Además, la educación de las madres es un poderoso factor determinante de desigualdad, pues los hijos de madres con educación, aun de madres que sólo tengan la escuela primaria, tienen más probabilidades de sobrevivir que los hijos de madres sin educación (Naciones Unidas 2012a). Esto muestra también la importancia de un planteamiento global para conseguir los ODM: el mejoramiento de la educación y la capacitación de las mujeres inciden en la salud de la generación siguiente.

La enfermedad infecciosa

La neumonía y la diarrea son importantes causas de muertes de niños pequeños, en el mundo en desarrollo. Aproximadamente el 90% de las muertes de niños por esas dos enfermedades ocurrieron en el África Subsahariana y en el Sur de Asia, y los cinco países en los que se produce el mayor número de muertes son la India, Pakistán, Nigeria, la República Democrática del Congo y Etiopía (OMS/UNICEF 2012).

A pesar de que se han conseguido algunos progresos (véase el cuadro anterior), según estimaciones 19,1 millones de niños, muchos de los cuales son los más pobres y los más marginales, y viven en zonas de difícil acceso, no han sido vacunados contra el sarampión: los niveles de cobertura en el África Subsahariana y en el Asia Meridional no llegan todavía al 90%. Es sumamente preocupante que el número de casos de sarampión comunicados, después de haber descendido entre 2000 y 2008 y haber permanecido estables en 2009, aumentaron en 2010 pues se comunicaron fuertes brotes en África, en el Mediterráneo Oriental, en Europa, en Asia Oriental y Sudoriental, y en Oceanía (Naciones Unidas 2012a).

Desnutrición

La desnutrición –consumo insuficiente de energía o de micronutrientes– hace que aumente el riesgo de muerte y de mala salud en el periodo prenatal y durante toda la infancia y la niñez. La debilidad (peso escaso para la altura) en los niños de menos de cinco años es un indicador fiable de grave inseguridad alimentaria y un niño debilitado corre un riesgo de muerte más inmediato que un niño bien alimentado. La prevalencia de la desnutrición (peso bajo para la edad) es también un indicador seguro del progreso realizado en la supervivencia del niño, y refleja la exposición duradera a una salud y una nutrición deficientes, especialmente en los dos primeros años de vida. En muchos países en desarrollo, más de un tercio de los niños están desnutridos, en particular los de las regiones más pobres. Esto también puede tener graves consecuencias en la vida posterior – cuando los niños están desnutridos en sus primeros años (particularmente antes de la edad de dos años), ello puede influir en los logros educativos y lo que puede dar lugar a unos ingresos más bajos en la edad adulta, lo que perpetúa la pobreza a través de las generaciones.

ODM 5: Mejorar la salud materna

Meta: Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, el coeficiente de mortalidad materna

Indicadores:

- Coeficiente de mortalidad materna
- Proporción de los nacimientos asistidos por personal de salud capacitado

¿Qué progresos se han conseguido?

El número de mujeres que mueren durante el embarazo o el parto ha disminuido en todo el mundo, desde 1990, casi un 50%, de 543.000 a unas 287.000. En las regiones en desarrollo, el número de muertes de madres por 100.000 nacidos vivos –el coeficiente de mortalidad materna (CMM)– ha caído de 440 en 1990 a 240 en 2010: el Asia Oriental tuvo el nivel más bajo de las regiones en desarrollo, con un CMM de 37. Pero por cada mujer que muere, otras 20 sufren lesiones, infecciones y discapacidades (OMS/UNICEF 2012).

En el cuadro que figura a continuación se ofrece una evaluación regional de los progresos realizados hacia la consecución del primer Objetivo, centrándose en las metas para reducir en tres cuartas partes el coeficiente de mortalidad materna y aumentar el acceso a la salud reproductiva (Naciones Unidas 2012c). Esto opera en dos niveles:

- El sombreado del cuadro indica que el objetivo se alcanzará o se superará en 2015 si las tendencias se mantienen (gris), si el progreso es insuficiente para llegar a la meta (blanco), o si los datos son insuficientes (negro); y
- las palabras de cada recuadro indican los niveles actuales de mortalidad materna* y el acceso a la salud reproductiva.**

	África		Asia				Oceanía	América Latina y Caribe	Cáucaso y Asia Central
	Septentrional	Subsahariana	Oriental	Sudoriental	Meridional	Occidental			
Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes	Mortalidad baja	Mortalidad muy alta	Mortalidad baja	Mortalidad moderada	Mortalidad alta	Mortalidad baja	Mortalidad moderada	Mortalidad baja	Mortalidad baja
Acceso a la salud reproductiva	Acceso moderado	Acceso bajo	Acceso alto	Acceso moderado	Acceso moderado	Acceso moderado	Acceso escaso	Acceso alto	Acceso moderado

*Mortalidad materna baja indica <100 muertes de la madre por 100.000 nacidos vivos; mortalidad moderada entre 100 y 200; mortalidad alta entre 200 y 500; mortalidad muy alta >500.

** Acceso bajo a la salud reproductiva (índice de prevalencia de los anticonceptivos –porcentaje de mujeres de edad comprendida entre 15 y 49 años casadas o en unión, que usan anticonceptivos) indica <40%; acceso moderado entre 40% y 65%; acceso alto >65%.

¿Qué progreso ha de hacerse todavía ?

Al abordar la mortalidad materna se plantean todavía problemas muy importantes.

- *Desigualdades regionales:* En las regiones en desarrollo el coeficiente de mortalidad materna (CMM) sigue siendo 15 veces más alto que en las regiones desarrolladas: una mujer en el Chad tiene 1 entre 15 posibilidades de morir por causa de la maternidad y una mujer en Afganistán tiene 1 entre 32 posibilidades, en comparación con una mujer de un país desarrollado, que tiene 1 entre 3.800 (OMS/UNICEF 2012).
- *África Subsahariana:* En 2010, el 85% de las muertes de madres ocurrieron en sólo dos regiones: el África Subsahariana (con el 56% de muertes de madres; lo que supone un CMM de 500) y el Asia Meridional (29%): 245.000 en total. Además, el África Subsahariana también experimentó la mayor proporción (10%) de las muertes maternas atribuidas al VIH: más del 90% de las 19.000 muertes maternas relacionadas indirectamente con el SIDA, que se producen cada año, ocurren en el África Subsahariana (Naciones Unidas 2012a).

¿Qué estrategias se han aplicado?

Los periodos antenatal y postnatal, además del parto, son importantes para llegar a las mujeres con intervenciones e información que fomentan la salud, el bienestar y la supervivencia de las madres y de sus niños. Los profesionales de salud capacitados (médicos, enfermeras o matronas) pueden evitar y tratar las complicaciones que amenazan la vida, tales como el sangrado abundante, o remitir a la paciente a recibir un nivel superior de cuidados cuando lo necesite.

- La cobertura antenatal -al menos una visita a un doctor, una enfermera o una matrona - va en aumento en las regiones en desarrollo y ha pasado del 63% en 1990 al 71% en el año 2000, y al 80% en 2010 (Naciones Unidas 2012a).
- En el conjunto de las regiones en desarrollo, la proporción de partos atendidos por personal de salud capacitado aumentó del 55% en 1990 al 65% en 2010. Sin embargo, el personal de salud capacitado atendió a menos de la mitad de los nacimientos en el África Subsahariana y en el Asia Meridional.

El mayor acceso a métodos anticonceptivos seguros, baratos y eficaces ha contribuido a mejorar la salud materna y del lactante al evitar embarazos no deseados o demasiado seguidos. El uso de esos métodos aumentó rápidamente entre los años 1990 y 2000 en numerosas regiones, pero desde entonces el ritmo de ese avance tiende a ser más lento.

- Más de la mitad de las mujeres de 15 a 49 años que estaban casadas o vivían en uniones utilizaban alguna forma de contracepción en 2010 en todas las regiones excepto el África Subsahariana y Oceanía. En el África Subsahariana las mujeres tenían el nivel más bajo de prevalencia de anticonceptivos, sólo el 25%, cifra inferior al nivel de otras regiones en 1990 (Naciones Unidas 2012a).

Donde se producen abortos inseguros (véase *infra*), los cuidados a la mujer después del aborto son importantes para tratar las complicaciones y asegurar el acceso a los anticonceptivos. Son elementos necesarios las enfermeras y los trabajadores de salud capacitados, un tratamiento idóneo del dolor, el seguimiento de los cuidados y la identificación y el tratamiento del sangrado o de la infección, la eliminación del recelo que siente el trabajador de salud al tratar a las mujeres después de un aborto, y el aumento y la mejora de la planificación y los servicios de la planificación familiar (OMS y UNICEF 2012).

- Según estimaciones de la OMS, si se satisficiera plenamente la necesidad de la planificación familiar, podría evitarse el 75% de los abortos inseguros (OMS/UNICEF 2012).

Problemas subyacentes

Muchos de los problemas básicos que se plantean para mejorar la salud materna están agravados por la falta de servicios de planificación familiar y por los problemas de los cuidados obstétricos, antenatales y postnatales, problemas a cuya solución las enfermeras pueden contribuir en buena medida.

El embarazo excesivamente temprano

El embarazo excesivamente temprano conlleva riesgos extraordinarios para la salud de las madres y de sus lactantes. En los países en que el matrimonio a una edad temprana es relativamente frecuente, preparar y aplicar programas sensibles a la cultura para retrasar la edad del matrimonio y dictar y promulgar leyes en las que se prevea una edad mínima para el matrimonio podría ayudar a reducir más el embarazo y el parto de las adolescentes (Naciones Unidas 2012a).

En el conjunto de las regiones en desarrollo, el número de nacimientos por 1.000 mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años ha disminuido entre los años 1990 y 2000. Desde entonces la tasa de disminución es menor o incluso se ha invertido en la mayoría de las regiones. Sin embargo, el África Subsahariana sigue teniendo el índice de nacimientos más alto entre las adolescentes (120 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes), con escaso avance desde 1990, y el índice de partos de adolescentes también sigue siendo elevado en América Latina y en el Caribe.

Donde el matrimonio a una edad joven es relativamente frecuente, preparar y aplicar programas culturalmente sensibles para retrasar la edad del matrimonio y aprobar y aplicar leyes relativas a la edad mínima del matrimonio podría ayudar a reducir más los partos de mujeres adolescentes.

Cuidados antenatales

En la mayoría de las regiones se ha avanzado en el cumplimiento de la recomendación de la OMS de que se hagan al menos cuatro visitas para cuidados antes del nacimiento (entre ellos, por lo menos, el análisis y el tratamiento contra las infecciones y la identificación de señales de aviso durante el embarazo). Sin embargo, en las regiones en desarrollo casi la mitad de las mujeres embarazadas siguen todavía sin hacer el número de visitas recomendado y la calidad de los cuidados dispensados durante las visitas necesita atención (Naciones Unidas 2012a). Además, hay importantes diferencias de cobertura entre las regiones: el África Meridional comunicó una cobertura casi universal en 2010, pero en el África Occidental una tercera parte, aproximadamente, de las mujeres embarazadas no recibió visitas de cuidados antes del parto.

Casos concretos

Las hemorragias y la hipertensión son causa de más de la mitad de las muertes de madres, y las asepsias y los abortos inseguros representan el 17%. La OMS clasifica el parto difícil y la anemia como factores que contribuyen a la muerte, más bien que como causas directas de ella. Las causas indirectas, incluidas las muertes por enfermedades tales como el paludismo, el VIH/SIDA y las enfermedades cardíacas, representan el 20% aproximadamente, lo que hace aún mayor la necesidad de partir de un planteamiento general más bien que vertical para tratar los ODM relacionados con la salud (OMS/UNICEF 2012).

Abortos inseguros

Los abortos inseguros (es decir, los abortos realizados por alguien que carece de las capacidades necesarias, o en un entorno que no cumple las normas mínimas) causan infecciones graves,

sangrados y daño a los órganos. Cada año, los abortos inseguros causan la muerte a 47.000 mujeres y discapacidad transitoria o permanente a otros cinco millones de mujeres, casi todas en los países en desarrollo.

Según el Grupo Interorganismos para una Maternidad Segura, "El aborto inseguro es la causa más olvidada y más evitable de muerte de madres" (OMS/UNICEF 2012).

ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Meta: Haber detenido antes de 2015 y haber comenzado a invertir la difusión del VIH/SIDA

Indicadores:

- Prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas de entre 15 y 24 años
- Índice del uso del preservativo en el índice de prevalencia de los anticonceptivos
- Uso del preservativo en la última práctica sexual con riesgo
- Porcentaje de la población de entre 15 y 24 años con un conocimiento completo y adecuado del VIH/SIDA
- Índice de prevalencia de los anticonceptivos
- Coeficiente de relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y de niños no huérfanos de edad comprendida entre los 10 y los 14 años.

Meta: Conseguir, antes de 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA para todos cuantos lo necesiten.

Meta: Haber detenido y haber comenzado a invertir, antes de 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades.

Indicadores: Índices de prevalencia y de mortalidad relacionados con el paludismo

- Proporción de la población que vive en zonas con riesgo de paludismo aplicando medidas eficaces de prevención y de tratamiento de esa enfermedad
- Índices de prevalencia y de muerte relacionados con la tuberculosis
- Proporción de los casos de tuberculosis detectados y curados mediante el DOTS (estrategia de lucha contra la tuberculosis, recomendada en el plano internacional).

¿Qué progreso se ha conseguido?

Aun cuando hay una gran diversidad entre las regiones, se ha conseguido cierto éxito en el tratamiento de las enfermedades previstas en el ODM 6.

VIH/SIDA

- Se infectan con el VIH menos personas, y la tasa de disminución se acelera más en unos países que en otros. En el año 2010 las nuevas infecciones –2,7 millones de personas, 390.000 de las cuales eran niños– fueron un 21% inferiores al máximo de 1997 y un 15% menos que en 2001.
- A finales de 2010, 34 millones de personas, según estimaciones, vivían con el VIH, un 17% más que 2001 (Naciones Unidas 2012a). Este aumento persistente es consecuencia del constante gran número de nuevas infecciones aunque aumenta también en medida importante el acceso a una terapia antirretroviral (ARV), que salva vidas y que ha transformado el VIH de una sentencia de muerte en una enfermedad crónica que puede tratarse, lo que permite a las personas llevar una vida plena y activa.
- El número de las personas que mueren por causas relacionadas con el SIDA disminuyó hasta ser de 1,8 millones en 2010, cifra que supone una disminución del máximo de 2,2 millones registrado en los años 2000. En los países de renta baja y media se ha evitado, desde 1995, un total de 2,5 millones de muertes, por la introducción del ARV (Naciones Unidas 2012a). En 2010, recibían la ARV 6,5 millones de personas, cifra que aumentó casi el 20%, hasta 8 millones, en 2011 (ONUSIDA 2012) pero, como antes de ha dicho, todavía queda mucho por hacer.

Paludismo

Ha habido una gran disminución de los casos de paludismo comunicados, pues muchos países han conseguido una reducción de más del 50% entre 2000 y 2010 (Naciones Unidas 2012a).

Tuberculosis

En todo el mundo, los índices de incidencia de la tuberculosis alcanzaron un máximo en 2002 y desde entonces han venido disminuyendo. El número total de casos nuevos también ha empezado a disminuir, aunque muy lentamente. Si se mantienen las tendencias actuales, el mundo conseguirá la meta de detener la difusión y comenzar a invertir la incidencia de la enfermedad (Naciones Unidas 2012a).

El gráfico que sigue ofrece una evaluación regional de los progresos realizados en dos aspectos para conseguir el Objetivo: detener e invertir el VIH/SIDA y la tuberculosis (Naciones Unidas 2012c). Funciona a dos niveles:

- el color del cuadrado indica si el objetivo se cumplirá o se superará antes de 2015 si las tendencias continúan (gris), o si el progreso es insuficiente para alcanzar la meta (blanco), o si no ha habido progreso ni deterioro (negro); y
- las palabras en cada uno de los cuadros indican la incidencia*del VIH y la mortalidad por tuberculosis.**

	África		Asia				Oceanía	América Latina y Caribe	Cáucaso y Asia Central
	Septentrional	Subsahariana	Oriental	Sudoriental	Meridional	Occidental			
Detener y empezar a invertir la difusión del VIH/SIDA	Incidencia baja	Incidencia alta	Incidencia baja	Incidencia baja	Incidencia baja	Incidencia baja	Incidencia baja	Incidencia baja	Incidencia baja
Detener y empezar a invertir la difusión de la tuberculosis	Mortalidad baja	Mortalidad alta	Mortalidad baja	Mortalidad moderada	Mortalidad moderada	Mortalidad moderada	Mortalidad alta	Mortalidad baja	Mortalidad moderada

*Incidencia baja de VIH indica <0,05 nuevas infecciones por año y por cada 100 personas de edad entre 15 y 49 años; incidencia intermedia entre 0,05 y 0,25; incidencia alta >0.25.

**Incidencia baja de mortalidad por tuberculosis indica <8 muertes al año por 100.000 habitantes; mortalidad moderada 8–29; mortalidad alta >29.

VIH/SIDA

¿Qué progresos han de hacerse?

Hay importantes variaciones regionales (Naciones Unidas 2012a).

- El África Subsahariana sufrió el 70% de las nuevas infecciones de VIH en el año 2010, mientras que tiene sólo el 12% de la población total. Sin embargo, el índice varía ampliamente, pues la epidemia sigue siendo más grave en el África Meridional.
- El Caribe tiene la incidencia regional que ocupa el segundo lugar entre las más elevadas, aunque el crecimiento de la epidemia ha disminuido considerablemente desde mediados del decenio de 1990.
- La incidencia y la prevalencia del VIH son en Asia considerablemente menores que en algunas otras regiones. Pero el volumen total de la población asiática significa que tiene el segundo de los mayores números de personas que viven con el VIH.
- En contraste con otras regiones, las nuevas infecciones del VIH siguen aumentando en el Cáucaso y en el Asia Central.

El porcentaje de mujeres que viven con el VIH ha permanecido estable, en el 50%, en todo el mundo, aunque las mujeres se ven afectadas desproporcionadamente en el África Subsahariana (el 59% de toda la población vive con el VIH) y en el Caribe (53%) (Naciones Unidas 2012a).

La meta para 2010 (acceso universal a la terapia antirretroviral) no se consiguió. En el África Subsahariana, más del 50% de las personas que pueden recibir la terapia antirretroviral no la reciben todavía (Naciones Unidas 2012a), aunque Botswana, Namibia y Rwanda ya han conseguido el acceso universal, que cubre por lo menos al 80% de la población que la necesita (Naciones Unidas 2012a).

¿Qué estrategias se han empleado?

Las principales estrategias aplicadas para alcanzar los objetivos y las metas han sido, entre otras, el aumento de la educación y del conocimiento, el cambio del comportamiento, el asesoramiento y las pruebas, unos cuidados mejores y un mayor acceso al tratamiento. Las enfermeras han participado activamente en la aplicación de estas estrategias en colaboración con una amplia diversidad de colaboradores nacionales e internacionales. En muchos países, el establecimiento de servicios contra la epidemia del VIH/SIDA ha revolucionado la accesibilidad y la prestación de los servicios de salud, con una participación de la comunidad y un cambio de las tareas entre los recursos humanos de salud.

Los programas de salud materna son para la mujer un importante punto de acceso a las pruebas y a los servicios y para evitar la transmisión de madre a hijo. Para los hombres no hay puntos de acceso comparables. Sin tratamiento, aproximadamente una tercera parte de los niños nacidos de mujeres que viven con el VIH serán infectados en el seno materno, en el nacimiento o a lo largo de la lactancia, y el riesgo puede reducirse mucho mediante el tratamiento de la madre embarazada con un medicamento antirretroviral.

Las campañas de los medios y el empleo de las nuevas tecnologías de la comunicación han conseguido hacer que aumente el conocimiento y que cambie el comportamiento (incluso entre los adolescentes), especialmente cuando se completa con la educación sexual y con el empleo de técnicas de comunicación nuevas como las de incluir mensajes en programas de TV.

Problemas subyacentes

Accesibilidad y posibilidad de pago: Que el diagnóstico y el tratamiento sean accesibles y puedan pagarse a lo largo de la vida sigue siendo uno de los grandes problemas en muchos países en desarrollo. A medida que un mayor número de personas se beneficia de la terapia antirretroviral, aumenta la preocupación por un posible aumento de la resistencia al VIH. El VIH muta rápidamente y, como el tratamiento ha de durar toda la vida, parece probable que surjan más cepas del virus resistentes a los medicamentos.

Obstáculos contrarios al cambio de comportamiento: En el plano de la persona, el conocimiento y la comprensión son esenciales para el cambio del comportamiento y para la aceptación y el uso de los servicios contra el VIH, incluidas las pruebas de éste. Sin embargo, puede ser que factores culturales y religiosos determinen la medida en que las personas, los grupos y las poblaciones están preparados para seguir el asesoramiento médico y cambiar el comportamiento, por ejemplo en el uso de preservativos o en las relaciones monogámicas. Conseguir el compromiso político para tratar la epidemia ha sido más difícil en unos países que en otros. Además, cuando las mujeres no están capacitadas para controlar su propia salud, abordar la difusión del VIH/SIDA puede resultar especialmente difícil, por ejemplo allí donde las mujeres no tienen acceso a los preservativos o no pueden insistir en que se usen.

Discriminación: El estigma y la discriminación siguen muy extendidos y pueden manifestarse de distintas maneras: comentarios inadecuados, quebrantamiento de la confidencialidad del paciente, retraso y denegación de las pruebas y del tratamiento, y aislamiento social. Esto puede reducir el número de intervenciones tales como las de asesoramiento y pruebas, incluso en las mujeres embarazadas, lo cual pone más en peligro la salud de sus niños pequeños. Las enfermeras pueden hacer una importante aportación en la lucha contra el estigma y la discriminación utilizando las herramientas y las técnicas que se describen en el Conjunto de Instrumentos del CIE para el Día Internacional de la Enfermera, de 2003, titulado *Las enfermeras, siempre con la familia: Al cuidado de todos, contra el estigma del SIDA* (CIE 2003).

Paludismo

¿Qué progresos han de hacerse?

A pesar de que el paludismo ha descendido en muchas regiones, es importante cumplir la meta de los ODM. África sigue siendo el continente más gravemente afectado que sufre el 81% de los casos de paludismo y el 91% de las muertes por esa enfermedad. El 86% de esas muertes fueron de niños menores de cinco años de edad (Naciones Unidas 2012a).

¿Qué estrategias se han empleado?

Entre las principales estrategias para luchar contra el paludismo están el uso de redes contra el mosquito tratadas con insecticida (RTI), vaporizar los residuos domésticos (VRIS), hacer un diagnóstico rápido y aumentar el acceso al tratamiento basado en la artemisinina. Para aplicar eficazmente estas estrategias ha sido precisa una importante formación y un cambio del comportamiento en las familias y en los profesionales de salud, por ejemplo fomentando el uso de las RTI, particularmente para los niños y las mujeres embarazadas, y cambiar los servicios para facilitar el diagnóstico rápido y el acceso al tratamiento adecuado.

Problemas subyacentes

A pesar del progreso conseguido y de las oportunidades de conseguir resultados más exitosos, los gastos en el paludismo, en los planos nacional e internacional, son insuficientes para la prevención y el control de esa enfermedad.

Además, preocupa cada vez más la creciente resistencia a la artemisinina y a los insecticidas. Sin una atención y una gestión adecuadas, esto es una grave amenaza para el progreso en el futuro.

Otras enfermedades

Tuberculosis

El ODM 6 ofrecía una posibilidad de centrarse también en otras enfermedades además del VIH/SIDA y el paludismo y, de ellas, la tuberculosis ha sido objeto de especial atención, y no en último término por su relación con el VIH/SIDA.

Según estimaciones, en 2010 había en el mundo 12 millones de personas que vivían con la tuberculosis y ésta se diagnosticó a 8,8 millones de personas en todo el mundo (incluidos 1,1 millones de casos entre personas con el VIH), y hubo 1,4 millones de muertes (entre ellas las de 350.000 personas con el VIH) (Naciones Unidas 2012a).

Como antes se ha señalado, si bien el aumento de las tasas de incidencia es más lento, es cierto que no hay motivos de complacencia. Según estimaciones, más de una tercera parte de los nuevos casos siguen sin notificarse y más del 84% de los 290.000 casos que, según las estimaciones, se dieron en 2010 de tuberculosis resistente a múltiples medicamentos no se diagnosticaron ni trataron según las normas internacionales. Además, muchos pacientes de tuberculosis desconocen su situación en cuanto al VIH, pero pueden ser VIH positivos y, en consecuencia, no acceden todavía a la terapia antirretroviral (Naciones Unidas 2012a)

La carga colateral de la enfermedad

Han surgido preocupaciones ante la posibilidad de que el centro de interés concreto del ODM 6 relativo al VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis pueda haber conducido a que otras cargas de enfermedades igualmente urgentes queden apartadas en lo referente al interés y a los recursos. Entre ellas se incluyen las enfermedades tropicales olvidadas: un grupo de infecciones parasitarias y

bacteriológicas que afectan a más de 1.400 millones de personas pobres y causan incapacidad e impedimento físico e imposibilitan a muchos para escapar del ciclo de la pobreza (*The Lancet* 2010).

Otro grupo de enfermedades que no han recibido la atención y los recursos que necesitan es el de las enfermedades no transmisibles (ENT), primordialmente la enfermedad cardiovascular, la enfermedad pulmonar crónica, la diabetes del tipo 2 y el cáncer. El aumento de estas enfermedades, que en gran parte puede evitarse, precisa atención urgente, pues esta doble carga de las enfermedades transmisibles y de las no transmisibles ejercerá una presión incontrolable e insostenible sobre los sistemas de salud en el mundo en desarrollo y el mundo desarrollado. Reconociéndolo así, una Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles –que es solamente la segunda que habrá de celebrarse sobre la enfermedad (la primera se celebró en 2001 sobre le VIH/SIDA)– tuvo lugar en Nueva York en septiembre de 2011 (C3 Colaborar para la Salud, 2011). La salud mental es también una de las causas de una gran proporción de la carga de la salud en el mundo, que también recibe una atención y financiación relativamente escasas, habida cuenta de los efectos que se prevé que tendrá sobre las familias, las comunidades y las economías (WEF/Harvard 2011).

Resumen

Los ODM relacionados con la salud han contribuido a que centremos nuestra atención en la necesidad de que los sistemas de salud se funden en mecanismos de financiación sólidos; en unos recursos humanos bien formados y adecuadamente retribuidos; una información fiable en la que puedan basarse las decisiones y las políticas; unos medios e instalaciones bien mantenidos; y la logística adecuada para aplicar medicamentos y tecnologías de calidad. Estos son requisitos previos necesarios para que los países puedan satisfacer las necesidades de sus poblaciones y dispensar los servicios adecuados cuando se necesiten y donde se necesiten. Las asociaciones nacionales de enfermeras pueden estar bien situadas para contribuir a los avances, y vigilarlos, en sus propios sistemas de salud; para prestar apoyo e influir a favor de mejoramientos cuando se necesiten y; para mantener la responsabilidad de sus administraciones.

Al tratar de abordar los ODM, los indicadores y las metas, se ha puesto de relieve la importancia de unos servicios integrados y de un planteamiento comprensivo, por ejemplo ofrecer un servicio de calidad y adecuado a una mujer embarazada que es VIH positiva influye en los tres ODM relacionados con la salud y está relacionado también con muchas de los demás ODM. Análogamente, puede acelerarse la disminución de la mortalidad de los menores de cinco años ampliando las intervenciones orientadas a los principales factores, además de garantizar la educación, capacitar a la mujer, eliminar los obstáculos financieros y sociales contrarios al acceso a los servicios básicos y hacer que los servicios de importancia esencial estén más al alcance de los pobres.

La cooperación para conseguir los ODM ofrece también a las personas de todos los sectores, y también a las enfermeras, oportunidades para desarrollar el conocimiento y las capacidades que se precisan para dedicarse al trabajo multisectorial y con múltiples colaboradores.

La contribución de la enfermería

En el último decenio ha habido importantes éxitos en la mejora del conocimiento y las capacidades de las enfermeras para contribuir en medida importante a la consecución de los ODM relacionados con la salud. Muchas veces las enfermeras son las únicas profesionales de salud accesibles a muchas personas en toda su vida y a lo largo del continuo de los cuidados, y por ello están muy bien situadas y son especialmente innovadoras para llegar hasta las poblaciones desaventajadas y escasamente servidas. En este Capítulo se pondrán de relieve algunas de las contribuciones que las enfermeras han hecho en conjunto para conseguir los ODM y se estudiará la manera en que las enfermeras pueden utilizar El Marco de activación de la consecución de los ODM (PNUD 2011) para orientar sus actividades y estimular y orientar nuevos avances.

El Consejo internacional de enfermeras

El Consejo internacional de enfermeras (CIE) ha hecho una contribución importante para la consecución de los ODM, no solamente los específicamente relacionados con la salud: prueba de la importancia de adoptar un criterio total y comprensivo de la salud, el bienestar y el desarrollo mundiales. El CIE ha participado activamente en la influencia de políticas y programas en todo el mundo y ha participado en los foros en que se han adoptado decisiones y en las reuniones y eventos internacionales. El CIE inició los siguientes programas que, en su totalidad, se describen en el sitio Web del CIE.

En colaboración con la Fundación Internacional Florence Nightingale, el CIE estableció, en 2005, el Fondo para La educación de las niñas, destinado a mantener la escolarización de las hijas huérfanas de enfermeras en el África Subsahariana. Hasta hoy, 316 niñas en Kenia, Swazilandia, Uganda y Zambia se han beneficiado de esta iniciativa, lo que también conlleva beneficios de salud para las niñas y sus familias y contribuye a la consecución del ODM 2 (Conseguir que la educación primaria sea universal) y el ODM 3 (Promover la igualdad de los géneros y capacitar a la mujer). Algunas de las ventajas de la educación de las niñas son las siguientes:

- Mayor participación en los recursos humanos y mayores ingresos familiares: por cada año adicional que la niña pasa en la escuela, sus salarios como adulto aumentan un 15% aproximadamente;
- Mayores posibilidades de que sus hijos reciban educación: los niños cuyas madres carecen de formación tiene una probabilidad superior al doble de quedarse fuera de la escuela que los niños cuyas madres tienen alguna formación;
- Mejor planificación familiar;
- Menor mortalidad infantil: cada día, morirán innecesariamente más de 2.700 niños de menos de cinco años, porque en una fase anterior de la vida se negó una educación a sus madres;
- Menos muertes de madres en el parto; y
- Menores índices de infección del VIH/SIDA: esos índices se duplican en los jóvenes que no terminan la escuela primaria.

En colaboración con las administraciones, el sector público y el sector privado, los colaboradores y las asociaciones nacionales de enfermería (ANE) en los países receptores y con las ANE de Suecia, Noruega e Irlanda, el CIE ha establecido seis centros de bienestar para los trabajadores de cuidados de salud, que trabajan para la prevención, el tratamiento y los cuidados del VIH y de la tuberculosis en un contexto discreto, con asesoramiento psicológico y gestión del estrés, prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles, formación en seguridad en el trabajo y desarrollo profesional continuo. Además de contribuir a la consecución del ODM 6, esta iniciativa ha contribuido también a retener y a prestar apoyo a los recursos humanos de enfermería en Lesoto, Swazilandia, Zambia, Uganda, Malawi y Etiopía.

El Proyecto del CIE contra la tuberculosis/tuberculosis MDR ha contribuido sustancialmente a la consecución del ODM 6 al preparar, en 13 países, a más de 1.000 enfermeras como formadoras que, entre todas, han preparado en la región a más de 30.000 enfermeras y trabajadores de salud y han participado en la prevención, en los cuidados y en la gestión en todo el mundo. Para completar esta formación, el CIE ofrece, en tiempo real, un programa titulado "Los cuidados, la prevención y la gestión de la tuberculosis", que proporciona instrumentos prácticos a las enfermeras y a las personas que participan en los cuidados dispensados a los pacientes, a las familias y a las comunidades afectadas por la tuberculosis, incluida la tuberculosis resistente a los medicamentos. El curso puede impartirse en todos los contextos, trata de los problemas que se plantean al dispensar los cuidados cuando los recursos son escasos y la carga de trabajo es fuerte. El curso insiste particularmente en la prestación de unos cuidados de buena calidad centrados en el paciente y es pertinente para quienes desean actualizar su conocimiento y para las enfermeras experimentadas que trabajan habitualmente con personas afectadas por la tuberculosis.

Al ofrecer información actualizada sobre la enfermería y la salud a las enfermeras de zonas rurales y alejadas, incluso a las que trabajan con los más pobres y los más vulnerables en contextos de refugiados, y a las que trabajan en zonas afectadas por catástrofes, las bibliotecas móviles del CIE/MSD han permitido a millares de enfermeras y trabajadores de salud de toda el África Subsahariana y en otros países, entre ellos Haití y Timor Oriental dispensar cuidados adecuados a los niños, a las madres, a las familias y a las comunidades, ayudándoles así a abordar los ODM 4, 5 y 6. Para ampliar el alcance de la biblioteca, se han preparado versiones en inglés, en portugués y en francés.

El CIE también ha preparado y distribuido hojas informativas, declaraciones de posición y otras publicaciones para informar y orientar a las enfermeras en los asuntos de los que tratan. A éstos puede accederse por el sitio web del CIE: www.icn.ch.

Al contribuir a los ODM no específicamente relacionados con la salud, el CIE, colaboró con el sector privado y con las ANE de Kenia, Malawi y Uganda para promover el acceso al agua potable segura, cuestión esencial para mejorar la salud de los niños y conseguir el ODM 4.

En apoyo del ODM 3 (Promover la igualdad de los géneros y capacitar a la mujer), el CIE influyó activamente como parte de una campaña más amplia para establecer un organismo de las Naciones Unidas bien financiado, dedicado a promover los derechos humanos de la mujer y hacer avanzar la lucha por la igualdad de los géneros, campaña de la que resultó el movimiento en 2010, de las Mujeres en las Naciones Unidas.

Además de cooperar en el plano internacional, las enfermeras y las matronas han establecido también grupos regionales para obtener los mejores resultados de sus recursos y de sus aportaciones, como los 15 países que forman la Red Sudafricana de Enfermeras y Matronas (SANNAM) y que han ayudado a dar forma, a informar y a apoyar la función de las enfermeras en la prevención, en los cuidados y en la gestión del VIH/SIDA en su región (véase la dirección www.sannam.org.za).

En el Norte de Ghana, las enfermeras fueron destinadas a puestos de atención a la comunidad y recibieron ayuda para reducir las tasas de mortalidad infantil más de la mitad en tres años. Las enfermeras trabajaron con los jefes y los ancianos para mantener las costumbres de los curanderos tradicionales con el fin de que aceptaran mejor unas tecnologías de salud más modernas. Así se redujeron los retrasos de los padres en la búsqueda de la salud y aumentó la supervivencia de los niños [Binka et al. 2007].

Las enfermeras y los trabajadores de salud de la comunidad en Malindi, Kenia, restablecieron los servicios de las clínicas para pacientes externos con el fin de satisfacer mejor las necesidades de los pacientes con VIH positivo a quienes se había diagnosticado también la tuberculosis, y una enfermera profesional privada estableció una clínica en el barrio de Kibera, en Nairobi, donde preparó un entorno limpio y seguro para dispensar y prever los cuidados antenatales, postnatales y constantes a las madres y a los niños de la zona (CIE 2010).

En Papúa Nueva Guinea, un centro de atención primaria de salud dirigido por una enfermera dispensa servicios en una zona alejada que tiene un alto índice de VIH/SIDA. Las enfermeras identificaron a los principales interesados locales (grupos de jóvenes, grupos de mujeres y dirigentes de la comunidad) en 14 aldeas y trataron de hacerles más conscientes del VIH/SIDA. Utilizaron los servicios de una radio de onda corta y sistemas de radiodifusión a distancia radicados en la comunidad, además de periódicos locales, para dar información de salud y poner de relieve los servicios disponibles. Asimismo abrieron, en cada aldea, clínicas en las que se han fijado horas y día de visita. Asimismo dirigen seminarios sobre el VIH/SIDA y trabajan con los ciudadanos en la prevención y en otros problemas de salud tales como la diabetes, la hipertensión, los cuidados prenatales y las inmunizaciones. (CIE 2008a)

A pesar de la amplia contribución de las enfermeras en muchos de los países antes mencionados y de muchas descripciones anecdóticas de las actividades, los servicios y las innovaciones de la enfermería destinadas a conseguir los ODM, el resultado de las investigaciones publicadas acerca de la contribución de la enfermería a la consecución de los ODM es desalentador y refuerza la importancia de que las enfermeras impulsen y publiquen su trabajo. Y ello no sólo en relación con los ODM o con las enfermeras que trabajan en países de renta baja. Una comisión canadiense constató hace poco que el valor de la enfermería puede ser difícil de cuantificar e hizo notar que, aun en los exámenes sistemáticos y en los análisis profundos, tiende a haber un centro de interés demasiado estrecho sobre la cuestión "¿da esto resultados?" más bien que "quién, con qué características, y en qué circunstancias, se obtienen más beneficios de las intervenciones de enfermería... de qué manera benefician y con qué coste?". Este breve planteamiento de "¿da esto resultados?" ha de ampliarse para que puedan hacerse evaluaciones de la enfermería que tengan en cuenta todos los factores que perpetúan los problemas o determinan la salud (Comisión Nacional de Expertos 2012).

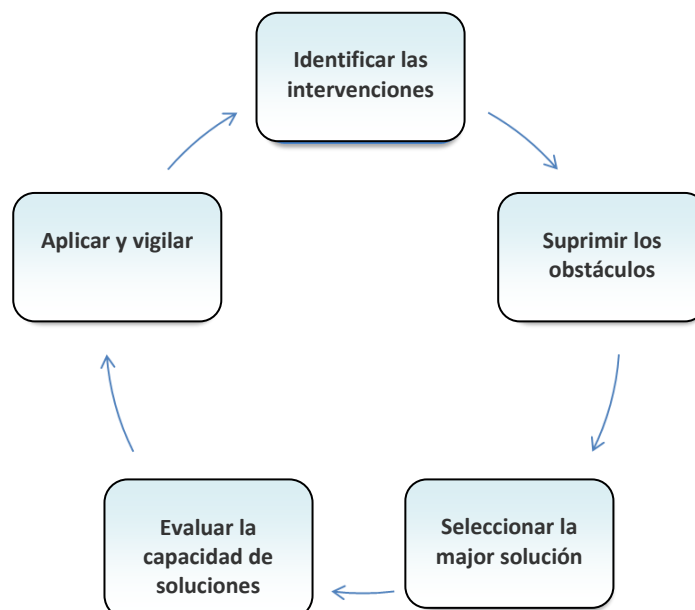
Conseguir en el futuro un efecto máximo

El Marco para Acelerar los ODM (MAO) se elaboró en 2010 con el fin de ofrecer un marco sistemático que pudiera utilizarse en colaboración por diversos interesados para impulsar el progreso en el plano nacional con los ODM que no estaban en condiciones de alcanzarse antes de 2015 o en los que los progresos para su consecución eran lentos o desiguales (PNUD 2011). El marco se basa en la premisa de que, con el compromiso, puede conseguirse centrar el interés en las intervenciones adecuadas y el tipo y nivel idóneos de apoyo de los ODM. Esto conlleva cuatro pasos sistemáticos:

- 1) identificar las intervenciones;
- 2) centrarse en los obstáculos que impiden que las intervenciones se lleven a cabo;
- 3) decidir las soluciones; y
- 4) aplicarlas y vigilarlas.

El Marco incluye una lista completa de las intervenciones y las soluciones comprobadas que los países pueden adoptar y aplicar cuando avanzan en el proceso de cuatro pasos. Si bien el MAO se pensó para completar y dar forma a los planes de los países, las enfermeras también podían utilizarlo para establecer prioridades y centros de interés y para vigilar y evaluar sus actividades y su contribución a la consecución de los ODM relacionados con la salud.

En el gráfico siguiente se incluyen algunas soluciones e intervenciones recomendadas que pueden adaptarse de manera especial a las actuaciones de la enfermería y que se clasifican aquí con el fin de fortalecer los sistemas de salud, la práctica de la enfermería, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; y para compartir información. Pueden emplearlas las ANE, los formadores de las enfermeras, los gestores de los servicios y otras personas para centrar su atención y sus energías y para vincularse con las iniciativas y los recursos actuales. Recurrir a un marco internacionalmente reconocido puede ayudar a las enfermeras a articular y a describir su contribución a resolver las prioridades de salud y desarrollo mundiales.



	ODM	Intervenciones que se sugieren
Fortalecimiento de los sistemas de salud	4,5,6	Contratación, salarios, retención de los trabajadores de salud y protección de su propia salud
	4,5,6	Formación, adiestramiento y capacitación para la práctica, la gestión, la investigación y el desarrollo
	4,5,6	Vigilancia y evaluación
Práctica de enfermería	4	Gestión integrada de las enfermedades de la infancia
	4	Tratamiento de la desnutrición y de la desnutrición aguda grave
	4,6	Prevención, cuidados y tratamiento de las enfermedades, incluidas la diarrea, la neumonía, la tuberculosis, y el paludismo
	4,5	Cuidados antenatales, en el parto, postnatales y neonatales
	4	Promoción y apoyo de la lactancia, formación para ella, y apoyo a una alimentación más segura del lactante de parte de las madres HIV positivas.
	4,5	Nutrición, apoyo y asesoramiento para los lactantes, los adolescentes, las mujeres embarazadas y las madres que amamantan, centrándose en particular en los productos locales
	4,5,6	Servicios de salud reproductiva y sexual para hombres y mujeres, incluida la planificación familiar
	4,6	Pruebas de la salud de los niños y ejecución de programas de inmunización aun contra el sarampión
	5	Cuidados obstétricos de urgencia y remisión adecuada
	5	Asesoramiento sobre el aborto en la medida en que lo permita la legislación
	5	Asistencia capacitada, partos limpios y cuidados después del parto
	5,6	Asesoramiento –planificación familiar, anticonceptivos, después del aborto, VIH
	5	Detección y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual
	4,5,6	Prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo
	4,5,6	Seguridad de la sangre, seguridad de las inyecciones, control de las infecciones y precauciones universales
	6	Cuidados y tratamiento de VIH/SIDA, incluidos los cuidados paliativos
	6	Prevención, tratamiento, cuidados y control de la tuberculosis
6	Servicios integrados contra el VIH y la tuberculosis	
Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	4,5,6	Cambio de comportamiento
	4,5,6	Asesoramiento sobre el VIH y pruebas de él
	4,5,6	Fomentar los programas de promoción de la salud y de información sobre ella para las poblaciones desfavorecidas (en términos de ingresos, geografía, género, edad, etc.)
	6	Información y formación para tratar el estigma y la discriminación
	4,5,6	Formación y servicios de salud sexual y reproductiva adecuados a la edad y a la cultura
	6	Prevenir y evitar el estigma y la discriminación
6	Fomentar el empleo de redes antimosquitos en la cama	
Compartir la información	4,5,6	Vigilancia de las políticas y de las prácticas
	4,5,6	Establecimiento de redes de contactos dentro y fuera del sector de salud
	4,5,6	Intercambios de conocimiento
	4,5,6	Hacer que el contenido sea localmente adecuado y accesible
	4,5,6	Uso adecuado de las nuevas tecnologías

El problema

Cuando faltan dos años para que los ODM lleguen a su fin, están ya en curso conversaciones acerca de cómo sustituirlos –mediante una ampliación del plazo, un nuevo conjunto de objetivos de estilo de los ODM, o un sistema totalmente nuevo. Las negociaciones amenazan ya con ser sumamente complejas, y su resultado dista mucho de estar definido. Hay peligros posibles: que los nuevos objetivos estén sobrecargados (los nuevos objetivos no pueden ser todo para todos); que estén demasiado centrados en el donante (estén dominados por prioridades de los agentes de países desarrollados más bien que por las prioridades de los afectados por los problemas); o que sean demasiado detallados y obligatorios (Equipo de Tarea del Sistema de las Naciones Unidas 2012). Sin embargo, es ésta una ocasión de importancia crucial para corregir las deficiencias de los ODM actuales e insistir en las prioridades del mundo del siglo XXI. Será esencial concederse un tiempo suficiente, más bien que acelerar el proceso, si queremos encontrar una solución aceptable y completa.

El "¿cómo?": el proceso que establecerá los objetivos del futuro

Las Naciones Unidas son el órgano que tiene la "imparcialidad, la neutralidad y la legitimidad mundial" necesarias para actuar como promotor y coordinador de los sucesores de los ODM (Vandemoortele 2012), por ello el Secretario General de las Naciones Unidas inició en 2011 la tarea de evaluar el marco de los ODM e investigar lo que debía seguir.

Se ha establecido un Equipo de Tarea del Sistema de las Naciones Unidas, que figura en el Programa para el Desarrollo después de 2015, en el que se reúnen representantes de más de 50 organismos de las Naciones Unidas y otros organismos internacionales (véase el Anexo 3). En la función de este Equipo se incluye la consecución de una "guía" para establecer el programa del desarrollo posterior a 2015 y, en particular, lograr una aportación plena de los interesados, incluso de los países en desarrollo, que se ven más afectados por los problemas de pobreza y de salud recogidos en los ODM. Esto es esencial para su legitimidad, pues los objetivos originales fueron criticados por haber sido establecidos en gran medida a puerta cerrada, por los expertos. Sucede a menudo que los investigadores y los expertos "no aciertan lo que importa a los pobres" (Sumner 2009) si las opiniones de éstos no se estudian. Las consultas nacionales han comenzado ya, y también las consultas temáticas previstas (aun sobre las desigualdades y sobre la salud), que serán de importancia esencial para desarrollar el nuevo marco.

Además, se ha nombrado un Grupo Especial de Alto Nivel integrado por 26 "personas eminentes" y copresidido por el Primer Ministro del Reino Unido y los presidentes de Indonesia y de Liberia, en el que figuran representantes gubernamentales y de la sociedad civil, de países desarrollados y en desarrollo (Naciones Unidas 2012b). Este Grupo Especial asesorará al Secretario General, en particular en lo referente al proceso para la consecución de los Objetivos de desarrollo sostenible (véase *infra*). (Véase en el Anexo 3 una lista de los miembros).

Otra dificultad es que los debates están teniendo lugar en el contexto de un mundo que ha cambiado mucho: los países desarrollados se ven afectados por crisis económicas, y están además las

amenazas mundiales del cambio climático y contra la seguridad humana, lo que conduce al peligro de que el nuevo marco se vea "impulsado por el cambio" (Green 2012). Una de las sugerencias es que se incluya "un mecanismo para revisar y ajustar los objetivos y las metas a medio camino para evitar circunstancias imprevisibles y asegurarse de que los objetivos siguen siendo pertinentes y adecuados" (Overseas Development Institute 2012). Jan Vandemoortele, uno de los arquitectos de los ODM originales de 2001, ha instado a que se combine la urgencia de los asuntos con la precaución al desarrollar los ODM siguientes, lo que él describe como "apresurarse lentamente" (Vandemoortele 2009). Si no se consigue que el proceso sea idóneo, el contenido carecerá de importancia, pues los objetivos carecerán de la legitimidad que necesitan para impulsar el desarrollo hasta mediados del siglo.

El "¿qué?": fundarse en las lecciones aprendidas de los ODM

Desde los primeros días de los ODM se han debatido los asuntos que debían o podían añadirse al marco de desarrollo y, a pesar de las críticas de los ODM, basarse en ellos se considera esencial para establecer las metas para después de 2015. Según el estudio de 32 países africanos, hecho por una reciente Comisión Económica de las Naciones Unidas para África, una abrumadora mayoría de los interesados coincidió en que los ODM eran "importantes prioridades del desarrollo" para sus países y "debían figurar en el programa para después de 2015" (Vandemoortele 2012). Los aspectos positivos de los ODM: su claridad, concisión y posibilidad de medida, deben mantenerse para prever su continuidad, pero hay también fuertes deseos de que se integren cuestiones esenciales que se han omitido.

Medir el progreso

Cualquiera que sea la forma que adopte la sustitución de los ODM, el progreso debe poder medirse - "mientras las desigualdades en el bienestar humano no se vigilen y se comuniquen de manera adecuada, será poco probable que las sociedades las aborden" (Vandemoortele 2012) - y las administraciones deben considerarse responsables de no llegar a progresar. El plazo, probablemente con los datos de 2010 como punto de partida, debe ser suficientemente largo para que se consiga un cambio real y transformador posiblemente en 2030, o quizá incluso en 2050. Cuanto más prolongada es la escala temporal, más fáciles de conseguir resultan los objetivos, pero esto también debilita la voluntad política a corto y a medio plazo, porque el límite está muy lejos de la visión de los dirigentes políticos actuales (Equipo de Tarea del Sistema de las Naciones Unidas 2012). El establecimiento de metas intermedias puede ayudar a superar este "déficit de responsabilidad", quizá porque actúen como "objetivos cuantitativos" en los que los dirigentes mundiales se reunirían cada cinco años para informar (Vandemoortele 2012). Las metas intermedias también podrían permitir el ajuste o el perfeccionamiento de los objetivos de largo plazo, de manera que reflejen el cambio de las circunstancias mundiales (tales como el cambio climático o las nuevas tecnologías).

Una de las críticas hechas a los ODM es que han puesto a los países cuyo nivel de desarrollo es bajo una carga más pesada para su consecución, por ejemplo para reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil ha sido necesario, en los países en desarrollo, hacer un progreso total mucho mayor, pues el punto de partida era tan elevado. En el informe reciente del Equipo de Tarea del Sistema de las Naciones Unidas se ha afirmado que una combinación de puntos de partida relativos y absolutos, que permita a los países demostrar el progreso realizado, puede ser necesaria para superar esta discriminación, aun cuando todavía no hayan conseguido el objetivo (Equipo de Tarea del Sistema de las Naciones Unidas 2012). Para esto sería necesaria una metodología que permita medir el ritmo del progreso, más bien que solamente el nivel de consecución relacionada con la meta (Fukuda-parr. 2012).

Serán necesarios una comunicación periódica y unos datos precisos; la capacidad de acopio de datos debe fortalecerse en muchas partes del mundo. También es necesario vincular mejor la información, por ejemplo "las opciones de desarrollo se hace frecuentemente sin tener en cuenta sus efectos para la salud" (Haines 2012). Un mejor acopio y una mejor evaluación de los datos permitirán medir mejor el avance hacia la salud, la sostenibilidad y otros objetivos, y que la ayuda sea asignada con suma eficiencia. Aunque la disponibilidad de los datos ha mejorado, sigue siendo insuficiente en muchos países pobres, y para crear capacidad en esos países será necesario un apoyo bien coordinado de parte de los colaboradores en el desarrollo y un compromiso del gobierno nacional (Naciones Unidas 2012a).

Equidad

Una de las críticas más duras de los ODM ha sido que éstos, en el nivel macro (nacional o de la comunidad) o micro (de la familia), no tienen en cuenta las desigualdades. Las desigualdades y los "factores sociales determinantes de la salud" han sido cada vez más visibles en los últimos años, por ejemplo por la actuación de la Comisión de la OMS sobre los Factores sociales determinantes de la salud, en cuyo informe final titulado *Resolver la desigualdad en una generación: Conseguir la equidad de salud interviniendo en los factores sociales determinantes de ésta*, se pedía con insistencia que la desigualdad trate de resolverse: "La equidad en la salud puede conseguirse en una generación, es lo que debe hacerse, y actualmente es el momento idóneo para hacerlo" (OMS 2008).

La falta de equidad puede adoptar diferentes formas.

- En el plano nacional, los distintos países tienen puntos de partida diferentes, pero los ODM son globales, más bien que locales, por ello, aun cuando se haya conseguido un progreso notable en un país, el "fracaso" en la consecución de un objetivo puede aparecer más claramente que el progreso relativo (pero significativo) que se ha conseguido.
- En el plano de la comunidad, no hay ningún incentivo para dar prioridad a los menos privilegiados, entre ellos las personas muy pobres, las que viven en suburbios, las desempleadas, las personas indígenas y otras minorías étnicas, y las mujeres analfabetas (Vandemoortele 2012). En muchos de los informes de los países sobre sus progresos hacia la consecución de los ODM no se mencionan las minorías étnicas: en 2007, "en ninguno de los informes de los países sobre los ODM se toman en consideración las minorías bajo cada uno de los ocho Objetivos" (Consejo de los Derechos Humanos 2007). En realidad, se ha aducido que los ODM pueden haber servido de excusa para justificar violaciones de derechos humanos, tales como las evacuaciones forzosas de los barrios bajos en Sudáfrica. (La legislación provincial que condujo a ellas ha sido derogada después por el Tribunal Constitucional Africano) (OHCHR 2010).
- Las desigualdades también pueden ser frecuentes entre las familias, por ejemplo puede ser que los niños y los hombres tengan prioridad sobre las niñas y las mujeres cuando se trata de distribuir alimentos, y el modo en que se gastan los ingresos de la familia puede enmascarar fuertes dificultades para algunos miembros de la familia. Por ejemplo, en las Filipinas, las familias más pobres gastaron, en 2003, más dinero en tabaco que el total gastado en salud, en educación y en vestidos (OMS 2009).

Se han propuesto varias soluciones para el fracaso en dar prioridad a la equidad. Una mayor participación de los grupos pobres en las negociaciones de las prioridades para el futuro tendría un valor incalculable, por ejemplo, en el estudio de 1999 titulado *Voces de los pobres* (Banco Mundial 1999) se reunió información de más de 60.000 personas pobres en 60 países, y ello cambió nuestra comprensión de la pobreza y de sus consecuencias para la vida de los pobres. Esta clase de participación también puede ayudar a adaptar las metas del desarrollo a las circunstancias nacionales y locales. Hay numerosos precedentes para adaptar los ODM (mundiales) a las realidades nacionales, por ejemplo Tailandia ha ampliado en medida importante los ODM ("ODM-Plus") para incluir nuevas

metas e indicadores (por ejemplo, sobre las enfermedades cardiacas) y además como centro de interés explícito en la desigualdad, que ahora ofrece el marco para la labor de las Naciones Unidas sobre el desarrollo en el país (PNUD 2005). Y hay otros ejemplos: Sri Lanka ha establecido un objetivo para el acceso de todos al agua potable antes de 2025, y Kenia y Malawi están introduciendo como estrategia la educación primaria gratuita (OHCHR 2010).

Por las desigualdades entre los países aumenta la preocupación en todo el mundo. El Foro Económico Mundial sitúa ya la "disparidad grave de los ingresos" en uno de los primeros lugares de sus lista de los Factores de riesgo mundiales (como un alto riesgo para las economías en cuanto a probabilidad y gravedad) (WEF 2012). El seguimiento dispar de los datos también puede poner de relieve desigualdades en el desarrollo entre los países: las técnicas de acopio de datos están mejorando y podrían permitir esta forma de seguimiento.

También es posible fijar otra meta relacionada para resolver la desigualdad, aunque ninguna política puede por sí sola reducirla; por eso orientarla a través del marco de desarrollo ofrece más probabilidades de eficacia (Vandemoortele 2012), o bien los objetivos globales pueden centrarse concretamente en los más marginalizados de la sociedad, por ejemplo, pueden fijarse metas de reducción de la mortalidad materna en el quintil más pobre.

Lo que falta y si es importante o no

Una de las sugerencias para situar la equidad entre los objetivos es la de incorporar al marco los derechos humanos. Adoptando un "criterio de derechos humanos" (véase, por ejemplo, Hamm 2001) para el desarrollo se necesitarían gobiernos y donantes que tuvieran en cuenta a todos, particularmente a los que se encuentran en grave riesgo de sufrir abusos de sus derechos humanos. Hay algunos derechos que han de aplicarse a todos (por ejemplo, el derecho a la vida), pero otros pueden "reconocerse progresivamente", según sean las capacidades del gobierno; dicho de otro modo, pueden frenarse sin permitir que luego retrocedan. El problema consiste en que, actualmente, "Si las violaciones masivas de los derechos humanos son el método, ninguna es mejor que las demás: las cifras muestran un "aumento" (Langford 2010).

Los derechos humanos son el tema de sus propios tratados internacionales, que ponen en su centro la no discriminación, y abarcan derechos "civiles y políticos" (como el derecho a la vida y el derecho a un juicio justo) y los derechos "económicos, sociales y culturales" (con inclusión de los derechos a "disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental"), con otros tratados para las minorías y las personas que corren determinados riesgos, tales como los niños y las mujeres. Se discute mucho sobre cuál de los derechos humanos debe introducirse explícitamente en el nuevo marco del desarrollo mundial. En la Declaración del Milenio se incluían cuestiones relacionadas con los derechos civiles y políticos, por ejemplo, "promover la democracia y fortalecer el imperio del derecho" (Naciones Unidas 2000, párr. 24), pero éstas se omitieron en los ODM. En realidad, parece que algunos derechos humanos van más lejos que los ODM, por ejemplo el derecho a una educación primaria libre (OHCHR 2010). Muchos derechos humanos están vinculados, directa o indirectamente con la salud.

Sin embargo, si se incluyeran explícitamente todos los derechos humanos, se plantearía el peligro de que el nuevo conjunto de metas saliera de todo control y se harían totalmente inalcanzables al tratar de tener en cuenta todas las preocupaciones. Los derechos humanos son ya objeto de sus propios tratados; por ello quizá es mejor considerar que las metas y los derechos humanos son "complementarios, no sustitutos": "Los objetivos generales del programa posterior a 2015 podrían formularse recurriendo a expresiones de los derechos humanos. Las metas numéricas podrían después establecerse como elementos esenciales para la consecución gradual de estos derechos". (Vandemoortele 2012).

Los derechos humanos no son la única cuestión no incorporada en el marco de los ODM, y que ahora piden a gritos que se les incluya. Por ejemplo, desde 1990 la mayor parte de la carga de la enfermedad de muchos países de renta baja y media ha cambiado de forma dramática de las enfermedades infecciosas a las enfermedades no transmisibles. Según estimaciones, entre 2005 y 2015, las muertes en África por ENT aumentarán un 27%, y en el Sudeste de Asia las muertes por enfermedades infecciosas disminuirán un 16% y las muertes por ENT aumentarán un 21% (OMS 2012). Estas enfermedades están impulsadas por los cambios del estilo de vida: regímenes insalubres ricos en grasas, sal y azúcar; el uso pernicioso del alcohol; los bajos niveles de actividad física; y el hábito de fumar (OMS 2011). Gran parte de la carga de la enfermedad puede evitarse tratando estos factores de riesgo y, cuando las enfermedades han surgido, se dispone de numerosos tratamientos que pueden ayudar a reducir el riesgo de complicaciones. Una buena salud de los adultos es esencial para el desarrollo económico, y es dudoso que los ODM puedan conseguirse en su totalidad sin abordar esta nueva carga de las ENT, cuando las consecuencias económicas, sociales y emocionales de la nueva epidemia son tan grandes y van en aumento. Y el mayor factor de riesgo, el consumo de tabaco, que según estimaciones, ha matado a seis millones de personas en 2010, de las que casi el 80% vivían en países de renta baja o media (Sociedad Estadounidense contra el Cáncer 2012) –es un claro candidato para conseguir la meta. Algunas ANE, entre ellas las de Malta, Panamá, Eslovenia y Sudáfrica, ya están informando y formando a sus miembros para que aborden el problema de las ENT (C3 Colaborar a favor de la Salud 2010).

Entre otros sectores excluidos de los ODM se cuentan los siguientes: la educación primaria gratuita, el acceso al agua potable económica, la ayuda explícita para los niños huérfanos por causa del VIH/SIDA, la eliminación de la violencia contra la mujer, el comercio justo, la seguridad social, el trabajo infantil (véase, por ejemplo, Langford 2010). Algunos países ya han añadido metas a sus planes para los ODM: Tailandia, con un objetivo de educación secundaria para todos en el año 2015, tiene un indicador de la pobreza en los sectores especialmente empobrecidos, y está midiendo los índices de prevalencia y de muertes por la enfermedad cardíaca (PNUD 2005); pero la lista de los asuntos es, al parecer, interminable, y está en peligro de aumentar de manera incontrolable. En los países, puede ser que las enfermeras tengan opiniones claras sobre las deficiencias que hay en los objetivos actuales y sobre las prioridades para su inclusión en los objetivos posteriores a 2015 y las ANE pueden recurrir a la defensa nacional e internacional y al ejercicio de influencias y desarrollar colaboraciones con otros grupos y organizaciones para conseguir que sus voces sean oídas.

Finalmente, cualquier nuevo conjunto de objetivos habrá de ser idóneo para el futuro. La demografía está cambiando rápidamente al envejecer con rapidez las poblaciones en muchas partes del mundo y porque el conjunto de ésta se acercará a los nueve mil millones en 2050; la inseguridad alimentaria está llegando a ser un problema de gravedad creciente; la inseguridad y el conflicto - muchas veces impulsados por la pobreza y el cambio climático- afecta a gran parte del mundo, con amenazas de terrorismo que van en aumento; las nuevas tecnologías, como Internet, producen sus propias oportunidades y problemas (la falta de acceso a Internet es una nueva desigualdad posible); las pautas de la enfermedad están cambiando, en particular a favor de las enfermedades no transmisibles y los problemas de salud mental; y, finalmente, el cambio climático amenaza fundamentalmente con hacer que cambien los estilos de vida y los medios de vida de todos los habitantes del planeta. Todos estos asuntos están pidiendo que se tengan en cuenta en los nuevos objetivos.

Compromiso: financiación y colaboración

Uno de los principales problemas que se plantearán para los sucesores de los ODM será que estén surgiendo en tiempos de una grave crisis económica mundial. Aun cuando las economías estaban pujantes, las peticiones de los países desarrollados han quedado, en gran parte, sin atenderse; por ejemplo una petición, hecha en 2005 por los países del G8, de duplicar la ayuda al desarrollo para África (Fukuda-Parr 2012) sólo fue aceptada por unos pocos países. La Ayuda para el desarrollo exterior (ADE) siguió en un promedio de solamente el 0,31% del producto nacional bruto del donante, a pesar de que el objetivo de las Naciones Unidas era el 0,7%. África recibió solamente unos 45.000 millones de dólares en 2010, 16.000 millones menos que el objetivo fijado (OHCHR 2010). Se hacen constantes llamadas para que esta cifra aumente, pero parece probable que la escasez va a agravarse: las crisis bancarias anteriores han tendido a hacer que la ayuda de los donantes aumente durante un par de años y luego disminuya fuertemente, sin llegar a los niveles anteriores durante 15 años (Banco Mundial 2009). Puede ser que este modelo esté repitiéndose – por ello es irrealista esperar que un nuevo conjunto de objetivos de desarrollo vaya acompañado de importantes aumentos de la Ayuda para el desarrollo exterior.

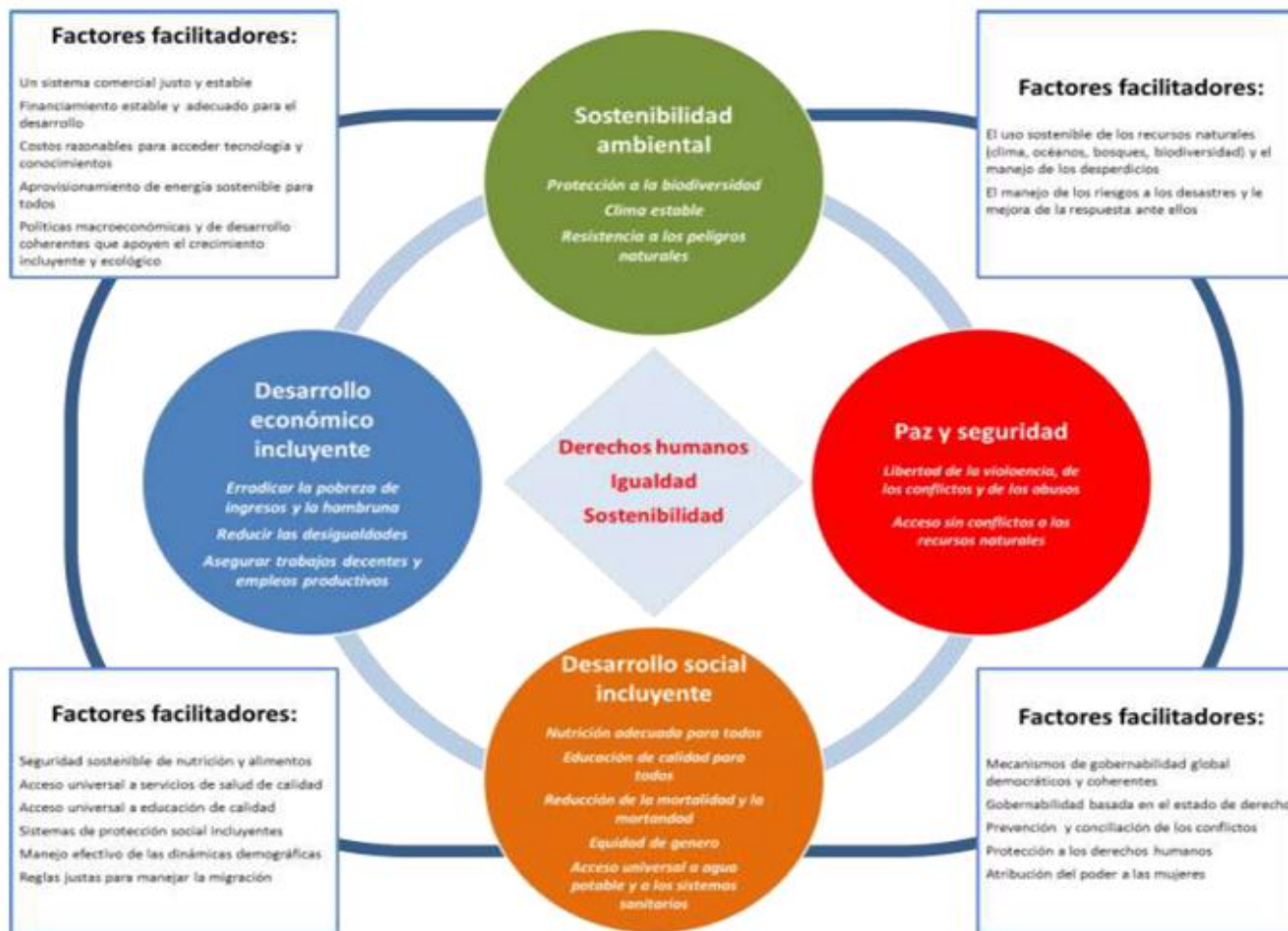
Quizá, en vez de ello, es el momento adecuado para examinar también otros modos de crear colaboración y asistencia, tales como requisitos de una mejor información, mejores mecanismos de presentación de las reclamaciones, mejor colaboración con el sector privado (aprovechando el ODM 8 sobre la colaboración), o nuevas fuentes de ingresos, como mayores regalías obtenidas de recursos naturales o un impuesto a las transacciones financieras (Green 2012). Como han puesto de relieve las Naciones Unidas en lo referente a las enfermedades no transmisibles, el desarrollo requiere un criterio "para toda la sociedad" (Naciones Unidas 2011, párr. 33) y la colaboración con todos puede ser uno de los modos más eficaces de actuar en relación con los nuevos compromisos.

Los Objetivos del desarrollo sostenible: ¿un criterio nuevo?

Un nuevo conjunto propuesto de objetivos globales hace aún mayor la actual incertidumbre en cuanto al futuro de los ODM: los Objetivos del desarrollo sostenible (ODS) que, como los ODM, se aplicarán en todo el mundo, pero, a diferencia de los ODM, ofrecen la posibilidad de fijar para las naciones desarrolladas objetivos exigentes en cuanto a las emisiones de óxido de carbono y otros asuntos relacionados con el clima. Estos ODS fueron objeto de conversaciones en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo sostenible, en Río (conocida con el nombre de "Río+20") en mayo de 2012. El documento de los resultados de Río+20 expone que cualesquiera ODS deben ser "coherentes con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo más allá de 2015, y estar integrados en él" (Río 2012, párr. 249), lo que sugiere que puede haber una coincidencia del programa de los ODM con los procesos del desarrollo sostenible. Es una gran ocasión para reunir los programas de sostenibilidad medioambiental y de erradicación de la pobreza.

El Equipo de Tarea del Sistema de las Naciones Unidas sobre el Programa de Desarrollo después de 2015 ha elaborado un marco para el desarrollo después de ese año, que ofrece la base para vincular las ODS con los ODM (véase la figura) (Equipo de Tarea del Sistema de las Naciones Unidas 2012: Figura 1) pero todavía no está claro si se considerarán superiores a los ODM, los completarán, o los eliminarán. Como los ODM, cualesquiera metas fijadas como ODS irán más allá del ciclo político –y actuarán de maneras innovadoras para incentivar la consecución progresiva de las metas, que seguirá siendo difícil.

Figura 1. Un modelo holístico para realizar el “futuro que queremos para todos” de la Agenda de Desarrollo de la las Naciones Unidas Post-2015



Aunque los especialistas del medioambiente se sintieron desanimados por los resultados de Río (su considerable fracaso en el establecimiento de una orientación clara para abordar el cambio climático), un resultado positivo fue que en el documento de resultados se reconoció explícitamente la salud como "una condición previa para, un resultado de y un indicador de... desarrollo sostenible" (Río 2012, párr. 138). Se reconoce cada vez más el resultado, favorable para todos, de abordar la salud y la sostenibilidad medioambiental. Por ejemplo, trabajar para mejorar en los países en desarrollo las tecnologías bajas en óxido de carbono puede ofrecer puestos de trabajo y reducir la contaminación (ambos benefician a la salud), y llevar a precios de la energía más baratos, si se introduce para el carbón un plan de comercio de las emisiones (Instituto de Estudios sobre el Desarrollo 2009). Además, aumentan los beneficios para la salud si se consigue que las ciudades impulsen el "viaje activo" (paseos y ciclismo), que reduce la contaminación y hace que aumente la actividad física (lo que contribuye a reducir la obesidad y las consiguientes enfermedades no transmisibles).

Una ONG –después de 2015– está haciendo campaña para influir en el desarrollo del marco para después de 2015, aun la manera en que los objetivos posteriores a los ODM estarán vinculados a los ODS (Después de 2015). Esto reúne a más de 300 organizaciones de la sociedad civil, y su sitio Web será actualizado con la información más reciente, aun sobre los problemas de salud, a medida que las negociaciones avanzan: www.beyond2015.org.

Conclusión: problemas esenciales

Hay numerosas incertidumbres en torno al programa para el desarrollo más allá de 2015, y no es el menor de ellos la manera en que van a unirse el "desarrollo sostenible" y el "desarrollo". En cualquier conjunto nuevo de objetivos mundiales debe conseguirse el equilibrio entre la inteligibilidad y la claridad –que no sea tan oneroso que no sea ya creíble, pero que no ponga el nivel tan bajo que pierda toda su importancia. Los objetivos deben establecerse en consulta con quienes resulten más afectados, de manera que se busque, en la medida de lo posible, la participación de los más necesitados, además las negociaciones deben ser transparentes y las decisiones han de ser responsables. La terminología de los derechos humanos puede ayudar a establecer los objetivos, y puede ser de importancia capital el concepto de consecución progresiva de esos derechos. Finalmente, los mecanismos de comunicación deben permitir una responsabilidad clara, quizá con metas intermedias para asegurar la consecución de la voluntad política.

La tarea puede parecer enorme y compleja, exigirá que se combinen numerosos problemas diferentes y, al parecer, válidos; todos ellos tratan de tener un lugar en el mundo rápidamente cambiante e inseguro, después de los ODM. Pero esto no debe impedirnos tratar de conseguirlos

Capítulo 5

Función de las ANE y de las enfermeras para conseguir los ODM y para la sostenibilidad después de 2015

Mantener el impulso

Las enfermeras han hecho mucho y pueden aportar todavía más para conseguir los ODM y para contribuir a dar forma y a conseguir objetivos y resultados sostenibles hasta después de 2015. Desde la enfermera individual que trabaja en un lejano contexto de atención primaria hasta las dirigentes en el plano nacional e internacional, las enfermeras trabajan para dispensar cuidados y servicios adecuados, transformar sistemas, entornos y políticas, y asegurar los recursos y condiciones necesarios para unos mejores resultados de salud. Para aportar todo su potencial, las enfermeras han de sentirse confiadas y ser audaces en su contribución, y estar dispuestas a compartir, colaborar y crear basándose en el progreso y en los éxitos conseguidos hasta hoy y, además, aprender de las iniciativas, proyectos y programas que no han logrado ser eficaces o, en realidad, han tenido resultados adversos o indeseados.

Las asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) están en una posición adecuada para informar, asesorar, alentar y apoyar a las enfermeras y actuar como conducto del libre flujo de la información y de la comunicación desde la base hasta la administración. Las ANE ofrecen un centro de interés para la participación de la enfermería en el sector de salud y más allá de él en los planos nacional e internacional. Las ANE deben seguir trabajando, con las administraciones y otros, para fortalecer los sistemas de salud y crear las condiciones necesarias para conseguir una contribución máxima de las enfermeras incluso en las cuestiones de escasez de personal, formación escasa y despliegue deficiente.

El momento es adecuado para que las ANE renueven la energía de sus miembros y orienten sus iniciativas hacia la consecución de los ODM al comienzo del periodo anterior a 2015, y para informarse y situarse a sí mismas de modo adecuado para influir en el programa para después de 2015.

Colaboraciones, redes y alianzas

Con demasiada frecuencia las enfermeras sienten que su voz no se oye y que están aisladas y excluidas de estructuras y procesos esenciales y de la adopción de decisiones. Sin embargo, el interés mundial, nacional y local en los ODM ha ofrecido numerosas ocasiones de trabajo en colaboración y de establecimiento de alianzas. "Para evitar esfuerzos duplicados y asegurar la sostenibilidad del progreso actual, las enfermeras han de unir sus estrategias a los marcos ya existentes establecidos por organismos multilaterales como las de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Naciones Unidas". (Amieva y Ferguson 2012),

Las ANE tendrán más probabilidades de conseguir resultados eficaces sostenibles ampliando su oferta de conformar las políticas, los servicios y los cuidados, si:

- Trabajan en colaboración con otras profesiones, grupo y organizaciones y desarrollan redes de contactos y alianzas estratégicas;
- Se unen a otros marcos y estrategias en los planos local, nacional e internacional para compartir un centro de interés común, evitar la superposición y poner de relieve las ventajas que pueden conseguirse combinando las actividades para conseguir un resultado común;
- Utilizan las Directivas Estratégicas 2011 - 2015 para los Servicios de Enfermería y Partería, de la OMS (OMS 2010) como marco para una actuación de amplia colaboración y para dar prioridad a los sectores más necesitados de asistencia técnica y de creación de capacidad dentro de sus países para cumplir los ODM y trabajar con los principales colaboradores e interesados para desarrollar, aplicar, vigilar y evaluar las estrategias y programas de trabajo;
- Aprovechar los canales de comunicación existentes para mantener a los miembros informados de las cuestiones y de la evolución actuales y ofrecerles ocasiones de establecer redes de contactos para que puedan compartir sus iniciativas y experiencias de mejoramiento de los cuidados y servicios, incluidas sus soluciones, los éxitos, los estudios de casos de buena práctica y las lecciones aprendidas;
- Actuar como punto central para el establecimiento de redes internacionales en la comunidad mundial de la enfermería y vincular a los miembros principales con los órganos nacionales y con los organismos internacionales;
- Animar a los miembros a que participen en las redes globales que fomentan el intercambio de información, ideas y experiencias entre la comunidad de salud, por ejemplo la información de Salud para Todos antes de 2015 (HIFA www.hifa2015.org) y la Enfermería y Obstetricia para la Salud Mundial (www.ghdonline.org/nursing/); y
- Ofrecer y aprovechar oportunidades de trabajo y de colaboración con las administraciones, las ONG, las instituciones de investigación y de educación y, cuando convenga, el sector privado, los donantes y los financiadores, y además con otros miembros del equipo multidisciplinario de salud en el que se incluyen también las matronas, los médicos y los trabajadores de salud de la comunidad, sobre todo cuando aumentan las presiones para que se realicen los mayores avances que sea posible para conseguir los ODM antes de 2015.

Conocimiento y capacidades

Para hacer una contribución eficaz, las enfermeras necesitan saber lo que han de hacer y cómo hacerlo. Esto requiere un amplio conjunto de conocimiento, de capacidades y de competencias, aun las competencias en la práctica clínica y en la gestión; en la formación y en la capacitación; en la elaboración de las políticas y en el ejercicio de influencia; en la investigación y desarrollo; y en la difusión y el empleo de las pruebas.

Las ANE tienen una importante función que desempeñar en el tratamiento de estas cuestiones, en la creación de capacidad y en la contribución de los recursos humanos de enfermería. Pueden:

- Interpretar y difundir información sobre el avance en la consecución de los ODM y sobre las actuaciones prioritarias en un contexto local, logrando así que las enfermeras conozcan el progreso y las estrategias locales y nacionales y que estén capacitadas para participar adecuadamente;
- Fomentar y desarrollar criterios innovadores para conseguir que los servicios estén pensados y se dispensen de maneras que sean sostenibles y se adapten mejor a las necesidades de las

comunidades locales a lo largo del ciclo de la vida y del continuo de los cuidados, incluso para las personas con discapacidades que quizá tienen un menor acceso a los servicios de atención de salud y más necesidades de salud insatisfechas;

- Hacer el mejor uso de los recursos materiales y humanos disponibles y ampliar el alcance y la cobertura de las enfermeras mediante un cambio adecuado de las tareas y la prestación de los servicios en circunstancias nuevas y diferentes;
- Colaborar con los asociados, en sus países y fuera de ellos, para elaborar y aplicar directrices para la práctica basada en pruebas y demostrar los efectos consiguiendo resultados sobre el terreno;
- Elaborar y aplicar una formación basada en la competencia y programas de formación de nivel postbásico, para abordar problemas concretos relacionados con la consecución de los ODM; y
- Trabajar con colaboradores académicos y otras personas para contribuir al seguimiento del progreso y a la información sobre él; generar pruebas para las opciones de salud y de política general; y desarrollar la base de las pruebas sobre unos servicios de enfermería y obstetricia eficientes en costos y sobre sus efectos en los ODM relacionados con la salud.

Defensa y ejercicio de influencia

Las enfermeras pueden participar en la defensa y en el ejercicio de influencia desde los niveles personal/profesional hasta los del cambio/sistema de la política general (CIE 2008b). La atención nacional e internacional que se ha centrado en los ODM ofrece numerosas ocasiones para que las enfermeras actúen de manera estratégica con el fin de transformar sistemas, procesos y políticas y para que influyan en las decisiones que adoptan los pacientes, las comunidades, los encargados de la política general, los gobiernos y otras personas. Además, el interés internacional que se centra en los ODM ayuda a asegurarse de que (aun en los países en que no es probable que se consiga el cambio de la política mediante la defensa directa de parte de los profesionales de salud) las enfermeras y otras personas pueden fortalecer los vínculos con grupos de defensa internacionales adecuados y tratar de conseguir el cambio y el mejoramiento por esas vías.

Para que cualquier actividad de defensa o de ejercicio de influencia sea eficaz, es necesario tener claras las ideas acerca de lo que la ANE está tratando de conseguir, a quién está tratando de influir y, además, dónde y cuándo las actividades y los criterios de la ANE tienen más probabilidades de influir.

El Marco para Acelerar los ODM (MAO) al que se hace referencia en el Capítulo 3 identifica numerosos asuntos concretos, clínicos y no clínicos, en torno a los cuales las enfermeras y otras personas pueden unirse para aplicarlos y defenderlos. Las campañas de defensa también pueden abordar asuntos subyacentes más amplios tales como los factores sociales determinantes de la salud entre ellos la vivienda, la educación, el agua y el saneamiento, la escasez de los recursos humanos y los desequilibrios en los países y entre los países, se deban o no a la economía, las condiciones laborales, los problemas de seguridad, la formación, la migración u otras causas. Las ANE están especialmente bien situadas, en los planos local y nacional, para defender e influir en favor de los recursos que se precisan para llevar a cabo la labor que ha de hacerse.

El marco del CIE para la defensa, que consta de 10 pasos (CIE 2008b) y que se ha adaptado más abajo, puede ser empleado por las ANE, otros grupos de enfermería y personas para ayudar a que la atención se centre y se asegure el progreso en la consecución de determinados objetivos, metas o indicadores y puede emplearse también para contribuir a la influencia en el programa para después de 2015.

- 1) Actuar: Superar los obstáculos que se oponen a la acción; asumir diversas funciones incluidas las de representar, acompañar, capacitar, mediar, establecer modelos, negociar y fijar redes de contactos.
- 2) Seleccionar su propio tema: Identificar y señalar a la atención un asunto que sea importante y pueda conseguirse.
- 3) Entender el contexto político: Identificar las principales personas en las que hay que influir; entender cómo y por quién se adoptan las decisiones y cómo se imponen, se aplican y se evalúan.
- 4) Crear la base de pruebas: Entender las cuestiones y configurar las posibles funciones de los participantes importantes, e incluso comprender a quienes nos apoyan y a quienes se oponen a nosotros.
- 5) Atraer a otros: Conseguir el apoyo de personas/organizaciones esenciales; capacitar y apoyar a los pacientes y a las comunidades para que se defiendan a sí mismos.
- 6) Elaborar planes estratégicos: Identificar de manera colectiva las metas y objetivos y los mejores modos de seguir su progreso y de conseguirlos; dar pequeños pasos para conseguir una visión de largo plazo.
- 7) Comunicar mensajes y aplicar planes: Ofrecer mensajes sencillos, concisos y adaptados que incluyan la actuación que ha de emprenderse; anular las iniciativas de los grupos contrarios interesados.
- 8) Aprovechar las ocasiones: Intervenciones y actuaciones oportunas para obtener los máximos efectos; crear o aprovechar las oportunidades.
- 9) Ser responsable: Vigilar y evaluar el progreso y las consecuencias comparándolos con objetivos claramente definidos.
- 10) Impulsar el desarrollo de la salud: Crear capacidad a lo largo del proceso de planificación estratégica, establecer redes de contactos, comunicaciones, etc. para asegurar la sostenibilidad.

Conclusión

Los ODM han constituido un claro centro global para la acción y para la asignación de los recursos. Al contribuir a su consecución, las enfermeras han desarrollado capacidades políticas que les capacitan para negociar, en todos los niveles y con diversos asociados, para conformar y prestar servicios adecuados y para dispensarlos, aun para las comunidades más marginalizadas y olvidadas. Además las enfermeras han mostrado una gran flexibilidad, carácter innovador y valentía al configurar y desarrollar nuevas funciones y servicios. Aun cuando ningún sistema o planteamiento es perfecto –y en capítulos anteriores se han expuesto ya algunas de las deficiencias de los ODM- pueden conseguirse enormes beneficios si se tiene un centro de interés común.

Al avanzar hacia el año 2015, se anima a las enfermeras a que pasen las barreras y las dificultades que se presentan para alcanzar los ODM y satisfacer las necesidades de las comunidades más pobres, más marginalizadas y más deficientemente servidas del mundo.

Como se ha expuesto en el Capítulo 4, no está claro el aspecto que presentará el periodo posterior a 2015. Será importante no sólo ocuparse del nuevo programa, sino seguir trabajando para alcanzar todos los ODM en todos los países y para cerciorarse de que el progreso conseguido no se pierda si cambian el centro de interés y los recursos.

Sin embargo, una cosa está clara: la salud será un elemento esencial para el desarrollo mundial en el futuro, esté explícita o no lo esté en el nuevo programa. La cambiante carga de la enfermedad y los efectos que el cambio climático tendrá en la salud, en el desarrollo y en la sostenibilidad medioambiental exigen que las enfermeras, en todo el mundo, estén a la altura de las dificultades y participen en la forma y en la aplicación del nuevo programa para la salud y el bienestar de la comunidad mundial.

Lista de Páginas informativas relacionadas

Estas se pueden encontrar en www.icn.ch/es/publications/fact-sheets/

- [Adhesión a una terapia de larga duración](#)
- [Resistencia a los antimicrobianos](#)
- [Nutrición infantil](#)
- [La presencia de la enfermería en la Organización Mundial de la Salud](#)
- [Salud y derechos humanos](#)
- [El VIH/SIDA en la Unión Europea](#)
- [La seguridad de las inmunizaciones: Función esencial de la enfermería](#)
- [Seguridad de las inmunizaciones: las prácticas seguras de eliminación de los desechos salvan vidas](#)
- [Lucha contra las infecciones](#)
- [La perspectiva del género en los servicios de salud](#)
- [Circuncisión masculina](#)
- [Nutrición materna e infantil](#)
- [Errores de medicación](#)
- [La salud del hombre](#)
- [Movilización de las enfermeras para la prevención y cuidados del VIH/SIDA](#)
- [Interacción entre la enfermería y los cuidados sociales](#)
- [Indicadores de los resultados logrados por la enfermería](#)
- [El CIE aborda el estrés en el trabajo y la amenaza que supone para la salud del trabajador](#)
- [Cuidados paliativos](#)
- [La Declaración de París](#)
- [Neumonía neumocócica](#)
- [Entornos positivos para la práctica de los profesionales de atención de salud](#)
- [Pobreza y salud: romper el vínculo](#)
- [La prevención de las lesiones por agujas](#)
- [Pruebas y asesoramiento sobre el VIH iniciados por el dispensador \(PITC\) en las instituciones de atención de salud](#)
- [Las infecciones de transmisión sexual](#)
- [La tuberculosis](#)
- [La exposición a la tuberculosis en el contexto de la atención de salud: prevención de las transmisiones profesionales](#)
- [La cadena del frío para las vacunas: mantener los enlaces del frío](#)
- [La Iniciativa “Tratar a 3 millones antes de 2005” \(3x5\) de la OMS](#)
- [La salud de la mujer](#)

Lista de Declaraciones de posición relacionadas

Estas se pueden encontrar en www.icn.ch/es/publications/position-statements/

A. Los papeles de la enfermería en los servicios de atención de salud

- [Resistencia a los antimicrobianos](#) (2004)
- [Lactancia materna](#) (2004)
- [Distribución y uso de sucedáneos de la leche materna](#) (2004)
- [Eliminación de la mutilación genital femenina](#) (2010)
- [Servicios de salud para migrantes, refugiados y personas desplazadas](#) (2006)
- [La infección del VIH y el SIDA](#) (2008)
- [Gestión de los servicios de enfermería y atención de salud](#) (2000)
- [Salud mental](#) (2008)
- [La función de la enfermera que dispensa cuidados a los pacientes moribundos y a sus familias](#) (2012)
- [Salud de la mujer](#) (2002)

A. La profesión de enfermería

- [Personal auxiliar de enfermería](#) (2000)
- [El mantenimiento de la competencia como responsabilidad profesional y derecho del público](#) (2006)
- [Investigación en enfermería](#) (2007)

B. El bienestar económico y social de las enfermeras

- [Seguridad y salud en el trabajo para las enfermeras](#) (2006)
- [Reducir las consecuencias de la infección de VIH y SIDA en el personal de enfermería y partería](#) (2008)
- [Bienestar social y económico de las enfermeras](#) (2010)

C. Sistema de atención de salud

- [Desarrollo de los recursos humanos de salud](#) (2007)
- [Las enfermeras y la atención primaria de salud](#) (2007)
- [Enfermería y desarrollo](#) (2007)
- [Participación de las enfermeras en la adopción de decisiones y en la elaboración de políticas en los servicios de salud](#) (2008)
- [Seguridad de los pacientes](#) (2012)
- [Promover el valor y la relación costo-eficacia de la enfermería](#) (2001)
- [Servicios de salud asequibles financiados por el sector público](#) (2012)

D. Cuestiones sociales

- [Medicamentos falsificados/adulterados](#) (2010)
- [Desechos y residuos de la atención de salud: Función de las enfermeras y la enfermería](#) (2010)
- [Información de salud: Protección de los derechos del paciente](#) (2008)
- [Pacientes informados](#) (2008)
- [Las enfermeras, el cambio climático y la salud](#) (2008)
- [Las enfermeras y los derechos humanos](#) (2011)
- [Los derechos del niño](#) (2008)
- [Acceso universal al agua potable](#) (2008)

El Programa para el Desarrollo Después de 2015, del Equipo de Tarea del Sistema de las Naciones Unidas y el Grupo especial de alto nivel, de personas eminentes, para después de 2015.

Equipo de Tarea del Sistema de las Naciones Unidas sobre el Programa para el Desarrollo después de 2015,

En el Equipo de Tarea del Sistema de las Naciones Unidas sobre el Programa para el Desarrollo después de 2015 se reúnen los representantes de más de 50 organismos de las Naciones Unidas y otros órganos internacionales.

Sus miembros son los siguientes:

- Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DAES), copresidente
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), copresidente
- Convención sobre la Diversidad Biológica (CDB)
- Departamento de Información del Público (DIP)
- Comisión Económica para África (CEA)
- Comisión Económica para Europa (CEE)
- Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico (CESAP)
- Comisión Económica y Social para Asia Occidental (CESAO)
- Oficina Ejecutiva del Secretario General (OESG)
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)
- Organismo Mundial sobre el Medio Ambiente (GEF)
- Organismo Internacional de la Energía Atómica (OIEA)
- Organismo Internacional de Aviación Civil (ICAO)
- Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola (FIDA)
- Organización Internacional del Trabajo (OIT)
- Organización Marítima Internacional (OMI)
- Fondo Monetario Internacional (FMI)
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM)
- Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT)
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra el VIH/SIDA (ONUSIDA)
- Servicio de Enlace No-Gubernamental (SENG)
- Oficina del Secretario General adjunto (OSGA)
- Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACDR)
- Oficina del Alto Representante para los Países Menos Adelantados, los Países en Desarrollo sin Litoral, y los Pequeños Estados Isleños en Desarrollo (OHRLLS)
- Oficina del Asesor Especial sobre África (OSAA)
- Oficina de Apoyo a la Paz (PBSO)
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
- Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD)
- Convenio de las Naciones Unidas contra la Desertificación (UNCCD)
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)
- Organismo de las Naciones Unidas para la Igualdad de los Géneros y la Capacitación de la Mujer (mujeres de las Naciones Unidas)
- Programa de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente (PNUMA)
- Convenio Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (UNFCCC)

- Fondo de las Naciones Unidas para las Colaboraciones Internacionales (UNFIP)
- Oficina Mundial Conjunta de las Naciones Unidas
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)
- Programa de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos (UN-HABITAT)
- Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (UNIDO)
- Estrategia Internacional de las Naciones Unidas para la Reducción de las Catástrofes Naturales (UNISDR)
- Instituto de las Naciones Unidas para la Formación y la Investigación (UNITAR)
- Campaña de las Naciones Unidas sobre el Milenio
- Oficina de las Naciones Unidas para Asuntos del Espacio Exterior (UNOOSA)
- Oficina de las Naciones Unidas para Servicios a Proyectos (UNOPS)
- Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y la Criminalidad (UNODC)
- Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA)
- Organismo de las Naciones Unidas para la Ayuda a los trabajos en favor de los Refugiados Palestinos en el Cercano Oriente (UNRWA)
- Instituto de Investigación para el Desarrollo Social, de las Naciones Unidas (UNRISD)
- Consejo de Directores Ejecutivos de la Secretaría de Coordinación (CEB) del Sistema de las Naciones Unidas
- Universidad de las Naciones Unidas (UNU)
- Voluntarios de las Naciones Unidas (VNU)
- Organización Mundial del Turismo, de las Naciones Unidas (OMTNU)
- Unión Postal Universal (UPU)
- Banco Mundial
- Programa Mundial de Alimentos (PMA)
- Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI)
- Organización Meteorológica Mundial (OMM)
- Organización Mundial del Comercio (OMC)

Fuente: www.un.org/millenniumgoals/pdf/Task%20Team%20member%20entities.pdf

Grupo Especial de Alto Nivel formado por 26 "personas eminentes"

Este Grupo Especial de Alto Nivel consta de las 26 "personas eminentes" siguientes:

Copresidentes:

- Presidente Susilo Bambang Yudhoyono (Indonesia)
- Presidenta Ellen Johnson Sirleaf (Liberia)
- Primer Ministro David Cameron (Reino Unido)

Otros miembros:

- Fulbert Gero Amoussouga (Benín)
- Vanessa Petrelli Corrêa (Brasil)
- Yingfan Wang (China)
- Maria Angela Holguin (Colombia)
- Gisela Alonso (Cuba)
- Jean-Michel Severino (Francia)
- Horst Kohler (Alemania)
- Abhijit Banerjee (India)
- Naoto Kan (Japón)
- H.R. Reina Rania de Jordania (Jordania)
- Betty Maina (Kenia)

- Sung-Hwan Kim (República de Corea)
- Andris Piebalgs (Lituania)
- Patricia Espinosa (México)
- Paul Polman (Holanda)
- Ngozi Okonjo-Iweala (Nigeria)
- Elvira Nabiullina (Federación de Rusia)
- Graça Machel (Sudáfrica)
- Gunilla Carlsson (Suecia)
- Emilia Pires (Timor Oriental)
- Kadir Topbas (Turquía)
- John Podesta (Estados Unidos de América)
- Tawakel Karman (Yemen)
- Amina J. Mohammed, Asesora especial del Secretario General sobre Planificación del Desarrollo para después de 2015 (de oficio)

Para obtener información biográfica sobre cada uno de ellos, véase el Comunicado de prensa del Secretario General de las Naciones Unidas, de 31 de julio de 2012 en la dirección: www.un.org/News/Press/docs/2012/sga1364.doc.htm

Referencias

- American Cancer Society and World Lung Federation (2012). *The Tobacco Atlas* (4th edition). Disponible en: www.tobaccoatlas.org/uploads/Images/PDFs/Tobacco Atlas 4 entire.pdf
- Amieva S and Ferguson S (2012). 'Moving forward: nurses are key to achieving the United Nations Development Program's Millennium Development Goals', *International Nursing Review* 59(1): 55–8. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2011.00944.x/abstract>
- Banco Mundial (1999). Estudio titulado *Las voces de los pobres*: Disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/0,,contentMDK:20622514~menuPK:336998~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:336992,00.html>
- Banco Mundial (2009). Grupo de Desarrollo e investigación del Banco Mundial: "Ayuda internacional y crisis financiera en los países donantes" (Documento de trabajo 5162 sobre La investigación de la política general): Disponible en: [www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2009/12/29/000158349_20091229212514/Rendered/PDF/WPS5162.pdf](http://wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2009/12/29/000158349_20091229212514/Rendered/PDF/WPS5162.pdf)
- Banco Mundial (2011). *Informe mundial de vigilancia 2011: Mejorar los inconvenientes para alcanzar los ODM*: Disponible en: <http://issuu.com/world.bank.publications/docs/9780821387009>
- Beyond 2015 (2012). 'Sustainable Development Goals and the relationship to a post 2015 global development framework: a Beyond 2015 discussion paper'. Disponible en: www.stakeholderforum.org/fileadmin/files/Beyond_per_cent202015_per_cent20MDG-SDG_per_cent20relationship.pdf
- Binka F, Bawah AA, Phillips JF, Hodgson A, Adjuik M and MacLeod B (2007). 'Rapid achievement of the child survival millennium development goal: evidence from the Navrongo experiment in Northern Ghana', *Tropical Medicine & International Health: TM & IH* [serial online] 12(5): 578–83. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2007.01826.x/abstract>
- C3 Colaborar a favor de la Salud (2010). Global nursing project. Disponible en: www.c3health.org/c3activities/health-professionals/global-nursing-project/
- C3 Colaborar a favor de la Salud (2011). *The UN High-level Meeting on the Prevention and Control of NCDs (New York, 19–20 September 2011) and Associated Side-Events*. Disponible en: www.c3health.org/wp-content/uploads/2009/09/Complete-write-up-of-UN-HLM-and-side-events-v-2-20111108.pdf
- Consejo internacional de enfermeras (2008b). *Promocionar la salud: Guía de Orientación para los profesionales de salud*. Disponible en la dirección: www.ppecampaign.org/sites/ppecampaign.org/files/toolkit/en/Promoting-health-Advocacy_per_cent20Guide.pdf
- Consejo internacional de enfermeras(2003). Las enfermeras, siempre con la familia: Al cuidado de todos, contra el estigma del SIDA: Día internacional de la enfermera, Conjunto de instrumentos. Disponible en: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2003.pdf>

Consejo internacional de enfermeras(2008a). Boletín sobre el Liderazgo Nº 15, Abril 2008. Disponible en:

www.icn.ch/images/stories/documents/news/bulletins/lfc/15_Leadership_Bulletin_April_2008.pdf

Consejo internacional de enfermeras(2010). Informe no publicado sobre la Evaluación del proyecto de formación del CIE sobre la tuberculosis/tuberculosis MDR.

Chan M (2007). Alocución al personal de la OMS, Ginebra. Disponible en:

www.who.int/dg/speeches/2007/address.to.staff/en/index.html

Equipo de Tarea del Sistema de las Naciones Unidas (2012). Equipo de Tarea del Sistema de las Naciones Unidas sobre el programa de Desarrollo de las Naciones Unidas después de 2015:

Conseguir el futuro que deseamos para todos: Informe para el Secretario general: Disponible en:

www.un.org/millenniumgoals/pdf/Post_2015_UNTReport.pdf

Foro Económico Mundial (2012). *Global Risks 2012*. Disponible en:

www.weforum.org/reports/global-risks-2012-seventh-edition

Foro Económico Mundial and Harvard University (2011). *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases*: Disponible en: www.weforum.org/reports/global-economic-burden-non-communicable-diseases

Fukuda-Parr S (2012). 'Should global goal setting continue, and how, in the post-2015 era?' (DESA Working Paper No. 117). Disponible en: www.un.org/esa/desa/papers/2012/wp117_2012.pdf

Green D (2012). 'Rio+20's sustainable development goals should reflect today's world', *The Guardian* blog, 15 de junio. Disponible en: www.guardian.co.uk/global-development/poverty-matters/2012/jun/15/rio20-sustainable-development-goals

Haines A, Alleyne G, Kickbusch I and Dora C (2012). 'From the Earth Summit to Rio+20: integration of health and sustainable development', *The Lancet* 379: 2189–97: Disponible en:

[www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736 per cent2812 per cent2960779-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%20per%20cent2812%20per%20cent2960779-X/abstract)

Hamm BI (2001). 'A human rights approach to development', *Human Rights Quarterly* 23(4): 1005–31. Disponible en:

http://muse.jhu.edu/login?auth=0&type=summary&url=/journals/human_rights_quarterly/v023/23.4hamm.html

Hulme D and Fukuda-Parr S (2009). 'International norm dynamics and "the end of poverty": understanding the Millennium Development Goals'. Disponible en:

www.bwpi.manchester.ac.uk/resources/Working-Papers/bwpi-wp-9609.pdf

Human Rights Council (2007). 'Achieving the Millennium Development Goals (ODM) for minorities: a review of MDG country reports and poverty reduction strategies' (A/HRC/4/9/Add.1, March 2007), Disponible en:

<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G07/113/05/PDF/G0711305.pdf?OpenElement>

Institute of Development Studies (2009). 'After 2015: pro-poor low carbon development'. Disponible en: www.ids.ac.uk/files/dmfile/IF9.4.pdf

Langford M (2010). 'A poverty of rights: six ways to fix the ODM', *IDS Bulletin* 41(1): 83–91. Disponible en: [www.jus.uio.no/smr/english/people/aca/malcolm/Poverty per cent20of per cent20Rights.pdf](http://www.jus.uio.no/smr/english/people/aca/malcolm/Poverty%20per%20of%20per%20Rights.pdf)

Naciones Unidas (2000). *Declaración del Milenio, de las Naciones Unidas* (Resolución A/RES/55/2, 18 Septiembre de 2000): Disponible en: www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm/

Naciones Unidas (2001). *Objetivos de desarrollo del milenio*: Disponible en: <http://www.un.org/millenniumgoals/>

Naciones Unidas (2005). *Proyecto de las Naciones Unidas para el Milenio, Invertir en el desarrollo: Plan práctico para conseguir los Objetivos de desarrollo del milenio* (2005): Disponible en: www.unmillenniumproject.org/documents/overviewEngLowRes.pdf

Naciones Unidas (2011). *Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre La prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* (A/66/L.1): Disponible en: www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/66/L.1

Naciones Unidas (2012b). *Comunicado de prensa de las Naciones Unidas, “el Secretario general de las Naciones Unidas nombra un grupo especial de alto nivel para elaborar un programa para después de 2012”*, 31 de julio: Disponible en: [www.un.org/millenniumgoals/Press per cent20release post-2015panel.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/Press%20release%20post-2015panel.pdf)

Naciones Unidas (2012c). *Objetivos de desarrollo del milenio: Programa de progresos de 2012*: Disponible en: [www.un.org/millenniumgoals/pdf/2012 Progress E.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/2012%20Progress%20E.pdf)

Naciones Unidas Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (2011). *Marco 2011 para acelerar la consecución de los ODM, 2011* Disponible en: [www.undp.org/content/dam/undp/library/Poverty per cent20Reduction/MDG per cent20Strategies/MAF per cent20Report per cent20Dec per cent202011.pdf](http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Poverty%20Reduction/MDG%20per%20Strategies/MAF%20Report%20Dec%202011.pdf)

Naciones Unidas, *Informe 2012 sobre los Objetivos de desarrollo del milenio*: Disponible en: www.un.org/en/development/desa/publications/mdg-report-2012.html

Naciones Unidas, Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD) (2005). *ODM-Plus: Estudio del caso de Tailandia*: Disponible en: [http://www.undg.org/archive_docs/6839-MDG plus a case study of Thailand.pdf](http://www.undg.org/archive_docs/6839-MDG_plus_a_case_study_of_Thailand.pdf)

National Expert Commission (2012). 'A nursing call to action: The health of our nation, the future of our health system' (Canadian Nurses Association, Ottawa). Disponible en: [www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/nec/NEC Report e.pdf](http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/nec/NEC_Report_e.pdf)

Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OHCHR) (2012). *Human Rights and the Millennium Development Goals in Practice: A review of country strategies and reporting*. Disponible en: www.ohchr.org/Documents/Publications/HRAndODMInPractice.pdf

OMS/UNICEF (2012). *Crear un futuro para las mujeres y los niños: el Informe de 2012*: Disponible en: www.countdown2015mnch.org/documents/2012Report/2012-complete-no-profiles.pdf

ONUSIDA (2012). "Juntos acabaremos con el SIDA": Disponible en: [www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/20120718 togetherwewillendaids_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/20120718_togetherwewillendaids_en.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2008). Comisión sobre los Factores sociales determinantes de la salud, *Informe final: Resolver la desigualdad en una generación: Equidad de salud mediante la actuación en los Factores sociales determinantes de la salud*: Disponible en: www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html

Organización Mundial de la Salud (2009). “Documento de debate: Las enfermedades no transmisibles, la pobreza y el Programa para el desarrollo”: Disponible en: www.who.int/nmh/publications/discussion_paper_ncd_en.pdf

Organización Mundial de la Salud (2010). Servicios de enfermería y partería, Orientaciones estratégicas 2011–2015: Disponible en: <http://www.who.int/hrh/resources/nmsd/en/>

Organización Mundial de la Salud (2011). *Informe mundial de situación sobre las Enfermedades no transmisibles 2010*: Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf

Organización Mundial de la Salud (2012). Enfermedad crónica y promoción de la salud: Boletines de información sobre Regiones y países: Disponible en: www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/impact/en/index.html

Overseas Development Institute (2012). ‘Post-2015 health ODM’: www.odi.org.uk/resources/details.asp?id=6444&title=millennium-development-goals-ODM-health-post2015

Rio 2012: Documento de las Naciones Unidas sobre los resultados de la Conferencia Rio+20, *El futuro que queremos*: www.uncsd2012.org/thefuturewewant.html

Sumner A (2009). ‘Beyond 2015’, *The Broker* (14 May 2009). Disponible en: www.thebrokeronline.eu/Articles/Beyond-2015

The Lancet (2010). Series on neglected tropical diseases (2010). Disponible en: www.thelancet.com/series/neglected-tropical-diseases

Vandemoortele J (2009). ‘Taking the ODM beyond 2015: hasten slowly’: Disponible en: www.devstud.org.uk/downloads/4b9ea0272d30b_Vandemoortele_PAPER.pdf

Vandemoortele J (2012). ‘Advancing the global development agenda post-2015: some thoughts, ideas and practical suggestions’ (background paper prepared for the Experts Group Meeting to support the advancement of the post-2015 UN development agenda, February 2012): Disponible en: www.un.org/millenniumgoals/pdf/jan_vandemoortele_Aug.pdf