

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

Salud infantil y cooperación internacional: una aproximación pediátrica



M. Sobrino Toro^{a,*}, I. Riaño Galan^b, Q. Bassat^c, J. Perez-Lescure Picarzo^d,
M. de Aranzabal Agudo^e, X. Krauel Vidal^f y M. Rivera Cuello^g, en representación
del Comité de Cooperación Internacional de la Asociación Española de Pediatría

^a Área de Pediatría, Departamento de Farmacología, Pediatría y Radiología, Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

^b Servicio de Pediatría, Hospital San Agustín, Avilés, Asturias, España

^c Centre for International Health Research Hospital Clínic, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^d Área de Cardiología Infantil, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

^e Atención Primaria Osakidetza

^f Hospital Sant Joan de Dèu de Barcelona

^g Unidad de Gestión Clínica del Área Sanitaria Este Málaga, Servicio Andaluz de Salud, Málaga, España

Recibido el 3 de noviembre de 2014; aceptado el 8 de noviembre de 2014

Disponible en Internet el 17 de diciembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Cooperación
internacional;
Salud global infantil;
Mortalidad infantil;
Malnutrición infantil

Resumen La cooperación internacional al desarrollo en salud infantil despierta un especial interés en el ámbito pediátrico. En los últimos decenios se han ido revelando nuevas evidencias en torno al análisis de los factores vinculados a la morbimortalidad en las primeras etapas de la vida en los países menos adelantados. Este mayor conocimiento del origen de los problemas de salud y las posibles respuestas en forma de intervenciones con impacto determina la necesidad de su divulgación entre los profesionales de Pediatría interesados. Se hacen necesarios mayores esfuerzos para profundizar en materias relacionadas con salud global infantil y favorecer el que los pediatras conozcan y participen en estos procesos. Este artículo pretende ofrecer un acercamiento pediátrico social hacia los elementos relacionados con cooperación internacional y salud infantil.

© 2014 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

International
cooperation;
Infant global health;

Child health and international cooperation: A paediatric approach

Abstract The international development cooperation in child health arouses special interest in paediatric settings. In the last 10 10 years or so, new evidence has been presented on factors associated with morbidity and mortality in the first years of life in the least developed

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: sobrino@us.es, drsobrinotoro@gmail.com (M. Sobrino Toro).

Infant mortality;
Infant malnutrition

countries. This greater knowledge on the causes of health problems and possible responses in the form of interventions with impact, leads to the need to disseminate this information among concerned professional pediatricians. Serious efforts are needed to get a deeper insight into matters related to global child health and encourage pediatricians to be aware and participate in these processes. This article aims to provide a social pediatric approach towards international cooperation and child health-related matters

© 2014 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La Asociación Española de Pediatría (AEP) no ha sido ajena al interés creciente de los pediatras de nuestro país por la cooperación internacional. Al objeto de canalizar estas inquietudes, en el año 2011 se creó un grupo de trabajo que ha promovido la sensibilización hacia la cultura de la cooperación y solidaridad en salud infantil en países en desarrollo¹.

La Pediatría, con una mirada amplia, ha de facilitar el acceso a las mejores y más actualizadas formas de diagnosticar y tratar enfermedades en las edades que abarca. También prevenirlas, promocionar la salud y propiciar un crecimiento y desarrollo adecuados. Esto debiera extenderse a todos los niños y niñas sin excepción.

El pediatra ocupa un lugar de privilegio en ese proceso de transformación singular por el cual el niño pasa —tras casi 2 decenios— a ser adulto, debiendo asumir espacios de responsabilidad y compromiso profesional junto a otros profesionales e instancias, también en un escenario más allá de los límites geográficos de su país.

En este artículo trataremos de aproximarnos al tema y reflexionar sobre algunos aspectos que lo definen.

De la salud internacional a la global

Desde mediados de los años noventa del pasado siglo, se ha ido rebautizando el campo de la salud internacional como «salud global»². Este término asume el estudio y la práctica de temas de salud que trascienden fronteras, en zonas pobres o ricas.

Países con mayores recursos ayudan a otros que tienen menos o carecen de ellos, aunque en muchos casos existen recursos no puestos en valor en los países receptores y siguen surgiendo dudas sobre condicionantes o dependencias generadas que determinadas formas de cooperación originan y que son motivo de controversia.

La cooperación internacional al desarrollo se fundamenta no solo en el principio ético de solidaridad, también en el de responsabilidad y en el del necesario reconocimiento de los derechos humanos, más allá de fronteras, culturas, razas y religiones^{1,3}.

En el campo de la salud global debe incorporarse el enfoque de derechos. La Convención de los Derechos del Niño (1989) establece entre sus principios rectores el derecho a la

supervivencia y al desarrollo⁴. Desde la Pediatría, y quienes la ejercemos, hemos de ser garantes de lo contenido en la Convención, favoreciendo su conocimiento y cumplimiento.

Los esfuerzos por mejorar la salud infantil global han sido importantes en los últimos decenios. Paradójicamente, en algunos casos, iniciativas destinadas a resolver problemas con medios costo-efectivos han propiciado respuestas aplicables a países no pobres. Es el caso, por ejemplo, de las sales de rehidratación oral, o el «método canguro» iniciado en Colombia ante la escasez de recursos. En esta línea, cabe señalar el trabajo sistemático del grupo de trabajo de la OMS, liderado por de Onís, que se ha concretado en la publicación en 2006 del primer patrón internacional de crecimiento y desarrollo para menores de 5 años válido para todos los niños del mundo⁵.

Infancia y adolescencia: argumentos para la cooperación en salud

Analizando la distribución de la población mundial por áreas geográficas y grupos de edad pediátrica (<18 años), y de manera particular los menores de 5 años, para el año 2012 (fig. 1) observamos cómo de un total de 7.041 millones de habitantes, 2.214 —aproximadamente el 31%— son menores de 18 años y 652 millones son menores de 5 años (algo más del 9%)⁶.

Uno de cada 3 habitantes del planeta es menor de 18 años y casi uno de cada 10 no alcanza los 5 años. Pero como se observa en la figura 1, la distribución no es homogénea y en África subsahariana prácticamente uno de cada 2 habitantes está en edad pediátrica.

Reconocer las mejores evidencias sobre los grandes problemas que afectan a la salud infantil y algunas de las alternativas para tratarlos ha sido una tarea esencial. Las sucesivas publicaciones de las denominadas «Series Lancet» han revisado muchos de los elementos que definen la realidad de la salud infantil en un escenario de salud global, de manera particular en los países con mayores carencias.

Así, en 2003, la serie «Child survival», con 5 capítulos, hacía una llamada de atención sobre la mortalidad en menores de 5 años en el mundo⁷⁻¹¹. Destacaba el fallecimiento de más de 10 millones de niños menores de 5 años al año, la mitad de ellos en 6 países (India en primer lugar con más de 2,4 millones) siendo la causas principales: neonatales, neumonía, diarrea y malaria, si bien apuntaba diferentes

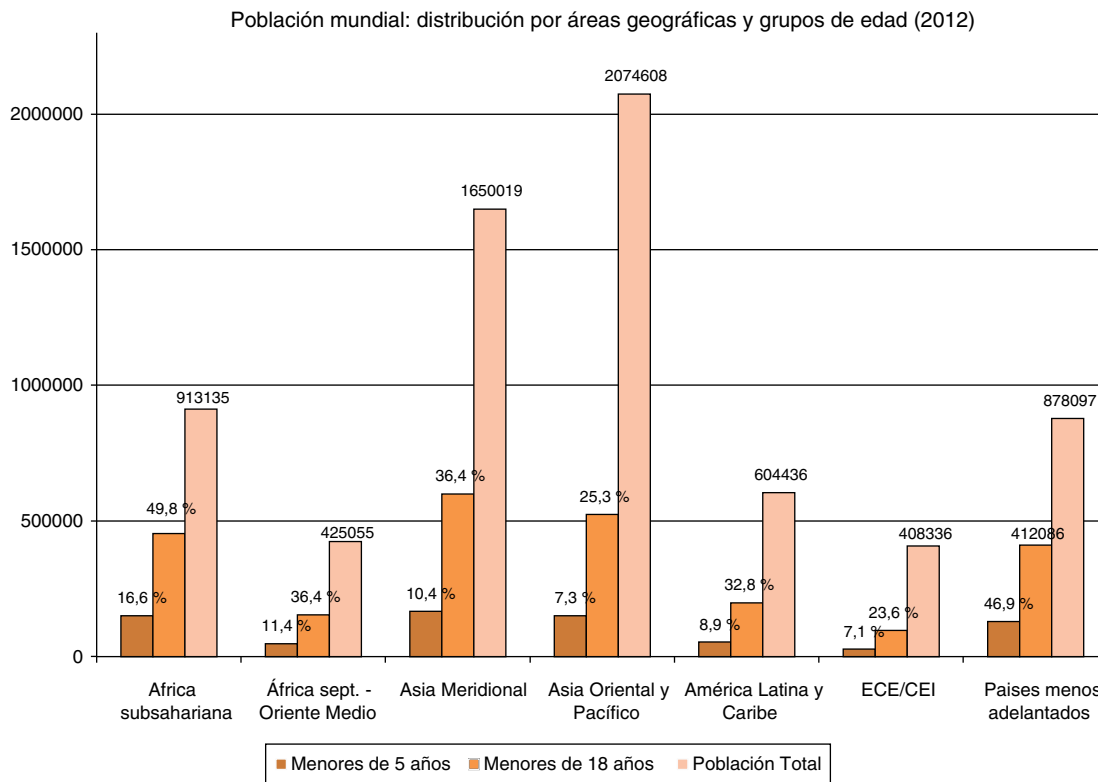


Figura 1 Población mundial: distribución por áreas geográficas y grupos de edad (2012). Fuente: UNICEF 2014, elaboración propia.

perfiles epidemiológicos según características concretas de países (en unos predomina el VIH-sida, en otros malaria u otras causas, reseñándose como comorbilidad el bajo peso en diversa proporción en muchos de ellos)⁷.

Se proponían intervenciones denominadas «preventivas» (lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, adecuada alimentación complementaria, uso de mosquiteros con insecticidas, saneamiento y agua potable, vitamina A..., entre otras) y otras «terapéuticas» (uso de la solución de rehidratación oral, antibióticos en neumonías, antimaláricos, vitamina A..., entre otras) que reducirían la mortalidad. Los autores afirmaban que solo el uso de la lactancia materna universalizada y exclusiva en los primeros 6 meses podría prevenir 1,3 millones de muertes al año⁸. Señalaban la necesidad de obtener información epidemiológica, las mejores intervenciones para la supervivencia infantil, las estrategias de manejo en salud materno-infantil, de conocer lo relacionado con las diferencias por inequidad y hacer seguimiento de logros¹¹.

En 2005, la llamada «Neonatal survival» agrupaba en 4 artículos el análisis de factores asociados a la supervivencia en el primer mes de vida¹²⁻¹⁵. Con el descenso paulatino de la mortalidad infantil global, la neonatal representa una mayor proporción y el nicho donde deberían enfocarse los mayores esfuerzos. El fallecimiento de más de 4 millones de niños al año en periodo neonatal supone un 38% de las de menores de 5 años, con la prematuridad, infecciones severas u asfixia como las causas principales¹². Algunas actuaciones preconceptionales (suplementación con ácido fólico), antenatales (vacunación tetánica, cribado y tratamiento de sífilis...), intraparto (antibióticos en la rotura prematura de

membranas en pretérmino, corticoides en parto pretérmino, vigilancia y monitorización durante el parto...) o posnatales (reanimación del recién nacido, lactancia materna...) pueden mejorar la supervivencia neonatal.

La desnutrición en menores de 5 años es otro reto que ha merecido especial atención. En 2008 se presentaron nuevas evidencias en torno a la serie «Maternal and child undernutrition»¹⁶⁻²⁰ y posteriormente una nueva revisión 2013 en «Child and maternal nutrition»²¹⁻²⁴.

La desnutrición aguda acompaña como causa principal o concausa a muchas de las muertes de menores de 5 años, y las formas crónicas tienen también una enorme importancia, pudiéndose asociar a alteraciones del crecimiento y desarrollo, incluidos retrasos motores y cognitivos, así como a mayor morbilidad²⁵. Vítora et al.²¹ estiman que el retraso de crecimiento intrauterino, la desnutrición aguda y crónica, así como las deficiencias en vitamina A y cinc, con lactancia materna no exclusiva o incompleta, han sido causa de 3,1 millones de muertes en menores de 5 años en 2012, un 45% del total.

En general, se han sucedido mejoras que han disminuido la mortalidad en menores de 5 años, desde 10 millones en el año 2000 a algo menos de 7 millones en la actualidad si bien la neonatal lo está haciendo a un ritmo más lento⁶.

En este contexto, hemos de pensar en el niño en su entorno. La pobreza transversaliza lo relacionado con salud, educación y «lo social», estableciendo un círculo vicioso con la enfermedad, del que es muy difícil escapar. En la infancia puede expresarse en una sucesión gradual de privaciones en las necesidades básicas, como se observa en la [figura 2](#)²⁶.

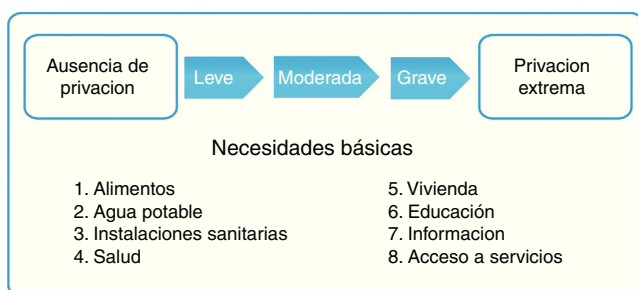


Figura 2 Necesidades infantiles y pobreza, entendidas como una sucesión.

El denominado «enfoque de determinantes», auspiciado por la OMS, trata de analizar y llamar la atención acerca de las condiciones en las que muchas personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen²⁷.

Todas estas evidencias deben sostener el discurso científico y la planificación de la cooperación en salud infantil.

Retos en salud infantil global

La Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (Millennium Development Goals [MDG]) formulada a fines del 2000, con la participación de casi 2 centenares de Estados miembros de Naciones Unidas, estableció unos desafíos para 2015.

El objetivo 4 (la reducción en 2/3 de la mortalidad de menores de 5 años sobre datos de 1990) es uno de los que tiene mayor visibilidad con relación a la niñez. Expertos apuntan que los logros son insuficientes. Los esfuerzos contra la neumonía y diarrea han sido importantes, pero el manejo de los problemas relacionados con la nutrición aún podrían salvar millones de vidas. Los recientes éxitos en el control del sarampión pueden no ser sostenibles si no se mantiene la financiación²⁶.

La salud infantil en estos países está directamente asociada a las denominadas «transiciones»: demográfica, epidemiológica y nutricional, que se encuentran en diferentes fases según cada país. La «transición demográfica» muestra cambios poblacionales en la mortalidad y fecundidad (en términos generales: disminuye la mortalidad en los primeros momentos de la vida, disminuye la natalidad y aumenta la esperanza de vida). La «transición epidemiológica» muestra cambios poblacionales en la incidencia de enfermedades y sus causas (de un predominio de las infecciones a la prevalencia de otras, fundamentalmente crónicas). La «transición nutricional» trata de explicar cambios observados a nivel poblacional relacionados con la nutrición —en la composición de la dieta y disponibilidad de alimentos—, al sucederse diferentes fases de crecimiento económico en las sociedades. Así, por ejemplo, puede observarse en algunos países «doble carga de malnutrición» (desnutrición junto a obesidad)²⁸.

La pobreza en sí misma supone un reto vinculado a la salud infantil. Si bien desde 1990 el porcentaje de personas que vivían en extrema pobreza se ha reducido de un 43% a un 21% en 2010, si el crecimiento es débil y asimétrico, aún estarán viviendo 1,3 billones de personas en el mundo en esta situación para 2030²⁹.

La desnutrición infantil sigue siendo aún uno de los retos más importantes en sus diferentes formas³⁰.

En los países más pobres, una de las respuestas integrales de mayor impacto para mejorar la salud infantil ha sido la estrategia Atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia (AEPI), lanzada a mediados de los 90 y denominada también Integrated Management Illness Childhood (IMIC). Tiene como objetivo la reducción de la morbimortalidad en menores de 5 años, preconizando una serie de «prácticas clave», orientadas al crecimiento y desarrollo, prevención de enfermedades, cuidado en el hogar y búsqueda de atención. No solo es de aplicación en los servicios de salud, sino también en la comunidad y en la familia²⁶. Sin duda, ha supuesto una aportación destacable en diferentes países en los que se ha aplicado.

Escenarios para la cooperación en salud infantil

La cooperación sigue planteando serios problemas técnicos y éticos³¹.

En torno a la cooperación internacional para el desarrollo se concentran diversos actores, entre los que destacamos:

- Gobiernos de países con fondos propios encauzados a través de agencias nacionales, con variable potencial de inversión, relacionadas con la capacidad económica y la voluntad de intervenir según intereses geoestratégicos. Destacan: USAID (Estados Unidos), JICA (Japón), GTZ (Alemania), NORAD (Noruega), ACDI (Canadá), AFC (Francia), AusAID (Australia), entre otras. En el caso español: AECID (Agencia Española para la Cooperación Internacional al Desarrollo) que opera en más de 50 países y otras agencias propias de las comunidades autónomas del Estado español.
- Organizaciones no gubernamentales (ONG), cuya denominación quizás más correcta sería la usada en otros países: «non profit organization» (organización sin ánimo de lucro).
- Agencias del Sistema Naciones Unidas: que desarrollan una labor de ayuda humanitaria o cooperan para el desarrollo. Aquí podemos señalar UNICEF.

España a fines de los setenta del pasado siglo aún era considerada por el Banco Mundial como un país en vías de desarrollo, sin una política de cooperación definida. En esa época comienza a tener presencia y a participar en organismos internacionales³². En los últimos decenios se ha incorporado de manera decidida al grupo de países que participa activamente.

El Plan Director de la Cooperación Española 2013-2016³³ establece las directrices y señala la necesidad de seguir afrontando retos en el ámbito de la salud materno-infantil.

La ayuda humanitaria y de emergencia agrupa un conjunto de actuaciones que suelen vincularse a necesidades sobrevenidas relacionadas con catástrofes naturales, hambrunas, guerras y conflictos y que tienen un enfoque, abordaje y planteamiento logístico diferentes al de la cooperación para el desarrollo, en un sentido general.

Con relación a las áreas de trabajo, podemos señalar algunas de particular interés:

1. La investigación

El Informe sobre salud mundial 2013 indicaba la necesidad de apoyar la investigación, también aquella que puede sustentar a otras en pro de la cobertura sanitaria universal³⁴.

La investigación puede ofrecer conocimiento para abordar problemas de salud en los países de baja renta. Bassat et al.³⁵ nos recuerdan como la destinada a prevenir o tratar enfermedades más relacionadas con la pobreza no sigue las mismas normas, a pesar de que en términos absolutos estas enfermedades puedan suponer una carga desproporcionada de las afecciones globales.

También fruto de la investigación —como ya mencionamos— se obtuvieron los estándares de crecimiento y desarrollo en 2006⁵, los cuales confirman científicamente que todos los niños y niñas del mundo pueden crecer con menores diferencias antropométricas y de desarrollo en general a nivel poblacional de las que se pensaba, si se les ofrecen los cuidados necesarios.

2. La formación y transferencia de conocimiento

La formación es esencial en el ámbito de la salud infantil. La adquisición de competencias, habilidades y destrezas adecuadas, favorece logros significativos y perdurables en el tiempo.

Las universidades españolas también están contribuyendo en materia de cooperación académica en el área de la salud y esta puede favorecer la mejora de la calidad de vida. Sin embargo, la ausencia de un currículo específico relacionado con la salud global en las facultades de Medicina o durante la especialidad de Pediatría es un déficit que debemos urgentemente paliar³⁶.

3. La labor asistencial

La incorporación a tareas asistenciales quizás es la forma más frecuente y visible de cooperación en salud infantil.

Muchas de las inquietudes de los pediatras españoles con relación a la cooperación sobre el terreno se vienen encauzando con su incorporación a proyectos concretos de la mano de ONG con más o menos experiencia en países de diversos continentes, por periodos cortos, en otros casos asumiendo mayores responsabilidades y temporalidad. En ocasiones, el Sistema Nacional de Salud, a través de los organismos correspondientes que ofrecen las prestaciones sanitarias en algunas comunidades autónomas del Estado, favorece que algunos pediatras puedan incorporarse a otros servicios de salud de países de baja renta por algún tiempo, habitualmente escasos meses. También la ayuda humanitaria en situaciones de emergencia o catástrofes supone otro escenario en el que, en un contexto de urgencia, los pediatras pueden participar.

Cooperación, salud internacional, salud global... son temas relativamente recientes para la Pediatría española, no así en otros países. Como ejemplo, hace casi 20 años, un 25% de los programas de formación de residentes en EE. UU., Puerto Rico y Caribe ya incluían temas elegibles de salud global³⁷.

En una encuesta elaborada por el Grupo de Cooperación Internacional de la AEP con la participación de más de 750 pediatras interesados, solo un 16% había recibido formación específica y un 28% tenía alguna experiencia sobre el terreno³⁸.

Algunas reflexiones finales

El *conocimiento científico* sobre la realidad que rodea a la población mundial infantil en materia de salud y lo que afecta a una supervivencia digna debe ponerse en valor. Hace algo más de un decenio ya se reclamaba trasladar el conocimiento a la acción por la supervivencia infantil¹¹.

El pediatra debe tener *formación básica en salud global* y conocer los problemas específicos que afectan a la población infantil sobre la que va a intervenir.

Los cuidados continuos a través del ciclo de la vida o *perspectiva de curso de vida* son necesarios: atender a adolescentes, embarazadas, recién nacidos, niños en periodo neonatal y posteriores en diferentes escenarios —hogar, familia, comunidad, servicios de salud, tanto en atención primaria como hospitalaria—, estableciendo los correspondientes sistemas de referencia³⁹.

Los pediatras hemos de *contextualizar el espacio para la cooperación internacional en salud* infantil, más allá de la ausencia de una respuesta sanitaria adecuada ante la enfermedad. En situación de pobreza, los niños y niñas van a afectarse de manera singular. Los determinantes de la salud infantil y sus influencias directas e indirectas deben ser objeto de nuestro análisis. Si no es así, daremos muestras de desconocer el problema, sus causas y las posibles soluciones sostenibles, como hemos señalado en otras ocasiones⁴⁰.

Debemos recordar que la *inequidad en salud* es la diferencia innecesaria, evitable e injusta en salud, en un sentido amplio, no solo referida al acceso al sistema sanitario. Hemos de incorporar los determinantes de salud, sin menoscabo de favorecer el apoyo a los establecimientos de salud y tratar de fortalecerlos, contribuyendo a su eficacia y sostenibilidad²⁶.

La seguridad y el bienestar de las madres tiene influencia decisiva en la supervivencia infantil. El binomio *materno-infantil* debe ser abordado de forma conjunta.

Multi- e interdisciplinariedad, unidas a multi- e interprofesionalidad son esenciales, destacando el decisivo papel de otros profesionales, incluidos los que no se ubican en las clásicas definiciones de «personal sanitario».

La *prevención y la promoción de la salud* han de ser un referente permanente, por su probado impacto y contribución a la sostenibilidad de los logros.

Así mismo, debemos llamar la atención sobre la influencia de la *malnutrición* en la carga de enfermedad presente y futura en niños menores de 2 años y en mujeres en edad reproductiva y embarazadas²¹. Y debemos señalar la *ventana de oportunidad* o de los «mil días» (desde la concepción hasta que el niño cumple los 2 años), como un periodo clave para intervenir.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Riaño I. Grupo de Cooperación de la AEP. Salud global en pediatría: el reto de pasar de lo intolerable a lo mejorable. *An Pediatr* (Barc). 2013;78:71-4.

2. Birn AE. Reconceptualización de la salud internacional: perspectivas alentadoras desde América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;30:101-5.
3. Riaño Galán I. Globalizar la justicia: la cooperación internacional al desarrollo, entre la beneficencia pública y el estado del bienestar mundial. En: Ferrer JJ, Martínez JL, editores. *Bioética: un diálogo plural: homenaje a Javier Gafo Fernández*. Madrid: S.L. UPCO; 2002. p. 613-28.
4. Asamblea General de Naciones Unidas. *Convención Internacional sobre los Derechos del Niño*. 1989.
5. De Onis M, Garza C, Onyango AW, Martorell R, editors. *Who Child Growth Standards*. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 2006;95(Sup. 450).
6. UNICEF. *El estado mundial de la infancia 2014 en cifras. Todos los niños y niñas cuentan. Revelando las disparidades para impulsar los derechos de la niñez*. 2014.
7. Black R, Morris S, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*. 2003;361:2226-34.
8. Jones G, Steketee R, Black R, Bhutta ZA, Morris S. *Bellagio Child Survival Study. How many child deaths can we prevent this year?* *Lancet*. 2003;362:65-71.
9. Bryce J, Arifeen S, Pariyo G, Lanata C, Gwatkin D, Habitch J, et al. Reducing child mortality: Can public health deliver? *Lancet*. 2003;362:159-64.
10. Vitoria C, Wagstaff A, Armstrong Schellenberg J, Gwatkin D, Habitch J. Applying an equity lens to child health and mortality: More of the same is not enough. *Lancet*. 2003;362:233-41.
11. The Bellagio Study Group on Child Survival. Knowledge into action for child survival. *Lancet*. 2003;362:323-7.
12. Lawn J, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet*. 2005;365:891-900.
13. Darmstadt G, Bhutta Z, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: How many newborn babies can we save? *Lancet*. 2005;365:977-88.
14. Knippenberg R, Lawn J, Darmstadt G, Begkoyian G, Fogstad H, Walelign N, et al. Systematic scaling up of neonatal care in countries. *Lancet*. 2005;365:1087-98.
15. Martines J, Paul V, Bhutta Z, Koblinsky M, Soucat A, Walker N, et al. Neonatal survival: A call for action. *Lancet*. 2005;365:1189-97.
16. Black R, Allen L, Bhutta Z, Caulfield L, de Onis M, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: Global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 2008;371:243-60.
17. Vitoria C, Adair L, Fall C, Hallal P, Martorell R, Richter L, et al. Maternal and child undernutrition 2: Maternal and child undernutrition: Consequences for adult health and human capital. *Lancet*. 2008;371:340-57.
18. Bhutta Z, Ahmed T, Black R, Cousens S, Dewey K, Giugliani E, et al. Maternal and child undernutrition 3: What works. Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet*. 2008;371:417-40.
19. Bryce J, Coitinho D, Darnton-Hill I, Pelletier D, Pinstrup-Andersen P. Maternal and Child Undernutrition 4: Maternal and child undernutrition: Effective action at national level. *Lancet*. 2008;371:510-26.
20. Morris S, Cogill B, Uauy R. Maternal and child undernutrition 5: Effective international action against undernutrition: Why has it proven so difficult and what can be done to accelerate progress? *Lancet*. 2008;371:510-26.
21. Black R, Vitoria C, Walker S, Bhutta Z, Christian P, de Onis M, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2013;382:427-51.
22. Bhutta Z, Das J, Rizvi A, Gaffey M, Walker N, Horton S, et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: What can be done and at what cost? *Lancet*. 2013;382:452-77.
23. Ruel M, Alderman H, Maternal, Child Nutrition Study Group. Nutrition-sensitive interventions and programmes: How can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? *Lancet*. 2013;382:536-51.
24. Gillespie S, Haddad L, Mannar V, Menon P, Nisbett N, Maternal and Child Nutrition Study Group. The politics of reducing malnutrition: Building commitment and accelerating progress. *Lancet*. 2013;382:552-69.
25. Martorell R. The nature of child malnutrition and its long-term implications. *Food Bull Nutr*. 1999;20:288-92.
26. Sobrino Toro M. *Cooperación Internacional*. *Tratado de Pediatría Asociación Española de Pediatría*. 11.ª ed. Ed. Médica Panamericana; 2014. p. 104-7.
27. Organización Mundial de la Salud. *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsancar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen analítico final*. OMS: Ginebra, Suiza; 2008.
28. Sobrino M. *Transición nutricional: causas, efectos y visibilidad en países en desarrollo de la región de las Américas*. AEP 2014 - Congreso Extraordinario de la Asociación Española de Pediatría. Libro de ponencias y comunicaciones de las sesiones científicas oficiales. Madrid; 2014. p. 80-82.
29. OECD. *Development Co-operation Report 2013: Ending Poverty* [Internet]. OECD Publishing; 2013. [consultado 18 Ago 2014]. Disponible en: dx.doi.org/10.1787/dcr-2013-en.
30. Sobrino M, Gutiérrez C, Cuhna AJ, Dávila M, Alarcón J. Desnutrición infantil en menores de 5 años en Perú: tendencias y factores determinantes. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35:104-12.
31. De Aranzábal M, Hermana M. Ética y estética en la cooperación internacional. *Aten Primaria*. 2011;43:497-502.
32. Gómez Torres M. *El sistema español de cooperación internacional al desarrollo. La cooperación internacional al desarrollo*. 1.ª ed. revisada Valencia: Universitat Politècnica de Valencia; 2010. p. 77-89.
33. Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID), Ministerio de Asuntos Exteriores. *Gobierno de España. Plan Director de la Cooperación Española 2013-2016*. 2013.
34. OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal*. OMS; 2013.
35. Bassat Q. *Confluencia: cooperación internacional al desarrollo e investigación en salud infantil*. AEP 2014 - Congreso Extraordinario de la Asociación Española de Pediatría. Libro de ponencias y comunicaciones de las sesiones científicas oficiales. Madrid; 2014. pp. 83-84.
36. Bhanu W, Morrissey B, Goenka A. Global child health competencies for paediatricians. *Lancet*. 2014;384:1403-5.
37. Nelson B, Lee AC, Newby P, Chamberlin M, Huang C. Global health training in pediatric residency programs. *Pediatrics*. 2008;122:28-33.
38. Pérez-Lezcue J, de Aranzábal M, Bassat Q, Krauel X, Riaño I, Sobrino M, et al. *Los pediatras y la cooperación internacional: resultados encuesta 2012*. [Internet]. 2012 [consultado 15 Jul 2012]. Disponible en: www.aeped.es/cooperacion
39. Kerber K, de Graft-Johnson J, Bhutta Z, Okong P, Starrs A, Lawn J. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: From slogan to service delivery. *Lancet*. 2007;370:1358-69.
40. Sobrino Toro M. *Cooperación internacional y salud infantil: una mirada a la inequidad. Informe salud infancia y sociedad (SIAS 5) Calidad, género y equidad en la atención integral a la salud de la infancia y adolescencia*. Ed. Sociedad de Pediatría Social de la Asociación Española de Pediatría. Madrid. 2007. p. 317-326.