

# Neurología y cooperación: ¿utopía o realidad?

## Experiencia de un proyecto pionero de neurocooperación en África

Patricia Gómez-Iglesias<sup>1</sup>, Mariana Hernández González-Monje<sup>2,3</sup>, Irene García Morales<sup>4,5</sup>,  
María Molina Sánchez<sup>6</sup>, Celia Delgado Suárez<sup>1</sup>, David García Azorín<sup>7</sup>, Inmaculada Navas Vinagre<sup>8</sup>  
y Mónica Kurtis Urra<sup>9</sup>

### Resumen

Conocer los factores sociopolíticos, económicos y geográficos de los países más desfavorecidos es indispensable para entender su sistema sanitario. Conceptos como salud, enfermedad y calidad de vida están íntimamente ligados al contexto sociocultural. La comprensión de estos términos y del significado de cooperación es el punto de partida a la hora de plantear iniciativas que promuevan el desarrollo en estos países. Se presenta un proyecto de cooperación en neurología realizado en Camerún. Desde 2015 se han realizado tres campañas asistenciales y educativas sobre el terreno, así como un curso intensivo de formación en neurología para profesionales sanitarios. Durante este tiempo se ha mantenido en la distancia apoyo continuado clínico y educacional mediante una plataforma virtual. Se trata de un proyecto pionero en el ámbito de la neurocooperación.

**Palabras clave:** Neurocooperación. Cooperación internacional. Medicina basada en la evidencia. Neurología. África.

### Abstract

*The identification of the socio-political, economic and environmental factors of lower-middle income countries is essential to understanding their healthcare systems. Concepts such as health, illness and quality of life are intimately linked to socio-cultural contexts. The understanding of these terms and the meaning of cooperation is the starting point when proposing initiatives that promote development. We present a cooperation project in neurology, carried out in Cameroon. Since 2015, three assistance and educational campaigns have been carried out, as well as an intensive neurology training course for healthcare providers. Continuous clinical and educational support through a virtual platform has been maintained. This is a pioneering project in the field of neurocooperation. (Kranion. 2019;14:67-72)*

**Corresponding author:** Patricia Gómez Iglesias, gmz.iglesias@gmail.com

**Key words:** Neurocooperation. International cooperation. Evidence based medicine. Neurology. Africa.

<sup>1</sup>Servicio de Neurología,

Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid

<sup>2</sup>HM-CINAC, HM Hospital Universitario Puerta del Sur  
Móstoles, Madrid

<sup>3</sup>Departamento de Anatomía,  
Histología y Neurociencia, Facultad de Medicina,  
Universidad Autónoma de Madrid, Madrid

<sup>4</sup>Unidad de Epilepsia, Servicio de Neurología,  
Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid

<sup>5</sup>Programa de Epilepsia, Servicio de Neurología,  
Hospital Ruber Internacional, Madrid

<sup>6</sup>Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid

<sup>7</sup>Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología,  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid

<sup>8</sup>Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid

<sup>9</sup>Unidad de Trastornos del Movimiento, Servicio de  
Neurología, Hospital Ruber Internacional, Madrid

**Dirección para correspondencia:**

Patricia Gómez Iglesias

E-mail: gmz.iglesias@gmail.com

### Etnografía y cooperación: *mind the gap*

«La vida es breve, el arte es largo, la oportunidad fugaz, la experiencia engañosa y el juicio difícil.»  
Hipócrates de Cos

## INTRODUCCIÓN

Cooperación es una palabra de origen latino proveniente de *cooperari*, que significa: obrar juntamente con otro u otros para un mismo fin. Si añadimos al término los adjetivos de cooperación internacional o cooperación para el desarrollo su definición se complementa: acción conjunta para apoyar el desarrollo económico y social del país mediante la transferencia de tecnologías, conocimientos, experiencias o recursos por parte de países con igual o mayor nivel de desarrollo, organismos multilaterales, organizaciones no gubernamentales y sociedad civil<sup>1</sup>. Se trata de un concepto global que comprende diferentes modalidades de ayuda que, en general, fluyen hacia los países de menor desarrollo.

El inicio de la cooperación internacional está ligado a los daños causados por la Segunda Guerra Mundial (1939-1945). En ese panorama desolador se forjó una conciencia social sobre la necesidad y la importancia de la colaboración para fomentar el desarrollo entre países. Antes de 1945, las políticas de ayuda no existían como tales. El concepto de cooperación primigenio ha ido evolucionando e incorporando nuevas connotaciones de acuerdo a los pensamientos y los valores dominantes a lo largo de la historia<sup>2</sup>. Esta evolución ha ocurrido también en el ámbito de la cooperación sanitaria, cuyo objetivo último es la mejora del estado de salud y la calidad de vida de la población de un país receptor atendiendo a sus necesidades.

El objetivo de todo programa de cooperación debe ser su desaparición: es decir, dotar al receptor de suficiente capacidad y conocimiento para su propio desarrollo, sin precisar de la ayuda externa. La utopía de la no necesidad de cooperación es el objetivo final de nuestro programa de neurocooperación.

## CALIDAD DE VIDA, SALUD Y ENFERMEDAD: DEFINICIONES

Los conceptos de calidad de vida, salud y enfermedad presentan connotaciones culturales que hacen compleja su definición y aplicabilidad global, por lo que es importante establecer un marco conceptual. La calidad de vida se define como la percepción del individuo de su situación en la vida en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones en un contexto cultural y un sistema de valores<sup>3</sup>. Por tanto, la calidad de vida se ve determinada por la situación económica, las

condiciones de trabajo, la religiosidad, la espiritualidad, los valores morales y éticos, el ocio y la salud<sup>4</sup>. La calidad de vida en relación con la salud se define como la percepción y la evaluación de los pacientes mismos sobre el impacto en su vida de una enfermedad y sus consecuencias<sup>5</sup>. Los componentes de la calidad de vida relacionados con la salud están basados en la definición de salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad<sup>6</sup>. Se han detallado tres elementos en el marco del concepto primigenio de salud: el huésped (sujeto), el agente (síndrome) y el ambiente (contexto sociocultural), que constituyen una tríada en la que los ítems mantienen una relación de interdependencia entre ellos necesaria para alcanzar el estado de salud.

Podríamos deducir de lo anterior que la relación entre estos componentes determina el estado de salud y el incumplimiento de uno de ellos genera el estado de enfermedad. Pero, ¿es esto realmente así? ¿Cuál es el concepto de enfermedad? La enfermedad se define por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible<sup>7</sup>. La enfermedad, por tanto, no es simplemente el reverso de la salud. La enfermedad es solo una de las causas de alteración de la salud y de la calidad de vida. Teniendo en cuenta estas definiciones, cobra especial relevancia el contexto sociocultural del paciente, que ha de ser comprendido y tenido en cuenta de cara a los objetivos de un proyecto de cooperación sanitaria.

## EUROPA Y ÁFRICA, ¿UN MISMO PARADIGMA MÉDICO?

Con el nacimiento y desarrollo de la epidemiología clínica en los años 80 de la mano de autores como Feinstein, Spitzer, Rothman y Sackett, así como el desarrollo de la bioética a partir de la década de 1970, comenzó a cuestionarse el modelo asistencial basado en la autoridad del médico y la experiencia clínica individual<sup>8</sup>. Así, en la década de 1990, apoyada por las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, comenzó a desarrollarse la llamada medicina basada en la evidencia (MBE). La MBE propone el uso de la mejor evidencia científica disponible para guiar la toma de decisiones en el cuidado del paciente. Ello supone el uso juicioso de las mejores pruebas y tratamientos disponibles para tomar decisiones sobre el cuidado y tratamiento del paciente individual. La MBE supuso una revolución en la medicina occidental, constituye el paradigma médico europeo en la actualidad y coexiste con otros arquetipos médicos con menor

aceptación por parte de la sociedad occidental. Esta heterogeneidad de esquemas metodológicos en la práctica médica permite un estado de salud adaptado a las circunstancias de cada medio<sup>9</sup>.

A diferencia del modelo de MBE occidental, el paradigma de salud africano predominante está íntimamente ligado a la experiencia individual del sanitario y, en muchas ocasiones, también a la espiritualidad y los antepasados<sup>10</sup>. En cierto modo recuerda a los inicios de la civilización, con la medicina mesopotámica basada en la magia contra los espíritus malignos de los que el hombre tenía que ser protegido, pues las enfermedades se debían a ellos, así como los inicios de la medicina mágica religiosa egipcia. De hecho, en algunas regiones de África como las comunidades Bini y Esan de Nigeria, la vida es entendida como un proceso cíclico ligado a la reencarnación, donde un antepasado podría ser el primogénito de la generación actual, por lo que no es infrecuente que estas comunidades agasajen a sus antepasados con comida y sacrificios<sup>11</sup>. La presencia de salud de los antepasados resulta en ocasiones imprescindible para alcanzar un estado de salud en la generación presente.

Estas creencias han influido notablemente a la hora de abordar diferentes patologías neurológicas, en especial la epilepsia. Por ello, la enfermedad, aunque se manifieste como un síndrome orgánico reconocido por el paradigma médico occidental como epilepsia, se atribuye en gran parte a influencias espirituales. Esto limita el acceso de la población al sistema sanitario, al no considerar que la epilepsia es una entidad potencialmente tratable con la medicina actual. Ejemplo de ello es lo que sucede en países como Camerún. Este país presenta una de las tasas más altas del mundo de pacientes con epilepsia, reportándose una prevalencia de hasta el 10%. Por este motivo, fue reconocida como un problema de salud pública (2001), dando lugar a la creación de un programa nacional de control de la epilepsia (2006, Ministerio de Salud de Camerún). Sin embargo, la aplicación de programas médicos de abordaje de la epilepsia en Camerún se encontró con un problema principal para su puesta en práctica: la creencia popular, ampliamente extendida, de que la brujería, los demonios y las maliciones eran sus causantes<sup>12</sup>.

Los factores políticos, económicos y de distribución geográfica son indispensables para el desarrollo de las políticas sanitarias y los principales determinantes del sistema sanitario de un país y su población. Volviendo la mirada a la historia, vemos cómo el desarrollo de la MBE está íntimamente ligado a aquellos países que han presentado políticas sanitarias favorables y un auge en su desarrollo económico<sup>13</sup>. No hay que olvidar que también existen factores etnográficos que definen y perpetúan los sistemas

de salud. Algunos de los presentes en África son: un sistema de jerarquía de la sociedad (dioses, espíritus, antepasados y humanos) que sitúa la figura del humano como un intermediario entre lo orgánico y lo espiritual; la creencia de que las enfermedades están asociadas a factores no terrenales (dioses y antecesores, espíritus intrusivos o actividades consideradas por la sociedad africana como impuras o contaminantes, por ejemplo, comer carne de ciertos animales); y la dificultad de acceso a los recursos sanitarios debido a la escasez de recursos e infraestructuras o a la corrupción política. De esta manera, según datos de la OMS, un 80% de la población africana no tiene acceso al sistema de salud, recayendo este en la medicina tradicional<sup>14</sup>. En consecuencia, en todas las comunidades existe la figura del curandero, encargado de velar por la salud de la comunidad realizando un tratamiento que es entendido como la cura de cuerpo, alma y espíritu.

En este contexto, a la hora de realizar un proyecto de cooperación sanitaria en África aflora el debate ético sobre cómo realizarlo sin promover el etnocentrismo (concepto elaborado por la antropología para mencionar la tendencia que lleva a una persona o grupo social a interpretar la realidad a partir de sus propios parámetros culturales) occidental y de acuerdo con el primero de los principios que se establecen en la Declaración de París sobre eficacia de la ayuda (2005). En él se establece que en una relación de países donante-receptor, el país receptor ha de involucrarse activamente en la gestión de los recursos aportados por el donante, asumiendo la responsabilidad de comprometerse con su propio desarrollo (*ownership*) y liderando estrategias para la movilización de los recursos disponibles<sup>15,16</sup>. No hay que perder de vista que tanto donante como receptor tienden al etnocentrismo, lo que puede generar actitudes de rechazo bidireccionales y hacer ineficiente la cooperación. La exaltación de lo propio no solo se da en la cultura hegemónica, sino que forma parte de la necesidad de autolegitimación de los pueblos y su comprensión es un factor fundamental para no caer en un proyecto social de dominación.

Con el objetivo de realizar una integración de las diferencias culturales, resulta imprescindible conocerlas desde el propio terreno y actuar en el ámbito de las percepciones: cómo nos mostramos y cómo nos perciben.

## COOPERACIÓN SANITARIA

Según la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, la cooperación es el conjunto de acciones que permiten ayudar a reducir la pobreza, facilitar el desarrollo humano y sostenible, y el completo disfrute de los derechos<sup>17</sup>.

Existen diferentes nomenclaturas en el ámbito de la cooperación en función del criterio taxonómico empleado: según los polos de referencia (cooperación Norte-Sur, Sur-Sur, ¿quizá Sur-Norte?), los medios o recursos utilizados (en qué o con qué se coopera) y los sectores en los que se hace cooperación (sanitaria, educativa, cultural, etc.), entre otros criterios, no siendo clasificaciones excluyentes y siempre con una finalidad común: contribuir a alcanzar el mayor y mejor desarrollo humano e integral<sup>18</sup>.

Ha de diferenciarse cooperación de ayuda o auxilio humanitario, el cual se realiza en situaciones de emergencia. En esas situaciones no se establece un trabajo común bidireccional, sino que es una colaboración vertical donante-receptor, produciéndose una satisfacción de las necesidades de forma puntual y circunstancial, con recursos externos que no promueven el desarrollo.

Dentro de la Estrategia de Salud de la Cooperación Española general, la cooperación sanitaria tiene como objetivo principal contribuir de manera eficaz a establecer las condiciones para mejorar la salud de las poblaciones, en especial aquellas en mayor situación de pobreza y vulnerabilidad de forma que se contribuya a reducir la pobreza y fomentar el desarrollo humano sostenible. Para ello se ha de tener en cuenta, entre otros aspectos, la diversidad cultural en el ámbito de la sanidad y las necesidades de las poblaciones indígenas, permitiendo que dispongan de conocimiento, poder y mecanismos para generar salubridad y participar en decisiones que afectan a su propia salud y la de sus comunidades<sup>19</sup>. Solo de este modo podremos generar un proyecto que propugne un estado de salud acorde con la definición de la OMS y un abordaje integrador de ambos paradigmas médicos.

La organización no gubernamental *Amref Health Africa*, ganadora del Premio Príncipe de Asturias a la Cooperación Internacional en 2018, fue fundada en Kenia en 1957 por los médicos Michael Wood, Tom Rees y Archibald McIndoe. Es un ejemplo destacado de cómo desarrollar un programa sanitario de empoderamiento comunitario alejado de las acciones de carácter puntual. Esta organización ha implementado muchas medidas gracias a programas de formación de formadores para que sean los sanitarios autóctonos quienes puedan ejercer una medicina de calidad en su entorno. Así, cuenta con un 90% de personal africano de las propias comunidades que ha participado en los programas de formación.

### PROYECTO DE FORMACIÓN EN NEUROLOGÍA: NUESTRA EXPERIENCIA EN CAMERÚN

Camerún está situado en África central y cuenta con un total de 21.700.000 habitantes distribuidos

en 230 etnias. La población urbana representa el 48,2% y la rural el 51,8%. Actualmente ocupa el puesto 151 (de 189 países) según el Índice de Desarrollo Humano (IDH 2018<sup>20</sup>) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; presenta importantes debilidades a nivel sanitario y educativo (dos de los tres indicadores utilizados para calcular este índice), lo que justifica su posición entre las naciones con menor IDH. Los servicios de salud no están garantizados por el Estado y, debido al alto índice de pobreza, la mayor parte de la población no puede permitirse pagar los costes de estos servicios (inaccesibles para el 97% de la población, que no puede recibir asistencia médica a un coste razonable a no ser que acuda a uno de los dispensarios confesionales existentes). La ratio de médicos por habitantes es de 0,8 por cada 10.000, mientras que en España es de 38 por cada 10.000. Es frecuente que en muchos centros sanitarios no haya médico y la consulta habitual o urgente recaiga en enfermeros sin un entrenamiento suficiente. El número de algunos especialistas es también escaso, con apenas una veintena de neurólogos en todo el país, que se localizan en las urbes de Douala y Yaoundé<sup>21</sup>. Todo esto hace que la atención neurológica recaiga en su mayor parte en profesionales sanitarios sin formación específica en neurología o, con frecuencia, en la medicina tradicional. De hecho, en muchas comunidades existe la figura del curandero, consultado por la población con anterioridad al propio personal sanitario. Esto es relevante, pues las enfermedades neurológicas representan la primera causa mundial de años perdidos por discapacidad y la segunda de años perdidos por mortalidad. Las áreas geográficas mundiales con valores más elevados en discapacidad y mortalidad coinciden con países de renta baja, fundamentalmente países del continente africano, en particular el área subsahariana.

Es fácil imaginar la cooperación en especialidades sanitarias como ginecología, oftalmología u otras especialidades quirúrgicas, pero el campo de la neurología supone todo un reto dada la escasez de tratamientos y recursos diagnósticos en los entornos desfavorecidos. Además, muchos de los proyectos de cooperación sanitaria tienen un carácter puntual, sin visión longitudinal.

En relación con lo previamente expuesto, en 2015 nace un proyecto pionero de neurocooperación en Camerún gracias a la «Fundación Recover, Hospitales para África», con la que un grupo de neurólogos viajó a varias ciudades de Camerún y realizó un primer proyecto piloto. El primer objetivo fue conocer la realidad sobre el terreno, la epidemiología local y realizar asistencia sanitaria puntual a los pacientes que acudieron a los centros visitados. Se anunció el proyecto y su gratuidad vía



radiofónica, mediante carteles e incluso durante celebraciones religiosas, lo que hizo que la afluencia fuese muy elevada. En jornadas extenuantes en las que el número de pacientes podía duplicar o triplicar el que estamos acostumbrados, se atendió a unos 300 pacientes en 6 días.

De dicha experiencia y de la interacción con nuestros colegas locales pudimos sacar una serie de importantes conclusiones: a) las enfermedades neurológicas en Camerún son tan prevalentes o más que en nuestro medio; b) muchas de las enfermedades neurológicas podían tratarse mejor con los recursos disponibles: es el caso de la epilepsia, las enfermedades infecciosas, las cefaleas o las enfermedades cerebrovasculares, entre otras, y c) dado que la mayoría de las enfermedades neurológicas son crónicas, el impacto de una visita puntual por un médico externo es mínimo y con un escaso efecto en el devenir del paciente a largo plazo. La experiencia se repitió en 2016 pero el objetivo se modificó, orientándose hacia una intervención en educación sanitaria. Se entrevistó a distintos profesionales para conocer su punto de vista y se realizaron múltiples encuestas para analizar la epidemiología y el conocimiento basal sobre neurología y sus distintas subespecialidades.

Según la información recabada, aproximadamente un 14% de todos los pacientes atendidos en una consulta general en Camerún corresponde a enfermedades neurológicas, fundamentalmente cefaleas, epilepsia y enfermedades cerebrovasculares. Si bien los diferentes procesos neurológicos pueden presentarse tanto de manera aguda como crónica, la ausencia de sistema sanitario y la geografía del terreno condicionan que muchos cuadros agudos consulten después.

En consecuencia, decidimos crear un programa de formación dirigido a todo el personal sanitario (todas aquellas personas que realizasen actos médicos) con el fin de integrar conocimientos, recursos y aspectos culturales, estableciendo un puente sólido hacia el objetivo de salud según la definición de la OMS.

En 2017 se realizó un curso nacional, presencial, de formación en neurología, de 40 horas de duración repartidas en 4 jornadas. Se invitó a profesionales sanitarios de todo el país y se decidió financiar su transporte, alojamiento y manutención, siendo el coste estimado para los 4 días del curso de unos 100 € por participante. En África, ni los recursos económicos son favorables para invertir en educación ni existe costumbre al respecto. Ante la ausencia de apoyo económico de las instituciones, se recurrió al *crowdfunding* como fuente de financiación. Se optimizó y condensó el tiempo lectivo, dado que, en algunos centros, la asistencia de sus profesionales implicaba la ausencia de personal

sanitario local durante la duración del curso, con el consiguiente riesgo para su población. El curso fue impartido por siete neurólogos y realizado en la capital (Yaoundé) para facilitar el desplazamiento de los asistentes. Se seleccionaron las enfermedades neurológicas más prevalentes y de mayor impacto, especialmente si existían recursos terapéuticos disponibles en Camerún, realizando la elección con base en experiencias previas y tras interrogar a los participantes sobre los temas que resultarían de su interés.

En la edición de 2017 participaron 42 sanitarios de todo el país, de los que el 48% tenía cualificación de enfermería, el 28% eran médicos y el resto era personal técnico o sin educación formal. La formación sanitaria previa de los participantes fue de 4,97 años de media. Los participantes atendían a una media de 9 pacientes neurológicos por semana, siendo las enfermedades más prevalentes: cefaleas (23,8%), epilepsia (21,4%) y enfermedad cerebrovascular (14,3%). Se recabó el impacto inmediato de la formación mediante cuestionarios para determinar el nivel de los alumnos antes y después, observándose un incremento en el número de aciertos en cada uno de los temas, tanto generales como específicos, aumentando también el interés por la neurología. Tras el curso, la formación se mantiene mediante la plataforma digital de la Fundación Recover, dando apoyo virtual continuado a los sanitarios cameruneses que lo soliciten y compartiendo casos clínicos y experiencias de modo bidireccional.

## CONCLUSIONES

El conocimiento de las realidades locales otorga una visión holística al cooperante, permitiendo la comprensión del paradigma médico local y la integración en un espectro de realidades complementarias y nunca antagónicas, haciendo de la cooperación un espacio de transmisión de conocimiento horizontal, donde se comparten experiencias respetando la autonomía e identidad de ambas culturas. Las palabras del doctor Santiago Ahumada, médico argentino formado en España y afincado desde 2011 en Obout (Camerún), reflejan esta realidad: «La medicina africana no coincidía mucho con la forma de pensar que nos enseñan en la universidad o la manera en que se practica la medicina en España. Es buena la formación que he tenido, pero cuando llegas a la práctica y te encuentras con que mucho de lo que has aprendido no puedes aplicarlo, tienes que buscar alternativas para hacer la medicina que es viable, porque otra medicina no se concibe aquí.»

Las realidades locales muestran características únicas que merecen respeto y que han de ser

empleadas para una mejora en el estado de salud. La realización de proyectos de cooperación es una herramienta de promoción del desarrollo en los países más desfavorecidos. La mayoría de líneas de trabajo se establecen entre países con grandes diferencias socioeconómicas y culturales que han de ser integradas para una cooperación eficiente. El conocimiento del terreno sobre el que se trabajará y la realización de proyectos de cooperación que permitan un desarrollo continuado en la población de destino parecen ser las claves para lograr el objetivo principal: la apropiación de los recursos y su propulsión por el país receptor.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Duarte Herrera LK, González Parías CH. Origen y evolución de la cooperación internacional al desarrollo. *Panorama*. 2014;8(15):117-31.
2. Pérez de Amiño K. Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. Bilbao: HEGOA, Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional; 2000.
3. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41:1403-9.
4. Berzon R, Hays RD, Shumaker SA. International use, application and performance of health-related quality of life instruments. *Qual Life Res*. 1993;2:367-8.
5. Martinez-Martin P. An introduction to the concept of "quality of life in Parkinson's disease". *J Neurol*. 1998;245(Suppl. 1):2-6.
6. Health Organization. Handbook of Basic Documents. 5th ed. Ginebra: WHO, Palais des Nations; 1952. pp. 3-20.
7. McKeown T. The origins of human disease. Oxford: Basil Blackwell; 1988.
8. Bonfill X, Gabriel R, Cabello J. La medicina basada en la evidencia. *Rev Esp Cardiol*. 1997;50:819-25.
9. Djulbegovic B, Guyatt GH. Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. *Lancet*. 2017;390(10092):415-23.
10. Cumes D. South African indigenous healing: how it works. *Explore (NY)*. 2013;9(1): 58-65.
11. Omonzejele PF. African concepts of health, disease, and treatment. An ethical inquiry. *Explore (NY)*. 2008;4(2):120-6.
12. Burton A. Plugging epilepsy knowledge gaps in Cameroon. *Lancet Neurol*. 2015;14(10):980-1.
13. Mellis C. Evidence-based medicine: what has happened in the past 50 years? *J Paediatr Child Health*. 2015;51(1):65-8.
14. The African Regional Health Report: The Health of the People. Bulletin of the World Health Organization [Internet]. Ginebra: World Health Organization [fecha de consulta: 1 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/africanhealth/en/>
15. Cooperación española [Internet]. España: Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación [fecha de consulta: 1 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.exteriores.gob.es>
16. Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo y Agenda de Acción de accra. Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo (2005). Programa de acción de accra (2008) [Internet]. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos ; 2005-2008. Disponible en: <https://www.oecd.org/dac/effectiveness/34580968.pdf>
17. V plan director de la cooperación española (2018/2021) [Internet]. España: Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo [fecha de consulta: 1 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Planificacion/PD%202018-2021.pdf>
18. García M. Conceptos sobre cooperación internacional [Internet]. Centro para la Investigación y el Desarrollo del Sector no Lucrativo en España y Latinoamérica (PROADE) [fecha de consulta: 1 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.asociacionproade.org/blog/conceptos-b%C3%A1sicos-sobre-cooperaci%C3%B3n-internacional/>
19. Estrategia de Salud de la Cooperación Española. Resumen ejecutivo [Internet]. España: Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación [fecha de consulta: 1 de mayo de 2019]. Disponible en: [http://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Planificacion\\_estrategica\\_por\\_sectores/estrategia\\_salud\\_resumen\\_esp.pdf](http://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Planificacion_estrategica_por_sectores/estrategia_salud_resumen_esp.pdf)
20. Índices e indicadores de desarrollo humano. Actualización estadística de 2018 [Internet]. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2018 [fecha de consulta: 1 de mayo de 2019]. Disponible en: [http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018\\_human\\_development\\_statistical\\_update\\_es.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update_es.pdf)
21. Salud en África [Internet]. Fundación Recover. Hospitales para África [fecha de consulta: 1 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://fundacionrecover.org/salud-en-africa-fundacion-recover/>