

COHERENCIAS DE POLÍTICAS AL DESARROLLO DE SALUD DE LA AECID EN ÁFRICA

Referencia: Convocatoria Abierta Permanente (CAP, registro 09-CAP2-I484) de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Subvención otorgada al Grupo de Estudios Africanos (GEA) de la Universidad Autónoma de Madrid.

Título: Coherencia de Políticas Españolas Hacia África.

Informe a cargo del Grupo de Estudios Africanos, Línea de Investigación en Cooperación Internacional al Desarrollo

Autores del Informe: José Luis de la Flor y Berta Mendiguren

Noviembre de 2011

Este Informe está pensado para que tenga la mayor difusión posible y que, de esa forma, contribuya al conocimiento y al intercambio de ideas.

Se autoriza, por tanto, su reproducción, siempre que se cite la fuente y se realice sin ánimo de lucro.

El contenido es responsabilidad de sus autores y no representa necesariamente la opinión del Grupo de Estudios Africanos de la UAM.

Disponible en: <http://www.uam.es/gea>

SALUD



Con la colaboración de:

MINISTERIO
DE ASUNTOS EXTERIORES
Y DE COOPERACIÓN



I. RESUMEN EJECUTIVO	p.3
1. Coherencias a Nivel Interno y Externo	p.3
2. Incoherencias a Nivel Interno y Externo	p.3
3. Recomendaciones	p.4
II. INFORME SOBRE COHERENCIA DE POLÍTICAS AL DESARROLLO DE SALUD DE LA AECID EN ÁFRICA	p.6
1. Introducción y Metodología	p.6
1.1. Objetivo general	p.6
1.2. Objetivos secundarios	p.7
1.3. Metodología	
1.3.1. Principales fases del desarrollo de la investigación	p.8
1.3.2. Justificación de la elección de Etiopía y Senegal para los estudios de caso	p.9
2. Contexto del Estudio	p.11
2.1. La idea de coherencia en las políticas de desarrollo en salud de la AECID y el marco conceptual que lo sustenta	p.11
2.2. Las líneas estratégicas de la cooperación internacional en salud de la AECID	p.13
2.3. Herramientas de la Ayuda Oficial al Desarrollo en salud de la AECID	P.14
2.4. Factores globales	P.15
2.4.1. El contexto de la salud global	P.16
2.4.2. Los determinantes sociales de la salud	P.17
2.4.3. La agenda de salud global de la Unión Europea	P.17
2.5. África Subsahariana	P.19
3. Parte Analítica	P.22
3.1. Estudio de caso y análisis de coherencia de políticas al desarrollo de la salud de la AECID en Etiopía	P.24
3.1.1. Introducción histórica a la cooperación española en Etiopía	P.24
3.1.2. Estado de los ODM en salud en Etiopía	P.29
3.1.3. Agenda sanitaria y de desarrollo en salud en Etiopía	P.33
3.1.4. Análisis de coherencia y principales conclusiones y recomendaciones	P.36
3.2. Estudio de caso y análisis de coherencia de políticas al desarrollo de la salud de la AECID en Senegal	P.43
3.2.1. Introducción histórica a la cooperación española en Senegal	P.44
3.2.2. Estado de los ODM en salud en Senegal	P.52
3.2.3. Agenda sanitaria y de desarrollo en salud en Senegal	P.56
3.2.4. Análisis de coherencia y principales conclusiones y Recomendaciones	P.61
4. Conclusiones Finales y Recomendaciones	P.71
4.1. Conclusiones programáticas en torno a la coherencia de las políticas de salud de la AECID en África	P.72
4.2. Conclusiones en base a la coherencia interna y externa de los casos de Etiopía y Senegal	P.73
4.2.1. Coherencia interna	P.73
4.2.2. Coherencia Externa	P.74
Bibliografía	P.75

I. RESUMEN EJECUTIVO

1. Coherencias a Nivel Interno y Externo

- Las políticas españolas se incorporan a los marcos globales de salud de la OMS y a los principios rectores de París y Accra. Existe una Estrategia en Salud de la AECID para regular las actuaciones y perseguir la coherencia en la cooperación internacional en salud.
- Se ha reforzado el posicionamiento doctrinal de la AECID en salud, avanzando en adecuar las políticas de desarrollo de salud a los marcos normativos globales. Fruto de ello es la participación de la sociedad civil a través de la Mesa de Armonización de la Salud y el impulso hecho a la Declaración de Salud Global de la UE.
- La regulación de los créditos FAD es un paso importante para desligar los intereses económicos en salud.
- La prioridad geográfica dada a África en la AOD en salud es coherente con las necesidades del continente.

2. Incoherencias a Nivel Interno y Externo

- La gran importancia de la canalización por fondos multilaterales contradice el apoyo a una estrategia de salud centrada en el fortalecimiento de los servicios de salud.
- La crisis económica aleja al Estado español de los compromisos financieros en salud global.
- Los intereses políticos emergen en las políticas de cooperación española a la salud. En algunos casos se desplaza la actuación en el sector salud por otros intereses económicos o migratorios (Senegal). En otros casos el interés por fortalecer los lazos institucionales y la presencia internacional de España en África subraya el trabajo en el sector salud (Etiopía)

3. Recomendaciones

- Ante el descenso de AOD se hace prioritario que se ejecuten las partidas comprometidas en el PACI 2011, tanto canalizadas a través de fondos multilaterales como de fondos bilaterales.
- La crisis económica puede suponer una ralentización de la extensión de mosquiteras y antirretrovirales suministrados por fondos globales. Ante esta posibilidad se hace necesaria una reflexión programática tendente a fortalecer la OMS frente a otros organismos paralelos como son los fondos globales.
- Es necesario actuar desde una estrategia programática y sostenible evitando las salidas del sector salud que pueden suponer retrocesos en los ODM en salud.
- Fortalecer la presencia en las OTC de profesionales de salud que puedan dar seguimiento a las estrategias y retos del desarrollo en salud
- Las OTC deben generar espacios de encuentro entre las ONG para compartir el trabajo realizado sin que suponga la imposición de las segundas a una agenda bilateral. A su vez deben ser activas en la promoción de la participación de la sociedad civil local en la agenda de desarrollo en salud.
- Las OTC españolas que trabajan en salud deben valorar las posibilidades que abre la incorporación al sector de buen gobierno en aquellos países en donde hay fallos de gobernabilidad institucional que pueden distorsionar la AOD en salud.
- Las experiencias en salud de las OTC deben ser socializadas dentro de la AECID y generar espacios de encuentro entre sus miembros. Estas experiencias pueden promover ciertas actuaciones (Etiopía) como evitar replicar otras (Senegal). En todo caso, unas y otras deben suponer un aprendizaje crítico adecuado a las especificidades locales en las que actúa la AECID.

- A la hora de actuar en salud es más conveniente fijar criterios de prioridad sectorial que criterios de prioridad geográfica que pueden alejarse de las distintas necesidades sanitarias de las regiones de un estado (Senegal).
- La experiencia de profesionales españoles en salud es un valor propio de la actuación de la AECID en el terreno, sobre todo en aquellos aspectos relacionados con los sistemas de seguros sociosanitarios y el fortalecimiento de los sistemas de salud. Esta actuación debe adecuarse a las necesidades que supongan los contextos institucionales locales y garantizar que su presencia se adecua a los principios de universalidad, acceso a los servicios de salud y fortalecimiento de la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS).
- El sector salud puede suponer un nicho de mercado en los países africanos. Las políticas de desarrollo en salud deben promover el acceso universal, equitativo y de calidad de la población a los servicios sanitarios como defensa ante la apertura de este sector a las empresas privadas.
- Profundizar discursiva y programáticamente en las relaciones entre el fortalecimiento de los servicios de salud y la actuación sobre los determinantes sociales de salud. El caso de Etiopía muestra el interés por adecuar códigos de contratación en la migración de profesionales. El caso de Senegal subraya asegurar la ausencia de intereses económicos ligados a las actuaciones en el sector salud.
- Los principios de la Agenda de París deben estar presentes en las actuaciones de los actores de desarrollo en salud, no solo de la AECID si no también de las ONG y de las CCAA.

II. INFORME SOBRE COHERENCIA DE POLÍTICAS AL DESARROLLO DE SALUD DE LA AECID EN ÁFRICA.

1. Introducción y Metodología

El presente informe aborda la coherencia de las políticas españolas de desarrollo en salud en África Subsahariana a través de dos estudios de caso: Etiopía y Senegal. En ambos casos comprendemos la salud como un aspecto clave del desarrollo humano y como un espacio de gobierno donde actúan diferentes actores e intereses.

1.1. Objetivo general

Nuestra investigación tiene como objetivo general el análisis de la coherencia de las políticas españolas de cooperación internacional en salud en África Subsahariana.

1.2. Objetivos secundarios

- Identificar el significado de coherencia asumido por la AECID en las políticas de desarrollo en salud en África Subsahariana.
- Evaluar la coherencia de las políticas de desarrollo de la salud de la AECID en Etiopía y Senegal.
- Identificar las posibilidades y las dificultades de extender una agenda de coherencia en salud en Etiopía y Senegal.
- Analizar la coordinación entre el fortalecimiento de los servicios de salud y los planes verticales de lucha contra enfermedades específicas en Etiopía y Senegal.
- Analizar cómo las deficiencias en gobernabilidad afectan al desarrollo del sector salud en Etiopía.
- Analizar la coherencia de las acciones de desarrollo en salud desarrolladas en Senegal y cómo sus resultados influyen sobre la evolución de las prioridades de las estrategias de desarrollo españolas.

- Analizar la influencia que tienen los contextos históricos, sociales y políticos de Etiopía y Senegal en el diseño de las políticas de salud de la AECID en sendos países.
- Analizar la evolución normativa de la idea de coherencia en los marcos globales de desarrollo en salud.
- Identificar el interés de adecuar las políticas de desarrollo en salud de la AECID en Etiopía y Senegal a los avances normativos en la idea de coherencia en salud.

1.3. Metodología

Metodológicamente este estudio analiza la coherencia de las políticas españolas de desarrollo en salud en África Subsahariana abordando aspectos globales y locales. Para ello se sustenta en las posibilidades metodológicas y analíticas de dos disciplinas de las ciencias sociales: las Relaciones Internacionales y la Antropología. A través de estas disciplinas comprendemos críticamente la gobernanza sanitaria en África como el resultado combinado de estos tres elementos: un contexto macro caracterizado por el paradigma de salud global, la extensión de una agenda de buen gobierno al sector salud en África Subsahariana y las características sociohistóricas propias de las realidades locales africanas. En concreto, desde la disciplina de Relaciones Internacionales analizamos: a) la evolución de un marco normativo en salud global durante los últimos años y su influencia en el diseño de las agendas de desarrollo en salud de la AECID; b) la relación entre estos marcos normativos y el despliegue de una agenda de buen gobierno para el sector de la salud en África. Y desde la Antropología abordamos: a) hasta qué punto a la hora de diseñar e implementar la ayuda al desarrollo en salud de la AECID se tienen en cuenta los procesos históricos, políticos, económicos y socioculturales asociados a realidades locales y comunitarias subsaharianas; b) cómo influyen estas características en el despliegue de las políticas de salud así como de los programas verticales, como es el caso de los de lucha contra el VIH/SIDA.

1.3.1. Principales fases del desarrollo de la investigación

Desde octubre de 2009, se realizó una revisión bibliográfica tanto en bibliotecas y centros de estudios españoles como de otros países: Francia, Etiopía (Centro de Estudios Etíopes, Addis Abeba) y Senegal (IFAN, Dakar). En un primer momento se estudiaron las agendas y políticas globales de desarrollo en salud, se identificaron las características propias de actuación de la AECID en ese sector, en especial para el caso del África Subsahariana y se analizó la especificidad de los contextos sanitarios de Etiopía y Senegal.

Con esta información, durante febrero y marzo de 2010, se organizó un borrador de posibles líneas de estudio que fue debatido en un primero seminario interno al Grupo de Estudios Africanos (GEA-UAM). En este espacio se presentaron y se discutieron las líneas que terminarían orientando la presente investigación. Tras ello se prepararon los instrumentos metodológicos necesarios para el desarrollo del trabajo sobre el terreno. Se comenzó por la selección de la muestra a investigar y después se elaboraron los guiones para entrevistar en España a una serie de actores de la cooperación española en salud en África Subsahariana, especialmente aquellos que estaban interviniendo en Etiopía y Senegal. Estas entrevistas se desarrollaron entre los meses de mayo a julio de 2010. En base a los resultados de dichas entrevistas y la información levantada en la citada revisión documental, se preparó la fase del trabajo en Etiopía y Senegal que se desarrolló durante los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2010¹.

Una vez finalizado y de vuelta a España, se procedió a la transcripción y posterior codificación de las entrevistas realizadas así como del diario de campo con el fin de facilitar su posterior análisis. Un primer borrador del presente informe fue redactado y debatido en un segundo seminario celebrado el 15 de enero de 2011 en Bilbao con el apoyo de HEGOA (Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional-UPV). A este segundo seminario fueron invitados especialistas de

¹ En Etiopía se entrevistaron 11 actores sobre un total de 17 contactados y en Senegal a 21 sobre un total de 35.

organismos estatales, ONGD y universidades, todos ellos vinculados al desarrollo del sector de la salud en África desde la cooperación española o vasca. Los objetivos principales del seminario fueron la presentación de nuestra investigación, la socialización y confrontación de las principales conclusiones, así como la recogida de las recomendaciones de los especialistas invitados. Con ello logramos mejorar el propio estudio así como triangular nuestro análisis con expertos del sector de la cooperación en salud en África Subsahariana. Durante los meses de febrero a junio de 2011 se procedió a la redacción de este Informe Final.

1.3.2. Justificación de la elección de Etiopía y Senegal para los estudios de caso

Como figura en la solicitud de la CAP, Senegal y Namibia habían sido nuestros primeros países de elección pero desde la AECID se nos sugirió el interés de desplazar este último país por Etiopía. Finalmente decidimos realizar el estudio práctico en Senegal y Etiopía en base principalmente a las siguientes razones vinculadas con los objetivos de nuestra investigación:

1. Se trata de países subsaharianos con distinto contexto geográfico, histórico, social y político. Ambos estados presentan en efecto realidades diferentes para la cooperación española en salud.
2. Ambos coinciden en el interés creciente mostrado hacia ellos por la AECID y son considerados por diferentes razones como de prioridad A en el Plan África 2009-2012 (MAEC 2008). Desde 2008 Etiopía está entre los primeros receptores de AOD bilateral española en salud. En el caso senegalés dicha prioridad se traduce a nivel de fondos que le sitúan en el tercer país africano en cuanto a su volumen. Un volumen, como veremos, creciente hasta 2009 y que a pesar de la prioridad acordada al sector salud en el primer DEP que data de 2005, desde 2009 habría sido retirada.
3. Tanto Etiopía como Senegal son importantes estados receptores de AOD. Etiopía cuenta con una larga historia como estado receptor de AOD y Ayuda

Humanitaria. La ayuda en salud es una de las principales vías de entrada de AOD en este país y una línea básica de la actuación de la AECID en el mismo (APSG 2009a). Por otra parte, Senegal puede ser considerado como un laboratorio internacional de la ayuda al desarrollo pues ha sido uno de los primeros, sino el primer país de África Subsahariana, en haber recibido AOD basándonos en una lectura detenida de su historia colonial². País que en su historia más reciente ha recibido múltiples aportaciones multilaterales, alimentadas en parte por la ayuda española, destacando las Iniciativas GAVI³ e IDA⁴. Senegal fue asimismo en 2008 el quinto país por volumen de fondos de AOD destinados a apoyo de la Salud Sexual y Reproductiva (APSG 2009b, 5).

4. Por los propios problemas de coordinación que supone la multiplicidad de donantes nacionales y globales trabajando en desarrollo en ambos países y en concreto en sus sectores de salud. En el caso de Etiopía nos interesó la pluralidad de actores internacionales presentes en el país como organismos internacionales, fondos globales, fundaciones o agencias nacionales de desarrollo. En el caso de Senegal, más allá de la antigua presencia de múltiples actores internacionales, nos interesó la diversidad y juventud de la propia presencia española compuesta por actores estatales, comunidades autónomas, entidades locales, universidades y en especial de ONGD.

5. Además, desde mediados del siglo XIX en Etiopía y desde el período colonial en Senegal, encontramos conexiones históricas con la extensión internacional de la biomedicina y la salud pública. Estas relaciones permiten analizar el despliegue actual de las políticas globales de desarrollo de la salud para sendos países como el presente de una historia de más larga duración.

² Como bien señalan DUBRESSON y RAISON (2003, 22), si bien el primer Fondo de Ayuda al Desarrollo lo crea Gran Bretaña en 1929 —el Colonial Development Fund— en 1934, e inspirándose en aquél, Francia trata de poner en marcha un fondo de ayuda de un valor de quince millares de francos, en base a la idea naciente de que la metrópoli debía contribuir al desarrollo económico de sus territorios; el primer beneficiario habría sido el actual Senegal.

³ Global Alliance for Vaccines and Immunisation (GAVI). Creada en el año 2000, GAVI Alliance es una iniciativa internacional para luchar contra la mortalidad infantil en los países más desfavorecidos.

⁴ International Development Association (IDA) Se trata del Fondo del Banco Mundial para los países empobrecidos.

2. Contexto del Estudio

Este apartado aborda la conformación de una idea de coherencia dentro de las políticas españolas de cooperación en salud en base a los principios, marcos normativos y herramientas en los que se asienta. Contextualizamos las estrategias de la AECID de cooperación en salud desplegadas en base a estos principios y normatividades dentro de tres espacios: el Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2008), la arquitectura política caracterizada por el paradigma de salud global, y los últimos posicionamientos de la Unión Europea (UE), actor principal de las agendas de desarrollo de salud, incluido el contexto subsahariano.

2.1. La idea de coherencia en las políticas de desarrollo en salud de la AECID y el marco conceptual que lo sustenta

Comenzamos presentando en este apartado la doble naturaleza de la idea de coherencia en las políticas de desarrollo en salud de la AECID. Es así que en la Estrategia de Salud de la Cooperación Española aparecen dos tipos de coherencias⁵ (MAEC 2007):

- **Coherencia Interna** definida como la adecuada articulación interna de la estrategia, se valora la corresponsabilidad entre los problemas y las causas identificadas en el diagnóstico, y su relación con la definición, calidad y jerarquía de objetivos, líneas estratégicas y actuaciones propuestas.
- **Coherencia externa** definida como instrumento de planificación cuyo objetivo es articularse con otras políticas y programas, especialmente en tres ámbitos de planificación diferentes: los niveles de planificación estratégica de la política española de cooperación, los principales consensos de la agenda internacional de desarrollo, con atención especial a los ODM y la Declaración de

⁵ España realizó su primera Estrategia de Salud en 2003 en el marco de su primer Plan Director, que abarcó el periodo 2001-2004. Una estrategia que de manera muy incipiente recogía ya el VIH/SIDA como una de sus prioridades dentro del trabajo sobre enfermedades prevalentes. En enero de 2004, se presentó el Programa VITA de salud para África, un programa de coordinación en el que han participado casi todas las comunidades autónomas y que en la actualidad se encuentra clausurado.

París, las políticas nacionales y otras intervenciones ejecutadas en cada uno de los países receptores.

La doble naturaleza de la coherencia en salud está en relación con unos principios y unos enfoques vinculados a un marco normativo. Todo ello habilita un espacio conceptual donde la cooperación internacional española considera la salud como un derecho humano, condición y objetivo del desarrollo, un bien público y una responsabilidad pública tanto nacional como internacional. La salud participa de esta perspectiva a través de un enfoque holístico centrado en una triple dimensión de la relación salud-pobreza-desarrollo que promueve una perspectiva multidimensional de la salud —y la enfermedad—, cuyo abordaje excede el ámbito estrictamente sanitario en clara conformidad con el paradigma del desarrollo humano. De tal forma que, las políticas de desarrollo de la salud de la AECID se han ido alineando con estos marcos normativos: la agenda internacional de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000), la Declaración de París (2005), el Programa de Acción de Accra (2008) (OCDE 2008) y la IV Cumbre sobre la Mujer (1995) celebrada en Beijing, que supone el reconocimiento mundial de la necesidad de lograr la igualdad entre hombres y mujeres. Dichas declaraciones subrayan especialmente la necesidad de coordinación entre donantes y la apropiación de las políticas del desarrollo por parte de los estados receptores. Junto a ello se subraya el fortalecimiento de la sociedad civil y su participación en las políticas públicas. Estos principios se hacen efectivos principalmente a través de dos herramientas, el enfoque sectorial o SWAP, y la ayuda programática en salud. Además, las políticas de desarrollo de la salud de la AECID incorporan las recomendaciones de la OMS dirigidas al fortalecimiento de los servicios de salud a través del diseño de sistemas públicos basados en la Estrategia de la Atención Primaria en Salud (OMS 2007) y las recomendaciones del Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de Salud de la OMS (OMS-CDSS 2008). A su vez, las políticas de desarrollo de la salud de la AECID se inscriben en el marco de la política exterior española más amplio y caracterizado para las políticas de salud en África Subsahariana por el Plan África 2009-2012 (MAEC 2008) y el III Plan Director

de la Cooperación Española que incide en la coordinación y complementariedad entre actores nacionales e internacionales y la mejora de la calidad de gestión de la AOD en salud (MAEC 2009).

2.2. Las líneas estratégicas de la cooperación internacional en salud de la AECID

Las líneas estratégicas de la cooperación internacional en salud de la AECID son: mejorar los servicios básicos de salud a través del fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, los recursos humanos y la participación ciudadana. Para ello se hace necesario contribuir a la conformación, consolidación y sostenibilidad de sistemas de salud eficaces y equitativos, el desarrollo de recursos humanos suficientes y motivados, y la promoción de una ciudadanía capaz de tomar parte en el diseño y orientación de un sistema de salud equitativo. A ello se suma la mejora en el acceso de la población a medicamentos, suministros y tecnología sanitaria. Entre las actuaciones se subraya la prioridad de disminuir la carga de enfermedad y el desempeño en los ámbitos de salud sexual y reproductiva, salud infantil, enfermedades prevalentes y olvidadas (VIH/SIDA, TBC, Malaria), y la atención sanitaria en emergencias. También recibe atención la contribución al desarrollo de sistemas de investigación y desarrollo en salud (MAEC 2007).

Para avanzar en esta dirección, la cooperación española ha previsto trabajar con organismos multilaterales, asociaciones público-privadas y mecanismos innovadores de financiación siempre que compartan su visión y objetivos. Así se considera que al menos un 60% de la financiación debe canalizarse por apoyo presupuestario, y se apoya una intervención internacional basada en organismos internacionales como OMS, ONUSIDA, FNUAP, la participación en fondos globales e iniciativas de coordinación global como la IHP+ (International Health Partnership and Related Initiatives) cuyas características presentaremos más adelante⁶. A

⁶ Grupo de socios que comparten un interés común en mejorar los servicios y resultados de salud a través del abordaje de los principios de París y Accra sobre la efectividad de la ayuda. Se lanzó en septiembre de 2007.

continuación expondremos las formas de canalización de la AOD en salud que usa la AECID.

2.3. Herramientas de la Ayuda Oficial al Desarrollo en Salud de la AECID

En la Estrategia Sectorial de Cooperación en Salud se define la AOD bilateral como la ayuda oficial al desarrollo que la cooperación española aporta directamente a los países socios. Por su parte la AOD multilateral es entendida como la financiación para el desarrollo canalizada a través de organismos multilaterales que, en principio, es difícilmente especificable en cuanto a su destino geográfico y/o subsectorial, ya que se incorpora a un fondo común de todos los donantes que luego es utilizado por la institución multilateral para el desarrollo de su misión. La ayuda bilateral en salud sigue diversas vías de canalización, tanto a través de entidades públicas como privadas, del país donante y de los países socios. En 2009, las ONGD españolas canalizaban algo más del 55% de la AOD bilateral en salud (MDM et al. 2010, 143). En cuanto a la orientación geográfica de la ayuda bilateral en salud, en ese mismo año 2009, el 55% se destinó a África y el 35,7% a América Latina, lo cual muestra la relevancia de África como destino de la cooperación española en salud (PROSALUS et al. 2010, 145).

La principal característica de las previsiones de AOD española es su descenso debido al contexto de crisis económica. Las ONGD de salud denuncian que dicho contexto no puede ser una excusa para incumplir los compromisos financieros acordados por los donantes bilaterales (APSG 2009b). Financieramente, la tendencia de los últimos años en la cooperación española en salud ha sido canalizar el mayor porcentaje de AOD a través de organismos multilaterales que en 2009 supusieron más del 68% de toda la ayuda en salud (PROSALUS et al. 2010, 127). Durante el desarrollo de este estudio, el presupuesto para la AOD neta era de 5.264,61 millones de euros en el PACI 2010, descendiendo hasta los 4.233,71 millones de euros en el Proyecto PACI 2011 (MAEC-SECI 2010, 50; MAEC-SECI 2011, 59). Dentro de este descenso, el PACI 2010 destinó el 9,22% de la AOD al sector salud

mientras que el Proyecto PACI 2011 destina el 6,79%. En el último Proyecto PACI los componentes de la AOD en salud quedan así: AOD multilateral, 91.699.910 euros, y AOD bilateral bruta, 88.252.499 euros⁷. Es decir el 49% de la AOD española en salud se canalizaría en 2011 vía ayuda bilateral y el 51% vía ayuda multilateral. Hasta tener datos de los presupuestos ejecutados no se puede confirmar el descenso global de la AOD en salud respecto a la AOD neta, ni la relación entre porcentajes de AOD en salud canalizada vía multilateral o bilateral. En todo caso se puede advertir un descenso global de la AOD destinada a salud y un descenso relativo de la AOD en salud canalizada vía multilateral.

Ahora bien tanto la agenda de buen gobierno para el desarrollo del sector salud como en las vías de canalización que ésta usa, coexisten con diferentes factores locales y globales que influyen en el nivel de salud de la población africana. Es por ello que estimamos necesario el repasar tanto de los factores globales relacionados con el contexto de la salud global, como de los determinantes sociales de la salud y las recientes disposiciones de la UE relativas al desarrollo de la salud.

2.4. Factores globales

Los instrumentos y estrategias de salud de la cooperación española están incorporados a una arquitectura política sanitaria caracterizada por el paradigma de salud global. Este ámbito de producción de las agendas y de las políticas de salud pública global supone también nuevos retos para comprender de forma holística la salud. En este sentido, la ya citada Comisión de Determinantes Sociales de Salud de la OMS (OMS-CDSS 2008) echa luz a las relaciones de poder que atraviesan la salud de la población. Recientes documentos de la UE presentan una agenda política para la salud global que intenta asumir los retos subrayados por la Comisión de Determinantes Sociales de Salud. El repaso a estos documentos y al papel jugado

⁷ Los datos utilizados para la elaboración del presente capítulo provienen de los informes de seguimiento de los PACI elaborados por la Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo (DGPOLDE). A la hora de elaborar este Informe, el PACI 2011 no desglosaba las cantidades por sectores específicos por eso acudimos al Proyecto PACI 2011. Somos conscientes de que no son datos confirmados pero nos permiten reflexionar sobre las tendencias de la cooperación al desarrollo de la salud española.

en su elaboración por la AECID nos permite cerrar esta contextualización mostrando cómo la agenda de la UE presenta las relaciones entre la salud global, los determinantes sociales de la salud y los retos del desarrollo de la salud en África.

2.4.1. El contexto de la salud global

Podemos definir la emergencia de la salud global a través de la presentación de tres características. Una primera característica es el desplazamiento del concepto de salud internacional por el de salud global, motivado por un lado por la creciente pérdida de centralidad de los estados en el ordenamiento de sus políticas nacionales de salud frente a otros actores como: las empresas transnacionales de servicios, distintos organismos y tratados internacionales con competencias regulatorias en el sector salud (Organización Mundial de Comercio, Tratados de Libre Comercio), ONGD, fundaciones o empresas farmacéuticas; y por otro lado, por la aparición de nuevos determinantes de la salud vinculados por ejemplo con la extensión de patrones alimentarios, el tabaquismo, la reemergencia de enfermedades infecciosas o el cambio climático (Lee 2003). Una segunda característica es la importancia que ha ido ganando la salud en las políticas de los estados. Este incremento ha supuesto el resurgimiento de una diplomacia sanitaria constituida por el trabajo compartido entre expertos de salud pública y expertos en relaciones internacionales. Esta diplomacia sanitaria trabaja desde diferentes niveles de negociación en la ordenación de los distintos sectores involucrados en la salud pública (Kikbusch et al. 2007). Una tercera característica es la importancia que juega la UE en su conjunto (la CE, la Secretaría del Consejo y los estados miembros de la UE) dentro de esta arquitectura. En concreto, la Unión Europea resulta ser el mayor donante a nivel mundial en cooperación al desarrollo y un actor principal en el diseño de los marcos de actuación dirigidos al fortalecimiento de los servicios de salud en los países del Sur (CE 2010a).

2.4.2. Los determinantes sociales de la salud

En el informe *Subsanar las desigualdades en una generación* de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (OMS-CDSS 2008) se considera que los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. El informe sostiene que estos explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, siendo éstas el resultado de la forma de distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. La Comisión insta a actuar en tres vías de acción: mejorar las condiciones de vida en que vive y trabaja la población, luchar contra la distribución desigual del poder así como mejorar el acceso a los recursos a nivel mundial. Esta Comisión también requiere de herramientas que midan la magnitud de los problemas de salud de la población y que evalúen las intervenciones sanitarias para facilitar el diseño de políticas públicas sanitarias (OMS-CDSS 2008).

2.4.3. La agenda de salud global de la Unión Europea

La AECID ha jugado un importante papel en la agenda de salud global de la Unión Europea durante la reciente presidencia rotativa española en 2010. En este proceso, la cooperación española abrió diversas vías de diálogo y encuentros con el Ministerio de Salud y el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Se debe destacar la formación de una Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española donde participaron miembros de la cooperación española, universidades, el Instituto Carlos III y ONGD. Los documentos elaborados fueron parte de la preparación de la Cumbre de Naciones Unidas sobre los ODM celebrada en septiembre de 2010. Asimismo, el Consejo de la Unión Europea adoptó las conclusiones presentadas por la presidencia española sobre el papel de la UE en salud global (CE 2010b). Dichas conclusiones también se presentaron en la Asamblea de la OMS de 2010. Básicamente se subraya el papel de la UE en las agendas, las políticas y los desafíos a los que se enfrenta la salud global. Entre estos retos destacamos los

relacionados con el desarrollo de la salud como son, la cobertura universal, el acceso equitativo a los servicios sanitarios de calidad y el enfoque de derechos en salud. Se incide en el necesario refuerzo de los sistemas locales de salud como eje fundamental en las políticas de cooperación de salud de la Unión Europea.

Para fortalecer los sistemas de salud y mejorar la eficacia de la ayuda, la UE se basa en los principios de la ya citada International Health Partnership and Related Initiatives IHP+ (Asociación Internacional de Salud e Iniciativas Relacionadas): el apoyo a una sola estrategia nacional de salud, un presupuesto y un sistema de seguimiento⁸. Además, en línea con los compromisos de París y Accra, al menos la mitad de la AOD sanitaria debe ir a través de los sistemas de salud del país, incluyendo las acciones de apoyo presupuestario. Otro aspecto es la mejora de la predictibilidad de la ayuda de la UE y el reforzamiento de la OMS como institución rectora de la salud global. El comunicado resalta finalmente que la coherencia de las políticas europeas en salud global debe enfrentar cinco áreas: comercio (ayuda para la flexibilización de los Acuerdos sobre los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el acceso a medicamentos); migración (consecución de los compromisos de la estrategia de la UE para actuar en la crisis de recursos humanos en salud en países en desarrollo y apoyo al código ético de contratación de profesionales sanitarios promovido por la OMS en 2010); seguridad (asegurar el acceso a los servicios de salud de la población en contextos frágiles); seguridad alimentaria, reforzar el vínculo entre nutrición, seguridad alimentaria y salud); y medio ambiente (incluir en las políticas de medio ambiente la consideración de la salud) (CE 2010a).

Hemos repasado en los puntos anteriores el contexto global, las estrategias, herramientas y marcos normativos de las políticas de desarrollo en salud de la AECID. Estas características son esenciales para llegar a interpretar la coherencia de las políticas al desarrollo de la salud de la AECID en África. Ahora bien, los

⁸ Los países socios de la IHP+ son mayoritariamente africanos: Benín, Burkina Faso, Burundi, Camboya, República Democrática del Congo, Yibuti, Etiopía, Kenia, Madagascar, Mali, Mauritania, Mozambique, Nepal, Níger, Nigeria, Ruanda, Senegal, Sierra Leona, Togo, Uganda, Vietnam y Zambia. En concreto la AECID ha firmado acuerdos con Etiopía, Mozambique y Mali.

problemas a los que se enfrenta la AOD en salud española en África están igualmente relacionados como veremos con la propia evolución de los ODM en salud en la región subsahariana.

2.5. África Subsahariana

En el caso concreto de África Subsahariana, el desarrollo de la salud de la población constituye una de las principales preocupaciones de los actores globales del desarrollo, incluida la cooperación internacional española. En los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), tres de las ocho metas, ocho de los dieciocho objetivos, y dieciocho de los cuarenta y ocho indicadores planteados están directamente relacionados con la salud⁹. La pérdida de salud es una amenaza para la población y especialmente para la africana. Una vulnerabilidad sanitaria que se relaciona a su vez con un limitado avance en el desarrollo humano expresado estadísticamente en los indicadores de salud, y producido dentro de particulares contextos sociales y políticos. Es así que la salud aparece como producto y a la vez reflejo de una realidad plural de la que emergen características como la feminización de la pobreza, la orfandad, la debilitación del estado, la mala habitabilidad o las dificultades de acceso (financiero, geográfico y cultural) a servicios de salud de calidad. Para evaluar el estado de la salud en África repasaremos la progresión de los tres ODM más íntimamente vinculados a la misma:

El ODM 4 se dirige a reducir en dos tercios la mortalidad infantil. En 2009, uno de cada ocho niños africanos murió antes de llegar a los cinco años (129 muertes por 1.000 nacidos vivos), lo que supone que la mitad de las muertes infantiles ocurridas en el mundo en dicho año sucedieron en África. En la región ha descendido la mortalidad infantil un 28% entre 1990 y 2009, lo que UNICEF considera un progreso insuficiente para la consecución del ODM 4 (UNICEF 2010, 6-7). Cuatro enfermedades son las causantes del 43% de estas muertes: neumonía,

⁹ Las tres metas son: reducir la mortalidad infantil (Objetivo número 4), mejorar la salud materna (Objetivo número 5) y combatir el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis (Objetivo número 6).

diarreas, VIH/SIDA y malaria, a las que se tiene que sumar la mortalidad perinatal, estrechamente ligada a la mortalidad materna. La vacunación infantil resulta ser en dicho contexto una de las herramientas más importantes que tienen los sistemas sanitarios para disminuir la mortalidad infantil, pero se deben fortalecer los sistemas de salud para asegurar la sostenibilidad (PROSALUS et al. 2010, 24).

El ODM 5 se dirige a reducir la mortalidad materna y lograr el acceso universal a la salud reproductiva. Prácticamente el 99% de la mortalidad materna se da en países en desarrollo, especialmente en África Subsahariana y en Asia meridional (87% de la mortalidad materna global). En 2008, el 65% de la mortalidad materna ocurrió en once países, de los cuales seis eran africanos: República Democrática del Congo, Etiopía, Kenia, Nigeria, Sudán y Tanzania. Asimismo se ha conseguido que en el conjunto de los países en desarrollo se incremente el número de embarazadas cuyos partos están asistidos por personal cualificado, del 53% en 1990 al 63% en 2008, aunque distribuidos de forma desigual. Es así que en las regiones donde existe mayor mortalidad materna, Asia meridional y África Subsahariana, es donde menos se ha avanzado. Existe en todo caso una brecha importante entre la mortalidad materna en áreas rurales y en urbanas, en gran parte debido a la dificultad de acceso al sistema de salud por parte de las mujeres que viven en zonas rurales, lo que en el caso de África subsahariana supone un 20% menos de acceso al cuidado prenatal respecto a las mujeres que viven en zonas urbanas. Además hay que destacar que más de la mitad de la mortalidad materna (53%) es debida exclusivamente a hemorragias puerperales graves e hipertensión, causas que con un adecuado control sanitario prenatal, puerperal y postnatal, disminuirían de forma radical (OMS 2010a, 1-2).

El ODM 6 se dirige a combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades. En treinta y tres países decreció más de un 25% la incidencia de VIH/SIDA entre 2001 y 2009. De esos países, veintidós pertenecen al continente africano. Pero todavía en esta región continúan ocurriendo la mayoría de las infecciones de VIH/SIDA que ocurren a nivel mundial. Las estimaciones apuntan a 1,8 millones de

personas infectadas en 2009, dato inferior a las estimaciones de 2,2 millones calculadas en 2001. Esta tendencia respondería a la combinación de factores que incluyen los esfuerzos por la prevención y el curso natural de la epidemia. Aunque globalmente el porcentaje de nuevas infecciones se ha reducido, se estima que hay 22,5 millones de personas viviendo con la enfermedad, de los cuales el 68% están en África donde hay más mujeres enfermas que hombres. Aún así, los países con epidemias más extendidas en África (Etiopía, Nigeria, Sudáfrica, Zambia y Zimbawe) han estabilizado la epidemia o muestran signos de declive. Es así que se estima que del casi 1,8 millones de personas que murieron de VIH/SIDA o de enfermedades relacionadas con la epidemia en 2009, el 72% (1,3 millones) sucedieron en África. Gracias a la extensión de la terapia antirretroviral se calcula que 320.000 personas menos murieron por VIH/SIDA o enfermedades relacionadas en África en 2009 respecto a 2004 (ONUSIDA 2010, capítulo 2). Por otro lado, en la lucha contra la malaria también se han producido avances en los últimos años, aunque la mitad de la población mundial sigue en riesgo de contraerla y en 2008 hubo 243.000.000 casos y 863.000 muertes (el 89% en África) la mayoría de menores de cinco años. Asimismo aumentó la producción global de mosquiteras que pasó de treinta millones en 2004 a ciento cincuenta millones en 2009, cinco veces más en cinco años (PROSALUS et al. 2010, 33).

Es así que el principal reto para la mejora de los ODM en salud es el fortalecimiento de los servicios de salud. La multiplicidad de donantes, y la extensión de planes verticales que actúan sobre una sola enfermedad, suponen dificultades para la coordinación de los precarios sistemas de salud africanos. Los programas verticales cuentan con mayor financiación por lo que atraen a los profesionales de salud locales y pueden llegar a debilitar los recursos disponibles para los sistemas sanitarios públicos. Para garantizar una cobertura universal y mejorar la accesibilidad de la población a los servicios de salud se trabaja en línea con la Agenda de París. En concreto, para el fortalecimiento de los servicios de salud se ha dispuesto la ya citada IHP+. La IHP+ es la incorporación y perfeccionamiento

de los principios de la Declaración de París (apropiación, alineamiento, armonización, coordinación y rendición de cuentas) a la ayuda al desarrollo del sector salud. La IHP+ pretende conseguir en los países receptores de ayuda una mejora en el desarrollo de la salud a través de un mejor uso de los fondos existentes; la reducción de la fragmentación de la ayuda, la coordinación entre donantes y país receptor; la implicación de los socios en los procesos de planificación y seguimiento; la financiación sostenible para fortalecer el sistema de salud completado con un liderazgo más fuerte del gobierno receptor. Para ello se apoyan los procesos de planificación nacionales así como la rendición de cuentas mutua a través del seguimiento del cumplimiento del pacto. La IHP+ recibe especial atención en los países africanos que reciben ayuda financiera de múltiples donantes para el desarrollo de su sector salud¹⁰. Esta diversidad de donantes y la existencia de programas verticales frente a enfermedades específicas supone problemas de coordinación que reducen el impacto positivo de la AOD en salud. Ante ello la IHP+ emerge como una estrategia necesaria para mejorar la calidad y la eficacia de la AOD destinada al fortalecimiento de los servicios de salud en África. (PROSALUS et al. 2010; APSG 2009b).

Tras presentar de forma somera el marco teórico y el contexto de nuestra investigación, damos paso al análisis de los principales retos a los que se enfrenta la coherencia interna y externa de las políticas de cooperación sanitaria española en África, y ello a través de los estudios de caso de Etiopía y Senegal.

3. Parte Analítica

A continuación profundizamos en la triangulación entre las agendas globales de salud, la coherencia de las políticas de salud española en África y el desarrollo de la salud de la población africana a través de dos estudio de caso, Etiopía y Senegal. En cada estudio de caso se realiza un repaso a las características generales del país, se

¹⁰ <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/home>

presenta el surgimiento, evolución y principales contribuciones de la cooperación española en él, y se profundiza a través de sus respectivos planes nacionales de salud en el análisis de la coherencia de las políticas españolas de salud. Los dos estudios combinan el trabajo de campo, datos cuantitativos, bibliografía seleccionada, y evaluaciones recientes de las estrategias nacionales sanitarias y del progreso en los ODM en salud. A su vez, el análisis de la coherencia de las políticas de cooperación españolas en cada país profundiza en cuestiones específicas surgidas en los estudios previos y el trabajo en terreno.

En concreto, los estudios consultados sobre eficacia de la AOD en salud en Etiopía abordan problemas derivados de la multiplicidad de actores globales y de la falta de garantías democráticas de las autoridades etíopes (APSG, 2009a; Getnet 2009; Kassa 2009; Red Activas 2010). Nuestro estudio asume estos problemas y suma a dichas inquietudes los últimos impulsos de la AECID en salud global. El resultado final es un análisis de la coherencia interna y externa de las políticas españolas en salud en Etiopía que además aborda los espacios normativos globales recientemente impulsados por la AECID durante la presidencia española de la Unión Europea. En base a nuestro estudio de campo sostenemos que profundizar en estos ámbitos normativos globales es una obligación contraída por el propio posicionamiento español en el ámbito de la salud global.

En el caso de Senegal, dichos estudios resaltan la multiplicidad de actores de la cooperación y su falta de coordinación apareciendo como paradigmático el caso español por su presencia reciente, creciente, múltiple, y a menudo descoordinada, articulada principalmente a través de ONGD. Nuestro estudio asume esta problemática dentro de la creciente pérdida que desde el año 2009 ha sufrido el sector salud en las políticas de cooperación española en Senegal. Este estudio de caso muestra las dificultades sobre el terreno para aplicar la Agenda de París a las políticas de cooperación española previas en el sector salud y su impacto tanto sobre el país socio como sobre las ONGD españolas.

3.1. Estudio de caso y análisis de coherencia de políticas al desarrollo de la salud de la AECID en Etiopía

Etiopía es una República Federal. La Constitución de 1995 instauró un estado descentralizado, compuesto por cuatro niveles de gobierno: estatal, regional, de distrito (o *woreda*) y subdistrito (o *kebele*). El país cuenta con setenta y nueve millones de habitantes y tiene una tasa anual de crecimiento de la población de casi el 3%. La esperanza de vida se sitúa en 54,7 años y más del 80% de la población vive en el área rural. Desde los años 2003 y 2004, el crecimiento de la economía de Etiopía ha aumentado en un 11%. Los sectores más desarrollados son la industria (manufactura y construcción) y la agricultura. Hay un impulso en las infraestructuras por lo que el poder hidroeléctrico se ha incrementado de un 16% en los años 2004-2005 a un 41% en los años 2009-2010; la red de carreteras se ha expandido de 29km/1000km² (2000/2001) a 44,5km/1000km² (2009/2010) (APSG 2009; Activas 2010). Aún así, el IDH de Etiopía es de 0,328, lo que coloca al país en la posición 157 de los 169 países para los que se disponen datos comparables. Como región, el IDH de África Subsahariana ha pasado del 0,293 de 1980 al 0,389 en la actualidad, por lo que Etiopía se sitúa por debajo de la media regional¹¹.

La Agenda de París y la consecución de los ODM son compromisos asumidos por Etiopía que se presenta como uno de los países africanos con mayor incorporación de los principios de la Agenda de París a sus políticas. En las políticas nacionales de la República Federal de Etiopía, la atención a la salud y la educación han sido consideradas como sectores fundamentales para el desarrollo del capital humano (APSG 2009; Getnet 2009; Red Activas 2010).

3.1.1. Introducción histórica a la Cooperación española en Etiopía

Las relaciones de España y Etiopía han dado un salto cualitativo en los últimos años. Las relaciones diplomáticas entre ambos países comenzaron en 1951 siendo de bajo perfil hasta que desde mediados de la primera década del siglo XXI se fortalecen por

¹¹ Véase: <http://hdrstats.undp.org/es/paises/perfiles/ETH.html>. Fecha de Consulta: 4 de octubre de 2011

la relevancia que adquiere la cooperación internacional española en Etiopía¹². La AOD española destinada a Etiopía experimentó una evolución significativa, pasando de los casi 3 millones de euros en el año 2002 a los 4,8 millones euros en 2005. Esos fondos fueron canalizados en gran medida a través de la financiación a ONGD españolas, alrededor del 67% del total de AOD bruta del periodo 2002-2005, organismos internacionales como FAO, OMS, ONUSIDA, PMA, UNICEF y la Misión de NNUU en Etiopía-Eritrea (UNMEE), principalmente en los sectores de salud y ayuda humanitaria y de emergencia. Durante este período aparecen otros actores en la cooperación española con Etiopía, pertenecientes a la cooperación descentralizada (comunidades autónomas y entidades locales), el Ministerio de Defensa, y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Por otro lado, España acordó con Etiopía un programa de condonación y conversión de deuda por proyectos de desarrollo por valor de 8,7 millones de USD, gestionado a través del Banco Mundial. Estos movimientos se enmarcaron dentro de la firma en 2004 de un Memorando de Entendimiento, y de dos convenios en 2007: el Convenio Básico de Cooperación, y el Convenio de Cooperación. Con este impulso, en 2008 la I Comisión Mixta Hispano-Etíope estableció como sectores prioritarios de actuación en el país africano la salud, la educación y el desarrollo rural. En abril del 2007 la AECID abrió en Addis Abeba su Oficina Técnica de Cooperación. (MAEC-SECI 2008, 112) En 2009, se firmó un Acuerdo de Promoción y Apoyo a las Inversiones Recíprocas que refuerza la seguridad de las inversiones españolas en Etiopía en áreas como el petróleo, el gas, los minerales, las energías renovables y las infraestructuras. Actualmente se está completando la segunda etapa del Marco de Asociación que constituye la principal herramienta de la Cooperación Española para la puesta en práctica de los compromisos asumidos en materia de eficacia de la ayuda (MAEC-SECI 2011, 26). Los principales objetivos de la OTC española son contribuir a la consecución de los ODM, la correcta distribución entre sectores de ayuda e instrumentos de

¹² Más información de estas relaciones en GONZÁLEZ AIMÉ, Elsa (2011) “El despliegue de la Ayuda Oficial al Desarrollo española en Etiopía” en FLOR, José Luis de la y FREIRE, Arantxa, *Reflexiones sobre la cooperación española con África*, FCEAR, Madrid.

financiación y la promoción de la Agenda de París para aumentar la calidad y eficacia de la ayuda. La OTC española está dentro del Grupo de Asistencia al Desarrollo en Etiopía (DAG) compuesto por veintiséis donantes. El DAG ordena su trabajo en nueve sectores donde aparecen separados el sector VIH/SIDA y el sector salud y nutrición¹³.

Actualmente hay un descenso muy acusado en la previsión del presupuesto de la AOD bilateral para Etiopía en 2011 que viene a ser menos de la mitad de la AOD bilateral bruta prevista en el PACI del año 2010 (cf. tabla E.1). Aun así hay una continuidad en el apoyo al sector salud de tal forma que el mayor porcentaje de apoyo financiero por sectores de actuación de la AECID en Etiopía se da en el sector de Salud y Salud Reproductiva.

¹³ Ver <http://www.dagethiopia.org/>

Tabla E.1: Financiación por entidades públicas

Año	AOD bilateral bruta (M€)	Administración General del Estado				Comunidades Autónomas	Entidades Locales	Universidades
		Previsión PACI	MAEC	MEH	MITC			
2009	29,1	91,7 %				7,6%	0,6%	0,1%
2010	33,8	83,8 %	0%	0%	0%	14,3%	1,9%	0,1%
2011	15,3	78,5 %	0%	0%	2,3 %	16%	2,9%	0,3%

Fuentes: PACI 2009, 2010 y 2011.

En 2011, el sector Salud y Salud Reproductiva, junto al de Otras Infraestructuras y Servicios Sociales, han supuesto más del 80% de la financiación por sectores de actuación de la AECID en Etiopía. El sector Salud y Salud Reproductiva es el sector de actuación que más ha incrementado su financiación en los tres últimos años. Otras infraestructuras y servicios sociales también suponen mejoras de salud al contribuir sus fondos a programas de acondicionamiento urbano y mejoras de habitabilidad (cf. tabla E.2). Etiopía es el país que más AOD bilateral española recibe para el sector salud en 2011, siendo el 53,4% del total de los 15,3 millones distribuibles (MAEC-SECI 2011, 408).

Tabla E. 2: Financiación por sectores de actuación

Sectores CAD Etiopía	2009	2010	2011
1. Infraestructura y servicios sociales	74,7%	90,5%	92,2%
1.1 Educación	1,8%	4,1%	0,4%
1.2 Salud y salud reproductiva	10,6%	38,7%	53,4%
1.3 Agua	1,8%	2,1%	0,9%
1.4 Gobierno y sociedad civil	0,7%	0,2%	3,5%
1.5 Igualdad de las mujeres	34,2%	2,9%	3,4%
1.6 Otras infraestructuras y servicios sociales	25,7%	42,6%	34,1%
2. Infraestructuras y servicios económicos	0,0%	3,4%	0,1%
3. Sectores productivos	8,5%	5,3%	7,5%
4. Multisectorial	16,8%	0,8%	0,2%
4.1 Protección al medio ambiente	15,6%	0,0%	0,1%
4.2 Otras acciones multisectoriales	1,2%	0,8%	0,1%
5. Total contribuciones disponibles	100%	100%	100%

Fuentes: PACI 2009, 2010 y 2011.

La OTC española en Etiopía ha elegido los fondos gestionados por organismos internacionales o directamente por el Ministerio de Salud Etíope (MoH) como instrumentos de distribución de la ayuda. Estos fondos son:

a) *PBS (Protection of Basic Services)*: que engloba actuaciones en salud, educación, agua e infraestructuras rurales. Este fondo es gestionado por el Banco Mundial. El diseño y seguimiento del PBS se hace desde el ya citado DAG.

b) *MDG Performance Fund*: es el fondo sectorial para el sector Salud, gestionado por el Ministerio de Salud Etíope. Es un instrumento de apoyo presupuestario con el que el gobierno etíope quiere armonizar y concentrar toda la ayuda en salud. El interés de la OTC se vincula con el Programa de Extensión del

Sistema Sanitario, el equipamiento de los centros de salud, de sus servicios de obstetricia y la formación en salud.

c) Programas multilaterales: como el desarrollado por el Instituto de Salud Carlos III en el Bureau Regional de Amhara donde hay un experto de salud pública y un microbiólogo en labores de apoyo en el Hospital Regional y formación clínica, el programa de la OMS dirigidos a la lucha contra la Leishmaniasis, el programa multilateral con PNUD, UNICEF y el MoH que refuerza directamente la estrategia nacional de nutrición y un programa de polio junto a la OMS.

En dicho contexto las políticas de salud de la cooperación española y del resto de donantes interactúan con el diseño del sector salud trazado por el gobierno etíope. Las relaciones entre donantes, estado y *woredas* se coordinan a través de un Manual de Armonización del Sistema de Salud dentro del HSDP III y del programa International Health Partnership and Related Initiatives (IHP+) firmado actualmente por trece donantes. El interés de la OTC española en Etiopía es el apoyo al Sistema Nacional de Salud en su conjunto siguiendo los planes nacionales, a través de mecanismos armonizados (fondos comunes) y apropiados por las instituciones etíopes, evitando apoyos verticales o paralelos.

A continuación relacionamos los avances y las dificultades en la consecución de los ODM así como las políticas de desarrollo en salud etíopes.

3.1.2. Estado de los ODM en salud en Etiopía

El Informe *Ethiopia: 2010MDGs Report. Trends and Prospects for Meeting MDGs by 2015*, (MoH 2010) elaborado por las autoridades etíopes con ayuda del PNUD y del DAG, señala que el avance en los Objetivos de Desarrollo de Milenio en Etiopía se enfrenta a retos externos clave como la crisis económica y el impacto medio ambiental.

A nivel financiero, el 60% del gasto del Estado etíope ha sido dirigido a sectores claves para la reducción de la pobreza, salud, educación, agua y carreteras. Aunque el crecimiento en estos últimos años ha sido importante, hay

problemas económicos estructurales vinculados a los bajos niveles de ingresos, y productividad del sector agrario, el desempleo y poca modernización industrial. El contexto de crisis económica global ha influido en la inflación y la balanza de pagos que dificultan los objetivos de desarrollo y de lucha contra la pobreza. De su lado, el impacto medioambiental es igualmente considerado como un obstáculo para avanzar en la consecución de los ODM (MOFED-MFED 2010). Este impacto medioambiental no se puede aislar de las propias políticas etíopes de desarrollo económico que profundizan en la infraestructura hidroeléctrica¹⁴. Más localmente, los retos internos a los que se enfrentan las estrategias de salud pública etíopes para el avance en los ODM están fuertemente caracterizados por la falta de recursos humanos e infraestructuras.

A continuación repasamos el estado del desarrollo de la salud a través de dicho informe de progreso de los ODM en Etiopía de septiembre de 2010, para luego presentar las estrategias del gobierno etíope para su avance y las dificultades que encuentra¹⁵.

Objetivo 1. Erradicación de la Pobreza

En 2009/2010 la población que vivía por debajo de la pobreza se redujo al 29% (en 1994/1995 era el 49,5%). El informe subraya que para 2015 ve posible reducir la pobreza a un 22,2% pero asume la alta vulnerabilidad de la población rural (pérdida del cabeza de familia, economía de subsistencia, crisis globales, ecológica y financiera). Sin embargo se asiste a un proceso de incremento en la pobreza urbana debido a los desplazamientos campo-ciudad. Dentro de este primer ODM se incluye igualmente la lucha contra el hambre y la malnutrición. Existen actuaciones sanitarias del gobierno etíope dirigidas a estos objetivos. Por ejemplo, el despliegue de los Trabajadores de Salud (*Health Extension Workers*), y la Estrategia Nacional

¹⁴ Ante el aumento de casos de malaria resultado del desarrollo hidroeléctrico y la incidencia de esta enfermedad en esas regiones, véase Yewhalaw et al. (2010) “The influence of the Gilgel-Gibe hydroelectric dam in Ethiopia on caregivers’ knowledge, perceptions and health-seeking behaviour towards childhood malaria” en *Malaria Journal*, vol. 9, febrero.

¹⁵ Anteriormente se han publicado tres informes sobre el progreso de los ODM (2004, 2007 y 2009).

de Nutrición que suministra suplementos de vitamina A y tratamiento para la eliminación de parásitos (MOFED-MFED 2010, 3).

Objetivo 4. Reducir en Dos Tercios la Mortalidad Infantil

Se observa un descenso tanto en la mortalidad infantil como en la mortalidad de menores de cinco años. En la tabla E.3 podemos ver dichos progresos en relación con este cuarto ODM.

Tabla E.3: Indicadores ODM 4

	VALOR	UNIDAD	AÑO
Mortalidad menores 5 años	167	/1000	2001/2002
Mortalidad menores 5 años	123	/1000	20005/2006
Mortalidad menores 5 años	101	/1000	2009/10
Mortalidad infantil	77	/1000	2004/2005
Mortalidad infantil	45	/1000	2009/2010

Fuente: MOFED-MFED 2010

Las principales causas de defunción infantil son: neumonía (28%), condiciones asociadas con el surgimiento de las enfermedades parasitarias (25%), malaria (20%) y enfermedades diarreicas (20%). Las actuaciones del Ministerio de Salud Etíope para mejorar este ODM se basan en intervenciones de bajo coste a diferentes niveles, salud familiar, inmunización y actuaciones en tratamientos comunitarios frente a diarrea, malaria, neumonía y malnutrición severa. Estas intervenciones se despliegan a través de diferentes programas como el citado Health Extension Programme, las campañas que componen la Estrategia de Nutrición Nacional, el Productive Safety Programme (PSNP) e infraestructuras

relacionadas con mejoras en la salubridad del medio y en el acceso al agua. La Estrategia de Nutrición suministra suplementos de vitamina A, tratamiento contra los parásitos y suplementos alimentarios. El PSPN desarrolla intervenciones preventivas nutricionales a nivel de la comunidad basadas en el suministro de comida o la entrega de pequeñas cantidades de dinero. El informe señala que las autoridades sanitarias etíopes persiguen reducir la mortalidad infantil en 2014/2015 a un 31/1.000 (MOFD-MFED 2010, 23-26).

Objetivo 5. Reducir la Mortalidad Materna

En 2005/06 la mortalidad maternal descendió a 673/100.000 (en 2001/2002 era de 871/100.000 nacidos vivos). Igualmente, la atención prenatal, los partos atendidos por personal sanitario calificado y los cuidados postnatales fueron de 59,4%, 20,3% y 25,1% respectivamente. En 2009/2010, la prevalencia contraceptiva alcanzó el 55%. El informe señala que las autoridades sanitarias etíopes persiguen reducir la mortalidad materna a un 267/100.000 para 2014/2015. La reducción de la mortalidad materna está estrechamente relacionada con el acceso a los servicios sanitarios y el fortalecimiento de los especialistas materno-infantiles en el sistema de salud. Para avanzar en este Objetivo se cuenta con 30.193 Health Extension Workers formados y desplegados en terreno, un 98,07% del total estipulado para finales de 2010 (30.786) (MOFD-MFED 2010, 27-30).

Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, la Malaria y Otras Enfermedades

El Informe sobre el progreso de los ODM 2010 en Etiopía identifica una mayor incidencia del VIH/SIDA en núcleos urbanos y un mayor control de la epidemia en el ámbito rural. Se estima que en 2009/2010 la prevalencia de VIH/SIDA en adultos fue de un 2,4%, y que en todo el país había 1,1 millones de personas viviendo con VIH/SIDA. La lucha contra el VIH/SIDA en Etiopía ha subrayado la relevancia de los planes verticales de lucha contra la enfermedad. De hecho, el programa PEPFAR y el FGTM son los principales donantes del sector salud en Etiopía. De acuerdo con el

Informe de 2008 del Ministerio de Salud, en 2005/2006 la malaria fue la principal causa de mortalidad y morbilidad en el país. La implementación de mosquiteras tratadas con insecticida en lugares propensos a la infección aumentó de un 3,5% en 2005 a un 100% en 2009/2010. Se ha producido y distribuido en torno a los 22,2 millones de mosquiteras para camas entre 2008/2009 y 2009/2010 en las regiones de Amhara, Oromia, SNNP y Tigray. En estas regiones y durante el período 2009/2010, la morbilidad debida a la malaria se redujo un 48%, las admisiones en hospital un 54% y la mortalidad un 55% (MOFD-MFED, 2010, 31-33).

En todo caso, el repaso al avance en los ODM en Etiopía muestra el interés por actuar a diferentes niveles, subrayando la necesidad de mejorar el acceso de la población a los servicios de salud. A continuación repasamos la estrategia de salud etíope.

3.1.3. Agenda sanitaria y de desarrollo en salud en Etiopía

Etiopía es uno de los países más reconocidos por la incorporación de los ODM y la Agenda de París a sus políticas y sus objetivos de gobierno (APSG 2009a; Getnet 2009; RED ACTIVAS 2010). Entre estos planes destaca la importancia estratégica del Plan de Crecimiento y Transformación (2010/2011-2014/2015) que ha sucedido al Plan por un Desarrollo Acelerado y Sostenible para Acabar con la Pobreza (PASDEP 2005/2006-2009/2010). Ambos son planes de desarrollo basados en los ODM y pensados para ser llevados a cabo en un plazo medio.

En la actualidad, el sector salud ha arrebatado el protagonismo que en anteriores décadas tuvieron las políticas de educación primaria. La relevancia dada al sector salud ha significado:

- a) un incremento del 53% en el gasto público asignado a este sector entre 1999 y 2005,
- b) un incremento per cápita del gasto de salud que pasó de 7,1 USD en 2004/2005 a 16,1 USD en 2007/2008,

- c) asignar al sector salud el 7,1% del total del presupuesto del gobierno etíope en 2010.

El sistema de salud etíope se organiza a través de cuatro administraciones: regional, provincial, local y estatal, y cuenta con cuatro niveles de atención sanitaria, unidades de atención primaria, hospitales de distrito, hospitales de zona y hospitales especializados.

El fortalecimiento del sistema de salud se articula en torno al Health Sector Development Plan (HSDP) del Ministerio de Salud Etíope (MoH) integrado a su vez en la Estrategia Nacional de Reducción de Pobreza (PASPED). El HSDP fue diseñado en 1997 como resultado de la incorporación de un enfoque sectorial a la salud en Etiopía. En su elaboración participaron autoridades nacionales, regionales y de diversos organismos internacionales como el Banco Mundial y la OMS (Kassa 2009). El PASPED guía la actuación coordinada entre el gobierno etíope y los donantes. Actualmente está en ejecución la tercera fase del HSDP. Entre las políticas de salud pública desarrolladas por el Ministerio de Salud etíope destacan estas tres¹⁶:

- a) Dieciséis paquetes de servicios de salud básica divididas en cuatro áreas: prevención de enfermedades, higiene, salud familiar y educación para la salud.

- b) Health Extensión Plan (HEP 2003). Es el programa más ambicioso del gobierno etíope en materia de recursos humanos y quiere formar a más de 30.000 trabajadores comunitarios en salud.

- c) Rehabilitación, construcción y equipamiento de instalaciones de salud, que continúa la estrategia de los HSPD I y HSPD III y persigue crear 15.000 puestos de salud en *kebeles* y 3.200 puestos de salud en *woredas*¹⁷.

Un problema crónico para el fortalecimiento del sistema de salud etíope, señalado tanto por la literatura como en las entrevistas realizadas, es la cantidad insuficiente de recursos humanos y su concentración en las zonas urbanas.

¹⁶ Véase la web del MoH, <https://www.moh.gov.et/> Fecha de consulta: 10 de septiembre de 2011.

¹⁷ Véase también GETNET (2009) *A case study on Aid Effectiveness in Ethiopia... op. cit.*

A continuación repasamos las últimas evaluaciones hechas del despliegue de las anteriores estrategias de salud en base al Informe de Actuación de 2010 redactado por el Ministerio de Salud etíope (MOFD-MFED 2010). El informe de actuación 2009/2010 *Health Sector Development Programme III. Annual Performance Report* se incorpora dentro del III Programa de Desarrollo del Sector Salud y está compuesto por cinco ejes de análisis:

- el liderazgo y la gobernanza del sistema de salud,
- la gestión y el desarrollo de los recursos humanos,
- los medicamentos esenciales y las tecnologías,
- los suministros de servicios y la calidad del cuidado (aquí está el Health Extension Programme, Health Infraestructure),
- y por último la financiación de salud.

Algunos resultados clave de las actuaciones del III Programa de Desarrollo del Sector Salud son:

- Puestos de salud construidos: sobre los 15.842 puestos de salud planeados para el año 2010 se habían creado 14.192 (89,6%) a finales del mismo; los puestos de salud equipados crecieron de 10.797 en 2009 a 12.527 a finales del 2010, lo cual supone un 79,1% de los 15.842 puestos previstos para equipar. El Ministerio de Salud etíope estaba comprometido a construir de 1.456 centros de salud (1.249 están acabados o bajo construcción) mientras las administraciones de salud regionales se comprometieron a construir 1.200 centros de salud (de los que 848 están acabados o bajo construcción).
- Trabajadores de salud formados y desplegados: un total de 34.382 Rural Health Extension Workers han sido desplegados a finales de 2010, lo cual está por encima del objetivo del HSDP III (104,1%). De los 5.565 Urban HEW previstos para ser formados en 2009/2010, un total de 3.401 fueron formados y desplegados en seis regiones (61,1%). Mientras, en áreas pastorales y semi-pastorales, de los 1.179 HEW previstos para formarse fueron formados 948, y 747 están en formación.

- Salud sexual y reproductiva: el programa de salud maternal tiene resultados dispares. El servicio del programa de atención prenatal se incrementó de 67,7% (2009) a un 71,4% (2010), aumentando la cobertura de servicios limpios y seguros de un 12,3% (2009) a un 16% (2010). La atención al cuidado postnatal aumentó de un 34,3% (2009) a un 36,2% (2010), superando el objetivo del HSDP del 31%. Pero el porcentaje de partos atendidos por personal preparado declinó de un 18,4% (2009) a un 15,7% (2010). Un total de 6.999 madres VIH positivas recibieron tratamiento para la prevención de la transmisión materno-infantil, dato superior al de 2009 pero lejos del objetivo para 2010 que era de 37.408 (18,7%).

Entre los problemas a los que se enfrenta el sistema de salud etíope, según su propia evaluación, destacan: la necesidad de profesionales de la salud, la mejora de la salud materna (atención de profesionales en el parto), el bajo número de casos de diagnóstico de TB así como la baja cobertura de tratamiento para frenar la transmisión de la madre al feto del VIH.

3.1.4. Análisis de coherencia y principales conclusiones y recomendaciones

Tras el estudio de caso, en este apartado analizamos por puntos las principales coherencias e incoherencias de las políticas de desarrollo de salud de la AECID en Etiopía.

Sobre coherencia interna:

- Es importante que asumamos el protagonismo que la historia concede a las autoridades etíopes en la evolución de los programas de desarrollo en salud en este país. Este tipo de conocimiento permite conceder a sus actuales autoridades sanitarias un papel protagónico en la dirección de la AOD en salud. Etiopía ha sido un territorio atravesado por la extensión internacional de la biomedicina. Algunas señas de identidad de este proceso han sido: la introducción desde finales del siglo XIX de la vacuna contra la viruela; la extensión de la formación

académica en medicina; la construcción de hospitales urbanos; los planes verticales de control de la malaria durante la segunda mitad del siglo XX; la implantación de diferentes sistemas de Atención Primaria en Salud en las dos últimas décadas del siglo XX; o la incorporación en 1997 de un enfoque sectorial (SWAP-Sector Wide Approach Programme) para el diseño del National Health Sector Development Programme que en la actualidad ha finalizado su tercer período de cinco años (HSDP III)¹⁸. Todos estos procesos señalan tres características que identifican el avance de los lenguajes de salud pública y de desarrollo de la salud en Etiopía: la relevancia de los procesos políticos e históricos del país, el papel jugado por las autoridades etíopes así como la importancia del contexto y los actores internacionales de salud. El despliegue de los diferentes HSDP (I, II, III), la relevancia de los principios de París y de iniciativas como la IHP+ no son más que el presente de dicho proceso de más larga duración. Por ello comprender la complejidad del sector salud en Etiopía no debe suponer desplazar la centralidad de las autoridades etíopes en su gestión.

- En Etiopía existe una estrategia de salud claramente definida desde la OTC española basada en un enfoque programático adecuado a las estrategias sanitarias del país y al fortalecimiento presupuestario. La estrategia de salud de la AECID en Etiopía adecua sus objetivos y líneas estratégicas al programa del Ministerio de Salud etíope con lo cual se ajusta a los principios de armonización y alineamiento con el país receptor. La firma de la IHP+ por parte de la OTC española subraya estos principios y supone una apuesta por una mejor coordinación entre donantes. Por ello es importante que en las discusiones del Marco de Acción País entre España y Etiopía se recupere y se de continuidad a esta línea de trabajo en salud. Ello garantizaría la sostenibilidad de la actuación

¹⁸ No es hacer un juicio crítico de estas actuaciones cuestión que excede este estudio si no simplemente señalar la importancia de considerar el ámbito local en la extensión de las políticas internacionales de salud en Etiopía. Para ver el papel de las autoridades locales (Menelik II, Haile Selassie, Mengistu o las guerrillas eritreas y tigrinias) así como los procesos políticos en el diseño de la salud pública en Etiopía se puede consultar Kloss 1998. Respecto a la relación entre SWAP y HSDP véase Kassa 2009.

en el sector salud etíope con independencia de la persona que ejerza el puesto de coordinación de la OTC.

- A nivel de los instrumentos de canalización de la ayuda española al desarrollo de la salud sostenemos que, ante el descenso de las previsiones presupuestarias, es un requisito de coherencia interna ejecutar los fondos presupuestados para este país; y en línea con la Agenda de París fortalecer la ayuda a los programas del Ministerio de Salud Etíope, aunque ello suponga frenar las partidas verticales al fondo de la OMS frente a la Leishmania y las ONGD. Es coherente con un enfoque holístico de la salud canalizar fondos de ayuda a través del PBS porque permite actuar en otros espacios sociales vinculados a la salud (agua, infraestructuras rurales) que no se cierran exclusivamente en el sector sanitario. Esta actuación se adecua a una mejora de los determinantes sociales de salud en línea con el Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Dada la importancia que tiene para la cooperación española en Etiopía actuar a través de los fondos PBS y MDG, ha sido coherente incorporar una experta en los mecanismos de financiación de la ayuda a la OTC.
- Los mecanismos de canalización de la ayuda no deben desplazar el interés por adecuar la cooperación española en salud en Etiopía al avance en los lenguajes de desarrollo en salud, el marco de la salud global, el papel de la UE y las realidades locales del país. Por todo ello es necesario que se incorpore algún experto en salud al trabajo en sede de la OTC. Esta incorporación es un requisito para la coherencia interna en salud porque supondría adecuar la estrategia española de desarrollo en salud en Etiopía a los progresos de las agendas internacionales de desarrollo de la salud.
- También es importante que la OTC cuente con un conocimiento directo de los programas de extensión de trabajadores de salud y la construcción de infraestructuras de salud. La importancia de estas actuaciones tanto en la estrategia nacional etíope en salud como en el apoyo presupuestario español debería suponer que los técnicos de la OTC española realicen más visitas a

terreno. Esta recomendación no supone duplicar la evaluación de los programas del MoH. El conocimiento en terreno es una necesaria fuente de ideas que sirven para justificar la elección de los mecanismos de financiación seleccionados, la tendencia en el avance o retroceso en los ODM de salud y el uso que se hace de los propios impuestos recaudados en España. La coordinación entre este conocimiento y los expertos en salud que trabajan en la región de amhara permitiría formar un juicio más adecuado de los problemas asociados al acceso a la salud en el medio rural, la descentralización sanitaria y en el propio diseño de las políticas españolas de desarrollo en salud en Etiopía.

- La evolución de los marcos normativos de salud global en la UE presentan distintos intereses para el diseño de las políticas de cooperación españolas en salud en Etiopía. Adecuar las estrategias de salud en Etiopía a estos avances supone ser coherente con la propia evolución de las agendas internacionales de desarrollo de la salud. Como hemos visto, la agenda de salud global de la UE ha reivindicado actuaciones en diferentes sectores, entre ellos la migración de profesionales de salud de países del sur a estados de la OCDE. Etiopía es uno de los países del mundo más afectados por la migración de profesionales de la salud. Muchos médicos etíopes migran a trabajar a Estados Unidos y a Europa, lo que supone una pérdida de recursos humanos para su sistema de salud. Se calcula que entre un 25,6% y un 29,7% del cuerpo médico formado en el país emigra. Esta emigración influye más todavía en la poca disponibilidad de médicos en las áreas rurales (Frasen y Kuschminder 2009, 23). Para atraer a la diáspora de médicos etíopes, el gobierno está promoviendo la apertura del sector salud a los intereses de las empresas de servicios sanitarios. Sin embargo existen estudios que niegan los beneficios de abrir el sector salud a los intereses privados en los países más pobres. Esta apertura no asegura ni la equidad de acceso, ni la mejora en la atención de la población, ni tampoco supone una atracción a profesionales nativos que trabajen en el exterior (IO 2009). Para lograr un reparto más justo de recursos humanos a nivel global, la OMS ha

promovido en 2010 un Código Ético de contratación de profesionales sanitarios (OMS 2010b). A su vez, la UE ha promovido un Código y un Plan Estratégico de Actuación 2007-2013 frente a la crisis de recursos humanos en África (CE 2008). Para Etiopía, como para los restantes países africanos incluido Senegal como veremos más adelante, estos códigos y estrategias se basan en fortalecer los servicios de salud en línea a los acuerdos de París y de Accra, crear incentivos para que los profesionales de salud trabajen en áreas remotas y alinear cualquier política de salud con los planes nacionales de fortalecimiento de los servicios de salud. Dada la amplia aplicación de la Agenda de París, en Etiopía se debería potenciar la colaboración con las autoridades etíopes a fin de profundizar en las posibilidades que ofrece adaptar estos códigos internacionales a la realidad del país y de sus profesionales de salud. Existen marcos normativos para garantizar el acceso a servicios universales de calidad y frenar la mercantilización del sector salud en Etiopía cuyo conocimiento sería pertinente para cualquier actor de cooperación al desarrollo de la salud que trabaje en la región del Cuerno de África (Munyuki 2009).

Sobre Coherencia Externa.

- En el Plan África 2009-2012 (MAEC 2008) se hace referencia a la I Comisión Mixta Hispano-Etíope, donde quedaron establecidos como sectores prioritarios de actuación la salud, la educación y el desarrollo rural. Tras esa mención no hay ninguna referencia explícita a este sector ni a sus necesidades de desarrollo. El Plan África acentúa la prioridad dada a Etiopía por ser un país estratégico en el Cuerno de África y tener las sedes de la UA y de la UNECA. Como eje de la actuación en Etiopía, el Plan África promueve el fortalecimiento de las relaciones institucionales hispano-etíopes. Esto evidencia que las políticas de cooperación son políticas exteriores del Estado español asociadas con diferentes intereses, uno de los cuales es el desarrollo de la región subsahariana. La política del MAEC de fortalecer la presencia española en África y el interés por fortalecer los lazos

con Etiopía es coherente con una actuación en el sector salud puesto que, como hemos visto en los apartados anteriores, es un ámbito fuertemente ligado al estado. Ahora bien, la instrumentalización de la salud para reforzar los lazos hispano-etíopes puede poner en riesgo la propia sostenibilidad de la actuación en salud, al supeditar la ayuda en salud a la marcha de los compromisos adquiridos y desplazar la relevancia de los principios de desarrollo que afirma la cooperación española.

- Es incoherente apostar por este sector cuando el Plan África defiende el fortalecimiento de los sistemas democráticos. En Etiopía el actual gobierno ha sido acusado de falta de garantías democráticas, recorte de las libertades de la sociedad civil y uso clientelar de los fondos de ayuda. Entre las críticas a las deficiencias democráticas del actual gobierno etíope de Meles Zenawi destacan las irregularidades del proceso electoral del 2005 y la aprobación de una ley sobre asociaciones que impide a organizaciones con financiación externa superior al 10% de su presupuesto trabajar en actividades relacionadas con los derechos humanos o la democracia (APSG 2009a). Más recientemente, un informe del DAG de verano de 2010 investigó las denuncias de la oposición etíope, ONG internacionales y medios de comunicación que relacionaban la recepción de ayuda con la afiliación política de sus beneficiarios. En concreto, se investigaron programas vinculados al desarrollo de la salud como el Productive Safety Nets, el Protection of Basic Services (PBS), el Humanitarian Relief y el programa combinado Enhanced Outreach Strategy, así como la Targeted Supplementary Feeding de apoyo a la alimentación. El Informe del DAG estableció una serie de recomendaciones para evitar posibles distorsiones de la ayuda. También reconoce la colaboración del gobierno etíope en su elaboración, la existencia de mecanismos de control recomendándole una mayor transparencia, participación y rendición de cuentas. Ante tales acusaciones se debe señalar que en el caso de la cooperación española en Etiopía existirían

incoherencias entre el apoyo dado al Estado etíope y la defensa y promoción de la democracia presente en el Plan África 2009-2012.

- El apoyo presupuestario a un estado supone el apoyo al gobierno que está en el poder. Dado que el apoyo presupuestario en el sector salud es una herramienta fundamental en las políticas de desarrollo de la salud españolas en Etiopía, y que se sitúa dentro de los principios de eficacia, sería conveniente que la AECID se incorporara al sector de buen gobierno del DAG en Etiopía (Governance Area). Desde aquí se puede dar seguimiento a las recomendaciones hechas al gobierno etíope y tratar de corregir los efectos perjudiciales que supone el apoyo presupuestario.
- En todo caso estas acusaciones no deben perder de vista las particularidades políticas de la constitución reciente del estado etíope. En Etiopía la ayuda en salud se incorpora a un espacio político complejo donde se dan tensiones entre las provincias y la capital y dentro del propio partido en el poder. Todo ello influye en la construcción de la realidad política y social de la población y el territorio etíope (Clapham 2009). Dentro de esa realidad compleja se han incorporado recientemente una multiplicidad de ONGD. En total, 400 organizaciones sociales y ONGD nacionales e internacionales trabajan en el sector salud de Etiopía y representan el 9,8 % del presupuesto de salud gestionado en el país. Entre 2004 y 2008 las organizaciones sociales han pasado de ser 540 a 1.981 y las religiosas de 192 a 690 (APSG 2009a, 19). Este crecimiento se suma al alto número de donantes y los diez Grupos Técnicos de Trabajo (TWG) que organiza el DAG. Las ONGD en Etiopía atienden a población con dificultad de acceso a los servicios de salud (nómada, rural) pero también supone una dificultad para el fortalecimiento del sistema de salud (pérdida de recursos humanos, dificultad de coordinación). La OTC española ha impulsado un proceso para coordinar las relaciones entre su oficina y las ONGD españolas. Las ONGD han elegido un representante para establecer un contacto continuo con la OTC. La elección de un representante puede reducir la pluralidad de voces

de las ONGD a favor de una actuación más adecuada a la agenda bilateral española. En todo caso es necesario que se produzca un diálogo productivo entre OTC y ONGD que aproveche las posibilidades de ambos actores. Este diálogo debe permitir avanzar en aquellas agendas y políticas que permitan tanto el fortalecimiento del sistema de salud etíope como el acceso a la salud de la población desatendida que realiza las ONGD.

3.2. Estudio de caso y análisis de coherencia de políticas al desarrollo de la salud de la AECID en Senegal

Senegal es una República compuesta por 14 regiones, 45 departamentos, 121 distritos y 159 municipios así como por un número creciente de comunidades rurales¹⁹. El país cuenta con algo más de doce millones de habitantes y más de una veintena de grupos étnicos²⁰. Su Índice de Desarrollo Humano (IDH) en 2010 lo colocaba en el puesto 144 sobre un total de 169 países, siendo considerado un país de desarrollo humano bajo (PNUD 2011). Según el PNUD, la incidencia de la pobreza multidimensional se situaba en el periodo 2000-2008 en el 66,9% (PNUD 2011, 182). Y ello a pesar de su remarcable crecimiento económico que, desde 1996 y hasta la reciente crisis económica internacional, se situaba en una media del 4,7% anual acompañado de una inflación del 2%, un déficit limitado así como una deuda pública equivalente al 17,1% del PIB. Para ese mismo año, el PIB por habitante alcanzó los 1.560 USD (CE 2008, 2), aunque en 2009 sufrió una ralentización de su crecimiento con un 2,2% frente al 3,2% de 2008²¹. El país tiene una estructura económica dependiente del sector primario, en especial de la producción de cacahuete, frutas y hortalizas. Asimismo ha jugado un rol remarcable el comercio, correos y telecomunicaciones, trabajos públicos y construcción²².

¹⁹ Desde la implantación de la Ley de Descentralización en 1996 (LOI n° 96-06), Senegal ha ido reestructurándose hasta contar en 2008 con 370 comunidades rurales sobre las 378 previstas en la citada Ley.

²⁰ Datos ANDS correspondientes al último Censo General de la Población que data de 2009.

²¹ En <http://www.gouv.sn/spip.php?article1034> Última consulta: 25 de abril de 2011.

²² Estos dos últimos muy relacionados con las demandas de los senegaleses residentes en el exterior.

3.2.1. Introducción histórica a la cooperación española en Senegal

El Plan África 2009-2012 (MAEC 2008) pone su acento, para el caso senegalés, en la cooperación en materia de gobernabilidad, la contribución al Programa de Reducción de Pobreza Urbana, la lucha contra la inmigración irregular, la promoción de intercambios comerciales e inversiones, la actividad pesquera y el Plan REVA. Ahora bien, a pesar de que España mantiene relaciones diplomáticas con Senegal desde 1965, es un uno de los actores más recientes en incorporarse a la agenda de desarrollo de este país. En el año 2000 se incluyó a Senegal como país prioritario del I Plan Director de la Cooperación española, en 2003 se abrió una OTC en Dakar, en 2005 se firmó el Primer Documento de Estrategia País 2005-2008 (AECID 2005) y en 2009 tuvo lugar la I Comisión Mixta España-Senegal (GE-GS 2009). En 2011 está en curso de elaboración el I Marco de Asociación País. El interés creciente de España por Senegal se traduce igualmente en un crecimiento, aunque de modo irregular, del volumen de la AOD española hacia este país hasta 2008. Concretamente, en 2005 fue el quinto perceptor a nivel mundial de AOD española aunque ya en 2006 pasaría a la posición 23. Podemos observar cómo los años en los que se da un mayor crecimiento coinciden con los de apertura de la OTC (2003) y de puesta en marcha y finalización del I DEP (2005 y 2008) (cf. tablas S.1 y S.2).

Tabla S.1: AOD bruta antes del primer documento estratégico

	2000	2001	2002	2003	2004
AOD España en millones de euros	1,3	9,5	8.034	31,594	15,11

Fuentes: OCDE STATS (años 2000 y 2001), PACI "años 2002-2004".

Sin embargo a partir de 2009 su volumen no ha hecho más que descender, pasando a 42,4 millones de euros en 2009, 31 millones de euros en 2010 y 24,4 millones de euros en 2011 (PACI 2009, 2010, 2011).

Tabla S.2: AOD bruta tras el primer documento estratégico

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
AOD España en millones de euros	67,297	14,464	30,654	40,990	31,4	31	24,4

Fuentes: PACI (años 2005 a 2011).

Unas intervenciones caracterizadas por la multiplicidad de actores, derivadas en parte de la propia estructura descentralizada de nuestro país que incluye tanto a la Administración General del Estado (principalmente a través del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación, del Ministerio de Economía y Hacienda así como del Ministerio del Interior) con el 90% del total de fondos, como a las comunidades autónomas (7,5%), las entidades locales (2,5%) sin olvidar las universidades (ECO-CONSULT et al. 2010, XV). El reparto de fondos en el periodo 2005-2010²³ se presenta en la tabla S.3.

Tabla S.3: Financiación por entidades públicas de los desembolsos previstos

	Administración General del Estado				Comunidades Autónomas	Entidades Locales	Universidades
	MAEC	MEH	MITC	Otros Ministerios			
2005	4,32 %	80,11 %	10,54 %	0%	3,23%	1,79%	0
2006	53,6	0,59	9,06%	1,21%	29,47%	5,49%	0,53%

²³ Nos centramos en dicho periodo pues se corresponde con la existencia de Estrategias de Cooperación española en Senegal como lo fuera el periodo 2009-2011 para el caso etíope.

	6% AEC I 53,4 1%	%					
2007	39,4 %	²⁴	11,3%	1,1%	48,3%		/
2008	41,5 % AEC I 30,7 2%	33,51 %	1,74%	1,16%	19,04%	3,42%	0,08%
2009	52,4 % AEC I 49,2 %	0%	16%	0,9%	23,9%	6,7%	0%
2010	53,3 % AEC I 47,4 %	0%	19,5% ²⁵	7,1%	15,4%	4,6%	0,1%
2011	47,4	0%	0%	0,8%	42%	9,4%	0,5%

²⁴ Volumen no especificado, incluido en otros Ministerios.

²⁵ Generada por desembolsos de Créditos FAD.

	%						
	AEC						
	I						
	47,4						
	%						

Fuentes: PACI (años 2005 a 2011)

A nivel multilateral destaca la participación de España en distintos fondos como el Fondo España-PNUD para el logro de los ODM, el Fondo Fiduciario PNUD de Gobernabilidad (diez millones de euros en 2008), el Fondo Regional para la Cohesión Social y el Empleo (doce millones de euros en 2007), el Fondo Catalizador de Crecimiento del Banco Mundial, el Fondo España-CEDEAO Migración y Desarrollo (diez millones de euros en 2007), el Programa ONU-Hábitat (veinte millones de euros en 2007/2008), el Programa Regional Agua y el Fondo del NEPAD de empoderamiento de mujeres (diez millones de euros en 2006). En el ámbito sanitario destaca la contribución española al Fondo Global de lucha contra el VIH/SIDA (171 millones de euros) así como al Fondo para el Suministro de Bienes en Salud Sexual y Reproductiva (once millones de euros 2007/2008) (MAEC 2008, 78). Además España forma parte del grupo MOPAN para Senegal, liderado por Francia, que acaba de realizar en el año 2010 una evaluación de la ayuda multilateral en dicho país. España ha procedido a cinco anulaciones de la deuda desde 1999.

Los dos documentos marco de la agenda estratégica de desarrollo de España en Senegal son el I DEP 2005-2008 y la I Comisión Mixta de 2009. Una de las primeras actuaciones de la OTC tras su apertura en 2003 fue la elaboración del DEP para el periodo 2005-2008 (MAEC-AECID 2005) regido por los principios de concentración geográfica y sectorial y de coherencia de políticas. El principio de concentración geográfica se tradujo en la prioridad dada a las regiones de Saint Louis y Casamance (Ziguinchor y Kolda), y el de concentración sectorial significó el

establecimiento de dos sectores prioritarios: educación y salud. El de coherencia subrayaba la herramienta del apoyo sectorial dentro del proceso de descentralización impulsado por el gobierno senegalés a través de su Ley de Descentralización (1996) e iniciado de modo piloto en cuatro Ministerios: Educación, Medio Ambiente, Justicia y Salud.

En 2009 se firmó la I Comisión Mixta (GE-GS 2009), actual marco de las relaciones bilaterales y de la agenda de desarrollo. En ella, España apuesta por mecanismos de ayuda principalmente indirectos, incluida su participación en los citados fondos multilaterales, y prioriza una estrategia de tipo territorial y no sectorial. El sector salud deja de ser prioritario poniéndose el acento en los de desarrollo rural y menores. Respecto a los instrumentos privilegiados se prevee evaluar la posibilidad de canalizar la AOD a través de la ayuda programática así como la puesta en marcha de la ya programada herramienta de Apoyo Presupuestario General²⁶, aunque limitada al sector de gobernabilidad democrática por un montante global de nueve millones de euros que ha arrancado en 2010 con un primer desembolso de tres millones de euros. Uno de los elementos clave de la cooperación española en Senegal, y comun a ambos periodos y estrategias, es el importante rol devuelto a la cooperación descentralizada y a las ONGD españolas. Desde la entrada en vigor del I DEP, se asiste a un interés creciente de la cooperación descentralizada española por este país, y en especial de las CCAA (destacando Cataluña, Canarias, Castilla-La Mancha, Comunidad de Madrid y País Vasco)²⁷. Mientras que entre 1996-2004, únicamente nueve de las diecisiete comunidades autónomas habrían financiado proyectos en Senegal, entre 2005-2007 la totalidad de las CCAA habrían realizado intervenciones. Hasta 2010, la mayoría de los fondos de la AOD española habrían sido ejecutados por el sector de las ONGD, tanto en base a Convenios como de proyectos ordinarios o vía CAP (MAEC-AECI 2010b, 9); así, en 2008 ocupó el sexto puesto en cuanto a volumen de fondos

²⁶ Aunque, recordemos, ya había sido prevista en el I DEP 2005-2008.

²⁷ Incluso Cataluña cuenta con su propia oficina de cooperación en Kolda desde 2008, no integrada a la OTC.

ejecutados en África Subsahariana por ONGD españolas por un total de 6.775,149 millones de euros (MAEC-AECI 2010). En todo caso, entre 2006 y 2008 dicho volumen habría aumentado en un 206,25%. Senegal era así “en 2008 el país subsahariano con un mayor número de ONG españolas con presencia estable (trece) así como sin presencia fija pero realizando intervenciones sobre el terreno (veintiuna).” (CONGAD 2010, 91).

En lo que se refiere al ámbito específico de las políticas de cooperación en salud españolas, éstas se inscriben en los citados I DEP 2005-2008 y I Comisión Mixta de 2009 pudiéndose resumir la posición española en salud por el paso de la prioridad dada al sector salud en el primer documento a su brusca retirada a partir de 2009. Además, las actuaciones de desarrollo en salud de la AECID en Senegal se incorporan a un espacio caracterizado por la alta dependencia de AOD que sufre el sector de salud en Senegal. Más allá de los donantes bilaterales, los Fondos Globales (en especial GAVI, PMI²⁸, Booster Program²⁹) concentran una gran parte de los recursos asignados al país. En el caso de la UE, el sector salud ha sido prioritario hasta el año 2002, pero ni en el noveno ni en el décimo FED es priorizado aunque el apoyo presupuestario pueda suponer un fortalecimiento de los servicios sociales básicos, incluidos los sanitarios. Ahora bien, si a nivel general el país asiste en los últimos años y por lo menos hasta 2008 a un crecimiento de la AOD, el sector salud, ha visto disminuir la ayuda exterior entre el año 2000 y el 2007, pasando del 37% de financiación externa al 20,3% (RED ACTIVAS 2010, 18). En el caso de la ayuda bilateral, únicamente Estados Unidos y Japón reflejaron un volumen creciente.

Repasemos las señas de identidad de las dos etapas que marcan la agenda de desarrollo de la salud de la AECID en Senegal. La primera etapa se caracteriza por el protagonismo concedido a la salud y va desde 2005 hasta 2008. En ella, el citado I DEP establecía la salud como sector prioritario al considerar que junto con la educación, el acceso al agua y el saneamiento básico constituían un problema

²⁸ Surgida en el año 2005 en EEUU, se trata de la Iniciativa Presidencial contra la Malaria.

²⁹ Estrategia global del Banco Mundial contra la Malaria.

estructural. Una apuesta prioritaria que se tradujo de nuevo en que el 70% de los fondos destinados fueran ejecutados por las ONGD. Prioridad acorde con la dada por el propio gobierno senegalés y en coherencia con sus políticas. Es así que dicha estrategia habría tenido como principales objetivos durante dicha etapa: el fortalecimiento institucional del sistema público de salud (a través del aumento de las capacidades, la formación de recursos humanos, la creación y mejora de dispensarios, centros de salud y maternidades en el medio rural y suburbano); la mejora de la salud sexual y reproductiva y de la mortalidad materna (gracias a programas especializados de formación y a la mejora de la accesibilidad de las instalaciones sanitarias para las mujeres); y la mejora de la salud infantil (por medio del apoyo a los programas de vacunación, nutrición infantil, educación para la salud en el medio escolar, y el fortalecimiento de centros de salud y maternidades rurales). Asimismo, el I DEP abordaba la epidemia del VIH/SIDA y marcaba sus objetivos específicos en el fortalecimiento de los programas de tratamiento y prevención, y el apoyo al acceso a medicamentos esenciales. Respecto al ámbito geográfico, y para todo sector de actuación recordemos, se decidió concentrar la actuación en las regiones de Saint Louis, Ziguinchor y Kolda (estas dos últimas en Casamance) aunque en 2009 se incluyó la nueva provincia sanitaria de Sedhiou. Durante dicho período jugó un papel importante el desaparecido Programa VITA³⁰ que favorecía la coordinación entre todos los actores de la cooperación española dedicados al desarrollo del sector salud en África, incluido Senegal.

Ahora bien, a partir de 2009, y del establecimiento de la citada I Comisión Mixta el sector salud deja de ser prioritario aunque se mantenga la necesidad de: apoyar el fortalecimiento de los sistemas de salud y de la atención primaria; apoyar la formación, la capacitación y la modernización de la gestión de los recursos humanos; luchar contra las enfermedades prevalentes, en especial el VIH/SIDA, la

³⁰ El Programa de Cooperación al Desarrollo en Salud para África pretendía contribuir en la lucha contra la pobreza en los países de África, colaborando en la mejora de las condiciones de vida de las poblaciones, profundizando en nuestra capacidad de oferta, con una política de cooperación en salud más eficiente y sostenible. El Programa VITA apoyaba proyectos de desarrollo sobre el terreno y organizaba seminarios avanzados de formación continua o asistencia técnica, en los que participaron varias de las ONGD entrevistadas en Senegal.

malaria y la tuberculosis, así como las enfermedades tropicales olvidadas. Se vincula asimismo la salud con los ámbitos de acceso al agua y saneamiento básico en base a lo que denomina la habitabilidad básica y que recoge actuaciones como la dotación de infraestructuras y equipos, la gestión integral y pública del agua o el saneamiento con perspectiva ambiental, entre otras. Asimismo prevé el apoyo a las ONGD, "fomentar el trabajo con las CCAA, a través de consejería de salud y promoción, con experiencia de descentralización de competencias sanitarias así como con las entidades locales" y promover una mayor coordinación de todos los actores españoles lo que incluye a las ONGD y a las comunidades autónomas. El PACI 2011 prevé continuar reduciendo el volumen dedicado al sector salud en este país hasta dejarlo en un 19,7% de la AOD bilateral frente al 23,9% dedicado en 2010 (cf. tabla S.4).

Tabla S.4: Financiación por sectores de actuación

Sectores CAD SENEGAL	2009	2010	2011
1. Infraestructura y servicios sociales	68,1%	69,7%	69,7%
1.1 Educación	7,6%	13,3%	5,5%
1.2 Salud y salud reproductiva	9,9%	23,9%	19,7%
1.3 Agua	4,9%	2,4%	3,2%
1.4 Gobierno y sociedad civil	9,2%	5,8%	20,7%
1.5 Igualdad mujeres	1,1%	0,7%	1%
1.6 Otras infraestructuras y servicios Sociales	35,5%	23,5%	20,6%
2. Infraestructura y servicios económicos	5,6%	4,4%	1,9%
3. Sectores productivos	10%	17%	16,5%
4. Multisectorial	16,3%	8,9%	12%

4.1 Protección al medio ambiente	1,1%	0,4%	1%
4.2 Otras acciones multisectoriales	4,7%	8,5%	9,6%
Total contribuciones disponibles	100%	100%	100%

Fuentes: PACI 2009, 2010, 2011 (MAEC-SECI 2010, 2011).

Las políticas de salud de la cooperación española y del resto de donantes interactúan con el diseño del sector salud trazado por el gobierno senegalés. Senegal forma parte, entre otras iniciativas y como Etiopía de la IHP+ con el fin de aplicar al sector salud los principios de eficacia de la ayuda de la Declaración de París de 2005. Además, pertenece a la Fast Track Initiative para la División del Trabajo con el fin de implementar el Código de Conducta de la UE, estando como facilitadores de apoyo Francia, Italia y Países Bajos. Unos donantes en salud liderados, al menos formalmente, y desde 2004 por la OMS³¹ cuya estrategia de cooperación 2009-2013 en Senegal constituye el marco de referencia de sus intervenciones. Una responsabilidad asumida a instancias del Gobierno senegalés que habría creado un Grupo Temático de Salud en donde están presentes los principales donantes multilaterales y bilaterales: los miembros de la Iniciativa HHA (BAD, BM, UNFPA, UNICEF, OMS, ONUSIDA), PAM, UE, Francia, Bélgica, Luxemburgo, Japón, EEUU, China y España así como las ONGD HKI y Plan Internacional.

3.2.2. Estado de los ODM en salud en Senegal

El Informe *Suivi des OMD. Evaluation a mi-parcours* de julio de 2008 (CSPLP-MEF, 2008) destaca los logros de este país en el camino hacia los ODM en salud aunque aún serían muchos los avances a realizar especialmente en lo referente a los ODM 4 (mortalidad infantil) y 5 (salud materna).

³¹ Ver Estrategia de la OMS en Senegal en <http://www.who.int/countries/sen/fr>. Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2010.

Objetivo 1. Erradicación de la Pobreza

De modo transversal, el primer ODM (eliminar la pobreza y el hambre), hace referencia a la salud al tratar de la malnutrición, que sigue siendo elevada en el caso de mujeres, niños y adolescentes y en especial en el medio rural así como en las regiones de Kolda, de Matam y Saint-Louis en las que se alcanza el 30% de insuficiencia en los menores de cinco años. Asimismo, continúa siendo inquietante el hecho de que el 84 % de los menores de cinco años así como el 61 % de las mujeres sufran anemia en 2005 (EDS-IV 2005). La carencia de vitamina A resulta estar relacionada con el 30% de las causas de mortalidad infantil-juvenil. Ahora bien, según dicha evaluación (CSPLP-MEF 2008), entre 1992 y 2007 se habría reducido la prevalencia de la insuficiencia ponderal del 20% al 15%. Con el fin de lograr avances en dicho aspecto, Senegal ha puesto en marcha un programa de refuerzo de las capacidades nutricionales así como una estrategia integrada contra las enfermedades y un paquete de Actividades Integradas de Nutrición.

Objetivo 4. Reducir en Dos Tercios la Mortalidad Infantil

Según dicha evaluación, la mortalidad de menores de cinco años habría disminuido de 157/1.000 en 1992 a 114/1.000 en 2007 (tabla S.5). Sin embargo en las regiones de Kolda, Ziguinchor y Tambacunda este no sería el caso. Será muy difícil alcanzar en 2015 el objetivo de 23/1.000, estimándose posible un 55/1.000.

Tabla S.5: Indicadores cuarto ODM

	VALOR	UNIDAD	AÑO	FUENTE
Mortalidad menores 5 años	114	/1000	2007	UNICEF
Mortalidad menores 5 años	118,7	/1000	2006	BUCEN
Mortalidad infantil	58,9	/1000	2009	BUCEN

Mortalidad infantil	58,9	/1000	2007	UNICEF
Mortalidad infantil	61	/1000	2005	DHS-2005

Mientras, la cobertura de vacunación ha sufrido un destacable aumento. Es así que por ejemplo la cobertura en DTC3 de los menores de un año ha pasado del 41% en el año 2000 al 94% en 2007 (CSPLP-MEF 2008, 16). Asimismo se habría logrado avances importantes en la vacunación contra la fiebre amarilla. Sin embargo las disparidades regionales son enormes pues, mientras que en 2009 en Dakar la cobertura alcanzaba el 100% o en Ziguinchor el 88%, en Louga era únicamente del 37% (ANSD 2010).

Objetivo 5. Reducir la Mortalidad Materna

Con respecto al quinto ODM, el objetivo para 2015 es reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes hasta 168/100.000, a través del incremento de la accesibilidad de los servicios de salud materna, la generalización de las CPN y el refuerzo de los programas de vacunación, en especial en medio rural. Sin embargo se trata del ODM en el que los avances han sido menores siendo especialmente preocupante la situación de Ziguinchor y Kolda. Los avances son lentos a pesar de los esfuerzos del gobierno con medidas como el haber declarado la gratuidad de partos y cesáreas, o la importancia dada al Programa Nacional de Salud de la Reproducción. Además desde 2004 existe un comité multisectorial de lucha contra la mortalidad materna y neonatal con el fin de movilizar fondos de los donantes. En 2006 se habría puesto en marcha una hoja de ruta multisectorial específica para el período 2006-2015 basada en tres elementos: el acceso a atención médica cualificada, el refuerzo de capacidades, y mejoras en la planificación familiar. Asimismo la tasa de fecundidad sigue siendo muy elevada con 5,2 hijos por mujer para el período 2000-2005, y los indicadores de planificación familiar continúan siendo muy bajos, observándose como mientras en medio rural su uso aumenta, en el medio urbano se habría estancado (RED ACTIVAS 2010, 78). Otro factor de

riesgo resulta ser el hecho de que los intervalos inter-genésicos son cortos pues un 19% de los nacimientos ocurren en menos de veinticuatro meses.

Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, la Malaria y Otras Enfermedades

En lo que se refiere al VIH/SIDA (sexto ODM), Senegal presenta desde el inicio de la epidemia una de las más bajas prevalencias del continente (0,7%) (ONUSIDA 2007, 11). Aunque no existirían diferencias significativas entre el ámbito rural y el urbano (prevalencia 0,7%), si hay variaciones por sexos y por regiones. Así, entre las mujeres se elevaría a 0,9% y entre los hombres a 0,4%. Resulta preocupante que en el sur del país (Casamance), y especialmente en Ziguinchor, la prevalencia entre mujeres sea del 3,4% y entre hombres del 0,8%, así como que entre las profesionales del sexo la prevalencia haya aumentado hasta el 30%. Asimismo, Kolda es otra de las regiones más afectadas (2,7% en las mujeres y 1,1% en los hombres) (ONUSIDA 2007, 20). Además, entre los hombres homosexuales se elevaría a 21,8% en 2007. Para ese mismo año, la tasa de cobertura en ARV se situaría en el 56% (OMS 2011, 35), habiéndose reducido el coste de los tratamientos en un 90% siendo en la actualidad gratuitos. Respecto al paludismo y la tuberculosis, únicamente el 31% de los menores de cinco años duermen bajo mosquiteras impregnadas (OMS 2011, 37) a pesar de que el paludismo representa el 35% de los episodios de enfermedad en todas las edades y su morbilidad es de 30,7% en 2009, aunque era de un 33,57% en 2006. El objetivo para 2005 era alcanzar un 56% de tasa de consultas primaria curativa, pero en 2007 solo se habría logrado el 44,6% (CSPLP-MEF 2008, 19). Por otra parte, la tasa de mortalidad por tuberculosis entre personas seronegativas en 2008 alcanzaba 64/100.000 (OMS 2011, 39). Los esfuerzos realizados por el gobierno senegalés, en especial a través del Plan de Lucha Contra la Tuberculosis, han permitido ya en 2005 alcanzar los objetivos ODM.

3.2.3. Agenda sanitaria y de desarrollo en salud en Senegal

Aunque el derecho a la salud aparece inscrito en la Constitución Senegalesa de 2001 (Artículo 8, Título II), éste está lejos de ser una realidad, en un país con unos indicadores sanitarios preocupantes así como con un sistema de salud deficiente tanto en infraestructuras, tecnología, insumos y personal.

El sistema sanitario es fruto de la herencia colonial³², estando presente la biomedicina en todo el país con sus instituciones, especialistas y terapéuticas. La pirámide sanitaria se compone de tres niveles: el periférico (el distrito sanitario, dirigido por un médico y que incluye como mínimo un centro de salud de referencia y una red de dispensarios), el regional (que corresponde a la región sanitaria y debe contar con un hospital), y el central (hospitales de tercer nivel e instancias de gestión). La salud es una de las nueve competencias devueltas a las colectividades locales. Ahora bien, son múltiples sus dificultades vistos sus limitados recursos. En 2009, Senegal contaba con un hospital por 495.598 habitantes, un centro de salud por 152.492 habitantes y un puesto de salud por 9.953 habitantes (MSP SIS, 2008)³³. Además, dichas infraestructuras son víctimas de los daños causados por las inundaciones que el cambio climático está provocando. Las de 2008 destrozaron doce centros de salud y afectaron a 250.000 familias (ANDS 2010, 12).

En lo que se refiere a sus recursos humanos, el país presenta una situación paradójica. Por un lado, existe un real déficit de profesionales sanitarios y los que trabajan se encuentran concentrados en la capital. En 2001, el ratio de médicos se situaba en un médico por 27.935 habitantes, en 2008 en un médico por 18.615 habitantes, cuando las normas OMS abogan un mínimo de un médico por 10.000 habitantes. Por otro lado, y para el caso específico de médicos y enfermeras, existirían numerosos profesionales en paro. No es el caso de las matronas, claramente deficitarias (MSP 2009, 13). Una situación que la progresiva

³² El actual territorio de Senegal es uno de los primeros, sino el primero, de los focos de entrada de la biomedicina en África Subsahariana. En 1829, se construye el primer hospital del África Occidental en Saint Louis. Los primeros servicios especializados datan del periodo colonial. En 1895 “los equipamientos socioeconómicos de Saint Louis eran similares a los de una subprefectura francesa” jugando un rol histórico clave derivado de su posición estratégica entre el mundo arabo-bereber y el del África negra, cf. BOURDELAIS en HAIDARA (2004, 8).

³³ Las normas OMS son recordemos de 1/150.000, 1/50.000 y 1/10.000 habitantes respectivamente.

descentralización de la formación en enfermería estaría tratando de paliar y a la cual contribuye la cooperación española. Además, el 37,9% del personal sanitario empleado en el sector público desearía migrar buscando trabajar en EEUU (39,9%) o Francia (35,6%) (Awases et al. 2004, 42). Solo un 0,9% desearía venir a España. La principal razón dada para migrar (89,1%) es el hecho de que el salario como funcionario es insuficiente y además no se paga a tiempo (92,1%). Por todo ello, el gobierno senegalés ha puesto en marcha para el periodo 2009-2012 un Plan Nacional para los Recursos Humanos en complemento del Plan Nacional de Formación que data de 1996. Asimismo, creó en 2003 una Dirección de Recursos Humanos y puso en marcha una política de contrataciones progresivas.

En todo caso, y con el fin de hacer frente a dicha situación epidemiológica e institucional, el gobierno senegalés ha ido aumentando su presupuesto global de salud, pasando de un 5,5% en el año 2000 a un 8,1% en 2005. El gasto en salud por habitante en 2006 era de 72 USD y el total de gastos consagrados a la salud suponían el 5,4% del PIB (OMS 2008). Sin embargo, y según ECO-CONSULT et al. (2010, 43) la situación habría ido empeorando desde 2005; en 2008, la parte del gasto público en el PIB destinado a la salud ha supuesto únicamente un 0,9%. Además el 80% de dichos gastos se está invirtiendo en construcción y mantenimiento de edificios (en especial hospitales) y pago de los recursos humanos, dejando de lado la atención primaria en salud y dificultando con ello la accesibilidad geográfica. Unas infraestructuras que presentan dificultades de gestión y a nivel de insumos. Desde 2006, con el fin de mejorar su gestión, el Ministerio de la Salud ha elaborado un marco de gasto sectorial a medio plazo (a tres años)³⁴.

No hemos de olvidar tampoco que el sistema sanitario senegalés integra otros sistemas médicos existentes en el país, incluido el de tradición africana-animista y la medicina árabe-musulmana³⁵, contando el propio Ministerio de la Salud con una lista referencial a nivel nacional de más de 640 traditerapeutas

³⁴ En el momento de realizar nuestra investigación en el terreno (septiembre/octubre de 2010) se encontraba desplazada sobre el lugar una misión del Banco Mundial con el fin de evaluar la fragilidad del sistema de salud senegalés.

³⁵ Clasificación empleada por Mendiguren (2006, 94) en su investigación en el valle del Senegal.

integrados en el sistema biomédico. Una estrategia inclusiva que trata de tener en cuenta los itinerarios terapéuticos reales de la población, sus creencias y prácticas en torno a la salud, incluidos sus especialistas y terapeutas, pues afectan a la accesibilidad y a la observancia terapéutica al estar impregnadas del universo cultural y tradiciones secular, que varía a lo largo y ancho de Senegal.

El sistema de salud senegalés reposa principalmente sobre el pago directo de cada prestación por el propio enfermo lo que supone problemas de accesibilidad financiera. En la década de los ochenta los Planes de Ajuste Estructural impuestos por el Fondo Monetario Internacional llevaron al fin de la gratuidad sanitaria herencia de la época colonial³⁶, lo cual quedó confirmado en la iniciativa de Bamako que instauró el Sistema de Recubrimiento de Costes. Más adelante, diversas reformas a las que ha sido sometido el estatuto de las estructuras sanitarias han supuesto la búsqueda del equilibrio financiero recayendo igualmente gran parte del gasto sobre los usuarios. Y ello a pesar de la evidencia científica existente entre empobrecimiento y gasto sanitario de las familias, que muestra cómo en países como Senegal en 2005 unos 100.000 hogares habían caído por debajo de la línea de pobreza, resultado directo de los gastos sanitarios afrontados (ILO³⁷ 2008, 12). En la actualidad sigue sin estar cubierto el riesgo de enfermedad por el Código de la Seguridad Social³⁸ que emana de la Ley 73-37 de 31 de julio de 1973. Únicamente hace referencia al mismo el Código de Trabajo-Ley 75-50 de abril de 1975, en relación con las citadas Sociedades Indígenas de Previsión. Es así que en 2008 sólo una minoría, un 20,13%, gozaría de cobertura sanitaria a través de un sistema obligatorio o voluntario (MS 2008). En 2010 únicamente se mantiene el acceso gratuito para una lista limitada de afecciones y condiciones de salud: partos y cesáreas, actos médicos y medicamentos para los mayores de sesenta años, gratuidad de los ARV, tratamiento gratuito del paludismo grave en niños y en

³⁶ Ya a principios del siglo XX se crearon los primeros embriones del actual sistema de protección senegalés, las Sociedades Indígenas de Previsión Social (SIP), dedicadas a asegurar contra los riesgos de salud a los agricultores, siendo en su momento la adhesión obligatoria. Además, fue en Dakar donde en 1958 se creó la primera Caja de Jubilación y Enfermedad denominada IPRAO, que en aquella época reagrupaba al conjunto de territorios del ÁOF.

³⁷ Departamento de Seguridad Social de la Organización Internacional del Trabajo.

³⁸ Este país es signatario de la Convención 102 de la OIT.

mujeres embarazadas, así como una subvención para las personas indigentes. Fue igualmente en el contexto creado por el final de la gratuidad y el tejido asociativo senegalés que comenzó a desarrollarse un movimiento mutualista, en especial en el marco de asociaciones socio-profesionales, culturales, de jóvenes, de asociaciones confesionales o de grupos femeninos. Un sistema cuya emergencia se ha visto favorecida por el proceso de descentralización. La importancia de las mutualidades ha hecho que desde 2004 exista un plan estratégico dedicado a su desarrollo en Senegal. En todo caso, la voluntad del gobierno senegalés en pos de la cobertura universal ha llevado a un proceso consultivo multisectorial que ha permitido la elaboración en 2005 de una Estrategia Nacional de Extensión de la cobertura de enfermedad, una hoja de ruta, así como la firma de una orden ministerial para la puesta en marcha de un comité nacional piloto. El objetivo: hacer pasar dicha cobertura del 20,13 % en 2008 al 50% en 2015. Un gran desafío pues el sector del empleo informal sigue constituyendo en Senegal el 97% de los empleos en 2010 (ANSD 2010, 73).

En dicho contexto, el marco referencial de las políticas de Salud Pública senegalesas se incorpora al II Documento Estratégico de Crecimiento y Reducción de la Pobreza 2006-2010 (DRSP II)³⁹. El DRSP II es el documento marco de la agenda de desarrollo de dicho país y supone una continuación del camino iniciado en el año 2000 con la elaboración del Primer DRSP. Los ejes del DRSP II son: el crecimiento, los sectores de transporte y energía, los servicios sociales de base, la prevención y gestión de riesgos y catástrofes, la mejora de las condiciones de vida de los grupos vulnerables y una mejora de la buena gobernanza basada en un modelo descentralizado y participativo. Dentro del DRSP II la salud es comprendida como un aspecto clave del desarrollo humano, se establece un Plan Nacional de Desarrollo Sanitario (PNDS) para el período 2009-2018 y se impulsan más de una decena de planes verticales como el de lucha contra el VIH/SIDA. Existe igualmente una Política de Salud Sexual y Reproductiva (2005) y una Ley de Salud y

³⁹ Durante el año 2011 será sustituido por el III DRSP 2011-2015, en curso de finalización.

Reproducción. El citado PNDS se fundamenta en la creación de marcos de concertación con diferentes actores, incluidos los representantes de la sociedad civil. Se ha elaborado una guía de trabajo con el sector de las ONGD, con el fin de establecer una estrategia de intervención consensuada, visto que éstas intervienen en diferentes programas y en especial en los de seguimiento de la infancia y lucha contra la mortalidad maternal y neonatal (cuarto y quinto ODM), así como en el ámbito del VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis (sexto ODM). Un protagonismo de la sociedad civil que no se reduce a la prestación de servicios sino que interviene igualmente en el ámbito reivindicativo desde un enfoque de derechos como es el caso del Forum Civil⁴⁰.

En lo que se refiere específicamente al Plan de Lucha contra el VIH/SIDA, el gobierno senegalés creó en 2001 el Consejo Nacional de Lucha contra el Sida y un año después el I Plan Estratégico de Lucha contra el Sida para el período 2002-2006. En la actualidad se encuentra en vigencia el II Plan (2007-2011), que tiene como poblaciones diana a las más expuestas al riesgo de contagio. Asimismo se presta especial atención a jóvenes y a adolescentes de 15 a 24 años, a mujeres de 25 a 49 años, a poblaciones móviles y poblaciones que frecuentan sitios turísticos, a las personas que viven con la condición de salud de VIH así como a los huérfanos y a los niños vulnerables. Aunque los aportes financieros hayan sido muy limitados, internacionalmente se reconoce el liderazgo jugado por el gobierno senegalés en la baja prevalencia del VIH/SIDA en el país. Además, a la hora de introducir modelos preventivos como el conocido ABC (abstinencia, fidelidad y uso del preservativo) se han tenido en cuenta los contextos culturales específicos: "Así, no se suprimió la poligamia culturalmente aceptada en Senegal (una sociedad fundamentalmente islámica) sino que, por el contrario, se respetó como un «método tradicional y eficaz» para evitar la promiscuidad y, así prevenir las enfermedades de transmisión sexual (ETS)" (VVAA. 2007, 50). En la lucha contra el VIH/SIDA en Senegal ha sido

⁴⁰ Incluso ha logrado abrir un debate en el Parlamento sobre la corrupción en el sistema sanitario senegalés.

clave el papel de la sociedad civil (incluidas las ONGD), facilitado por la posibilidad de ser financiadas en el marco de las actividades del Fondo Mundial, pudiendo aquellas hacer contratar sus prestaciones con los distritos.

Es sobre dicho marco sobre el que intervienen los diferentes donantes, incluida España, cuyo cambio de prioridades retirándose en 2009 del hasta entonces prioritario sector de la salud no ha sido sin consecuencias sobre la coherencia de políticas, como veremos a continuación.

3.2.4. Análisis de coherencia y principales conclusiones y recomendaciones

Tras el estudio de caso, y como hiciéramos para Etiopía, en este apartado analizamos las principales coherencias e incoherencias de las políticas de desarrollo de salud de la AECID en Senegal.

Sobre coherencia interna

- El protagonismo de las autoridades senegalesas en la evolución de los programas de desarrollo en salud ha sido hasta fechas recientes muy limitado aunque la biomedicina esté presente desde la época colonial. Un espacio, el de la salud, que en el pasado fue claro instrumento de la colonización al servicio de los intereses franceses y que hoy, a pesar de dicho protagonismo creciente en el despliegue de las estrategias de lucha contra la pobreza o el PNDS, continua siendo un espacio dependiente de las capacidades e intereses de una multiplicidad de actores externos al propio estado. Comprender la complejidad y proceso histórico del sector salud en Senegal resulta una premisa clave.
- El Plan África 2005-2008 y el actual 2009-2012 priorizan la actuación en Senegal en base a "indicadores de desarrollo, presencia y articulación de la Cooperación Española en el país, marco de asociación posible, potencial como socio de desarrollo y posición relativa de la Cooperación Española respecto a otros donantes" (MAEC 2008, 96). La coherencia de dicha elección ha de ser cuestionada pues a pesar de su bajo desarrollo humano, Senegal no resulta ser

uno de los países más pobres del África Subsahariana. La presencia de España ha sido muy limitada hasta bien entrado el siglo XXI y ha estado escasamente articulada. Además, se trata de uno de los países con mayor número de donantes⁴¹, y su posición relativa respecto a otros de antigua presencia era y es claramente desventajosa.

- Antes de 2005 no existía una estrategia de salud española en Senegal siendo definida en el I DEP, aunque de forma ambivalente. La prioridad dada al sector salud fue coherente con la situación epidemiológica y de limitado desarrollo del sistema sanitario senegalés, así como con la importancia del desarrollo en salud presente en los ODM y en el I DRSP. Al definir las prioridades dentro del propio sector salud, España fue coherente con el principio de alineación a las prioridades senegalesas expuestas en los ya citados DRSP y PNDLS, reforzando con su participación el ya citado grupo temático de coordinación de donantes en salud. Sin embargo, la coherencia de la prioridad dada al ámbito específico del VIH-SIDA es cuestionable; mientras el I DEP (2005, 20-21) afirma que sus prioridades se basan en “la especial vulnerabilidad de Senegal”, este país gozaba en 2004-2005 —y sigue gozando— de una de las prevalencias más bajas del continente (0,7%). En el futuro, la elección de los países en los que intervenir, así como los sectores de intervención, tendrían que caracterizarse por una mayor coherencia, dando prioridad a aquellos con una situación de desarrollo humano más limitado, más “huérfanos” de la ayuda, y en los que los actores españoles tuvieran una clara ventaja comparativa⁴².
- La coherencia de las prioridades territoriales presenta igualmente luces y sombras. El I DEP optaba por un principio de concentración geográfica general y no específico para el sector de la salud, centrado en Saint Louis, Ziguinchor y Kolda. Sin embargo, los indicadores de desarrollo y sanitarios de la región de

⁴¹ CONGAD (2011, 79) ha llegado a calificarlo como “un país “demasiado” favorecido por la ayuda y se empieza a plantear si es un ejemplo de buenas prácticas cuando (...) los resultados de desarrollo no están siendo los esperados”.

⁴² Con el fin de guiar la coherencia de dichas elecciones estaría ya en vía de establecimiento por parte de la UE una lista de países prioritarios en los que sus miembros, incluida España, deberán centrar su AOD en salud con el fin de avanzar en la consecución de los ODM, siguiendo los compromisos asumidos a nivel europeo e internacional.

Saint Louis en 2005 eran mejores que la media del país salvo para el caso de la malnutrición, lo cual pone en entredicho su elección. No es el caso de Ziguinchor⁴³ y Kolda cuya situación era especialmente preocupante contando con los peores indicadores de mortalidad materna. Respecto el VIH/SIDA eran las regiones de Tambacunda y Louga las que presentaban los peores indicadores por lo que hubiera sido más coherente priorizar la intervención en ellas. Además existe un riesgo real de dispersión porque se han financiado proyectos de fortalecimiento del sistema de salud en otras regiones no prioritarias. Estas financiaciones contradicen el apoyo mostrado al principio de concentración geográfica presente en el I DEP y confirmado en la firma de la I Comisión Mixta.

- A través del testimonio de los actores entrevistados diagnosticamos el limitado protagonismo dado por las autoridades españolas a sus homólogos senegaleses a la hora de definir dicha estrategia de salud. Las decisiones se habrían basado más en la mayor o menor presencia de ONGD españolas que en la participación activa y peticiones fundamentadas de las autoridades y de la sociedad civil. Se detecta falta de diálogo y alineamiento con ciertas instituciones locales; por ejemplo, aún cuando el Ministerio de la Salud senegalés cuenta con una célula específica encargada de la cooperación, ésta no habría sido contactada por los representantes de la cooperación española tanto centralizada, autonómica u ONGD⁴⁴). En la actualidad se estaría logrando un mayor alineamiento sobre el terreno con estructuras descentralizadas como las Agencias Regionales de Desarrollo (ARD). En el ámbito del VIH/SIDA, existen claras diferencias entre los actores entrevistados en torno a quién debe liderar la coordinación de los proyectos a nivel local: el ayuntamiento, el jefe médico del hospital de distrito, la sociedad civil senegalesa o la propia ONGD extranjera. De cara al futuro, se debería privilegiar la cooperación estado-estado: que el interlocutor sea único, el estado, habiendo previamente centralizado éste las demandas y ofertas de

⁴³ Salvo para el caso de la cobertura de vacunación, donde Ziguinchor cuenta con un 100%.

⁴⁴ Salvo en el caso de Enfermeras por el Mundo y ello según el testimonio de su responsable.

cooperación. Asimismo estimamos clave apoyar al gobierno, tanto a nivel central como descentralizado, en el establecimiento y actualización de un mapa de donantes, así como a la OMS para que cumpla su rol de coordinación de donantes. Igualmente se han de sostener las acciones de respeto del Código de Conducta sobre División del Trabajo (y sus posteriores instrumentos Toolkit, Fast Track Initiative) tanto a nivel de donantes oficiales como de sociedad civil.

- Respecto a la inesperada y progresiva retirada del sector salud a partir de 2009, ésta supone un giro de 180 grados en la estrategia española, especialmente llamativo cuando se tiene en cuenta la corta presencia de España. Éste abandono resulta incoherente con los indicadores socio-sanitarios senegaleses que continuaban en 2008 siendo suficientemente preocupantes. Sin embargo, paradójicamente, es fruto de una madurez creciente de las políticas de cooperación española así como de una opción por una mayor coherencia con las Agendas de París y Accra, y el Código de Buena Conducta de División del Trabajo. En coherencia con dicha retirada, la OTC ha dejado de asistir de modo oficioso a las citadas reuniones de coordinación del Grupo de Donantes lideradas por la OMS. Dichos cambios en las prioridades en tan corto tiempo muestran la necesidad de abordar la coherencia como un elemento específico de una razón gobierno que está abierta al cambio histórico.
- De modo coherente con la Agenda de París, se justifica dicha retirada como fruto del limitado impacto sobre el terreno de las acciones desarrolladas, en especial las ejecutadas desde el sector de las ONGD. Varias disfuncionalidades habrían sido señaladas, como por ejemplo las deficiencias en los diagnósticos. Se ha dado incluso el caso de comenzar a intervenir sin haber realizado un estudio de necesidades previo, siendo paradigmático el ámbito del VIH/SID, o que se delegue la identificación en consultores que desconocían previamente la realidad local, su lengua o que habrían estado poco tiempo sobre el terreno. En la actualidad, tanto las ONGD españolas como la AECID muestran especial preocupación en realizar un análisis científico de la realidad, devolviendo el

protagonismo a las autoridades y a la ciudadanía senegalesa, apoyando sus procesos de identificación de necesidades y formulación de proyectos en las citadas Agencias de Desarrollo Local. Se habría dado el caso de que el personal expatriado no cuente con la formación específica necesaria para sus funciones, o que sus mejores condiciones laborales con respecto a las del personal local creen desidia en éstos. Algunas intervenciones habrían fracasado por no haber tenido en cuenta la existencia de creencias y prácticas, así como de especialistas y terapeutas de otros sistemas médicos interaccionando con la biomedicina. En el futuro, es preciso que los agentes sean profesionales especialistas tanto del área específica de intervención como de la cooperación, y que tengan conocimiento y experiencia de la cultura local, en este caso de las prácticas en torno a la salud, la enfermedad y la atención. Se habría de elaborar por parte de la OTC una base de datos sobre especialistas en ámbitos de intervención así como sobre monografías. Asimismo se precisa reflexionar sobre un sistema de alineamiento de salarios y *per diem* para personal expatriado y local interviniendo en un mismo sector y país.

- Hay que cuestionar igualmente el hecho de que las ONGD españolas, no hayan valorado en algunos casos sus capacidades reales para intervenir en el sector salud, y en ámbitos tan específicos como el del VIH/SIDA. La salud era el sector identitario de especialización de solo cinco de las ONGD entrevistadas (EPM, FBS, MDM, MM y TDH), mientras que las trece restantes han realizado actividades sanitarias en Senegal sin ser especialistas en el sector, ni ser la salud su objetivo esencial. La investigación nos muestra cómo la asignación creciente de fondos estatales y procedentes de las CCAA habría supuesto un rápido incremento de la presencia de ONGD españolas en Senegal, y ello a pesar de la multiplicidad de ONGD de otros países —así como senegalesas— presentes desde hace décadas, y que gozan de una consolidada experiencia en el país. Además, las ONGD españolas entrevistadas no tenían recogido en sus estatutos trabajar específicamente en África, y menos en Senegal. Tampoco los técnicos

de la OTC gozaban de especialización en el sector salud, lo que dificulta tanto validar las peticiones de subvención como el seguimiento y apoyo técnico a los ONGD *in situ* o su evaluación, especialmente de cara a la definición de una nueva estrategia. En el futuro sería necesario que todo actor (oficial o del tercer sector) que vaya a intervenir en el sector salud cuente con formación específica y experiencia previa así como un conocimiento directo de la realidad local. La OTC debería poder jugar un rol de apoyo a los diferentes actores españoles presentes, en este caso sobre cuestiones sanitarias, de desarrollo y de conocimiento del contexto local, siendo preciso el que sus agentes puedan completar y actualizar dicha formación y experiencia con misiones sobre el terreno.

- Asimismo, la estructura descentralizada⁴⁵ de la cooperación española habría influido sobre la limitada eficacia de las acciones desarrolladas por falta de armonización y coordinación tanto interna como externa. Además la OTC no jugó su rol de coordinación de los actores españoles. Se observan avances en la armonización a nivel de reuniones de coordinación entre ONGD, y de éstas con la OTC, o de evaluaciones conjuntas (como la habida con la UE)⁴⁶. La OTC debe continuar facilitando encuentros internos entre actores españoles con el fin de compartir medios, conocimientos, experiencias, saberes, procedimientos y ventajas comparativas. Se debería crear una Mesa interna por cada sector.
- Otro factor señalado del impacto limitado de dichas acciones estaría ligado a la limitada gobernabilidad del sector salud en Senegal, tanto a nivel profesional como institucional. En ocasiones, los actores españoles habrían visto ralentizado su trabajo debido a la escasa implicación y liderazgo de los profesionales sanitarios senegaleses. Asimismo, resultaría difícil establecer un diálogo político o trabajar sobre el terreno por el limitado carácter democrático de sus

⁴⁵ Como ha señalado CONGAD: “la multiplicidad de actores, tanto públicos (con especial atención a la cooperación descentralizada) como privados, pone a España en la tesitura de afrontar el reto de la división del trabajo no sólo a nivel internacional, sino también internamente.” (2011 67)

⁴⁶ Los actores de la sociedad civil entrevistados estiman que esta última ha sido un gran fiasco por el tipo de actores invitados (empresa, sindicatos).

instituciones en las que efectivamente “la corrupción estaría alcanzando niveles preocupantes, dañando gravemente la buena gobernanza del país” (CONGAD 2011, 79). Es el caso especialmente del Ministerio de la Salud, extremadamente politizado, repercutiendo ello sobre su estabilidad y capacidad de poner en práctica y liderar las estrategias de desarrollo sanitario. O problemas derivados de cómo se estaría llevando a cabo el propio proceso de descentralización en Senegal, caracterizado por su falta de medios y retrasos en la puesta a disposición de los existentes, la falta de funcionalidad de los organismos de apoyo, problemas de incomprensión de la propia noción de descentralización o de competencias técnicas de los agentes puestos al frente. De cara al futuro se estima necesaria una mayor presencia de la OTC en el sector del buen gobierno, dando especial importancia al acompañamiento de los procesos de institucionalización, en nuestro caso del ámbito sanitario, aunque éste haya dejado de ser directamente una prioridad.

- Paralelamente, y para ambos periodos estratégicos, habrían existido irregularidades respecto a la previsibilidad de la ayuda española, incluida la ayuda en salud traduciéndose en una volatilidad de la misma, siendo necesaria su adecuación coherente con las modalidades y herramientas definidas en los documentos estratégicos. España tampoco ha sido coherente con su compromiso con la herramienta de apoyo presupuestario, aunque la opinión de los actores entrevistados sobre dicha herramienta diverge, encontrando apoyos en el sector oficial y detractores en el de las ONGD que ven en su aplicación una pérdida de control y de fondos. Unos partidarios que son al mismo tiempo conscientes de los límites de dicho instrumento, pues más allá de la dificultad para medir su desempeño, el problema persistiría a nivel de su control y de su gestión, en especial tras la pérdida de confianza en la gobernabilidad del país, sobrevenida a partir del año 2007-2008 tras haberse descubierto numerosos casos de corrupción. La multiplicidad de actores de la cooperación descentralizada española y su escasa relación interna y con el nivel central supone una dificultad

añadida para la eficacia de este instrumento. Una posibilidad sería el que las CCAA hicieran apoyo presupuestario descentralizado o descentralizar el apoyo presupuestario y que sea cada región senegalesa quien redistribuya.

- El caso senegalés nos muestra cómo los cambios de prioridades estratégicas, especialmente cuando la intervención en un país es muy reciente y aún cuando se realicen en un intento de mayor coherencia, no se producen sin consecuencias. Tal decisión ha tenido consecuencias en el sector salud senegalés al recortar actividades que hacían las ONGD españolas, en especial en el área de la lucha contra el VIH/SIDA, aunque igualmente en el ámbito prioritario del fortalecimiento del sistema de salud⁴⁷. Dicha retirada no se ha traducido todavía en un abandono total del sector, y la AECID ha habilitado herramientas transitorias como el apoyo presupuestario directo a la división VIH/SIDA⁴⁸. Se sigue dando importancia al apoyo a sectores relacionados con los determinantes sociales de la salud a través de proyectos de habitabilidad básica. Además, dicha retirada ha puesto en riesgo la propia financiación interna de muchas de estas ONGD, que en algunos casos han optado por cambiar de sector y/o buscar otras fuentes de financiación (comunidades autónomas, entidades locales, la UE, etc.). Las ONGD deberían ser coherentes a la hora de considerar su capacidad real de reconvertirse y trasvasar sus recursos humanos a nuevas áreas de intervención (y sectores geográficos).
- Ahora bien, tanto desde la AECID como desde la OTC se continúa reivindicando espacios del ámbito de la salud donde la experiencia española puede presentar una ventaja comparativa ante otros donantes, como la accesibilidad financiera al sistema de salud a través de la asistencia técnica al desarrollo de un sistema de protección socio-sanitaria. Un camino a apoyar igualmente de forma indirecta a través de asistencias técnicas para avanzar en la formalización de la economía, con el objetivo de desarrollar un sistema contributivo y de redistribución de la

⁴⁷ En apoyo a infraestructuras, formación de profesionales o mejora de la atención en salud materno-infantil.

⁴⁸ Es el caso del Centro de Salud de Referencia de la ciudad del valle de Senegal de Richard Toll.

renta, o continuando con el apoyo a acciones de refuerzo sindical y desarrollo de mutuas de salud. Las empresas españolas presentes en Senegal podrían dar ejemplo de ello a través de una aplicación del derecho laboral.

Sobre coherencia externa

- A partir del año 2006, coincidiendo con la conocida como crisis de los cayucos, se dio una rápida evolución de las relaciones bilaterales hispano-senegalesas que se expresa igualmente a través de las políticas de cooperación, incluidas las sanitarias. Un vínculo preocupante entre políticas de cooperación y salud e intereses migratorios y de seguridad aparece al analizar los datos oficiales facilitados por la DGPOLDE sobre las cantidades asignadas a la ayuda reembolsable. En el PACI 2010 se contabilizan fondos de la AOD bajo el epígrafe del segundo objetivo: "lucha contra la pobreza en África, servicios sociales mínimos incluidos los servicios sanitarios" en inversiones en equipamiento por un valor de alrededor 4.400.000 euros para la compra, instalación y mantenimiento de seis radares marítimos en Senegal, Mauritania, Gambia y Cabo Verde (MAEC-SECI 2010). Los intereses migratorios aparecen asimismo relacionados con las prioridades geográficas de la cooperación española en Senegal y sus coherencias e incoherencias ya señaladas. Junto a Saint Louis (cuyos indicadores de desarrollo recordemos eran superiores a la media del país), la I Comisión Mixta seleccionó la región de Gran Dakar que junto a la anterior era el principal foco de origen de los migrantes senegaleses instalados en nuestro país. Asimismo, según los actores entrevistados, la elección tras la Comisión Mixta de 2009 de los dos nuevos sectores estrella de las políticas de cooperación española —desarrollo local y formación profesional— se basó en criterios de control migratorio. Esta elección conllevó la retirada del sector salud. Asimismo, la cuestión migratoria ha jugado un papel en la presencia creciente de

actores de la cooperación española en Senegal⁴⁹. En todo caso, quien habría sabido sacar un mayor provecho a dichos intereses españoles en el ámbito migratorio y de seguridad (bajo el epígrafe de cooperación al desarrollo) habría sido el Presidente senegalés Wade, quién como bien señala Carlos Oya “supo capitalizar la crisis de los cayucos para sacar el máximo partido de la cooperación con España y la UE” (OYA 2007, 2).

- Asimismo, es unánime entre las personas entrevistadas considerar que el otro pilar que sustenta las elecciones y actuaciones de las políticas de cooperación españolas en Senegal son los intereses españoles de carácter económico y comercial, vinculados especialmente al sector pesquero y agrícola. Destaca la intervención de empresas españolas en el Plan REVA por el cual España aprobó un FAD de diez millones de euros. Los intereses económicos y comerciales son coherentes con el Plan África 2009-2012 que establece como objetivo prioritario para Senegal la promoción de intercambios comerciales e impulsa inversiones de empresas españolas. En todo caso, la retirada progresiva en el sector salud no impidió que a nivel comercial se apoyara la transferencia de tecnología médica española. En 2009 se facilitó la misión de doce empresas españolas del sector de equipamiento médico. En 2010 Senegal recibió siete visitas comerciales españolas, siendo el país de África Occidental que recibió mayor número de misiones comerciales. Una de ellas correspondió a fabricantes de equipamientos médico quirúrgicos (GOBIERNO DE ESPAÑA 2011, 10; 23). Según los actores entrevistados, tales misiones no respondían a una demanda de las autoridades senegalesas aunque se habría tratado de presentar como operaciones de interés para el desarrollo sanitario senegalés. Asimismo, las prioridades geográficas de las estrategias de cooperación española en Senegal, incluido en el sector sanitario, presentarían un vínculo con intereses económicos españoles como es

⁴⁹ Por ejemplo CCOO han empezado a trabajar en proyectos que ligan migraciones y salud laboral con sus pares senegaleses UNSAS y CNTS.

de nuevo el caso de la región de Saint Louis con sus bancos de pesca y su mano de obra pesquera y agrícola disponible.

- Entre los entrevistados hay quien defiende que el citado problema de falta de coordinación entre donantes no es sólo un problema técnico sino que respondería a intereses de los donantes, consecuencia de arrastrar al ámbito de la salud pública global sus intereses particulares y contingentes. Un ejemplo lo tendríamos según CONGAD “en cómo determinados donantes —en concreto quienes tienen mayor tradición y presencia, y gestionan más recursos en cada uno de los países— expresan escasa voluntad por impulsar la aplicación del Código de Conducta, para no perder la influencia estratégica ganada” (2011, 93). El caso de Francia en Senegal es paradigmático en este sentido.

En todo caso, podríamos afirmar que dichos intereses, aunque no concurren siempre en la mejora de la situación sanitaria senegalesa, si son coherentes con la propia definición que de la política pública de cooperación al desarrollo da el MAEC al concebirla como un elemento fundamental de su acción exterior en este país considerado por España como un socio estratégico. Como bien nos decía el responsable de la Célula de Cooperación del Ministerio de salud senegalés: “La cooperación, incluida la sanitaria, es ante todo diplomacia, y la diplomacia son intereses”.

4. Conclusiones Finales y Recomendaciones

A continuación presentamos una serie de conclusiones y recomendaciones finales acerca de la coherencia de las políticas españolas de cooperación al desarrollo de la salud en África. Éstas son el resultado combinado del estudio de los marcos normativos, herramientas y estrategias de actuación de la AOD en salud española y de las conclusiones relativas a las coherencias internas y externas de los casos de Etiopía y Senegal.

4.1. Conclusiones programáticas en torno a la coherencia de las políticas de salud de la AECID en África

La AECID se ha dotado de una Estrategia Sectorial de Desarrollo en Salud (2007), enmarcada dentro de los principios de fortalecimiento de los servicios de salud de la OMS y la Agenda de París.

- El descenso de la AOD en salud supone alejarse de los compromisos financieros de la ayuda y una merma en las aportaciones a los fondos multilaterales. Para evitar un mayor impacto negativo sobre el desarrollo de la salud, las actuaciones de la AECID y OTC deben incorporarse ampliamente a los principios de coordinación, alineamiento y eficacia impulsados en las agendas de París y de Accra, así como impulsar la IHP+.
- La AECID ha impulsado un proceso de participación a través de la Mesa de Armonización de la Salud que debe continuar activo. Desde esta Mesa se ha impulsado una comunicación durante la Presidencia española de la UE que ha resaltado la importancia de actuar en sectores que presentan relación con la mejora de la salud de la población como: el comercio, la seguridad alimentaria, el medio ambiente o la migración de profesionales sanitarios.
- La AECID debe mantener una postura internacional que defienda la regulación de estos ámbitos en provecho del desarrollo de la salud en las poblaciones africanas. Sería interesante que a nivel de terreno sus OTC generaran espacios de diálogo y encuentro con las autoridades locales y otros donantes para transformar estas agendas globales en políticas locales. Estas actuaciones fortalecerían la posición doctrinal de la AECID en salud global en la UE y la OMS, asociando la misma con las mejoras en los determinantes sociales de salud.

4.2. Conclusiones en base a la coherencia interna y externa de los casos de Etiopía y Senegal

4.2.1. Coherencia interna

- No es un rasgo identitario de la cooperación en salud de la AECID operar de forma programada y sostenible. Mientras que en Etiopía se ha logrado fijar una clara estrategia en salud, no es el caso en Senegal donde la AECID tras actuar durante un corto espacio de tiempo en este sector se ha retirado. Además, tanto el comenzar a trabajar en un país y sector como la retirada del mismo no son anodinos sino que pueden tener consecuencias cuyo impacto es necesario valorar previamente.
- La falta de una estrategia programática sostenible en la AOD de la salud supone efectos negativos en terreno como la suspensión de programas sanitarios en marcha (véase el caso de Senegal).
- La falta de participación local en el diseño de las estrategias y la ausencia de un conocimiento de la realidad sanitaria y sociocultural dificultan el desarrollo de la salud (véase el caso de Senegal).
- La alienación con los principios de París y el uso del apoyo presupuestario puede suponer el apoyo financiero a gobiernos criticados por su déficit democrático (véase el caso de Etiopía). Ante ello es necesario que desde las OTC se promuevan los principios de Accra vinculados a una mayor participación de la sociedad civil. Los principios de París y Accra son requisitos no sólo para la actuación bilateral de los donantes si no que también deben ser exigidos a otros actores de la cooperación española como las comunidades autónomas, las universidades, las ONGD y las entidades locales.
- En aquellas OTC que trabajan en el sector de la salud en África, la presencia de expertos en la financiación de la ayuda no debe desplazar la importancia de contar con expertos en salud pública así como con conocimiento de las realidades socioculturales locales. Éstos últimos conocen los lenguajes locales y

globales de desarrollo en salud y pueden acompañar a las autoridades sanitarias locales en su apropiación de las agendas de desarrollo del sector salud.

- La relevancia de los actores locales es una necesidad legítima y necesaria en las políticas de desarrollo en salud. Por un lado supone devolver el protagonismo histórico que han tenido sobre los procesos de salud pública desarrollados en sus territorios (véase el caso de Etiopía), y por otro supone el reconocimiento de la especificidad local (véase el caso de Senegal).

4.2.2. Coherencia Externa

- Diferentes intereses de política exterior comparten las decisiones de elección y salida del sector salud. Aunque la cooperación es una herramienta incorporada a la política exterior española, se deben fortalecer los principios de desarrollo que suscribe el Plan África y no condicionar el trabajo en el sector salud a las necesidades e intereses internacionales españoles vinculados por ejemplo, a un mayor fortalecimiento institucional en África (Etiopía) o a intereses económicos y/o migratorios (Senegal).
- Los procesos de actualización de la Agenda de Salud Global de la UE han contado con el apoyo de la AECID. Se hace necesario profundizar en las líneas abiertas que tan importantes han sido. En el caso de Etiopía hemos mostrado el interés por abordar el caso de la migración de profesionales sanitarios, y en el caso de Senegal, hemos mostrado la necesidad de desvincular la AOD en salud de cualquier otro interés que no sea exclusivamente sanitario. La gobernanza sanitaria en África no queda limitada a ordenar el sector salud, sino que ésta se encuentra influida por un orden global y a su vez influye sobre realidades locales y los determinantes sociopolíticos vinculados a la salud. Una problemática bien conocida y que dataría de la época colonial, habiéndose traducido en la actualidad en un mal endémico subsahariano.

Bibliografía:

- AECI (2005) *Documento Estrategia País 2005-2008 Senegal*.
- ANDS (2010) *Situation Economique et Sociale de Sénégal en 2009*, Dakar.
- APSG (2011) *Eficacia de la ayuda en salud*, Madrid.
- APSG (2009a) *Ethiopia, AID effectiveness in the Health Sector*.
- APSG (2009b) *Salud en crisis. Situación de la Ayuda Oficial al Desarrollo Española*, Madrid.
- ASSEMBLÉE NATIONALE du Sénégal, *LOI N° 96-06 du 22 mars 1996 portant Code des Collectivités locales*, Dakar.
- AWASES, M. et al. (2004) *Migration of health professionals in six countries*, African Regional Office of the World Health Organization, Brazzaville.
- CE (2008) *Libro verde sobre el personal sanitario europeo*, COM (2008) 725 final)
- CE (2010a) *Council Conclusions on the EU role in Global Health*, COM (2010) 9644/10.
- CE (2010b) *Foreign Affairs*. COM (2010) 9597/10.
- CE (2008) *Sénégal-CE. Document Stratégie Pays et Programme Indicatif Pays 10 FED (2008-2013)*.
- CLAPHAM, C. (2009) "Post-war Ethiopia: The Trajectories of Crisis" en *Review of African Political Economy*, vol. 36, nº 120, ps. 181-192.
- CONGAD (2011) *¿Sumamos, restamos, multiplicamos o dividimos? Reflexiones sobre la División del Trabajo en Cooperación para el Desarrollo*, Madrid.
- CONGAD (2010) *Informe de la Coordinadora de ONGDs para el Desarrollo-España sobre el sector de las ONGDs. Especial Temático las ONGDs españolas en África*, Madrid.
- CSPLP-MEF (2008) *Suivi des OMD. Evaluation a mi-parcours. Juillet 2008*, Dakar.
- DUBRESSON A.; RAISON, J.P. (2003) *L'Afrique subsaharienne une géographie du changement*. Armand Colin, París.

- ECO-CONSULT et al (2010) *Evaluation conjointe de la coopération de la Commission Européenne et de la coopération de l'Espagne avec le Sénégal.*
- FRASEN, S.; KUSCHMINDER, K. (2009) *Migration in Ethiopia: History, Current Trends and Future Prospects* en Paper Series: Migration and Development Country Profiles, Maastricht Graduate School of Governance, Maastricht.
- GETNET ALEMU (2009) *A case study on Aid Effectiveness in Ethiopia. Analysis of the health sector case aid architecture*, Working Paper 9, Wolfensohn Center for Development, abril.
- GOBIERNO DE ESPAÑA (2011) *Informe de seguimiento 2010. Plan África 2009-2012*, Madrid.
- GOBIERNO DE ESPAÑA-GOBIERNO DE SENEGAL (2009) *I Comisión Mixta Hispano-Senegalesa De Cooperación Para El Desarrollo 2009-2012*, Madrid.
- GONZÁLEZ AIMÉ, Elsa (2011) "El despliegue de la Ayuda Oficial al Desarrollo española en Etiopía" en FLOR, José Luis de la y FREIRE, Arantxa, *Reflexiones sobre la cooperación española con África*, FCEAR, Madrid.
- HADARA, A. H. (2004) *Saint-Louis du Senegal d'hier á aujourd'hui*, Grandvaux Brinon.
- ILO (2008) *An ILO strategy towards universal access to health care*, Ginebra.
- INTERMON OXFAM (2009) *Blind Optimism*, Oxfam Briefing Paper, febrero.
- KASSA TESHAGER ALEMU (2009) "Sector Wide Approach: The Case of Health Sector in Ethiopia" en ALI, Muhamad y CORRADI, Ariane A., *An exercise in worldmaking 2008* en Institute of Social Studies, La Haya, ps. 180-191.
- KICKBUSCH, I., SILBERSCHMIDTB. G. y BUSS, P. (2007) *Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health*, Bulletin of WHO, 85.
- KLOSS, H. (1998) "Primary Health Care in Ethiopia" en *Northeast African Studies*, vol. 5, nº 1, ps. 83-113.
- LEE, K. (2003) *Globalization and Health, an Introduction*, Palgrave.
- MAEC (2009) *Plan Director de la Cooperación española 2009-2012*, Madrid.
- MAEC (2008) *Plan África 2009-2012*, AECID.

- MAEC (2007) *Estrategia de salud de la cooperación española*, Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo, Madrid.
- MAEC-AECI (2010) *Memoria ONGD 2009*, Madrid.
- MAEC-AECI (2005) *Documento de Estrategia País 2005-2008 Cooperación Española Senegal*.
- MAEC-SECI (2006) *Seguimiento del PACI 2005*. Madrid.
- MAEC-SECI (2007) *Seguimiento del PACI 2006*. Madrid.
- MAEC-SECI (2008) *Seguimiento del PACI 2007*. Madrid.
- MAEC-SECI (2011) *PACI 2011*. Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación Madrid.
- MAEC-SECI (2010) *PACI 2010*. Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Madrid.
- MAEC-SECI (2009a) *PACI 2009*. Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, Madrid.
- MAEC-SECI (2009b) *Seguimiento del PACI 2008*, Madrid.
- MENDIGUREN, B. (2006) *Inmigración, medicalización y cambio social entre los soninké*, Tesis doctoral URV.
- MSP-ANDS (2005) *Comptes Nationaux de la Sante. Résumé*, Dakar.
- MSP, MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION (2009) *Plan National De Développement Sanitaire PNDS 2009-2018 Version finale*, Dakar.
- MSP-SIS, MINISTERE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION (2008) *Carte sanitaire du Sénégal*, Dakar.
- MoFED-MINISTRY OF FINANCE AND ECONOMIC DEVELOPMENT (2010) *Ethiopia: 2010MDGs Report. Trends and Prospects for Meeting MDGs by 2015*, Addis Ababa. Ethiopia
- MoH-MINISTRY OF HEALTH (2010) *Health Sector Development Programme III. Annual Performance Report. EFY 2002 (2009/2010)*, Addis Ababa.

- MUNYUKI, E. (2009) "Protecting public health and equitable health services in the services negotiations of EU-ESA economic partnership agreements" en *EQUINET Discussion Paper nº 72*, SEATINI, TARSC, EQUINET, Harare.
- OCDE (2008) *Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo y programa de acción de Accra*.
- OMS (2011) *Estadísticas sanitarias mundiales 2010*, Ginebra.
- OMS (2010a) *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*, Ginebra.
- OMS (2010b) *Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud*, WHA63.16, Ginebra.
- OMS (2007) "Un porvenir más seguro. Protección a la salud pública mundial en el siglo XXI". *Informe Sobre la Salud en el Mundo*, Ginebra.
- OMS-Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (2008) *Subsanar la desigualdad en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, Ginebra.
- ONUSIDA (2010) *Global Report UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic*, Ginebra.
- OYA, C. (2007) "La aventura de la emigración en Senegal: impacto sobre las relaciones bilaterales con España" en *Memorando Opex*, nº 59.
- PANKHURST, R. (1965) "The History and traditional treatment of smallpox in Ethiopia" en *Medical History*, vol. 9, nº 4, ps. 343-355.
- PNUD (2011) *Informe sobre Desarrollo Humano 2010*, Nueva York.
- PROSALUS, MEDICOS MUNDI Y MÉDICOS DEL MUNDO (2011) *La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2010*, Madrid.
- RED ACTIVAS (2010) *Ayuda eficaz para mejorar la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Estudios De Casos en Etiopía, Níger y Senegal*, Madrid.
- UNICEF (2010) *Levels & Trends in Child Mortality: Report 2010*.
- VVAA. (2007) *Mujer, sida y acceso a la salud en África Subsahariana*. En http://www.aecid.es/vita/lineas/ftp/mujer_sida_2006.pdf.

YEWHALAW et al. (2010) "The influence of the Gilgel-Gibe hydroelectric dam in Ethiopia on caregivers' knowledge, perceptions and health-seeking behaviour towards childhood malaria" en *Malaria Journal*, vol. 9, febrero.

