

PROGRESOS Y DESAFÍOS PARA LA SALUD EN ÁFRICA SUBSAHARIANA:
LA IMPORTANCIA DE LOS SISTEMAS NACIONALES
DE SALUD PARA LOS ODMs.

*ACHIEVEMENTS AND CHALLENGES FOR HEALTH IN AFRICA: THE
IMPORTANCE OF NATIONAL HEALTH SYSTEMS FOR MDGs.*

Eduardo Bidaurratzaga
Hegoa-Universidad del País Vasco (UPV/EHU)
eduardo.bidaurratzaga@ehu.es

Recibido: junio de 2010; aceptado: diciembre de 2010.

RESUMEN.

África Subsahariana concentra muchos de los peores datos a nivel mundial en cuanto a satisfacción de necesidades primarias, y algunas tendencias preocupantes, como el más fuerte descenso en la esperanza de vida en las últimas décadas en algunos países o la más decepcionante evolución en el logro de los ODMs hasta el momento. Ello parece haberle convertido en la literatura especializada en el caso más claro de “fracaso de desarrollo”. No obstante, este trabajo pretende evidenciar que, incluso en el caso del sector salud en el que topamos con algunos de estos datos menos satisfactorios, esta situación es más compleja y multicolor de lo que acostumbra a interpretarse, y que ello exige una mayor atención sobre la heterogeneidad y sobre el tipo de recursos y políticas para hacer frente a esta problemática.

Palabras clave: Desarrollo humano; África; Salud; Cooperación al desarrollo; Políticas públicas.

ABSTRACT.

Many of the worst indicators of well-being and health are to be found in sub-Saharan Africa: they include low existing levels of satisfaction of basic needs, alongside worrying trends such as the sharp declines in life expectancy in recent decades in some countries and striking failures to achieve the MDGs. Such a situation seems to qualify the continent in the specialized literature as a clear case of a 'development failure'. The present paper, however, suggests with the aid of evidence that the situation is more complex and variegated than the one usually presented, even in the health sector, where some of those figures are most disappointing. Greater attention should be paid to this heterogeneity and thus to the wide range of resources and policies needed to meet Africa's needs.

Keywords: Human Development, Africa, Health, Development Cooperation, Public Policies.

Clasificación JEL: I31 , O19, N37, 015



1. INTRODUCCIÓN.

Un primer acercamiento a los datos disponibles sobre diversos indicadores de satisfacción de necesidades básicas suele traducirse en la idea de que la gran mayoría de los países que se encuentran en los puestos más bajos del ranking mundial corresponden África Subsahariana (AS)¹. Por ello, es habitual encontrarnos con análisis, si bien desde perspectivas ideológicas diferentes, que consideran que esta región como tal se ha convertido en un caso excepcional, caracterizado por una enorme brecha en cuanto al resto del mundo en diferentes ámbitos vinculados al desarrollo (Leys, 1996; Easterly y Levine, 1997; Rieff, 1998; Arrighi, 2002; Artadi y Sala-i-Martí, 2004).

En el caso particular de la salud, diversas enfermedades, muchas de ellas evitables y bajo control o de escasa incidencia en otros continentes, siguen deteriorando en la actualidad las condiciones de vida de millones de personas y generando un alto número de muertes año tras año. Asimismo, diferentes formas de conflictos armados, situaciones de inestabilidad política o de “mal-gobierno”, así como recurrentes crisis alimentarias han tenido graves repercusiones sobre la mortalidad y la expansión de enfermedades en diversos países del subcontinente, como consecuencia del deterioro de la oferta de servicios sanitarios y de la agudización del desequilibrio con la demanda de éstos.

En este contexto, gran parte de la literatura sobre los estudios de desarrollo para el caso de AS ha interpretado que éste es el caso más representativo de “fracaso de desarrollo” en el mundo y, por tanto, justificación para las tesis más afro-pesimistas. Paradójicamente, todo ello ha contrastado con la otra visión más extendida sobre la realidad y evolución socioeconómica de este conjunto de países: aquella que durante años 80 y 90 quiso convertir la búsqueda del equilibrio macroeconómico y la aplicación de políticas de ajuste estructural en receta universal para acabar con todos los males de las economías africanas.

¹ Los países en los últimos 15 puestos de la clasificación en función del Índice de Desarrollo Humano (IDH) dentro del apartado de Desarrollo Humano Bajo, corresponden a países de AS, y de los 24 últimos 22 pertenecen al subcontinente. En el año 2010, el IDH de AS alcanzó el valor regional más bajo con 0,389, por debajo de Asia Meridional (0,516) o Latinoamérica y Caribe (0,704), siendo la media mundial de 0,624 (PNUD, 2010).

No obstante, estas políticas neoliberales aplicadas en diferentes países africanos de la mano de las instituciones financieras internacionales, en poco han ayudado a priorizar la satisfacción de necesidades básicas en los sectores básicos para la promoción del desarrollo humano. De hecho, los recortes presupuestarios, la promoción del sector privado, la introducción de tasas de uso y, en general, la reducción de la protección social promovidas por dichos organismos, se han traducido con frecuencia en el deterioro del acceso a los mismos por parte de los sectores de la población más vulnerables. Pero es asimismo necesario recordar que series temporales largas para varias décadas evidencian una mejora significativa de variables, no sólo representativas de mayores niveles de crecimiento económico o desarrollo material (consumo de bienes duraderos, infraestructuras, etc.), sino también de otras relacionadas con la satisfacción de necesidades básicas de la población de muchos países del subcontinente.

Así, tras haberse recorrido dos tercios del calendario establecido para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs), se hace necesario un análisis en profundidad sobre los logros y limitaciones identificados hasta el momento, así como sobre la pertinencia de dicha agenda. Si bien es en AS donde el logro de estos objetivos se muestra más decepcionante hasta el momento, la casuística varía mucho de unos países a otros. Y otro tanto podría afirmarse respecto al mayor o menor grado de éxito en cuanto a diferentes metas e indicadores, pudiendo identificarse generalmente, por ejemplo, avances más destacados en el ámbito de la educación que en el de la salud².

Puesto que son algunos aspectos vinculado a la salud los que parecen estar teniendo una evolución más decepcionante, el objetivo de este artículo es analizar la situación y evolución de diversas variables representativas del estado de salud en AS, con la intención de identificar las principales dificultades a las que se enfrentan los diferentes países a este respecto y aportar reflexiones y propuestas sobre las políticas e instrumentos más adecuados para hacer frente a dicha problemática.

En contra de la lógica tan extendida de interpretar la realidad del desarrollo humano en AS a partir de patrones uniformes de análisis, si bien contradictorios, como el “afrooptimista” o el “afropesimista”, el presente trabajo pretende además poner de manifiesto la falta de idoneidad de una imagen homogénea del subcontinente, que demuestra poco interés por sus

² Los progresos más destacados en el sector educativo para la mayoría de los países del continente, con posibilidades de cumplir los objetivos correspondientes para el año 2015, se dan en indicadores como la tasa de matriculación o la paridad de género en enseñanza primaria. En otros como el ratio de finalización de estudios primarios, o la paridad de género en educación secundaria y terciaria, es improbable que las metas establecidas puedan cumplirse para dicha fecha. Si bien diversos indicadores de salud, de los que hablaremos más en profundidad posteriormente, tienen por lo general un comportamiento poco satisfactorio, otros indirectamente relacionados con ésta, como el acceso a agua potable y a saneamiento, por ejemplo, mejoran para la mayoría de países, y sustancialmente para algunos de ellos (UNECA, 2010).

diversos contextos socioeconómicos, entre países y en el interior de ellos (Oya, 2007; Sender, 1999). No en vano, AS es considerada una de las regiones con mayores niveles de inequidad en el mundo, tanto en términos de renta como de otras dimensiones de bienestar, especialmente entre hombres y mujeres, y entre diferentes áreas geográficas (Okojie y Shimeles, 2006).

Para desarrollar estas ideas, el artículo se divide en varias partes. En el apartado 2 se analiza la importancia de la salud para el logro del desarrollo humano y de los ODMs y sus interrelaciones con otras variables. Seguidamente, en el apartado 3 se realiza un repaso de la situación y evolución de diversos indicadores de salud, enfatizando la idea de las desigualdades entre países y en el interior de ellos. Finalmente, a partir de dicha evidencia y del análisis de algunas de las tendencias más recientes en materia de políticas públicas nacionales e internacionales, en el apartado 4 se ofrecen algunas recomendaciones y alternativas con el fin de contribuir a mejorar las condiciones de salud en el variado contexto de AS de forma más eficaz y sostenible a largo plazo.

2. LA SALUD EN LA AGENDA DEL DESARROLLO HUMANO Y DE LOS ODMs.

El análisis teórico sobre el concepto de desarrollo, ha evolucionado significativamente desde comienzos de la segunda mitad del siglo anterior hasta nuestros días. Pero no sería hasta las aportaciones teóricas de principios de los años 70, y posteriormente a finales de los 80, tras el auge del neoliberalismo económico, cuando algunos análisis alternativos comenzaron a hacer hincapié en la lógica de la satisfacción de necesidades básicas, las capacidades, la libertad de elección entre una amplia gama de opciones, y lo que en la década de los 90 ha venido a popularizarse como desarrollo humano³ de la mano del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (Griffin, 2001; Unceta, 2001).

Pese a la complejidad de dichos análisis, la simplificación de tan amplios conceptos y teorizaciones ha quedado reducida mayormente desde comienzos de los 90 a la referencia del principal indicador estadístico utilizado por el PNUD, es decir el Índice de Desarrollo Humano (IDH). Pero incluso en esta versión reduccionista, queda claramente de manifiesto la relevancia dada a la salud para el logro del objetivo final del desarrollo humano⁴, tomándose para su cálculo la esperanza de vida como variable representativa.

Asimismo, la concreción del marco de referencia más reciente a este respecto, es decir los ODM, no deja tampoco mucho lugar a dudas sobre la importancia de la salud en el camino hacia el desarrollo. Concretamente, de

³ Es necesario a este respecto mencionar las aportaciones teóricas a este enfoque por parte de autores como Paul Streeten o Amartya Sen, entre otros.

⁴ Con todo, esta aproximación minimalista al concepto de desarrollo humano es susceptible de amplia mejora, tanto por la vía de incorporar otras variables más allá de las relativas a niveles de renta, educación o salud, como de la utilización de otros indicadores más sofisticados para el caso de las dos últimas (Eizaguirre y Alberdi, 2001; Sutcliffe, 1993).

los ocho grandes ODM, tres hacen referencia explícita a la salud (reducción de la mortalidad infantil, mejora de la salud maternal, lucha contra la epidemia de VIH/SIDA y otras enfermedades); y los demás lo hacen de forma indirecta, dadas las sinergias existentes entre la salud y la universalización de la educación primaria, la promoción de la igualdad de género en todos los niveles educativos, la capacidad de acceder a mayores niveles de renta, de consumo de calorías en la dieta, de agua potable, o de mejores y mayores recursos vía Ayuda Oficial al Desarrollo y programas de alivio o cancelación de la deuda externa, etc.

Aunque el marco de los ODMs supone una simplificación en términos de desarrollo humano en un sentido amplio, y consta sin duda de limitaciones para el diagnóstico y diseño de las políticas necesarias para el logro de tal fin, también nos proporciona referencias sobre la evolución de determinadas variables relevantes y un marco temporal limitado que permite análisis comparativos y la evaluación de sus progresos, retrocesos y retos (Alonso, 2005). No obstante, se ha criticado que la construcción de este nuevo marco haya sido realizada a partir de criterios arbitrarios y diferentes para las diversas metas (tanto en función de mejoras en valores absolutos, como mayormente en términos relativos⁵), contribuyendo a hacer que algunos de estos objetivos sean menos factibles en el corto plazo en AS que en otras zonas del mundo (ODI, 2010; Easterly, 2009; Vandemoortele, 2009).

Otra de las críticas más sustanciales, subraya la relevancia de los derechos económicos y sociales fundamentales, y la insuficiencia del marco de los ODMs para favorecer el desarrollo humano desde una perspectiva amplia. Asimismo, se ha criticado la falta de atención de éstos sobre las desigualdades existentes entre regiones, países y en el interior de éstos, así como la ausencia de criterios de equidad en el diseño de políticas que permitan mejorar la situación de los colectivos más desfavorecidos⁶ (Vandemoortele, 2009; Gwatkin, 2005).

2.1. INTERRELACIONES ENTRE SALUD Y DESARROLLO HUMANO.

En principio, además de derecho o fin es sí mismo, la salud puede contribuir positivamente a la mejora de otros aspectos del bienestar de las personas o a la obtención de otros derechos socioeconómicos de muy diversas formas, generando dinámicas retro-alimentadoras y sinergias positivas en múltiples direcciones.

⁵ En un reciente estudio comparativo del Overseas Development Institute (ODI, 2010) sobre el logro de las diversas variables incluidas en los ODMs, tanto en términos absolutos como relativos, se muestra los diferentes resultados de ambas metodologías. Mientras que entre los 20 países que consiguieron unos logros mayores en términos absolutos figuran 11 de AS, en términos relativos este ranking sólo produce 3 países del subcontinente entre los 20 primeros.

⁶ Téngase en cuenta que para algunas de las metas establecidas se pueden producir avances en un contexto de incremento de las desigualdades y de logros para algunos sectores de la población relativamente más privilegiados, en ausencia de mejoras para aquellos más desfavorecidos.

De hecho, la salud está relacionada con multitud de otros aspectos estrechamente vinculados al desarrollo humano, como la educación y la renta, entre otros, y las desigualdades socioeconómicas en general, tal y como las versiones más actuales del enfoque sobre los determinantes sociales de la salud vuelven a defender⁷ (Marmot, 2005; Marmot & Wilkinson, 2003).

Así, es abundante la literatura que muestra la relación positiva existente entre la educación y el aprendizaje de determinados hábitos básicos en materia de limpieza, higiene o alimentación, la ausencia de los cuales es con frecuencia causa de diferentes enfermedades. Esto no es sólo patente en el caso de niños y niñas, sino especialmente en el de sus progenitores, y muy en particular, cuando son las madres o mujeres a su cuidado las que gozan de un determinado nivel educativo. En este sentido, existe un consenso sobre la importante función social de la educación básica de las mujeres, que va más allá de los efectos sobre las ganancias económicas futuras esperadas por la teoría del capital humano. Esta función se verifica por los efectos positivos que la alfabetización y la educación básica de las mujeres tienen sobre las condiciones nutricionales, higiénicas y sanitarias de la población infantil a su cargo (UNICEF 2007, Oya y Begué 2006, Mukudi 2003, Schultz, 2002).

Como reflejo de esta situación, la tasa de mortalidad de los menores de 5 años es mucho menor para los niños de madres con niveles educativos más altos en todos los países de AS para los que se dispone de datos (WHO-Africa, 2006). Asimismo, hay también evidencia de la mejora del nivel educativo de la población femenina como factor fundamental para conseguir que la prevención del VIH-SIDA, especialmente entre la población más joven, sea más eficaz (ONUSIDA, 2008; Ainsworth y Filter, 2006; UNICEF, 2004; World Bank, 2002; Smith y Cohen, 2000).

De la misma forma que la salud y la educación tienen efectos positivos sobre la generación de renta y la reducción de la pobreza, tanto en términos individuales como de los hogares familiares, se produce también una relación en sentido contrario de la renta sobre la salud, o sobre la educación, generando dinámicas que se retroalimentan. Esto es, la disponibilidad de mayores recursos monetarios en el ámbito familiar, frecuentemente como consecuencia del acceso a un determinado nivel educativo por parte de los progenitores, es un condicionante fundamental del acceso a los servicios sanitarios y educativos de la población infantil a su cuidado. Todo ello ha adquirido además especial relevancia en el contexto de restricciones presupuestarias, reducción de la protección social de la mano de políticas de ajuste estructural y la consiguiente introducción de tasas de uso en los

⁷ El peso ganado por este enfoque recientemente ha llevado a la creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud en el seno de la OMS. Esta comisión, creada en el 2005, trabajó en profundidad sobre este tema durante tres años bajo la dirección de Michael Marmot, hasta la publicación del informe *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud* (OMS, 2009), centrado en el problema de las inequidades en materia de salud.

servicios básicos (Ridde, y Haddad, 2009; Oya y Begué, 2006; WHO-Africa, 2006; Gilson y McIntyre, 2005; Appleton, 2000).

Respecto a las repercusiones del estado de salud de la población sobre su nivel de educación, las interconexiones se establecen por diferentes vías. Someramente podría mantenerse que cuando las enfermedades afectan a la población infantil ello puede derivar en absentismo escolar o en la reducción de su rendimiento tanto dentro como fuera del aula. Pero si las personas afectadas por las enfermedades son las cabezas de familia, los efectos negativos se amplían a diferentes sectores y actividades de su vida cotidiana, como la producción, la obtención de ingresos, el cuidado, la nutrición, la higiene o la escolarización de niños, y especialmente niñas⁸, a su cargo. Igualmente, la ausencia de unas condiciones sanitarias mínimas que se traduzca en un alto grado de vulnerabilidad con el eventual resultado de muerte de jóvenes y/o adultos ya educados, supone la pérdida de una inversión en términos de recursos humanos con diferentes consecuencias perjudiciales sobre el bienestar, tanto a nivel micro como macroeconómico, con frecuencia ignorados para el caso de las mujeres⁹.

Si bien estas interrelaciones son aplicables a cualquier enfermedad o circunstancia que se traduzca en deterioro de la salud de las personas, el caso del VIH/SIDA se muestra especialmente significativo a este respecto, dado su fuerte impacto y drásticas consecuencias sobre muy diferentes aspectos socioeconómicos de la vida de millones de personas y sus familias. En este sentido, es fundamental partir del reconocimiento del VIH/SIDA como mucho más que un mero problema de salud, que exige análisis y propuestas de solución desde una perspectiva multidisciplinar y multisectorial en términos de desarrollo a largo plazo.

En definitiva, tal y como la literatura sobre determinantes sociales de la salud mantiene, el estado de salud de las personas depende de una compleja

⁸ En muchas sociedades africanas, y especialmente en entornos rurales, donde sigue viviendo la mayoría de la población, las familias habitualmente interpretan que el valor del trabajo de sus hijas en el hogar es superior a los beneficios que puedan recibir de invertir en la educación de ellas. Asimismo, reflejo de esta inequidad de género, en unas circunstancias de abandono de la escuela vinculadas a la enfermedad de alguna de las cabezas de familia, se halla igualmente extendida la creencia que es a las niñas, y no a los niños, a quienes debe corresponder las labores de cuidado de enfermos (Oya y Begué, 2006; Bennell, 2005; Schultz, 2002; Appleton, 2000).

⁹ Aunque la relación entre mejoras en los niveles de salud y el crecimiento económico no es evidente a partir de la experiencia empírica en el África, la fuerte crisis socioeconómica provocada en varios países del continente por las epidemias de VIH/SIDA ha llevado a la publicación de diversas estimaciones relativas al impacto negativo sobre el PIB de sus economías. Éstas basan sus análisis en la reducción de ingresos, así como de la capacidad de ahorro e inversión, el desincentivo a la inversión extranjera por la reducción de la productividad de las empresas y por la pérdida de personal cualificado, la reducción de ingresos públicos vía impuestos a personas físicas y jurídicas, el incremento del gasto público en salud y seguridad social, etc. (ONUSIDA 2008; ILO 2006, 2000; Whiteside, 2004). Con todo, destaca sobremanera la frecuente invisibilidad en muchos de estos estudios de la situación de las mujeres, tanto en términos de impacto negativo sobre sus actividades productivas, como de multiplicación de sus trabajos de cuidados o de sus consecuencias indirectas en cuanto a la retirada de niñas y chicas jóvenes del sistema educativo (Johnston, 2008).

combinación de variables, tanto de carácter médico-sanitario, como relacionadas con su contexto económico y social; éste es sin duda ciertamente diverso y caracterizado por enormes desigualdades en AS. Este planteamiento debería llevar a la búsqueda de soluciones y políticas que tengan en consideración dicho contexto socioeconómico, más allá de aproximaciones estrictamente médico-sanitarias (OMS, 2009; Marmot, 2005). No obstante, huyendo de esta complejidad como punto de partida, en años previos, el *mainstream* de la economía política de la salud a nivel internacional y la arquitectura global de sus políticas ha hecho especial énfasis en la lucha contra una serie de enfermedades concretas en AS, bajo la argumentación de que éstas son las más letales en el subcontinente¹⁰.

Todo ello ha revitalizado la controversia sobre las intervenciones verticales para combatir algunas enfermedades, por un lado, y la horizontalización de políticas y el reforzamiento de los sistemas nacionales de salud desde una perspectiva a largo plazo, por otro. Si bien las políticas horizontales están vinculadas a la extensión y mejora de la oferta pública de servicios sanitarios, fundamentalmente atención primaria en salud (APS), enfatizando la importancia de los determinantes sociales de las enfermedades, las verticales se caracterizan por la priorización y selectividad de intervenciones específicas sobre enfermedades concretas, con frecuencia, no apropiadamente integradas en los sistemas de salud. El auge de estas últimas en décadas anteriores habría que analizarlo en el contexto de expansión de determinadas enfermedades contagiosas, recursos limitados, imposición de la lógica del análisis coste-beneficio y de la privatización, fuerte influencia del Banco Mundial en los enfoques de las políticas sanitarias, así como del beneplácito de los principales donantes que veían en ellas resultados más rápidos y palpables, y menos problemas de gestión y financiación (Cueto, 2004; Magnussen et ál., 2004; Msuya, 2004). No obstante, la literatura crítica señala que los programas verticales en las economías en desarrollo generan estructuras paralelas y desvían tanto recursos humanos como financieros de unos sistemas de salud pública con fuertes limitaciones de ambos, contribuyendo a su fragmentación, mayor debilitamiento y así como al deterioro de un acceso más equitativo a los servicios básicos de salud (Garay, 2008; Unger et ál., 2006, 2003; Schreuder y Kostermans, 2001; Newel, 1988; Unger y Killingsworth, 1986).

Y es en el contexto de estos debates, donde se hace fundamental subrayar una vez más la importancia de algo que gran parte de la literatura sobre ODMs parece ignorar: las fuertes desigualdades internas en los países de AS, y la consiguiente necesidad de introducir criterios de equidad a favor de los

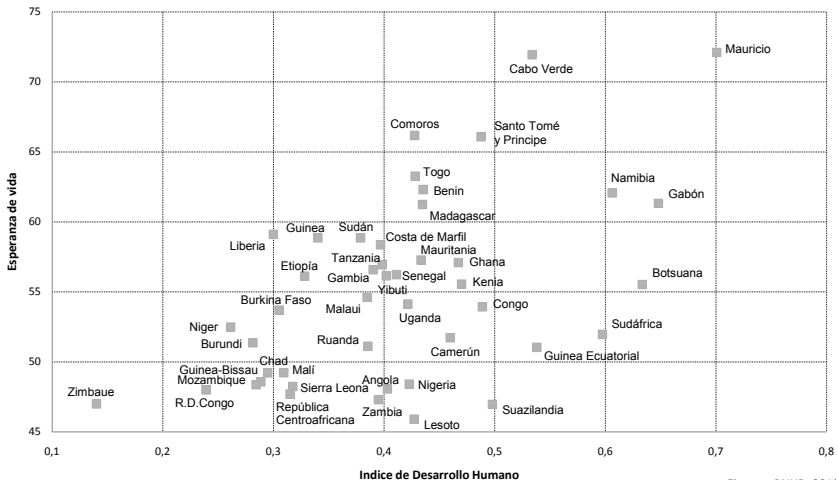
¹⁰ El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1996, y la creación en el año 2001 del Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis, (entre otras *Iniciativas Globales de Salud*) son representativos de esta tendencia. No obstante, más recientemente, el citado informe sobre determinantes sociales de la salud (OMS, 2009) o el *Informe sobre la Salud en el Mundo* del 2008, parece marcar un cambio de tendencia al respecto, subrayando la importancia de la atención primaria en salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud pública.

grupos más vulnerables en el diseño e implementación de políticas de salud (Mwabu, 2008; Gwatkin, 2005; Whitehead et ál., 2001).

3. SITUACIÓN Y EVOLUCIÓN DE ALGUNOS INDICADORES BÁSICOS DE SALUD.

Partiendo pues de que el estado de salud de la población en AS tiene un amplio carácter multicausal, los intentos de aproximarnos a esta realidad a partir de variables como la esperanza de vida, incluida en el cálculo del IDH, o de otros indicadores en el marco de los ODMs¹¹, plantean sin duda evidentes simplificaciones de la misma. No obstante, en base al comportamiento de esas variables, y de otras que las complementan, así como del contexto socioeconómico en torno a ellas, pretendemos realizar a continuación un diagnóstico aproximado de la compleja y diversa situación de la salud en el subcontinente.

GRÁFICO 1: IDH-ESPERANZA DE VIDA (2010).



Fuente: PNUD, 2010.

Comenzamos, con una primera aproximación a la situación del desarrollo humano a partir del IDH. Tal y como se muestra en el Gráfico1, el nivel de heterogeneidad en términos de desarrollo humano en el continente es enorme. Así, el valor del índice, ahora a partir de su nuevo cálculo, pasa a más del doble entre ambos extremos, con una amplia brecha existente entre países como

¹¹ Dado que en este mismo número de la revista se cuenta con dos artículos específicos sobre la situación de la alimentación y de la mortalidad infantil en el continente, estos aspectos vinculados a la salud no serán tratados apenas en este trabajo.



Zimbabue, Níger, R.D. del Congo, Mozambique, Guinea-Bissau, Chad, Burundi, con valores por debajo de 0,300, por un lado, y Mauricio, Gabón, Botsuana y Namibia con valores por encima de 0,600, por el otro¹².

Se interpreta con frecuencia por tanto, que las únicas excepciones a la relativamente homogénea imagen del desarrollo en AS, quedan reducidas a algunos pequeños estados insulares y otros pocos más, acumulando una proporción muy pequeña de la población del subcontinente. Sin embargo, más allá de las altas posiciones protagonizadas por algunas economías exportadoras de petróleo, como Gabón y Guinea Ecuatorial¹³ fundamentalmente como consecuencia de su alto nivel de PIB per cápita, otros países como Botsuana, Namibia o Sudáfrica exhiben también altos puestos en el ranking de la región en cuanto a niveles de educación y renta.

Respecto a la evolución del IDH, la gran mayoría de los países del continente para los que hay datos disponibles experimentan una evolución positiva en el periodo 1970-2010. Incluso entre los 25 países que han conseguido avances más destacados en el IDH a nivel mundial en ese periodo, se encuentran cuatro de AS: Etiopía, Botsuana, Benín y Burkina Faso. La excepción la constituyen los altibajos o estancamiento del índice por parte de algunos países afectados por situaciones de conflicto y inestabilidad política o por la pandemia de VIH/SIDA, donde destaca el caso de los únicos en el mundo que hoy cuentan con valores del IDH inferiores a los de 1970, es decir, R.D. del Congo, Zambia y Zimbabue (PNUD, 2010).

Finalmente, tal y como posteriormente veremos en el caso de otras variables, el valor del IDH de muchos países de AS, oculta amplias desigualdades en el interior de los mismos en términos de zonas rurales y urbanas, diferentes provincias, sexo o grupos sociales, entre otros¹⁴.

¹² Pese a que en el último informe del PNUD no se ofrecen datos para Seychelles, este país ha obtenido en años anteriores valores del IDH superiores a los de Mauricio.

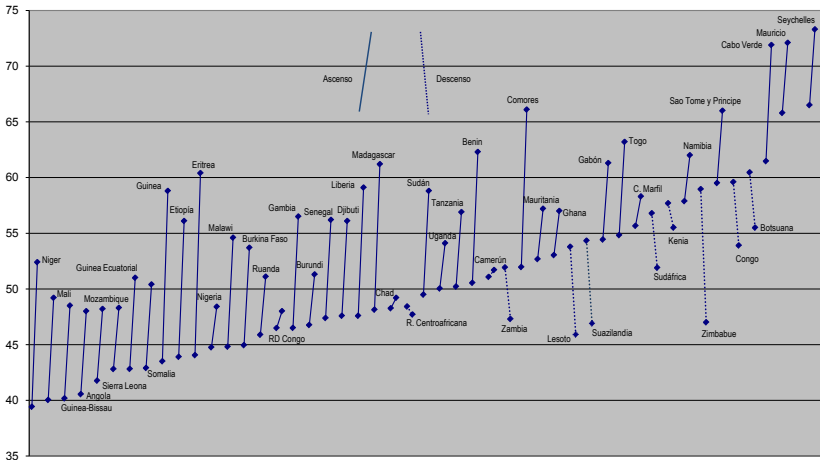
¹³ Guinea Ecuatorial ha sufrido un fuerte incremento de su PIB per cápita en los últimos años pasando de 1.995 (dólares constantes de 2008 en PPA) en 1990 a 6.519 en 2000 y en 13.619 2005, 22.212 en 2010, la más alta del continente, y próxima a países como Nueva Zelanda, Portugal o República Checa, si bien con un nivel de satisfacción de necesidades primarias muy inferior a éstos para la mayoría de la población (PNUD, 2010).

¹⁴ Ejemplos de diversidad regional de países de AS para los que se cuentan con datos desagregados recientes, entre otros, serían los siguientes: el IDH varía en Zimbabwe entre un 0,504 en las zonas urbanas hasta 0,388 en las rurales, y entre 0,513 en Bulawayo y 0,400 en Mashonaland Central (NHDR-Zimbabwe, 2003); en Nigeria las diferencias por regiones van desde 0,573 en el sur de la zona sur, hasta 0,332 en el norte de la zona este (NHDR-Nigeria, 2008-09). En Sudáfrica las diferencias regionales van desde 0,770 en Western Cape hasta 0,594 en Limpopo (NHDR-South Africa, 2003). En Kenia, el abanico va desde 0,773 para Nairobi, hasta 0,285 en la provincia Nororiental (NHDR-Kenya, 2006).

3.1. ESPERANZA DE VIDA.

En cuanto a la esperanza de vida, la diferencia entre ambos extremos es también muy destacada, con países como, Seychelles, Mauricio y Cabo Verde y por encima de los 70 años, mientras que Suazilandia, Lesoto, Zambia y Zimbabue, entre otros, se encuentran ligeramente por encima de los 45 años. Debe tenerse en consideración que estos niveles tan bajos de esperanza de vida hacen que AS cuente con el valor medio de esta variable más bajo del mundo con 52,7 años¹⁵ (frente a 65,1 de Asia Meridional o 74 de Latinoamérica y Caribe). Ello, junto con el estancamiento de esta variable en los últimos años, convierte esta realidad en un caso realmente excepcional en la comparativa con el resto del mundo, incluso con los de ingresos más bajos o los menos adelantados¹⁶.

GRÁFICO 2. ESPERANZA DE VIDA 1980-2010.



Fuente: PNUD, 2010.

La desagregación por sexos de esta variable nos muestra que la pauta general en los países desarrollados, donde las mujeres gozan de una esperanza de vida por término medio 5 o 6 años superior a la de los hombres, tan sólo se da en AS para unos pocos países, no casualmente algunos de los que cuentan

¹⁵ Con todo, téngase en cuenta que en los países con menor esperanza de vida, concentrados en África Austral, esta variable está fuertemente condicionada por el impacto negativo de las proyecciones de mortalidad como consecuencia del VIH/SIDA. Y es necesario mantener cierta cautela sobre la fiabilidad de los datos sobre mortalidad por SIDA, dado que se basa en información estadística limitada y que la situación está cambiando rápidamente debido al efecto de los nuevos tratamientos y a su extensión a un creciente porcentaje de la población.

¹⁶ En el periodo 1990-2007 la esperanza de vida en África pasó de 51 a 52 años (WHO, 2009).

con unos niveles más altos de esta variable, como Mauricio y Cabo Verde. Tras un amplio número de países para los que la diferencia a favor de las mujeres se halla en torno a 3 años, llama la atención la abundancia de países en diferentes puestos de la clasificación para los que la ventaja de éstas sobre los hombres es mínima (Nigeria, Uganda, Lesoto, Camerún, Kenia, Zimbabue, Zambia, Namibia, Ghana, Malawi, Tanzania, Mozambique, Niger y Chad) e incluso una minoría para los que, situación muy inusual a nivel mundial, los hombres gozan de una esperanza de vida igual a las mujeres (Botswana) o ligeramente mayor (Suazilandia). Dada la pauta general a nivel mundial y la de los países donde el grado de discriminación de las mujeres es menor, sólo cabe interpretar esta situación en términos de amplios niveles de marginación y discriminación de la población femenina de estos países en diversos ámbitos de sus vidas vinculados a la salud (PNUD, 2009).

En cuanto a la evolución de la esperanza de vida, tal y como se observa en el Gráfico 2, nos encontramos de nuevo con tendencias muy diversas. Por un lado, tenemos la tendencia positiva experimentada por una mayoría de países con muy diferentes niveles de desarrollo humano. Entre éstos destaca el crecimiento superior a 10 años en ese periodo para países como Eritrea, Guinea, Etiopía, Niger, Madagascar, Benín, Comoras y Cabo Verde. Si bien situaciones de conflicto, inestabilidad política o “malgobierno” han llevado a evoluciones poco satisfactorias de esta variable para países como R.D. del Congo, Chad, República Centroafricana, Camerún, Costa de Marfil o Congo, entre otros, el factor que ha provocado los descensos más significativos de la esperanza de vida en el continente ha sido el fuerte impacto de las epidemias de VIH/SIDA en países como Zimbabue, Suazilandia, Lesoto, Zambia, Botsuana, Sudáfrica o Kenia¹⁷.

En los casos de Zimbabue, Botsuana y Suazilandia la esperanza de vida llegó a alcanzar reducciones próximas o superiores a los 15 años desde el comienzo de los años 90 hasta mediados de la década actual, circunstancia realmente extraordinaria¹⁸ (WHO-Africa, 2006). No obstante, en los últimos años diversos países afectados por la pandemia, como Uganda y Namibia y, en menor medida, otros como, Kenia, Botsuana, Zambia, Sudáfrica, e incluso Suazilandia, Lesoto y Zimbabue, han conseguido empezar a revertir paulatinamente la tendencia decreciente de su esperanza de vida en años anteriores (PNUD, 2010; WHO, 2009).

Otras dos variables relacionadas con la esperanza de vida, y que se toman como referencia en el marco de los ODMs, son las tasas de mortalidad infantil y de mortalidad materna. A este respecto, más allá de las habituales diferencias entre países del subcontinente, en general la evolución de la

¹⁷ Junto con tres ex repúblicas de la antigua Unión Soviética, los únicos casos para los que la longevidad ha caído por debajo de los niveles de 1970 son los de cinco países de AS: Lesoto, Sudáfrica, Suazilandia, Zambia y Zimbabue (PNUD, 2010).

¹⁸ Sólo situaciones igualmente extraordinarias, como la del genocidio de Ruanda, han llevado a reducciones tan radicales de la esperanza de vida para periodos de tiempo aún más cortos.

mortalidad infantil¹⁹ es considerada pobre e insuficiente. Así, mientras que países como Cabo Verde, Eritrea, Mauricio y Seychelles, exhiben las reducciones más destacadas de esta variable, compatible con el logro del objetivo establecido para 2015, en diversos países de África Meridional (Botsuana, Suazilandia, Zimbabue y Lesoto, entre otros), la mortalidad infantil aumenta como consecuencia del VIH/SIDA. En cuanto a la mortalidad materna, el objetivo de reducción en un 75% entre 1990 y 2015 (lo que precisaría de una reducción anual del 5,5%) se encuentra lejos de ser factible. La principal explicación de los niveles de esta variable más altos del mundo para el continente se halla en la falta de acceso de las mujeres embarazadas a cuidados médicos adecuados, particularmente en las áreas rurales. De este modo, la necesidad de mejorar el acceso a servicios de salud básicos y hacer su uso más equitativo, se muestran imprescindibles para revertir estas tendencias en mortalidad infantil y materna (UNECA, 2010; UN, 2008).

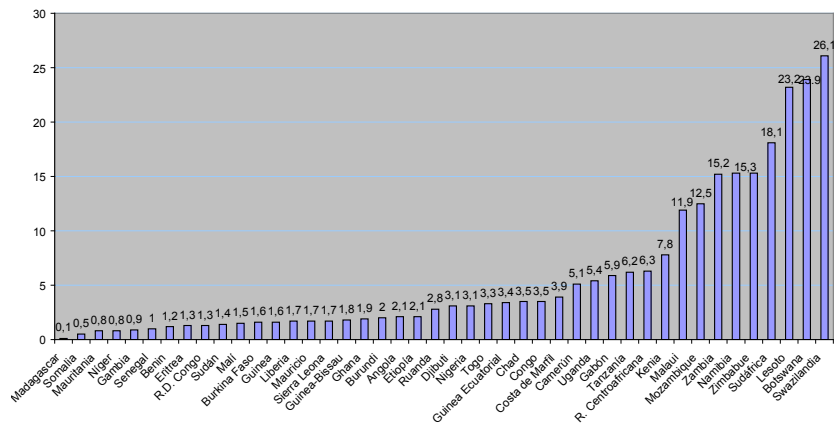
3.2. VIH/SIDA.

Como consecuencia del fuerte impacto del VIH/SIDA sobre la esperanza de vida de algunos países africanos, éste se ha convertido en uno de los temas que más literatura está generando en los últimos años, tanto en el ámbito estrictamente médico-sanitario como en el de los estudios sobre desarrollo. Y dado que es en AS donde se acumulan las tasas de prevalencia más altas y el mayor número de infectados, muertos y huérfanos desde el comienzo de la epidemia, la gran mayoría de estudios e iniciativas para hacer frente a la enfermedad se concentran en esta región.

En el conjunto de AS se estima que actualmente hay 22,4 millones de personas que viven con el virus del VIH (con cerca del 15% de la población mundial, acumula unos dos tercios del total mundial y más de tres cuartos del total de mujeres seropositivas). A su vez, cerca de 1,4 millones de personas murieron en el subcontinente en 2008, lo que supuso el 72% de las defunciones relacionadas con la enfermedad a nivel mundial, y se produjeron aproximadamente 1,9 millones de nuevas infecciones en ese año en la región, representando el 68% del total mundial. En cuanto a la evolución de la enfermedad, se estima que en el periodo 2001-08 el número de personas que vivían con el VIH aumentó de 19,7 a 22,4 millones, si bien la tasa de prevalencia de adultos se redujo de 5,8% a 5,1%, y el número de nuevas infecciones disminuyó desde 2,3 a 1,9 millones (ONUSIDA, 2009).

¹⁹ Entre los principales factores explicativos de las altas tasas de mortalidad infantil en la región se encuentran el conflicto político y la alta prevalencia de malaria en diversos países de África Central y Occidental.

GRÁFICO 3. TASA DE PREVALENCIA DE VIH/SIDA (POBLACIÓN ENTRE 15 Y 49 AÑOS).



Fuente: ONUSIDA, 2008.

No obstante, más allá de estos datos conjuntos, el Gráfico 3 nos revela las enormes diferencias existentes en cuanto al grado de infección del virus en el subcontinente. Es decir, más allá de los alarmantes datos de la tasa de prevalencia correspondientes a países como Swazilandia, Botsuana y Lesoto, por encima del 20%, seguidos de los de Sudáfrica, Zimbabue, Namibia y Zambia por encima del 15%, todos ellos localizados en la zona meridional del continente, la realidad de muchos otros países africanos a este respecto es muy diferente. Más de $\frac{3}{4}$ de los países de AS con datos disponibles tienen una tasa de prevalencia inferior al 7%, y para más de 20 la tasa se encuentra por debajo del 3%. Dentro de este último grupo destacan países de África Occidental y Oriental (ONUSIDA, 2009, 2008).

Enfatizando esta idea de la fuerte heterogeneidad no pretendemos, ni mucho menos, dar a entender que la situación carezca de la gravedad que diferentes organismos internacionales y agencias de cooperación le han dado en los últimos años, sino solamente evidenciar el desigual grado de incidencia de la enfermedad en diversas zonas del continente y, por tanto, la forma tan diferente en la que ello debe condicionar las prioridades de cada país en materia de políticas de salud y desarrollo.

En las tres últimas décadas el ritmo de expansión de la enfermedad ha sido creciente en el subcontinente, si bien más recientemente se observa una aparente tendencia a la estabilización. No obstante, con frecuencia es difícil establecer si la mera reducción de la tasa de prevalencia debe ser interpretada en términos de éxito de las políticas implementadas o de fracaso de las mismas. De hecho, tanto el rápido fallecimiento de las personas infectadas ante la falta de acceso masivo a tratamientos antirretrovirales (TARV) y deficientes servicios sanitarios, como exitosas campañas de prevención, provocarían una

disminución del ratio de infección del VIH. Mientras que la expansión de los tratamientos haría mantener a la población infectada con vida durante más tiempo, y consiguientemente provocaría un aumento de la tasa de prevalencia si el número de nuevas infecciones no disminuyera como para compensarlo²⁰.

La situación de las mujeres en relación a la pandemia de VIH/SIDA merece una especial mención. Siendo el principal modo de transmisión en el subcontinente las relaciones heterosexuales, llama la atención el hecho de que la proporción de infecciones entre las mujeres sea superior (en torno al 60% del total de adultos) a la de los hombres, muy especialmente entre la población más joven. Atendiendo a casos concretos, en los 9 países de África Austral con mayores tasas de prevalencia se observa que del total de la población entre 15 y 24 años, las mujeres tienen una probabilidad de estar infectadas al menos tres veces superior a la de los hombres, acumulando más de las tres cuartas partes del total de jóvenes viviendo con el VIH (ONUSIDA, 2009, 2008).

Todo ello nos lleva a enfatizar la importancia de políticas específicas sobre las mujeres, en general, y sobre aquellas con menores recursos y en zonas rurales, en particular, en un amplio abanico de áreas que van desde la prevención, la mitigación y el tratamiento, hasta muy diversos ámbitos socioeconómicos en los que la situación de discriminación previa que padecen hace aumentar su vulnerabilidad ante el VIH/SIDA (Sutcliffe, 2008; Johnston, 2008; ONUSIDA, 2008).

Pese a que el acceso a TARV en AS dista mucho de ser completo y varía mucho de unos países a otros, el rápido proceso de *scaling up* realizado en diversos países de la región en los últimos años, incrementando significativamente en el corto plazo el número de personas en tratamiento, ha sido valorado muy positivamente por diferentes agencias y organismos internacionales²¹. Otro tanto se podría decir en cuanto a la rápida expansión de los tratamientos

²⁰ Esto nos ayudaría a entender la polémica sobre el caso de Zimbabue, el país africano que ha experimentado un descenso más radical de la esperanza de vida en las últimas décadas, y envuelto hoy en día en una compleja crisis económica y política que limita sustancialmente sus recursos, a la vez que ve descender su tasa de prevalencia del 26% al 15,3% en el periodo 2001-07. Descensos de menor cuantía en la tasa de prevalencia (en torno a dos puntos porcentuales) se observan también en países como Malaui, Botsuana, Kenia y Uganda, donde se considera que las políticas de prevención antirretroviral reduce las defunciones. El caso contrario, con un leve crecimiento de la prevalencia en el periodo 2001-07 está representado por países como Sudáfrica, Namibia y Mozambique, donde generalmente se interpreta que la mejora del acceso a tratamiento explicaría dicha tendencia en los dos primeros, aumentando su esperanza de vida, y que este factor, junto al tardío desarrollo de la pandemia, aún en crecimiento, lo haría en el último de ellos (ONUSIDA, 2008).

²¹ Desde que en el 2003 la OMS y ONUSIDA declararon la falta de TARV una emergencia de salud pública, en el marco de la iniciativa "3 by 5" se consiguió pasar en el continente de 100.000 a 810.000 el número de personas en tratamiento en un periodo de dos años (WHO, 2006). En diciembre de 2008 se estimaba que este dato había pasado a 3 millones de personas. En el periodo 2003-08, el porcentaje de personas con acceso a tratamiento en África subsahariana ha pasado del 2% al 44% de las que lo precisaban. En la comparativa entre regiones, en África Meridional y Oriental la cobertura de tratamiento era del 48% frente al 30% en África occidental y central (ONUSIDA, 2009).

altamente coste-efectivos para prevenir la transmisión materna-infantil²², así como de la oferta de servicios de asesoramiento y test voluntarios, o de laboratorios para realizar las pruebas necesarias. Sin embargo, no cabe duda de que mucho mayores esfuerzos son precisos y urgentes en los países más afectados para poder hacer frente a la enfermedad desde una perspectiva multisectorial de salud pública, tanto preventiva como curativa, y dotada de recursos humanos y materiales suficientes y sostenibles a medio y largo plazo (M.Mundi/Prosalus/MDM, 2009; ONUSIDA, 2008; WHO-Africa, 2006).

3.3. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.

A modo de aproximación a los recursos con los que se cuenta por parte del sector sanitario en estos países, atendemos en primer lugar a los datos correspondientes a la Tabla 1. En ellos son patentes las importantes limitaciones en cuanto a oferta de servicios sanitarios en diversos países del continente, tanto en términos de recursos humanos como materiales²³, así como respecto a las restricciones monetarias para la demanda de los mismos. Es igualmente manifiesta la enorme disparidad entre éstos y aquellos de la región que cuentan con mayores medios a este respecto (Seychelles, Sudáfrica, Botsuana, Mauricio, Gabón, Guinea Ecuatorial y Namibia).

Por el lado de la oferta, la escasez de personal cualificado en los sistemas de salud de muchos países de AS alcanza niveles record a nivel mundial, llegando a acuñar en la literatura sobre la materia la expresión “crisis de recursos humanos”. Los motivos por los que esta situación es tan grave en la región son muchos y variados, configurando una compleja matriz de factores condicionantes de dicha falta de recursos humanos. Entre otros, cabría nombrar: limitaciones en educación secundaria y terciaria; financiación interna y/o externa insuficiente; ineficiente gestión de los servicios sanitarios; tendencias migratorias internas desde entornos rurales hacia urbanos, entre sectores (del sector público al privado, incluidas ONGDs) o internacionales a países donde buscar mejores condiciones laborales y salariales, en muchos casos, fomentadas además por políticas de atracción de estos recursos escasos por parte de los gobiernos de países de alto ingreso. Así, en ausencia de intervenciones conjuntas sobre este

²² El número de mujeres embarazadas infectadas por el VIH que recibían tratamiento para prevenir la transmisión vertical a sus recién nacidos ha pasado del 9% en 2004 al 45% en 2008. De nuevo el acceso es desigual por regiones, con un 64% en África meridional y oriental, frente a un 27% en África Occidental y Central (ONUSIDA, 2009).

²³ En términos de gasto per cápita en salud los países con peor datos por orden son R.D. del Congo, Zimbabue, Eritrea, Etiopía, R. Centrafricana, Sierra Leona, Guinea-Bissau, Níger, Comores, Mozambique y Liberia, por debajo de 40 dólares. Y en materia de recursos humanos, los niveles más bajos vienen representados por Somalia, Sierra Leona, Tanzania, Níger, Burundi, Chad, Etiopía, Liberia, Malawi, Mozambique y Ruanda, con menos de 1 médico/a y menos de 5 enfermeros/as por cada 10.000 habitantes (obsérvese que los datos medios para África son de 2 y 11, mientras que los de Europa son de 33 y 68 respectivamente). En los casos mencionados, y otros muchos con datos próximos a ellos abundan países que se encuentran en el grupo de desarrollo humano bajo (WHO, 2010).

amplio abanico de factores, difícilmente podrá darse una salida adecuada a este grave problema de muchos países de AS (WHO-Africa, 2007a,b; Nyoni, 2006; OMS, 2006).

El análisis de la información estadística disponible sobre partos atendidos por personal sanitario cualificado es particularmente interesante para considerar las citadas limitaciones de recursos humanos y materiales. Además, para el caso de esta variable se cuenta con datos desagregados en función de quintiles de renta y de zonas rurales o urbanas, lo que permite observar enormes desigualdades en el acceso a servicios sanitarios. Dado que la evolución de la tasa de mortalidad materna se halla entre los indicadores con una evolución más decepcionante en cuanto a los ODMs, y que de las más de 500.000 mujeres embarazadas que murieron en 2007 en el mundo el 85% correspondía a AS, este tema cobra especial relevancia en el subcontinente (UNECA, 2010; M.Mundi/Prosalus/MDM, 2009).

A este respecto, de la comparación entre el 20% más pobre y el 20% más rico respecto a esta variable, tal y como se observa en los datos de la Tabla 1, merece la pena señalar casos como los de Eritrea, Nigeria, Guinea, Guinea-Bissau, Kenia, Mauritania, Mozambique, Sierra Leona, Togo, Zambia y Níger, donde la desigualdad entre los quintiles extremos es más alta. Este factor de desagregación, coincide con el geográfico para los países citados, dada la mayor concentración de los sectores de rentas más altas en zonas urbanas y la menor, más desperdigada y peor dotación de infraestructuras sanitarias, así como de recursos humanos y materiales en las zonas rurales (WHO, 2010). Estos casos ponen en evidencia la vital importancia por el lado de la demanda del nivel de renta de la población en el acceso a servicios sanitarios básicos no gratuitos.

En cuanto a la relación entre gasto sanitario público y privado, el abanico de opciones es una vez más realmente amplio. Por un lado, encontramos casos de países con alto nivel relativo de desarrollo humano como Seychelles, Botsuana, Cabo Verde, Gabón y Guinea Ecuatorial, con datos en torno $\frac{3}{4}$ partes del gasto sanitario correspondiente al sector público, similares a la media europea. Dicha proporción se produce también en casos de países con niveles de desarrollo humano sustancialmente más bajos como Angola, Mozambique, Malawi y Mauritania, lo que dificulta el establecimiento de un patrón claro que relacione ambas variables. En el otro extremo, con una proporción del gasto sanitario público en torno a $\frac{1}{4}$ partes del total, se hallan países de bajo desarrollo humano como Guinea, Guinea-Bissau, Liberia, Sierra Leona, R. Centroafricana, R.D. del Congo, Sudán o Costa de Marfil, Togo, Uganda, Nigeria y Camerún. Si cruzamos estos datos con los relativos a la proporción del gasto público en salud respecto al total de gasto público, dentro de nuevo de una variada casuística, es necesario llamar la atención sobre aquellos países con muy bajas proporciones de ambas²⁴. Estos son casos

²⁴ Nos referimos a casos como los de Guinea, Guinea-Bissau, R.D. del Congo, Costa de Marfil, Nigeria y Togo, entre otros (WHO, 2010).

característicos de sistemas donde se da un alto grado de discriminación en el acceso a servicios de salud, ya que éste dependerá mayormente del nivel de renta de los hogares que permita o no los desembolsos correspondientes para la compra de estos servicios²⁵.

Ello queda ciertamente muy lejos y en dirección opuesta a la búsqueda del objetivo de la universalización del acceso a los servicios sanitarios o a una concepción de la salud como derecho fundamental en función del espíritu de la histórica Declaración de Alma-Ata de 1978 y su apuesta por la Atención Primaria en Salud (APS) y por la universalización de servicios sanitarios básicos, recientemente recuperados de nuevo a nivel institucional (OMS, 2008).

No cabe duda que las que las reformas macroeconómicas vinculadas al ajuste estructural de las décadas anteriores, y la preponderancia de la perspectiva coste-beneficio del Banco Mundial por encima de la OMS en materia de políticas sanitarias, han dejado en la región una serie de políticas que la nueva agenda de la cooperación al desarrollo y las tendencias más recientes de algunos organismos internacionales parecen querer revertir. En ese sentido, medidas como los recortes presupuestarios y la financiación de los servicios de salud por la vía privada mediante tasas de uso o seguros privados, han sido fuertemente criticadas por una amplia literatura que evidencia sus graves consecuencias en términos de incremento de las desigualdades de acceso a la salud y desprotección social de los sectores más desfavorecidos (Ridde y Haddad, 2009; Oxfam, 2008; McPake et ál., 2008; James et ál., 2006; Whitehead et ál., 2001; Turshen, 1999, 1994).

En cuanto a los datos agregados para el conjunto del continente, recientemente se observan algunos cambios positivos, aunque limitados. Así, en el periodo 2000-07 el porcentaje de gasto público en salud respecto al privado pasó de 43,5 a 45,3 y respecto al total de gasto público de 8,7 a 9,6. Estas cifras quedan obviamente muy lejanas respecto a los datos medios en Europa para dichas variables, que en 2006 alcanzaron los valores 76 y 15,3 respectivamente, así como del compromiso adquirido por los jefes de estado africanos en la Declaración de Abuja (2001) a la hora de cumplir el objetivo del 15% del presupuesto público dedicado a gasto en salud, nivel que tan sólo unos pocos países de la región alcanzan. En términos medios, el porcentaje de recursos externos respecto al total de gasto en salud también aumenta en dicho periodo, pasando de 5,4 a 6,9, como reflejo del mayor esfuerzo realizado por la comunidad donante a la hora de atraer más recursos hacia el sector sanitario para la mayoría de los países de la región²⁶. No obstante, la comparación entre países nos lleva de nuevo a niveles y

²⁵ Téngase en cuenta que en AS la mayor parte del gasto privado es imputable a los desembolsos realizados por los hogares, y que para más de 20 países de la región ese porcentaje supera el 80%, con su consiguiente efecto negativo sobre el acceso equitativo a los servicios de salud (WHO, 2010).

²⁶ A nivel internacional en el periodo 1990-2007 se ha producido un fuerte incremento de flujos de AOD en salud, si bien aún por debajo de lo que se considera necesario para el cumplimiento de los ODMs (WHO/UNICEF, 2010; Ravishankar et al, 2009).

tendencias ciertamente diferentes por encima y debajo de dichos valores medios correspondientes al subcontinente²⁷ (WHO, 2010).

Dada la citada diversidad de situaciones y tendencias entre países, así como de las inequidades en el interior de ellos, es fundamental analizar los pros y contras de las políticas implementadas en las últimas décadas en materia de salud en AS, de cara a valorar o sugerir propuestas de acción por parte de actores nacionales e internacionales con el fin de acelerar los logros para el cumplimiento de los ODMs.

4. RELEVANCIA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONALES E INTERNACIONALES.

En el contexto de amplias desigualdades entre países y en el interior de ellos previamente descrito, la situación y evolución de la salud en AS es más compleja y plural de lo que acostumbra a interpretarse, si bien la concentración en este conjunto de países de muchos de los peores datos y de algunas tendencias preocupantes, exigen una mayor atención en términos de recursos y políticas para hacer frente a esta realidad. Esto es, sin duda, fundamental, tanto para el trabajo de los gobiernos africanos como de las agencias de cooperación internacional a la hora de diseñar e implementar unas políticas públicas que marquen una diferencia sustancial sobre los aspectos prioritarios del desarrollo humano, y de la salud en particular, en los países del subcontinente con unas peores condiciones al respecto, y en los grupos de población más desfavorecidos dentro de ellos. A este respecto, el incremento y redistribución de las dotaciones de recursos humanos y materiales que permitan caminar hacia la universalización de la cobertura sanitaria, continúa siendo una necesidad perentoria.

Por lo que respecta a la enorme escasez de personal sanitario en diversos países del continente, esto supone una importante limitación en materia de unos recursos imprescindibles para el adecuado funcionamiento de sus sistemas nacionales de salud. Paradójicamente, los altos niveles de puestos vacantes o de personal expatriado, coinciden con un gran número de profesionales africanos que emigran a los países de la OCDE. A todo esto habría que añadir además el sesgo de la concentración de personal sanitario en las zonas urbanas en servicios curativos en detrimento de labores preventivas en las zonas rurales en general, y las menos accesibles en particular.

²⁷ Para la mayoría de países de AS, el porcentaje de gasto público en salud respecto al privado aumenta en los últimos años, destacando los incrementos superiores a 15 puntos porcentuales para países como Burkina Faso, R.D. del Congo, Guinea Ecuatorial, Mali, Malawi, Senegal y Tanzania. Entre los casos representativos de la tendencia contraria destacan los descensos padecidos por países como R. Centroafricana, Eritrea, Guinea, Kenia, Mauritania, Namibia, Sierra Leona, Togo y Zimbabue. En la mayoría de los casos dicha tendencia coincide con la del aumento del gasto público en salud respecto al gasto público total. El porcentaje de recursos externos respecto al total de gasto en salud se incrementa en más de 20 puntos porcentuales para países como Liberia, R.D. del Congo, Burundi, Etiopía, Mozambique, Níger, Tanzania, Malawi y Eritrea.

Puesto que la capacidad de incrementar sustancialmente el número de personal sanitario especializado en la mayor parte de los países de AS es limitada a corto plazo, no parecería descabellado concentrar parte de las políticas sanitarias por el lado de la oferta en la formación rápida de personal auxiliar²⁸, que adecuadamente apoyado pueda desempeñar funciones básicas de atención sanitaria a nivel distrital o comunitario en centros de salud o en “clínicas móviles”. Asimismo, de manera complementaria, un incremento de recursos para ampliar la capacidad de formación del personal sanitario en la educación terciaria sería imprescindible. Todo ello precisaría a su vez de una adecuada política en materia salarial y de incentivos, para garantizarle unas condiciones laborales dignas e intentar retener al personal existente en el sector público. Esto es especialmente importante en el caso de las zonas rurales²⁹, donde las dotaciones de servicios sanitarios o recursos humanos y materiales son más deficientes, a fin de contribuir también a reducir el marcado sesgo actual del gasto en salud a favor de profesionales sanitarios y sus pacientes urbanos relativamente más favorecidos. Finalmente, se torna ineludible una apropiada coordinación entre gobiernos africanos, donantes y ONGDs en materia salarial, para evitar la competencia entre ellos por la escasa mano de obra cualificada existente, así como políticas conjuntas entre gobiernos de países emisores y receptores de flujos migratorios cualificados para hacer frente a la descapitalización de los sistemas de salud públicos de los primeros (McCoy et ál., 2008; WHO-Africa, 2007a,b; Sender et ál., 2005).

En este contexto, dado que las dificultades para captar recursos propios por la vía impositiva es todavía en muchos de países de AS una fuerte limitación a corto plazo, es fundamental el compromiso por parte de la comunidad donante para aumentar las dotaciones que permitan financiar el necesario incremento de gasto público en salud, con el fin de contribuir al reforzamiento y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios en los países con menos recursos. Todo ello, de tal forma que dicho sistema sea adaptado a las diferentes circunstancias y necesidades de cada país y de cada entorno, rural o urbano, para lo que es preciso, entre otras cosas, mejorar los sistemas de información estadística³⁰, de gran utilidad para los trabajos de planificación y evaluación de las políticas correspondientes (OMS, 2008; WHO-Africa, 2006).

El reforzamiento del sistema público de salud implica a su vez una progresiva integración en éste de los programas verticales sobre enfermedades

²⁸ Esta alternativa, que iría más en una línea de salud comunitaria, sería además más económica y evitaría parte del problema de los profesionales cualificados internacionalmente transferibles que deriva en muchos países de África en el denominado *brain drain*.

²⁹ Debe tenerse en cuenta que, si bien esta brecha rural-urbana varía significativamente de unos países a otros, las desigualdades entre estos dos ámbitos en cuanto a condiciones de vida son enormes en AS y no parecen haber disminuido en las últimas décadas. Asimismo, en contra de lo que suele creerse, el nivel de inequidad es por lo general mayor en el interior de las zonas rurales que de las urbanas (Sahn y Stifel, 2003).

³⁰ Se estima que menos del 10% de las muertes en África Subsahariana son registradas y, cuando lo son, o no se hace referencia alguna a las causas de las mismas, o hay muchas dudas de que éstas hayan sido atribuidas adecuadamente (WHO-Africa, 2006).

concretas. Como ya señalábamos previamente, estos programas, que tanto han proliferado en las últimas décadas, han sido criticados por haber contribuido a distorsionar y debilitar los sistemas nacionales de salud en términos de desviación de recursos humanos, fragmentación, proliferación de actores, descoordinación y creación de estructuras paralelas (Garay, 2008; Magnussen et ál., 2004; Unger et ál., 2006, 2003). Con todo, recientemente está cobrando fuerza un enfoque pragmático de la mano de la OMS que defiende romper con la dicotomía sobre enfoques verticales y horizontales, intentando aprovechar los aspectos positivos de las intervenciones selectivas, y en particular de las lanzadas recientemente a nivel global. En esta línea, se argumenta que, si bien los resultados varían en función de las diferentes iniciativas globales y la mayor o menor fragilidad de los sistemas de salud, por lo general, estas intervenciones han obtenido resultados destacables a corto plazo en la lucha contra diversas enfermedades, aumentando la cobertura de servicios, consiguiendo a su vez atraer una creciente cantidad de fondos, así como una mayor participación por parte de diferentes actores de la sociedad civil en la provisión de servicios de salud, campañas de prevención, y otras acciones. Y es desde esta óptica que se hace hincapié en la necesidad de maximizar las sinergias existentes entre enfoques verticales y horizontales, apostando por una combinación de ambos, en una nueva tendencia hacia el reforzamiento los sistemas nacionales de salud aprovechando los aspectos positivos de las denominadas “iniciativas globales”³¹ (WHO, 2009a,b, 2008; Msuya, 2004).

Es necesario recordar, en cualquier caso, que el énfasis debe estar en reconstruir y reforzar los sistemas nacionales de salud, recuperando el espíritu de Alma-Ata de “salud para todos”, y adaptando las intervenciones selectivas a las necesidades de dichos sistemas, de tal forma que se eviten las posibles distorsiones y se utilicen adecuadamente los recursos existentes (Magnussen et ál., 2004; Unger et ál., 2006, 2003). En el caso del VIH/SIDA, por ejemplo, ello implicará aprovechar los recursos de las iniciativas verticales para mejorar las dotaciones de recursos humanos y materiales del sistema, y empezar a romper con la compartimentalización del VIH/SIDA con respecto a la salud pública en general, integrando sus programas en los sistemas nacionales de salud, entre otros motivos, porque el propio VIH/SIDA no se puede combatir apropiadamente sin un acceso mínimo en materia de atención primaria que permita el adecuado diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas infectadas (Garay, 2008).

Esta nueva apuesta pro-sistema a largo plazo necesita también acogerse a la filosofía del apoyo sectorial de los SWAP (*Sector-Wide Approach*), de forma

³¹ A modo de ejemplo de sinergias positivas entre los sistemas nacionales de salud y las iniciativas globales, entre los diversos estudios de caso, destacan los de Etiopía, Malawi y Ruanda, donde se observan mejoras como las siguientes: nuevas inversiones en equipamiento para el conjunto del sistema de salud, acceso a otros servicios no vinculados al VIH/SIDA como cuidados prenatales y mayor captación de fondos para formar y expandir las dotaciones de personal sanitario (WHO, 2008).

coherente con los principios de la nueva agenda de la Declaración de París³². Los recursos aportados por los donantes por esta vía, de forma más coordinada y predecible, permitirán un incremento del gasto público en salud que ayudará a mejorar las dotaciones insuficientes de infraestructuras y de recursos humanos y materiales para las áreas geográficas y grupos de población más vulnerables en el camino hacia la reducción de las desigualdades de acceso y la universalización de los servicios de salud. Esto requiere asimismo de la reasignación de fondos, orientándolos hacia la ampliación y reforzamiento de los sistemas nacionales de salud a nivel de los distritos y las comunidades (WHO/UNICEF, 2010; UN, 2008; OMS, 2008, WHO-Africa, 2006).

Igualmente, este aumento y reasignación de recursos es también fundamental para compensar las pérdidas de ingresos de la necesaria abolición de las tasas de uso de los servicios sanitarios y para la concesión de ayudas para el transporte o la alimentación de los más desfavorecidos en términos socioeconómicos³³. Los fondos aportados por parte de la comunidad donante, así como progresivamente los ingresos fiscales de los gobiernos africanos, forman parte ineludible de una fórmula redistributiva que permita a futuro el acceso universal y equitativo a los servicios básicos de salud, con fuerte influencia sobre las condiciones de vida de amplios colectivos de la población más desfavorecida del subcontinente (UNICEF, 2009; Mwabu, 2008; Gilson y McIntyre, 2005).

Por último, recuperando la lógica de los determinantes sociales de la salud, y aplicándolo al marco de los ODMs, sería necesario generar un marco de políticas que refleje la interconexión entre diferentes objetivos y metas, de forma directa en el caso de los vinculados a la salud, educación, nutrición, agua, saneamiento o renta, y más indirectamente en el caso de la relación entre éstos y los vinculados al amplio número de temas controvertidos incluidos en el objetivo 8. Todo ello contribuiría sin duda a hacer de la agenda de los ODMs un marco de referencia dotado de mayor coordinación y coherencia de políticas.

5. CONCLUSIONES.

El análisis realizado sobre la situación y evolución de diversas variables relativas a la salud en África nos muestra, tal y como sugeríamos inicialmente, que la realidad de este conjunto de países se muestra menos simple y uniforme que lo que muchos analistas dan a entender con frecuencia para justificar sus modelos universalistas. Sin embargo, comprender la problemática del

³² En este nuevo marco, en marcha ya en países como Ghana, Mozambique, Tanzania, Uganda y Zambia, entre otros, los donantes aportan sus recursos coordinadamente en uno o varios fondos comunes para la financiación de parte de las necesidades del sistema público de salud, previo acuerdo con el gobierno en términos de estrategias y políticas.

³³ Este tipo de mecanismos de complemento alimentario o de ayudas para los desplazamientos están siendo ensayados en diversos países de África para pacientes con SIDA recibiendo TARV, haciendo incrementar significativamente el nivel de adherencia al tratamiento de los enfermos con menos recursos económicos.

desarrollo humano en cada uno de estos países y transformarla en la dirección apropiada requiere un análisis que parta de la premisa de la diversidad y la complejidad de los desafíos de la salud en AS. Es decir, atendiendo a la citada heterogeneidad de situaciones y desafíos, es preciso evitar recomendaciones y recetas generales para el conjunto de la región, especialmente si, como en el caso del ajuste estructural y las políticas de austeridad implementadas durante las últimas décadas, éstas se han traducido en efectos perversos sobre la oferta y demanda de servicios básicos, y en el consiguiente deterioro de las condiciones de vida de los más vulnerables. En otras palabras, estas políticas no han conseguido la eficiencia deseada y han vulnerado la equidad de acceso a la salud.

Por todo ello, es preciso constatar los progresos alcanzados del mismo modo que se destacan los problemas y retos principales, más allá de la habitual imagen de fracaso de AS en el cumplimiento de los ODMs. Y a partir de un análisis en profundidad de las condiciones de éxito o fracaso de las distintas trayectorias de provisión de salud se podrán identificar oportunidades y canalizar los recursos internos y externos de forma selectiva y acomodada a las necesidades de cada país, de tal forma que marquen una diferencia en cuanto a la satisfacción de necesidades básicas en el subcontinente. A este respecto, el carácter universal de los ODMs y la forma en que se han intentado traducir en metas nacionales, no ha ayudado a la hora de distinguir entre países, grupos objetivo dentro de ellos o diferentes desafíos.

Asimismo, entendemos que para trabajar a favor del cumplimiento de los ODMs y de la promoción del desarrollo humano en AS se necesita, en primer lugar, revertir las tendencias de las políticas neoliberales de las últimas décadas, así como de la “fatiga de la cooperación” de los 90 y de los diversos altibajos en los flujos de AOD vinculados a la coyuntura económica. En este sentido, es preciso incrementar y reasignar los recursos tanto por parte de los gobiernos africanos como de la comunidad donante, de tal manera que se reduzcan las insuficiencias y desigualdades de acceso a los servicios de salud de muchos de estos países. Las políticas de algunos gobiernos incrementando las dotaciones presupuestarias en salud, educación y otras necesidades básicas, o las tendencias más recientes de la comunidad donante aumentando los flujos de AOD hacia la región en necesidades primarias de forma coordinada e integrada en los sistemas nacionales, y poniendo en marcha iniciativas de alivio y condonación de la deuda externa, son fundamentales para el logro de dicho fin. Pero además, para ello es precisa la reorientación de dichos recursos hacia los países más desfavorecidos y hacia las áreas geográficas, colectivos y grupos sociales más vulnerables en el interior de cada uno de ellos. Este sería el caso de las zonas rurales más apartadas, las familias de renta más baja, las mujeres, niñas/os y huérfanas/os, en general, y de los colectivos en los que confluyen a la vez varias de estas categorías, en particular.

El camino hacia los ODM en AS no está carente de dificultades, y sin duda será más largo de lo previsto en su cronograma inicial, pero difícilmente podrá avanzarse en esa dirección en ausencia de recursos suficientes y

de una apropiada asignación de los mismos, orientados hacia los países, áreas geográficas o colectivos más desfavorecidos, así como hacia los principales desafíos y las interconexiones entre ellos. Asimismo, no debe olvidarse que desde una perspectiva de la salud como derecho fundamental, la universalización del acceso a los servicios sanitarios, la construcción o reforzamiento del sistema público de salud y la sostenibilidad del mismo, se convierten en objetivos centrales de las políticas de desarrollo para la región. Y finalmente es necesario tener presente a su vez que, en un contexto de garantías mínimas en cuanto a participación ciudadana y transparencia y eficacia en la gestión de recursos públicos, el camino hacia esos objetivos habrá que adaptarlo a los nuevos principios de apropiación africana de las estrategias y políticas de desarrollo, así como de la coordinación y alineamiento de los actores externos que quieran acompañar estos procesos con recursos predecibles y sostenibles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Ainsworth, M. y Filmer, D. (2006): "Inequalities in Children's Schooling: AIDS, Orphanhood, Poverty and Gender", *World Development*, 34(6). www.elsevier.com/locate/worlddev.
- Alonso, J.A. (2005): "Objetivos de Desarrollo del Milenio: ¿Nueva agenda de desarrollo?", *Cuadernos de Información Económica*, 187 (julio-agosto).
- Appleton, S. (2000): "Education and Health at the Household Level in Sub-Saharan Africa", *CID Working Paper 33*, Center for International Development at Harvard University.
- Appleton, S. et ál. (1996): "Education and Health in Sub-Saharan Africa", *Journal of International Development*, 8(3).
- Arrighi, G. (2002): "The African Crisis", *New Left Review*, 15, mayo-junio, Londres.
- Artadi, E. y Sala-I-Martin, X. (2004): "The Economic Tragedy of the Twentieth Century: Growth in Africa", en: *The Africa Competitiveness Report*, 2004. World Economic Forum. Ginebra.
- Bennell, P. (2003): *HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: The Growing Epidemic*. Knowledge and Skills for Development, Brighton.
- Bennell, P. (2005): "The Impact of the AIDS Pandemic on the Schooling of Orphans and Other Directly Affected Children in Sub-Saharan Africa", *Journal of Development Studies*, 41.
- Cardwell, J.C. (2000): "Rethinking the African AIDS Epidemic", *Population and Development Review*, 26(1), Nueva York.
- Cissé, B. et ál. (2007): "Progressivity and Horizontal Equity in Health Care Finance and Delivery: What About Africa?", *Health Policy*, 80(1). www.healthpolicyjml.com

- Cohen, D. (2002): *Human Capital and the HIV/AIDS Epidemic in Sub-Saharan Africa*. Working Paper 2, ILO Programme on HIV/AIDS and the World of Work, Ginebra.
- Cueto, M. (2004): "The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care", *American Journal of Public Health*, 94(11). <http://ajph.aphapublications.org>
- De La Flor, J.L. (2008): "Las políticas de lucha contra el VIH/SIDA en África Subsahariana como parte integrante del régimen internacional de cooperación a la salud", *VI Congreso de Estudios Africanos del Mundo Ibérico*, Gran Canaria.
- Easterly, W. y R. Levine (1997): "Africa's Growth Tragedy: Policies and Ethnic Divisions", *World Bank Working Paper*, febrero, Washington.
- Easterly, W. (2009): "How the Millennium Development Goals are Unfair to Africa". *World Development*, 37(1), enero. www.elsevier.com/locate/worlddev
- Eizaguirre, M. y Alberdi, J. (2001): "Libertades políticas: una asignatura pendiente en los índices de desarrollo humano", en Ibarra, P. y Unceta K. (2001): *Ensayos sobre el desarrollo humano*, Icaria, Barcelona.
- Garay, J. (2008): "La salud como derecho y el rol social de los estados y de la comunidad donante ante el VIH/SIDA: un análisis crítico de la respuesta global a la pandemia", *Cuaderno de trabajo de Hegoa*, 45, Hegoa, Bilbao.
- Gilson, L. y McIntyre, D. (2005): "Removing User Fees for Primary Care in Africa: The Need for Careful Action", *British Medical Journal*, 331, octubre. www.bmj.com
- Griffin, K. (2001): "Desarrollo humano: origen, evolución e impacto", en P. Ibarra y K. Unceta (coords.): *Ensayos sobre el desarrollo humano*, Barcelona, Icaria.
- Gwatkin, D. (2005): "How Much Would Poor People Gain from Faster Progress Towards the Millennium Development Goals for Health?", *The Lancet*, 365, febrero. www.thelancet.com
- ILO (2000): *HIV/AIDS in Africa: The Impact on the World of Work*, African Development Forum, International Labour Organization, Ginebra.
- ILO (2006): *HIV/AIDS and Work: Global Estimates, Impact on Children and Youth, and Response*, International Labour Organization, Ginebra.
- James, C. et ál. (2006): "To Retain or to Remove User Fees?: Reflections on the Current Debate in Low- Middle-Income Countries", *Applied Health Economics and Health Policy*, 5(3), Adis International. www.adisonline.com/healthconomics
- Johnston, D. (2008): "Bias, not Error: Assessment of the Economic Impact of HIV/AIDS Using Evidence from Micro Studies in Sub-Saharan Africa", *Feminist Economics*, 14, Routledge, Londres.

- Leys, C. (1996): *The Rise and Fall of Development Theory*, James Currey, Londres.
- M.Mundi/Prosalus/MDM (2009): *La salud en la cooperación al desarrollo y en la acción humanitaria*, Médicos Mundi/Prosalus/Médicos del Mundo, Madrid.
- Magnussen, L. et ál. (2004): “Comprehensive versus Selective Primary Health Care: Lessons for Global Health Policy”, *Health Affairs*, 23(3). www.healthaffairs.org
- Marmot, M. (2005): “Social Determinants of Health Inequalities”, *The Lancet*, 365, marzo. www.thelancet.com
- McCoy, D. et ál. (2008): “Salaries and Incomes of Health Workers in Sub-Saharan Africa”, *The Lancet*, 371, febrero. www.thelancet.com
- McPake, B. et ál. (2008): *Freeing up Healthcare: A Guide to Removing User Fees*, The Save the Children Fund, UK. www.savethechildren.org.uk
- Msuya, J. (2004): “Horizontal and Vertical Delivery of Health Services: What Are The Trade Offs?”, *Background paper for World Development Report 2004/5*, Banco Mundial, Washington. www-wds.worldbank.org.
- Mukudi, E. (2003): “Education and Nutrition Linkages in Africa: Evidence from National Level Analysis”, *International Journal of Educational Development*, 23(3), Elsevier. www.elsevier.com.
- Mwuabu, G. (2008): “Achieving Health Development Goals (MDGs) in Africa: The Role of National Health Insurance Schemes”, *ACGS/MPAMS Discussion Paper*, 2, Economic Commission for Africa. www.uneca.org.
- Naciones Unidas (2008): *Achieving the MDGs in Africa. Recommendations of the MDG Africa Steering Group*, Naciones Unidas, Nueva York.
- Newell, K.W. (1988): “Selective Primary Health Care: The Counter Revolution” *Social Science and Medicine*, 26(9). <http://journals.elsevier.com/02779536/social-science-and-medicine>.
- Nyoni, J. et ál. (2006): *Policies and Plans for Human Resources for Health. Guidelines for Countries in the WHO African Region*, World Health Organization (WHO) Regional Office for Africa, Brazzaville.
- ODI (2010): *Millennium Development Goals Report Card: Measuring Progress across Countries*, Overseas Development Institute, Londres.
- Okojie, C. y Shimeles, A. (2006): *Inequality in Sub-Saharan Africa*. The Inter-Regional Inequality Facility, Overseas Development Institute (ODI), Londres.
- OMS (2006): *Informe sobre la salud en el mundo, 2006. Colaboremos por la salud*, Organización Mundial de la Salud. www.who.int
- OMS (2008): *Informe sobre la salud en el mundo, 2008. La atención primaria de salud más necesaria que nunca*, Organización Mundial de la Salud, www.who.int

- OMS (2009): *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, Organización Mundial de la Salud. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf
- ONUSIDA (2008): *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Ginebra. www.unaids.org
- ONUSIDA (2009): *Situación de la epidemia de SIDA*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Ginebra. www.unaids.org
- OXFAM (2008): *Health Insurance in Low-income Countries. Where Is the Evidence that It Works?*, Joint NGO Briefing Paper. www.oxfam.org.uk
- Oya, C. (2007): "Crecimiento y desarrollo económico: ¿una "dummy" africana?", en Oya, C. y Santamaría, J. (eds): *Economía Política del Desarrollo en África*, Akal, Madrid.
- Oya, C. y Begué, A. (2006): *Los retos de la educación básica en África subsahariana*, Documento de trabajo 6, Fundación Carolina CeALCI y Fundación Entreculturas, Madrid.
- PNUD (2009): *Informe sobre el desarrollo humano 2009. Superando barreras: Movilidad y desarrollo humanos*, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Nueva York. www.undp.org
- PNUD (2010): *Informe sobre el desarrollo humano 2010. La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano*, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Nueva York. www.undp.org
- Ravishankar, N. et ál. (2009): "Financing of Global Health: Tracking Development Assistance for Health from 1990 to 2007", *The Lancet*, 373, junio. www.thelancet.com
- Ridde, V. y Haddad, S. (2009): "Abolishing User Fees in Africa", *PLoS Medicine*, 6(1). <http://www.plosmedicine.org>
- Rieff, D. (1998): "In Defense of Afro-Pessimism", *World Policy Journal*. 15(4), The MIT Press & World Policy Institute, Cambridge (USA).
- Sahn, D.E. y Stifel, D.C. (2003): "Urban-Rural Inequality in Living Standards in Africa". *Journal of African Economies*, 12(4). Centre for the Study of African Economies. <http://jae.oxfordjournals.org>
- SARDC (2000): *Beyond Inequalities. Women in Southern Africa*, Southern African Research and Documentation Centre, Harare.
- Schreuder, B. y Kostermans, C. (2001): Global Health Strategies versus Local Primary Health Care Priorities. A Case Study of National Immunization Days in Southern Africa, *South African Medical Journal*, 91(3). www.samj.org.za
- Schultz T.P. (2002): "Why Governments Should Invest More to Educate Girls", *World Development*, 30(2).

- Sender, J. (1999): "Africa's Economic Performance: Limitations of the Current Consensus", *Journal of Economic Perspectives*, 13(3).
- Sender, J. et ál. (2005): "Uniquel Prospects: Disparities in the Quantity and Quality of Labour Supply in sub-Saharan Africa", *Social Protection Discussion Paper Series*, Banco Mundial, Washington.
- Smith, S. y Cohen, D. (2000): "Gender, Development, and the HIV Epidemic", *UNDP Issues Paper*, www.undp.org/hiv
- Sutcliffe, B. (2008): *El virus de inmunodeficiencia humana y sus colaboradores*, Cuadernos de trabajo, 45, Hegoa, Bilbao.
- Sutcliffe, R. (1993): "Desarrollo humano. Una valoración crítica del concepto y del índice", Cuadernos de trabajo de Hegoa, 11, Hegoa, Bilbao.
- Turshen, M. (1994): "The Impact of Economic Reforms on Women's Health and Health Care in Sub-Saharan Africa", en Aslanbeigui, N. et ál. (eds): *Women in the Age of Economic Transformation*, Routledge, Londres.
- Turshen, M. (1999): *Privatizing Health Services in Africa*, Rutgers University Press, Nueva Jersey.
- Unceta, K. (2001): "Perspectivas para el desarrollo humano en la era de la globalización", en P. Ibarra y K. Unceta (coords.): *Ensayos sobre el desarrollo humano*, Icaria, Barcelona,
- UNECA (2010): *Assessing Progress in Africa towards the Millennium Development Goals*, United Nations Economic Commission for Africa. <http://www.uneca.org/mdgreports/2010/2010MDGR.pdf>
- Unger, J.P. et ál. (2006): "Disintegrated Care: The Achilles Heel of International Health Policies in Low and Middle-income Countries", *International Journal of Integrated Care*, 6(18). <http://www.ijic.org>
- Unger, J.P. et ál. (2003): "A Code of Best Practice for Disease Control Programmes to Avoid Damaging Health Care Services in Developing Countries", *The International Journal of Health Planning and Management*, 18. <http://onlinelibrary.wiley.com>
- Unger, J.P. y Killingsworth, J.R. (1986): "Selective Primary Health Care: A Critical Review of Methods and Results", *Social Science & Medicine* 22(10). www.sciencedirect.com
- UNICEF (2004): *Girls, HIV/AIDS and Education*, United Nations Children's Fund, Nueva York. www.unicef.org
- UNICEF (2007): *Estado Mundial de la Infancia: La mujer y la infancia. El doble dividendo de la igualdad de género*, United Nations Children's Fund, Nueva York. www.unicef.org
- UNICEF (2009): *Removing User Fees in the Health Sector in Low-Income Countries: A Multi-Country Review*, United Nations Children's Fund. Nueva York. www.unicef.org

- Vandemoortele, J. (2009): "MDGs: Meeting the Targets Without Missing the Point," *Development Policy Review*, 27(4). Overseas Development Institute (ODI), Londres.
- WB (2002): *Education and HIV/AIDS: A Window of Hope*, Banco Mundial, Washington. www.worldbank.org
- Whitehead, M. et ál. (2001): "Equity and Health Sector Reforms: Can Low-income Countries Escape the Medical Poverty Trap?", *The Lancet*, 358. www.thelancet.com
- Whiteside, A. (2004): "Health, Economic Growth and Competitiveness in Africa", en *The Africa Competitiveness Report, 2004*, World Economic Forum, Ginebra.
- WHO (2008): *Report on the Expert Consultation on Positive Synergies between Health Systems and Global Health Initiatives*, World Health Organization. www.who.int
- WHO (2009a): *Maximizing Positive Synergies between Health Systems and Global Health Initiatives. Initial Summary Conclusions*, World Health Organization. www.who.int
- WHO (2009b): *Interactions between Global Health Initiatives and Health Systems. Evidence from Countries*. World Health Organization. www.who.int
- WHO (2010): *World Health Statistics 2010*, World Health Organization. www.who.int
- WHO/UNICEF (2010): *Countdown to 2015 Decade Report (2000-2010): Taking Stock of Maternal, Newborn and Child Survival*. <http://www.countdown2015mnch.org>
- WHO-Africa (2006): *The Health of the People. The African Regional Health Report*. World Health Organization Regional Office for Africa, Brazzaville. <http://www.afro.who.int>
- WHO-Africa (2007a): *WHO Guidelines for Implementing Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services in the African Region 2007-2017*, World Health Organization Regional Office for Africa, Brazzaville. <http://www.afro.who.int>
- WHO-Africa (2007b): "Crisis in Human Resources for Health in the African Region", *African Health Monitor*, World Health Organization Regional Office for Africa, Brazzaville <http://www.afro.who.int>
- Wilkinson, R. y Marmot, M. (2003): *Social Determinants of Health. The Solid Facts*, World Health Organization, Ginebra.

ANEXO.

TABLA 1. PERSONAL SANITARIO Y GASTO EN SALUD.

	Partos atendidos por personal sanitario (%)		Quintil menor	Quintil mayor	Gasto público en salud como % del gasto total en salud	Gasto público en salud como % del gasto público total	Recursos externos como % del gasto en salud	Gasto familias como % del gasto privado en salud	Gasto per capita en salud (\$ en PPA)	Médicos (por 10.000 habitantes)	Enfermeros y matronas (por 10.000 habitantes)
	Área rural	Área urbana									
Angola	...	...	...	...	80,3	5,3	3,7	100	131	1	13
Benin	74	86	56	97	51,8	10,7	21,3	94,9	70	1	8
Botsuana	...	...	...	...	74,6	13,0	4,0	27,3	762	4	26
Burkina Faso	31	88	39	91	56,1	13,3	28,3	91,3	72	1	7
Burundi	32	75	25	55	37,7	12,5	40,0	60,5	51	<0,5	2
Camerún	44	84	29	95	25,9	8,1	5,2	94,5	104	2	16
Cabo Verde	64	91	...	...	74,6	10,5	15,5	99,7	148	6	13
R. Centroafricana	35	83	27	89	34,7	11,0	25,9	95,0	30	1	4
Chad	6	46	4	55	56,3	13,8	11,3	96,2	72	<0,5	3
Comores	...	...	...	...	57,2	8,4	20,9	100	37	2	7
Congo	74	97	67	98	70,4	5,1	5,4	100	90	1	8
Costa de Marfil	40	84	29	95	24,0	4,8	5,0	88,7	67	1	5
R.D.del Congo	63	91	59	98	20,8	6,4	47,8	51,7	17	1	5
Djibouti	40	95	...	...	76,6	14,1	12,9	98,6	148	2	6
Guinea Ecuatorial	...	...	...	...	80,4	6,9	4,8	75,6	543	3	5
Eritrea	10	65	6	85	45,3	4,2	46,5	100	20	1	6
Etiopia	3	45	1	27	58,1	10,2	43,9	80,6	30	<0,5	2
Gabón	69	93	67	97	64,5	14,0	1,5	100	650	3	50
Gambia	43	83	28	89	47,9	11,6	24,3	48,4	71	<0,5	6
Ghana	43	84	24	95	51,6	10,7	10,3	79,3	113	1	10

Guinea	26	81	15	87	11,0	4,7	10,8	99,5	62	1	<0,5
Guinea-Bissau	27	69	19	79	25,9	4,0	35,0	55,7	33	<0,5	6
Kenia	35	72	17	75	42,0	7,8	24,1	77,2	72	1	12
Lesotho	50	88	34	83	58,3	7,9	11,5	68,9	92	1	6
Liberia	32	79	26	81	26,2	16,6	57,7	52,2	39	<0,5	3
Madagascar	40	71	30	94	66,2	14,8	17,8	67,9	41	2	3
Malawi	53	84	47	85	59,7	11,9	59,9	28,4	50	<0,5	3
Malí	38	80	35	86	51,4	11,8	19,8	99,5	67	1	2
Mauritania	39	90	21	95	65,3	5,3	13,3	100	47	1	7
Mauricio	...	...	...	...	49,0	9,3	1,8	81,5	502	11	37
Mozambique	34	81	25	89	71,8	12,6	57,8	42,1	39	<0,5	3
Namibia	74	94	60	98	42,1	11,1	10,6	5,8	467	3	31
Níger	8	71	5	59	52,8	12,4	74,9	96,4	35	<0,5	1
Nigeria	28	65	8	86	25,3	6,5	2,2	95,9	131	4	16
Ruanda	49	70	43	71	47,0	19,5	52,3	44,4	95	<0,5	4
Sao Tome y Príncipe	...	...	...	...	47,1	13,2	21,7	58,9	183	5	19
Senegal	33	85	20	89	56,0	12,1	8,5	78,5	99	1	4
Seychelles	...	...	...	...	70,2	8,9	2,2	62,5	1 094	15	79
Sierra Leona	33	67	28	71	31,3	7,8	31,3	58,8	32	<0,5	2
Somalia	15	65	11	77	...	...	...	...	...	<0,5	1
Sudáfrica	85	94	...	...	41,4	10,8	0,8	29,7	819	8	41
Sudán	...	...	...	...	36,8	6,1	10,2	100	71	3	9
Suazilandia	70	88	51	92	62,5	9,1	7,9	42,3	287	2	63
Togo	40	93	30	97	24,9	7,7	10,1	84,2	68	1	3
Uganda	38	80	28	77	26,2	9,8	31,6	51,0	74	1	13
Tanzania	47	83	39	90	65,8	18,4	49,9	75,0	63	<0,5	2
Zambia	31	83	27	91	57,7	14,5	33,1	67,6	79	1	7
Zimbabue	58	94	46	95	46,3	8,9	0,2	50,4	20	2	7

Fuente: WHO, 2010.