



CIEA7 #20:

POLÍTICAS DE SALUD Y SUS IMPLICACIONES HACIA ÁFRICA.

Berta Mendiguren^o

mendigurenberta@yahoo.es

José Luis de la Flor^o

jl.delaflores@uam.es

Coherencias e incoherencias de la política de cooperación en Salud española en África: el ejemplo de Etiopía y Senegal

La comunicación aborda la inserción y coherencia de las políticas internacionales de desarrollo en salud españolas a través de los estudios de caso de Etiopía y Senegal. Ambos casos comprenden la salud como un aspecto clave del Desarrollo Humano y un espacio de gobierno donde interactúan diferentes actores y redes internacionales, estatales y locales. Esta multiplicidad de actores despliega distintos intereses y agendas en torno la salud, el desarrollo humano, la extensión de una agenda de buen gobierno, el control migratorio, la internacionalización de la economía española o la securitización de enfermedades como el VIH/SIDA. Al identificar el marco técnico-normativo así como la naturaleza de estos intereses en los casos diferenciales de Senegal y Etiopía, poniendo especial interés en el ámbito del VIH/SIDA, la ponencia muestra la importancia de abordar las políticas internacionales de salud pública en África como el resultado holístico de la combinación de intereses socio-políticos que combinan aspectos sanitarios y bio-estratégicos dentro de contextos socio-culturales específicos caracterizados por su pluralismo médico.

AOD salud, Desarrollo, Seguridad, Senegal, Etiopía, AECID.

^o Grupo de Estudios Africanos (GEA), Universidad Autónoma de Madrid.

^o SACUDA.

INTRODUCCIÓN

Esta ponencia es parte de una investigación en curso sobre las políticas de salud españolas en África subsahariana, que comenzada en octubre de 2009 terminará en abril de 2011. Ésta se enmarca a su vez en el seno de un estudio más amplio¹ que, financiado por la AECI, dirige el Grupo de Estudios Africanos (GEA) de la UAM sobre la coherencia de las políticas españolas de cooperación internacional en África. A continuación y en un primer bloque de carácter teórico, se aborda el punto de partida conceptual de nuestra investigación: la emergencia del concepto de Salud Global paralelamente al de Desarrollo Humano, así como su relación con la ayuda al desarrollo en salud en África y en concreto con las políticas de ayuda en salud de la AECID.

PARTE TEÓRICA

Nuestra investigación parte de una constatación: la creciente pérdida de centralidad de los Estados en el ordenamiento de sus políticas nacionales de salud, así como la aparición de nuevos determinantes de la salud, que han llevado a desplazar desde la última década del siglo XX, el concepto de salud internacional por el de salud global². Concepto que habría emergido contemporáneo con el de Desarrollo Humano y cuyos vínculos teórico-prácticos aparecen como indisolubles puesto que sus avances y/o retrocesos se retroalimentan. Asimismo se asiste desde las dos últimas décadas del siglo pasado a la emergencia de una creciente multiplicidad de actores en la cooperación al desarrollo distintos al Estado. Pues bien, una de las principales preocupaciones de estos actores, entre los que se encuentra la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), es la mejora de los indicadores de salud de la población en África Subsahariana. En la actualidad existen 140 iniciativas globales en salud muchas de las cuales dirigen planes verticales contra enfermedades infecciosas en África (el caso paradigmático es el VIH/SIDA). Mientras, los marcos normativos asumidos por los diferentes actores que trabajan en el desarrollo en salud, y producidos en diferentes foros y encuentros internacionales, dirigen su atención a la promoción de una agenda de buen gobierno que mejore la eficacia y la calidad de la ayuda al

¹El proyecto se compone de 5 líneas de investigación que estudian las políticas: comerciales y agrícolas, migratorias, seguridad energética, construcción de la paz y la aquí en estudio, cooperación en salud .

² Ver Lee, Kelley, *Globalization and Health, An Introduccion*, Palgavre, 2003.

desarrollo. De su lado, los Estados africanos han adoptado dicha agenda de buen gobierno que busca coordinar las estrategias de fortalecimiento de los servicios de salud con las estrategias verticales de lucha contra enfermedades específicas. Paralelamente y con el fin de lograr una aplicación eficaz, la comunidad internacional ha propuesto herramientas como el enfoque sectorial en salud, la ayuda programática o la coordinación de los diversos donantes a través de la International Health Partnership (IHP).

Objetivos de la Investigación

Nuestra investigación tiene como objetivo general ,inserto dentro del estudio más amplio del GEA, el análisis de la coherencia de las políticas españolas de cooperación internacional. Y ello a través de un tipo concreto de cooperación: la ayuda al desarrollo en salud y de su aplicación práctica a través de dos estudios de caso: Etiopía y Senegal.

Materiales y Métodos

Para la consecución de dichos objetivos, desde octubre de 2009 venimos realizando una revisión bibliográfica internacional, desde la cual orientar y cuestionar cada etapa del trabajo de campo, en un proceso continuo de triangulación teórico-práctica. Un trabajo de campo cuya primera fase dio inicio en marzo de 2010, a través de la realización de un 1er Seminario Interno al GEA de presentación y discusión-orientación de las líneas centrales de la investigación. Tras ello se ha procedido a la elaboración de los guiones de entrevistas, que durante los meses de mayo a julio de 2010, habrían de guiar nuestras entrevistas con una serie de actores clave de la cooperación española en salud en África subsahariana; Comisión Europea, AECID, Academia, ONGs globales y ONGs con proyectos en Etiopía y Senegal. En base a los resultados de dichas entrevistas, confrontados con lo aprehendido en la citada revista documental se ha procedido a preparar la siguiente fase del trabajo de campo, esta vez ya en destino, que se desarrollará en el último trimestre de 2010. A principios de 2011, se celebrará un Seminario de restitución de resultados, se elaborará un Informe final y diversos artículos divulgarán las principales conclusiones de nuestro estudio sobre la coherencia de políticas de cooperación en salud española.

Del concepto de coherencia de políticas en el presente estudio

Nuestro estudio comienza situando el análisis de la coherencia de las políticas de salud estudiadas a dos niveles: uno interno y otro externo. El estudio de la

coherencia interna se dirige a investigar si las políticas internacionales de salud de la AECID se ajustan o no a los marcos normativos que justifican su producción. En cuanto al estudio de coherencia externa, éste se dirige a analizar en qué medida la presencia de otros intereses que los sanitarios (políticos, económicos, de seguridad,...) por parte del gobierno español, influyen en la ayuda al desarrollo de la salud en Etiopía y Senegal. Para realizar estos estudios hemos introducido dos tipos de espacios de análisis.

Espacios de análisis: técnico-normativo y socio-político

El primer espacio, de carácter técnico-normativo, trata de mostrar las principales características de la planificación de las políticas de desarrollo en salud en dichos países. Se trata en este caso de analizar técnicamente cómo se relacionan, cooperan o divergen las políticas internacionales de salud españolas con las agendas nacionales de salud pública de ambos estados africanos y con el resto de los donantes. En un segundo espacio de análisis, tratamos de contextualizar la ayuda al desarrollo en salud española desde de una mirada socio-política más amplia, que incorpora aspectos macro y micro. En este nivel nuestra investigación se enriquece de la mirada de dos disciplinas sociales distintas pero complementarias: las Relaciones Internacionales y la Antropología. Desde la disciplina de las Relaciones internacionales, el estudio de caso de Etiopía analiza en qué medida la ayuda en salud española estaría conectando la construcción socio-política de dicho país a distintos intereses globales perseguidos por los donantes. Desde la Antropología, el caso de estudio de Senegal, nos cuestiona sobre hasta que punto a la hora de diseñar e implementar la ayuda al desarrollo en salud de la AECID en dicho país, se han tenido en cuenta los factores históricos, socioculturales, locales y comunitarios, que componen el contexto del cual emana y sobre el cual inciden las políticas sanitarias, incluidas las referentes a enfermedades específicas como el VIH/SIDA. Al desplegar estos dos espacios de análisis complementarios abrimos la posibilidad a la comprensión crítica de cómo 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 determinantes socio-políticos vinculados con la salud. Mirada socio-política comparativa y complementaria que aporta nuevas luces y sombras al objetivo general de estudio del GEA, la coherencia de las políticas de cooperación internacional españolas.

PARTE PRÁCTICA

A continuación presentamos las características generales del primer espacio analítico de aplicación de nuestra investigación: la agenda técnica de planificación de las políticas de desarrollo en salud, conformada por las agendas normativas y las herramientas propias de la ayuda oficial al desarrollo.

Espacio técnico-normativo

La planificación de la ayuda al desarrollo en salud de la AECID se basa en los principios de eficacia y calidad de la ayuda fijados por la Declaración de París en 2005 y por el Programa de Acción de Accra en 2008. Su actuación se relaciona estrechamente con la agenda impulsada por la CE, primer donante mundial en salud global y principal valedor de dichos principios y herramientas de actuación³. La CE propone una agenda en salud pública global caracterizado por la importancia de la gobernanza mundial, la apertura de marcos de discusión internacionales y la coordinación de los actores globales de salud a través del liderazgo de la OMS. Asimismo defiende el fortalecimiento de un institucionalismo internacional en materia de salud pública global ante la pérdida de centralidad del estado en las políticas nacionales de salud y la existencia de nuevos determinantes de salud sobre la población global⁴. A través de esta agenda, la CE trata de ordenar las más de 140 iniciativas de salud globales existentes el incremento de AOD en salud experimentado en los últimos años⁵, el surgimiento de nuevos donantes globales, la cooperación sur-sur y conecta las políticas de salud global con ámbitos como, financiación, migraciones, seguridad, seguridad alimentaria y cambio climático Paralelamente la CE busca a través de este discurso el reforzar su identidad y papel dentro de la salud pública global.

Los principios de eficacia y calidad fijados en la Declaración de París y Accra son asumidos como marcos normativos de la ayuda en salud de la CE y la AECID⁶. Dichas declaraciones subrayan la coordinación entre donantes y la apropiación de las políticas del desarrollo por parte de los estados receptores. Estos principios se hacen efectivos a través de 2 herramientas: el enfoque sectorial o SWAP y la ayuda

³ Ver Médicos Mundi et al. La salud en la cooperación al desarrollo y en la acción humanitaria. Madrid: 2009; pag: 9

⁴ Ver The EU Role in Global Health y Global health-responding to the challenges of globalization. C.E 2010.

⁵ En 2008 la AOD de los miembros del Comité de Ayuda al Desarrollo creció un 15,7% respecto a la del 2007, con lo que la AOD dirigida a salud aumentó hasta suponer un 10,67% del total de AOD. Ibid, 234

⁶ Ibid y *Plan África* 2009-2012. MAEC

programática en salud Junto a ello se subraya el fortalecimiento de la sociedad civil y su participación en las políticas públicas. Estas características normativas e instrumentales de la agenda de desarrollo global deben responder a problemas prácticos como la dificultad de coordinar los planes verticales de lucha contra enfermedades específicas y en concreto el VIH/SIDA con el fortalecimiento de los servicios de salud. Es en este nivel donde aparecen unas primeras tensiones a nivel de la coherencia de los marcos normativos asumidos por la cooperación española y sus políticas de desarrollo. Entre dichos desajustes, ver incoherencias, encontramos las altas donaciones hechas por España a los fondos Multilaterales, el limitado impacto de las políticas de salud y de las políticas de lucha contra el VIH/SIDA o las dificultades de coordinar Planes Verticales de VIH/SIDA, Planes Nacionales de Salud y Estrategias de Reducción de la Pobreza.

Estudios de casos

Y tras haber presentado el espacio técnico-normativo compartido de la agenda del buen gobierno en salud, pasamos a contextualizar la ayuda al desarrollo en salud española desde la citada mirada socio-política y ello a través de la especificidad complementaria de cada uno de los estudios de caso de nuestra investigación: Senegal y Etiopía.

El caso de estudio de Etiopía

Las relaciones de España y Etiopía han dado un salto cualitativo en los últimos años. En 2004 se firma un Memorando de Entendimiento y en 2007 dos convenios, el Convenio Básico de Cooperación y el Convenio de Cooperación. Con este impulso la I Comisión Mixta Hispano-Etíope, estableció como sectores prioritarios de actuación en el país africano, la salud, la educación y el desarrollo rural. La firma de un Acuerdo de Promoción y Apoyo a las Inversiones Recíprocas en 2009 refuerza la seguridad de las inversiones españolas en Etiopía en áreas como, petróleo, gas, minerales, energías renovables e infraestructuras⁷. Etiopía es considerado país de atención especial y en 2008 fue el tercer país al que el gobierno español dirigió más cantidad de ayuda bilateral en salud⁸. España participa del DAG (Donors Assistance Group; el grupo de donantes que coordina en terreno la AOD en Etiopía) y contribuye financieramente a Fondos Fiduciarios destinados a Etiopía. En abril del 2007 la AECID abrió en Abbis Abeda su Oficina Técnica de Cooperación que actualmente gestiona fondos en estos

⁷ Ver *Plan África 2009-2012*. MAEC; pp; 111-112

⁸ Ver Médicos Mundi et al , *Informe...*pag; 165

porcentajes; ayuda humanitaria; 53%, fondos comunes; 24%, bilateral; 2%, ONGs, 8%. Los sectores de trabajo de la OTC son, salud, género, desarrollo agrícola y seguridad alimentaria. En total da seguimiento a 72 proyectos de cooperación y acompaña los procesos de descentralización estatal del gobierno etíope⁹. Tampoco hay que olvidar la larga historia de ayuda al desarrollo de la CE en Etiopía que data de 1976. Ambos han firmado un Documento Estrategia País en 2007, por un valor de 664 millones de euros entre 2008-2013, dirigido a sectores de infraestructuras, desarrollo agrícola, comercio, seguridad alimentaria, buen gobierno o fortalecimiento de la sociedad civil. La salud y el género aparecen como elementos transversales a las políticas de ayuda de la CE para Etiopía¹⁰. Desde 2005 los donantes tradicionales, como la UE, han sido desplazados por nuevos donantes como el PEPFAR y el Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis que son en la actualidad sus mayores financiadores de AOD¹¹. Etiopía destaca por su alta implementación de la Declaración de París y los principios de eficacia y apropiación se dirigen a fortalecer su sistema de salud¹².

1. Políticas de salud públicas etíopes.

El actual gobierno etíope ha trasladado al sector salud el protagonismo que en anteriores décadas tuvieron las políticas de educación primaria. Entre 1999 y 2005 se produjo un incremento del 53% en el gasto destinado a salud que se pretende incrementar durante los próximos años¹³. El sistema de salud etíope se organiza a través de 4 administraciones, regional, provincial, local y estatal y cuenta con cuatro niveles de atención sanitaria, unidades de Atención Primaria, hospitales distritales, hospitales de zona y hospitales especializados. Un problema crónico es la cantidad insuficiente de recursos humanos y su concentración en las zonas urbanas. El fortalecimiento del sistema de salud se articula en torno al Health Sector Development Plan (HSDP) integrado a su vez con la Estrategia Nacional de Reducción de Pobreza (PASPED). El PASPEC 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 TRES; a) 16 paquetes de servicios de salud básica divididas en cuatro áreas –prevención de

⁹ Coordinadora de la OTC española en Etiopía. Comunicación presentada en el Curso de Verano del Escorial "La eficacia de la Ayuda". El Escorial; julio, 2010.

¹⁰ Ver Comisión Europea con Etiopía; http://ec.europa.eu/world/where/ethiopia/index_es.htm

¹¹ Ver *Ethiopia, AID effectiveness in the Health sector. Case Study*; Action for Global Health, 2009

¹² Ver "Etiopía" en *Ayuda Eficaz para mejorar la salud y los derechos sexuales y reproductivos*, pag.45

¹³ *Ibid*; pag; 37

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, continuación de los HSPD I y HSPD III persigue crear 15.000 puestos de salud en kebeles (la unidad administrativa más pequeña de Etiopía) y 3.200 puestos de salud en woredas¹⁴.

Las políticas de salud de la cooperación española y del resto de donantes interactúan con este 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 Internacional Health Partnership and Related Initiatives (IHP +) firmado actualmente por 13 donantes¹⁵. 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 paralelos¹⁶. En este sentido las contribuciones de mayor relevancia son destinadas a;

PBS (Protection of Basic Services) que engloba actuaciones en salud, educación, agua e infraestructuras rurales. España aporta a este fondo gestionado por el BM 10 millones de euros.

MDG Performance Fund. Es el fondo sectorial para el sector Salud, gestionado por el Ministerio de Salud (MoH). El apoyo presupuestario de la AECID a este fondo es de 5 millones de dólares. Con este Fondo 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.

Programas multilaterales como el ISCIII/Bureau Regional de Amhara y 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.

¹⁴ Ibides. También ver Ministerio de Salud Etiopía; <http://www.moh.gov.et/>. Ver también, *A case study of Aid Effectiveness in Ethiopia. Analysis of the Health sector*. Alemu, G. Brookings Global, 2009.

¹⁵ Ver <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/home>

¹⁶ Esta información y la relacionada con las actividades de la OTC española en Etiopía proceden de comunicación personal con el técnico de apoyo de la OTC española en Abbis Abeda.

La OTC española está dentro del Grupo de Asistencia al Desarrollo (DAG) compuesto por 26 donantes y al que pueden sumarse en el futuro Turquía y Corea del Sur. En el seno del DAG se discute el diseño del PBS y se hace seguimiento del mismo.

2. Problemas de coherencia interna en la agenda de buen gobierno en salud en Etiopía

Aunque Etiopía es un ejemplo de implementación de la Agenda de París existen problemas de coordinación relacionados con los donantes y la calidad democrática del actual gobierno etíope que dificultan la gobernabilidad del sector salud. Entre los actores de la ayuda la coordinación entre iniciativas verticales como la lucha contra el VIH/SIDA y el fortalecimiento del sistema de salud se dificulta por el alto número de donantes y los 10 Grupos Técnicos de Trabajo (TWG) De hecho el grupo salud-población-nutrición está separado del de VIH/SIDA¹⁷. A esto hay que sumar que los mayores donantes, USAID, PEPFAR y el Fondo Global usan sistemas propios y redes de suministro de ayuda independientes al sistema de salud. En Etiopía, el Fondo Global tras las presiones del gobierno, ONGs y otros donantes está cambiando su política y contribuyendo a la construcción de servicios de salud básicos, laboratorios y otras infraestructuras. También el PEPFAR demuestra algún cambio al establecer su 1er partenariado en Malawi en respuesta a una aprobación del gobierno de EEUU que autoriza al PEPFAR a establecer partenariados locales¹⁸.

Un problema que no aparece en los informes consultados de desarrollo es la falta de una definición única de lo que se entiende por fortalecimiento de los servicios de salud. La misma ha variado con el tiempo dentro de la OMS y existen diferentes modelos de fortalecimiento. Aunque las iniciativas globales de lucha contra el VIH/SIDA no han superado totalmente la dicotomía entre fortalecimiento de los servicios de salud versus planes verticales, los donantes intentan puentear esa frontera o interface entre estrategias. Se ha señalado que este esfuerzo podría acarrear el riesgo de que las iniciativas verticales fortalezcan los sistemas de salud reforzando aquellas funciones concretas que más se relacionen con la eficacia de su ayuda¹⁹. Por ejemplo en la alta importancia las políticas de lucha contra el VIH/SIDA fortalecen los sistemas estadísticos y de vigilancia epidemiológica del sistema de salud. El riesgo y la

¹⁷ Información del DAG en Etiopía está disponible en <http://www.dagethiopia.org/>

¹⁸ Ver *Ethiopia, AID effectiveness in the Health sector. Case Study*, Action for Global Health, 2009

¹⁹ Ver "Global Health Actors Claim To Support Health System Strengthening. Is This Reality or Rhetoric?" Bruno M et al. *PLoS Medicine*. April 2009, Volume 6.

oportunidad que supone acentuar los servicios de vigilancia y alerta epidemiológica ante ciertas enfermedades infecciosas no es sólo un problema técnico del ámbito local. La re-emergencia de las enfermedades infecciosas, la seguridad comercial global, el nuevo Reglamento Sanitario Internacional y los sistemas de vigilancia epidemiológica global de la OMS subrayan reforzar los servicios de vigilancia en los sistemas de salud²⁰. Estos marcos y agendas globales refuerzan la posibilidad de que un excesivo celo de los donantes hacia los planes verticales pueda desplazar la atención de la agenda de salud pública global a otras acciones como, la administración del sistema, la atención a ciertos perfiles epidemiológicos, la complementariedad entre biomedicina y otras terapias o la participación comunitaria.

Por su parte las críticas a las deficiencias democráticas del actual gobierno etíope de Meles Zelawi 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. Estos hechos hicieron que se detuviera la implementación por los donantes del IIHP + para evitar una gestión directa de los fondos por el gobierno etíope. Ahora el IHP+ se ha reactivado y ha sido firmado por 13 donantes. Más recientemente, un informe del DAG de verano de 2010 investigó las denuncias de la oposición etíope, ONGs internacionales y medios de comunicación que relacionaban la recepción de ayuda con la afiliación política de sus beneficiarios. En concreto se investigaron programas de salud como Productive Safety Nets Programme (mosquiteras para prevenir la malaria), the Protection of Basic Services Programme (PBS), the Humanitarian Relief Programme y el programa combinado Enhanced Outreach Strategy-Targeted Supplementary Feeding (de apoyo a la alimentación). El informe DAG estableció una serie de recomendaciones para evitar posibles distorsiones de la ayuda. Reconoce la colaboración del gobierno etíope en su elaboración, la existencia de mecanismos de control y le recomienda mayor transparencia, participación y rendición de cuentas. Pero en el contexto de la salud pública global pueden existir otras razones políticas vinculadas a los intereses de los donantes que distorsionen la ayuda y dificulten la coordinación entre planes verticales y horizontales.

²⁰ Dry, Sarah; *Epidemics for all? Governing health in a global age*, STEPS, Working Paper 9, 2008

3. Problemas de coherencia externa en la agenda de buen gobierno en salud en Etiopía

Junto a la promoción de una agenda de buen gobierno en salud en Etiopía pueden incorporarse también intereses de los donantes relacionados con la seguridad global frente al VIH/SIDA y la promoción de un tipo de sociedad civil en África. Esto haría que la falta de coordinación entre las iniciativas verticales y el fortalecimiento del sector salud etíope no fuera sólo un problema técnico sino también la consecuencia de arrastrar al ámbito de la salud pública global los intereses particulares y contingentes de los donantes. Por ejemplo, la falta de coordinación en el caso del Plan de Emergencia del Presidente de EEUU para el Alivio del VIH/SIDA (PEPFAR), se puede también entender como el resultado natural de una política individual de EEUU²¹. En 2003, durante el gobierno Bush, éste surgió como un plan de lucha contra el VIH/SIDA que aunaba posturas religiosas conservadoras con la apuesta por “ganar mentes y corazones” en la lucha contra el terrorismo internacional. A finales del mandato republicano, el PEPFAR ha terminado siendo una válvula de escape a las críticas a la administración Bush. La administración Obama está transformando el PEPFAR para incorporar nuevas líneas pero continúa defendiendo su naturaleza bilateral adecuada a los intereses nacionales estadounidenses²². El PEPFAR constata la transformación de la agenda de seguridad nacional en el ámbito de la salud pública global. Desde mediados del siglo XIX la defensa del territorio, la soberanía y los intereses económicos nacionales frente a la amenaza de las enfermedades infecciosas se enmarcó dentro de una idea geopolítica que en el ámbito de la salud pública internacional subrayaba los acuerdos internacionales y el uso de la biomedicina y las políticas de salud pública para defender la soberanía nacional y los intereses capitalistas (explotación de los recursos naturales y comercio internacional). Esta noción geopolítica pervive en la actual salud pública global dentro de otro paradigma de seguridad geopolítica que promueve el gobierno de la población global como medio de asegurar los intereses nacionales²³. El interés de EEUU por controlar la epidemia en África se relaciona con la amenaza a sus

²¹ Ver PEPFAR; <http://www.pepfar.gov>

²² Ver Ingram, A, “Governmentality and security in the US President’s Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)”, *Geoforum* 41 (2010) 607–616

²³ La relación entre ambas ideas de geopolítica deben verse en una dinámica de desplazamiento continuo más que como conceptos excluyentes. El control de las migraciones religiosas a la Meca ya centró el interés de la seguridad en salud pública durante finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX.

intereses nacionales que supondrían la multiplicación de los estados fallidos y los desequilibrios regionales por la extensión del VIH/SIDA²⁴.

En relación con la promoción de la sociedad civil, diferentes estudios sobre las iniciativas globales de lucha contra el VIH/SIDA en África muestran cómo las iniciativas globales de lucha contra el VIH/SIDA impactan más allá del sector salud. Éstas promueven valores asociados con la extensión de una economía de servicios, la reinstitucionalización del estado y la construcción de una sociedad civil identificada con el papel de vigilar el papel del estado en África²⁵. En Etiopía las actividades del Fondo Global han contribuido al desarrollo de una sociedad civil y la creación de redes de servicios suministrados por las ONGs; Ethiopian Inter-Faith Forum for Development, Dialogue and Action (EFIDDA) y la Networks of Networks of HIV+ in Ethiopia (NEP+) que representan a 380 organizaciones. En total 400 organizaciones sociales y ONGs 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 1981 y las religiosas de 192 a 690. Este incremento muestra el interés por estudiar la relación entre este aumento, las actividades de las iniciativas globales y los valores que éstas promueven.

Como hemos visto los intereses de seguridad y la promoción de la sociedad civil son intereses que pueden actuar en el ámbito de la salud pública global. Esto ha hecho igualmente que nos preguntemos si estas conexiones globales son un rasgo original a nuestro momento histórico o, si ya han estado presentes en el pasado. Y en este último caso investigar qué de novedoso tiene su existencia en la actualidad. Esto nos lleva a localizar la agenda de buen gobierno en el despliegue histórico de la biomedicina, las políticas desarrollistas de salud pública y la incorporación de la APS en Etiopía. Las siguientes conexiones nos mostrarán como la idea de que la agenda de buen gobierno en salud en Etiopía es el presente de una historia de más larga duración.

La introducción desde finales del siglo XIX de la vacuna contra la viruela en Etiopía, por el emperador etíope Menelik demuestra que las prácticas terapéuticas en África no eran sólo práctica culturales atrasadas, como juzgaban muchos Occidentales, si no un asunto público que suponía el ejercicio de un poder y la promoción de un tipo de orden social. A su vez esta vacunación muestra la pluralidad terapéutica africana y

²⁴ Ibid. Ver Elbe, Stefan; *Virus alert: security, governmentality, and the AIDS pandemic*, Columbia, 2009

²⁵ Ver Harman, Sophie (2009) 'Fighting HIV and AIDS: Reconfiguring the State?', *Review of African Political Economy*, 36: 121, 353 — 367

critica la consideración de creer que las políticas de salud pública son propiedad exclusiva de una razón de gobierno Occidental atrapada en un tipo de desarrollo histórico y científico²⁶. Durante las primeras décadas del lenguaje del desarrollo internacional (1950, 1960) se extendió en Etiopía una agenda de modernización Occidental. Durante el segundo reinado del Emperador Haile Selassie (1941-1975) agendas bilaterales y organismos internacionales (USAID, OMS y UNICEF) impulsaron la formación técnica en biomedicina, la construcción de centros de estudios biomédicos y los planes verticales de control de la malaria. Las actuaciones reforzaron los hospitales urbanos de Amara y Addis Ababa y limitaron otras actuaciones como la lucha contra la tuberculosis.²⁷ Con la revolución marxista-leninista del Mengistu (1974-1991), que derrocó a Haile Selassie, se incorporó un enfoque basado en la APS, la atención a ciertos perfiles epidemiológicos, servicios rurales, salud materno-infantil. A través de la *zematcha* se movilizó a los estudiantes para construir letrinas y llevar a cabo una reforma agraria (parecida a la desarrollada por el maoísmo en China). Estas políticas de salud trataron de ideologizar y persuadir políticamente a la población lo que terminó fortaleciendo las diferencias entre una biomedicina impuesta por el régimen y unas prácticas tradicionales consideradas negativamente por el mismo²⁸. Los elementos de la APS relacionados con la participación comunitaria y la reforma sanitaria rural estuvieron presentes en las actividades de las guerrillas trigeñas y eritreas contra el régimen marxista etíope. Enfoques comunitarios de la APS que ya se dieron contextos políticos como los de El Salvador, Guatemala, Nicaragua o Suráfrica²⁹. Ejemplos todos ellos de los múltiples intereses involucrados así como de los vínculos existentes entre Salud, Cooperación al Desarrollo y el ámbito de las Relaciones Internacionales.

El caso de estudio de Senegal

En el caso de Senegal, las relaciones con España no han dejado de crecer desde el establecimiento de relaciones diplomáticas en 1965. En el periodo contemporáneo, dichas relaciones se han acelerado desde la llamada crisis de los cayucos en 2006. Un Memorandum de Entendimiento fue establecido ese mismo año así como diversos acuerdos comerciales, de seguridad y migratorios hasta llegar al

²⁶ Ver Pankhurs, Richard, "The history and traditional treatment of smallpox in Ethiopia, Medicine and History" 1965; pp; 351-352. Agradecer a Louise White el envío del documento *The Needle and the State: Immunization and Inoculation in Africa* de donde he recogido el valor de la introducción de la vacunación contra la viruela en Etiopía.

²⁷ Ver Kloss, H, "Primary Health Care in Ethiopia" *Soc. Sci. Med.* Vol. 46, Nos 4-5, 1998, pp; 508-509

²⁸ Kloss, H, (1998); 509-513.

²⁹ Kloss, H, (1998); 517-518

2009 en que se firma la I Comisión Mixta. En el año 2010, se habría acordado intensificar la cooperación en el ámbito pesquero, agrícola, formativo, militar y de infraestructuras.

Un país, Senegal, cuyo Índice de Desarrollo Humano (IDH) en 2009, se situaba en el puesto 16630 sobre un total de 182, siendo considerado un país de desarrollo humano bajo. Y ello a pesar de su remarcable crecimiento económico que, desde 1996 y hasta la reciente crisis económica internacional, se habría situado en una media del 5% acompañado de una inflación anual del 2%. Mientras, la incidencia de la pobreza habría disminuido entre 2001 y 2007 del 67'9% al 57'1%³¹.

Y es en dicho panorama que vienen a intervenir las políticas actuales de cooperación al desarrollo españolas, que incluyen a Senegal como país prioritario desde el I Plan Director de Cooperación que data del año 2000, aunque habría que esperar hasta el 2003 para que abriera sus puertas la OTC de Dakar. En 2005 se establece un I Documento Estrategia País (DEP) (2005-2008) regido por los principios de concentración geográfica y sectorial y de coherencia de políticas. Se establecen como sectores prioritarios la educación y la salud. Y respecto al ámbito geográfico, se concentra en las regiones de Saint Louis, Ziguinchor y Kolda. Se hace hincapié en el instrumento de apoyo sectorial que se estimó factible visto el proceso de descentralización iniciado de modo piloto en 4 Ministerios: Educación, Medio Ambiente, Justicia y Salud. Igualmente señalar como desde el año 2006 se asiste a un interés creciente de las Comunidades Autónomas por Senegal (principalmente Castilla-La Mancha, Cataluña, Canarias, Galicia, Comunidad de Madrid y País Vasco)³². En todo caso y hasta el 2009, la mayoría de los fondos han sido ejecutados por el sector de las ONGDs las cuales han incrementado su presencia de forma remarcable desde 2003 coincidiendo con la apertura de la OTC. Es así que en 2008, Senegal era el país subsahariano con un mayor número de Ongs españolas con presencia estable (13) así como sin presencia fija pero realizando intervenciones sobre el terreno (21) habiendo

³⁰ PNUD Informe sobre Desarrollo Humano 2009. Movilidad y Desarrollo Humanos. Ginebra 2009.

³¹ République du Senegal *DSRP-II, Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté 2006 2010*, République du Sénégal. Octubre 2006.

³² Incluso desde 2008 Cataluña cuenta con su propia oficina de cooperación en Kolda, zona emisora de emigrantes.

experimentado el volumen de fondos por éstas ejecutadas un incremento del 206% entre 2006 y 2008 y gestionando un total de 78 proyectos y convenios³³.

Tampoco hay que olvidar como en el 2007 se condona la deuda de Senegal derivada de los créditos FAD contraída con anterioridad al 20/06/99, que estimada a unos 133,9 millones de euros³⁴, constituye uno de los volúmenes más importante condonados por España a un país subsahariano. La anulación es directa para 65,5 millones y la parte restante se traduce en un Programa de Conversión de Deuda para la realización de nuevos proyectos para cuya asignación se ha constituido un Comité Binacional priorizándose los sectores de energía, pesca y salud.

En lo que se refiere a la Estrategia de la CE, ésta se rige por el DEP 2008-2013, que ha tratado de alinearse con la Estrategia de Lucha contra la Pobreza (DRSP) senegalesa. Es así que la CE ha hecho propios sus objetivos y para su consecución ha destinado a través de su 10º FED (2008-2013) un total de 288 millones de euros concentrados en los sectores de integración regional y comercial así como en el sector del saneamiento. La estrategia seguida es de apoyo presupuestario en al menos el 52%. Asimismo se presta especial atención a los sectores de migraciones, gobernanza y cultura, siendo transversales las estrategias de género y medio ambiente³⁵.

Paralelamente y con el fin de mejorar la coherencia así como la eficacia de la ayuda, el Gobierno senegalés ha aprovechado la elaboración del ya citado DRSP II para establecer 2 mecanismos ad-hoc: el Plan de Acción para Armonización y eficacia de la Ayuda (2007-2010) impulsado por la CE, y el Acuerdo Marco sobre Apoyo Presupuestario cuya coordinación recae en la Célula de Seguimiento del Programa de lucha contra la Pobreza y que de forma progresiva está siendo firmado por los países donantes que realizan apoyo presupuestario. Asimismo el Consejo de ONG de Ayuda al Desarrollo pudo participar en el 2007 a dicho debate representando a la sociedad civil gracias al apoyo de la embajada de Canadá, aunque posteriormente su voz ha ido perdiendo espacio propio, como ya ocurriera en el sector educativo o agrícola. Posteriormente se ha creado un Comité ACAB de coordinación técnica entre donantes y Gobierno. Mientras, las Agencias de NNUU han establecido, en acuerdo con las autoridades locales, su propio mecanismo de coordinación a través de un Plan Marco de Ayuda al Desarrollo en Senegal (UNDAF 2007-2011).

³³ Coordinadora de ONGs EspañaEspecial temático las Ongs españolas en África. Pub.Coordinadora 2010.

³⁴ Ver Plan África 2009-2012. MAEC

³⁵ Ver UE Senegal-Communaute Europeenne. Document de Strategie Pays et Programme Indicatif National.10º FED. 2008-2013

1. Políticas de salud pública senegalesas

Ahora bien, uno de los sectores claves para el desarrollo en Senegal sigue siendo el sanitario. A pesar de que el derecho a la salud aparece inscrito en la Constitución senegalesa de 2001 (Art. 8 Título II), éste está lejos de ser una realidad, en un país con unos indicadores sanitarios preocupantes, y un sistema de salud deficiente tanto en infraestructuras, tecnología, insumos como personal. De un lado aún son muchos los avances a realizar para mejorar los indicadores ODM, especialmente en lo referente a los ODM 4 y 5. Y en lo que se refiere a la epidemia de VIH/SIDA, aunque Senegal presenta una de las más bajas prevalencias del continente (0,7) ³⁶, resulta preocupante que en el sur del país y especialmente en Ziguinchor ésta habría aumentado hasta el 30% entre las profesionales del sexo ³⁷. Mientras, el Gobierno senegalés habría ido aumentando su presupuesto global de salud, pasando de un 5'5% en el 2.000 a un 8'1% en el 2005.

A nivel de políticas, el marco referencial es la citada Estrategia de Lucha contra la Pobreza (DRSP II), inscribiendo así la salud como un aspecto clave del desarrollo humano en dicho país. En la actualidad, Senegal cuenta con un nuevo Plan Nacional de Desarrollo Sanitario (PNDS) (2009-2018), así como con más de una decena de Planes Verticales, entre ellos el de VIH/SIDA. En lo que se refiere a éste último decir que no es hasta el 2001 que el Gobierno crea el Consejo Nacional de Lucha contra el Sida viendo luz un año después el I Plan Estratégico de Lucha contra el Sida (2002-2006). En la actualidad se encuentra en vigencia el II Plan (2007-2011) que tiene como poblaciones diana a las poblaciones más expuestas al riesgo de contagio: trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con hombres, mujeres y hombres con MST. Existe igualmente una Política de Salud Sexual y Reproductiva y desde 2005 una Ley de salud y la reproducción.

En lo que se refiere a la organización del sistema sanitario senegalés éste es fruto de la herencia colonial, estando presente la biomedicina en todo el país desde la instalación de los europeos, y contando con el 1er Hospital construido por los franceses en África Occidental, el de Saint Louis, que data de 1836. En la actualidad la pirámide sanitaria se compone de 3 niveles:

³⁶ ONUSIDA 2007 Situación de la epidemia de Sida 2007, pag: 11

³⁷ ONUSIDA 2007 Situación de la epidemia de Sida 2007, pag: 20.

- Nivel periférico: el distrito sanitario dirigido por un médico comprende como mínimo un centro de salud de referencia y una red de dispensarios que pueden verse complementados a nivel de poblados por maternidades rurales o puestos de salud creados por las propias poblaciones siguiendo los principios de la Iniciativa de Bamako y gestionados desde un Comité de salud local.

- Nivel regional que corresponde a la región sanitaria y con cada una de las 17 regiones administrativas que desde el 2007 componen el país. En principio debe contar con un Hospital.

- Nivel Central con Hospitales de 3er Nivel e instancias de gestión.

El sistema sanitario integra igualmente a los restantes sistemas médicos existentes en el país, incluida la medicina árabe-musulmana y la de tradición africana-animista, aunque de un modo subalterno, contando con una lista referencial de traditerapeutas integrados al sistema biomédico.

Y es sobre dicho marco que intervienen los diferentes donantes, incluida España. Unos donantes liderados desde 2004 por la OMS³⁸ cuya estrategia de cooperación 2009-2013 en Senegal constituye el marco de referencia de las intervenciones de dicho organismo en clara coincidencia con el citado PNDS (2009-2018), y basándose igualmente en el DRSP II. Con el fin de coordinar al grupo de donantes en salud, cada uno con procedimientos y tiempos propios, la OMS ha asumido dicha responsabilidad y a instancias del Gobierno senegalés ha creado un Grupo Temático de Salud en donde están presentes los principales donantes, que son el BM, Alemania, Japón, Bélgica Luxemburgo, Francia, EEUU así como el Banco Islámico de Desarrollo y el Banco Africano de Desarrollo. Senegal ha recibido igualmente cuantiosos fondos del Fondo Global en las rondas 1 y 6. Respecto al volumen de fondos asignados por la ayuda bilateral se observa una disminución en los últimos años salvo en EEUU y Japón. En el caso de la UE, el sector salud ha sido prioritario hasta el año 2001³⁹, pero ni en el 9º FED ni en el 10º es priorizado, aunque dentro de la línea de apoyo presupuestario directo para la puesta en marcha de la estrategia de reducción de la pobreza se incluya el fortalecimiento de los servicios básicos de salud. En el caso de España, cabe distinguir 2 periodos en su actuación:

³⁸ Ver estrategia de la OMS en Senegal en <http://www.who.int/countries/sen/fr>

³⁹ Habría contribuido por ejemplo a la remodelación-contrucción de los Hospitales de Saint Louis, Podor.

antes y después de 2009 que cuestionan la coherencia de las políticas de cooperación españolas en Senegal, a través del sector salud.

2. Cuestionamientos a la coherencia interna

Las políticas de cooperación en salud española en Senegal tienen como 1er marco específico el establecimiento en el 2005 del citado I DEP (2005-2008) que, recordemos, identificó como área prioritaria el sector salud al considerarlo, junto con el acceso la educación, el agua y el saneamiento básico, un problema estructural en Senegal, que se alineaba a su vez con las prioridades del gobierno senegalés, incluidas las ya citadas de descentralización. Para ello la identificación de dicho plan se apoyó en la presencia de ONGs españolas sobre el terreno, que tímidamente iniciada en la década de los 90, se vio acrecentada de modo significativo desde el año 2003. Es así que el citado DEP tenía como principales objetivos el fortalecimiento institucional del Sistema Público de Salud (a través del aumento de las capacidades y la formación de recursos humanos sobre el terreno y 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) así como la mejora de la salud infantil (a través del apoyo a los programas de vacunación, nutrición infantil y de educación para la salud en el medio escolar y el fortalecimiento de los centros de salud y maternidades rurales). Respecto al ámbito geográfico, se decidió la concentración en las regiones de Saint Louis, Ziguinchor y Kolda aunque en 2009 se incluyó Sedhiou. Asimismo el DEP abordaba la epidemia del VIH/SIDA siendo sus objetivos específicos el fortalecimiento de los Programas de Tratamiento y Prevención y el apoyo al acceso a Medicamentos esenciales. Una apuesta prioritaria por el sector salud, en el que el 70% de los fondos destinados han sido ejecutados por las ONGD' s y no vía apoyo presupuestario como establecerían los citados marco e instrumentos de la agenda de cooperación global en salud.

Sin embargo, estaríamos asistiendo en la actualidad a un giro de 180° en la estrategia española de cooperación en salud a través de su retirada progresiva del sector combinada al mismo tiempo con una presencia creciente en fondos e iniciativas multilaterales.. Es lo que se ha venido en llamar la fatiga del donante aunque en este caso el donante lleve escaso tiempo interviniendo. Es así que en nuestro trabajo de campo en España, las ONGs entrevistadas han tirado la alerta sobre la brusca

interrupción de fondos habida desde el pasado año y que estaría poniendo en dificultad la continuidad de las acciones iniciadas, principalmente dedicadas al ámbito de la prevención del VIH/SIDA, el apoyo de infraestructuras o la mejora de la atención en salud materno-infantil. Una interrupción que tendría consecuencias sobre la continuidad de los proyectos iniciados y por ende sobre la salud de las poblaciones. Pero al mismo tiempo estaría poniendo en peligro la financiación de las propias ONGDs que buscarían de forma creciente cómo diversificar sus fuentes de financiación volviendo su mirada cada vez más hacia la Unión Europea y en especial hacia las CCAA que por contra estarían aumentando su ayuda en salud en dicho país. E incluso algunas Ongs estarían viendo como reconvertirse a los nuevos sectores prioritarios de la cooperación oficial española: desarrollo rural y escuelas talleres⁴⁰.

Y todo ello sin que haya habido ningún tipo de mecanismo específico de coordinación de las políticas de cooperación entre Estado y CCAA, entre estas y las ONGDs incluidas las del ámbito de la salud, de modo que la presencia española en Senegal guarde una cierta coherencia interna. Aunque en el 2008 y con el fin de evaluar la labor realizada, la OTC invitó a unas 35 organizaciones españolas a un debate interno sobre las políticas de cooperación, incluidas las sanitarias, saliendo ya a la luz dicha falta de coherencia y de coordinación interna. Asimismo se señaló la escasa coordinación con las autoridades senegalesas y el resto de donantes, problemas de concentración sectorial o dificultades a la hora de identificar proyectos.

Asimismo, y según el testimonio de alguno de los actores entrevistados en España, uno de los argumentos que estaría facilitándose desde la OTC para la retirada del sector salud, y en especial de la financiación vía las ONGDs es el limitado impacto de las acciones realizadas o los problemas habidos de entendimiento y coordinación con las autoridades y profesionales sanitarios locales, especialmente en el caso de políticas verticales como la del VIH/SIDA. Una problemática a confrontar con los datos y testimonios de los actores locales pero que en todo caso nos lleva a cuestionarnos sobre el conocimiento real, tanto de los donantes como de sus ejecutores sobre el terreno, no sólo de las políticas sanitarias locales sino incluso de los contextos socioculturales sobre los que se interviene, de las relaciones de hegemonía - subalternidad existentes o los intereses de los diferentes actores locales que pueden

⁴⁰ A este nivel cuestionarse igualmente sobre la coherencia interna de cada actor con sus propias misiones así como su capacidad para trasvasar sus recursos humanos o contar con nuevos especialistas en cada área de intervención.

llegar a favorecer o entorpecer la implementación de un proyecto de desarrollo⁴¹. En el caso que nos ocupa, cabe preguntarse específicamente sobre el conocimiento de dichos actores sobre el conjunto de creencias y prácticas específicas relacionadas con la salud. Unas creencias, especialistas, instituciones y terapéuticas sobre las cuales vino a insertarse en su momento la biomedicina en la mano de los colonizadores y en la actualidad de la mano de gobiernos, donantes u ONGs. En definitiva, unos sistemas médicos que son, junto al biomédico, empleados o no en función de su accesibilidad geográfica financiera y cultural así como de sus posibles usos sociales⁴². Conocimiento de las realidades, sistemas médicos y actores locales que permitirían sin embargo el poder llegar a traducir en la práctica con mayor eficacia y coherencia principios de la agenda del buen gobierno en salud como son los de alineamiento, apropiación, asociación en el terreno o desarrollo endógeno y participativo.

3. Cuestionamientos a la coherencia externa

Ahora bien, dicha retirada del sector salud no sólo nos cuestiona sobre la coherencia interna de la agenda de cooperación española sino también sobre en qué medida la presencia de otros intereses que los sanitarios (políticos, económicos, migratorios de seguridad,...) han influido, primero en la elección del sector salud como prioritario y luego en su reciente abandono. Si se realiza un recorrido histórico se aprecia un claro vínculo entre el acercamiento de España a Senegal y sus intereses comerciales (pesca, materias primas, energías limpias, sector agro-alimentario). Unos intereses que toman un nuevo cariz tras la crisis de los cayucos del 2006. Momento en el cual se inician una serie de visitas de alto nivel con un tema central: las políticas migratorias a través de la mejora del sistema de fronteras FRONTEX y la aceptación de repatriaciones. “En agradecimiento” España intensificaría su ayuda al desarrollo, incluido el sector salud que ya había sido incluido como prioritario en el citado DEP. Es así que el año 2006 se firma un 1er Acuerdo Marco de Cooperación que se traduciría en una movilización de fondos adicionales de ayuda especialmente destinados a reforzar el Plan de Desarrollo Rural REVA así como el control costero. En la actualidad se habría optado por dar una mayor coherencia externa a los intereses españoles abandonando el sector salud y centralizando la estrategia española en los citados sectores prioritarios

⁴¹ En la línea de la analizado por Fassin, D. (2000) *Les enjeux politiques e la santé*. Paris: Karthala, 2000.

⁴² En la línea de los analizado por Mendiguren , B. en Malí. Ver “La institucionalización de la biomedicina y las jerarquías locales entre los soninké de Malí”, *Revista Studia Africana* n°17, Varios.

del desarrollo rural y la formación profesional. Sectores en todo caso relacionados con el intento de frenar la migración de jóvenes hacia Europa a través de su “enraizamiento” en sus lugares de origen, aunque de nuevo quepa interrogarse sobre los intereses y posibilidades reales de ambas opciones⁴³. Asimismo podríamos cuestionarnos sobre los posibles intereses geo-políticos y comerciales de la creciente presencia de las CCAA en el sector salud.

Al mismo tiempo, y en referencia a dichos intereses de España, señalar cómo su retirada progresiva en el sector salud no impide que a nivel comercial se estaría apoyando la transferencia de tecnología médica española, facilitando misiones como la habida recientemente de 12 empresas españolas del sector de equipamiento médico miembros de la asociación FENIN.

Ejemplos todos ellos de los diferentes intereses en juego que en todo caso suponen un reto a la coherencia de políticas y muestran de nuevo los vínculos existentes entre Salud, Cooperación al Desarrollo y el ámbito de las Ciencias Sociales, en este caso de la Antropología.

CONCLUSIONES PRELIMINARES

Cuando el sector salud es una importante vía de incorporación de la ayuda al desarrollo en Etiopía, o la ha intentado ser como en Senegal, es necesario ir más allá de lo que afirma la agenda de buen gobierno en salud. De hecho al sobrevolar la historia advertimos cómo ha existido una conexión entre la salud pública en ambos países y el ámbito internacional. Si incorporamos los intereses ya mencionados de los donantes al despliegue histórico de unas agendas internacionales de salud pública, transformamos la actual agenda de buen gobierno en salud, la cual pasa de ser un lenguaje técnico de ayuda a, en el presente, razón de gobierno que ordena las políticas de salud pública internacional⁴⁴. Y ello a pesar de que en el camino, a menudo pierda de vista a sus beneficiarios, al no sustentarse en las concepciones y necesidades de las

⁴³ La política de desarrollo agrícola ha sido el caballo de batalla de los diferentes gobiernos senegaleses así como un laboratorio para la participación de la sociedad civil..Ver Jones, A. (2009) *Societe civile et participation au developpement Le cas de Senegal*. Paris: L'Harmattan. De otro se estaría tratando de trasladar la larga experiencia en escuelas taller de la cooperación española en Latinoamérica a un contexto totalmente diferente.

⁴⁴ Este enfoque se vincula a los estudios de gubernamentalidad de Foucault en el campo de la salud global y desarrollados entre otros por Ingram, Elbe y Bashford.

poblaciones receptoras aunque impacte sobre las mismas. Esta razón de gobierno, compuesta por los diferentes intereses relacionados, nos ha de permitir en todo caso:

1. Profundizar en la naturaleza de las respuestas, apropiaciones y contestaciones de la propia población africana en el ámbito de las políticas de salud pública global.
2. Analizar las realidades socioculturales y contextos de pluralismo médico sobre los que vienen a insertarse dichas políticas de salud, y que van a posibilitar o frenar su apropiación local.
3. Ahondar en el análisis de los intereses de los donantes, en relación a la seguridad global y la promoción de un tipo de sociedad civil, y ver si éstos deben interpretarse no tanto como elementos externos a estas agendas si no como razones constitutivas de la misma.
4. Recuperar para el presente el valor de problemas históricos vinculados al despliegue de la biomedicina, las políticas de salud pública y la reforma de los servicios de salud en África.
5. Indagar en la existencia de relaciones de poder dentro de un contexto global que influye en la salud de la población africana⁴⁵.

Este análisis podrá ser confrontado sobre el terreno, a partir de septiembre de 2010, y aplicado a las políticas de cooperación en salud españolas incidiendo:

- en el caso de Etiopía, sobre la estrategia de fortalecimiento de los servicios de salud usada por la AECID en sus actividades verticales en dicho país y como ésta se triangula con la agenda de salud pública global y los intereses de seguridad de los donantes. Además se evaluará la originalidad del papel que juega la AECID en las políticas de salud pública en Etiopía.

- en el caso de Senegal, ahondando en los intereses del citado proceso de retirada de la incipiente presencia española en el ámbito sanitario, incidiendo en las actuaciones verticales realizadas en dicho país y su impacto sobre el fortalecimiento de los servicios de salud, así como sobre sus vínculos con las estrategias del resto de donantes. Asimismo se indagará hasta qué punto la citada estrategia de entrada y salida se ha sustentado en el conocimiento de las realidades socioculturales del país receptor y si ello ha sido o no un freno para su apropiación.

La voz de sus protagonistas vendrá o no a confirmar nuestros planteamientos.

⁴⁵ Ver OMS, *Comisión de Determinantes Sociales de Salud. Informe Final*, OMS, 2009