



CIEA7 #20:

POLÍTICAS DE SALUD Y SUS IMPLICACIONES HACIA ÁFRICA.

Eduardo Bidaurratzaga Aurre[©]

eduardo.bidaurratzaga@ehu.es

¿Hacia el desarrollo humano en África desde los ODMs?: Principales logros, limitaciones y retos en el ámbito de la salud¹

El continente africano 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.

Desarrollo humano, África, Salud, Cooperación al desarrollo, Políticas públicas.

Many of the worst indicators of well-being and health are to be found in the African continent: 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.

Human development, Africa, health, Development cooperation, Public policies.

[©] UPV/EHU (Universidad del País Vasco) - Hegoa.

¹ Este trabajo se inscribe en el marco del grupo de investigación denominado “Grupo de investigación sobre seguridad humana y desarrollo humano local” con financiación de la UPV/EHU para el periodo 2010-12.

INTRODUCCIÓN

Un somero análisis de la situación del desarrollo humano en el África en términos agregados en comparación con otras regiones del mundo suele llevar a la conclusión de que ésta se encuentra muy por detrás de las demás, incluidas las más desfavorecidas entre las latinoamericanas y asiáticas. Más concretamente, respecto a diferentes variables relacionadas con la satisfacción de necesidades primarias, este primer acercamiento a los datos disponibles suele acabar traduciéndose en la idea de que la gran mayoría de los países que se encuentran en los puestos más bajos del ranking mundial corresponden al continente².

Por todo ello, es habitual encontrarnos con análisis que consideran que esta región como tal se ha convertido en un caso excepcional, en el que, como víctima de una especie de maldición, ha quedado caracterizada por una enorme brecha en cuanto al resto del mundo en diferentes ámbitos vinculados al desarrollo, y especialmente en el de la salud.

Tras la evidencia de dos décadas de políticas neoliberales con escasos resultados satisfactorios sobre el desarrollo humano, a comienzos del nuevo milenio surgió con fuerza la agenda de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs). Dicha agenda estableció una serie de objetivos (8), metas (18) e indicadores (48) mensurables y evaluables en un periodo temporal concreto (hasta el año 2015), lo que sin duda, supuso una gran novedad a la hora de hacer frente al objetivo general de promoción del desarrollo humano y lucha contra la pobreza en un sentido amplio. Tras haber recorrido dos tercios del camino en términos de tiempo, se antoja apropiado un análisis en profundidad de los logros y limitaciones identificados hasta el momento de cara el gran reto del cumplimiento de las metas establecidas.

Así, si bien es en África donde el logro de los ODMs se muestra más decepcionante hasta el momento, la casuística dentro del propio continente es muy variada. Y otro tanto podría afirmarse respecto al mayor o menor grado de éxito en cuanto a diferentes objetivos e indicadores pudiendo identificarse generalmente, por ejemplo, avances más destacados en el sector educativo que en el sanitario³. De este

² De los 24 países en últimos puestos de la clasificación en función del Índice de Desarrollo Humano (IDH) dentro del apartado de Desarrollo Humano Bajo, 22 corresponden a países de África, al igual que los 9 últimos del apartado de Desarrollo Humano Medio. En el año 2007, el IDH correspondiente a África subsahariana alcanzó el valor regional más bajo con 0,514, por debajo de Asia Meridional (0,612) o Latinoamérica y Caribe (0,821), siendo la media mundial de 0,753 (PNUD, 2009).

³ 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 años 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 la salud, como el acceso a agua potable y a

modo, 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 algunas variables representativas del estado de salud de la población en el continente, 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 el continente 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 única imagen homogénea explicativa de la realidad de estos países. De hecho, todo ello contribuye a la generalización de una visión superficial y estereotipada del continente, que demuestra poco interés por las diferentes áfricas y sus diversos contextos socioeconómicos y políticos⁴.

En definitiva, en un contexto de amplias desigualdades entre países y en el interior de ellos⁵, la situación y evolución del desarrollo en el continente 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 en cuanto a satisfacción de necesidades básicas 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 que marquen una diferencia sustancial sobre los aspectos prioritarios del desarrollo humano, y de la salud en particular, en los países del continente con unas peores condiciones al respecto, y en los grupos de población más desfavorecidos dentro de ellos.

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

El análisis teórico sobre el concepto de desarrollo, ha evolucionado sustancialmente a lo largo de la segunda mitad del siglo anterior hasta nuestros días. Gracias a algunas interesantes aportaciones teóricas desde principios de los años 70,

saneamiento, mejoran para la mayoría de países, y sustancialmente para algunos de ellos (UNECA, 2009).

⁴ Para profundizar más en esta línea de análisis, véase Oya (2005) y Sender (1999).

⁵ África subsahariana es considerada una de las regiones con mayores niveles de inequidad, tanto en términos de renta como de otras dimensiones de bienestar, especialmente entre hombres y mujeres y diferentes áreas geográficas (Okojie y Shimeles, 2006).

y posteriormente a finales de los 80 tras el auge del neoliberalismo económico, diversos 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 humano⁶ 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 para algunos reducida 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 de un enfoque ya no tan nuevo, queda claramente de manifiesto la relevancia dada, más allá de la renta, a los aspectos relacionados con sectores básicos como la educación y la salud para el logro del objetivo final del desarrollo humano⁷, tomándose para el caso de esta última en cuyo análisis queremos centrarnos la esperanza de vida como variable representativa.

Es más, el último ejercicio de concreción sobre la gran meta del desarrollo desglosada en función de unos cuantos objetivos específicos y definidos en un horizonte temporal determinado, es decir los ODM, no deja tampoco mucho lugar a dudas sobre la importancia de factores sanitarios en el camino hacia el desarrollo. Concretamente, de 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 para la evaluación de sus progresos, retrocesos y retos (Alonso, 2005). No obstante, una de las críticas más sustanciales viene desde la óptica de los derechos económicos y sociales fundamentales (Vandemoortele, 2004)

⁶ Es necesario a este respecto mencionar las aportaciones teóricas a este enfoque por parte de autores como Paul Streeten o Amartya Sen, entre otros.

⁷ 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).

De hecho, más allá de la evidente relevancia de la salud, gran parte del debate teórico en la literatura actual se centra en si el logro de unas condiciones mínimas en cuanto a la satisfacción de necesidades primarias constituyen fines en sí mismos, o si por el contrario, se limitan a ejercer de instrumentos para el logro del desarrollo como objetivo final, entendido éste en términos convencionales. Y todo ello es de gran relevancia en el contexto del supuesto acuerdo entre gobiernos y organismos internacionales con tradiciones muy diversas para el establecimiento de unos objetivos y una agenda basados en la referencia de los ODMs.

Por otro lado, no cabe duda de que la salud está relacionada con multitud de otros aspectos estrechamente vinculados al desarrollo humano, como la educación y la renta, entre otros. De este modo, 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 cargo⁸. Más recientemente también se ha demostrado que la mejora del nivel educativo de la población femenina es un factor fundamental para conseguir que la prevención del VIH-SIDA, especialmente entre la población más joven, sea más eficaz⁹.

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

⁸ 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 2006). Para más información al respecto, véase UNICEF 2006, Oya y Begué 2006, Mukudi 2003, Schultz 2002, Smith y Haddad 1999.

⁹ Véase ONUSIDA 2008, Ainsworth y Filter 2006, Bennell 2005, UNICEF 2004, World Bank 2002, Cohen 2002, ILO 2006, Smith y Cohen 2000, SARDC 2000.

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 y reducción de la protección social de la mano de políticas de ajuste estructural y la consiguiente introducción de tasas de uso de los servicios básicos (Oya y Begué, 2006; Appleton, 2000; Appleton, et al., 1996).

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 niñas¹⁰, 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 macroeconómico¹¹.

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, más allá de la fuerte reducción de la esperanza de vida en diversos países del continente, principalmente en África Austral. En este sentido, es fundamental partir del reconocimiento del VIH/SIDA como mucho más que

¹⁰ 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.

¹¹ 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). 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).

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, el estado de salud de las personas depende de una compleja combinación de variables, tanto de carácter médico-sanitario como relacionadas con un contexto económico, social y político ciertamente diverso en África. No obstante, huyendo de esta complejidad como punto de partida, en los últimos tiempos, el *mainstream* de la economía política de la salud a nivel internacional y la arquitectura global de sus políticas parecen haberse centrado en la lucha contra una serie de enfermedades concretas en África, bajo la argumentación de que éstas son las más letales en el continente¹². Todo ello ha revitalizado la controversia sobre las intervenciones verticales para combatir algunas enfermedades frente a la horizontalización de políticas y el reforzamiento de los sistemas nacionales de salud desde una perspectiva de universalización de los servicios de salud a largo plazo.

Y es en este contexto asimismo donde se hace fundamental subrayar la importancia de algo que gran parte de la literatura sobre ODMs parece ignorar: la introducción de criterios de equidad sobre los grupos más desfavorecidos en el diseño e implementación de políticas de salud (Mwabu, 2008).

SITUACIÓN Y EVOLUCIÓN DE ALGUNOS INDICADORES BÁSICOS DE SALUD

Partiendo pues de que el estado de salud de la población en África 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 ODMs¹³, plantean sin duda evidentes simplificaciones de la misma. No obstante, en base al comportamiento de esas variables, y de otras que las complementen, pretendemos realizar a continuación un pequeño diagnóstico de la compleja y variada situación de la salud en el continente.

Comenzamos, con una primera aproximación a la situación del desarrollo humano en el continente a partir del IDH. El nivel de heterogeneidad en términos de desarrollo humano en el continente es enorme. Concretamente el IDH va desde las peores posiciones de la clasificación de desarrollo humano bajo hasta las mejores de

¹² 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, son representativos de esta tendencia. No obstante, el informe de la OMS de 2008, subrayando la importancia de la atención primaria en salud, parece marcar un cambio de tendencia al respecto.

¹³ 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 artículo.

desarrollo humano alto y medio. Así, el valor del índice pasa a más del doble entre ambos extremos, con una amplia brecha existente entre países como Níger, Malí, Sierra Leona, R. Centrafricana, R.D. del Congo, Guinea-Bissau, Chad, Burundi y Burkina Faso, con valores por debajo de 0,400, por un lado, y Libia, Seychelles y Mauricio, con valores por encima de 0,800 en el otro, seguidos de Túnez, Argelia, Gabón, Guinea Ecuatorial, Cabo Verde y Egipto, en valores superiores a 0,700. La simplificación de esta realidad suele llevar a la exclusión de “la fotografía del subdesarrollo en África” de los países del norte del continente y algunos pequeños estados insulares, dando a entender, que para el resto, es decir, para el conjunto de África subsahariana la ausencia de condiciones de desarrollo es relativamente homogénea. Sin embargo, más allá de las altas posiciones protagonizadas por algunas economías exportadoras de petróleo, como Gabón y Guinea Ecuatorial¹⁴ fundamentalmente como consecuencia de su alto nivel de PIB per cápita, otros países como Botswana, Namibia o Sudáfrica exhiben también altos puestos en el ranking del continente en cuanto a niveles de educación y renta. En cuanto a la evolución del IDH, la gran mayoría de los países del continente para los que existen datos disponibles experimentan una evolución positiva en el periodo 1980-2007. 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 (PNUD, 2009).

Esperanza de vida

En cuanto a la esperanza de vida, la diferencia entre ambos extremos es también muy destacada, con países como Libia, Seychelles, Mauricio, Túnez, Argelia, Cabo Verde y Marruecos por encima de los 70 años, mientras que otros como Swazilandia, Lesotho, Zambia y Zimbabwe¹⁵ se encuentran en torno a los 45 años. Debe tenerse en consideración que estos niveles tan bajos de esperanza de vida hacen que África subsahariana cuente con el valor medio de esta variable más bajo del mundo 51,5 (frente a 64,1 de Asia Meridional o 73,4 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.

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

¹⁴ Guinea Ecuatorial ha sufrido un fuerte incremento de su PIB per cápita en los últimos años pasando de 2.279 (dólares constantes de 2007 en PPA) en 1990 a 10.869 en 2000 y en 30.627 2007, la más alta del continente, y próxima a países como España, Italia o Nueva Zelanda, si bien con un nivel de satisfacción de necesidades primarias muy inferior a éstos para la mayoría de la población (PNUD, 2009).

¹⁵ Si bien el Informe del PNUD de 2009 no ofrece el dato del IDH para Zimbabue, su esperanza de vida en el año 2007 se estimó que fue de 43,4 años.

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

término medio 5 o 6 años superior a la de los hombres, tan sólo se da en África para unos pocos países, no casualmente algunos de los que cuentan con unos niveles más altos de esta variable, como Mauricio, seguido de Cabo Verde, Túnez o Marruecos. 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, Lesotho, Camerún, Kenia, Zimbabwe, Zambia, Namibia, Ghana, Malawi, Tanzania, Mozambique, Níger 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 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, 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, desde los primeros a los últimos puestos de la clasificación del IDH. Entre éstos destaca el crecimiento superior a 10 años en ese periodo para países como Níger, Guinea, Eritrea, Madagascar Benín, Comoras, Egipto, Marruecos, Túnez, y Seychelles, con niveles de esperanza de vida ciertamente distantes. 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 Zimbabwe, Suazilandia, Lesoto, Zambia, Botsuana, Sudáfrica o Kenia.

En los casos de Zimbabwe, Botsuana y Suazilandia la esperanza de vida ha llegado a alcanzar reducciones próximas o superiores a los 15 años desde el comienzo de la década de los 90 hasta nuestros días, circunstancia realmente extraordinaria¹⁷ (WHO, 2006). No obstante, en los últimos años diversos países afectados por la pandemia, particularmente Uganda y, en menor medida, otros como Namibia, Botsuana, Suazilandia, Zambia y Zimbabwe, han conseguido empezar a revertir ligeramente la tendencia decreciente de la esperanza de vida (PNUD, 2009; WHO, 2009).

¹⁷ 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.

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 continente, en general la evolución de la mortalidad infantil¹⁸ es considerada pobre e insuficiente. Mientras que los países del norte del continente 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. Así, 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, 2009; UN, 2008).

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 el continente, y en particular en África subsahariana en 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 África subsahariana 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, la región 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

¹⁸ Entre los principales factores explicativos de las altas tasas de mortalidad infantil en el continente se encuentran el conflicto político y la alta prevalencia de malaria en diversos países de África Central y Occidental. Más allá de las tasas propiamente dichas, es importante tener en cuenta los argumentos expresados por Easterly (2009), que ponen de manifiesto que los criterios arbitrarios para el establecimiento de las metas de los ODMs, unas veces en función de mejoras en valores absolutos y otras en términos relativos, han contribuido a hacer que esos objetivos sean menos plausibles en el continente africano que en otras zonas del mundo.

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).

No obstante, más allá de estos datos conjuntos, el llaman la atención las enormes diferencias existentes en cuanto al grado de infección del virus en el continente. 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, Zimbabwe, Namibia y Zambia por encima del 15%, todos ellos localizados en la zona meridional del continente, la realidad de muchos otros países africanos dista mucho de asemejarse a la de éstos. Más de $\frac{3}{4}$ de los países africanos con datos disponibles tienen una tasa de prevalencia inferior al 7%, y para más de 20 la tasa se encuentra por debajo del 2%. Dentro de este último grupo destacan países de África Septentrional y Occidental.

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 recientemente, 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 África, si bien 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 compensarlo¹⁹.

¹⁹ Esto nos ayudaría a entender que Zimbabwe, el país africano que ha experimentado un descenso más radical de la esperanza de vida en las últimas décadas, envuelto hoy en día en una compleja crisis económica y política que limita sustancialmente sus recursos, haya visto 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 Malawi, Botsuana,

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 la población entre 15 y 24 años, las mujeres²⁰ 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 (WHO, 2006; ONUSIDA, 2009).

Todo ello nos lleva a enfatizar la importancia de políticas específicas sobre las mujeres, en general, y sobre aquellas de 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 África 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 rápidamente 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 altamente coste-efectivos para prevenir la transmisión materna-infantil²², así como de la oferta de servicios de

Kenia y Uganda, donde se considera que las políticas de prevención están haciendo reducirse el número de nuevas infecciones, a la vez que el mayor acceso a tratamiento 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, y que este factor, junto al tardío desarrollo de la pandemia, aún en crecimiento, lo haría en el último de ellos (ONUSIDA, 2008).

²⁰ Así, más allá de factores estrictamente fisiológicos, entre los aspectos relacionados con las desigualdades de género que están produciendo un crecimiento más rápido del porcentaje de mujeres infectadas en la región y, en definitiva, una feminización del VIH/SIDA a sumar a la de la pobreza, pueden mencionarse, entre otros, los siguientes: desequilibrios de poder y disparidades socioeconómicas que padecen las mujeres y que les colocan en peor situación para decidir los términos en que se producen sus relaciones sexuales; menor acceso a información sobre la enfermedad y las formas de prevenirla; normas sociales para los hombres que ensalzan la promiscuidad y las prácticas de riesgo; normas sociales para las mujeres que dificultan las posibilidades de negarse a tener sexo sin protección frente a sus maridos o parejas estables; creencia masculina de que tener relaciones sexuales con vírgenes es un antídoto eficaz contra la infección, etc.

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 precisan. 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).

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

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, tanto preventiva como curativa, y dotada de recursos humanos y materiales suficientes y sostenibles a largo plazo (WHO, 2006; ONUSIDA, 2008; M.Mundi/Prosalus/MDM, 2009).

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 al personal sanitario y al gasto de salud. 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. Asimismo, es igualmente manifiesta la enorme disparidad entre éstos y aquellos de la región que cuentan con mayores medios a este respecto (Egipto, Argelia, Sudáfrica, Seychelles, Mauricio, Botsuana, Libia, Gabón, Túnez, y Namibia).

En el caso de los partos atendidos por personal sanitario especializado, se cuenta con datos desagregados en función de diferentes niveles de renta, lo que permite observar que las desigualdades en el acceso a servicios sanitarios son realmente significativas. 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 África subsahariana, este tema cobra también gran importancia en el continente (M.Mundi/Prosalus/MDM, 2009; UNECA, 2009). Así, de la comparación entre el 20% más pobre y el 20% más rico respecto a esta variable, merece la pena señalar casos como los de Mali, Mozambique, R.Centroafricana, Zambia, Guinea, Nigeria, Eritrea, Togo, Camerún y Mauritania, donde la desproporción entre los quintiles extremos es mayor²⁴ (PNUD, 2007-08). Esto pone en evidencia la vital importancia por el lado de la demanda del nivel de renta de la población en el

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 dotación son Sierra Leona, Madagascar, Mauritania, Malauí, Liberia, Guinea-Bissau, Gambia, Etiopía, Guinea, Burundi, Eritrea, Tanzania, Mozambique, R.D. del Congo, Chad, R. Centroafricana, Togo y Níger, por debajo de 20 dólares. Y en materia de recursos humanos, los niveles más bajos vienen representados por Togo, Somalia, Sierra Leona, Ruanda, Mozambique, Liberia, Etiopía, Chad, R. Centroafricana, y Burkina Faso, con menos de 5 médicos/as y menos de 40 enfermeros/as por cada 100.000 habitantes. En ambos casos, abundan países que se encuentran en el grupo de países de bajo desarrollo humano.

²⁴ Los datos concretos respecto al porcentaje de partos atendidos por personal especializado para el quintil más pobre y el más rico son los siguientes: Mali (8-82), Mozambique (25-89) R.Centroafricana (14-82), Zambia (20-91), Guinea (15-87), Nigeria (12-84), Eritrea (7-81), Togo (25-91), Camerún (29-94) Mauritania (15-93).

acceso a servicios sanitarios básicos no gratuitos. Este factor de desagregación coincide con el geográfico, dada la mayor concentración de los sectores de renta más altos 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, 2006).

En cuanto a la relación entre gasto sanitario público y privado, tal y como se muestra en la Tabla 1, el abanico de opciones es una vez más realmente amplio. Por un lado, nos encontramos casos de países con alto nivel relativo de desarrollo humano como Seychelles, Libia, Argelia, Botsuana, Cabo Verde, Gabón y Guinea Ecuatorial, con alrededor de $\frac{3}{4}$ partes del gasto sanitario correspondiente al sector público. Dicha proporción se produce también en casos de países con niveles de desarrollo humano sustancialmente más bajos como Mozambique, Malawi y Mauritania. En el otro extremo, con una proporción del gasto sanitario privado en torno a $\frac{3}{4}$ partes del total, se hallan países como Burundi, Camerún, Costa de Marfil, Guinea, Guinea-Bissau, Togo, Uganda, Sudán, Senegal, Nigeria, Marruecos, Ghana, R. Centroafricana, Chad y R.D. del Congo.

Estos últimos son casos característicos de sistemas donde se da una enorme discriminación en el acceso a servicios de salud en función de la renta de las personas²⁵. Ello, no cabe duda, queda 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) (WHO, 2008; Garay, 2008; De la Flor, 2008).

En los últimos años se observan algunos cambios en la dirección apropiada en cuanto a los datos agregados para el conjunto del continente. Así, en el periodo 2000-06 el porcentaje de gasto público en salud respecto al privado pasó de 44,8 a 47,1 y respecto al total de gasto público de 8,2 a 8,7; cifras sin duda muy lejanas de los datos medios en Europa para dichas variables, que en 2006 alcanzaron los valores 75,6 y 14,8 respectivamente, con una clara preponderancia de los servicios de salud públicos. Una vez más, la comparación entre países africanos nos lleva a niveles y tendencias diferentes a partir de esa pauta general²⁶ (WHO, 2009).

²⁵ Téngase en cuenta que en este contexto de enormes diferencias, a los gobiernos de los países africanos corresponde por término medio un porcentaje del gasto en salud inferior al privado (47,1% frente a 52,9%), estimándose que el 80% de este gasto privado es imputable a los desembolsos realizados por los hogares (WHO, 2009; WHO, 2006).

²⁶ Para la mayoría de países africanos, el porcentaje de gasto público en salud respecto al privado aumenta en los últimos años. Los casos representativos de la tendencia contraria corresponden a países como Burundi, Costa de Marfil, Eritrea, Ghana, Nigeria, R. Centroafricana, Sierra Leona, Sudáfrica o Túnez, entre otros.

RELEVANCIA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONALES E INTERNACIONALES

En el contexto de la citada diversidad de situaciones y tendencias entre países y en el interior de ellos, debe recordarse que para los países y colectivos más desfavorecidos sigue habiendo una necesidad perentoria de incrementar las dotaciones de recursos humanos y materiales que permitan caminar hacia la universalización de la cobertura sanitaria.

Por lo que respecta a la creciente escasez de personal sanitario en diversos países del continente, esta situación ha llegado a tal extremo que ha hecho surgir en la literatura sobre la materia la expresión “crisis de recursos humanos”. Los altos niveles de puestos vacantes, de pérdidas de empleo, o de personal expatriado, coincidiendo paradójicamente con un gran número de profesionales africanos que emigran a los países de la OCDE, entre otros factores, ponen de manifiesto las importantes limitaciones existentes en muchos de estos países en materia de unos recursos imprescindibles para el adecuado funcionamiento de sus sistemas nacionales de salud.

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. Dado que la capacidad de incrementar sustancialmente el número de personal sanitario especializado en la mayor parte de los países africanos 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 auxiliar²⁷, que adecuadamente apoyado pueda desempeñar funciones básicas de atención sanitaria a nivel distrital o comunitario en los centros de salud o “clínicas móviles”. Todo ello, claro está, de manera complementaria al incremento de recursos para ampliar la capacidad de formación del personal sanitario en la educación terciaria. Asimismo, una adecuada política en materia salarial y de incentivos, para mantener el personal existente y garantizarle unas condiciones de vida dignas en las zonas rurales²⁸ con peores dotaciones de servicios sanitarios, contribuiría también a reducir el marcado sesgo actual del gasto en salud a favor de una especie de elite de profesionales

²⁷ 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*.

²⁸ Con todo, debe recordarse que la brecha entre zonas urbanas y rurales varía significativamente de unos países a otros y que el nivel de inequidad es mayor en el interior de las zonas rurales que de las urbanas (Sahn y Stifel, 2004).

sanitarios y sus pacientes urbanos relativamente más ricos (UN, 2008; WHO, 2006; Sender et al., 2005).

En este contexto, es fundamental el compromiso por parte de gobiernos africanos y de la comunidad internacional para aumentar las dotaciones de gasto público en salud y la eficacia en el uso de estos recursos, con el fin de contribuir al reforzamiento y la sostenibilidad a largo plazo del conjunto del sistema sanitario 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 estadística²⁹, de gran utilidad para los trabajos de planificación y evaluación de las políticas correspondientes (WHO, 2010, 2008, 2006).

Dicho reforzamiento del sistema público de salud implica, entre otras cosas, ir abandonando progresivamente la lógica de los excesivamente extendidos y descoordinados programas verticales sobre enfermedades concretas, que con frecuencia distorsionan y debilitan dicho sistema en términos de desviación de recursos humanos, fragmentación, creación de estructuras paralelas, etc. Cuando éstos programas verticales ya existan, como en el caso del VIH/SIDA, entre otros, sus recursos deberán ser integrados paulatinamente a fondos comunes de las instituciones locales y sus actividades a la propia estructura del sistema, de tal forma que las nuevas afluencias de recursos para combatir la enfermedad sirvan para ampliar y mejorar la capacidad de la red sanitaria local en su conjunto, en el contexto de una emergencia, no al uso, sino de largo plazo. Ello permitirá que a futuro los sistemas nacionales de salud de estos países sean más sólidos y capaces a la hora de hacer frente de manera eficaz, no sólo al VIH/SIDA, sino también a cualquier otra enfermedad que amenace el estado de salud de su población. En otras palabras, es necesario empezar a romper con la compartimentalización del VIH/SIDA con respecto a la salud pública en general, y horizontalizar e integrar las políticas actuales en los sistemas nacionales de salud, entre otros motivos, porque el propio VIH/SIDA no se puede combatir de forma apropiada sin un acceso mínimo en materia de atención primaria que permita el adecuado diagnóstico y seguimiento de las personas infectadas (Garay, 2008).

Con todo, dada la limitada capacidad ejecutiva y de absorción de fondos externos por parte del sistema público local en muchos de estos países, transitoriamente se deberá recurrir a la subcontratación de ONGDs extranjeras que

²⁹ 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, 2006).

oferten servicios sanitarios de manera sostenida, integrada y coordinada con los gobiernos locales para atender aquellos lugares, funciones y colectivos que éstos no alcancen a cubrir. La opción de la intervención de actores externos es especialmente necesaria en el contexto de estados fallidos o de capacidad prácticamente nula para la oferta de servicios sanitarios básicos en el corto plazo.

Y esta apuesta pro-sistema a largo plazo precisa acogerse a la filosofía del apoyo sectorial de los SWAP (Sector-Wide Approach), de forma coherente con la nueva agenda de la cooperación internacional de la Declaración de París en cuanto a apropiación, alineamiento y armonización³⁰. El consiguiente incremento del gasto público en salud debe ayudar 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, 2008, 2006; UN, 2008; PNUD, 2005).

Igualmente, en el contexto de la introducción de tasas de uso en los servicios sanitarios y de la proliferación de estos servicios por la vía privada, el incremento y reasignación de recursos es también fundamental para compensar las pérdidas de ingresos de la necesaria abolición de dichas tasas de uso o para la concesión de ayudas para el transporte o la alimentación de los más desfavorecidos en términos socioeconómicos³¹ (Mwabu, 2008).

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 es menos simple y monocolor que lo que muchos analistas dan a entender con frecuencia para poder mantener la coherencia interna de sus modelos universalistas. Sin embargo, solamente a partir de la consciencia de la diversidad y complejidad de dicha realidad, y mediante la correspondiente

³⁰ 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.

³¹ 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.

contextualización de la misma en el espacio y en el tiempo, será posible comprender la problemática del desarrollo humano en cada uno de estos países y transformarla en la dirección apropiada. Es decir, la evidencia de dicha heterogeneidad tiene claras implicaciones en materia de prioridades y políticas a implementar en cada país, intentando evitar las habituales recomendaciones y recetas generales para el conjunto del continente, especialmente si, como en el caso del ajuste estructural y las políticas de austeridad implementadas en muchos países africanos durante las últimas décadas, éstas se han traducido en efectos distorsionadores diversos sobre la oferta y demanda de servicios básicos, y en el consiguiente deterioro de las condiciones de vida de los más vulnerables.

Por todo ello, más allá de debates entre afropesimismos y afrooptimismos, consideramos fundamental ser fieles a la compleja realidad que tenemos ante nuestros ojos. Así, a partir de los avances y retrocesos dados en diferentes países y ámbitos del desarrollo humano, se podrán identificar nichos de trabajo y canalizar los recursos internos y externos de forma selectiva y acomodada a las necesidades de cada caso, de tal forma que marquen una diferencia en cuanto a la satisfacción de necesidades básicas en el continente.

A este respecto, entendemos que para trabajar a favor del cumplimiento de los ODMs en África se necesita, en primer lugar, revertir las tendencias de las políticas neoliberales de las últimas décadas y de la “fatiga de la cooperación” de los 90. 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 señaladas en el ámbito sanitario de muchos de estos países. Las políticas de algunos gobiernos incrementando las dotaciones presupuestarias en salud, o las tendencias más recientes de la comunidad donante aumentando los flujos de AOD hacia el continente centrados en necesidades básicas 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, 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 África 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. 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 el continente. Y finalmente es necesario tener presente a su vez que, en un contexto de unas 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, y de la coordinación y alineamiento de los actores externos que quieran acompañar estos procesos con recursos predecibles y sostenibles.

BIBLIOGRAFÍA

- ADB (2002): *Achieving the Millenium Development Goals in Africa. Progress, prospects and Policy Implications. Global Poverty Report*. African Development Bank.
- Ainsworth, M., y Filmer, D. (2006): "Inequalities in children's schooling: AIDS, orphanhood, poverty and gender". *World Development*, vol. 34, No.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*, No.33. Center for International Development at Harvard University.
- Appleton S., Hoddinott, J. y Mackinnon, J. (1996): "Education and Health in Sub-Saharan Africa". *Journal of International Development*, Vol. 8, N°3.
- 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*, No.41.
- Bennell, P. (2003): *HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: the growing epidemic*. Knowledge and Skills for Development. Brighton.
- Cardwell, J.C. (2000): *Rethinking the african AIDS epidemic. Population and Development Review*, 26 (1). New York.
- Cohen, (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*. Geneva.
- 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.
- Eizaguirre, M. y Alberdi, J. (2001): "Libertades políticas: una asignatura pendiente en los índices de desarrollo humano". En: *Ensayos sobre el desarrollo humano*, Ibarra, P. Unceta K., Icaria. Barcelona.
- Easterly, W. (2009): "How the Millennium Development Goals are Unfair to Africa". *World Development*, Volume 37, Issue 1, January. www.elsevier.com/locate/worlddev
- Evans, D. y Hurley, S. (1995): "The application of economic evaluation techniques in the health sector: the state of the art". *Journal of International Development*, No.7.
- 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 nº 45. Hegoa. Bilbao.
- Griffin, K. (2001): "Desarrollo humano: origen, evolución e impacto", en P. Ibarra y K. Unceta (coords.), *Ensayos sobre el desarrollo humano*, Barcelona, Icaria.
- ILO (2006): *HIV/AIDS and Work: Global estimates, impact on children and youth, and response*. International Labour Organization. Geneva.
- ILO (2000): *HIV/AIDS in Africa: the impact on the world of work*. African Development Forum. International Labour Organization. Geneva.

- 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. London.
- M.MUNDI/PROSALUS/MDM (2009): *La salud en la cooperación al desarrollo y en la acción humanitaria*. Médicus Mundi/Prosalus/Médicos del Mundo. Madrid.
- Mukudi, E. (2003): "Education and nutrition linkages in Africa: evidence from national level analysis". *International Journal of Educational Development* May 2003, Vol.23, No.3.
- Mwuabu, G. (2008): Achieving Health Development Goals (MDGs) in Africa: The Role of National Health Insurance Schemes. ACGS/MPAMS Discussion Paper No.2. Economic Commission for Africa. www.uneca.org
- Okojie, C. y Shimeles, A. (2006): *Inequality in sub-Saharan Africa*. The Inter-Regional Inequality Facility. Overseas Development Institute (ODI). London.
- ONUSIDA (2008): *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA*. Ginebra. www.unaids.org
- ONUSIDA (2009): *Situación de la epidemia de SIDA*. Ginebra. www.unaids.org
- Oya, C. (2005): "La mitología del desarrollo económico y de la pobreza en África". En: *África: camins per la pau*, XIX edición de la Universitat Internacional de la Pau. Sant Cugat del Vallés.
- Oya, C. y Begué, A. (2006): *Los retos de la educación básica en África subsahariana*. Documento de trabajo nº 6. Fundación Carolina CeALCI y Fundación Entreculturas. Madrid.
- PNUD (2005): *Informe sobre el desarrollo humano 2009. La cooperación internacional ante una encrucijada : ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en un mundo desigual*. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Nueva York.
- PNUD (2009): *Informe sobre el desarrollo humano 2009. Superando barreras: Movilidad y desarrollo humanos*. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Nueva York.
- Sahn, D.E. y Stifel, D.C. (2004): *Urban-rural inequality in living standards in Africa*, No.4. UNU/WIDER. Helsinki.
- SARDC (2000): *Beyond inequalities. Women in Southern Africa*. Sothern African Research and Documentation Centre. Harare.
- Schultz T.P. (2002): "Why Governments Should Invest More to Educate Girls", *World Development*, 30 (2), pp. 207-225.
- Sender, J., Cramer, C. y Oya, C. (2005): "Uniquel Prospects: Disparities in the Quantity an Quality of Labour Supply in sub-Saharan Africa". *Social Protection Discussion Paper Series*. World Bank. Washington.
- Sender, J. (1999): "Africa's economic performance: limitations of the current consensus". *Journal of Economic Perspectives*, vol13 (3).
- Smith, L. y Hadad, L. (1999): "Explaining Child Malnutrition in Developing Countries: A Cross-Country Analysis". *FCND Discussion Paper*, 60. IFPRI. Washington.
- Smith, S. & 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, nº45. Hegoa. Bilbao
- Sutcliffe, B. (2001): "Desarrollo humano y muerte". En: *Ensayos sobre el desarrollo humano*, Ibarra, P. Unceta K., Icaria. Barcelona.
- Sutcliffe, B. (1995): "Desarrollo frente a ecología". *Revista de Ecología Política*, nº9. FUHEM-Icaria.
- Sutcliffe, R. (1993): *Desarrollo humano. Una valoración crítica del concepto y del índice*. Cuadernos de trabajo, nº11. Hegoa.
- UN (2008): *Achieving the MDGs in Africa. Recommendations of the MDG Africa Steering Group*. United Nations. New York.
- 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 (2009): *Assessing progress in Africa toward the Millenium Development Goals*. United Nations Economic Commission for Africa. www.uneca.org
- UNICEF (2004): *Girls, HIV/AIDS and Education*, <http://www.unicef.org/lifeskills/index-8657.html>
- Vandermoortele, J. "Are the Millennium Development Goals feasible?" En: Black, R. y White, H. *Targeting Development. Critical perspectives on the Millennium Development Goals*. London: Routledge, 2004.
- WB (2002): *Education and HIV/AIDS: a window of hope*. The World Bank. Washington.
- WHO (2006): The Health of the People. The African Regional Health Report. *World Health Organization*. Geneve. www.who.org

- WHO (2008): Informe sobre la salud en el mundo, 2008. La atención primaria de salud más necesaria que nunca. World Health Organization. www.who.int*
- WHO (2009): World Health Statistics 2009. World Health Organization. www.who.int*
- WHO (2010): The African Health Monitor. Issue 11, Jan-Mar 2010. World Health Organization. www.who.int*