



## LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL ESPAÑOLA EN EL ÁREA DE SALUD: EL CASO DE GUINEA ECUATORIAL

Josep Lluís de Peray

**Resumen:** En este artículo se describe someramente la historia de la cooperación española en Guinea Ecuatorial, haciendo un recorrido desde la época colonial y destacando los principales hitos. Asimismo, se reflexiona sobre el sentido y alcance de la cooperación internacional pública y privada. Se detalla también el contexto geográfico, social, económico y político en el que se da la cooperación española en los últimos cincuenta años. Se explica sucintamente la situación de salud, la organización del sistema sanitario ecuatoguineano, su financiación y sus principales retos. Finalmente se presentan los contenidos de la cooperación sanitaria actual y los ámbitos principales de actuación.

**Palabras clave:** *cooperación en salud/ Guinea Ecuatorial/ España/ Historia.*

**Abstract:** SPANISH INTERNATIONAL HEALTH COOPERATION: THE CASE OF EQUATORIAL GUINEA

This article briefly describes the history of Spanish cooperation in Equatorial Guinea, taking a tour from the colonial era and highlighting the main milestones. It also reflects on the meaning and scope of public and private international cooperation. Geographical, social, economic and political context in which Spanish cooperation takes place in the last fifty years is also explained. Health situation, organization of Equatorial Guinean health system, its financing and its main challenges are briefly described. Finally, the contents of the current health cooperation and the main areas of action are presented.

**Keywords:** *health cooperation/ Equatorial Guinea/ Spain/ History*

**Artículo recibido:** 8 setiembre 2019; **aceptado:** 14 febrero 2020.

### INTRODUCCIÓN

Este artículo trata de presentar la perspectiva de la cooperación española en materia de salud en Guinea Ecuatorial (GE). Para hacerlo se considerarán algunos conceptos sobre cooperación y ayuda al desarrollo, unos datos de contexto referidos a la geografía e historia, a la situación del sistema de salud y a la acción actual de la cooperación desde los aspectos institucionales hasta los operativos.

Seguramente este artículo, por su limitada extensión, no aborda más que superficialmente un tema de una complejidad y profundidad que requeriría muchas más páginas. Esta limitación está además sesgada por la visión personal que trato de

reflejar a través del conocimiento atesorado en mi trabajo en el país. He intentado minimizar los sesgos a través del conocimiento documental y de las conversaciones con algunos de los actores del pasado y del presente, tanto españoles como ecuatoguineanos. Seguramente al lector le suscitará más preguntas que respuestas. Estoy abierto a la interacción con él. He añadido bibliografía y comentarios en las notas a pie de página que pueden ayudar a tener una mejor comprensión y información sobre lo expuesto.

## ¿QUÉ ES LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL?

La Cooperación Internacional (CI)<sup>1</sup> es el conjunto de intervenciones que realizan entidades, privadas o públicas, con la finalidad de promover el progreso sostenible y, en la medida de lo posible, equitativo, en la esfera económica, social y cultural de un país, de una región, del mundo en general. La CI trata de promover una solidaridad internacional que tienda a hacer posible los derechos humanos<sup>1</sup> a través de diversas estrategias. La actual estrategia, a nivel global, son los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) propiciados por las Naciones Unidas<sup>2</sup>, y que ayudarán a completar la Agenda 2030<sup>2</sup>. Pero coexisten otras muchas estrategias, locales o sectoriales, con diversos alcances.

Los actores del sistema de CI son múltiples y actúan de muy distinta manera, pero caben distinguir los privados y los públicos. Esta distinción es relevante porque la responsabilidad es diversa. Una es ante la ciudadanía y la otra es ante los socios. Entre las privadas también hay que considerar las que pertenecen a instituciones con afán de lucro, sin que esto quiera decir que la cooperación que realizan sea para obtener beneficios económicos, y las que pertenecen a las organizaciones sin afán de lucro. Dentro de las entidades sin afán de lucro encontraríamos: organizaciones no gubernamentales de desarrollo (ONGD), sindicatos, organizaciones de base, comités

---

<sup>1</sup> A veces también recibe el nombre de cooperación para el desarrollo o asistencia al desarrollo.

<sup>2</sup> Organización de Naciones Unidas. La Agenda 2030. Es un plan de acción a favor de las personas, el planeta y la prosperidad, que también tiene la intención de fortalecer la paz universal y el acceso a la justicia. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>

de solidaridad y otras nomenclaturas. No hay que desestimar la yuxtaposición de funciones cuando las ONGD realizan funciones y actividades del sector público y son financiadas por él. Este caso es cada vez más frecuente por el progresivo abandono a la sociedad civil del financiamiento de las entidades de cooperación del sector privado.

Por otro lado, se denomina Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) a aquellos recursos, fundamentalmente económicos y técnicos, que las administraciones públicas dedican a los países en desarrollo para mejorar su estructura económica. Más tarde nos referiremos a este punto, pero adelantemos que van a ser donaciones y préstamos. Es decir, en parte, deuda. Pero es interesante señalarlo porque a veces los términos de CI y AOD se emplean como sinónimos.

Finalmente, otro concepto muy utilizado es el de ayuda humanitaria (AH) que es una forma de cooperación destinada a hacer frente a crisis humanitarias como desastres naturales o guerras. La AH atiende las necesidades básicas y las urgencias, sea desde el punto de vista estructural como de provisión de servicios. Esta ayuda puede ser económica, material y, si fuera el caso, enviando profesionales para atender necesidades específicas. Los agentes de la AH pueden ser asociaciones (por ejemplo, Cruz Roja / Media Luna Roja) u organizaciones no gubernamentales (por ejemplo, Médicos sin Fronteras), los estados o asociaciones de estados (por ejemplo, Unión Europea) y también empresas.

La aclaración precedente sirve para saber de qué se está hablando cuando se habla de la CI de España con GE y entender su alcance. España y GE han tenido y tienen una relación compleja al tratarse de la metrópoli y la excolonia. Además, las vicisitudes de sus respectivas evoluciones históricas, políticas, sociales y económicas han hecho de estas relaciones un camino tortuoso en los 50 años que hace que duran. La primera CI se produce cuando España era receptora de CI y no tenía ninguna estructura de CI ni conocimiento de como constituirla. Además, las acciones de CI y AOD se dieron en aquel tiempo sin principios claros, con discrecionalidad y sin transparencia, atendiendo a los intereses políticos del momento.

## NOTAS DE GEOGRAFIA E HISTORIA

GE debiera ser un país bien conocido por la comunidad hispana. Fue la última colonia española en lograr la independencia (1968) y el único país africano en el que se habla español. Durante un tiempo tuvo la condición de provincia española. Pero la realidad es que es un país muy desconocido. Demos algunos datos básicos para ubicarnos.

### GEOGRAFÍA

La República de Guinea Ecuatorial es un pequeño país centroafricano (29.000 km<sup>2</sup>)<sup>3</sup> en el que viven 1.308.974 (2018) personas<sup>4</sup>, situado en el Golfo de Guinea (*Ilustración 1*). Consta de una parte insular, con dos islas principales (Bioko, la antigua Fernando Poo, y Annobón), entre las cuales existe un país, Santo Tomé y Príncipe. La parte continental, conocida como Rio Muni, está situada en la costa entre Camerún y Gabón, e incluye las cercanas islas de Corisco y Elobey Grande y Elobey Chico. Así pues, el país tiene una discontinuidad territorial importante. El clima es ecuatorial, con temperaturas altas (media de 25°C – 26°C), pocas variaciones térmicas (2°C). Tiene un régimen de lluvias abundantes (1.500 – 2.000 mm anuales) con épocas de seca y



*Ilustración 1.*

*Ubicación Geográfica de Guinea Ecuatorial*

épocas de lluvia, regulares pero variables, en cada uno de los territorios del país.

La orografía presenta dos tipos bien diferenciados. La orografía insular corresponde a la de las islas de la cadena volcánica del Océano Atlántico. El Pico Basilé en Bioko tiene 3.011 m y la Gran Caldera de Luba, también en Bioko, presenta alturas de más de 2.000 m. Allí se pueden encontrar bosques lluviosos y la temperatura en las cumbres es fría. En la región continental, la altura se va incrementando desde la costa al interior, donde se

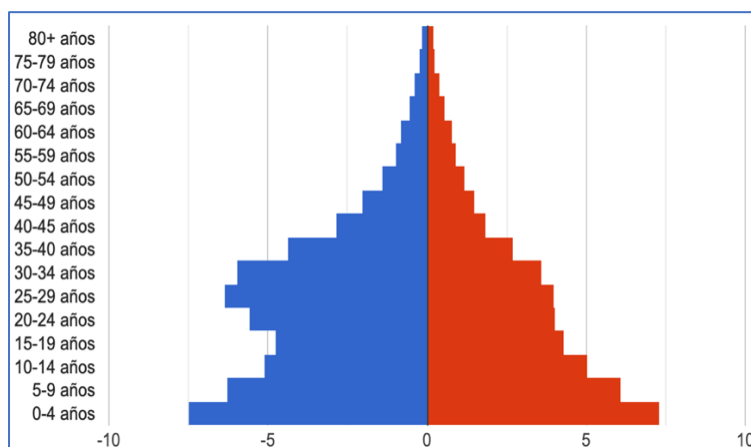
<sup>3</sup> Casi la superficie de Galicia (29.575 km<sup>2</sup>), en España.

<sup>4</sup> Los datos demográficos están extraídos de datosmacro.com (consultado el 28 de agosto de 2019) en: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/estructura-poblacion/guinea-ecuatorial>

encuentran diversas cadenas de montañas. La biodiversidad es enorme. Las selvas son infranqueables y la belleza y variedad del paisaje inenarrable. Ríos anchos y caudalosos serpentean por todo el territorio.

Si atendemos a la población que vive en cada una de las regiones del país, también se observará esta variabilidad. La capital del país, Malabo, antes Santa Isabel, está en Bioko, la isla mayor y la sede del gobierno. Se estima que en Bioko habitan unas 350.000 personas, en poco más de 2.000 km<sup>2</sup>, de forma mayoritaria en la capital y su área metropolitana. En Annobón, la isla más lejana, viven poco más de 5.000 personas, en 17 km<sup>2</sup>. En la región continental, viven unas 750.000 personas, la mitad de las cuales viven en Bata, en 26.000 km<sup>2</sup>. En el momento de la independencia GE tenía una población estimada de 300.000 habitantes. Al final de la dictadura de Macías (más adelante se comentará este hecho), eran solo 200.000 habitantes. Llegó a 500.000 en el 2003 y siguió el incremento hasta la cifra actual, lo que ha supuesto casi triplicar la población en un periodo de 15 años.

Las principales características de la estructura de la población en Guinea Ecuatorial que refleja su pirámide de población (*Figura 1*) son:



*Figura 1. Pirámide población de GE. Diciembre de 2017. Azul: hombres. Rojo: mujeres. Fuente: datosmacro.com (2019)*

Se trata de una población muy joven. La población masculina es el 55,42%, muy superior a la femenina que es del 44,58%. Esto se produce especialmente en la

franja de edad de los 20 a los 40 años y probablemente se deba a la presencia de emigrantes varones de esta edad en busca de empleo. Se trata de una población joven, casi la mitad de ésta tiene menos de 20 años. La población mayor de 65 años apenas representa el 3% y la esperanza de vida está en los 58 años, una de las más bajas del mundo. Así, los principales problemas de salud estarán en el área materna infantil y en la juventud y adolescencia. Además de los relacionados con una mortalidad prematura y probablemente evitable como más tarde se comentará.

Esta población pertenece a diversas etnias, cada una con lenguas y tradiciones culturales muy diferenciadas. La etnia dominante es la fang, que proceden del continente y que representa aproximadamente el 75% de la población. Los fang de GE están agrupados a su vez de 77 clanes o tribus, dispersos por todo el territorio y por los países vecinos. Los bubis, originarios de Bioko, representan el 15% de la población. Otros grupos son los fernandinos, descendientes de fugados y rescatados del esclavismo; los annoboneses, descendientes de los esclavos angolese que se establecieron en la isla de Annobón; y los bisio y ndowé, pueblos que vivían junto a la costa en la región continental. Hay otras minorías, los pigmeos, los europeos, mestizos, emigrantes chinos, libaneses, liberianos, cameruneses, nigerianos y otros. Cada vez más se observa un fenómeno de mezcla de razas y culturas, y la etnografía va adquiriendo nuevas formas y sentidos. La diáspora de ecuatoguineanos es muy relevante y están en muchos países de Europa, principalmente en España, pero también en otros países de África y América.

Aunque la principal fuente de riqueza es el gas y el petróleo, ocupa y beneficia a una minoría del país. Los sectores de actividad de la población<sup>3</sup> son la agricultura de subsistencia, funcionarios de las administraciones, incluyendo la educación y la sanidad, los servicios, el comercio, la construcción, empleos forestales, pequeñas explotaciones agrícolas y ganaderas, y la pesca. Las plantaciones de cacao y café, antaño muy abundantes y valoradas, están prácticamente abandonadas. Solo son cultivadas en las comunidades a través de pequeñas cooperativas.

La organización geopolítica está constituida por 2 regiones y 7 provincias<sup>5</sup> (*Ilustración 2*). Las provincias constan de distritos y en ellos hay municipios y poblados.



*Ilustración 2. Mapa de las provincias de Guinea Ecuatorial*

Las infraestructuras viarias y aeroportuarias son de regular calidad, con buenas conexiones aéreas internacionales desde el aeropuerto de Malabo. Existen dos puertos industriales (Malabo y Bata) con instalaciones para buques de gran calado, que están generando el desarrollo de áreas industriales y comerciales, y otros menores en Cogo, Corisco y Annobón.

## HISTORIA RECIENTE

Estamos en la época del fin de las colonias africanas y el nacimiento de los nuevos países africanos con fronteras dibujadas con tiralíneas. La presión del Comité de Descolonización de las Naciones Unidas se hizo insostenible para España. El deseo de independencia, libertad y, no pocas veces, de revancha frente a los colonizadores inunda África. GE no es la excepción.

El 12 de octubre de 1968 en GE se proclamó la independencia en un acto presidido por el entonces ministro Manuel Fraga en el que Francisco Macías es proclamado, tras unas elecciones democráticas, primer presidente de GE. No da el

<sup>5</sup> Con la construcción de la nueva capital del país, la Ciudad de la Paz, en el término de Djibloho, está previsto que exista una nueva provincia.



artículo para hablar de la personalidad del personaje, pero digamos que es de una complejidad extrema, por no decir psicopática y con una crueldad sin límites, con el tribalismo fang como única divisa.

La independencia se desenvuelve con aparente tranquilidad solo dos meses, hasta diciembre del mismo año. Las tensiones larvadas estallan: el papel anti independentista de TVE emitiendo desde el Pico Basilé, la crisis de las banderas, el colapso económico, la evacuación de españoles y la salida del país de muchos ecuatoguineanos, la intervención de la ONU, los encarcelamientos y asesinatos de políticos, la creación del Partido Único Nacional de Trabajadores y así un sinnúmero de hechos de gran trascendencia que terminarán durando más de 10 años<sup>6</sup>.

Un clima de feroz represión contra todo lo español domina el país. Casi cualquier cosa vale para la afirmación de lo guineano y la desaparición de lo español. Aquel territorio, que durante los dos primeros tercios del siglo XX había sido un territorio con igual o superior desarrollo al de cualquier provincia española<sup>7</sup> y con altos niveles de autogobierno y de iniciativas, ha dejado de existir<sup>4</sup>. Desaparece también un estilo de vida y una manera de relacionarse en el que hay de todo: una empresa colonial, la evangelización, el aprovechamiento de los recursos naturales y la búsqueda de nuevas formas de vida. En aquella realidad estaban también presentes la desigualdad y el dominio patriarcal, el sometimiento del indígena y el aprovechamiento de sus personas.

El día 3 de agosto de 1979 Teodoro Obiang da un golpe de estado contra su tío, el presidente. Obiang inmediatamente pide apoyo a España. Fundamentalmente para garantizar su seguridad personal y para hacer frente a los desafíos de la refundación del país. El presidente del gobierno español, Adolfo Suárez, se la niega parcialmente. Marruecos envía un batallón para apoyar su protección. La dimensión del apoyo social es la única considerada por España y cristalizará con la firma del

---

<sup>6</sup> Para saber más del tema hay un link muy interesante: <http://www.angelfire.com/sk2/guineaecuatorial/Lacosta2.htm>

<sup>7</sup> Recibió el nombre de Provincia de los Territorios Españoles del Golfo de Guinea.

Tratado de Amistad y Cooperación<sup>5</sup>, que permitirá dar contenido, entre otras, a la cooperación sanitaria. Este tratado dura de forma efectiva hasta 1993, año en el que estallan también conflictos larvados y nuevas realidades. España sufre otra crisis económica. GE se ha convertido en un productor importante de gas y petróleo y de pronto se ha enriquecido. Las estructuras de poder se refuerzan en el sentido de consolidar un prácticamente partido único. Aparece Francia y el francés es, juntamente con el español y portugués, idioma oficial. El país está rodeado de grandes países francófonos. La cooperación mengua y esto va a durar hasta el año 2003, donde se retoman los contactos. España ya tiene una Agencia de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID). La cooperación, la política y la diplomacia ya van de la mano y empieza a acunarse el concepto de diplomacia sanitaria<sup>8</sup> como un componente más de las relaciones internacionales.

GE es formalmente una democracia presidencialista. Consta de un Parlamento bicameral. La Cámara de Representantes del Pueblo es la cámara baja con 100 miembros elegidos por sufragio universal, que cumplen un mandato de cinco años. La cámara alta, el Senado, tiene 70 miembros que sirven un mandato de cinco años: 15 son nombrados por el presidente y 55 son elegidos por sufragio universal. El Partido Democrático de Guinea Ecuatorial (PDGE) es el partido hegemónico. Hay alrededor de una docena de otros partidos registrados, la mayoría de los cuales apoyan a la presidencia. La Convergencia para la Democracia Social (CPDS) es el principal partido de la oposición. Existen también partidos que operan extraoficialmente en el exilio. El Democracy Index que elabora Economist Intelligence Unit sitúa a GE en el puesto 163, en 2017.

---

<sup>8</sup> Diplomacia Sanitaria: comprendería el conjunto de funciones para el manejo de las relaciones entre los estados y otros actores relevantes vinculados con la salud, que persiguen la búsqueda de soluciones y acuerdos para el beneficio de la salud de sus pueblos. Organización Panamericana de la Salud (OPS) <https://cursospaíses.campusvirtualsp.org/mod/glossary/showentry.php?eid=1336>

## EL MODELO DE ASISTENCIA SANITARIA

### ÉPOCA COLONIAL

La presencia española en la actual GE data de 1778 tras el Tratado de San Ildefonso<sup>6</sup>. La consideración que tuvieron aquellos territorios fue de presidio, en un primer momento, luego colonia y finalmente provincia española. Desde el principio se impulsó la atención sanitaria y la Guinea Española tuvo a gala tener en el sistema sanitario de esos territorios una de las joyas de la corona. A finales del siglo XIX se escribía que viajar allí era ir a la antesala de la muerte<sup>9</sup>. En los años cincuenta del siglo XX en el trabajo de Darías, se podía leer:

*Con la llegada de los años cincuenta se inician casi dos décadas doradas en las que la Guinea Española se convierte en tierra de promisión. Aumenta la demografía por aumento de la población tanto autóctona como emigrante europea y africana, se multiplica y diversifica muy significativamente la producción agrícola (Guinea llega a producir el 3% del cacao mundial), ganadera y de pesca apoyándose en una serie de trabajos científicos aparecidos en revistas agronómicas. Se hace un importante esfuerzo educativo, pero sobre todo mejora la sanidad ecuatorial lográndose un descenso asombroso en las estadísticas de paludismo, fiebre amarilla, lepra, tripanosomiasis, tuberculosis y mortalidad infantil entre otras. Se multiplican las obras públicas (carreteras, puertos y aeropuertos, electrificación, tendido telefónico, agua potable, saneamiento urbano...)<sup>10</sup>.*

Puede ser que ni el modelo de salud en España de los años de la dictadura franquista tuviera la cantidad de recursos, ni se hubieran realizado los esfuerzos, que

---

<sup>9</sup> Memoria que presenta a las Cortes el Ministro de Estado respecto a la situación política y económica de las posesiones españolas del África Occidental en el año 1910. (consultado el 3 de septiembre 2020) en: <http://www.saber.es/web/biblioteca/libros/memoria-cortes-situacion-politica-economica-posesiones-africa-1910/html/capitulo-2-administracion-colonial-territorios-espanoles-golfo-guinea.html>

<sup>10</sup> Ver nota <sup>11</sup>

existían allí. En algunos momentos, como menciona alguno de los médicos que trabajaban, cita Begoña Sampedro<sup>7</sup>, el discurso era equiparar la empresa colonial como una empresa de salud pública. Esta voluntad estaba fundamentalmente al servicio de la población de la metrópoli allí desplazada: los colonos, las fuerzas armadas y de seguridad presentes, los emancipados<sup>8 11</sup>, los extranjeros y los trabajadores de las explotaciones agrícolas (cacao y café) y forestales (madera) y la población autóctona.

La Guinea Española era un territorio relativamente bien articulado y para la época con comunicaciones, nada fáciles, pero accesibles y con establecimientos de salud suficientes, mínimamente dotados y aceptablemente bien mantenidos. Por ejemplo, el hospital de Bata, en el momento de su construcción, fue considerado el mejor hospital de África. Médicos y, especialmente, enfermeras religiosas, científicos, epidemiólogos formaban el núcleo del entramado sanitario de entonces. La idea colonia albergaba también una dimensión epidemiológica cuyo mayor representante fue Gustavo Pittaluga. De origen italiano, recaló en España y a los pocos años se estableció, adquirió la nacionalidad y desarrollo una portentosa carrera en el terreno de la parasitología y en la Guinea Española se interesó por el paludismo y especialmente por la tripanosomiasis.

<sup>11</sup> Ver referencia bibliográfica 8.

*De acuerdo con el Estatuto de Justicia indígena de 1938 en su artículo 6, tenían la condición de indígena emancipado:*

- a) *Los que, conforme a las disposiciones vigentes, hayan obtenido carta de emancipación*
- b) *Los que posean título profesional o académico, expedido por la Universidad, instituto u otro centro oficial español*
- c) *Los que se hallen empleados durante dos años en un establecimiento agrícola o industrial, con sueldo igual o superior a 5.000 ptas. Anuales.*
- d) *Los que estén al servicio del Estado o de los Consejos de vecinos, con una categoría igual o equivalente a la de auxiliar indígena mayor o asimilada.*

*Termina diciendo el art. 6 que la esposa e hijos del que obtenga carta de emancipación o le corresponda, de pleno derecho, gozará de la capacidad que las leyes españolas le otorgan en relación con el jefe de familia.* (Consultado el 31 de agosto de 2019) en: <http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:ETFSerie5-C1567B04-34C8-342F-55B8-0888954C0F9E&dsID=Documento.pdf>

La idea científica de España en este terreno no puede compararse con la de otros países como Bélgica, Inglaterra, Francia o Polonia, pero el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII)<sup>12</sup> podríamos situarlo como el correspondiente a la London School of Hygiene and Tropical Medicine, al Institute of Tropical Medicine de Amberes, antes conocido como Prince Leopold Institute of Tropical Medicine, o el Insitute Pasteur de Francia. Todos ellos bebieron del conocimiento generado en sus respectivos imperios coloniales. Ciertamente la aportación española en este terreno es un poco más modesta pero no menos relevante. El Centro Nacional de Medicina Tropical a través del Programa de Salud Global, perteneciente al ISCIII, presta asistencia técnica a los programas de GE de lucha contra el paludismo, tripanosomiasis, tuberculosis, lepra, oncocercosis, VIH/SIDA y salud materno infantil, incluyendo las vacunaciones, bajo el nombre Centro de Referencia para el Control de Endemias en Guinea Ecuatorial (CRCE). La misión es fortalecer al Ministerio de Sanidad y Bienestar Social (MINSABS), primero prestando los servicios y luego, ya a partir de 2010, dando asistencia técnica a las estructuras del país. El reto en el país sigue siendo la vigilancia epidemiológica y la respuesta a emergencias en salud pública.

Los territorios colonizados eran hostiles para la salud, debido fundamentalmente a la extraordinaria presencia de los vectores de enfermedades infecciosas. Este hecho constituyó el principal reto de las potencias hegemónicas para proteger a los suyos y garantizar también la salud de la población nativa como fuerza productiva. La posición de España en este terreno no se puede decir que haya sido predominantemente semejante a la de una cruzada contra las infecciones. No obstante, esta lucha se realizó más o menos de forma estructurada y orientada a la erradicación de enfermedades y a la generación de conocimiento. En cualquier caso, la estrategia higienista conseguida aseguraba la salud de los residentes blancos y de los ejércitos y otras estructuras que los cuidaban. La fantasía de África como el pozo de la enfermedad en el mundo y la fuente de todo peligro, que tan eficazmente ha

---

<sup>12</sup> Instituto de Salud Carlos III. Proyecto Bilateral de Cooperación Científico-Técnica en Guinea Ecuatorial. (Consultado el 6 de septiembre de 2019) en: <https://www.psglobal.es/cooperacion-internacional/guinea-ecuatorial>

llegado hasta ahora y perdura, adquiriría, de la mano de la salud pública, la justificación colonial. Solo así se explica, por ejemplo y saltando de contexto, el dominio de Estados Unidos sobre el canal de Panamá, que hizo renunciar a Francia a la construcción del canal, cuando los trabajos de la obra de Ferdinand de Lesseps tuvieron que cesar por la cantidad de trabajadores diezmados por el paludismo. La respuesta estadounidense fue atacar el vector, el mosquito, cosa que no habían comprendido los franceses, y acondicionar el hospital que aquellos dejaron cerca de las obras del canal y, asegurado este punto, desarrollar la obra gigantesca. Cabe recordar como la mitad de la población humana que ha existido sobre la tierra ha muerto a causa de los mosquitos<sup>9</sup>.

La población guineana tuvo durante el periodo colonial acceso a la red de servicios de salud que seguirán la estructura jerárquica de la capacidad resolutive: el puesto de salud, el centro de salud, el hospital distrital, el hospital provincial y el hospital regional que eran los de Malabo y de Bata. La población contaba con un pasaporte sanitario, una especie de carné de salud que registraba las vacunas y los despistajes de algunas enfermedades infecciosas, como la lepra. Este pasaporte daba acceso a la posibilidad de ser contratado, a la escolarización, a la circulación transfronteriza, a veces entre las propias fronteras interiores. De no tenerlo en regla las personas habían de ingresar en un hospital para la puesta al día. Los hospitales atendían a los pacientes segregado por procedencia y estatus. Así, podía observarse por ejemplo en el Hospital General de Bata pabellones para extranjeros o pabellones para emancipados.

Pero es bueno recordar que, tanto ayer como hoy, para la población ecuatoguineana, la primera opción para la asistencia no era la medicina alopática que traían como una buena nueva los colonizadores, sino la medicina tradicional. Algunos de los servicios de medicina tradicional olvidados, o menospreciados por la CI y por los propios servicios de salud del país, pero a los que la población recurre lo constituyen las parteras tradicionales, el conocimiento empírico de las propiedades sanadoras de las plantas o el respeto por los curanderos. Con esto no se quiere decir

que la medicina tradicional no sea fuente de problemas, como es el caso de la atención al parto, sino que el trabajo y la relación con la medicina tradicional es un elemento de culturización cruzada que puede hacer más bien que si se descuida. A esto hay que añadir en los últimos años la opción de la medicina china, presente en muchas esquinas de los pueblos y ciudades, como una alternativa accesible y de buen trato.

## LA SITUACIÓN DE LA SALUD

### LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

La prevalencia de los problemas de salud en GE se correlaciona muy bien con los patrones de enfermedad de los países tropicales de la zona. Sin pretender presentar exhaustivamente aquí el patrón epidemiológico del país, se puede decir que los principales problemas son aún la alta mortalidad infantil y materna, el paludismo, el VIH/SIDA, las infecciones respiratorias de vías bajas, las diarreas, los accidentes de tránsito, las enfermedades cardiovasculares, la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, las hepatitis (A, B y C). Los principales riesgos para la salud son la falta de control de vectores, especialmente del mosquito, la dificultad en disponer de agua potable y de un sistema de saneamiento, la dieta, el escaso uso de preservativos, la malnutrición, el uso del alcohol, la violencia de género y el propio sistema de salud.

Como se ve, buena parte de los problemas están muy relacionados con los determinantes sociales de la salud. Por tanto, la acción intersectorial y comunitaria es imprescindible si se quiere luchar por las causas y las causas de las causas. Además, la visión biologista y funcionarial presente en buena parte de los profesionales y de sus gestores, ambos con un pobrísimo nivel de estímulos de todo orden, no ayuda a generar las bases para un abordaje que tenga en cuenta los atributos fundamentales de la atención primaria de salud: accesibilidad, longitudinalidad, globalidad y coordinación<sup>10</sup>.

### LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

De forma esquemática, GE tiene tres subsistemas de salud:

1. El de la sanidad privada, representada por establecimientos de salud de diversa índole, con tecnología de primera línea, que cuida la imagen y el trato al paciente y con altos precios. Estos sirven a las clases pudientes del país, que son la minoría. En ellos trabajan profesionales nacionales o, más frecuentemente, foráneos y reciben altos salarios. Este subsistema es equivalente al modelo occidental de medicina privada.
2. Un sistema de seguridad social que atiende a las personas empleadas y sus familias, en el contexto de una economía formal. Nos estamos refiriendo a empleados y funcionarios de las administraciones y de las empresas. Quién suministra los servicios es el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSESO) y es dependiente del Ministerio de Trabajo. Está financiado por las cuotas patronales. Cubre aproximadamente a un 15% de la población y emplea a profesionales nacionales y foráneos en los establecimientos que el INSESO tiene repartidos por el país. La gestión está contratada a una compañía de seguros externa. Tras los profesionales del sector liberal sus profesionales son los mejor pagados y no se consiguen los necesarios para atender las necesidades asistenciales. Casi de forma permanente buscan contrataciones en otros países con salarios que multiplican por cinco los que reciben los médicos del MINSABS<sup>13</sup>.
3. Un sistema de atención al resto de la población, la población con menos recursos y sin un seguro de salud, del que se responsabiliza el MINSABS y que cubre a más del 80% de la población. Está constituido por una red de centros de salud, con sus puestos de salud en el área rural, que se organizan en torno a un distrito de salud. El distrito sanitario tiene un hospital distrital, instalación de referencia cuando se agota la capacidad resolutive de los centros de salud, y que a su vez actúa como centro de salud para la población de su área. También hay hospitales provinciales y los regionales de Malabo y Bata. Estos establecimientos, considerados

---

<sup>13</sup> Anuncio del Colegio de Médicos de Córdoba. (Consultado el 2 de setiembre de 2019) en: [https://www.unicef.org/spanish/sowc08/docs/sowc08\\_panel\\_2\\_5-sp.pdf](https://www.unicef.org/spanish/sowc08/docs/sowc08_panel_2_5-sp.pdf)



globalmente, presentan serias carencias de personal, de equipamiento y de mantenimiento. Están atendidos por profesionales diversos (personal médico y de enfermería, comadronas, personal auxiliar y agentes de salud) que son nombrados por el MINSABS. El MINSABS los asigna con gran discrecionalidad, puesto que los profesionales quieren trabajar y vivir en las zonas urbanas a través de los vericuetos legales y anomalías administrativas. De este modo, en las zonas más alejadas y con más penosidad no se logra tener plantillas de profesionales mínimas para atender las necesidades de salud. Los profesionales reciben sus emolumentos del estado, pero el ministerio no tiene recursos para garantizar ni el equipamiento ni el mantenimiento de los centros. El MINSABS no gestiona ningún presupuesto. La Iniciativa de Bamako<sup>14</sup>, aplicable en casi todos los países africanos, fue el punto de partida para que las estructuras asistenciales del primer nivel fueran mantenidas a través de los pagos realizados por la población cuando usan los servicios. Esta iniciativa representó casi la supresión de la financiación pública de los servicios de salud, también de la atención primaria, para la población pobre. Tenemos entonces una atención primaria y empobrecedora<sup>15</sup>. Solo dos problemas de salud están exentos de estos pagos. El paludismo y la infección por el VIH/SIDA que tienen programas que cubre los procesos diagnósticos y terapéuticos. En todos los centros una de las cosas que primero se ve son las tarifas para cada servicio. En GE existe también una no formalizada concesión administrativa para la prestación de servicios de atención primaria realizada por centros de salud dependientes de ONGD o de órdenes religiosas. Los casos de los centros de María Ráfols y María Gay en la ciudad de Bata, el de Mokom o el de Sampaka son paradigmáticos. Estos representan los modelos de buena práctica ansiados por el MINSABS para el conjunto de centros de salud del país. La cooperación española en buena parte pivota sobre estos centros ejemplares

---

<sup>14</sup> UNICEF. Iniciativa de Bamako. [https://www.unicef.org/spanish/sowc08/docs/sowc08\\_panel\\_2\\_5-sp.pdf](https://www.unicef.org/spanish/sowc08/docs/sowc08_panel_2_5-sp.pdf)

<sup>15</sup> OMS. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo, 2008. [https://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf)

que se constituyen en la referencia para el modelo de atención primaria deseado en el país.

Para remediar la falta crónica de profesionales para atender los servicios de salud, el gobierno de GE estableció un contrato con el gobierno de Cuba, al igual que han hecho muchos otros países del mundo, para la prestación de servicios de salud a través de la denominada Brigada Médica Cubana (BMC), que proporciona médicos/as y otros profesionales de la salud y de la epidemiología para cubrir las necesidades existentes. También tienen un importante papel en la formación de los futuros profesionales de la salud ecuatoguineanos. La dirección y profesorado de la Facultad de Ciencias de la Salud, dependiente de la Universidad Nacional de GE, está formada esencialmente por profesores cubanos. Además, la formación de 5 años del grado de medicina incluye un último curso rotatorio que los estudiantes realizan en Cuba.

## FINANCIACIÓN

El gasto público en sanidad en GE se estimó en 80,6 millones (M) de euros en 2016. Esto supuso el 2,6% del gasto público. En relación con el Producto Interior Bruto (PIB) representó el 0,79%. Estas cifras son extremadamente bajas especialmente si se compara con su PIB y el peso al que habría que dar al sector salud teniendo en cuenta su situación epidemiológica y los recursos del país. En casi todos los indicadores económicos de salud GE se sitúa en el cuartil más bajo de los rankings de los países sobre los que se tienen datos. La traducción más tangible de estos datos es que el gasto público por habitante y año fue de 60€. La muy relativa buena noticia es que, si se compara con los años precedentes, estos valores, de forma muy discreta, no han dejado de incrementarse<sup>16</sup>. Además, tiene más mérito relativo en la medida que el PIB en los últimos años ha venido disminuyendo de forma significativa a causa de la caída del precio del barril de petróleo, el descenso en la producción y la caída de la inversión en la industria petrolera que representa entre el 85-90% de los ingresos totales de GE. Hay que recordar que el PIB per cápita actual

---

<sup>16</sup> <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/guinea-ecuatorial>

estaba, el año 2018, en 9.000 \$ - 20.000 \$, según las fuentes que se consulten (15.000 \$ en 2012)<sup>17</sup>.

## LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA EN MATERIA DE SALUD

Tras el golpe de estado de 1978, el llamado “golpe de la libertad”, y la posterior firma del Tratado de Amistad y Cooperación de 1980, GE trató de recuperar el funcionamiento del sistema de salud a través de la ayuda española. Ésta se comprometió a la cooperación en salud, en educación y en la AOD. A pesar que, por entonces, España aún no dominaba ni las políticas ni la gestión de la CI, pero debía aprender a hacerlo en el nuevo contexto. España nunca dejó de prestar ayuda a GE, ni en tiempos de Macías, aunque lo tuvo que hacer bajo figuras jurídicas y políticas nada transparentes, pese al maltrato ejercido contra las personas e intereses españoles y las barbaridades cometidas contra la propia población. Seguramente para minimizar los daños a la pequeñísima población española que se quedó en el país. Los asuntos ecuatoguineanos en España siempre han tenido el manto del secreto oficial en España. Como resultado, la CI acabó siendo entonces un sinnúmero de iniciativas fragmentadas e inconexas.

Las políticas de CI erráticas y las prácticas desleales, cuando no corruptas, hacen muy ineficientes los recursos sanitarios disponibles. Se puso de manifiesto la escasa profesionalización y la baja calidad técnica global de las actividades de la CI por lo menos hasta bien entrado el siglo XXI. La participación de la Cruz Roja, de Médicos sin Fronteras, los procesos de contratación y ejercicio de la acción de los profesionales en el terreno desde los puestos asistenciales en los centros de salud o en las oficinas, digámoslo suave, tienen bastantes claroscuros. Como fue mostrado en la reunión organizada, con motivo de los 50 años de la independencia de GE, por la Universidad Nacional de Educación a Distancia en 2018<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup> <https://datosmacro.expansion.com/pib/guinea-ecuatorial>

<sup>18</sup> “La sanidad pública en Guinea Ecuatorial tras la independencia”. Mesa redonda. V Seminario Internacional del CEAH: 50 años de independencia de Guinea Ecuatorial. 11 de julio.

En aquellos años, el monto que España dedicó a la CI apenas llegó al 0,1 % de su PIB. En 1985 se crea la Secretaria de Estados para la Cooperación Internacional y para Latinoamérica, dependiente del Ministerio de Asuntos Exteriores. Se puede deducir que un eje que determinará las prioridades de la CI de España será la relación con países con vínculos históricos y lingüísticos. La orientación básica de la cooperación será en forma de AOD, incluyendo cooperación financiera y asistencia técnica. Pero, para el caso particular de GE, existía una Oficina de Cooperación con Guinea Ecuatorial específica. Su presupuesto excedía con mucho las aportaciones que recibían otros países objeto de la CI española y no se subsumían en la secretaria de estado citada. Así, en el año 1984 era casi de 1.200 M de pesetas (7,2 M €). Habría que hablar entonces que, más que de cooperación, se estaba realizando una ayuda que se sustentaba en importantes donaciones sin ningún respaldo programático. La dirección de los fondos, que supuso un endeudamiento importante para GE, se dirigió al sector de la educación, salud y, muy probablemente, al gasto militar y policial. En 1988 se crea la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID). Esta cooperación con GE siguió con esta estrategia hasta 1994, en que cesa la cooperación y no se retoma hasta 2003, ya sin una oficina específica para GE.

El país, mal que bien, trata de recuperar los estándares anteriores a la independencia. Algunos responsables del MINSABS añoran, con la boca pequeña, los servicios de salud del tiempo colonial. La gestión de la cooperación por parte de España, en el nuevo contexto, es aún muy débil y se resiente en los aspectos de planificación y operacionales, por no hablar de los comunicativos y emocionales. La variabilidad del conocimiento técnico, del interés y de la formación de la contraparte es muy alta. Además, adolece de poco margen de maniobra para implementar los cambios que son propuestos y aceptados. Por esto, en los documentos de la cooperación se ven repetidas una y otra vez recomendaciones y propuestas similares, ninguna de las cuales se implementa. No es fácil la brega cuando la asesoría de la

---

<http://www.asodeguesegundaetapa.org/mesa-redonda-la-sanidad-publica-en-guinea-ecuatorial-tras-la-independencia-v-seminario-internacional-del-ceah-50-anos-de-independencia-de-guinea-ecuatorial-11-de-julio/>

cooperación puede exponer carencias, ni tampoco callarse cuando se ve la deriva de la gestión y de los servicios.

## LA ASISTENCIA TÉCNICA EN SALUD

Los modos de la CI son diversos, pero hay dos fundamentales: el que proporcionan las agencias de CI oficiales y los de las ONGD. El primero está financiado con fondos públicos y su orientación, y cuantía, va a depender de las políticas del gobierno donante y de los acuerdos a que lleguen con las contrapartes receptoras. Esta CI va a tener control de cuentas y parlamentario. Mientras, las ONGD actúan como institución privada y su desempeño va a tener que ver con la dirección de la organización y los acuerdos a los que llegue con el país y sus instituciones, privadas o públicas. El control lo ejercen las asambleas de socios de las organizaciones. Como se ha comentado, en la actualidad las ONGD actúan también como proveedores de CI para las agencias oficiales, la mayoría de las veces, para poder subsistir y mantener la organización en las sedes. Estas agencias oficiales, en general burocratizadas, tienen misiones en el terreno, las oficinas técnicas de cooperación, que controlan las tareas y mantienen el contacto interinstitucional, pero no disponen de dispositivos operativos y licitan las actividades.

En GE operan ambos tipos de fórmulas. Así, se puede encontrar la CI pública que depende de AECID y que actualmente solo lo hace a través de un convenio con la Fundación de Religiosos para la Salud (FRS) que es también una ONGD. Por lo que respecta a las ONGD, hay que mencionar a la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN), una organización española que apoya la formación del personal de enfermería y la mejora de las competencias para la promoción de las enfermeras. Medical Care Development International (MCDI) es una organización vinculada a una petrolera y que está apoyando los procesos relacionados con la lucha contra el paludismo y al sistema de información sanitaria. La Cruz Roja de Guinea Ecuatorial, miembro de la Federación de la Liga de la Cruz Roja y Media Luna Roja, es una ONG de dimensión nacional y que opera débilmente en el sector de la salud y está más inclinada a los temas sociales. Existen además otras muchas pequeñas ONG, como

Aldeas Infantiles SOS en Bata<sup>19</sup> o las Capuchinas Terciarias de Luis Amigó<sup>20</sup>. No existe en el país una plataforma de ONG de la sociedad civil para la salud.

En la dimensión multilateral si hay una importante presencia de las organizaciones, todas del sistema de Naciones Unidas, con un componente de salud más o menos marcado:

- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)<sup>21</sup>
- Fondo de Naciones Unidas para la Población (UNFPA)<sup>22</sup>
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)<sup>23</sup>
- Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>24</sup>
- Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)<sup>25</sup>
- United Nations Department of Safety and Security (UNDSS)
- Programa conjunto de Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA)<sup>26</sup>

Si nos centramos en los componentes de la asistencia técnica, que expresan fundamentalmente el quehacer de la CI, hay que decir que el principal y casi único objetivo es el incremento de las competencias, conocimientos y habilidades, del capital intelectual presente en el país. Ya no se trata de substituir carencias o de dar, sino acompañar a hacer. La forma como esto se lleva a cabo es a través de las ayudas para estudios, la presencia de consultores, la realización de actividades de formación y entrenamiento y otras actividades semejantes. Esto es lo que algunos denominan neocolonialismo cultural.

---

<sup>19</sup> Aldeas Infantiles SOS: <https://www.aldeasinfantiles.es/conocenos>

<sup>20</sup> Capuchinas Terciarias de Luis Amigó. [http://www.terciariascapuchinas.org/spagnolo/missione\\_otros%20proyectos.htm](http://www.terciariascapuchinas.org/spagnolo/missione_otros%20proyectos.htm)

<sup>21</sup> PNUD [http://www.gq.undp.org/content/equatorial\\_guinea/es/home/about-us/](http://www.gq.undp.org/content/equatorial_guinea/es/home/about-us/)

<sup>22</sup> UNFPA <https://equatorialguinea.unfpa.org>

<sup>23</sup> UNICEF <https://www.unicef.org/es/pa%C3%ADs/guinea-ecuatorial>

<sup>24</sup> OMS <http://www.who.int/countries/gq/es/>

<sup>25</sup> FAO <http://www.fao.org/guinea-ecuatorial/es/>

<sup>26</sup> ONUSIDA <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/equatorialguinea>

El nuevo eurocentrismo domina el discurso de la CI. La traducción de este presupuesto en el terreno va a ser, como se puede ver en toda África, la perversión de entregar dinero para recibir “formación”. En el pensamiento del estratega debe estar la idea de “reparte que algo queda”: invertir mediante servicios en las economías locales, honorarios, dietas y estadías a profesores o consultores que representan “el saber” que permita ir disminuyendo las asimetrías de conocimiento. Todo mediante clases magistrales, talleres, técnicas didácticas novedosas u otras tecnologías. Buena parte de la formación y de las reuniones de grupos de trabajo o de las actividades rutinarias que realizarían los equipos de profesionales en Europa o América, aquí como en buena parte de África, se van a producir siempre que exista: alquiler de un espacio de calidad y alejado de los centros de trabajo, material de escritorio nuevo para cada ocasión, bebidas, comidas o refrigerios, dietas para transportes y alojamiento que será pagado a poco que dé lugar por la lejanía de los hogares de los asistentes. Ni que decir tiene que todos estos gastos ayudan a las economías personales de los concurrentes y que, para los niveles más altos de la administración, son condición sine qua non para garantizar su presencia para inaugurar o para clausurar. Es un mercenariado de la dieta del sector salud. En el campo de la CI hay que decir que existe una verdadera competencia entre los donantes o financiadores para captar la clientela, de forma que los destinatarios de la formación no tengan duda de adonde ir dependiendo de quién la organice, sin pensar en la pertinencia de la temática.

Más allá de estas consideraciones, no tan anecdóticas, hay que mencionar que GE es un país que, especialmente a partir de contar con un flujo regular de ingresos por el gas y el petróleo, ha dejado de ser elegible por las agencias y bancos de ayuda al desarrollo por superar ampliamente los indicadores del PIB por habitante. En este sentido hay que decir que es la primera economía de África y que en determinados años su PIB por habitante era semejante al español. Por tanto, la razón de la cooperación y la ayuda al desarrollo hay que entenderla como actividad para el desarrollo de dos ideas fuerza. La primera tiene que ver con el desarrollo de la conciencia crítica sobre el propio sistema de salud y que se quiere de él y puede ser

abordada a través de la mayéutica, con todos los condicionantes políticos. La segunda tiene que ver con la mejora de las capacidades técnicas y de las competencias profesionales en el conjunto del sistema a través de la formación. En este sentido se estimulan cuatro posibles caminos para avanzar en esta mejora: (1) la formación formal mediante clases o cursos, (2) la tutoría o mentoría, (3) aprender haciendo, teniendo como referencia las buenas prácticas que en el país existen y (4) la lectura y formación personal con discusión de casos. En cualquier caso, la intervención no pasa ni debe pasar por la ayuda material más allá del apoyo para lo mencionado anteriormente.

Los objetos principales de esta intervención son: (1) el desarrollo de un sistema de información sanitaria que empieza con la práctica cuidadosa de anotar lo que se hace y de usar las historias clínicas como parte esencial e inseparable del trabajo clínico; (2) garantizar la competencia para la gestión de los centros de salud y de los distritos, atendiendo a la demanda y a las necesidades de salud de la población, desde una visión de atención clínica, pero también de promoción y protección de la salud y de prevención, de acuerdo con los atributos de la Atención Primaria de Salud, que incluye la participación de la comunidad, que es muy fácil en estos entornos; y (3) identificar las áreas de mejora relacionadas con las competencias profesionales para enfrentar las diversas problemáticas de la atención clínica y de gestión del sistema, especialmente en el nivel distrital y central.

Este tipo de cooperación se substancia en el permanente acompañamiento y el análisis, de forma conjunta con los tomadores de decisiones, en todos los niveles del sistema. La aplicación de la humildad cultural<sup>11</sup>, del diálogo, de la empatía, así como la adaptación a los ritmos del lugar y del tiempo son elementos imprescindibles para trabajar juntos en la progresiva transformación y mejora de un sistema que la población requiere.



## CONCLUSIONES

Trabajar en CI requiere el planteamiento de las 5 preguntas cardinales que Sidney Kark propone cuando un trabajador de salud se enfrenta a una comunidad<sup>12</sup>, en el caso de la CI, a un país: (1) ¿cuál es el estado de salud de la comunidad, sus familias y sus grupos constituyentes?; (2) ¿Cuáles son los factores responsables de este estado de salud?; (3) ¿Qué se está haciendo por el sistema sanitario, por la propia comunidad, las familias de la comunidad y otros?; (4) ¿Qué más se puede hacer, que se propone, y cuáles son los resultados esperados?; y (5) ¿Qué medidas se necesitan para continuar la vigilancia de salud de la comunidad y evaluar los efectos de lo que se hace?. Estas preguntas son altamente pertinentes en el contexto de la CI, pues muy frecuentemente cada proyecto tiene una fuerte tendencia a empezar desde cero, singularmente en África.

Conocer y reconocer la geografía y la historia es esencial antes de cada proyecto porque nunca los contextos son iguales, pero la diversidad de las situaciones, de las condiciones sociales, culturales y de vida, de los valores predominantes son en África extraordinariamente complejos, especialmente si uno viene de una cultura occidental. La CI tiene además un fuerte componente político, económico y diplomático. Hay que conocer la historia de las relaciones y los contextos en que se produjeron los acuerdos que la generaron y cuanto hay de AOD. Este conocimiento enmarca el campo relacional, pero no lo determina. Al contrario, es un espacio para construir y quizás desbordar, si la fluidez comunicativa, la búsqueda de un interés y objetivo común logra establecerse.

Esta aproximación debe hacerse desde la posición de compartir y dialogar. La CI ha de estar abierta al otro y orientada a sus necesidades, si no es así es neocolonialismo. Para esto es necesario estar revisando constantemente el modo de hacer propio y tener la certeza que nunca sabremos todo sobre el entorno y las personas con las que trabajamos. Por tanto, el respeto y la flexibilidad han de ser las actitudes fundamentales del trabajo de la cooperación. El hecho de saber que difícilmente se conseguirán los objetivos y las metas que normalmente fueron

diseñadas previa y lejanamente al lugar de la intervención, no ha de impedir documentar, analizar y comprender lo que se hace, con la voluntad de formar una serie histórica para que el esfuerzo tenga continuidad. Esta es la audacia y la responsabilidad de la cooperación.

La lucha contra las desigualdades es también el debate sobre los desequilibrios injustos. Es papel de la cooperación interrogar y recibir las razones de las causas de los problemas de salud desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud. Es el diálogo entre expertos: la contraparte es experta en el país y el cooperante es experto en conocimientos de los efectos de las causas. Ambos conocimientos están legitimados y pueden y deben colaborar, porque en última instancia se respaldan y pueden generar realidades nuevas y positivas.

Personas, grupos, comunidades, juntas compartiendo tienen una enorme fuerza y pueden crear impacto en los servicios y las estructuras superiores. La historia de los fracasos es tan importante o más que la de los éxitos. Saber qué “no hacer” es a menudo mucho mejor que saber qué “hacer”. La historia de la CI en GE, tan errática en muchos sentidos, aporta mucho a la posibilidad de una mejora efectiva y necesaria.

## BIBLIOGRAFIA

1. Naciones Unidas. La Declaración Universal de Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948. <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
2. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
3. Informe económico y comercial. Elaborado por la Oficina Económica y Comercial de España en Malabo. Actualizado a septiembre de 2016. (Consultado el 28 de agosto de 2019) en: <http://www.comercio.gob.es/tmpDocsCanalPais/1759FAB73DD3841F701F720A5EC52449.pdf>

4. Darias del Castillo V y Darias de las Heras V. Contribución al estudio de los medios de comunicación en la ex Guinea Española. Revista Latina de Comunicación Social, núm. 44, 2001. Universidad de La Laguna. (Consultado el 30 de agosto de 2019) en: <http://www.revistalatinacs.org/2001/latina44septiembre/4404victor.htm>
5. Tratado de 23 de octubre de 1980 de amistad y cooperación entre el Reino de España y la República de Guinea Ecuatorial, hecho en Madrid, y dos Cartas anejas. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1981-16874>
6. Tratado de San Ildefonso: Wikipedia. [https://es.wikipedia.org/wiki/Tratado\\_de\\_San\\_Ildefonso\\_\(1777\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Tratado_de_San_Ildefonso_(1777))
7. Sampedro Vizcaya B. La economía política de la sanidad colonial en Guinea Ecuatorial. Endoxa: Series Filosóficas, núm. 37, 2016, pp. 279-298. UNED, Madrid. (Consultado el 28 de agosto de 2019) en: [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Endoxa-2016-37-5060/Economia\\_politica\\_sanidad.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Endoxa-2016-37-5060/Economia_politica_sanidad.pdf)
8. Belmonte Medina PM. Penología e indigenismo en la antigua Guinea española. Espacio, Tiempo y Forma, Serie V, Hª Contemporánea, t. 11, 1998, págs. 113-138.
9. Winegard, TC. The Mosquito: A Human History of Our Deadliest Predator. Dutton, 2019. Puede leerse un artículo y breve reseña sobre este dato en el artículo de El País (Consultado el 25 de agosto de 2019) en: [https://elpais.com/elpais/2019/08/14/ciencia/1565778292\\_347398.html](https://elpais.com/elpais/2019/08/14/ciencia/1565778292_347398.html)
10. Prieto R, Moisés A, Zárate N y Cuba Fuentes MS. Atributos de la Atención Primaria de Salud: Una visión desde la Medicina Familiar. Acta médica peruana. 2013; 30(1): 42-47. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172013000100008&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100008&lng=es)
11. Waters A and Asbill L. Reflections on cultural humility. American Psychological Association. August 2013. (Consultado el 5 de septiembre de 2019) en: <https://www.apa.org/pi/families/resources/newsletter/2013/08/cultural-humility>
12. Kark SL, Kark E, Abramson JH y Gofin J. Atención Primaria Orientada a la Comunidad, Doyma. Barcelona 1994.

**Josep Lluís de Peray**

Profesional Independiente

**Cómo citar este artículo:**

De Peray, J.LL., “La cooperación internacional española en el área de salud: el caso de Guinea Ecuatorial”, *Folia Humanística*, 2020; 1(2):23-49. Doi:

<http://dox.doi.org/10.30860/0061>

© 2020 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.