

## **SUBDESARROLLO Y EL ROL DE LA AYUDA SANITARIA. EL CASO DE GUINEA ECUATORIAL**

VICENTE ORTUN RUBIO \*, EZEQUIEL BARO TOMAS \*\*, MARIA CALLEJON FORNIELES \*\*

En los países desarrollados el gasto en sanidad es frecuentemente contemplado como una detracción de recursos de la inversión productiva, por lo que su contención ocupa un lugar destacado en las preocupaciones de los gobiernos. No ha sido así históricamente, puesto que el crecimiento de la renta ha proporcionado la base material sobre la que se ha asentado la mejora en el estado de salud de las poblaciones. Tampoco es así en muchos de los países actualmente subdesarrollados, en los cuales los objetivos de mejora del estado de salud y de desarrollo económico son concordantes, siguiendo el paradigma histórico del paludismo. Guinea Ecuatorial constituye un buen ejemplo de país subdesarrollado; su particular vinculación a España proporciona interés al examen de sus problemas y sus recursos sanitarios. Estos, enmarcados en las actuales políticas de "ajuste estructural", auspiciadas por el Fondo Monetario Internacional, sitúan a la cooperación sanitaria en una posición clave para conseguir que la sanidad contribuya a la economía mientras la economía no pueda contribuir a la sanidad.

Este artículo pretende situar la actividad de los servicios sanitarios, y en particular los facilitados por la Cooperación Española en Guinea Ecuatorial, en la incierta estrategia de desarrollo de los países del África subsahariana. Para ello analiza los principales problemas sanitarios de Guinea Ecuatorial y sus recursos sanitarios para, en una segunda parte, inscribir la actuación sanitaria en la política de desarrollo del citado país. Los materiales utilizados fueron obtenidos durante sendas visitas de los autores a Guinea Ecuatorial.

\* Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública.

\*\* Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Barcelona.

### Demografía y principales problemas de salud de Guinea Ecuatorial

UNICEF sitúa a Guinea Ecuatorial en el grupo de países con mayor mortalidad infantil del mundo (1). El análisis demográfico del censo de 1983 (2) proporciona una excelente base para valorar la situación sanitaria:

- 300.000 habitantes en 1983, 72% en el área rural. Baja densidad media de población (10,7 hab/km<sup>2</sup>), más elevada en la parte insular que en la continental. Distribución de gran parte de la población en pequeños poblados, frecuentemente pluritribales, a lo largo de costas, ríos y caminos.
- Mortalidad infantil del 135 por mil nacidos vivos. Estudios parciales han documentado tasas de mortalidad infantil sustancialmente más altas en zonas del interior (3).
- Tasa global de fecundidad de 5,5, pese a los elevados, aunque decrecientes en el tiempo, porcentajes de esterilidad: Del 31% en las mujeres de 55 a 59 años, al 14,6% en las mujeres de 25 a 29 años. Véanse en la Tabla 1 las proyecciones 1983-2003.

**TABLA 1**  
**Proyecciones Guinea Ecuatorial 1983-2003**

	1983-1988	1988-1993	1993-1998	1998-2003
Tasa bruta de natalidad (por mil)	42,5	42,4	42,4	42,5
Tasa bruta de mortalidad (por mil)	18,5	17,6	16,6	15,7
Tasa bruta de emigración (por mil)	3,8	1,7	0,8	—
Tasa de crecimiento (%)	2,05	2,32	2,51	2,68
Nacimientos anuales promedio	13.575	15.023	16.899	19.254
Defunciones anuales promedio	5.914	6.232	6.618	7.100
Emigraciones netas anuales	1.200	600	300	—

Fuente: República de Guinea Ecuatorial. Ministerio de Planificación y Desarrollo. Análisis demográfico del censo de 1983. Malabo, 1989.

- **Malnutrición.** Encuestas somatométricas realizadas en comunidades rurales revelan que del 40% al 60% de los niños entre 1 y 4 años presentan algún grado de desnutrición. Del 60 al 90% de los niños tienen parásitos intestinales. El problema de la alimentación es tanto de inadecuación como de insuficiencia y se presenta con mayor frecuencia en los niños que no están al cuidado de la madre, bien porque ésta los tuvo de soltera —y pertenecen a la familia del padre de la madre—, bien porque la mujer ha marchado sin devolver la dote y los hijos quedan al cuidado de su padre.
- Cobertura vacunal insuficiente, especialmente donde los cuidados de atención primaria no han sido desarrollados. Incidencia, por tanto, de enfermedades evitables entre las que destaca, por su elevada letalidad, el sarampión.

- Paludismo. Constituye la principal causa de morbilidad en todas las edades. Más de la mitad de los niños de 0 a 5 años presentan esplenomegalia. Importante resistencia a antimaláricos, principalmente del *Plasmodium falciparum* a la cloroquina. La parasitemia palúdica está tan generalizada (90% de la población) como para que en las percepciones subjetivas del estado de salud no se considere una desviación del estado sano.
- Tripanosomiasis africana. Enfermedad del sueño, cuyo vector, la mosca tse-tse, ha sido calificado como guardián de África (4). Controlada en los tiempos de la colonia, vio aumentada su prevalencia en los últimos años, especialmente en los tres focos principales de Kogo y Mбини (región continental) y Luba (región insular). En Luba se llegó a una prevalencia del 4% y en ciertos lugares superaba el 25%. Luba podía considerarse en situación pre-epidémica (5). El programa de Cooperación Española para el control de la tripanosomiasis debió vencer las dificultades que supone el asintomatismo de las personas parasitadas en fase de latencia clínica, la baja sensibilidad de los medios diagnósticos clásicos y el difícil acceso de la población a los centros sanitarios. En la actualidad, gracias a una estrategia de actuación antivectorial —trampas monopiramidales— y vigilancia epidemiológica integradas en la comunidad, la tripanosomiasis vuelve a estar controlada.
- Oncocercosis. Prevalencia del 75% en una muestra de población de la isla de Bioko, aunque la manifestación clínica más grave y conocida de la enfermedad —la ceguera— se registró en sólo un 0,8% de los parasitados (6) (incidencia propia del bloque tropical frente a la oncocercosis de sabana que provoca ceguera en un 10-20% de los casos). Su importancia sanitaria deriva de que se trata de una enfermedad debilitante, que aumenta la sensibilidad a otras enfermedades como la tuberculosis y el paludismo.
- Esquistosomiasis (bilharziasis). Casos de *Schistosoma intercalatum* diagnosticados por técnicos de Cooperación Española en Acurenam, Bata y otras zonas de la región continental.
- Tuberculosis. Guinea Ecuatorial se perfila en este aspecto como un país de endemia media, con una incidencia declarada de 73 casos de tuberculosis pulmonar por 100.000 habitantes en el año 1988, y 9 fallecimientos por tuberculosis en todas sus formas (7). Una encuesta tuberculínica realizada en Bata estableció el riesgo anual de infección en un 1,2%; muy probablemente el riesgo será menor en zonas rurales. El programa de la Cooperación Española, para todo el país, se basa en la localización de casos, la quimioterapia y el control del tratamiento ambulatorio.
- Lepra. Entre 1983 y 1987 se diagnosticó un promedio de 50 nuevos casos al año. La tasa de prevalencia era de 1,5 casos por 1.000 habitantes en el año 1987 (8).
- SIDA. Muy baja seroprevalencia de VIH1 (0,25%) y ningún VIH2 detectado en una muestra de 389 adultos de Bata (9).
- Diarreas. 7,6 episodios por niño y año (con duración media de 9 días) (10). Constituye importante causa de deshidratación, todavía insuficientemente combatida con rehidratación oral y medidas de saneamiento

y educación sanitaria. Manifestación de enfermedades de diversa etiología que de no resolverse pueden ser letales.

- Alcoholismo. Aun sin datos del consumo de alcohol per cápita ni sobre sus repercusiones sobre la salud, parece existir un importante problema de alcoholismo, ignorándose si tienen mayor importancia las bebidas producidas localmente (vino de palma y cañazo) o las importadas (vino y cerveza fundamentalmente). La introducción de un arancel suplementario del 25% a las importaciones de bebidas alcohólicas prevista por el Gobierno para 1989, tiene gran sentido sanitario e importancia fiscal, pues se prevee un rendimiento anual de este nuevo impuesto de 100 millones de FCFA (1 FCFA = 0,4 Ptas.).

### Recursos sanitarios

Falta el agua potable y los sistemas de saneamiento básicos en la casi totalidad de ciudades y poblados. La atención primaria de salud trata, prioritariamente, de resolver estos problemas, siempre que no se requieran obras públicas de envergadura, en cuyo caso la competencia deja de ser sanitaria.

Los recursos humanos y materiales del sector sanitario se agrupan en tres sectores: 1) público-institucional, al que se accede mediante pago de un tiquet moderador (500 FCFA por visita, análisis o por día de estancia) de efectos disuasorios relativamente menguados, especialmente si lo comparamos con el alto precio de la medicación de las farmacias privadas; 2) privado "occidental", de escasa relevancia, y 3) privado tradicional. Todos los poblados cuentan con curandero y partera tradicional, y la población accede a ellos con frecuencia. Así, por ejemplo, la traumatología -sangrado para reducir la inflamación, reducción, y entablillado posterior- tributa exclusivamente sobre el sector tradicional. El proyecto de atención primaria, de Cooperación Española, ha tendido a incorporar este personal tradicional. Las parteras, muchas de las cuales no saben leer, están recibiendo formación (libro próximo a editarse por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, a base exclusivamente de ilustraciones) de cooperantes españoles. En algunos poblados el agente primario de salud y el curandero cooperan intercambiando sus saberes. La educación sanitaria trata únicamente de cambiar aquellas prácticas tradicionales que son perjudiciales, no las beneficiosas o neutras.

Los recursos humanos en el sector sanitario ascendían, en 1987, a 929 personas, repartidas por profesiones tal como indica la Tabla 2.

En términos relativos escasea más el personal de grado medio. En algunos distritos falta médico, ya que la distribución de los recursos humanos es bastante desigual: La razón médico/habitantes de Malabo duplica la de Bata, la de la región insular supera en más de cuatro veces a la del continente. Lo mismo ocurre con el personal de grado medio: 3,6 ATS/10.000 habitantes en la región continental por 11 en la región insular (11).

Un 70% de los médicos y un 35% de los ATS son extranjeros. Entre ellos, los españoles representan, respectivamente, una tercera y una cuarta parte.

**TABLA 2**  
**Recursos humanos del sector sanitario en Guinea Ecuatorial, 1987**

Médicos	100
ATS	136
Auxiliares diplomados	249
Auxiliares no diplomados	193
Administrativos y operarios	251
<b>TOTAL</b>	<b>929</b>

Fuente: Amigo, María. Resumen situación sanitaria en Guinea Ecuatorial. Malabo: Mimeo, 1989.

Los medicamentos y el material fungible, suministrados en su mayor parte por la Cooperación Española, resultan insuficientes para las necesidades del país. Este, además, no tiene regulada la importación, depósito y distribución de medicamentos.

El gasto sanitario público anual resultante de 3.250 pesetas per cápita es una cifra relativamente alta para estándares subsaharianos. Debe tenerse en cuenta, no obstante, que entre la mitad y las dos terceras partes de esa cifra son costes salariales de cooperantes: 0,81 de gasto financiado externamente multiplicado por un 0,7-0,8 que representan los costes salariales de cooperantes. Mayor sentido tiene referirse a un gasto en medicamentos de Cooperación Española de 211 pesetas por persona/año (muy inferior al de años anteriores) y recordar que por dos dólares per cápita se consigue, en algunos países, cobertura poblacional con medicamentos esenciales (12). La relatividad del concepto medicamentos esenciales impide extraer conclusiones rápidas de la comparación citada.

Una estrategia sanitaria no siempre adecuada y una gestión manifiestamente mejorable subyacen a todas las deficiencias reseñadas. Hasta hace poco tiempo el Gobierno enfatizaba la asistencia curativa en lugar de la preventiva, la atención hospitalaria en lugar de la atención primaria.

### **Cooperación externa y desarrollo económico en Guinea Ecuatorial**

El África subsahariana, una de las regiones más pobres del mundo, ha visto cómo su situación empeoraba, tanto en términos relativos como absolutos, durante los últimos veinte años. Si ello fuera el criterio de evaluación de la cooperación externa, podría afirmarse que la ayuda al desarrollo efectuada por los países y organismos multinacionales en el África subsahariana ha obtenido resultados mediocres. Las perspectivas de crecimiento para los próximos años tampoco son optimistas, puesto que las condiciones endógenas de cada país varían muy lentamente y la relación real del intercambio del África subsahariana con el resto del mundo no presenta expectativas de mejora sustancial (importar un tractor exige exportar más kilos de cacao).

El período de transición hacia un desarrollo autosostenido todavía será largo, y si las fuerzas que han de propiciar éste deben venir fundamentalmen-

te del interior de cada país, la cooperación externa debería limitarse a ayudar a superar los obstáculos durante el período de transición:

- colaborando en el mantenimiento de unos servicios mínimos educativos, sanitarios y de sostenimiento de renta (autosuficiencia alimentaria principalmente),
- potenciando la creación de infraestructuras de transportes y comunicaciones que faciliten el crecimiento del excedente social,
- fomentando una acción conjunta contra las catástrofes ecológicas y sociales (guerras civiles),
- respaldando la entrada de capital y tecnología en condiciones de disciplina del mercado para asegurar la viabilidad a largo plazo, y
- cooperando en la reforma y modernización de las administraciones públicas como condición necesaria para llevar a término una política de desarrollo solvente.

Los gastos sociales en sanidad y educación tienen un impacto fundamental, aunque a largo plazo, sobre la capacidad productiva: son inversiones en capital humano. Las perspectivas de desarrollo del Africa subsahariana no son excelentes a corto plazo, pero en cualquier caso sólo podrán arrancar un proceso de desarrollo endógeno autosostenido si el país —su gente— mantiene unos mínimos nutricionales, educativos y sanitarios.

Guinea Ecuatorial ha adoptado un programa de ajuste estructural y está avanzando en la elaboración de una estrategia de política económica de desarrollo con el asesoramiento y una importante ayuda técnica del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial. El ajuste estructural debería suponer una orientación de la política sanitaria en base a la atención primaria de salud y un mayor esfuerzo presupuestario futuro en sanidad y educación, sectores respecto a los cuales no se recomiendan recortes presupuestarios ni tan siquiera en las fases iniciales del programa de ajuste estructural.

Inevitablemente se producen tensiones entre los programas de acción promovidos por organismos internacionales, evidentemente muy experimentados, pero basados en la lógica de la economía de mercado e impregnados de los valores culturales occidentales, con la cultura social y la estructura organizativa peculiar de quienes deben aplicar tales programas (13). Las actividades orientadas al intercambio mercantil, las nociones de excedente y ahorro se encuentran relativamente menos arraigadas en la cultura tradicional del Africa Central, basada en la autosuficiencia a niveles de subsistencia, que en otras regiones del mundo donde, desde hace siglos, se ha practicado el intercambio y disponen de estructuras con una más acentuada división del trabajo. Hay que contar, por tanto, con un proceso relativamente lento de absorción y adaptación de los esquemas tradicionales de desarrollo económico por parte de Guinea Ecuatorial.

### La Cooperación Española en Guinea

La cooperación internacional y la ayuda al desarrollo constituyen actividades de importancia creciente en la política exterior española, en consonancia con el aumento del peso de la economía española en el contexto del mundo desarrollado y las responsabilidades económicas y culturales que de ello se derivan frente a los países no desarrollados.

Las previsiones para 1989 del Plan Anual de Cooperación Internacional muestran una cifra de 87.265 millones de pesetas en concepto de gastos de cooperación internacional financiados desde diversos ministerios y organismos públicos. Es significativo el considerable aumento experimentado por este concepto respecto del año anterior, un 65,3%, respondiendo a la intención de la Administración pública española de elevar la cooperación internacional a un nivel similar al de los países de la CEE.

La relación estimada entre la Ayuda Oficial al Desarrollo y el PIB en España queda en un 0,153%, porcentaje mayor que en el pasado, pero todavía lejos del valor medio de los países integrantes del Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE, un 0,36%. Y este porcentaje queda también muy lejos del 0,7% al que los países donantes se comprometieron a principios de la década de los setenta.

África es el área más beneficiada por la ayuda española, debido al peso de Guinea Ecuatorial que, en 1989, absorbe 2.276,5 millones de pesetas en concepto de cooperación.

La cooperación entre España y Guinea Ecuatorial se inició en 1979, con acciones básicamente orientadas a responder a las condiciones de emergencia en que se hallaba Guinea y apoyar la reconstrucción del país. Hasta 1985, con la colaboración del I Plan Marco de Cooperación entre el Reino de España y la República de Guinea Ecuatorial, no se sentaron las bases de un programa integrado de cooperación (14). En la Tabla 3 puede verse la clasificación de las áreas según los costes absorbidos en 1987.

**TABLA 3**  
**Costes de la Cooperación Española en Guinea Ecuatorial por áreas, año 1987**

Áreas	Coste total (l)	%
Educación	832.913.088	43
Sanidad	435.052.123	22,5
Agricultura	171.351.275	8,9
Defensa	164.327.830	8,5
Aviación Civil	131.440.46	6,8
Medios Comun. Soc.	110.756.445	5,7
Cultura	66.289.312	3,4
Seguridad y Orden	12.918.388	0,7
Obras Públicas	2.333.214	0,2
Coste total	1.934.732.055	100,0

Fuente: Análisis del coste del Plan de Cooperación con Guinea Ecuatorial, año 1987, G.M.M. Asesores, S. A. Madrid, 1988

(1) Se trata de un estudio de costes que toma en consideración tanto los costes directos como los indirectos, sea cual fuere la oficina gubernamental española que lo ha sufragado. No coincide, por tanto, con las cifras presupuestadas.

La Cooperación Española en Sanidad pretendía promover el bienestar sanitario general, crear y mejorar las infraestructuras sanitarias (personal, prevención, asistencia primaria y recursos farmacológicos) y asistir técnicamente a la organización del sistema sanitario.

El juicio global sobre la realidad actual de la cooperación sanitaria española es altamente favorable. La conjunción de unas directrices políticas acertadas con la ya larga evolución profesional de los cooperantes españoles han decantado un modelo efectivo, con prestigio internacional, basado en la atención primaria de salud, la potenciación de los recursos locales y el apoyo de programas verticales –por patologías– sólidamente concebidos y con traducción práctica efectiva, merced, precisamente, al desarrollo simultáneo del primer nivel de atención primaria. El activo más importante de la Cooperación Sanitaria Española son sus cooperantes: altamente profesionalizados (no desempeñan un trabajo, sino su trabajo), con una importante experiencia y continuidad, bien aceptados, e incluso en ocasiones líderes y dinamizadores sociales.

El Manual del Agente Primario de Salud (15) constituye una excelente aproximación a la práctica de la atención primaria de salud en Guinea Ecuatorial y una imprescindible guía de viaje a su sanidad: en ella se aprenden las tareas de saneamiento básico que después se observan en los poblados: las canciones de la diarrea, de la rehidratación oral y de la papilla que se escuchan en las escuelas, las indicaciones de los medicamentos esenciales que seguirán los agentes primarios de salud, los criterios de referencia al hospital; se ven las curvas de crecimiento y los impresos que constituyen parte del sistema de información y seguimiento, y se aprecia, en general, cómo el manual prelude y conforma la realidad.

### **¿Qué puede hacer la sanidad por la economía?**

Cuando la economía puede hacer poco por la sanidad, ésta, en cambio, puede hacer bastante por la economía: Sobre una población limitada y enferma no puede construirse un desarrollo económico sostenido. En un país como Guinea Ecuatorial, de endemias infecciosas muy prevalentes, la enfermedad limita los asentamientos humanos (oncocercosis), impide el desarrollo pecuario (tripanosomiasis), dificulta el desarrollo agrícola y turístico (paludismo), por lo cual –y a diferencia de lo que ocurre con frecuencia en los países desarrollados– no se presentan contradicciones entre los objetivos de desarrollo económico y los de mejora del estado de salud de la población.

Si a ello se le une el que la inversión en recursos humanos constituya una de las pocas vías claras de desarrollo, aparte de obligación moral para los países ricos, resulta un cuadro en el cual la cooperación sanitaria pasa a tener un importante rol. Su actividad no tan sólo puede beneficiar a Guinea Ecuatorial, ya que de la misma pueden derivarse beneficios externos si tal cooperación se constituye en punta de lanza de la creciente cooperación exterior española y si se fomenta la investigación sobre enfermedades tropicales, de mayor interés sanitario que comercial, cuya importación es cada vez más frecuente en España.



## AGRADECIMIENTOS

A los cooperantes españoles en Guinea Ecuatorial, gran parte de los cuales aparecen en la bibliografía referenciada, y en especial al hasta hace poco tiempo responsable de la Cooperación Española en Guinea Ecuatorial, señor Ramón Gil Casares.

## RESUMEN

Se analizan los problemas sanitarios de Guinea Ecuatorial, así como sus recursos sanitarios, para ponerlos en el contexto de la ayuda al desarrollo y considerar, en particular, el impacto de la Cooperación Técnica Española. La concordancia entre objetivos de desarrollo económico y de desarrollo sanitario es tan acusada en Guinea Ecuatorial que ni los programas de ajuste estructural, propiciados por el Fondo Monetario Internacional, afectan al gasto sanitario. La considerable incertidumbre acerca de la estrategia de desarrollo más conveniente para Guinea Ecuatorial convierte a la inversión en capital humano (sanidad, educación y autosostenimiento alimentario) en una de las actuaciones más incuestionables. El papel de la ayuda exterior, concretamente la de España en G.E., ha sido notable y está llamada a incrementarse, pues contribuye eficazmente al desarrollo y puede presentar beneficios externos para el país donante.

Palabras clave: Subdesarrollo económico, subdesarrollo sanitario, ayuda, Guinea Ecuatorial.

## SUMMARY

The health-care problems of Equatorial Guinea and its health-care resources are analyzed to put them into the context of aid to developing nations, and to especially consider, the impact of Spanish Technological Cooperation, in particular. The parallel between goals of economic development and the development of health-care is so great in Equatorial Guinea that not even the structural change programs patronized by the International Monetary Fund have any effect on health-care expenses. The considerable uncertainty regarding the most suitable development strategy for Equatorial Guinea makes investments in human resources (health-care, education and self-sufficiency in food production) one of the most indisputable measures taken. The role of foreign aid, specifically that of Spain in Equatorial Guinea, has been considerable and is bound to increase, as it contributes effectively to development and can result in external benefits for the donor country.

Key words: Economic underdevelopment, underdevelopment health-care, aid, Equatorial Guinea.

### BIBLIOGRAFIA

1. UNICEF. Estado mundial de la infancia, 1988.
2. República de Guinea Ecuatorial. Ministerio de Planificación y Desarrollo. Dirección General de Estadística. Análisis demográfico del censo de 1983. Malabo, 1989.
3. Sales Ramón, et al. Memoria actividades Atención Primaria de Salud en el distrito de Mongomo (mayo 87-julio 88). Mongomo: Cooperación Española, 1988.
4. Ormerod WE. Ecological effect of control of African trypanosomiasis. *Science* 1976; 191: 815-821.
5. Simarro PP. Estrategia actual de la lucha contra la tripanosomiasis humana en la República de Guinea Ecuatorial. *Rev San Hig Púb* 1988; 62 (5-6-7-8): 1483-94.
6. Mas J, Simo V, Yumba A. Prevalence and geographical distribution of onchocerciasis on the island of Bioko. Comunicación al Symposium de Onchocercosis de Leiden, septiembre 1989.
7. Del Alamo A, Nsogo S. Programa Nacional de Lucha contra la Tuberculosis de la República de Guinea Ecuatorial, año 1988. Bata: Ministerio de Sanidad de Guinea Ecuatorial/Cooperación Española, enero 1989.
8. De Vaere Els, et al. Le programme de lutte contre la lepre en Guinee Equatoriale. *Bulletin OCEAC* 1988; 84: 83-86.
9. Josse R, et al. Evaluation de la circulation des virus HIV dans la villa de Bata. *Bulletin OCEAC* 1988; 84: 65-69.
10. Josse R, et al. Les maladies diarrheiques infantiles en Guinee Ecuatoriale; Enquete epidemiologique dans les districts de Mongomo, Nsoc-Nsomo et Ebebiying. *Bulletin OCEAC* 1988; 84: 75-81.
11. Amigo M. Resumen situación sanitaria en Guinea Ecuatorial. Malabo: Mimeo, 1989.
12. Lauridsen E. Medicamentos esenciales: Concepto y estrategias de Implantación Global. En: I Conferencia Latinoamericana sobre Políticas Farmacéuticas y Medicamentos Esenciales. México. Instituto Nacional de Salud Pública, 1988.
13. Ollé Goig J. Los ojos de Aisha. Reflexiones de un médico en el Sahel. *Med Clin* 1989; 92: 460-461.
14. Gijón L, Lozano J, Infante A. La Cooperación Sanitaria Española en Africa. *Rev San Hig Púb* 1989; 63 (3-4): 9-14.
15. Sánchez I, Sales R, Sima J, Vila R, Santiago M, Soley M. Manual del Agente Primario de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988.