

108/2014

25 septiembre de 2014

Sergio Castillejo Pérez

*Ricardo Navarro Suay **

CABO VERDE, COOPERACIÓN
SANITARIA EN EL ÁREA DE
SEGURIDAD Y DEFENSA

[Visitar la WEB](#)

[Recibir BOLETÍN ELECTRÓNICO](#)

CABO VERDE, COOPERACIÓN SANITARIA EN EL ÁREA DE SEGURIDAD Y DEFENSA

Resumen:

Desarrollo, y vulnerabilidad son conceptos centrales en la política de cooperación internacional, así mismo estos términos son abordados desde la perspectiva del enfoque integral de la seguridad humana. En este aspecto, el Ministerio de Defensa ha contribuido en la República de Cabo Verde a impulsar un proceso de expansión en capacidades sanitarias que garanticen niveles razonables de desarrollo humano, con el objetivo de transformar la vulnerabilidad en capacidad. El análisis de los problemas socio-sanitarios y sus indicadores van a permitir no sólo identificar los problemas más relevantes que limitan el proceso de expansión y desarrollo de los servicios de salud para futuras acciones en esta área, sino también un mejor planteamiento logístico-operativo del proyecto.

Abstract:

Development and vulnerability are central concepts in international cooperation policy. These terms are addressed from the perspective of comprehensive approach of human security. In this regard, the Ministry of Defence has contributed in the Cape Verde Republic to promote a process of expansion capabilities to ensure sanitary reasonable levels of human development, with the aim of transforming the vulnerability capacity. The analysis of the social and health problems and their indicators will allow not only identify the most relevant problems that limit the expansion and development of health services for future action in this area, but also a better logistical and operational approach project.

Palabras clave:

Desarrollo, Vulnerabilidad, Seguridad Humana, Cooperación, Salud.

Keywords: Development, Vulnerability, Human Security, Cooperation, Health.

***NOTA:** Las ideas contenidas en los **Documentos de Opinión** son de responsabilidad de sus autores, sin que reflejen, necesariamente, el pensamiento del IEEE o del Ministerio de Defensa.

INTRODUCCIÓN

Laborie Iglesias (1) desarrolla los diferentes significados y evolución del concepto de seguridad, ya que, tras el fin de la Guerra Fría, y como consecuencia de la globalización, las amenazas dejan de poseer un carácter puramente militar, por lo cual, el espectro del concepto de seguridad se amplía. Los problemas globales, transfronterizos en su mayor parte, vgr; crimen organizado, terrorismo, cambio climático, acceso a los recursos naturales, flujos migratorios incontrolados, pobreza, y hambruna se han convertido en riesgos para la humanidad de una importancia similar a la de la tradicional defensa militar.

Es necesario, en palabras de Laborie Iglesias, considerar a la necesidad de ampliar el concepto de seguridad de manera multisectorial, y a distintos niveles, considerando que la territorialidad y la defensa militar no deben ostentar la predominancia. Los acontecimientos de este último lustro, y la repercusión de la actual crisis económica global, un entorno internacional, cada vez más complejo y dinámico, apoyan su tesis en que los retos a la seguridad de hoy no pueden ser divididos entre aquellos de carácter “interno o externo” y entre “civiles y militares”.

La Organización Mundial de la Salud destaca la importancia de los determinantes sociales (2) (3) - alimentación, habitabilidad, saneamiento básico, medio ambiente, trabajo, rendimiento, educación, transporte, ocio, acceso a los bienes y servicios esenciales- en la salud de las poblaciones, existiendo una relación entre conflictos armados, pobreza, y subdesarrollo. Los conflictos armados pueden suponer uno de los mayores problemas que afectan a la humanidad debido al incremento de la pobreza, las desigualdades y al desarrollo de las poblaciones, entendido este, como un proceso de expansión de las libertades de las personas para llevar una vida prolongada, saludable, creativa, y conseguir las metas que consideran valiosas participando activamente de manera equitativa y sostenible en un planeta compartido (4)(5).

La ampliación al concepto de Seguridad viene dada desde el concepto de Seguridad Humana (6) definido en 1994 por el primer informe del Programa de Desarrollo de Naciones Unidas, en un intento de armonizar las preocupaciones políticas sobre seguridad nacional y transnacional. Debido a que este concepto se debe al cambio de paradigma estratégico, se configura como universal, interdependiente y multidimensional abarcando los sectores; económico, alimentario, sanitario, medioambiental, personal, político, y comunitario. Esta doctrina, en la línea del soft power, incide en que la mejor opción estratégica para promover los intereses de seguridad en el exterior es solventar las necesidades esenciales de los ciudadanos a lo largo y ancho del globo, especialmente en áreas de inestabilidad o de pobreza (7)

Existe una responsabilidad de proteger frente a los riesgos y amenazas, y corresponde a los órganos o instituciones con esas competencias (8) desde el nivel local o microgestión hasta el nivel estratégico o macrogestión, la gestión de estos recursos y medios para lograr los objetivos sectoriales de seguridad humana o la defensa del estado del bienestar. Por otra parte, y de una perspectiva puramente económica, no se puede olvidar que los estándares actuales en la amplia gama de prestación de servicios del estado de bienestar, así como su defensa, exige un complejo y costoso despliegue de medios y recursos.

La mayor parte de la población a nivel global es vulnerable a los eventos adversos en algún grado –catástrofes naturales, crisis financieras, conflictos armados, cambios sociales, y medioambientales. Pérez de Armiño (9) señala a la vulnerabilidad como el reverso o el lado B de la seguridad,

Cruz Roja (10) define a la Vulnerabilidad, como la capacidad disminuida de una persona o un grupo de personas para anticiparse, hacer frente y resistir a los efectos de un peligro natural o causado por la actividad humana, y la recuperación de los mismos. Es un concepto relativo y dinámico. La vulnerabilidad casi siempre se asocia con la pobreza (11), pero también son vulnerables las personas que viven en aislamiento, inseguridad e indefensión ante riesgos, traumas o presiones. Es un concepto multidimensional (12), ya que la exposición de las personas a riesgos varía en función de su grupo social, sexo, etnia, edad y otros factores. La capacidad, al igual que la seguridad es la otra cara de la moneda, esta puede describirse como los recursos de que disponen las personas, familias y comunidades para hacer frente a una amenaza o resistir a los efectos de un peligro. Estos recursos pueden ser físicos o materiales, pero también pueden encontrarse en la forma en que está organizada una comunidad o en las aptitudes o atributos de las personas y/o las organizaciones de la misma.

África se ha convertido en un objetivo fundamental de interés global, no sólo para las principales potencias, sino también para países emergentes por su condición de reserva mundial de valiosos recursos naturales. Para los intereses españoles, tres zonas serán vitales en las próximas décadas: Sahel, Cuerno de África, y Golfo de Guinea (13)(14). En estas áreas confluyen graves problemas en el desarrollo humano: tráfico ilícito, conflictos étnicos, actores armados no estatales, estados fallidos y subdesarrollo.

En su LXXXV crucero de instrucción, la dotación del A71 / J.S. de Elcano pudo ser testigo directo de las acciones que el Ministerio de Defensa español está realizando en Cabo Verde mediante acuerdos a nivel bilateral (15) (16) y de cooperación en materia de defensa en el sector sanitario.

Las acciones propiamente dichas abarcan desde la formación en el Hospital Universitario Central de la Defensa “Gómez Ulla” de Madrid de médicos militares cabo-verdianos diplomados en áreas de interés estratégico (17) (18) para el Ministerio de Salud de ese país africano como son la cardiología y oftalmología, hasta la donación de material sanitario y creación de la policlínica militar en el barrio de Eugenio Lima (Praia, Isla de Santiago), permitiendo no sólo atender a los miembros de sus fuerzas armadas y sus familias, sino también, a los vecinos de dicha área de población.

En este aspecto, el Ministerio de Defensa español, y con el resultado de estas acciones se ha impulsado en la República de Cabo Verde un proceso de expansión en las capacidades sanitarias de este país, con el objetivo de garantizar niveles razonables de desarrollo humano, transformando la vulnerabilidad en capacidad mediante la mejora en la infraestructura de los servicios sanitarios, lo cual, contribuye a la mejora del estado bienestar de la población caboverdiana.

El análisis de los problemas socio-sanitarios, y sus indicadores van a permitir no sólo identificar los problemas más relevantes que limitan el proceso de expansión y desarrollo de las acciones en el sector sanitario, la monitorización y seguimiento, como también un mejor apoyo logístico-operativo del proyecto.

Descripción general.

Cabo Verde por su localización en el África occidental, constituye una zona de tránsito marítimo crucial a escala global, un punto de encuentro de tres continentes, así como, un área donde convergen cultura, economía, política, seguridad y defensa. Atendiendo a la ficha del país que el ministerio de asuntos exteriores español pone a disposición del público general, el archipiélago (19) tiene una superficie de 4.033 km² y está formado por diez islas y cinco islotes. Existe un grupo de islas situado al Norte, islas de “Barlovento”, integrado, de Oeste a Este, por las islas de Santo Antão, San Vicente, Santa Lucía, São Nicolau, Sal y Boavista y un grupo de islas situado al Sur, islas de “Sotavento”, compuesto, de Este a Oeste, por las islas de Maio, Santiago, Fogo y Brava. La isla con mayor superficie y más poblada es Santiago (990 km²) y la isla con menor superficie, y la única deshabitada, es Santa Lucía (35 km²).

La República de Cabo Verde es un estado archipelágico de África Occidental, situado en el Océano Atlántico, aproximadamente 1.000 kms. al Suroeste de las islas Canarias y 460 kms. al Oeste de la costa de Senegal, desde su punto más oriental, en la isla de Boavista. Se extiende a lo largo de una franja de mar de 370 kms. de Este a Oeste, al sur del Trópico de Cáncer, entre los 14° 50' y 17° 20' latitud norte y los 22° 40' y 25° 30' longitud oeste. Es el

archipiélago más meridional del conjunto de la Macaronesia (grupo de islas atlánticas de origen volcánico, junto con Azores, Madeira y Canarias). Su población en el año 2012 eran 527.000 personas, con una densidad de población de 128 habitantes / km². La capital es Praia (isla de Santiago) con una población de 120.000 habitantes, otras ciudades importantes son Mindelo (isla de San Vicente), Assomada (Santiago) y Sao Filipe (isla de Fogo) con 70.000, 50.000 y 23.000 habitantes respectivamente.

La lengua oficial es el portugués, sin embargo la mayoría de la población habla en criollo (“kriolu”). Su moneda es el Escudo caboverdiano, que mantiene una paridad fija y oficial con el euro (1euro=110,265 escudos). El 90% de los caboverdianos son de confesión católica. Otras confesiones cristianas también están presentes. Existe una minoría, creciente, de practicantes de la fe musulmana, principalmente de origen senegalés.

Cabo Verde es una república democrática, en donde la Jefatura del Estado corresponde al presidente, elegido por sufragio directo en elecciones presidenciales. Administrativamente, Cabo Verde está dividido en 22 “concelhos”, de la siguiente manera: La isla de Santiago está dividida en 9 “concelhos”: Praia, Ribeira Grande de Santiago, São Domingos, Santa Catarina, São Salvador do Mundo, Santa Cruz, São Lourenço dos Órgãos, São Miguel y Tarrafal de Santiago. La isla de Santo Antão está dividida en 3 “concelhos”: Ribeira Grande, Paul y Porto Novo. Las islas de São Vicente y Santa Lucía integran un único “concelho”: São Vicente. La isla de São Nicolau está dividida en 2 “concelhos”: Ribeira Brava y Tarrafal de São Nicolau. La isla do Fogo está dividida en 3 “concelhos”: São Filipe, Santa Catarina do Fogo y Mosteiros. Las islas de Sal, Boavista, Maio y Brava poseen un único “concelho”, del mismo nombre que la isla.

Las tres islas más orientales y próximas al continente africano (de Norte a Sur, Sal, Boavista y Maio) padecen con más intensidad la falta de agua y la erosión, presentando una superficie prácticamente lisa y condiciones de gran aridez, casi desérticas. Las demás islas (Santiago, Fogo, Brava, Sau Nicolau, Santa Lucía, San Vicente y Santo Antao), más occidentales, por donde penetran las borrascas y los vientos del Atlántico, son más verdes y húmedas y presentan una orografía más accidentada, con montañas y valles (las llamadas “ribeiras”).

La estructura económica de Cabo Verde gira en torno al sector servicios, que representa aproximadamente un 70% del PIB, gracias al peso del turismo (21,1% del PIB), sector clave (representa el 60,8% del total del sector de servicios), cuyo futuro depende de la capacidad del país para mejorar sus infraestructuras energéticas, de transporte y comunicaciones. El número de turistas extranjeros que visitaron Cabo Verde en 2012 aumentó un 12,3% en relación al año 2011. El peso en el PIB del sector industrial es más reducido, aunque se espera que sea el sector que experimente un mayor crecimiento durante los años venideros.

El sector primario es el que menor peso tiene en el PIB nacional aunque ocupa a un 20% de la población activa. Con sólo un 10% de tierra cultivable y una notable escasez de agua, las condiciones para la agricultura son difíciles. De igual forma la producción agrícola es insuficiente para atender las necesidades de la población. Por el contrario, el sector pesquero presenta un gran potencial, debido a la localización estratégica de Cabo Verde y al hecho de contar con la sexta mayor flota del África Subsahariana. En 2012 el sector pesquero representó el 80% del total de las exportaciones caboverdianas, representando entre el 7-10% del PIB y empleando a más de 10.000 personas. Otra fuente de ingresos relevante lo constituyen las divisas enviadas por caboverdianos residentes en el extranjero, en torno a 500.000 personas.

IMPLICACIONES SANITARIAS

El hecho ser un archipiélago condiciona el desarrollo de su Sistema Nacional de Salud porque eleva los costes, el sistema sanitario debe resolver el problema originado por el aislamiento y la dispersión de la población, la organización médica puede estar interferida y la prestación de los servicios asistenciales disminuida (20). Por otra parte, estas características exigen la existencia de buenas vías de comunicación terrestres, medios de aéreos y marítimos de transporte regulares, a la par que, económicamente accesibles a la población, siendo elementos fundamentales para el acceso a los servicios de salud, así como, para evacuaciones de pacientes, rápidas y seguras. Existe, de igual forma un riesgo de catástrofe (21), a tener en cuenta en la planificación estratégica de salud, debido a la probabilidad de lluvias torrenciales e inundaciones, movimientos sísmicos, y volcánicos.

Desde el punto de vista político, los gobiernos democráticos de Cabo Verde siempre se ha considerado a la salud como una prioridad y un factor de desarrollo. No obstante, existen insuficiencias en la coordinación, colaboración intersectorial y financiación del sector que han frenado la ejecución de programas de desarrollo en general, y de programas de salud en particular (22).

El Sistema Nacional de Salud es un sistema centralizado, aunque las directivas de la OMS obligan a los organismos de gestión regionales a una mayor autonomía y autosuficiencia. El número de médicos es de 3 por cada diez mil habitantes y el de enfermeras de 4.5 por diez mil habitantes. El gasto público en sanidad (23) en Cabo Verde creció 1,3 millones en 2012, es decir un 4,58%, hasta un total de 42,1 millones de euros, representando el 9,26% del gasto público total y el 3,02% del PIB. Los ejes estratégicos para el Ministerio de Sanidad son dos; enfermedades transmisibles y no transmisibles, con cuatro líneas de acción en cada uno. La lucha contra las enfermedades transmisibles, a excepción de la lepra, es compartida

con el resto del continente africano: HIV, Tuberculosis, Paludismo. Por otra parte, la ceguera, la nutrición, la salud mental, y reproductiva también conforman las líneas de acción de salud en enfermedades no infecciosas, también comunes con el continente.

Cabo Verde en relación con la región de África occidental (24) tiene notablemente mejores índices, (Tabla 1). La esperanza de vida al nacer es de 70.7 años, situándose en los 22.7 años la edad media de la población, con una tasa de natalidad de 25.7 recién nacidos (año 2010), y una tasa de fecundidad de 2.87 nacidos por mujer. La tasa de mortalidad es de 5.6, la mortalidad materna es de 53 casos por cada cien mil nacimientos vivos, y el número de niños, de ambos sexos, muertos antes de los cinco años es de 22 por cada mil nacimientos. Ocupa el puesto 132 en el Índice de Desarrollo humano, con un coeficiente de Gini* (4) de 50.5, el porcentaje de población bajo el umbral de la pobreza se sitúa en torno al 30%. El porcentaje de alfabetización se estima en un 7.6%.

La lepra y sus connotaciones sociales, tenían una expresión relativamente alta en el pasado. Tras sufrir a finales de los años setenta en torno a 1.200 casos de lepra, en el 2005 dejó de ser considerado un problema de salud pública, aunque hoy en día siguen existiendo casos esporádicos.

La prevalencia en 2012 del HIV fue de 161 por cien mil habitantes, siendo uno de los principales problemas de salud pública para Cabo Verde. Entre los 1.500 casos registrados hasta diciembre de 2004, 800 desarrollaron a la etapa de la enfermedad, con resultado de muerte en el 50%.

La Tuberculosis, tiene tasas relativamente altas de incidencia de alrededor de 260 por cada cien mil habitantes, continúa siendo un problema de salud de la población, sobre todo la influencia de la epidemia del HIV.

La endemicidad del paludismo es baja (22 casos por cien mil habitantes, principalmente en la isla de Santiago) siendo muchos de los casos importados desde otros países. No obstante, los proyectos en curso para mejorar las cuencas hidrográficas pueden traer nuevos riesgos en el control de esta enfermedad. Aunque en ciertas islas está el mosquito *Aedes aegypti*, el vector de la fiebre amarilla, no se reportaron casos en el país desde la independencia.

Las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas siguen siendo una alta incidencia y su importancia se deriva principalmente del impacto en la morbilidad y la mortalidad entre los niños. Las enfermedades prevenibles por vacunación dejaron de ser una preocupación para la salud pública. Desde la independencia, ha habido dos epidemias de poliomielitis, una en 1986 y otra en 2000, no encontrándose ningún caso más desde

entonces. En la última epidemia de sarampión de 1997 se notificaron cerca de 9000 casos. La tosferina se manifiesta en brotes esporádicos y la difteria desapareció hace décadas según los boletines epidemiológicos de Cabo Verde. El último brote de cólera en Cabo Verde se llevó a cabo en 1995, con un total de 12.955 casos.

En octubre de 2009, (25) el Ministerio de Salud de Cabo Verde notificó 3367 casos sospechosos de enfermedad vírica de etiología desconocida en cuatro islas: Brava, Fogo, Maio y Santiago. Las primeras muestras analizadas por el Instituto Pasteur de Dakar (Centro Colaborador de la OMS para Arbovirus y Fiebres Hemorrágicas Víricas y miembro de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos; GOARN), confirmaron que se trata de infecciones por el virus del dengue, serotipo 3.

Aunque originan una importante carga asistencial en los hospitales (Figura 1), todavía no se han realizado estudios epidemiológicos sobre la mayoría de las enfermedades no transmisibles: enfermedades cardiovasculares como la hipertensión y los accidentes cerebrovasculares, tumores, insuficiencia renal crónica, la diabetes y las lesiones de origen traumatológico.

Una encuesta sobre la prevalencia de la ceguera (26) realizada en 1998, reveló la existencia de más de 3.000 ciegos (cercano al 1% de la población) y más de 15.000 personas en situación de riesgo para la pérdida de visión. Entre las causas, la catarata senil ocupa el primer lugar, el glaucoma de ángulo abierto el segundo, mientras que las opacidades de la córnea no tracomatosas y retinopatías vasculares están en tercer lugar.

La salud bucodental (27) ha demostrado ser un importante problema de salud pública. La caries dental es generalizada, especialmente entre los niños en edad escolar, la prevalencia de la enfermedad periodontal que afecta a casi todas las edades y estratos sociales es elevada, sin olvidar las manifestaciones orales de enfermedades sistémicas y las lesiones maxilofaciales.

El primer estudio epidemiológico (28) de las enfermedades alérgicas realizado durante 1993 en las islas de Sal y S. Vicente, reveló que la prevalencia de atopia se encuentra entre el 6% y el 11,9%, mientras que el asma afecta a un 11% de los niños en edad escolar.

Un estudio (29) epidemiológico de los trastornos mentales en Cabo Verde entre los años 1988 y 1989 señaló la prevalencia de trastornos de salud mental en un 4,3 por 1.000 habitantes (en especial entre la población 21 a 40 años configurándose por tanto como un problema de salud pública). Los estudios transversales (30) sobre consumo de drogas entre los adolescentes escolarizados indican que las drogas lícitas (tabaco, alcohol, tranquilizantes)

son los más consumidas. Entre las ilícitas, la marihuana es la más frecuente siendo el uso de otras drogas muy poco común.

Algunos estudios (31) indican un pobre estado nutricional de los niños menores de cinco años. Esta situación es más apremiante sobre todo en relación a la desnutrición crónica, mientras que la forma aguda tiene una tendencia a estabilizarse en torno al 6% según los datos de 1996. Los estudios sobre las deficiencias de micronutrientes en niños menores de 5 años han puesto de manifiesto una prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en el 70% y el 2% presenta una deficiencia de vitamina A.

Otro estudio (32) transversal en niños de 6 años a 12 años reveló una deficiencia leve de yodo en todo el país y una prevalencia de bocio endémico en el orden del 25,5%. Entre las mujeres embarazadas, la anemia oscila sobre el 42% en un estudio* realizado en 1992. El porcentaje de niños menores de 6 meses de edad que tenía la lactancia materna exclusiva aumentó de 38,9% en 1998 a 59,6% en 2005. Sin embargo se debe tener en cuenta que la lactancia materna en Cabo Verde se realiza hasta 15 meses para la mayoría de las mujeres.

La evolución del sistema de salud de Cabo Verde ha sido positiva en los últimos 20 años. Este dato se corrobora por la evolución adecuada de sus indicadores. Sin embargo el sistema sanitario todavía está sometido a presiones que condicionan fisuras debidas particularmente a los cambios en el perfil demográfico de la población, al fenómeno de transición epidemiológica (con una carga cada vez más importante de enfermedades no transmisibles que exigen mayor diferenciación de los recursos humanos, mayor continuidad de los cuidados) y la incorporación de tecnologías de mayor coste y complejidad.

De acuerdo al plan estratégico en salud 2020 de la república de Cabo Verde y tomando como referencia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, dentro del Programa para el Desarrollo de Naciones Unidas (PDUN) (20)(22)(24), identificamos las siguientes áreas de mejora, tal y como están descritos en los planes de desarrollo y política sanitaria del Ministerio de Salud de la República de Cabo Verde:

a. Incidencia de las enfermedades infecciosas, en particular la lucha contra el HIV, con factores adversos como son el turismo y la población flotante. Peso creciente de las enfermedades no transmisibles como son las enfermedades cardiovasculares, diabetes, patología degenerativa oftalmológica, cáncer, enfermedades ginecológicas y los traumatismos debidos a accidentes de trafico.

b. Evacuaciones sanitarias inter-islas y para el exterior del país como una prestación añadida de cuidados de salud, originado una carga social y económica elevada.

c. Factores inherentes al Servicio Nacional de Salud: prestación deficiente de cuidados en atención primaria, falta de respeto por la jerarquía entre los niveles de la pirámide de asistencia sanitaria, gastos vinculados a la sanidad exagerados, prescripción inadecuada, ruptura de almacenaje de medicación, falta de confianza de la población, mala atención a los pacientes por parte de los profesionales, sistemas de información sanitaria deficientes y por último indefinición de entre el sector público y privado.

d. Factores relativos a recursos: Excesivo número de profesionales poco especializados, ausencia de profesionales de otras áreas como farmacéuticos, biólogos, nutricionistas y técnicos de laboratorio, poca sostenibilidad financiera del sistema por insuficiencia de recursos, poca coparticipación de los usuarios, insuficiente coordinación de la cooperación en materia de salud, disparidad en los equipamientos e incapacidad de mantenimiento de los mismos.

e. Factores relacionados con otros sectores: El elevado ritmo de urbanización en el país y la consiguiente presión sobre los servicios sociales ha provocado una proporción creciente de la población mayor de 60 años (cerca del 10%), un estrato relativamente grande de la población que vive en la pobreza, una insuficiencia en el suministro de agua, importantes deficiencias de saneamiento básico y la carencia de los medios de transporte (especialmente marítimos) entre las islas.

CONCLUSIONES

Seguridad y defensa son parte integrante de la acción exterior del estado (33), tanto para favorecer los objetivos nacionales como para contribuir a los objetivos internacionales, aportando elementos de influencia, presencia y cooperación internacional. Desde la década de los años 90 del pasado siglo, las Fuerzas Armadas han participado en numerosas misiones internacionales auspiciadas por la ONU, OTAN y UE. Las lecciones aprendidas obligan a la necesidad del conocimiento del panorama estratégico y el análisis de riesgos en el planeamiento, ejecución y desarrollo de las operaciones. En todas ellas se ha contado con información obtenida desde el sector de la salud. Como ejemplo podemos citar los análisis sobre Djibouti³³, Haití^{34,35}, Líbano³⁶, Somalia³⁷, Océano Índico³⁸ y Afganistán³⁹.

Cabo Verde, dentro de la comunidad internacional debido a su localización geoestratégica y su pasado colonial lo vinculan como un nexo de unión entre los tres continentes: Europeo, Africano y Americano. Como miembro de pleno derecho en las organizaciones de la Unión Africana y la Comunidad Económica de Estados de África Occidental se constituye como un ejemplo de desarrollo y democracia.

España mantiene una relación de vecindad con África, por lo que cuestiones que afecten a su desarrollo le afectan notablemente. Para el presente documento se ha utilizado la estancia del buque escuela J.S. de Elcano en Cabo Verde para analizar el grado de desarrollo alcanzado por este país. La información descrita puede tener no sólo interés académico (40)(41)(42) para los guardiamarinas en el estudio del enfoque integral de seguridad -dado el carácter cooperativo e internacional del crucero de instrucción- sino también, un documento de apoyo a futuras acciones en el ámbito de las "tres D" (Development, Diplomacy and Defense) en África occidental

i

*Sergio Castillejo Pérez
Ricardo Navarro Suay *
Hospital Universitario Central de la Defensa*

AGRADECIMIENTOS

Por su especial colaboración, asesoramiento y disponibilidad: Excmo Sr. Embajador en Cabo Verde D. Miguel Angel Corvinos, Excma Sra. Cónsul Dña. Rebeca Guinea, Ilmo Sr. Agregado Militar Coronel E.A. D. Vicente Hueso García, Capitán médico de las Fuerzas Armadas de la República de Cabo Verde D. Fernando Pereira Tavares, miembros de AECID, y FRONTEX .

Los autores no declaran conflicto de interés ni posicionamiento político alguno. El presente trabajo es un mero documento descriptivo en clave de análisis, con datos ya publicados, de acciones realizadas por instancias superiores.

BIBLIOGRAFÍA

- (1). M. Laborie Iglesias. Documento marco 05/2011. La evolución del concepto de seguridad. Instituto Español Estudios Estratégicos
- (2). OMS. Informe sobre la violencia 2002.
- (3). OMS Informe de Salud 2003.
- (4). S. Tezanos Vazquez. Manual sobre cooperación al desarrollo. Universidad de Cantabria. Febrero 2013.
- (5). J.A. Sanahuja Perales. La pobreza y la desigualdad como potenciadores del riesgo de conflictos armados, en Cuaderno de Estrategia 159. Instituto Español Estudios Estratégicos. Febrero 2013.
- (6). Informe sobre Desarrollo Humano 1994. Naciones Unidas.
- (7). J.P. Fernández Pereira. Seguridad Humana. Tesis Doctoral. Junio 2005. Universidad Autónoma de Barcelona.
- (8). C. R. Fernández Liesa J. D. Oliva Martínez. El Derecho Internacional y la cooperación frente a los desastres en materia de protección civil. Dirección General de Protección civil. 2012.
- (9). K. Perez de Armiño. Vulnerabilidad y desastres. Causas estructurales y debilidad en África. HEGO. Universidad del País Vasco. Cuadernos de trabajo numero 24. Vitoria-Gazteiz. Junio 1999.
- (10). <http://www.ifrc.org/es/introduccion/disaster-management/sobre-desastres/que-es-un-desastre/que-es-la-vulnerabilidad/>
- (11). Chambers: Vulnerability, Coping and Policy. IDS Bulletin Volume 37 Number 4, September 2006. Anthology 2006 Institute of Development Studies. University of Sussex
- (12). Swift, J. (1989), "Why Are Rural People Vulnerable to Famine?", en IDS Bulletin, vol. 20, nº 2. Institute of Development Studies, University of Sussex.
- (13) VV.AA. El nuevo panorama de seguridad y defensa en la era de la globalización. Bibliografías Temáticas, Instituto Español Estudios Estratégicos

- (14) P. Correa Burrows. Pobreza, inestabilidad y conflictos en Africa occidental. Riesgos para la seguridad de España y Europa. Fundación Alternativas
- (15) Nota de Prensa 17/06/2014. Morenes finaliza su viaje a Africa en Senegal y Cabo Verde.
- (16). Nota de Prensa 24/03/2014. La república deCabo Verde distingue a Elcano con su más alta condecoración militar.
- (17) Boletín Informativo de Sanidad Militar. 2012. 14:8. Viaje oficial del ministro de defensa de Cabo Verde a España.
- (18) <http://www.minsaude.gov.cv>
- (19) Oficina de Información Diplomática, Ministerios de Asuntos Exteriores. Ficha de país: Cabo Verde.
- (20) Política Nacional de Saude 2020. Ministerio da Saude da Republica de Cabo Verde
- (21) P. Arcos Gónzalez. Manual de Procedimientos de evaluación y respuesta sanitaria a emergencias y desastres.Fundacion para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III. Madrid 2008.
- (22). Pacto Nacional de Saúde: Mobilizar esforços e recursos da saúde com vista a prosscuaao dos ODM e das prioridades 2012/2016. Ministerio da Saude da Republica de Cabo Verde.
- (23). <http://www.worldbank.org/pt/country/caboverde>
- (24). OMS. Informe sobre Cabo Verde 2013.
- (25). http://www.who.int/csr/don/2009_10_30a/es/
- (26). Inquérito Nacional de prevalência e causas de Deficiências visuais. Monteiro, M LS; Inocência, F; Shemann, J-F; Ministério da Saúde. Divisão de Epidemiologia e Investigação. Praia 1998
- (27). Programa Nacional de Saúde Oral (Plano Estratégico). Carla Duarte. Praia Outubro de 1998
- (28). Epidemiologia das doenças alérgicas em Cabo Verde. Maria do Céu Teixeira. Maio 2005.
- (29). Catherine Barreau, Psicóloga clínica, José Barba, Psiquiatra. Dezembro 1990
- (30). “A Saúde e estilo de vida dos adolescentes cabo-verdianos frequentando o ensino secundário” de parceria entre o Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, a Faculdade da Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa e a Associação para a solidariedade e Desenvolvimento Zé Moniz
- (31). Plano Nacional de Nutrição. A. P. Delgado, A. Dupret R, F. N. Ramos, A. S. Diaz. Ministério da Saúde e Promoção Social. Praia 1996
- (32). Enquête nationale sur la carence en iode et 9la consommation du sel au Cap Vert. MSPS/OMS. Septembre 1997.
- (33). VV.AA. Hacia una renovación estrategica de la política exterior española. Informe del real Instituto Elcano. Número 15. febrero 2014.
- Plaza JF, Sánchez A, Morera J. Aspectos de la geografía médica de Djibouti. Med Mil 2004; 60(4): 256-65.

- (34). Plaza JF, Mateo JM, Navarro R, Cano JL, Espejo A. Geografía médica de Haití. Med mil 2005; 61 (4): 353-63.
- (35). Plaza JF, Navarro R, Mendoza JL, Domínguez A. La sanidad militar española en MINUSTAH. Med Mil 2006; 62(4): 245-50.
- (36). Plaza JF, Navarro R. Geografía médica del Líbano. Sanid Mil 2007;63(4): 313-23.
- (37). Relanzón JM. El asesor sanitario en la European Union Training Mission Somalia. Sanid Mil 2012; 68(1): 47-50.
- (38). Plaza JF, Navarro R. Arbovirosis in Atalanta. Sanid mil 2014; 70(2): 103-13.
- (39). Gómez Zorrilla JS. Afganistán, geografía médica e inteligencia sanitaria, valoración del riesgo, acciones preventivas. Med Mil 2002; 58(4): 37-46.
- (40) F. Aznar Fdz. Montesinos. Dilemas de la colaboración humanitaria. Documentos de análisis. 23 Octubre 2013. Instituto Español Estudios Estratégicos.
- (41). Manual de Medicina Preventiva en Operaciones. Instituto de Medicina Preventiva de la Defensa "Capitán Médico Ramón y Cajal". Subsecretaría de Defensa. Inspección General de Sanidad de la Defensa. 2007.
- (42). Plaza JF, Verdugo A, Navarro R. Evaluación de la eficacia de una intervención de educación sanitaria en la prevención del paludismo de un contingente militar. Med mil 2005; 61(4): 327-33.

***NOTA:** Las ideas contenidas en los *Documentos de Opinión* son de responsabilidad de sus autores, sin que reflejen, necesariamente, el pensamiento del IEEE o del Ministerio de Defensa.